



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

5 (67) 2024

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

5 (67)

2024

Май

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.04.2024, Accepted: 10.05.2024, Published: 15.05.2024

УДК 618.145

ОСОБЕННОСТИ СОМАТИЧЕСКОГО И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА ЖЕНЩИН С ЖЕЛЕЗИСТОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ

Абдулатипова Ф.А. <https://orcid.org/0000-0002-6657-0394>

Курбанов Б.Б. Email: KurbanovB@mail.ru

Курбанов Д.Д. Email: KurbanovD@mail.ru

Ташкентский педиатрический медицинский институт, 100140, Узбекистан Ташкент, ул.
Богишамол, 223, тел: 8 71 260 36 58 E.mail: interdep@tashpmi.uz

✓ Резюме

Причины развития гиперпластических процессов эндометрия мультифакторны, дискуссионные и до конца не изучены. Нет четких механизмов, объясняющих этиологию заболевания. Целью данного исследования заключалась в изучении основных клинико-лабораторных и анамнестических критерий женщин с гиперпластическими состояниями эндометрия.

Ключевые слова: гиперплазия, матка, эндометрий.

FEATURES OF SOMATIC AND GYNECOLOGICAL ANAMNESIS OF WOMEN WITH ENDOMETRIAL HYPERPLASIA

Abdulatipova F.A., Kurbanov B.B., Kurbanov D.D.

Tashkent Pediatric Medical Institute, Uzbekistan 100140, Tashkent, 223 Bogishamol St, tel: 8
71 260 36 58 E.mail: interdep@tashpmi.uz

✓ Resume

The reasons for the development of endometrial hyperplastic processes are multifactorial, controversial and not fully understood. There are no clear mechanisms explaining the etiology of the disease. The purpose of this study was to study the main clinical, laboratory and anamnestic criteria of women with endometrial hyperplastic conditions.

Key words: hyperplasia, uterus, endometrium.

ENDOMETRIY GIPERPLAZIYASI BILAN XASTA AYOLLARNING SOMATIK VA GINEKOLOGIK ANAMNEZINING XUSUSIYATLARI

Abdulatipova F.A., Kurbanov B.B., Kurbanov D.D.

Toshkent Pediatriya tibbiyot instituti, O'zbekiston 100140, Toshkent Sh., Bog'ishamol ko'chasi,
223-uy, tel: 8 71 260 36 58 E. mail: interdep@tashpmi.uz

✓ Rezyume

Endometriy giperplastik jarayonlarning rivojlanish sabablari ko'p faktorli, munozarali va to'liq o'rganilmagan. Kasallikning etiologiyasini tushuntiradigan aniq mexanizmlar hozirgi kunda mavjud emas. Ushbu tadqiqotning maqsadi Endometriyal giperplastik kasalliklarga chalingan ayollarning asosiy klinik, laboratoriya va anamnestik mezonlarini o'rganish edi.

Kalit so'zlar: giperplaziya, bachadon, endometriy.

Актуальность

Железистая гиперплазия эндометрия (ЖГЭ) представляет собой гетерогенный набор патологических поражений, которые варьируются от легкой обратимой пролиферации желез до прямых предшественников рака. Эти поражения представляют собой континуум

морфологических проявлений, причем самая ранняя пролиферация представлена скученными железами с простой трубчатой архитектурой, выстланными клетками, напоминающими пролиферативный эндометрий, тогда как продвинутые пролиферации в этом континууме характеризуются скученными железами со сложной архитектурой, часто содержащими клетки с ядерной атипией, напоминающей Эндометриоидная аденокарцинома низкой степени злокачественности. [1, 12, 14]. В течении последних лет данное заболевание является одной из самой актуальной и грозной проблемой современной гинекологической науки. [3,5,9].

Во всем мире проводится ряд научных исследований по совершенствованию методов ранней диагностики, персонализированного подхода, элементов прогнозирования осложнения, консервативного и хирургического лечения и профилактики отдаленных последствий. [7, 11].

Цель исследования: заключалось в изучении основных клинико-лабораторных, а также анамнестических данных женщин с железистой гиперплазией эндометрия.

Материал и метод исследования

Нами проведено исследование 92 женщин с ЖГЭ, (основная группа). Контрольная группа – 87 условно здоровых женщин. Возраст обследованных женщин находился в пределах от 21 до 47 лет. Средний возраст женщин в основной группы составило $33,45 \pm 0,79$, в контрольной – $28,18 \pm 0,69$ лет.

