

КЛИНИЧЕСКИЕ И АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АДЕНОМИОЗА

Мирзамуродова Д.А., Курбанов Б.Б.

Ташкентский государственный медицинский университет

XULOSA

Adenomioz miyometriyda endometriyal shilliq qavatning hujayralari mavjudligi bilan belgilanadi. Bu, ehtimol, endometriyning bazal qatlaming miometri umga kirib borishi bilan bog'liq.

Maqsad: adenomiyozli reproduktiv yoshdagi ayollarning klinik va anamnestik tahlilini o'tkazish.

Materiallar va usullar. Adenomioz tashhisi qo'yilgan reproduktiv yoshdagi 93 nafar ayolning ambulatoriya yozuvlarini tahlil qildik. Tekshiruvdan o'tgan ayollar 34-43 yoshda bo'lgan. Barcha ayollar Toshkent shahridagi 6-son shahar tumanlararo perinatal markazining poliklinika bo'limiga ambulatory davolanish uchun yotqizildi. Adenomiozning tashhisi shikoyatlar, akusherlik va ginekologik tarix, shuningdek ultratovush tekshiruvi natijalarasi asosida belgilanadi.

Natijalar. Taqdim etilgan shikoyatlarga ko'ra, ayollarning 54,8 foizi dismenoreya – asosan gipermenoreya, polimenoreyadan shikoyat qilgan. 35 nafar ayol birlamchi, 19 nafar ikkilamchi bepushtlikdan aziyat chekdi. Adenomioz uchun xarakterli xususiyat genital traktdan mo'l-ko'l jigarrang oqindi mavjudligi – ular 47,3% holatlarni tashkil qiladi. So'rov natijasida, ayollar hayz davrining deyarli har qanday kunida bunday oqimni qayd etdilar. 15% hollarda libido, vazn ortishi va boshqalar bilan bog'liq dishormonal buzilishlar qayd etilgan.

Xulosha. Tahlillarimiz natijalariga ko'ra, biz adenomiozning xarakterli og'irlashgan ginekologik anamnez, aniq o'ziga xos klinik ko'rinishga ega degan xulosaga kelishimiz mumkin.

Kalit so'zlar: adenomioz, bachardon, og'riq.

Аденомиоз специфическое заболевание матки, которое относится к эндометриальным железам и строме, расположенным беспорядочно глубоко в миометрии. Если раньше данное заболевание не отнесли как самостоятельное явление и приписывали к внутреннему эндометриозу, то сегодня Аденомиоз приобрел «рассвет». Изменения касается не только матки и придатков, но и всего малого таза.

Этиология и патогенетические механизмы, ответственные за аденомиоз, плохо изучены. Как исследования на людях, так и экспериментальные исследования подтверждают теорию инвагинации эндометрия в эндометрий, хотя возможно и развитие аденомиоза *de novo* из остатков мюллеровых протоков внематочной локализации. Предпосылкой для аденомиоза может быть либо слабость гладкой

SUMMARY

Adenomyosis is defined by the presence of the endometrial mucosa in the myometrium. This is probably due to invagination of the basal layer of the endometrium into the myometrium.

Objective: to conduct a clinical and anamnestic analysis of women of reproductive age with Adenomyosis.

Materials and methods. We analyzed the outpatient records of 93 women of reproductive age diagnosed with Adenomyosis. The examined women were aged 34-43 years. All women were admitted for outpatient treatment to the polyclinic department of the City Interdistrict Perinatal Center No. 6 in Tashkent. The diagnosis of Adenomyosis was established on the basis of complaints, obstetric and gynecological history, as well as ultrasound findings.

Results. According to the presented complaints, in 54.8% of cases, women reported dysmenorrhea – mainly hypermenorrhea and polymenorrhea. 35 women suffered from primary infertility, and 19 from secondary infertility. Characteristic for Adenomyosis is the presence of abundant brown discharge from the genital tract - they accounted for 47.3% of cases. When questioned, women noted such discharge almost on any day of the menstrual cycle. Dyshormonal disorders associated with libido, weight gain, etc., were noted in 15% of cases.

Conclusions. Based on the results of our analysis, we can conclude that Adenomyosis has a characteristic aggravated gynecological anamnesis, a pronounced specific clinical picture.

Keywords: adenomyosis, uterus, pain.

