

УДК: 618.1-089

doi: 10.52888/0514-2515-2025-364-1-5-11

Д.М. Акилова, Э.Х. Хушвахтова

К ВОПРОСУ О КАЧЕСТВЕ ЖИЗНИ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ АДЕНОМИОЗОМ

ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» МЗ и СЗН РТ

Акилова Дилфуза Музаффаровна – заочный аспирант ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии»; Тел.: +992110100999; E-mail: akilova_dilfuza@mail.ru

Цель исследования. Оценка качества жизни женщин с аденомиозом по опроснику Endometriosis Health Profile-5

Материал и методы исследования. Нами было обследовано 127 женщин с различными формами подтвержденного аденомиоза. После обследования все женщины были разделены на 4 группы в зависимости от метода лечения.

Результаты исследования и их обсуждение. На каждую женщину была заведена карта обследования со вкладышем опросника «Профиль здоровья больных эндометриозом, ЕНР-5 + 6», которая заполнялась при первом обращении, через 6 и 12 месяцев после терапии. По результатам анализа ответа пациенток, установлена дифференциация о влиянии разных методов лечения на качество жизни пациенток. Так, лечение комбинированным пероральным низкодозированным КОК (этинилэстрадиол+хлормадинон) и проведение гистерэктомии при аденомиозе показали лучшие результаты среди групп, продемонстрировав наибольшее улучшение в большинстве сфер качества жизни женщин. Установка ЛНГ ВМС «Мирена» также оказалась эффективной, но в меньшей степени при сравнении с двумя другими группами лечения.

Заключение. Применение стандартизированных опросников для оценки качества жизни является важным инструментом для мониторинга эффективности лечения и улучшения подходов к терапии аденомиоза. Выбор тактики лечения зависит от возраста женщины, репродуктивных планов и клинических симптомов. Важно начинать лечение с первых клинических проявлений заболевания, при этом, лечение должно быть длительным, эффективным и безопасным.

Ключевые слова: аденомиоз, качество жизни, Endometriosis Health Profile-5

D.M. Akilova, E.Kh. Khushvakhtova

ON THE QUALITY OF LIFE OF WOMEN WITH ADENOMYOSIS

SI Tajik Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology, MoHSPP RT

Akilova Dilfuza Muzaffarovna - part-time postgraduate student of the SI Tajik Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology; Tel.: +992110100999; E-mail: akilova_dilfuza@mail.ru

Aim. To evaluate quality of life in women with adenomyosis using the Endometriosis Health Profile-5 questionnaire.

Materials and methods. A total of 127 women with various forms of confirmed adenomyosis were studied. After the evaluation, all participants were divided into four groups according to the treatment method used.

Results and discussion. Each woman was provided with a medical record that included the Endometriosis Health Profile (EHP-5+6) questionnaire, which was completed at the initial visit and again at 6 and 12 months after treatment. Analysis of the patients' responses revealed differences in the impact of different treatment regimens on quality of life. Specifically, treatment with combined low-dose oral contraceptives (ethinyl estradiol + chlormadinone) and hysterectomy in cases of adenomyosis produced the best results, showing the greatest improvement in most quality-of-life domains. The Mirena LNG IUD was also effective, although to a lesser extent than the other two treatment groups.

Conclusion. The use of standardized questionnaires to assess quality of life is an important tool for monitoring treatment efficacy and improving therapeutic approaches to adenomyosis. The choice of treatment strategy should be based on the woman's age, reproductive plans and clinical symptoms. It is crucial to initiate treatment at the first clinical manifestation of the disease, with a therapy that is long-term, effective, and safe.

Keywords: Adenomyosis, quality of life, Endometriosis Health Profile-5 questionnaire.

