

Impact Factor: 6.145

ISSN: 2181-0990
DOI: 10.26739/2181-0990
www.tadqiqot.uz

JRHUNR

JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH



TADQIQOT.UZ

VOLUME 3,
ISSUE 4

2022

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Журнал репродуктивного здоровья и уро-
нефрологических исследований

JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

Главный редактор: Б.Б. НЕГМАДЖАНОВ

Учредитель:

Самаркандский государственный
медицинский университет

Tadqiqot.uz

Ежеквартальный
научно-практический
журнал

N^o 4
2022

ISSN: 2181-0990

DOI: 10.26739/2181-0990

Главный редактор:
Chief Editor:

Негмаджанов Баходур Болтаевич
доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой Акушерства и гинекологии №2
Самаркандского Государственного медицинского университета

Doctor of Medical Sciences, Professor,
Head of the Obstetrics and Gynecology Department
No. 2 of the Samarkand State Medical University

Заместитель главного редактора:
Deputy Chief Editor:

Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна
доктор медицинских наук, профессор
Кафедры Акушерства и гинекологии Ташкентского
Государственного стоматологического университета

Doctor of Medical Sciences, Professor
Departments of Obstetrics and Gynecology
Tashkent State Dental University

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ:
MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD:

Луис Альфондо де ла Фуэнте Эрнандес
профессор, член Европейского общества
репродукции человека и эмбриологии
Prof. Medical Director of the Instituto
Europeo de Fertilidad. (Madrid, Spain)

Ramašauskaitė Diana
профессор и руководитель клиники акушерства
и гинекологии при институте клинической
медицины Вильнюсского университета (Prof. Clinic
of Obstetrics and Gynecology Vilnius University Faculty
of Medicine, Latvia)

Зуфарова Шахноза Алимджановна
доктор медицинских наук, профессор, директор
Республиканского центра репродуктивного
здоровья населения (M.D., Professor, Director
of the Republican Center for Reproductive Health)

Агабабян Ирина Рубеновна
кандидат медицинских наук, доцент, Самаркандского
Государственного медицинского университета
(Candidate of Medical Sciences, Associate Professor,
Samarkand State Medical University)

Зокирова Нодира Исламовна
доктор медицинских наук, профессор Самаркандского
Государственного медицинского университета

Кадыров Зиёратшо Абдуллоевич
доктор медицинских наук, профессор
Непрерывного медицинского образования
медицинского института РУДН.

Негматуллаева Мастура Нуруллаевна
доктор медицинских наук, профессор Бухарского
государственный медицинского института.

Окулов Алексей Борисович
доктор медицинских наук, профессор
Московского государственного
медико-стоматологического университета.

Махмудова Севара Эркиновна
доктор философии по медицинским наукам (PhD)
(ответственный секретарь)

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОГО СОВЕТА:
MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD:

Boris Chertin
MD Chairman, Departments of Urology & Pediatric
Urology, Shaare Zedek Medical Center, Clinical Professor in
Surgery/Urology, Faculty of Medicine, Hebrew University,
Jerusalem. (Профессор хирургии/урологии, медицинский
факультета ивритского университета)

Fisun Vural
Doçent Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa
Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği İdari
ve Eğitim Sorumlusu. Доцент Университета
естественных наук, учебно-исследовательской
больницы клиники акушерства и гинекологии.

Melike Betül Öğütmen
SBÜ Haydarpaşa Numune SUAM Nefroloji
Kliniği idari ve Eğitim Sorumlusu.
Доцент Университета естественных наук,
учебно-исследовательской
больницы клиники нефрологии.

Аллазов Салах Алазович
доктор медицинских наук, профессор
кафедры урологии, Самаркандского
Государственного медицинского университета

Ахмеджанова Наргиза Исмаиловна
доктор медицинских наук, доцент,
заведующая кафедрой №2 педиатрии с
курсом неонатологии, Самаркандского
Государственного медицинского университета

Локшин Вячеслав Нотанович
доктор медицинских наук, профессор,
член-корр. НАН РК, президент Казахстанской
ассоциации репродуктивной медицины.

Никольская Ирина Георгиевна
доктор медицинских наук, профессор
ГБУ МО МОНИАГ.