мышечной ткани, либо повышенное внутриматочное давление, либо и то, и другое. Относительно высокие концентрации эстрогенов и нарушенный иммуно-посредованный контроль роста в эктопическом эндометрии могут быть необходимы для поддержания аденомиоза. Гиперплазия и гипертрофия гладкомышечных клеток являются отражением реактивных изменений, вторичных по отношению к эктопической пролиферации эндометрия. Необходимы дальнейшие исследования для точного понимания этиологии и патогенеза аденомиоза. Аденомиоз – относительно частая патология эндомиометрия, встречающаяся у многорожавших женщин в возрасте от 40 до 50 лет. Примерно у 2/3 женщин наблюдаются симптомы в виде меноррагий и дисменореи; в 80% случаев аденомиоза наблюдается лейомиома матки; а у женщин

с эндометриальнойadenокарциномойаденомиоз встречается относительно часто. Окончательный диагноз ставится на основании данных, полученных при гистерэктомии, хотя предпринимаются попытки предоперационной диагностики с помощью магнитно-резонансной томографии и биопсии миометрия. Радикальным методом лечения женщин с симптомами заболевания является гистерэктомия.

Аденомиоз часто поражает как беременную, так и небеременную матку, оставаясь бессимптомным почти в половине случаев. Симптомы аденоомиоза, особенно меноррагия и дисменорея, коррелируют с глубиной поражения миометрия и, следовательно, с возрастом пациентки. Аденомиоз чаще всего встречается у рожавших женщин в возрасте от 55 до 60 лет.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: провести клинический и анамнестический анализ женщин репродуктивного возраста с Аденомиозом.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Мы провели анализ амбулаторных карт 93 женщин репродуктивного возраста с диагнозом Аденомиоз. Обследуемые женщины были в возрасте от 34-43 лет. Все женщины поступили на амбулаторное лечение, в отделение поликлиники городского межрайонного перинатального центра №6 города Ташкента. Диагноз Аденомиоз устанавливался на основании жалоб, данных акушерского и гинекологиче-

ского анамнеза, а также по заключению УЗИ.

Исследование материала проводилось на базе кафедры Акушерства и гинекологии с курсом детской гинекологии Ташкентского государственного медицинского университета. Нами проведен разбор амбулаторных карт пациенток в градации от 6 до 12 месяцев. Мы исследовали течение заболевания до и после лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Основными жалобами женщин поступившим на амбулаторное лечение было наличие тазовых болей, бесплодия, и выделений из половых путей (табл.). Характерным симптомом является тазовая боль, которая встречалась у 83 женщин. Они отмечали тазовую боль с иррадиацией в бедро и прямую кишку. 47,3% случаев имело место боль при половом контакте что по опросу нарушало их либидо.

Согласно предъявляемым жалобам 54,8% случаев женщины жаловались на наличие дисменорея – в основном гиперменорея, полименорея. 35 женщин страдали первичным бесплодием, а 19 вторичным. Характерны для Аденомиоза наличие обильные коричневых выделений из половых путей – они составили 47,3% случаев. При опросе женщины отмечали такие выделения практически в любой день менструального цикла. Дисгормональные нарушения связанные с либидо, прибавкой массы тела и др, отмечались 15% случаев.

Жалобы, предъявляемые женщинами

	Группа исследования n=93
Тазовая боль	77 (82,79%)
Боль во время менструации	52 (55,9%)
Боль во время полового акта	44 (47,3%)
Первичное Бесплодие	35 (37,6%)
Вторичное Бесплодие	19 (20,4%)
Нарушение Менструального цикла	51 (54,8%)
Аномальные маточные кровотечения	20 (21,5%)
Дисгормональные нарушения	14 (15,05%)
Выделения из половых путей	44 (47,3%)

При исследовании акушерско-гинекологического анамнеза обращало на себя внимание наличие отягощённости в виде сопутствующих гинекологических заболеваний, а также отягощённого акушерского статуса. Характерной картиной является то что «бллизкими друзьями» Аденомиоза являются миома матки и гиперплазия Эндометрия. (что подтверждают и литературные данные). Также классическим анамнестическим критерием и возможно фактором развития Аденомиоза является наличие хирургического аборта (или других хирургических вмешательств полости матки) что также доказана мировой литературой.