Обследование проводилось на базе кафедры Акушерства и гинекологии Ташкентского педиатрического медицинского института, городском межрайонном перинатальном центре № 6, города Ташкента.

У обследованных женщин изучали особенности соматического, гинекологического анамнеза. Все женщины подвергались комплексному обследованию, включающее в себя клинико-лабораторные тесты: общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, Моча по Нечипоренко, исследование системы гемостаза.

Результат и обсуждение

При исследовании общего анализа крови индивидуально отмечалось снижение количества гемоглобина крови, (в частности у женщин с анемией различной степени). Тогда как при наличии воспалительного процесса имело место нарастание лейкоцитов крови, и отклонение лейкоцитарной формулы влево (за счёт нейтрофилов)

Таблица 1

Основные показатели общего анализа крови

	Гемоглобин (г/л)	Эритроциты (млн ЕД)	Лейкоциты (10^9)	СОЭ
Основная группа n=92	98,1±1,8	3,8±0,05	10,2±0,33	21,6±0,72
Контрольная группа n=87	108,2±1,8	4,0±0,06	8,8±0,37	19,9±0,63

При анализе данных биохимического анализа крови не было выявлено существенных различий между группами (таблица 2) Незначительное снижение концентрации общего белка отмечено у женщин с ЖГЭ и составил $61,7 \pm 0,59$. Тогда как у женщин в контрольной группе этот показатель составил соответственно - $64,6 \pm 0,50$ $64,2 \pm 0,53$. Также незначительное увеличение АЛТ отмечено у женщин в основной группе до $24,2 \pm 1,7$.

Таблица 2

Показатели биохимического анализа обследуемых групп

		Основная группа n=92	Контрольная группа n=87
Биохимический анализ крови	Об.белок	61,7±0,59	64,6±0,50
	Алт	24,2±1,7	18,1±1,4
	АСТ	24,4±1,8	18,0±2,9
	Билирубин	14,4±1,3	16,5±0
	Глюкоза	4,1±0,70	3,4±0
	мочевина	3,7±0,25	3,3±0,04
	Креатинин	78,0±0	75,3±0,1

При изучении акушерского анамнеза обращало на себя внимание на количество беременностей и паритет родов. Первородящие и первобеременные женщины преобладали у женщин основной группы и составил 45,5%, в отличие от контроля. (25,9%). Неразвивающаяся беременность чаще встречалась у женщин в основной группе и составил 27,2 %, против 18,1 % случаев соответственно. В анамнезе обследованных женщин отмечался медикаментозный аборт, в обеих группах он составил 41,8%, и 40,4% соответственно.

При сборе гинекологического анамнеза обращало на себя внимание то что в большинстве случаев у женщин с ЖГЭ встречался Бактериальный вагиноз (72,3 %) Кандидоз (41,3%). Миома матки наблюдалась ровно у половины обследованных женщин, что подтверждает данные литературы о синергичных свойствах данного заболевания с ЖГЭ. Хронический аднексит чаще всего встречался в основной группе и составил 21,2%.

Было подробно изучено соматическое здоровье исследуемых женщин, а также наличие у них сопутствующих заболеваний. Так ожирение у больше отмечалось у пациенток в основные группы, и составил 35,9%. Во контрольной группе аналогичный диагноз встречался в 19,3 %. Варикозная болезнь, особенно нижних конечностей чаще встречалось также у женщин с ЖГЭ (25,8%), в отличии от здоровых (18,2%) Нами было выявлено случаи заболевания мочевыделительной системы, в частности обострения хронического пиелонефрита. Больные отмечали такие жалобы как дизурические явления, повышения температуры тела, боли в поясничной области. ИМТ в анамнезе отмечались в 22,7%, 17,3%, случаев в обеих группах.

Заключение

Железистая гиперплазия эндометрия имеет скудные специфические акушерские и соматические индикаторы в анамнезе. Также имеет неспецифические клинические проявления.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРА:

