



**New Day in Medicine**  
**Новый День в Медицине**

**NDM**



# **TIBBIOVIYOTDA YANGI KUN**

**Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal**



**AVICENNA-MED.UZ**



ISSN 2181-712X.  
EiSSN 2181-2187

**11 (49) 2022**

**Сопредседатели редакционной  
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,  
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

**Ред. коллегия:**

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

[www.bsmi.uz](http://www.bsmi.uz)

<https://newdaymedicine.com>

E: [ndmuz@mail.ru](mailto:ndmuz@mail.ru)

Тел: +99890 8061882

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

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал*

*Научно-реферативный,*

*духовно-просветительский журнал*

**УЧРЕДИТЕЛИ:**

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

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

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

**РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:**

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

**11 (49)**

**2022**

*ноябрь*

Received: 09.10.2022  
Accepted: 20.10.2022  
Published: 10.11.2022



UDC 618.14-002-07

**BACHADONNING YALLIG'LANISH KASALLIKLARI FONIDA AYOLLARDA  
ADENOMIYOZNING ETIOPATOGENEZI, KLINIK VA DIAGNOSTIK MEZONLARI VA  
ULARNI TUZATISH**

*(Adabiyotlar ro'yxati)*

Nazarova D.G., Muratova N.D.

Toshkent davlat stomatologiya institute

✓ **Resyume**

*Maqolada bachadonning yallig'lanish kasalliklari fonida adenomiyoz rivojlanishining etiopatogenezi haqida ma'lumotlar keltirilgan. Immunitet, gormonal tizim buzilishlarining ta'sirining roli ko'rib chiqiladi. Diagnostika va zamonaviy invaziv bo'lmagan organlarni saqlash usullari va kasallikning rivojlanishini bashorat qilish bo'yicha tadqiqotlar olib borildi.*

*Kalit so'zlar: adenomiyoz, etiologiya, patogenezi, diagnostika, sitokinlar, davolash, reproduktiv yosh.*

**ЭТИОПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ АДЕНОМИОЗА У  
ЖЕНЩИН НА ФОНЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МАТКИ И ИХ КОРРЕКЦИЯ**

*(обзор литературы)*

Назарова Д.Г., Муратова Н.Д.

Ташкентский Государственный стоматологический институт.

✓ **Резюме**

*В статье приведены данные о этиопатогенезе развития аденомиоза на фоне воспалительных заболеваний матки. Рассмотрена роль влияния нарушений иммунной, гормональной системы. Проведены исследования по диагностике и современным неинвазивным методам органосохраняющего лечения и прогнозирования течения заболевания.*

*Ключевые слова: аденомиоз, этиология, патогенез, диагностика, цитокины, лечение, репродуктивный возраст.*

**ETIOPATHOGENESIS, CLINICAL AND DIAGNOSTIC CRITERIA OF ADENOMYOSIS  
IN WOMEN AGAINST THE BACKGROUND OF INFLAMMATORY DISEASES OF THE  
UTERUS AND THEIR CORRECTION**

*(Literature review)*

Nazarova D.G., Muratova N.D.

Tashkent State Dental Institute

✓ **Resume**

*The article presents data on the etiopathogenesis of the development of adenomyosis against the background of inflammatory diseases of the uterus. The role of the influence of disorders of the immune, hormonal system is considered. Studies on the diagnosis and modern non-invasive methods of organ-preserving treatment and prognosis of the course of the disease have been conducted*

*Keywords: adenomyosis, etiology, pathogenesis, diagnosis, cytokines, treatment, reproductive age.*

### Dolzarbligi

**E**ndometriozi ginekologiyaning dolzarb muammolaridan biri bo'lib, uning uchrashi 7 dan 50% gacha kuzatiladi [1,2,11,15,17]. Endometriozi - bachadon shilliq qavati tashqarisida endometrioid to'qimalarning o'sishi va qayta rivojlanishi bilan tavsiflanadi. Adenomyoz ya'ni bachadon endometriozi, bu endometriozi eng keng tarqalgan shakli bo'lib zamonaviy ginekologiyaning asosiy muammolaridan biri hisoblanadi. Adenomyozning chastotasi, turli tadqiqotlarga ko'ra, reproduktiv yoshdagi ayollarda 12 dan 40% gacha o'zgarib turadi. Oxirgi tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, ushbu kasallikning patogenezi bir qator o'sish omillari sekretsiasining kuchayishi fonida angiogenezi jarayoni muhim o'rin tutadi. Oxirgi tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, adenomyoz estrogeni bog'liq kasallik hisoblanadi va bez va endometriyning bazal qatlamining stromal komponenti miometriyning qatlamlariga kirishi bilan tavsiflanadi [3,5,14].