При выявлении опухолей яичников женщинам было предложено пройти обследование на онкомаркеры на что женщины дали согласие (Индекс РОМА). При наличии гиперплазии эндометрия всем женщинам было предложена – взятие биопсии эндометрия

методом гистероскопии, мануальной вакум аспирации или диагностическое выскабливание полости матки (редко). При наличии соскоба Эндометрия окончательный диагноз и тактика лечения выставлялось по результатам ответа гистологии.

Для Аденомиоза было характерным наличие специфических клеток, воспалительного характера, с участками некроза или ишемии, с характерной морфологией крипт. Атипизации клеток при этом не наблюдалось.

Предварительный диагноз Аденомиоза основывался на данных УЗИ –характерными эхографическими признаками были наличие участков плотности, очагов напряжения в Эндометрии. При выявлении признаков гиперплазии Эндометрия проводили допплерометрию сосудов, главная цель которой заключалась в измерении скорости кровотока, и наличие

неоангиогенеза. Характерным для Аденомиоза было отсутствие дополнительного кровотока, со снижением индекса резистентности в маточных и шеечных артериях.

Все женщины получали консервативное лечение. Препаратором выбора согласно современным протоколам остается Диеногест 10 мг (Савис) ежедневно от 3 до 6 месяцев. При выраженной гиперплазии Эндометрия назначается ингибиторы Гн-Рг (Диферелин, Риеко). При сопровождении Аденомиоза с бесплодием или гормональными нарушениями проводилась корректировка яичниковой функции. Хочется отметить хорошие результаты на фоне лечения Диеногестом (Савис). Женщины отмечали улучшение качества жизни пациентов, уменьшение тазовых болей и дисменореи в среднем от 1 до 2 месяцев после начала лечения. В состав комплексного лечения также входило назначение рассасывающих препаратов (Вобензим, Серрата) а также НПВС в виде суппозитории.

ВЫВОДЫ

По результату нашего анализа можно заключить что Аденомиоз имеет характерный отягощённый гинекологический анамнез, ярко выраженную специфическую клиническую картину, усугубляющую образ жизни пациентов. Золотым стандартом в диагностике заболевание играет УЗИ и гистология соскоба, а в лечении Диеногес. Поиск надежных информированных маркеров Аденомиоза остается актуальной проблемой в гинекологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабаджанова Г. С., Абдурахманова С. И. Современные представления об этиопатогенезе, клинико-диагностических критериях миомы матки и аденомиоза у женщин и особенности их лечения (обзор литературы) // Журнал теоретической и клинической медицины. – 2018. – №. 3. – С. 85-90.
2. Беженарь В. Ф. и др. Аденомиоз и fertильность: современный взгляд на проблему (обзор литературы) // Журнал акушерства и женских болезней. – 2022. – Т. 71. – №. 1. – С. 109-18.
3. Loring M., Chen T. Y., Isaacson K. B. A systematic review of adenomyosis: it is time to reassess what we thought we knew about the disease // Journal of minimally invasive gynecology. – 2021. – Т. 28. – №. 3. – С. 644-655.
4. Younes G., Tulandi T. Conservative surgery for adenomyosis and results: a systematic review // Journal of minimally invasive gynecology. – 2018. – Т. 25. – №. 2. – С. 265-276.
5. Oliveira M. A. P. et al. Surgery in adenomyosis // Archives of Gynecology and Obstetrics. – 2018. – Т. 297. – №. 3. – С. 581-589.
6. Moldassarina R. S. Modern view on the diagnostics and treatment of adenomyosis // Archives of Gynecology and Obstetrics. – 2023. – Т. 308. – №. 1. – С. 171-181.
7. Guo S. W. Cracking the enigma of adenomyosis: an update on its pathogenesis and pathophysiology // Reproduction. – 2022. – Т. 164. – №. 5. – С. R101-R121.
8. Mikos T. et al. The outcome of fertility-sparing and nonfertility-sparing surgery for the treatment of adenomyosis. A systematic review and meta-analysis // Journal of Minimally Invasive Gynecology. – 2020. – Т. 27. – №. 2. – С. 309-331. e3.
9. Yu O. et al. Adenomyosis incidence, prevalence and treatment: United States population-based study 2006–2015 // American journal of obstetrics and gynecology. – 2020. – Т. 223. – №. 1. – С. 94. e1-94. e10.