Шалина Раиса Ивановна
доктор медицинских наук, профессор
кафедры акушерства и гинекологии педиатрического
факультета РНИМУ им.Н.И.Пирогова

СОДЕРЖАНИЕ | CONTENT

ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ

1. Агабабян Л.Р., Ахмедова А. Т., Актамова Н ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЛОСТИ РТА / PROGNOSIS AND PREVENTION OF PURULENT-SEPTIC DISEASES IN PREGNANT WOMEN WITH ORAL DISEASES / OG'IZ BO'SHLIG'I KASALLIKLARI BO'LGAN HOMILADOR AYOLLARDA YIRINGLI-SEPTIK KASALLIKLARNI BASHORAT QILISH VA OLDINI OLISH	6
---	---

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

2. Абдурахмонова Ситора Ибрагимовна, Ризаева Малика Абдуманоновна АНАЛИЗ РОСТА ОСЛОЖНЕНИЙ МИОМЫ МАТКИ И АДЕНОМИОЗА У ЖЕНЩИН В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ/ ANALYSIS OF THE GROWTH OF COMPLICATIONS OF UTERINE FIBROIDS AND ADENOMYOSIS IN POSTCOVID WOMEN/ POSTKOVID DAVRIDA AYOLLARDA BACHADON MIOMASI VA ADENOMIOZ ASORATLARINING O'SISHINING TAHLILI.....	11
3. Агабабян Лариса Рубеновна, Турсунова Нозанин ОСОБЕННОСТИ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С ГИПЕРАНДРОГЕНИЕЙ/ FEATURES OF PREGNANCY COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH HYPERANDROGENISM/ GIPERANDROGENIYA BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA HOMILADORLIK ASORATLARINING XUSUSIYATLARI.....	14
4. Агабабян Лариса Рубеновна, Мухитдинова Нигина ПРЕГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА ЖЕНЩИН С НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТЬЮ/ PRE-GRAVIDAR TRAINING OF WOMEN WITH A HISTORY OF UNDEVELOPED PREGNANCY/ RIVOJLANMAGAN HOMILADORLIK BO'LGAN AYOLLARNING PREGRAVIDAR TAYYORGARLIGI.....	17
5. Агабабян Лариса Рубеновна, Мухитдинова Нигина СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ ЕЁ РЕАБИЛИТАЦИИ У ЖЕНЩИН/MODERN APPROACHES TO NON DEVELOPING PREGNANCY AND ITS REHABILITATION IN WOMEN/RIVOJLANMAGAN HOMILADORLIK VA UNI AYOLLARDA QAYTA TIKLASHNING ZAMONAVIY YONDOSHUVLARI.....	20
6. Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна, Гайбуллаева Динара Фатхуллаевна ЗНАЧЕНИЕ ПОВЫШЕННОГО УРОВНЯ ГОМОЦИСТЕИНА В РАЗВИТИИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ/ ELEVATED HOMOCYSTEINE LEVELS IN THE DEVELOPMENT OF ENDOTHELIAL DYSFUNCTION IN PREECLAMPSIA/ PREEKLAMPSIYA PAYTIDA ENDOTELIAL DISFUNKSIYANI RIVOJLANTIRISHDA GOMOTSISTEIN DARAJASI OSHDI.....	23
7. Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна, Назирова Муяссар Убаевна ОСОБЕННОСТИ ПАРАМЕТРОВ ГЕМОСТАЗА ПРИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ/ FEATURES OF HEMOSTASIS PARAMETERS IN NON-DEVELOPING PREGNANCY/ RIVOJLANMAYDIGAN HOMILADORLIKDA GEMOSTAZ PARAMETRLARINING XUSUSIYATLARI.....	27
8. Комилова Мастура Сафаровна, Пахомова Жанна Евгеньевна ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ И ЦИТОКИНЫ: РОЛЬ В РАЗВИТИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКИ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ/ ENDOTHELIAL DYSFUNCTION AND CYTOKINES: A ROLE IN THE DEVELOPMENT OF PREMATURE DEPARTMENT OF A NORMALLY LOCATED PLACENTA/ENDOTELIAL DISFUNKSIYA VA SITOKINLARNING: NORMAL JOYLASHGAN YOLDOSHNING VAQTIDAN OLDIN KOCHISHINI RIVOJLANISHDAGI ROLI.....	32
9. Кудратова Дильноза Шарифовна, Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна ПРОФИЛАКТИКА И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РОЖДЕНИЯ МАЛОВЕСНЫХ ДЕТЕЙ/ PROPHYLAXIS AND FORECASTING OF THE BIRTH OF SMALL CHILDREN/ KAM VAZNLI CHAQALOQLAR TUG'ILISHINI PROFILAKTIKA XAMDA BASHORAT QILISH.....	36
10. Негмаджанов Баходур Болтаевич, Махмудова Севара Эркиновна РЕСПИРАТОРНАЯ ПАТОЛОГИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ У БОЛЬНЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ/ RESPIRATORY DISEASE OF NEWBORNS IN PREECLAMPSIA PATIENTS/ PREEKLAMPSIYASI BOR AYOLLARDA CHAQALOQLARNING RESPIRATOR PATOLOGIYASI.....	40
11. Уринбаева Нилюфар Абдужабборовна, Эшонходжаева Дилдора КОВИД-АССОЦИИРОВАННЫЙ МИОКАРДИТ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ГЕСТАЦИИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО КОРОНАВИРУСА / COVID-ASSOCIATED MYOCARDITIS AS A COMPLICATION OF GESTATION AFTER CORONAVIRUS/ KOVID BILAN BOG'LIQ MIOKARDIT KORONAVIRUS BILAN KASALLANGANIDAN KEYIN GESTASIYADAGI ASORATLARI.....	43
12. Файзуллаева Хилола Бахроновна, Абдуллаева Мухиба Негматовна ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ИНФОРМАТИВНОСТЬ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОСТГИПОКСИЧЕСКОГО СИНДРОМА У НОВОРОЖДЕННЫХ / PROGNOSTIC INFORMATION VALUE OF CLINICAL AND LABORATORY INDICATORS OF POST-HYPOXIC SYNDROME IN NEWBORN/ YANGI TUG'ILGAN CHAQALOQLARDA POSTGIPOKSIK SINDROMNING KLINIK VA LABORATORIYA KO'RSATKICHLARINING PROGNOSTIK AXBOROT TARKIBI.....	46

