UDK: 618.14-018.73: 618.3+618.5:614-084:616-036

АДЕНОМИОЗ И ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ИХ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ

Мадолимова Намунахон Ҳасанбойевна – Ph.D., ассистент
Ахмеджанова Хуршидахон Зокиржоновна – Ph.D., ассистент
Кафедра акушерства и гинекологии, репродуктологии
Ташкентский государственный медицинский университет (Ташкент, Узбекистан)

Аннотация. *Эндометриоз и аденомиоз вызывают не только такие симптомы, как дисменорея, хроническая тазовая боль и бесплодие, но в последнее время они также стали причиной ряда акушерских осложнений. Связь между эндометриоз, аденомиоз и неблагоприятные исходы беременности развиваются как новая тема в этой области репродуктивной медицины за последние несколько лет. Наш цель была изучить течение беременности, родов и послеродового периода у женщин с аденомиозом. Наш анализ показал высокую частоту акушерских и перинатальных осложнений у женщин с аденомиозом.*

Ключевые слова: *аденомиоз, беременность, акушерские осложнения.*

ADENOMIOZ VA HOMILADORLIK, TUG’RUQ ASORATLARI HAMDA ULARNI PROGNOZLASH

Madolimova Namunaxon Hasanboy qizi – Ph.D., assissent
Axmedjanova Xurshidaxon Zokirjon qizi – Ph.D., assissent
Akusherlik va ginekologiya, reproduktologiya kafedrasi
Toshkent davlat tibbiyot universititeti (Toshkent, O‘zbekiston)

Annotatsiya. *Endometrioz va adenomioz nafaqat dismenoreya, surunkali chanoq sohasidagi og’riqlar, bepushtlik kabi simptomlari chaqiradi, balki so’nggi vaqtlarda ular bir qator akusherlik asoratlariga ham sabab bo‘lmoqda. Endometrioz, adenomioz va homiladorlik asoratlari o’rtasidagi o’zaro bog’liqlik reproduktiv tibbiyot sohasida yangi mavzu sifatida rivojlanmoqda. Shuni hisobga olgan holda, bizning tadqiqotimiz maqsadi adenomiozi mavjud ayollarda homiladorlik va tug’ruq, tug’ruqdan keyingi davr kechishini o‘rganish bo‘ldi. Tadqiqot natijalari adenomiozli ayollarda akusherlik va perinatal asoratlarning yuqori chastotasini ko‘rsatdi.*

Kalit so’zlar: *adenomioz, homiladorlik, akusherlik asoratlari.*

ADENOMYOSIS AND COMPLICATIONS OF PREGNANCY, CHILDBIRTH AND THEIR PROGNOSIS

Madolimova Namunakhan Khasanboyevna – Ph.D., assistant
Akhmedjanova Khurshidakhan Zakirjanovna – Ph.D., assistant
Tashkent state medical university (Tashkent, Uzbekistan)

Annotation. *Endometriosis and adenomyosis not only cause symptoms such as dysmenorrhea, chronic pelvic pain and infertility, but have also recently been implicated in a range of obstetric complications. The association between endometriosis and adenomyosis and adverse pregnancy outcomes has been developing as a new topic in the field of reproductive medicine over the past few years. Our goal was to study the course of pregnancy, childbirth and the postpartum period in women with adenomyosis. Our analysis showed a high incidence of obstetric and perinatal complications in women with adenomyosis.*

Keywords: *adenomyosis, pregnancy, obstetric complications.*

Аденомиоз является широко распространенной патологией у женщин репродуктивного возраста. Он представляет собой доброкачественное заболевание, характеризующееся расположением желез и стромы эндометрия в толще мышечного слоя матки. За последние годы было установлено негативное влияние аденомиоза на репродуктивную функцию женщины в виде снижения фертильности и повышенного уровня осложнений беременности и родов [1, 3, 4, 6, 7]. В настоящий момент общепризнанными являются несколько теорий нарушений репродуктивной функции при аденомиозе. Это наличие функциональных и структурных изменений эндометрия и миометрия, нарушенный транспорт спермы, появление дисперистальтических сокращений матки и высокий уровень продуктов оксидативного стресса в матке [1, 5, 9, 12]. Аденомиоз – достаточно хорошо изученная патология, которая может быть моделью для прогнозирования различных осложнений беременности и родов. Тем более, что клинические наблюдения дают повод для продолжения изучения этого заболевания [1, 10].