Endometriozi surunkali kasallik bo'lib, bugungi kunda klinistlar javoblardan ko'ra ko'proq savollar beradi va zamonaviy ginekologik amaliyotning eng dolzarb muammolaridan biridir [16,27]. Ko'p yillik tadqiqotlarga qaramay, bu noaniq etiologiyaning kasalligi bo'lib qolmoqda. Statistik ma'lumotlarga ko'ra, butun dunyo bo'ylab 170 millionga yaqin ayol endometriozi aziyat chekmoqda va reproduktiv yoshdagi ayollarda ushbu patologiyaning chastotasi 7 dan 50% gacha o'zgarib turadi va so'nggi yillarda barqaror o'sish kuzatilmoqda. Kasallik muammosining yuqori ijtimoiy ahamiyati shundaki, ushbu patologiyadan aziyat chekadigan ayollarning yarmi bepustlikdan aziyat chekadi va samarali terapiya hali ham mavjud emas. Butun dunyoda bu patologiya radikal operatsiyalarni o'tkazish sabablari orasida uchinchi o'rinda turadi [4,24,25]. Endometriozi hujayra ichidagi jarayonlar va hujayralararo o'zaro ta'sirlarning buzilishiga asoslangan bo'lib, ular bachadon shilliq qavatidan tashqarida endometriy to'qimalarining implantatsiyasi va rivojlanishi uchun sharoit yaratadi, bu kasallikning klinik belgilarining shakllanishiga olib keladi [11,12,13]. Vaziyat, shuningdek, yallig'lanish jarayoni, apoptozni ingibitsiya qilish, immunitetni tartibga solishning buzilishi, angiogenezni faollashuvi, ya'ni. endometrioid hujayralarning omon qolishiga va o'sishiga yordam beradigan barcha patogenetik omillar. Bundan tashqari, endometriozi o'choqlarining o'zi o'sish omillari va yallig'lanishga qarshi sitokinlarning manbai bo'lib, hujayra faollashuvi va angiogenezni kuchaytiradi [14].

Endometriozi keng ko'lami alomatlariga ega va surunkali yallig'lanish jarayoni bilan birga keladi. Dismenoreya va / yoki surunkali to's a'zolarining og'rig'i bo'lgan turli yoshdagi ayollarda kasallikning tarqalishi 40-60% gacha, bepustlik bilan og'rigan ayollarda esa 20-30% ga etadi. Endometriozi va adenomyoz to's a'zolaridagi og'riqlarning turli ko'rinishlari bilan tavsiflanadi, jumladan ovulyatsiya og'rig'i, dismenoreya, hayz to's a'zolarining og'rig'i, shuningdek, diskeziya, dizuriya, menorragiya va surunkali charchoq. Og'riqli hayz ko'rishning sabablari endometrioid implantlarda siklik hayz ko'rishga o'xshash o'zgarishlar bo'lib, ular qon tomir tonusi va bachadon qisqarishining kuchli stimulyatorlari bo'lgan prostaglandinlarni o'z ichiga olgan suyuqlikni chiqaradi. Endometrioid geterotopiyalar, ayniqsa infiltrativ (chuqur) nerv tolalari orqali kirib boradi va bu surunkali og'riq sindromining rivojlanishiga sabab bo'ladi, buning natijasida bemorning hayot sifati pasayadi [29,33]. Chet muhitga tushib qolgan endometrioid to'qima hujayralarining implantatsiyasi sodir bo'ladimi-yo'qligini aniqlaydigan eng muhim omillar quyidagilardan iborat: yallig'lanish jarayoni, bu ektopik endometriy hujayralarining yopishishi va kirib borishi uchun eng qulay zamin yaratadi. Bugungi kunda ko'plab olimlar endometriozi patogenezi interleykinlarning rolini faol o'rganishmoqda. Ba'zi tadqiqotchilar IL-1b tahlili endometriozi bemorlarda yuqori sezuvchanlik va o'ziga xoslikka ega ekanligini ko'rsatdi, ammo bu bemorlar ultratovush tekshiruvda patologiyani aniqlamadilar [2,38]. Endometrioid to'qimasining ishlash qobiliyati bo'g'ini bo'lgan yallig'lanish jarayoni sitokinlar, prostaglandinlar va kimyokinlarning hosil ishlab chiqarilishi bilan bog'liq. Yallig'lanish reaksiyasining o'tkir bosqichi IL-1b, IL-6, IL-8 interleykinlari, o'simta nekrozi omil- (TNF-a) kabi kasalliklarga qarshi sitokinlar darajasini oshirish bilan tavsiflanadi va nazorat holatini kuchaytiradi. ichki pardalarning endometrioid gettopiya parchalari va metalloproteinaza proteolitik membranalarining uning keyingi implantatsiyasini ta'minlaydi [33,36,41].