- 13. Ходжаева Зарина Алихановна, Муратова Нигора Джураевна**
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АДЕНОМИОЗА СОЧЕТАННО-ГО С ЭНДОМЕТРИОИДНЫМИ КИСТАМИ ЯИЧНИКОВ/ FEATURES OF CLINICAL AND LABORATORY PARAMETERS OF ADENOMYOSIS COMBINED WITH ENDOMETRIOID OVARIAN CYSTS/ ADENOMIOZNI TUXUMDON ENDOMETRIOID KISTALARI BILAN QO'SHILIB KELGANING KLINIK-LABORATOR KO'RSATKICHLARINING XUSUSIYATI.....49
- 14. Gapparova Guli Nurmuminovna, Axmedjanova Nargiza Ismoilovna**
COVID - 19 PANDEMIYASI DAVRIDA BOLALARDA PIELONEFRITNING KLINIK-LABORATOR XUSUSIYATI, DIAGNOSTIKASI VA DAVOLASH/ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19/ CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS, DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PYELONEPHRITIS IN CHILDREN DURING THE COVID-19 PANDEMIC.....53
- 15. Muratova Nigora Djurayevna, Miralimova Nigora Abdurashidovna**
BACHADON MIOMASINING HOMILADORLIK VA TUG'ISH NATIJALARIGA TA'SIRI/ ВЛИЯНИЕ МИОМЫ МАТКИ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОД РОДОВ/ THE EFFECT OF UTERINE FIBROIDS ON THE COURSE OF PREGNANCY AND THE OUTCOME OF CHILDBIRTH.....58
- 16. Nazarova Dildora Gulomovna, Muratova Nigora Djurayevna**
BACHADONNING YALLIG'LANISH KASALLIKLARI BO'LGAN AYOLLARDA ADENOMIYOZ KECISHINING XUSUSIYA/ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АДЕНОМИОЗА У ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МАТКИ/ FEATURES OF THE COURSE OF ADENOMYOSIS IN WOMEN WITH INFLAMMATORY DISEASES OF THE UTERUS.....61
- 17. Safarov Aliaskar Tursunovich, Abdullayeva Lagiya Mirzatullayevna, Safarova Lola Aliaskarovna**
OIV INFEKTSIYASINING HOMILADORLIK, TUG'RUQ VA TUG'RUQDAN KEYINGI DAVRGA TA'SIRINI VAHOLASH/ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ НА ТЕЧЕНИЕ ГЕСТАЦИИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА/ ASSESSMENT OF THE IMPACT OF HIV INFECTION ON THE COURSE OF GESTATION, CHILDBIRTH AND THE POSTPARTUM PERIOD.....65
- 18. Kattakhodzhaeva Mahmuda Hamdamovna, Qudratova Dilnoza Sharifovna**
HOMILA ANTENATAL NUQSONLARI RIVOJLANISHINING XAVF OMILLARINI ERTA BASHORATLASH PREDIKTORLARI/ ПРЕДИКТОРЫ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ ПЛОДА/ EARLY MARKERS FOR THE DIAGNOSIS OF INTRAUTERINE FETAL ANOMALIES.....68
- 19. Raximova Durdona Juraqulovna, Shayxova Guli Islamovna**
7-17 YOSHLI MAKTAB O'QUVCHILARINING JISMONIY RIVOJLANISHINI VAHOLASH/ ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ШКОЛЬНИКОВ 7-17 ЛЕТ/ ASSESSMENT OF PHYSICAL DEVELOPMENT OF 7-17-YEAR-OLD SCHOOL STUDENTS.....72
- 20. Zakirova Nodira Islamovna, Zakirova Fotima Islamovna, Abdullaeva Nigora Erkinovna**
FEATURES OF PREGNANCY MANAGEMENT AND BIRTH OUTCOMES IN WOMEN WITH FETAL MACROSOMIA WITH ACTIVE AND EXPRESTANT TASTICS/ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОД РОДОВ У ЖЕНЩИН С МАКРОСОМИЕЙ ПРИ АКТИВНОЙ И ВЪЖИДАТЕЛЬНОЙ ТАКТИКЕ/ FAOLI VA KUTILGAN BOSHQARUV BO'LGAN MAKROSOMIY AYOLLARDA HOMILALIYLIKNI BOSHQARISH XUSUSIYATLARI VA TUG'ILISH NATIJASI.....77