1. Jabbour HN, Kelly RW, Fraser HM, Critchley HO. Endocrine regulation of menstruation. *Endocr Rev.* 2006; 17–46.
2. Horne FM, Blithe DL. Progesterone receptor modulators and the endometrium: changes and consequences. *Hum Reprod Update.* 2007; 567–580.
3. Daud S, Jalil SS, Griffin M, Ewies AA. Endometrial hyperplasia - the dilemma of management remains: a retrospective observational study of 280 women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2011; 172–175.
4. Ozdegirmenci O, Kayikcioglu F, Bozkurt U, Akgul M.A, Haberal A. Comparison of the efficacy of three progestins in the treatment of simple endometrial hyperplasia without atypia. *Gynecol Obstet Invest.* 2011; 10–14.
5. Nieman KM, Romero IL, Van Houten B, Lengyel E. Adipose tissue and adipocytes support tumorigenesis and metastasis. *Biochim Biophys Acta.* 2013; 1533–1541.
6. Zhang Q, Shen Q, Celestino J, Milam MR, Westin SN, Lacour RA, et al. Enhanced estrogen-induced proliferation in obese rat endometrium. *Am J Obstet Gynecol.* 2009; 200:186.e1–186.e8.
7. Reed S.D, Newton K.M, Garcia R.L, Allison K.H, Voigt L.F, Jordan C.D, et al. Complex hyperplasia with and without atypia: clinical outcomes and implications of progestin therapy. *Obstet Gynecol.* 2010; 365–373.
8. Bese T, Vural A, Ozturk M, Dagistanli F, Demirkiran F, Tuncdemir M, et al. The effect of long-term use of progesterone therapy on proliferation and apoptosis in simple endometrial hyperplasia without atypia. *Int J Gynecol Cancer.* 2006; 809–813.
9. Haimovich S, Checa MA, Mancebo G, Fusté P, Carreras R. Treatment of endometrial hyperplasia without atypia in peri- and postmenopausal women with a levonorgestrel intrauterine device. *Menopause.* 2008; 1002–1004.
10. Kim MK, Seong SJ. Conservative treatment for atypical endometrial hyperplasia: what is the most effective therapeutic method? *J Gynecol Oncol.* 2014; 164–165.
11. Cormio A, Guerra F, Cormio G, Pesce V, Fracasso F, Loizzi V, et al. Mitochondrial DNA content and mass increase in progression from normal to hyperplastic to cancer endometrium. *BMC Res Notes.* 2012; 5:279.

12. Wheeler DT, Bristow RE, Kurman RJ. Histologic alterations in endometrial hyperplasia and well-differentiated carcinoma treated with progestins. *Am J Surg Pathol.* 2007; 988–998.
13. Trimble C.L, Method M, Leitao M, Lu K, Ioffe O, Hampton M, et al. Management of endometrial precancers. *Obstet Gynecol.* 2012; 1160–1175.
14. Oza A.M, Eisenhauer E.A, Elit L, Cutz J.C, Sakurada A, Tsao MS, et al. Phase II study of erlotinib in recurrent or metastatic endometrial cancer: NCIC IND-148. *J Clin Oncol.* 2008; 26:4319–4325.
15. Bruchim I, Sarfstein R, Werner H. The IGF Hormonal Network in Endometrial Cancer: Functions, Regulation, and Targeting Approaches. *Front Endocrinol (Lausanne).* 2014; 5:76.
16. Emarh M. Cyclic versus continuous medroxyprogesterone acetate for treatment of endometrial hyperplasia without atypia: a 2-year observational study. *Arch Gynecol Obstet.* 2015.
17. Ushijima K, Yahata H, Yoshikawa H, Konishi I, Yasugi T, Saito T, et al. Multicenter phase II study of fertility-sparing treatment with medroxyprogesterone acetate for endometrial carcinoma and atypical hyperplasia in young women. *J Clin Oncol.* 2007; 2798–2803.
18. Genazzani AR, Schmelter T, Schaefers M, Gerlinger C, Gude K. One-year randomized study of the endometrial safety and bleeding pattern of 0.25 mg drospirenone/0.5 mg 17 β -estradiol in postmenopausal women. *Climacteric.* 2013; 16:490–498.
19. Upson K, Allison KH, Reed SD, Jordan CD, Newton KM, Swisher EM, et al. Biomarkers of progestin therapy resistance and endometrial hyperplasia progression. *Am J Obstet Gynecol.* 2012; 207:36.e1–36.e8.
20. Chen X, Zhang Z, Feng Y, Fadare O, Wang J, Ai Z, et al. Aberrant survivin expression in endometrial hyperplasia: another mechanism of progestin resistance. *Mod Pathol.* 2009; 22:699–708.
21. Granese R, Bitto A, Polito F, Triolo O, Giordano D, Santamaria A, et al. Genistein reduces angiogenesis and apoptosis in women with endometrial hyperplasia. *Botanics.* 2015; 27–32.
22. Bitto A, Granese R, Triolo O, Villari D, Maisano D, Giordano D, et al. Genistein aglycone: a new therapeutic approach to reduce endometrial hyperplasia. *Phytomedicine.* 2010; 844–850.

Поступила 20.04.2024