Neoangiogenezi endometriozi turli shakllarining paydo bo'lishi, shakllanishi va rivojlanishining patogenezi ham asosiy rol o'ynaydi. Endometrioid implantlarning qon tomirlanishi ularning atrofdagi to'qimalarga kirib borishining eng muhim omillaridan biridir. Glikoproteinlar alohida ahamiyatga ega, ya'ni. qon tomir endotelial o'sish omili - VEGF. Ushbu omilni o'rganish shuni ko'rsatdiki, uning ifodasi endometriozi o'choqlarida ifodalanadi va endometriozi shakllanishida muhim rol o'ynaydi. Bundan

tashqari, endometrioid hujayralar juda hayotiy, ular proliferativ faollikni va endometrioid geterotopiya hududida yangi tomirlarni o'stirish qobiliyatini saqlab turadilar [28,38].

Oxirgi 10 yil ichida olimlar endometriozi bemorlarning qonidagi miRNKlarning rolini faol o'rganishdi. Tadqiqotlar quyidagi mikroRNKlar darajasini o'lchashning diagnostik qiymatini taqdim etdi: miR-9, miR-17-5, miR-20a, miR-22, miR-122, miR-141, miR-145, miR-199a, miR-532-3p, yuqori sezuvchanlik va o'ziga xoslik bilan. Tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, adenomioz yallig'lanish patologiyasi holati edi. Yuqori miRNK ifodasi adenomiozning yallig'lanish patogenezida ishtirok etishi mumkin bo'lgan IL-6 va IL-8 bilan ijobiy bog'liqdir [23,29,30,37].

Bularning barchasi kasalliklarning kombinatsiyalangan shakllari diagnostikasini takomillashtirish, bu kasalliklarning patogenezida immun tizimining rolini o'rganish uchun keyingi tadqiqotlar zarurligini ko'rsatadi [8,16].

Adenomiozning dolzarbligi bemorlarning hayz davrining buzilishi (menometrorragiya, dismenoreya) va reproduktiv funktsiya (disparuniya, bepustlik) bilan bog'liq [14,21,24,44]. Bemorlarga takroriy diagnostika va uzoq muddatli samarasiz terapiya, ba'zan esa radikal jarrohlik amaliyoti o'tkaziladi [9].

Bugungi kunga kelib, eng ko'p o'rganilgan o'sish omillari orasida qon tomir endotelial o'sish omili (VEGF), o'simta nekrozi omili (TNF-a), transformatsiya qiluvchi o'sish omillari (TGF-a, TGF-b), insulinga o'xshash o'sish omili (IGF-I, IGF) kiradi. -II), epidermal o'sish omili (EGF), trombositlar o'sish omili (PDGF), fibroblast o'sish omili (FGF). Bu o'sish omillarining barchasi bachadon miomasida ham, adenomiyozda ham aniqlangan.

Patologik jarayonlar asosan neovaskulyarizatsiya, ya'ni yangi tomirlarning o'sishi bilan birga ekanligi aniqlandi. Endometriyning giperplastik jarayonlarida va o'smalarning o'sishida bu jarayon VEGF tomonidan tartibga solinadi.

Gormonlar kabi o'sish omillari ayol tanasidagi eng muhim jarayonlarning molekulyar asosini tashkil qiladi. Ular turli xil ta'sirlarni keltirib chiqaradi va bu ularning kontsentratsiyasiga, ta'sir qilish muddatiga, raqobatdosh moddalar va ingibitorlarning mavjudligiga bog'liq. Ushbu patologik jarayonni o'rganish to'qimalarda o'sish omillarining tarkibini tuzatishga qaratilgan samarali terapiya usullarini topishga imkon beradi [49].