В многочисленных исследованиях было установлено неблагоприятное влияние аденомиоза на результат вспомогательных репродуктивных технологий, выражающийся в пониженной частоте наступления и высоком уровне невынашивания беременности [4, 9, 12, 14]. Также известно, что при аденомиозе часто встречаются такие осложнения, как преждевременные роды и преждевременный разрыв плодных оболочек. Эти данные носят пока описательный характер, но позволяют сделать вывод о необходимости тщательного наблюдения беременных с аденомиозом в первичном звене на предмет развития возможных осложнений гестации [2, 3, 8, 10, 11, 12].

Видимо, наличие аденомиоза может сопровождаться нарушением инвазии вневорсинчатоготрофобласта в спиральные сосуды матки и приводить к развитию дисфункции плаценты, а также к преэклампсиии преждевременным родам [1, 4, 13]. Кроме того, эктопические очаги эндометрия и их содержимое нарушают гормональную регуляцию, межклеточные взаимодействия и иммунологические процессы на уровне слизистой матки, распространяя свое отрицательное влияние на децидуализацию, плацентацию и плодовое программирование [2, 3, 12].Пока не совсем ясно, как нарушенные условия развития плаценты реализуются в патологическое течение беременности, родов и перинатальные осложнения. Эти проблемы, возможно, связаны с отсутствием адаптационных изменений и ремоделирования стенки матки, предшествующих имплантации и плацентации. Они могут оказывать долгосрочные последствия в соответствии с гипотезой Баркера, что обосновывает необходимость изучения влияния аденомиоза на потомство.

Недавно исследователями было установлено, что у пациенток с аденомиозом более, чем в 3 раза повышен риск преждевременных родов и задержки роста плода,

а риск преэклампсии увеличен четырехкратно [4, 13]. Источник этих проблем находится в I триместре беременности. Особенно выраженные изменения установлены при биохимическом скрининге и доплерометрии маточной артерии у женщин с диффузным аденомиозом. Уровень PAPP-A у данной категории беременных был достоверно ниже, а пульсационный индекс в маточной артерии выше в I и II триместре беременности, чем у здоровых пациенток и беременных с очаговым аденомиозом. Указанные нарушения процесса плацентации сопровождались развитием задержки роста плода, отношение шансов которого только при диффузном аденомиозе возрастало почти пятикратно [4, 6, 7]. Поэтому беременные с аденомиозом находятся в группе риска по СОРП и преэклампсии, что требует проведения дополнительного обследования и медикаментозной профилактики.

Наиболее значима прогестероновая поддержка впериод прегравидарной подготовки у женщин с аденомиозом. Полноценнаясекреторная трансформация эндометрия иинвазия трофобласта с последующимформированием адекватно функционирующейплаценты является основным предикторомблагоприятного течения и исхода беременности. Рутинный прием прогестерона во вторую фазу МЦ до наступления беременности и на протяжении первых 8-10 недель после зачатия рекомендуется всем женщинам с привычным невынашиванием в анамнезе[11, 12].Систематический обзор 14 исследований с участием 2158 женщин с привычным невынашиванием в анамнезе показал достоверное снижение риска повторной потери беременности после применения прогестерона при отсутствии различий в частоте побочных явлений со стороны матери и плода в сравнении с плацебо или отсутствием лечения [8]. МетаанализHamdanM. etal. [9], объединивший 225 беременных с привычным невынашиванием в анамнезе, также продемонстрировал высокую эффективность (ОР 0,46; 95% ДИ 0,23–0,93) в снижении частоты повторного выкидыша профилактического применения прогестерона в I триместре.

Необходимо помнить, что эндометрий содержит огромное количество кровеносных сосудов, активно кровоснабжая и питая важные структуры и клетки эндометрия, необходимые для имплантации и физиологического функционирования трофобласта. У ряда пациенток даже при нормальном уровне гормонов отмечается недостаточный рост и функционирование эндометрия [5, 8]. Так, работы некоторых исследователей показали, что повышение периферического сосудистого сопротивления в сосудистой сети матки служит триггером для снижения темпов пролиферации и выработки фактора роста эндотелия сосудов в эндометрии и объясняет снижение темпов роста железистого слоя и васкулогенеза при наличии аденомиоза. Необходимость достаточной толщины эндометрия, но и полноценного его функционирования у женщин с аденомиозом для повышения частоты наступления беременности и ее физиологического течения не вызывает сомнений, что обуславливает продолжение исследований по изучению возможности влияния на эти аспекты. Видимо, кроме патологии эндометрия при аденомиозе еще существует причина недостаточного ангиогенеза и кровообращения в этом функциональном слое. В связи с этим, остаются дискутабельными вопросы предгравидарной подготовки эндометрия у женщин с аденомиозом и их ведение во время гестации.

