



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

11 (73) 2024

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
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)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

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 (73)

2024

ноябрь

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.10.2024, Accepted: 02.11.2024, Published: 10.11.2024

УДК: 618.14-006.36-616-072

АДЕНОМИОЗ – СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ (обзор литературы)

Мирзамуродова Д.А. <https://orcid.org/0009-0001-1711-6750>

Курбанов Б.Б. <https://orcid.org/0000-0003-4282-7308>

Ташкентский педиатрический медицинский институт, 100140, Узбекистан Ташкент, ул.
Богишамол, 223, тел: 8 71 260 36 58 E.mail: interdep@tashpmi.uz

✓ Резюме

Аденомиоз - это распространенная доброкачественная патология матки, которая определяется наличием островков эктопической эндометриальной ткани в миометрии. В трети случаев он протекает бессимптомно, но при наличии клинических признаков они остаются неспецифичными. Аденомиоз часто ассоциируется с гормонально-зависимыми поражениями таза (миома, эндометриоз или гиперплазия эндометрия). В данной статье представлен литературный обзор на проблему аденомиоза.

Ключевые слова: аденомиоз, эндометриоз, матка

ADENOMYOSIS – A MODERN VIEW OF THE PROBLEM

Mirzamurodova D.A., Kurbanov B.B

Tashkent Pediatric Medical Institute, Uzbekistan 100140, Tashkent, 223 Bogishamol St, tel: 8
71 260 36 58 E.mail: interdep@tashpmi.uz

✓ Resume

Adenomyosis is a common benign pathology of the uterus, which is determined by the presence of islets of ectopic endometrial tissue in the myometrium. In a third of cases, it is asymptomatic, but in the presence of clinical signs, they remain nonspecific. Adenomyosis is often associated with hormone-dependent pelvic lesions (myoma, endometriosis, or endometrial hyperplasia). This article presents a literature review of the problem of adenomyosis.

Keywords: adenomyosis, endometriosis, uterus

ADENOMIYOZ - MUAMMOGA ZAMONAVIY KO'RISH

Mirzamurodova D.A., Kurbanov B.B.

Toshkent pediatriya tibbiyot instituti, O'zbekiston 100140, Toshkent, Bog'ishamol ko'chasi
223, tel: 8 71 260 36 58 E.mail: interdep@tashpmi.uz

✓ Rezyume

Adenomiyozi - bachadonning keng tarqalgan patologiyasi bo'lib, u miyometriyda ektofik endometriyal to'qimalarning orollari mavjudligi bilan belgilanadi. Ishlarning uchdan birida u asemptomatikdir, ammo klinik belgilar mavjud bo'lsa, ular o'ziga xos emas. Adenomiyozi ko'pincha gormonga bog'liq to'sa, a'zolarining shikastlanishi (mioma, endometrioz yoki endometriyal giperplaziya) bilan bog'liq. Ushbu maqolada adenomiyozi muammosi bo'yicha adabiyotlar ko'rib chiqiladi.

Kalit so'zlar: adenomiyozi, endometrioz, bachadon

Актуальность

Аденомиоз — доброкачественное заболевание матки, при котором эндометриальные железы и строма патологически обнаруживаются в миометрии. У женщин, страдающих аденомиозом, могут наблюдаться аномальные маточные кровотечения (АМК), дисменорея, диспареуния или бесплодие, но у трети из них заболевание протекает бессимптомно [1,4,6].

Цель исследования: в течение многих лет аденомиоз оставался гистопатологическим диагнозом, ставившимся после гистерэктомии у женщин в перименопаузе с обильными менструальными кровотечениями или тазовыми болями [2,5,11]. За последнее десятилетие аденомиоз также стал заболеванием, выявляемым у молодых женщин фертильного возраста благодаря недавним достижениям в области методов визуализации, хотя единого определения и классификации по-прежнему не существует [6]. Несмотря на совершенствование диагностических инструментов, осведомленность об этом состоянии по-прежнему низкая. Кроме того, у некоторых пациентов аденомиоз сопровождается с другими гинекологическими заболеваниями, такими как эндометриоз и фибромиома матки. Физиопатологические механизмы, включающие нарушения половых стероидных гормонов, воспаление, фиброз и нейроангиогенез, до конца не изучены [16]. Что касается текущего лечения аденомиоза, то не существует международных рекомендаций по хирургическому или медикаментозному лечению аденомиоза, и это будет иметь первостепенное значение в будущем, поскольку это заболевание требует пожизненного плана лечения, включая контроль боли и кровотечения, сохранение фертильности и исход беременности.