Yaqinda mikroskopiya sohasidagi yutuqlar endometrie va miyometriy arxitektonikasining aniq xususiyatlarini berdi, bu esa buzilmagan biriktiruvchi zona adenomioz rivojlanishiga to'sqinlik qiluvchi himoya funktsiyasini bajarishi mumkin degan xulosaga keldi. Mexanik shikastlanish natijasida bu to'siq buziladi va ichki endometriozi rivojlanishiga yordam beradi [46]. Shunday qilib, ilmiy tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, ba'zi olimlar ko'p tug'adigan ayollarda va / yoki tez-tez intrauterin manipulyatsiyaga uchragan ayollarda adenomiozning ko'payishini takidlaydilar, boshqa mualliflar esa, aksincha, uzoq vaqt davomida bepustlik tarixi bo'lgan ayollarda [45]. Ikkala fakt ham bir-biriga zid emas, faqat biriktiruvchi zonaga yetkazilgan zararining ahamiyatini isbotlaydi [35]. Shuningdek ayollarda surunkali endometritning mavjudligi adenomiyoz rivojlanishi uchun xavf omilidir. Surunkali endometrit – bu yallig'lanish jarayon endometriyning tuzilishi va funktsiyasi buzilishi bilan ifodalanadi, va uning chastotasi o'zgaruvchanligi tashxis qo'yishdagi qiyinchiliklar bilan bog'liq. Ko'pincha surunkali endometrit bepustlik (12-46%), odatdagi homila tushishi 12%, takroriy EKU muvaffaqiyatsizligi 30%, shuningdek 25-30% hollarda bachadonning giperplastik kasalliklari, xususan adenomiyozni rivojlanishiga sabab bo'ladi.

Adenomiozning paydo bo'lishida bemorlarning tanasida umumiy buzilishlar ham muhim rol o'ynaydi. Ushbu patologiya bilan og'riq bemorlarda metabolik kasalliklarning rivojlanishiga sezilarli ta'sir ko'rsatadigan ko'plab ekstragenital kasalliklarning yuqori darajasi aniqlangan [4,10].

Davolash uchun ko'rsatmalarni aniqlaydigan adenomiozning asosiy klinik belgilari tos a'zolarining og'rig'i, hayz davrining buzilishi, bepustlik va tos a'zolarining disfunktsiyasi hisoblanadi. Adenomioz menometrorragiya va "yomon" tipidagi perimenstruel dog'lar bilan tavsiflanadi, bu hodisalar ektopik endometriyning siklik o'zgarishi va bachadonning qisqarish funktsiyasining buzilishi bilan bog'liq. Kasallikning asosiy belgilaridan biri bo'lgan tos og'rig'i tashqi endometrioza ham, adenomiozga ham xosdir [26,31,34].

Shunday qilib, adenomioz kasalligi haqida xulosa qilsak, shuni ta'kidlash kerakki, turli jihatlariga bag'ishlangan juda ko'p tadqiqotlarga qaramay, olimlar bugungi kunda adenomiozning etiologiyasi va patogenezini haqidagi savollarga to'liq javob topa olmaydilar, aniq diagnostika mezonlari ham yo'q. Va ishonchli noinvaziv usullar kasallikni davolash va prognozi. Shu munosabat bilan ushbu patologiya adenomioz rivojlanishining etiologiyasi va patogenezini, zamonaviy diagnostika mezonlari va kasallikning prognozi masalalarini ishlab chiqishda katta qiziqish uyg'otadi [16].



Ultratovush tekshiruvi keng tarqalgan bo'lib yagona invaziv bo'lmagan diagnostika usuli bo'lib, u turli darajadagi aniqlik bilan adenomiozni diffuz shaklda tashxislash, shuningdek, nodulyar shakldagi o'choqlarning lokalizatsiyasi va hajmini aniqlash imkonini beradi. Usul mutlaqo xavfsiz deb hisoblanadi va hech qanday kontrendikatsiyaga ega emas, bu miyometriyning barcha qatlamlarini tekshirishga imkon beradi [20].

Adenomioz uchun ko'proq xos bo'lgan exografik diagnostika mezonlari: endometriyning bazal qatlamining notekisligi; shuningdek, jingalak va chiziqlilik; miyometriumda ekojenitenin ortishining alohida joylari, miyometriumning devorlari endometriydan miyometriyaga o'tadigan assimetrik, anekoik tabiatning quvurli tuzilmalari; endometriyning bazal qatlami hududida kichik dumaloq yoki oval gipoekoik yoki anekoik qo'shimchalar; diffuz vaskulyarizatsiya va bachadonning sharsimon shakli [6].