Актуальность. Аденомиоз — это распространенное гинекологическое заболевание, которое затрагивает значительную часть женского населения, особенно в репродуктивном возрасте. По данным различных исследований, распространенность аденомиоза среди женщин составляет от 20% до 35% [1, 4, 6, 7]. Однако реальную распространенность заболевания вычислить сложно, потому как аденомиоз может протекать у женщины абсолютно бессимптомно. Основная опасность аденомиоза — бесплодие, наличие боли и обильных кровотечений из половых путей, которые значительно снижают качество жизни пациентки [2, 3, 8]. С учетом высокой распространенности и значительного влияния аденомиоза на качество жизни женщин, исследования в этой области остаются крайне актуальными. Повышение осведомленности о заболевании, разработка новых методов диагностики и лечения, а также оценка эффективности текущих методов терапии являются важными направлениями для улучшения здоровья и благополучия женщин с аденомиозом [5, 9, 10].

Цель исследования. Оценка качества жизни женщин с аденомиозом по Endometriosis Health Profile-5

Материал и методы исследования. В ГУ «НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии» нами было обследовано 127 женщин с различными формами аденомиоза. Все пациентки прошли комплексное обследование, включающее в себя общеклинические, инструментальные и лабораторные методы исследования. После обследования все женщины в соответствии с клиническими проявлениями болезни были разделены на 4 группы:

I группу составили 51 женщина с аденомиозом, в качестве терапии получавшие комбинированный низкодозированный КОК (этинилэстрадиол+хлормадинон) в сочетании с биологически активной добавкой, включавшей индол-3-карбинол и экстракт брокколи;

II группу составили 27 женщин с аденомиозом, которым была установлена ЛНГ ВМС «Мирена»;

III группу составили 37 женщин с аденомиозом, которым была произведена гистерэктомия в связи с неэффективностью консервативного лечения (операция была произведена на базе ГУ НИИАГ и П в отделении гинекологии);

IV группу (наблюдение) составили 12 женщин, у которых аденомиоз не имел клинических проявлений и выступал в качестве сопутствующего диагноза. Им проводилось лечение основного

заболевания, необходимости в проведении специфического лечения не было.

Каждые 6 и 12 месяцев обследуемые женщины были повторно осмотрены врачом, при необходимости проводилось лабораторное и инструментальное обследование.

В ходе исследования качество жизни пациентов анализировалось на основании их ответов на вопросы специализированного опросника «Профиль здоровья больных эндометриозом, ЕНР-5 + 6» и подсчёта итоговых результатов. ЕНР-5 + 6 содержит 11 вопросов (пунктов): пять пунктов, включая боль, контроль и бессилие, эмоциональное благополучие, отсутствие социальной поддержки, представление о себе из основного опросника и шесть пунктов из модульного опросника, включая работоспособность, особенности половой жизни и опасения по поводу бесплодия, лечения и взаимоотношений с детьми и медицинскими работниками. Каждый пункт оценивается по четырехбалльной шкале, где 0 - наилучший вероятный статус здоровья, 4 - наихудший вероятный статус здоровья. Качество жизни всех участниц исследования оценивалось трижды: при первом обращении, через 6 и 12 месяцев терапии. Заполнение анкеты производилось с согласия пациенток после их информирования о цели исследования.

Статистическая обработка результатов проводилась с использованием программной системы STATISTICA for Windows (версия 6.0). Производился расчет средних значений, среднеквадратических отклонений. Достоверность разницы двух величин определяли с помощью вычисления критерия Стьюдента. Корреляционный анализ проводился с помощью программы Excel.

Результаты исследования и их обсуждение. В таблице №1 представлены результаты ответов на вопросы опросника в баллах, которые ясно и наглядно отражают изменение качества всех сфер жизни женщин, страдающих аденомиозом, с момента первого обращения и после 6-12 месяцев терапии.