Учитывая вышеизложенное, с целью снижения акушерских осложнений во время беременности при аденомиозе, необходимо проведение как предгравидарной подготовки эндометрия к процессам имплантации и плацентации, так и

прогестероновая поддержка в первом триместре.

Цель исследования: в сравнительном аспекте оценить различные подходы к ведению беременности у женщин с аденомиозом с целью профилактики гестационных осложнений.

Материал и методы исследования: Выполнено сравнительное проспективное исследование 103беременных саденомиозомразличной степени тяжестив возрасте от 25 до 44 лет (средний возраст - 36,6 ± 4,2 года). В зависимости от степени тяжести и метода терапии, женщины были разделены на группы: 1-ую группу составили 82 женщины с аденомиозомI–II степени; 2-ую группу - 21 женщина с аденомиозомIII степени. На втором этапе исследования после терапии аденомиоза было планирование беременности. После наступления беременности, в зависимости от ведения исследуемые66 беременные были подразделены на подгруппы,: А подгруппу составили женщины (n=37), которым в качестве профилактики гестационных осложнений назначен микронизированный прогестерон в дозе 600 мг в день, ацетилсалициловая кислота 150 мг в день до 16 недель беременности; Вподгруппу составили беременные(n=29) с аденомиозом, которых вели традиционно. Группу сравнения составили 112беременных без аденомиоза. Критериями включения в исследование были верифицированный аденомиоз. Критерии исключения: диффузная форма аденомиоза, аденомиоз 4 степени, миома матки, пороки развития матки, тяжелая соматическая патология, острые воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ). В ходе наблюдения в динамике проведено клинико-лабораторное обследование, ультразвуковое исследование, допплерометрия сосудов матки.

Статистическую полученных результатов производили с использованием описательной статистики на персональном компьютере с помощью программы Excel 2013. Использовалось построение частотных распределений (для сравнения двух выборок в процентах применялось угловое преобразование Фишера). Для описания количественных данных, использовали среднее арифметическое (M) и стандартное отклонение (SD). При выполнении основной задачи сравнения двух независимых групп по одному признаку был использован двусторонний t-критерий Стьюдента. Статистический анализ полученных данных проводили при помощи стандартных методов математико-статистической обработки с использованием программы MicrosoftOfficeExcel 2013 и Statistica 6.0. Различия между группами считали статистически значимыми при $p<0,05$.

Результаты исследования. По степени тяжести аденомиоза из 103 исследуемых беременных 1-2 степень распространения отмечалась у 82 (79,6%) женщин, 3 степень - у 21 женщин (20,4%). Средний возраст в группах не различался и составил 36,6±4,2 года, однако среди пациенток с аденомиозом III степени преобладали женщины 40 лет и старше (19,1%), что было чаще группы с аденомиозомI–II степени в 2,9 раза (6,7%) ($p<0,05$).Длительность бесплодия в группах существенно различалась в зависимости от степени тяжести аденомиоза: 4,1±0,7 года в группе с аденомиозом I-II степени и 9,6±2,4 года у пациенток с аденомиозом III степени. Структура бесплодия также имела свои особенности. Так, в группе женщин с аденомиозом III степени установлена более высокая частота длительного первичного бесплодия (38,1%, n=8). Тогда как в группе саденомиозом I-II степени ее частота составила15,9% (n=13), что в 2,4 раза реже ($p<0,05$). Обратная тенденция отмечалась в частоте вторичного бесплодия, которое чаще былозарегистрировано у женщин с аденомиозом I-II (84,1%), что почти в 1,4

раза чаще, чем в группе с аденомиозомIII степени (61,9%), что в недостоверно значимых пределах.