УДК: 618.14-006.55-08-055.23/.25

Ходжаева Зарина Алихановна

соискатель

Ташкентский государственный стоматологический институт

Ташкент, Узбекистан

Муратова Нигора Джураевна

д.м.н., доцент

Ташкентский государственный стоматологический институт

Ташкент, Узбекистан

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АДЕНОМИОЗА СОЧЕТАННО-ГО С ЭНДОМЕТРИОИДНЫМИ КИСТАМИ ЯИЧНИКОВ

For citation: Khodjaeva Zarina Alikhanovna, Nigora Djuraevna Muratova, Features of clinical and laboratory parameters of adenomyosis combined with endometrioid ovarian cysts, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2022, vol. 3, issue 4. pp.49-52


<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7420829>

АННОТАЦИЯ

К числу самых распространенных заболеваний среди женщин репродуктивного возраста, относятся миома, аденомиоз и эндометриоидные кисты яичников. Целью исследования явилось определение клинико-лабораторные показатели аденомиоза сочетанного с эндометриоидными кистами яичников у молодых женщин. Нами обследованы 80 женщин репродуктивного возраста с аденомиозом и эндометриозом яичников. Возраст обследованных составил в среднем $25,4 \pm 0,14$ года. Всем пациенткам проведены гормональные, ультразвуковые и доплерометрические методы исследования. Исследования показали, что 70% обследованных обратились по поводу вагинальных кровотечений различной интенсивности, а 30% жаловались на отсутствие наступления беременности. Выявлено изменение гормонального статуса, так уровень тестостерона был повышен в 3,5 раза, 17-Он прогестерон был повышен в среднем в 5 раз, уровень пролактина был повышен у 35% пациенток в 1,7 раза. При доплерометрии выявлена гиперплазия эндометрия, аденоматозные очаги визуализировались как анэхогенные включения с нечеткими краями, и отсутствием капсулы вокруг аденоматозного очага, наличием единичных цветковых сигналов по периферии и отсутствием кровотока внутри. В результате проведенного лечения у женщин 1-группы фертильность восстановлена в 27,2%, а у женщин 2-группы в 60% случаев в течение первого года.

Ключевые слова: клиника аденомиоза, диагностика, женщины раннего репродуктивного возраста, эндометриоидные кисты яичников, бесплодие, диеногест, микродозированные оральные контрацептивы.

Khodjaeva Zarina Alikhanovna

Tashkent State Dental Institute

Tashkent, Uzbekistan

Nigora Djuraevna Muratova

MD, Associate Professor

Tashkent State Dental Institute

Tashkent, Uzbekistan

FEATURES OF CLINICAL AND LABORATORY PARAMETERS OF ADENOMYOSIS COMBINED WITH ENDOMETRIOID OVARIAN CYSTS

ABSTRACT

The most common diseases among women of reproductive age include fibroids, adenomyosis and endometrioid ovarian cysts. The aim of the study was to determine the clinical and laboratory parameters of adenomyosis combined with endometrioid ovarian cysts in young women. We examined 80 women of reproductive age with adenomyosis and endometriosis of the ovaries. The average age of the examined patients was 25.4 ± 0.14 years. All patients underwent hormonal, ultrasound and Doppler methods of examination. The results of the studies showed that 70% of the examined patients reported bleeding from the genital tract of varying intensity, and 30% complained of the absence of pregnancy. A change in the hormonal status was revealed, so the level of testosterone was increased by 3.5 times, 17-Oh progesterone was increased by an average of 5 times, the level of prolactin was increased in 35% of patients by 1.7 times. Dopplerometry revealed endometrial hyperplasia, adenomatous foci were visualized as anechoic inclusions with fuzzy edges, and the absence of a capsule around the adenomatous focus, the presence of single color

signals along the periphery and the absence of blood flow inside. As a re-sult of the treatment, fertility was restored in 27.2% of group 1 women, and in 60% of cases in group 2 women during the first year.