Полученные данные показывают, что ведущим симптомом при поступлении почти у всех обследованных была боль, но достоверно выше ($p < 0,01$) баллы, характеризующие боль, отмечались в группе гистерэктомии ($3,3 \pm 0,16$) по сравнению с первой и второй группами ($2,4 \pm 0,12$; $2,8 \pm 0,16$ соответственно). В группе наблюдения жалобы на боль также предъявлялись участницами, но её величина в баллах была достоверно ниже ($p < 0,001$), чем в первой, второй и третьей группах

Таблица 1

Характеристика качества жизни обследуемых групп женщин до и после лечения

Контролируемая сфера качества жизни	I группа (n= 51) Комбинированный низкодозированный контрацептив (КОК)/ баллы				II группа (n= 27) ЛВГ ВМС “Мирена” / баллы				III Группа (n=37) Гистерэктомия /баллы				IV Группа наблюдения (n=11) / баллы			
	поступ	6 мес	12 мес		поступ	6 мес	12 мес		поступ	6 мес	12 мес		поступ	6 мес	12 мес	
1 Боль	2,4±0,12 **	1,0±0,11*	0,4±0,08		2,8±0,16 *	1,1±0,15*	0,5±0,11		3,3±0,16 **	0,8±0,11	0,3±0,07		1,7±0,2 ***	0,4±0,20*	0,2±0,18	
2 Сила воли/ бессилие	2,4±0,10*	1,2±0,12*	0,6±0,09		3,0±0,11 **	1,6±0,15*	0,9±0,15*		3,8±0,06 **	1,5±0,12	0,7±0,09 **		1,7±0,22*	0,5±0,15*	0,2±0,11 **	
3 Эмоциональное неблагополучие	2,1±0,09***	1,1±0,09	0,6±0,09		2,5±0,14*	1,3±0,12	0,7±0,15		3,3±0,07 ***	1,4±0,12	0,8±0,09		1,6±0,25 ***	0,9±0,22	0,6±0,22	
4 Социальное благополучие	1,9±0,10**	0,9±0,10	0,5±0,08		2,0±0,18 **	0,8±0,12*	0,4±0,11		2,9±0,06 **	1,1±0,08*	0,5±0,08*		0,8±0,20 ***	0,08±0,08 ***	0	
5 Самооценка	1,8±0,11***	0,9±0,10*	0,5±0,08*		2,0±0,20 **	0,9±0,15*	0,6±0,12		3,0±0,06 ***	1,4±0,08**	0,9±0,11*		1,0±0,3 ***	0,5±0,2 **	0,4±0,19*	
A Работоспособность	2,2±0,12**	1,1±0,11*	0,5±0,09		3,0±0,12 **	1,4±0,15 **	0,7±0,12		3,6±0,08 ***	1,4±0,08 **	0,6±0,08 **		1,6±0,26 ***	0,3±0,19 **	0,2±1,1	
В Взаимоотношение с детьми	1,8±0,12*	0,6±0,09*	0,2±0,06		2,0±0,22*	0,7±0,14	0,3±0,10		2,9±0,11*	0,9±0,11*	0,4±0,08		0,16±0,1 ***	0	0	
В Число пациентов про- пустивших вопрос, n	–	–	–		–	–	–		–	–	–		–	–	–	
С Половая жизнь	2,4±0,11***	1,3±0,1*	0,8±0,11		3,1±0,13*	1,6±0,13	1,0±0,14		3,6±0,08 ***	1,7±0,12***	0,9±0,08		1,7±0,34 ***	0,4±0,2 ***	0,3±0,2*	
D Взаимоотношение с врачами	1,7±0,1***	0,7±0,09	0,3±0,07*		2,3±0,13*	0,8±0,11	0,3±0,10*		2,7±0,09 ***	0,9±0,08	0,1±0,05*		0,9±0,22 ***	0	0	
E Переживание по поводу эффективности предшествующего лечения	2,0±0,11***	0,6±0,1	0,3±0,07*		2,7±0,15 ***	0,8±0,12	0,1±0,06*		3,8±0,06 ***	0,9±0,13	0,2±0,11		1,7±0,34 ***	0,7±0,26	0,4±0,23	
Число пациентов пропустивших вопрос, n	–	–	–		–	–	–		–	–	–		–	–	–	
F Бесплодие	0,7±0,21	0,7±0,21	0,7±0,21		0,3±0,2	0,3±0,2	0,3±0,2		0,6±0,24	0,6±0,24	0,6±0,24		1,3±0,56	1,3±0,56	1,3±0,56	

Примечание: p* < 0,05; p** < 0,01; p*** < 0,001 - статистическая значимость различий показателей между сравниваемыми группами (по U-критерию Манна-Уитни).