Материал и метод исследования

Патогенетические механизмы, вовлеченные в аденомиоз, должны быть полностью выяснены, но в последнее десятилетие все больше исследований показали, что рецепторы половых стероидных гормонов, воспалительные молекулы, ферменты внеклеточного матрикса, факторы роста и нейроангиогенные факторы играют важную роль [4,6].

Согласно наиболее распространенной теории, аденомиоз возникает в результате инвагинации базального эндометрия в миометрий через измененную или прерванную соединительную зону (JZ) [11] которая представляет собой высокоспециализированную гормонально-чувствительную структуру, расположенную во внутренней трети миометрия. Молекулярные изменения в эутопическом эндометрии, по-видимому, способствуют миграции и выживанию эктопических эндометриальных имплантатов за пределами интерфейса миометрия [12,14,16]. Несмотря на то, что изменения в апоптозе, чувствительности к стероидным гормонам и путях внеклеточного матрикса были обнаружены как в аденомиотических поражениях, так и в эутопическом эндометрии, необходимо более подробно изучить основные механизмы. Кроме того, была выдвинута гипотеза о роли повреждения и восстановления тканей (TIAR) как основного механизма инвазии миометрия [15]. Хронические перистальтические сокращения миометрия могут вызывать постоянную микротравму JZ, вызывая воспаление, которое, в свою очередь, способствует локальному повышению выработки эстрогена, вызывая порочный круг. Генерируется механизм положительной обратной связи, и хроническая гиперперистальтика в JZ способствует повторным циклам аутоотравматизации [17]. Таким образом, теория TIAR, подчеркивающая важность повреждения тканей на границе эндометрия и миометрия, поддерживает общее понимание того, что аденомиоз связан с многоплодием, предыдущим кесаревым сечением и предыдущими операциями на матке [16].

Альтернативная патогенетическая теория аденомиоза предполагает, что заболевание возникает de novo из-за метаплазии эмбриональных или взрослых стволовых клеток в миометрии [10]. Интрамиометриальные эмбриональные плюрипотентные остатки мюллеровых протоков могут подвергаться метапластическим изменениям в стенке матки взрослого организма, что приводит к образованию de novo эктопической эндометриальной ткани в стенке миометрия в виде аденомиотических очагов. Однако гипотеза дифференциации взрослых эндометриальных и стромальных стволовых клеток всякий раз, когда они откладываются в миометрии после ретроградной менструации, также должна быть принята во внимание [19]. Соответственно, Шапрон и др. описали теорию «вторжения снаружи внутрь», выдвинув гипотезу о миграции эктопических эндометриальных клеток из задних эндометриозных узлов в миометрий. Эта теория была поддержана высокой распространенностью заднего фокального аденомиоза

наружного миометрия (FOAM), обнаруженного у пациенток с глубокими инфильтративными эндометриозными узлами (DIE) в заднем компартменте, диагностированными с помощью магнитно-резонансной томографии (МРТ) [11,24]. После ретроградной менструации эктопические эндометриальные клетки могут иметь потенциал инфильтрации не только органов малого таза, но и стенок матки. Менее ясно объяснение 50% ассоциации передней FOAM, показанной в мочевом пузыре DIE [21,24]. Внутрибрюшинное засевание эндометриальных клеток после менструации может вызвать вторжение в пузырно-маточный карман, образуя как узел мочевого пузыря, так и переднюю FOAM через процесс вторжения через серозу. Тем не менее, патогенез аденомиоза все еще неясен и не может быть понят только с помощью уникальной теории, поскольку фенотипы гетерогенны и четко не определены.