У пациенток обеих групп в анамнезе было ЭКО. В группе с аденомиозом 1-2 степени у 15,9% женщин и у 38,1% из группы с аденомиозом 3 степени. Более высокая частота неудачных попыток ЭКО (две и более) отмечена у пациенток с аденомиозомIII степени, которая составила 62,5% (n=5). Тогда как в группе с аденомиозом I-IIстепени данный показатель был нижев 2 раза и составил 30,8% (n=4) (p<0,05).Сочетание аденомиоза с наружным генитальным эндометриозом в исследуемых группах было в недостоверно значимых пределах и составили 18,3% (у 15 из 82) и 14,3% (у 3 из 21), соответственно (p>0,05).

Оценка эффективности проведенной прегравидарной подготовки с терапией аденомиоза была основана на таких показателях как болезненность и длительность менструации, допплерометрические показатели сосудов матки, частота наступления беременности, течение и осложнения последующей беременности.

Клиническое улучшение заключалось в уменьшении болезненности и продолжительности менструаций у 68,3% пациенток первой и у 61,9% женщин второй группы. Регресс тазовой боли (в баллах по визуальной аналоговой шкале (ВАШ)) к моментуокончания терапии отметили 74,3% участниц первой и 61,9% женщин второй группы (рис. 1).

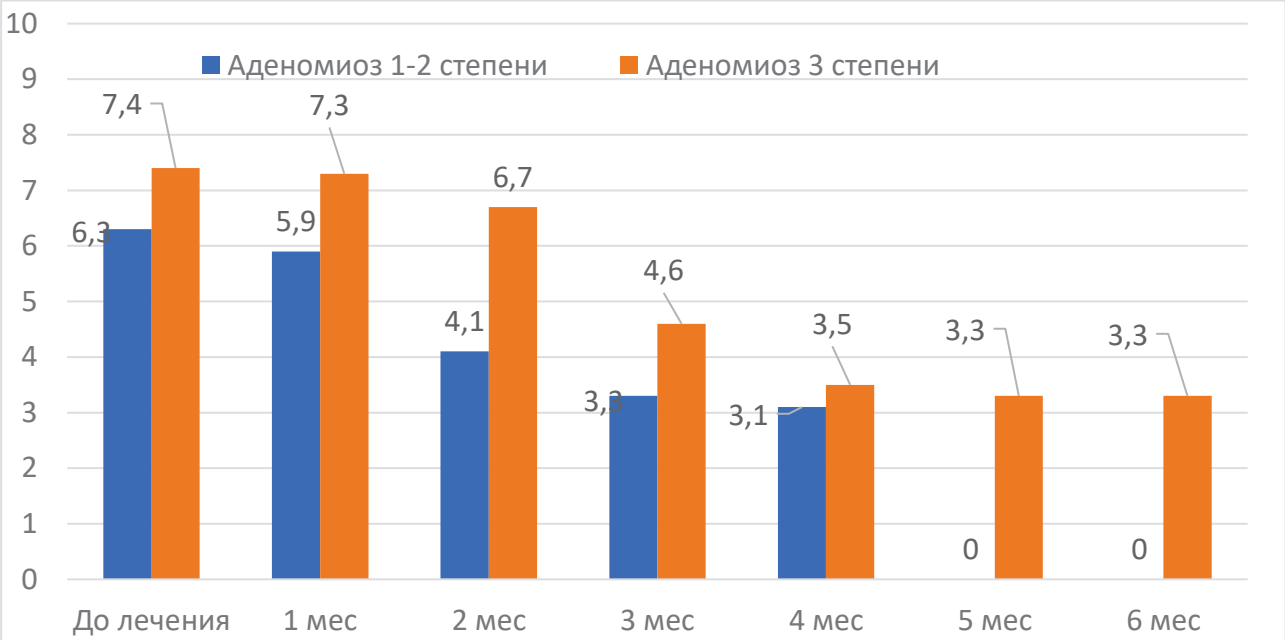


Рис. 1. **Динамика регресса хронической тазовой боли у женщин с аденомиозом, в зависимости от степени тяжести**

Изучение показателей кровообращения в сосудах матки при различной степени аденомиоза выявило достоверно значимые различия до и после терапии (табл. 1). Так, при динамической оценке маточной гемодинамикиу женщин с аденомиозом I-II степени в 47,6% случаях и у женщин с аденомиозомIII степени в 28,6%выявлена нормализация показателей кровотока в различных сегментах сосудистого русла матки, что видимо, впоследствии влияло на успешный исход ЭКО.