Key words: clinic of adenomyosis, diagnostics, women of early reproductive age, endometrioid ovarian cysts, infertility, dienogest, microdosed oral contraceptives.

Khodjaeva Zarina Alikhanovna

Toshkent davlat stomatologiya instituti
Toshkent, O'zbekiston

Nigora Djuraevna Muratova

Tibbiyot fanlari doktori
Toshkent davlat stomatologiya instituti
Toshkent, O'zbekiston

ADENOMIOZNI TUXUMDON ENDOMETRIOID KISTALARI BILAN QO'SHILIB KELGANINING KLINIK-LABORATOR KO'RSATKICHLARINING XUSUSIYATI

ANNOTATSIYA

Reproduktiv yoshdagi ayollar orasida eng keng tarqalgan kasalliklarga mioma, adenomioz va tuxumdon endometrioid kistalari kiradi. Tadqiqot maqsadi yosh ayollarda adenomiozni tuxumdon endometrioid kistalarni bilan qo'shilib kelishining klinik va laborator xususiyatlarini aniqlash. Repro-duktiv yoshdagi 80 nafar ayollarni tekshiruvdan o'tkazdik. Tekshirilayotgan bemorlarning o'rtacha yoshi $25,4 \pm 0,14$ yilni tashkil etdi. Barcha bemorlarga gormonal, ultratovush va dopplerometrik tekshiruvlar o'tkazildi. Tadqiqot natijalariga ko'ra bemorlarning 70% turli intensivligda jinsiy yo'llaridan qon ketishi, va 30% homiladorlik yo'qligiga shikoyat qilishgan. Gormonal holatning o'zgarishi xam aniqlandi, bunda testosteron darajasi 3,5 marta oshishi, 17-On progesteron o'rtacha 5 marta va prolaktin darajasi 35% bemorlarda 1,7 marta ko'tarilishi aniklandi. Dopplerometrik tekshiruvda endometriy giperplaziyasi aniqlangan, adenomatoz o'choqlar esa noaniq qirrali anexogen kiritmal sifatida kuringan, adenomatoz o'choqlar atrofida kapsula yo'qligi, va ichki qon oqimining yo'qligi xam aniqlangan. Davolash natijasida fertillik birinchi yil davomida 1-guruh ayollarida - 27,2%, 2-guruh ayollarida esa 60% hollarda tiklandi.

Kalit so'zlar: adenomioz klinikasi, diagnostika, erta reproduktiv yoshdagi ayollar, tuxumdon endometrioid kistasi, bepustlik, dienogest, mikrodozlangan oral kontratseptivlari.

Актуальность. Эндометриоз матки – аденомиоз – это доброкачественная инвазия эндометрия в миометрий, которая приводит к диффузному увеличению матки [9]. Распространенность аденомиоза также, как и наружно-генитального эндометриоза в последние годы имеет тенденцию к росту и приходится на возраст реализации репродуктивных планов [5]. Аденомиоз поражает от 27 до 53% женщин, причинами такого разброса данных может быть использование различных диагностических критериев, сложность в клинической постановке диагноза, так как симптомы аденомиоза не специфичны и могут быть связаны как с другими заболеваниями, например, с миомой матки, так и сопутствовать им. Зачастую врачи ультразвуковой диагностики ошибочно принимают очаги аденомиоза за миоматозные узлы, это может быть связано с использованием аппаратов с низкой разрешающей способностью, что приводит к неправильной постановке диагноза, и как следствие к неэффективному лечению. Для аденомиоза характерны разнообразные проявления: боли в малом тазу, включая овуляторную боль, дисменорею, не связанную с менструацией тазовую боль, а также такие проявления, как дисхезия, дизурия, меноррагия и хроническая усталость [3]. Причинами болезненных менструаций являются циклические менструально-подобные изменения в эндометриоидных имплантах, они секретируют жидкость, которая содержит простагландины, являющиеся мощными стимуляторами тонуса сосудов и маточных сокращений. В основе нарушения дифференциации эндометриоидных клеток лежит дефект местного гормонального гемостаза. Потому что, эстрогены способствуют имплантации и функционированию эндометриоидной ткани в чужой для нее среде, и оказывают модулирующее влияние на иммунные и воспалительные процессы [7]. При аденомиозе наблюдаются значительные структурные и функциональные изменения в репродуктивной системе, что нередко приводит к бесплодию и «инвалидизации», что снижает качество жизни женщины. Частота первичного бесплодия у женщин с аденомиозом составляет 30-40%, тогда как вторичное бесплодие встречается реже и составляет – 27% [4]. Как и любой процесс в гормонозависимых органах, эндометриоз находится под постоянным влиянием стероидов – эстрогенов и прогестерона. Некоторые авторы считают, что одним из механизмов развития бесплодия при аденомиозе является хроническая овариальная недостаточность, которая в свою очередь приводит к нарушению морфофункционального состояния эпителиоцитов эндометрия.