и отмечалась у незначительного числа женщин ($1,7 \pm 0,22$). После терапии отмечалась положительная динамика и снижение выраженности боли во всех группах. Достоверное ($p < 0,05$) отличие имело место через 6 месяцев терапии в группе наблюдения ($0,4 \pm 0,20$) по сравнению с первой и второй группами ($1,0 \pm 0,11$ и $1,1 \pm 0,15$ соответственно).

Бессилие чаще отмечали женщины, которые вошли в III группу. Оценка бессилия составила $3,8 \pm 0,06$ баллов, что было достоверно выше ($p < 0,001$), чем в I-ой группе ($2,4 \pm 0,10$), во II и IV группах ($3,0 \pm 0,1$ и $1,7 \pm 0,22$ соответственно). В отношении снижения баллов, характеризующих бессилие, также отмечались позитивные сдвиги: в III группе оно снизилось в 1-3 раза через 6 и 12 месяцев по отношению к начальным цифрам и статистически значимо ($p < 0,01$) отличалось от группы наблюдения через 12 месяцев терапии ($0,7 \pm 0,09$ и $0,2 \pm 0,11$ баллов). В свою очередь, в I-й и II-ой группах фиксировалось снижение бессилия в 1-2 раза и имело место статистически значимое ($p < 0,05$) отличие между ними через 6 месяцев ($1,2 \pm 0,12$ и $1,6 \pm 0,15$ соответственно). В IV-й группе отмечено значимое снижение как через 6, так и через 12 месяцев терапии и достоверно отличалось ($p < 0,05$) через 6 месяцев по сравнению с I и II группами, а через 12 месяцев - с III группой ($p < 0,01$).

В ходе исследования еще раз нашёл свое подтверждение тот факт, что аденомиоз значительно влияет на физическое и эмоциональное состояние женщин. Согласно опросам, до 60% женщин с аденомиозом испытывают хроническую тазовую боль, что значительно снижает их способность выполнять повседневные задачи и участвовать в социальной жизни [4]. Эмоциональное неблагополучие чаще отмечали женщины, вошедшие в группу, где проводили гистерэктомию и численное выражение его составило $3,3 \pm 0,07$ баллов, что достоверно ($p < 0,001$) отличалось от всех групп сравнения ($2,1 \pm 0,09$; $2,5 \pm 0,14$ и $1,6 \pm 0,25$ соответственно). Та же негативная тенденция касалась и социального благополучия. Положительные изменения вышеуказанных сфер качества жизни у женщин после терапии приводило к повышению их самооценки, что было статистически значимо ($p < 0,001$) между III группой ($1,4 \pm 0,08$) и группами сравнения через 6 и 12 месяцев ($0,9 \pm 0,10$; $0,9 \pm 0,15$; $0,5 \pm 0,2$ соответственно).

Наличие аденомиоза также имеет экономические последствия для женщин, так как они часто вынуждены пропускать работу и учебу из-за

сильной боли и других симптомов. Так, снижение работоспособности составило в первой группе $2,2 \pm 0,12$ баллов, во второй группе - $3,0 \pm 0,12$, в третьей - $3,6 \pm 0,08$ и в четвертой $1,6 \pm 0,26$ баллов, что было статистически значимым ($p < 0,001$). В процессе терапии отмечалось улучшение данного параметра в 2-6 раз в третьей группе, в первой и второй группе - в 3-4 раза, а в четвертой - в 4-6 раз после 6-12 месяцев терапии.

Переживание по поводу эффективности предстоящего лечения женщины в III группе отмечали чаще, чем в других сравниваемых группах и это различие было достоверным ($p < 0,001$) ($3,8 \pm 0,06$; $2,0 \pm 0,11$; $2,7 \pm 0,15$; $1,7 \pm 0,34$ соответственно). Это объясняется тем, что в III группе пациенткам предстояло хирургическое удаление важного органа, в какой-то степени, отвечающего за восприятие своей женской сущности, что, естественно, приводило к сильным переживаниям и характеризовалось эмоциональной неуравновешенностью. После проведенного вмешательства, по-видимому, в связи с положительным эффектом терапии, выраженность переживаний у обследованных женщин уменьшилась.