Agar adenomiyozdan shubha qilingan bo'lsa, hayz davrining ikkinchi bosqichida, taxminan hayz ko'rish boshlanishidan bir necha kun oldin exografiya o'tkazilishi kerak. Bunday holda, endometriyning bazal qatlamining holatiga katta e'tibor berilishi kerak. Transabdominal qurulma bilan ultratovush tekshiruvi adenomiozni yanada ishonchli tashxislash imkonini bermaydi. Shuning uchun adenomiozni tashxislash uchun hayz ko'rishdan oldin va keyin faqat vaginal exografiya qo'llanilishi va bajarilishi kerak [4,5,7].

Doppler usuli yordamida adenomiozda to'qimalarning qon oqimining xususiyatlarini o'rganishga bag'ishlangan ko'plab tadqiqotlar mavjud emas.

Ilmiy tadqiqotlarda bachadon arteriyalarida va adenomiozda endometrioid geterotopiya o'choqlarida qon oqimining tomir qarshiligini tavsiflovchi ko'rsatkichlarning me'yoriy bahosi yo'q. Bir qator mualliflar bachadon arteriyalarida, boshqa mualliflar esa endometrioid geterotopiyalar joylashgan tomirlarda qon oqimining xususiyatlarini o'rgandilar. Olimlarning ta'kidlashicha, adenomiozda bachadon arteriyalarida qarshilik indeksining (RI) o'rtacha qiymatlari 0,68 dan 0,90 gacha, radial arteriyalarda 0,64 dan 0,77 gacha [7]. Bundan tashqari, adenomioz miyometriyda noaniq konturlar va giperexioik qo'shimchalarga ega bo'lgan exogeniklikning kuchayishi, shuningdek, o'choqlar ichida qon oqimining yo'qligi bilan tavsiflanadi.

Endometriozni davolashning asosiy usullari jarrohlik va konservativ bo'lib, ularning har biri o'ziga xos ko'rsatmalar va kontrendikatsiyalar, afzalliklar va kamchiliklarga ega va, qoida tariqasida, ularning har birining maqsadlari va bemorlarni boshqarishdagi o'rni aniqlanadi. Davolash printsipi aniq tug'ilishni saqlab qolishdir, endometrioqli bemorlarni boshqarish bo'yicha klinik ko'rsatmalarda yangi strategiya kerak - terapiya, iloji bo'lsa, konservativ bo'lishi kerak. Ya'ni, endometriozni dori-darmonlar bilan davolash kerak va faqat 6 oy davomida ijobiy ta'sir bo'lmasa, jarrohlik aralashuvining maqsadga muvofiqligi to'g'risida qaror qabul qiling.

So'nggi tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, gormonal terapiya endometriozi belgilari uchun juda samarali, ammo reproduktiv salomatlik uchun emas [25,39]. Endometriozi uchun dori terapiyasining asosiy maqsadi tuxumdonlar tomonidan estrogenlarning sekretsiasini bostirish orqali jarayonning rivojlanishini to'xtatishdir, xususan, ularning eng faoli 17 $\beta$ -estradiol, ovulyatsiyani bostiradi, gipoestrogenizm holatini keltirib chiqaradi, shuningdek, ichki endometriozi o'choqlarining atrofiyasiga olib keladi [11,40].

Bugungi kunga kelib, davolashning asosiy standartlaridan biri "dienogest" ni o'z ichiga olgan dori hisoblanadi. Dienogest 19-nortestosteron va progesteronning selektiv faolligiga ega to'rtinchi avlod progestogen bo'lib, u faqat progesteron retseptorlarini faollashtiradi va na androgenik, na estrogenik, na glyukokortikoid ta'sirga ega [18,42,47]. Dienogest kuchli progestogen ta'sirga qo'shimcha ravishda antiestrogenik, antiproliferativ, yallig'lanishga qarshi, antiangiogen ta'sirga ega va mahalliy immunitet buzilishlarini normallashtiradi [43,47,48]. DNG ning antiproliferativ ta'siri uning yallig'lanishga qarshi ta'siri bilan chambarchas bog'liq.