Эндометриоз является эстрогензависимым заболеванием, однако мнения ученых разнятся. Так у больных аденомиозом выявлена умеренная гиперэстрогемия в раннюю фолликулярную фазу и в течении лютеиновой фазы, и снижение эстрадиола в преовуляторную фазу [1]. В то время как другие ученые в своих исследованиях отмечают гипоестрогемию в лютеиновую фазу цикла [2]. По данным некоторых авторов нарастание степени тяжести заболевания сопровождается повышением уровня эстрадиола, снижением уровней пролактина и ФСГ [6]. Диагностика аденомиоза также представляет определенные трудности, это зависит от разрешающей способности аппарата и применяемых датчиков. Ультразвуковая диагностика является скрининговым методом инструментального обследования при подозрении на аденомиоз. По мнению М.М. Дамирова и соавт., чувствительность трансвагинальной эхографии зависит от степени тяжести заболевания, при этом средняя точность УЗ диагностики аденомиоза составляет 88,7%, чувствительность – 91,5%, а специфичность – 86% [8]. На сегодняшний день среди всех методов инструментальной диагностики наибольшее доверие вызывает метод МРТ, чувствительность, специфичность и точность которого превышает 95%. Однако в связи с отсутствием рекомендаций в клинических руководствах и учитывая финансовую сторону, данный метод не получил широкого применения. Систематический анализ мировой литературы показал, что несмотря на многогранное изучение проблемы аденомиоза особенно у женщин раннего репродуктивного возраста, вопросы ранней диагностики и дифференцированного лечения требует дальнейшего изучения. Таким образом, подводя итог данным об аденомиозе, надо отметить, что, несмотря на огромное количество исследований, посвященные различным аспектам аденомиоза до сих пор отсутствуют четкие диагностические критерии и надежные неинвазивные методы лечения и прогнозирования заболевания. В связи с этим данная патология вызывает большой интерес к разработке вопросов этиологии и патогенеза развития аденомиоза, современных диагностических критериев и прогнозирования течения заболевания.

Цель - определить клинико-лабораторные показатели аденомиоза сочетанного с эндометриоидными кистами яичников у молодых женщин.

Материал и методы исследования. Обследованы 80 женщин репродуктивного возраста с установленным диагнозом аденомиоз

и эндометриоз яичников, обратившиеся за консультацией в частную клинику «NikaMed» г.Ташкента. Изучен анамнез обследованных женщин, проведен общий и гинекологический осмотр. Всем пациенткам были проведены ультразвуковые и доплерометрические исследования на аппарате Esaote My Lab Seven, трансвагинальным датчиком AC 2541 с частотой 3-3,5 МГц. Проведено гормональное исследование крови на следующие показатели: ТТГ, Т4 св, 17-ОКС, Тестостерон, Пролактин. Проведены антропометрические измерения для вычисления ИМТ (индекса массы тела). Консультация эндокринолога. Для консервативного лечения пациенткам назначены низкодозированные препараты ОК (Линдинет 20 по 1 таблетке в течение 63 или 126 дней в непрерывном режиме), диенгест 2 мг в течение 6 месяцев непрерывно.