Взаимоотношения с врачами улучшились и стали более доверительными. В группе наблюдения через 6-12 месяцев терапии женщины его оценили в 0 баллов. В группе, где производили гистерэктомию, взаимоотношения с врачами составило $0,1 \pm 0,05$ баллов через 12 месяцев лечения, что было достоверно ниже, чем в группах медикаментозной терапии ($0,3 \pm 0,07$ и $0,3 \pm 0,10$ баллов соответственно).

Все вышеуказанные изменения в сферах жизни участниц исследования так же влияли на их отношения в семье с детьми и на их половую жизнь. Эти изменения отмечались во всех трёх группах лечения. Чаще всего изменения в половой сфере ($3,6 \pm 0,08$) и в отношениях с детьми ($2,9 \pm 0,11$) регистрировались в третьей группе. После 6 месяцев терапии обе эти сферы качества жизни улучшились, что демонстрирует уменьшение баллов в 1,5 раза, но тем не менее величина баллов все ещё была достоверно выше ($p < 0,05$), чем в группах сравнения. Часть пациенток отказалась отвечать на вопросы касательно этих щепетильных тем, что было предусмотрено опросником.

Отмечавшееся женщинами бесплодие было вторичным. От момента поступления и после 12 месяцев терапии величина баллов за ответ на этот вопрос осталась неизменной, в связи с противозачаточным эффектом полученного лечения.

Также был проведен анализ корреляционной зависимости в различных сферах качества жизни между параметром из опросника и методом лечения от момента поступления и через 6 и 12 месяцев терапии. В таблице №2 приведены результаты корреляционного анализа сфер качества жизни обследуемых групп женщин.

Результаты анализа показали, что наиболее сильная корреляционная связь отмечалась в первой и второй группах. В III и IV группах в среднем имела средняя и малая положительная корреляционная связь. Полученные данные отражают дифференциацию влияния различных методов лечения аденомиоза на качество жизни пациенток. Так, лечение комбинированным пероральным низкодозированным КОК (этинилэстрадиол+хлормадинон) и проведение гистерэктомии при аденомиозе показали лучшие результаты среди групп, продемонстрировав наибольшее улучшение в большинстве сфер качества жизни женщин. Установка ЛНГ ВМС «Мирена» также оказалась эффективной, но в меньшей степени при сравнении с двумя

другими группами лечения. Наблюдение без активного вмешательства приводит к наименьшему улучшению, что подчеркивает важность активного лечения для повышения качества жизни женщин с аденомиозом.

Закключение.

1. Применение стандартизированных опросников для оценки качества жизни является важным инструментом для мониторинга эффективности лечения и улучшения подходов к терапии аденомиоза.

2. Выбор тактики лечения аденомиоза зависит от возраста женщины, репродуктивных планов и клинических симптомов. Важно начинать лечение с первых клинических проявлений заболевания, при этом, лечение должно быть длительным, эффективным и безопасным.

3. По результатам анализа ответов пациенток на опросник «Профиль здоровья больных эндометриозом, ЕНР-5 + 6», установлена дифференциация о влиянии разных методов лечения на качество жизни пациенток: терапия комбини-

Таблица 2

Корреляционная зависимость сфер качества жизни обследуемых женщин от метода и длительности лечения.