Ko'pgina klinik tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, DNG kuniga 2 mg dozada endometrioزدan kelib chiqqan og'riqni muvaffaqiyatli engillashtiradi: dismenoreya, disparuniya, hayzdan oldin og'riq va tos a'zolaridagi og'riqlar [11,19]. Og'riq intensivligini ob'ektiv baholashga ko'ra, DNG GnRH-a ga o'xshash samaradorlikni ko'rsatdi. rAFS ma'lumotlariga ko'ra, DNG bilan davolash kursidan so'ng takroriy laparoskopiya paytida, shu jumladan 52-75 haftagacha davom etgan tadqiqotlarda tos peritonidagi endometrioid lezyonlarning sezilarli darajada kamayishi isbotlangan.

### Xulosa

Shunday qilib, adenomiyoz haqidagi ma'lumotlarni sarhisob qilsak, shuni ta'kidlash kerakki, turli jihatlariga bag'ishlangan ko'plab tadqiqotlarga qaramay, olimlar adenomiyozning etiologiyasi va patogenezi savollariga to'liq javob topa olmaydilar, shuningdek aniq diagnostika va ishonchli noinvaziv davolash usullari hamda kasallikni bashorat qilish mezonlari mavjud emas. Shu munosabat bilan ushbu patologiya adenomiyoz rivojlanishining etiologiyasi va patogenezi, zamonaviy diagnostika mezonlari va kasallikning rivojlanishini bashorat qilish masalalarini ishlab chiqishga katta qiziqish uyg'otmoqda.

# ADABIYOTLAR RO'XATI:

1. Адамян Л.В., Андреева Е.Н. Роль современной гормономодулирующей терапии в комплексном лечении генитального эндометриоза. // Проблемы репродукции. 2011; 17(6):66-77.;
2. Адамян Л.В., Азнаурова Я.Б. Биомаркеры эндометриоза – современные тенденции. // Проблемы репродукции, 1, 2018. С. 57-62.;
3. Бабаджанова, Г. С., and Н. О. Тухтамишева. "Современный взгляд на диагностику и лечение миомы матки у женщин репродуктивного возраста." // Биология и интегративная медицина 2 (2017): 64-79.
4. Дамиров М.М., Слюсарь Н.Н. Современные подходы к лечению больных аденомиозом. // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2011; 10(3): 45-9.;
5. Дамиров М.М. Современная тактика ведения больных с аденомиозом. М.: Издательство БИНОМ; 2015. 111с.;
6. Джамалутдинова К.М., Козаченко И.Ф., Гус А.И., Адамян Л.В. Современные аспекты патогенеза и диагностики аденомиоза. // Журнал акушерства и гинекологии №1.- 2018 С. 29-34.;
7. Зыкина Б.И., Медведев М.В. Энциклопедия ультразвуковой диагностики в акушерстве и гинекологии: Допплерография в гинекологии / М: Реальное время. – 2000; 152с.;
8. Иванова О.Ю. Коррекция иммунных нарушений и изменений белково-липидного спектра мембран циркулирующих эритроцитов при аденомиозе. // Журнал акушерства и женских болезней. - СПб, 2018. - Том 67 Вып. 6. - С. 13-23.;
9. Ильина Е.Н., Говорун В.М. Масс-спектрометрия нуклеиновых кислот в молекулярной медицине // Биоорг. химия. 2009. - №2(35). -С. 1-16.;