Результаты. Нами обследованы 80 женщин раннего репродуктивного возраста. После обследования все женщины были разделены на 2 группы: I-группа 44 пациенток с аденомиозом (принимавших диенгест 2 мг в течение 6 месяцев), и II-группа 36 пациенток с аденомиозом и эндометриодными кистами яичников (принимавших ОК в течение 3х или 6 месяцев). Возраст обследованных колебался от 18 до 30 лет, составляя в среднем $25,4 \pm 0,14$ года. Нами изучен соматический анамнез обследованных, который показал что самыми частыми из перенесенных заболеваний у пациенток в обеих группах были воспалительные заболевания верхних и нижних дыхательных путей, которые составили 95,7% и 90,1% соответственно. Следующей по частоте были детские инфекционные заболевания, составившие 29,3 и 17% соответственно. Далее по частоте следовали инфекционный гепатит, заболевания ЖКТ, и эндокринные заболевания (диффузный зоб, сахарный диабет, ожирение). Хроническая анемия средней степени, которая в большинстве случаев является осложнением аденомиоза, вследствие нарушений менструальной функции значительно чаще выявлена у каждой четвертой пациентки I-группы, а во 2-группе составила 13,8%. Следовательно, у всех пациенток обследованных групп имели место нарушения соматического здоровья, заболевания инфекционно-воспалительного характера, эндокринопатии, анемия, что может быть фактором риска, приводящим к нарушению иммунитета, и создаёт условия для развития гиперпластических процессов в матке и за её пределами. Длительность заболевания составила от 1 года до 3х лет в группе с эндометриодными кистами и до 9 лет у женщин с аденомиозом. Чаще всего пациентки обращались с жалобами на обильные и/или длительные менструации, нарушения менструального цикла, боли внизу живота и бесплодие. Впервые диагноз аденомиоз и/или эндометриоз яичников установлен во время обследования по поводу повторного маточного кровотечения у 70% больных среди которых 25% - женщины после перенесенного COVID-19, а у остальных 30% по поводу бесплодия. Выскабливание полости матки произведено по поводу маточного кровотечения, обусловленного железистой гиперплазией эндометрия у 28 женщин, вследствие аборта в 30% и у 12 по поводу неразвивающейся беременности. Клиника заболевания была представлена нарушениями менструального цикла в обеих группах (60 - 75%), причем чаще всего нарушения были представлены болями перед и во время менструаций – альгодисменореей, различной интенсивности у пациенток I-группы в – 60%, а во 2-группе этот показатель составил 100%, следующей жалобой была – диспареуния, выявленная у 45% обследованных обеих групп. Также пациентки 2-группы в 88,8% случаев жаловались на коричневые выделения за 3-4 дня до предполагаемой даты менструации, тогда как этот показатель в I-группе составил 45%. Бесплодие было выявлено только у пациенток I-группы и составило 63,6% - 28 пациенток, из них первичное бесплодие составило 67,5%, а вторичное 32,5%. Также хочется отметить, что 18,3% женщин I-группы имели ожирение I степени по ИМТ.

Нами изучен гормональный статус пациенток. Исследования показали, что уровень тестостерона был повышен в среднем в 3,5

раза у 80% (64 пациентки: у 40 женщин Iй группы и у 24 из 2й группы), уровень 17-Он прогестерона был повышен в среднем в 5 раз у 87,5% всех обследованных. Уровень пролактина был повышен у 35% пациенток и был увеличен в среднем на 1,7 раза. Определение уровня ТТГ показало, повышение его в 1,85 раза, которое наблюдалось только у 16 женщин, что составило 20%. У 36,3% - 16 пациенток I-группы выявлено снижение свободного Т4, тогда как во 2-группе этот показатель был снижен у 16,6% больных. После консультации эндокринолога 16 (36,3%) пациенткам I-группы и 5 (13,8%) из 2-группы был поставлен диагноз – гипотериоз, более 85% пациенток обеих групп – аденогениальный синдром, и 3 пациенткам I-группы – тиреоидит.

Ультразвуковые исследования проводились во II фазу и сразу после менструального цикла. При этом определяли наличие, топографию и количество аденомиозных очагов и эндометриодных кист яичников. На УЗИ аденоматозные очаги визуализировались как анэхогенные образования с нечеткими и деформированными контурами и мелкодисперсным содержимым.

Эндометриодные кисты характеризовались с утолщенными стенками, округлой формы, с неоднородным дисперсным содержимым «шоколадная киста» или многокамерная киста в виде пчелиных сот. Допплерометрическая картина выявила гиперплазию эндометрия, а аденоматозные очаги визуализировались как анэхогенные включения с нечеткими краями, и отсутствием капсулы вокруг аденоматозного очага, наличием единичных цветовых сигналов по периферии и отсутствием кровотока внутри.

Лечение проводили в зависимости от выявленной патологии: при аденомиозе – диенгест 2 мг в течение 6 месяцев непрерывно, а при эндометриодных кистах Линдинет 20 в течение 63 или 126 дней в непрерывном режиме. Длительность консервативной терапии зависела от репродуктивных планов женщины, отсутствия симптоматики и УЗИ картины. Результаты лечения в течение 6 месяцев у женщин I группы с аденомиозом показали, что у большинства пациенток (36 пациенток - 81,8%) наступала нормализация цикла, боли исчезали. У четверти больных после окончания лечения наступила беременность. У пациенток 2-группы, эндометриодные кисты размеры которых не превышали 2-3 см в диаметре ОК назначались в течение 3 месяцев без перерыва. Женщинам, с эндометриодными кистами 4-6 см и более в диаметре (16 женщин – 44,4%), проводилась лапароскопическая кистэктомия, с дальнейшим приемом ОК препаратов в течение 6ти месяцев с противорецидивной целью. Прием ОК способствовал уменьшению болевого синдрома в 70% случаев, ликвидации мелких эндометриодных очагов в 35,2%. Мониторинг эффективности консервативного лечения проводился путем УЗИ-контроля. Динамическое УЗИ наблюдение показало, что у пациенток I-группы эхо-структура миометрия стала однородной у 70%, фертильность восстановлена в 27,2% случаев, рецидив в данной группе составил 9,1%. Во 2-группе фертильность восстановлена в 55,5% случаев, рецидив наблюдался у 8 – 22,2% женщин, при этом данные пациентки пожелали продолжить лечение по той же схеме, т.е. 126 дней без перерыва, затем перерыв на менструацию.