Таблица 1.

Показатели индекса резистентности в сосудах матки до и после терапии (M±m)

Артерии	1 группа с аденомиозом I-II степени (n=82)		2 группа аденомиозом III степени (n=21)	
	До лечения	после	До лечения	После
Правая маточная артерия	0,85±0,12	0,82±0,06	0,88±0,07	0,85±0,10
Левая маточная артерия	0,85±0,10	0,81±0,06	0,87±0,09	0,86±0,10
Аркуатные артерии	0,76±0,16	0,70±0,07*	0,80±0,14	0,76±0,08
Радиальные артерии	0,70±0,06	0,64±0,06*	0,72±0,04	0,70±0,05
Базальные артерии	0,64±0,05	0,60±0,04*	-	0,64±0,05*
Спиральные артерии	0,57±0,04	0,52 ±0,03*	-	0,55±0,02*

*Примечание: * - отличие показателей индекса резистентности до и после лечения (p<0,05)*

Как видно из таблицы 1, улучшение кровотока после терапии аденомиозадиеногестом в течении 6 месяцев отмечалось значимо в аркуатных, базальных и спиральных артериях матки.

Следующим этапом исследования было планирование беременности при нивелировании симптомов патологии и улучшении кровообращения в сосудах маткипосле терапии аденомиоза. В течении года после окончания терапии из 103 женщин забеременели 66 (64,1%) женщин, при этом при аденомиозеI-II степени беременность наступила у 56(68,3%) из 82 женщин, что в 1,4 раза чаще, чем при аденомиозеIII степени (47,6%; n=10). Группу сравнения составили 112 беременных без аденомиоза.

Данные зарубежных и отечественных источников литературы указывают на осложненное течение гестации у женщин с аденомиозом, а именно невынашиванием как в ранние, так и в поздние сроки гестации [6, 7, 13]. Учитывая это, мы с целью профилактики невынашивания беременности и физиологического течения процессов имплантации, ангиогенеза и плацентации у беременных с аденомиозом назначить микронизированный прогестерон в дозе 600 мг в день, ацетилсалициловую кислоту 150 мг в день до 16 недель беременности.

Сравнительный анализ исходов гестации показал, что в группе пациенток с аденомиозом частота живорождения составила 89,1%, тогда как в группе сравнения этот показатель был выше и составил 98,6% (табл. 2). Состав репродуктивных потерь по совокупности складывался из самопроизвольных выкидышей, неразвивающихся беременностей, антенатальной гибели плода, очень ранних и ранних преждевременных родов, закончившиеся ранней неонатальной смертностью.

Таблица 2.

Исходы беременности у женщин при аденомиозе

Исходы	Беременные с аденомиозом (n=66)		Беременные без аденомиоза (n=112)	
	Абс	%	Абс	%
Самопроизвольные выкидыши	7	10,6	8	7,1
Неразвивающаяся беременность	6	9,1**	3	2,7
Очень ранние и ранние преждевременные роды	7	10,6**	3	2,7
Преждевременные роды	10	15,2*	11	9,8
Антенатальная гибель плода	3	4,5	-	-
Живорождения	47	88,7	99	98,0
Мертворождения	6	11,3**	2	1,8

*Примечания: *- отличие показателей группы с аденомиозом относительно значений группы женщин без аденомиоза (* - p<0,05; ** - p<0,001)*

Беременность у женщин с аденомиозом осложнилась самопроизвольными выкидышами в 10,6% случаев, а в группе женщин без аденомиоза - 7,1%, что было в недостоверно значимых пределах. Неразвивающаяся беременность в группе женщин с аденомиозом встречалась в 6 случаях (9,1%), чаще в сроках более 11-12 недель гестации. Тогда как в группе женщин без аденомиоза этот показатель был ниже в 3,4 раза (2,7%). Видимо, это связано с нарушениями процессов имплантации и ангиогенеза на фоне аденомиоза, что подтверждается данными других исследователей [11, 14].