10. Ищенко А.И., Жуманова Е.Н., Ищенко А.А., Горбенко О.Ю., Мышенкова С.А. и соав. / Новые концепции органосохраняющего лечения аденомиоза. // Акушерство и гинекология №4/2013. С. 86-91.;
11. Калинкина О.Б., Тезиков Ю.В. Лечение генитального эндометриоза у женщин позднего репродуктивного и перименопаузального возраста. // Проблемы репродукции, 4, 2015. С. 110-113.;
12. Каттаходжаева, М.Х., Сулаймонова Н.Ж. "Эффективность скринингового исследования в диагностике заболеваний шейки матки." // Вестник врача 3 (2009): 250-251.
13. Муратова Н.Дж., Абдувалиев А.А. "Влияние трансформирующего фактора роста-β2 на пролиферацию клеток лейомиомы матки." // Казанский медицинский журнал 96.6 (2015): 968-970.
14. Назарова Д., Сулайманова Н., Махмудова Р. "Анализ результатов обследования женщин с фоновыми заболеваниями шейки матки." // Журнал проблемы биологии и медицины 4, 1 (85) (2015): 80-81.
15. Олина А.А., Метелева Т.А. Опыт длительного применения диеногеста в терапии эндометриоза // Акушерство и гинекология №7/2018. С.97-102.
16. Печеникова В.А. К вопросу о нозологической значимости и правомочности использования термина «Эндометриодная болезнь». // Журнал акушерства и женских болезней. 2012; 61(5): 122-31.
17. Резник М.В., Тарасенкова В.А., Собакина Д.А., Линде В.А. Аденомиоз и миома матки с точки зрения коморбидности: обзор литературы. // Медико-фармацевтический журнал «Пульс». – Калининград, 2019. – Том 21 N2. – С.43-47.
18. Ризаев Ж.А. и др. "Частота, клиника и хирургическое лечение миомы матки и аденомиоза." // Мед. журн. Узбекистана 1 (2019): 23-26.
19. Хилькевич Е.Г., Лисицына О.И. Современные аспекты лечения эндометриоза. Применение диеногеста // Медицинский совет №13,2017 С.54-56.;
20. Ярмолинская М.И. Склеротическая форма аденомиоза (описание клинического случая) // Журнал акушерства и женских болезней. - СПб, 2018. - Том 67 Вып. 6. - С. 119-124.
21. Abdel-Gadir A., Oyaowe A., Chander B.P. Luteal phase transvaginal scan examinations have better diagnostic potential for showing focal subendometrial adenomyosis // Gynecol. Surgery. 2011. - Vol.2. - P.26-30.;
22. Ajao M.O., Oliveira Brito L.G., Wang K.C. Persistence of symptoms after total vs supracervical hysterectomy in women with histopathological diagnosis of adenomyosis. // Journal of Minimally Invasive Gynecology. 2019 Aug. – Vol.26(2). – P. 891-896.;
23. Aleksandrovych V., Basta P., Gil K. Current facts constituting an understanding of the nature of adenomyosis. // Adv Clin Exp Med. 2019 Jun;28(6):839-846. doi: 10.17219/acem/79176.;
24. Babadjanova 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.
25. Brosens I., Benagiano G. Endometriosis, a modern syndrome. // Indian J. Med. Res. 2011. - Vol.133, №6. - P. 581-593.;
26. Budinetz T., Sanfilippo J.S. Treatment of endometriosis: a hormonal approach // Minerva Ginecol. 2010; 62(4):373-380.;