	Контролируемая сфера качества жизни	I группа (n= 51) КОК)			II группа (n= 27) ЛВГ ВМС “Мирена”			III группа (n=37) Гистерэктомия			IV группа (n=12) Наблюдение		
		п-6	п-12	6-12	п-6	п-12	6-12	п-6	п-12	6-12	п-6	п-12	6-12
1	Боль	0,8	0,7	0,7	0,8	0,5	0,5	0,5	0,4	0,5	0,7	0,5	0,8
2	Сила воли/бессилие	0,7	0,5	0,7	0,7	0,6	0,7	0,4	0,2	0,5	0,5	0,2	0,4
3	Эмоциональное благополучие	0,7	0,5	0,7	0,7	0,6	0,6	0,3	0,3	0,6	0,7	0,6	0,7
4	Социальное благополучие	0,6	0,6	0,7	0,7	0,4	0,6	0,09	0,05	0	0,4	0	0
5	Самооценка	0,7	0,6	0,7	0,6	0,6	0,8	0,5	0,3	0,6	0,7	0,6	0,9
A	Работоспособность	0,7	0,5	0,7	0,7	0,5	0,6	0,5	0,3	0,6	0,6	0,2	0,8
B	Взаимоотношение с детьми	0,6	0,5	0,5	0,7	0,7	0,6	0,6	0,4	0,5	0	0	0
	Число пациентов пропустивших вопрос	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
C	Половая жизнь	0,7	0,6	0,7	0,6	0,2	0,5	0,4	0,2	0,4	0,3	0,2	0,9
D	Взаимоотношение с врачами	0,5	0,4	0,6	0,5	0,3	0,6	0,07	0,1	0,7	0	0	0
E	Переживание по поводу эффективности предшествующего лечения	0,5	0,3	0,3	0,4	0,3	0,5	0,2	0,1	0,7	0,3	0,3	0,8
	Число пациентов пропустивших вопрос	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F	Бесплодие	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Примечание: п-6 -корреляционная зависимость при поступлении и через 6 месяцев терапии; п-12 -при поступлении и через 12 месяцев терапии; п -6 – 12 -через 6 и 12 месяцев терапии ($r = 0,2 - 0,3$ – малая связь (зелёный цвет); при $r = 0,4 - 0,6$ – средняя связь (синий цвет); при $r = 0,7- 0,9$ связь сильная (красный цвет).

рованным оральным низкодозированным КОК (этинилэстрадиол+хлормадинон) и проведение гистерэктомии при аденомиозе показали лучшие результаты среди обследованных групп, продемонстрировав наибольшее улучшение в большинстве сфер качества жизни женщин. Оказалась также эффективной и ЛНГ ВМС «Мирена», но в меньшей степени при сравнении с двумя другими группами лечения.

4. Аденомиоз является серьезным заболеванием, которое может значительно снижать качество жизни женщин. Комплексный подход к лечению, включающий медикаментозную терапию, хирургическое вмешательство и психологическую поддержку, может существенно улучшить состояние пациенток.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 8-10 см. в REFERENCE)

1. Адамян Л.В. Современные методы оценки качества жизни больных с эндометриозом (обзор литературы) / Л.В. Адамян, М.М. Сонова, К.Н. Арсланян // Лечащий врач. - 2018. - №11. - С. 70-73.

2. Гаврилова Т.Ю. Клинико-морфологические особенности диффузной и узловой форм аденомиоза / Т.Ю. Гаврилова // Проблемы репродукции. - 2015. - №1. - С. 74-79.

3. Горпенко А.А. Клиника, анамнестические особенности и качество жизни пациенток с узловым и диффузным аденомиозом / А.А. Горпенко, В.Д. Чупрынин, Т.Ю. Смольнова и др. // Медицинский совет. - 2021. - №13. - С. 68-76.

4. Коррекция железодефицитной анемии у пациенток с гинекологическими заболеваниями с использованием липосомального железа / Т.А. Федорова, О.М. Борзыкина, Э.М. Бакуридзе и др. // Акушерство и гинекология. - 2017. - Т. 19, №1. - С. 68-73.

5. Краснополянская К.В. ЭКО в современных алгоритмах лечения бесплодия при аденомиозе / К.В. Краснополянская, Т.А. Назаренко, А.А. Попов, А.А. Федоров. - М.: Медпресс-информ, 2019. - 72 с.