Наиболее частыми осложнениями второй половины беременности были очень ранние и ранние преждевременные роды, частота которых в группе женщин с аденомиозом составила 10,6%, что выше значений группы женщин без аденомиоза в 3,9 раза. В группе сравнения очень ранних преждевременных родов не было, и только у 4 (2,7%) пациенток беременность закончилась ранними преждевременными родами в сроке 28-29 недель беременности. В итоге, частота всех преждевременных родов составила 25,8% (n=17) в группе беременных на фоне аденомиоза, что в 2 раза чаще, чем у женщин без аденомиоза (12,5%, n=14). В группе беременных с аденомиозом отмечалась антенатальная гибель плода у 3 (4,5%) женщин. Причинами их в двух случаях была ПОНРП (3,0%)и одном случае СОРП (1,5%). Вышеуказанные осложнения были характерны, в основном для группы беременных с аденомиозом, не получавших профилактику микронизированным прогестероном и ацетилсалициловой кислотой.

Для оценки эффективности метода профилактики гестационных осложнений у женщин с аденомиозом, мы рассмотрели течение беременности и ее исходы в разрезе групп.

Таблица 3.

Особенности течения беременности у женщин в аденомиозом, в зависимости от ведения

Осложнения	Беременные с АМ, получавшие комплексную профилактику (n=37)		Беременные с АМ, веденные традиционно(n=29)		Беременные без АМ (n=112)	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Угроза прерывания беременности	13	35,1*▲	19	65,5*	19	17,0
С/п выкидыш	3	8,1▲	4	13,8*	8	7,1
Неразвивающаяся беременность	1	2,7▲▲	5	17,2*	3	2,7
Плацентарная дисфункция	9	24,3▲	14	48,3*	22	19,6
Гипертензивные нарушения	7	18,9	8	27,6*	16	14,3
Тяжелая преэклампсия	2	5,4*▲	3	10,3*	1	0,9
СОРП	1	2,7▲▲	4	13,8*	2	1,8
Антенатальная гибель плода	0	0	3	10,3	0	0
ПОНРП	0	0	2	6,9*	1	0,9
Предлежание плаценты	3	8,1*	2	6,9*	0	0
Преждевременные роды, из них:	6	16,2▲	11	37,9*	14	12,5
Преждевременные роды в сроки 22-33 недели	2	5,4*▲▲	5	17,2*	3	2,7
Преждевременные роды в сроке > 34 недель	4	10,8▲	6	20,7*	11	9,8
Кесарево сечение	8	21,6	9	31,0*	21	18,8
Аномалии родовой деятельности	7	18,9*	7	24,1*	13	11,6
Послеродовые кровотечения	9	24,3*▲	11	37,9*	18	16,1
Аномальное прикрепление плаценты	3	8,1*	3	10,4*	5	4,5
Субинволюция матки	12	32,4*▲	16	55,2*	25	22,3

*Примечание: * - отличие показателей женщин групп с аденомиозом, относительно группы сравнения без аденомиза (*- p<0,05; ** - p<0,001)*

▲-отличие показателей групп с аденомиозом, получавших профилактику, относительно группы веденных традиционно (▲- p<0,05; ▲▲ - p<0,001)

Изучение течения беременности у женщин с аденомиозом показало, что несмотря на проведение профилактики, осложненное его течение. Так у женщин с аденомиозом угроза невынашивания наблюдалась у большей половины женщин и составила 65,5%. Тогда как у беременных на фоне профилактики угроза отмечалась у 35,1%, что было ниже показателей женщин без профилактики в 1,9 раза, но все еще выше показателей группы беременных без аденомиоза в 2,1 раза. Угроза прерывания беременности осложнилась самопроизвольными выкидышами и преждевременными родами у 13,8% и 37,9% женщин с аденомиозом, веденных традиционно, и были выше показателей беременных на фоне профилактики в 1,7 (8,1%) и 2,3 (16,2%) раза. Следует отметить, что значения группы женщин, получавших профилактику, не отличались в достоверно значимых пределах от группы беременных без аденомиоза. Отличительной особенностью беременных с аденомиозом, веденных традиционно, было наличие большего количества (17,2%) очень ранних и ранних преждевременных родов, частота которых была выше группы женщин, получавших профилактику в 3,2 раза.