27. Dior U.P., Nisbet D., Fung J.N., Foster G., Healey M. The association of sonographic evidence of adenomyosis with severe endometriosis and gene expression in eutopic endometrium. // *Journal of Minimally Invasive Gynecology*. 2019 Jul-Aug. – Vol.26(5). – P. 941-948.;
28. Facchin F., Barbara G., Saita E., et al. Personality in women with endometriosis: temperament and character dimensions and pelvic pain. // *Hum Reprod* 2016; 31(7): 1515–1521.;
29. Hricak H., Alpers G., Alio L., Arena S., Barbasetti di Prun A., Bergamini V. et al. Adenomyosis: what the patient needs. // *J. Minim. Invasive Gynecol.* 2016; 29(4): 476-88.;
30. Jia S.Z., Yang Y., Lang J., Sun P. Plasma miR-17-5p, miR-20a and miR-22 are down-regulated in women with endometriosis. // *Hum.Reprod.* 2013; 28:2:322-330. <https://doi.org/10.1093/humrep/des413>.;
31. Jiang C., Liu C., Guo J., Chen L., Luo N., Qu X., Yang W., Ren Q., Cheng Z. The Expression of Toll-like receptors in eutopic and ectopic endometrium and its implication in the inflammatory pathogenesis of adenomyosis. // *Sci Rep.* 2017 Aug 4;7(1):7365. doi: 10.1038/s41598-017-07859-5.;
32. Kattakhodjaeva M.H., Rakhimova L.S. "The effect of laser radiation on the metabolic processes of cellular membranes in pelvic inflammatory disease." // *Alaska medicine* 41.1 (1999): 13-15.
33. Kim J.J., Sefton E.C. The role of progesterone signaling in the pathogenesis of uterine leiomyoma. *Mol. Cell. Endocrinol.* 2012; 358(2): 223-31. doi: 10.1016/j.mce.2011.05.044.;
34. Koninckx P.R., Ussia A., Adamyan L., Wettiez A., Gomel V. Pathogenetic of endometriosis: genetic/epigenetic theory. // *Fertility and Sterility* 2019 Feb. – Vol 111(2). – P. 327-340.;
35. Lai T.H., Chang F.W., Lin J.J., Ling Q.D. Endometrial L-selectin ligand is downregulated in the mid-secretory phase during the menstrual cycle in women with adenomyosis. // *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2018 Aug;57(4):507-516. doi: 10.1016/j.tjog.2018.06.005.
36. Larsen S.B., Lundorf E., Forman A., Dueholm M. Adenomyosis and junctional zone changes in patients with endometriosis // *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 2011. - Vol. 157, №2. - P. 206-211.
37. Manta L., Suci N., Toader O., Purcărea R.M., Constantin A., Popa F. The etiopathogenesis of uterine fibromatosis. // *J Med Life.* 2016 Jan-Mar; 9(1):39-45.;
38. Mao T., Zong L.L., Wang Y.F., Zhao X., Fu Y.G., Zeng J., Rao X.Q. / Association of the IL-6 gene 634C/G polymorphism with susceptibility to endometriosis. // *Zhonghua Yi Xue Yi Chuan Xue Za Zhi.* 2011 Oct;28(5):555-8. doi:10.3760/cma.j.issn.1003-9406.2011.05.019.;
39. Mu Y., He J., Yan R., Hu X., Liu H., Hao Z. / IGF-1 and VEGF can be used as prognostic indicators for patients with uterine fibroids treated with uterine artery embolization. // *Exp Ther Med.* 2016 Feb;11(2):645-649. Epub 2015 Dec 8.
40. Muratova N.D., Zufarova S.A., Babadjanova G.S. "Efficiency of complex treatment and rehabilitation of myoma of the uterus in patients with infertility." // *Giornale Italiano di Ostetricia e Ginecologia* 36.6 (2014): 536-538.
41. Muratova N., Zufarova Sh., Eshonkhodjaeva D. "Features conservative treatment of uterine fibroids women of reproductive age." // *Gynecological endocrinology.* Vol. 32. 2-4 park square, milton park, abingdon or 14 4rn, oxon, england: Taylor Francis ltd, 2016.
42. Nirgianakis K., Grandi G., McKinnon B., et al. Dienogest mediates midkine suppression in endometriosis. // *Hum Reprod* 2016; 31(9): 1981–1986.;
43. Pelage L., Fenomanana S., Brun J.L., Levailant J.M., Fernandez H. Treatment of adenomyosis (excluding pregnancy project). // *Gynecol Obstet Fertil.* 2015 May;43(5):404-11. doi: 10.1016/j.gyobfe.2015.03.016. Epub 2015 Apr 17.;
44. Philip C., Le Mitouard M., Maillet L., Huissoud C., Corted M. Evaluation of Nova Sure global endometrial ablation in symptomatic adenomyosis: a longitudinal study with a 36 month follow up. // *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology.* – 2018. – Vol.227. – P. 46-51. doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.04.001.;
45. Romanek K., Bartuzi A., Bogusiewicz M. Risk factors for adenomyosis in patients with symptomatic uterine leiomyomas // *Ginek. Pol.* 2010. - Vol.81, №9. - P. 678-680.;
46. Sa R.N., Song J.H., Relationship between ultrastructural features with the expression of connexin 43 in the uterine junction zone and pathogenesis of adenomyosis. // *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi.* 2010 Oct; 45(10):762-6.;
47. Sentruk L.M., Imamoglu M. Adenomyosis: what is new? // *Womens Health.* 2016; 11(5): 717-24.;
48. Strowitzki T., Marr J., Gerlinger C., et al. Dienogest is as effective as leuprolide acetate in treating the painful symptoms of endometriosis: a 24-week, randomized, multicentre, open-label trial. // *Hum Reprod* 2010; 25: 633–641.
49. Takeuchi A., Koga K., Miyashita M., Makabe T., Sue F., Harada M., Hirata T., Hirota Y., Fujii T., Osuga Y. Dienogest reduces proliferation, NGF expression and nerve fiber density in human adenomyosis. // *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2016 Dec; 207:157-161. doi:10.1016/j.ejogrb.2016.10.053. Epub 2016 Nov 8.

**Qabul qilingan sana 09.10.2022**