6. Линде В.А. Современные представления об аденомиозе / В.А. Линде, М.В. Резник, В.А. Тарасенкова, Э.Э. Садыхова // Вестник Ивановской медицинской академии. - 2018. - Т. 23, №3. - С. 36-39.

7. Цхай В.Б. Современные методы оперативного лечения тяжелых форм аденомиоза / В.Б. Цхай, Н.Ю. Цыганкова // Сибирское медицинское обозрение. - 2016. - №2. - С. 22-31.

REFERENCE

1. Adamyan L.V. Sovremennyye metody otsenki kachestva zhizni bolnykh s endometriozom (obzor literatury) [Modern methods of assessing the quality of life of

patients with endometriosis (literature review)]. *Lechashchiy vrach – Physician*, 2018, No. 11, pp. 70-73.

2. Gavrilova T.Yu. Kliniko-morfologicheskie osobennosti diffuznoy i uzlovoy form adenomioza [Clinical and morphologic features of diffuse and nodular forms of adenomyosis]. *Problemy reproduksii – Problems of reproduction*, 2015, No. 1, pp. 74-79.

3. Gorpenko A.A. Klinika, anamnestichekie osobennosti i kachestvo zhizni patsientok s uzlovym i diffuznym adenomiozom [Clinic, anamnestic features and quality of life of patients with nodular and diffuse adenomyosis]. *Meditsinskiy sovet - Medical Council*, 2021, No. 13, pp. 68-76.

4. Korrektsiya zhelezodefitsitnoy anemii u patsientok s ginekologicheskimi zabolevaniyami s ispolzovaniem liposomalnogo zheleza [Correction of iron deficiency anemia in patients with gynecological diseases using liposomal iron]. *Akusherstvo i ginekologiya – Obstetrics and Gynecology*, 2017, Vol. 19, No. 1, pp. 68-73.

5. Krasnopolskaya K.V. EKO v sovremennykh algoritmax lecheniya besplodiya pri adenomioze [IVF in modern algorithms of infertility treatment for adenomyosis]. Moscow, Medpress-inform Publ., 2019. 72 p.

6. Linde V.A. Sovremennyye predstavleniya ob adenomioze [Current understanding of adenomyosis]. *Vestnik Ivanovskoy meditsinskoy akademii - Bulletin of the Ivanovo Medical Academy*, 2018, Vol. 23, No. 3, pp. 36-39.

7. Tskhay V.B. Sovremennyye metody operativnogo lecheniya tyazhelykh form adenomioza [Modern methods of surgical treatment of severe forms of adenomyosis]. *Sibirskoe meditsinskoe obozrenie - Siberian Medical Review*, 2016, No. 2, pp. 22-31.

8. Development of a French version of the Endometriosis Health Profile 5 (EHP-5): cross-cultural adaptation and psychometric evaluation. *Quality of Life Research*, 2017, Vol. 26 (1), pp. 213–220.

9. Wang J., Deng X., Yang Y. Expression of Grim-19 in the foci of adenomyosis and its possible role in the pathogenesis of the disease. *Fertility and Sterility*, 2016, Vol. 105 (4), pp. 1093–1101.

10. Selcuk S., Sahin S., Demirci O. Translation and validation of the Endometriosis Health Profile (EHP-5) in patients with laparoscopically diagnosed endometriosis. *The European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 2015, Vol. 185, pp. 41–44.

ХУЛОСА

Д.М. Окилова, Э.Х. Хушвахтова

АРЗЁБИИ СИФАТИ ЗИНДАГИИ ЗАНОНИ ГИРИФТОРИ АДЕНОМИОЗ

Мақсади таҳқиқот. Татбики пурсишномаи тандурустии Endometriosis Profile-5 барои муайян

кардани сифати ҳаёти беморони гирифтори аденомиоз, ки усулҳои гуногуни табобат мегиранд

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар Пажухишгоҳи тадқиқоти илмии акушерӣ, гинекология ва перинатология мо 127 нафар занонро бо шаклҳои гуногуни аденомиоз тасдиқ намудем. Баъди муоина ҳамаи занон вобаста ба усули табобат ба 4 гуруҳ тақсим карда шуданд.