Стоит отметить, что у женщин принимавших препараты ОК в течение 3х месяцев симптомы заболевания возобновлялись через 8 месяцев после последней таблетки. В целом репродуктивная функция восстановлена у 55,5% женщин, принимавших Линдинет 20 в течение 6ти месяцев.

Заключение: Таким образом, эффективность комплексного своевременного лечения аденомиоза заключается в улучшении клинического течения заболевания, и восстановлении фертильности в 27,2% случаев в течение первого года. Микродозированные препараты ОК позволяют восстановить репродуктивную функцию в 60% случаев. Схема лечения ОК 126/7 является более эффективной.

Список литературы

1. Бабаджанова, Г. С., and С. И. Абдурахманова. "СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ ЭТИОПАТОГЕНЕЗЕ, КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЯХ МИОМЫ МАТКИ И АДЕНОМИОЗА У ЖЕНЩИН И ОСОБЕННОСТИ ИХ ЛЕЧЕНИЯ (Обзор литературы)." Журнал теоретической и клинической медицины 3 (2018): 85-90.
2. Калинин О.Б., Тезиков Ю.В. / Лечение генитального эндометриоза у женщин позднего репродуктивного и перименопаузального возраста. Проблемы репродукции, 4, 2015. С. 110-113.
3. Ризаев, Ж. А., et al. "Частота, клиника и хирургическое лечение миомы матки и аденомиоза." Мед. журн. Узбекистана 1 (2019): 23-26.
4. Каттаходжаева М.Х., Рахманова Н.Х., Методы выбора контрацепции у женщин группы риска.– Узбекистан. – 2018.– С.96-100. Abdullaeva, L. M., Babadzhanova, G. S., Nazarova, D. B., Muratova, N. D., & Ashurova, U. A. (2012). Role of hormonal disturbances in sterility development for patients with benign formations of ovaries. *Likars' ka Sprava*, (3-4), 104-109.
5. Vabadjanova, G. S., et al. "The role of proinflammatory cytokines in the development of clinical picture of myoma and adenomyosis." *Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology* 14.4 (2020): 7224-7228.
6. Каттаходжаева М.Х., Умаров З.М., Сафаров А.Т., Сулейманова Н.Ж. К вопросу о тактике введения беременности и родов при тазовых предлежаниях плода. // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья 2020, № 3-4, С.4М.М. Damirov, Endometriosis - a disease of active and business women. М. 2010 ; 191 p.
7. М.Х. Каттаходжаева, Амонова З.Д., Умаров З.М., Сафаров А.Т., Сулейманова Н. Современный взгляды на роль генитальный папилломавирусной инфекции в развитие предраковых заболеваний и рака шейки матки, пути их профилактики // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья 2021, №1-2, С.38-42
8. Рахманова Н. Ж. , Каттаходжаева М.Х. // Аёлларда контрацепция усулларини индивидуал танлашда замонавий жихатлари: шарх/ Назарий ва клиник тиббиёт, № 1 2018 йил, 82-84 стр.
9. A. Avezov, Kattakhodjaeva M.H., F. Boltoeva // Study of the development level of risk factors in Dangerous tumors causing lonely arterial Thromboembolia/ *International Journal of Advanced Science and Technology* Vol. 29, No. 5, (2020), pp. 1751-1760
10. Kudratova D.Sh. Common risk factors for intranutore anomalies of fetus development \International journal of innovative analyses and emerging technology 2022 Issue 8, Pg 25-30

ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ТОМ 3, НОМЕР 4

**JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND
URO-NEPHROLOGY RESEARCH**

VOLUME 3, ISSUE 4

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz

Tadqiqot LLC the city of Tashkent,

Amir Temur Street pr.1, House 2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz

Phone: (+998-94) 404-0000

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz

ООО Тадqiqot город Ташкент,

улица Амира Темура пр.1, дом-2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz

Тел: (+998-94) 404-0000