У беременных с аденомиозом(табл.3) отмечено значимое ($p<0,05$) увеличение частоты гипертензивных нарушений – 27,6% (группа сравнения - 14,3%) с развитием у 3 (10,3%) женщин тяжелой преэклампсии, плацентарной дисфункции с нарушением гемодинамики плода - 48,3% (группа сравнения – 19,6%), СОРП - у 13,8% (группа сравнения - 1,8%). Тогда как, при профилактике микронизированным прогестероном и ацетилсалициловой кислотой, частота вышеуказанных осложнений у женщин с аденомиозом снижалась и не отличались в достоверно значимых пределах от значений группы женщин без аденомиоза. Следует также отметить наличие антенатальной гибели плода (10,3%) только в группе женщин с аденомиозом, не получавших превентивную профилактику.

Изучение течения родов также показало высокую частоту осложнений, одним из которых была слабость родовой деятельности (24,1% и 18,9%), частота которой превышала показатели контроля в 2,1 и 1,6 раза. Видимо, при наличии очагов аденомиоза (даже при их атрофии) происходит нарушение проводимости и сократимости матки, независимо от проведения профилактики. Другим относительно частым осложнением в родах было аномальной плотное прикрепление плаценты, частота которой составила 10,4% и 8,1%, что было выше показателей женщин без аденомиоза в 2,3 и 1,8 раза.

Частота операций кесарева сечения у женщин с аденомиозом без профилактики была выше популяционных показателей (31%). Из них, экстренно прооперированы 5 женщин (17,2%): двое по поводу ПОНРП, 2 – по поводу предлежания плаценты и 1 – по поводу неубедительного состояния плода. Предлежание плаценты также отмечалось у 3 (8,1%) женщин в группе с аденомиозом, получавших профилактическое лечение.

Закономерным осложнением у женщин с аденомиозом были послеродовые кровотечения, которые отмечались у более 1/3 женщин (37,9%) с аденомиозом, веденных традиционно и у 24,3%, получавших профилактику, что в 1,6 раза чаще. Следует отметить, что у женщин с аденомиозом в 2 случаях отмечалась ПОНРП (6,9%).

Послеродовый период у женщин с аденомиозом также отличался высокими показателями субинволюции матки, частота которой составила в группе женщин с аденомиозом, получавших профилактику 32,4%, что в 1,7 раза было ниже показателей группы женщин с аденомиозомбез терапии (55,2%), но все еще выше показателей группы сравнения (22,3%).

Таким образом, данные настоящего исследования показали, что у беременных пациенток с аденомиозом увеличивается

количество ранних репродуктивных потерь и преждевременных родов (p<0,05), во время беременности статистически значимо чаще формируется плацентарная дисфункция с гемодинамическими нарушениями и СОРП (p<0,05). Частота гипертензивных нарушений, возникших на фоне беременности, в том числе преэклампсии, увеличивается практически в 2 раза. У беременных с аденомиозом значимо увеличивается частота патологии родовой деятельности и послеродового периода (p<0,05), преимущественно связанных со слабостью родовой деятельности и послеродовымикровотечениями. Осложнения гестации, патология родовой деятельности и послеродового периода у пациенток с аденомиозом (даже после проведения предгравидарной подготовки и профилактики во время беременности) во многом связаны с особенностями строения переходной зоны «эндометрий-миометрий». Это подтверждается данными других исследователей, которые утверждают, что формирование аденомиоза это следствие прямого вторжения эндометрия в миометрий [5, 7, 12]. Следовательно, при аденомиозе, независимо от степени его распространения, эндометрий обладает повышенной способностью к пролиферации. Данные нарушения в зоне ремоделирования спиральных артериол, возможно, и приводят к аномальному их преобразованию в области формирования первичных, вторичных и третичных ворсин хориона, к дефектной дифференцировке структур соединительной ткани, сосудистой сети и к несвоевременным регрессивным процессам в эпителиальном покрове плаценты, что и обусловливает, в итоге, большинство вышеуказанных акушерских осложнений.

Таким образом, для женщин с аденомиозом характерно повышение частоты репродуктивных потерь, осложнений гестации, родов и послеродового периода, что обусловливает необходимость доклинического выявления и своевременной коррекции данной патологии в комплексе прегравидарной подготовки.

Выводы:

1. У женщин после терапии аденомиоза беременность наступила у 64,1% женщин, при этом при аденомиозеI-II степени чаще (68,3%), чем при аденомиозеIII степени (47,6%).