Натиҷаҳо ва муҳокимаҳои онҳо. Барои ҳар як зан, корти муоина бо замиаи саволномаи «Профили саломатии беморони эндометриоз, ЕНР-5 + 6», ки дар муоинаи аввал, 6 ва 12 моҳ пас аз табобат пур карда шудааст, таҳия карда шуд. Дар асоси натиҷаҳои таҳлили воқуниши беморон фарқиат дар таъсири усулҳои гуногуни табобат ба сифати ҳаёти беморон муқаррар карда шуд. Ҳамин тариқ, табобат бо вояи пасти шифохӣ (этинилэстрадиол +

хлормадинон) ва гистерэктомия барои аденомиоз дар байни гурӯҳҳо натиҷаҳои беҳтаринро нишон дода, беҳтаршавии бештарро дар аксари соҳаҳои сифати зиндагии занон нишон доданд. Насб кардани Mirena низ самаранок буд, аммо дар муқоиса бо ду гурӯҳи дигари табобат ба андозаи камтар.

Хулоса. Истифодаи саволномаҳои стандартӣ барои арзёбии сифати зиндагӣ воситаи муҳими мониторинги самаранокии табобат ва тақмил додани равишҳо ба табобати аденомиоз мебошад. Интиҳоби тактикаи табобат аз синну соли зан, нақшаҳои репродуктивӣ ва аломатҳои клиникӣ вобаста аст. Муолиҷаро аз зухуроти аввалини клиникӣ беморӣ оғоз кардан муҳим аст ва табобат бояд дарозмуддат, самаранок ва беҳатар бошад.

Калимаҳои калидӣ. Аденомиоз, сифати ҳаёт, саволномаи профили саломатии эндометриоз-5.

УДК 613.95:616.34-007.253

doi: 10.52888/0514-2515-2025-364-1-11-16

Ж.О. Атакулов, Ш.А. Юсупов, Теланг Сахир Прасенджит, М. Фозилжон-зода

ЛЕЧЕНИЕ НАРУЖНЫХ КИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ У ДЕТЕЙ

Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, Самарканд

Юсупов Шухрат Абдурасулович - доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой детской хирургии №1 СамГМУ; Тел.: +998915481613; E-mail: shuchrat_66@mail.ru

Цель исследования. Изучить особенности хирургического лечения наружных свищей.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 16 детей в возрасте от 9 месяцев до 18 лет с наружными кишечными свищами. Среди причин, приведших к образованию свищей, первое место заняли абсцесс аппендикса и перитонит (12 пациентов).

Результаты исследования и их обсуждение. У большинства пациентов были выявлены лабиформные свищи тонкой кишки, тогда как трубчатые свищи чаще встречались в толстой кишке. Диагностика основывалась на характере кишечных выделений, что позволяло уточнить локализацию свища. Например, выделения из высоких тонкокишечных свищей содержали желчь, тогда как выделения из толстокишечных свищей чаще напоминали оформленный кал. У шести пациентов были одиночные свищи, тогда как у остальных наблюдалось от двух до пяти свищей, включая сочетания тонкокишечных и толстокишечных свищей. Множественные свищи сопровождалась более сложными диагностическими и лечебными задачами. Хирургическое лечение в 9 случаях включало резекцию пораженного участка тонкой кишки с наложением анастомоза конец-в-конец. Все оперативные вмешательства осложнялись выраженными спаечными процессами в брюшной полости, что требовало от хирургов особой осторожности и тщательного планирования.

Выводы. Во всех случаях хирургическое вмешательство было осложнено выраженным спаечным процессом в брюшной полости.

Ключевые слова: наружные кишечные свищи, кишечная непроходимость, энтеростома, колостома, перитонит.

J.O. Atakulov, Sh.A. Yusupov, Telang Sahir Prasenjit, M. Foziljon-zoda

TREATMENT OF EXTERNAL INTESTINAL FISTULAS IN CHILDREN

SEI Samarkand State Medical University, Samarkand, Republic of Uzbekistan