2. Течение беременности при аденомиозе осложнялось высокимирепродуктивнымипотерями, которые составили 31,8%, их структура представлена самопроизвольными выкидышами (10,6%), неразвивающейся беременностью (9,1%), антенатальной гибелью плода (4,5%) и ранней неонатальной смертностью (7,6%).

3. Наиболее частыми осложнениями беременности и родов у женщин с аденомиозом были плацентарная дисфункция (34,8%), гипертензивные нарушения и преэклампсия (30,3%), преждевременные роды (25,8%), послеродовые кровотечения (30,3%), синдром отставания роста плода (7,6%), предлежание плаценты (7,6%), аномальное прикрепление плаценты (9,1%), субинволюция матки (42,4%). Это диктует необходимость более дифференцированного подхода к ведениюбеременности и качественной прегравидарной подготовки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян Л.В., Серов В.Н., Сухих Г.Т., Филлипов О.С. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. Эндометриоз: диагностика, лечение и реабилитация. // Проблемы репродукции. - 2017. №6. - С.553-605.

2. Зайратьянц О.В., Андреева Е.Н., АдамянЛ.В., Сонова М.М., УрумоваЛ.Т., и др. Эндометриоз: новый опыт негормональной лекарственной терапии. // Проблемы репродукции. - 2018. №24(6). С.113-120. https://doi.org/10.17116/repro201824061113

3. Куценко И.И., Кравцова Е.И., Авакимян В.А., Томина О.В., Сторожук П.Г. Гор-

моно опосредованная цитокиновая регуляция имплантационного потенциала эндометрия у пациенток с аденомиозом и неудачными попытками ЭКО // Кубанский научный медицинский вестник. – 2017.-№4. - С.91-95.

4. Могильная Г.М., Куценко И.И., Симовоник А.Н. Морфометрическая характеристика ядер клеток переходной зоны миометрия при аденомиозе. // Кубанский научный медицинский вестник. - 2016. -№3. – С.88-91. https://doi.org/10.25207/1608-6228-2016-3-88-91.

5. Саиджалилова Д.Д., Мадолимова Н.Х. Осложнения беременности и родов у пациенток с эндометриозом// XVI Международный конгресс по репродуктивной медицине, 2023, 191-192

6. Berlac J.F., Hartwell D., Skovlund C.W., Langhoff-Roos J., Lidegaard Q. Endometriosis increases the risk of obstetrical and neonatal complications. // Act.Obstet.Gynecol.Scand. 2017. Vol.96(6). P.751-760. https://dx.doi.org/10.1111/aogs.13111

7. Brown J., Crawford T.J., Allen C. et al. Nonsteroidal anti-inflammatory drags for pain in women with endometriosis. // Cochrane database Syst. Rev. – 2017/ - Vol. 1.

8. Hamdan M., Omar S.Z., Dunselman G., Cheong Y. Influence of endometriosis on assisted reproductive technology outcomes: a systematic review and meta-analysis // Obstet. Gynecol. - 2015. - Vol. 125. № 1. - P. 79-88. https://dx.doi.org/10.1097/AOG.0000000000000592

9. Carrarelli P., Yen C.F., Funghi L. et al. Expression of Inflammatoryand Neurogenic Mediators in Adenomyosis: A Pathogenetic Role.// Reprod.Sci. 2017; 24: 369–375.

10. Casper R.F. Progestin-only pills may be a better first-line treatment for endometriosisthan combined estrogen-progestin contraceptive pills // Fertill. Steril. -2017. – Vol. 107, №3.-P. 533-536.

11. Leyendecker G., Kunz G., Kissler S., Wildt L. Adenomyosis andreproduction. // Best Practice & Research Clinical Obstetrics &Gynaecology. 2016; 20: 523–546.

12. Petraglia F, Arcuri F, de Ziegler D, Chapron C. Inflammation: alink between endometriosis and preterm birth. // Fertil.Steril. 2018;98.

13. Saidjalilova D.D., Madolimova N.Kh., Ayupova D.A. Influence of endometriosis in course of pregnancy and childbirth// Tibbiyotda yangi kun, 8(46),2022, 74-78.

14. Vercellini P, Consonni D, Dridi D, Bracco B, FrattaruoloMP, Somigliana E. Uterine adenomyosis and in vitro fertilizationoutcome: a systematic review and meta-analysis. // Hum.Reprod.2014; 29: 964–977.