Результат и обсуждение

Исторически аденомиоз был идентифицирован как патологическое состояние по гистологическим отчетам после гистерэктомии. Однако в настоящее время только небольшая группа женщин подвергается неконсервативному хирургическому лечению аденомиоза; таким образом, реалистичный эпидемиологический фон не может быть установлен по гистопатологии. Кроме того, внедрение новых медицинских препаратов и хирургических методов позволило врачам консервативно лечить это заболевание. Таким образом, эпидемиологическая ситуация изменилась, и хотя наиболее распространенным профилем факторов риска [13,16] был возраст старше 40 лет, многоплодие, предшествующее кесарево сечение или операция на матке, заболевание все чаще диагностируется у молодых женщин⁴, у пациенток с бесплодием или у тех, у кого есть боль или АМК, или и то, и другое [16]. Что касается АМК, то, по сути, аденомиоз считается особой нозологической единицей в классификации PALM-COEIN FIGO (полип; аденомиоз; лейомиома; злокачественное новообразование и гиперплазия; коагулопатия; овуляторная дисфункция; эндометриальный; ятрогенный; и еще не классифицированный — Международная федерация гинекологии и акушерства) и он строго связан с ТМБ[20]. Однако следует также учитывать, что у трети пациенток с аденомиозом симптомы отсутствуют. У женщин, проходящих вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ), распространенность Аденомиоза составляет от 20% до 25%, тогда как у лиц с анамнезом эндометриоза этот процент сильно варьируется и составляет от 20% до 80%[20]. Данные из отделений ультразвуковой диагностики показывают распространенность сонографических признаков аденомиоза в общей популяции в 20,9%, тогда как в гистологических отчетах после гистерэктомии эти цифры варьируются от 10% до 35%. Однако для стандартизации диагностики и получения надежных обновленных данных необходимы единые диагностические критерии как в гистопатологии, так и в визуализации. [22].

Золотым стандартом для постановки окончательного диагноза аденомиоза всегда считалось гистологическое исследование образцов гистерэктомии. Так, в 2019 году Вайс и др. заявили, что аденомиоз был случайной находкой у женщин, перенесших гистерэктомию, а не источником их симптомов. Это состояние обычно описывается как наличие эндометриальных желез и стромы, расположенных глубоко в миометрии, связанных с гиперплазией гладких мышц[21]. Это происходит из-за инвазии миометрия базальными железами и стромой с разрушением нормальной архитектуры миометрия. Однако частота диагностики аденомиоза может широко варьироваться среди разных патологов, поскольку не существует единых критериев относительно глубины инвазии и количества очагов для постановки диагноза, особенно когда заболевание не носит диффузный характер. В предыдущих работах инвазия более чем на треть толщины миометрия матки считалась диагностической, тогда как в других инвазия миометрия более 4 мм была диагностической для аденомиоза 33–35. Что касается гистологической классификации, аденомиоз определяется как очаговый, когда ограниченные узловатые агрегаты эндометриальных желез и стромы окружены нормальным миометрием. Наоборот, аденомиома идентифицируется, когда эктопическая эндометриальная ткань внутри миометрия окружена гипертрофированным миометрием. При диффузном аденомиозе эндометриальные железы и строма распознаются по всему миометрию. [22].

Однако имеющиеся критерии не учитывают потенциально различную морфологическую внешность эктопических клеток в зависимости от стадии клеточной дифференцировки и менструального цикла или чувствительности к гормональным препаратам. Кроме того,

результаты гистопатологических исследований искажаются тем фактом, что в этих случаях все женщины прошли неконсервативное лечение; Таким образом, это не отражает всю популяцию пациентов с аденомиозом или все возможные фенотипы. [20].

Развитие методов визуализации, таких как МРТ и трансвагинальное ультразвуковое исследование, позволило врачам проводить неинвазивную диагностику аденомиоза у женщин, также проходящих консервативное лечение, выявляя различные фенотипы заболевания. После нескольких попыток гистологической классификации ученые классифицировали аденомиоз на четыре подтипа в соответствии с локализацией очага МРТ во внутреннем или наружном миометрии: внутренний, внешний, интрамуральный и неопределенный [24]. В 2014 г. Гримбизис и др. предложили клиническую гистологическую систему классификации, выделяющую диффузный, очаговый и кистозный аденомиоз. Совсем недавно Базо и Дарай предложили три подтипа — внутренний, внешний аденомиоз и аденомиомы — в соответствии с признаками МРТ. Однако общая система классификации пока не разработана, поскольку необходимы дальнейшие исследования для лучшего понимания физиопатологии аденомиоза, его начала и прогрессирования, а также интерпретации признаков визуализации в соответствии с патогенетическими теориями.

Трансвагинальная ультразвуковая сонография - представляет собой метод визуализации первой линии для диагностики аденомиоза, поскольку она широко доступна, относительно недорогая и очень точна, если выполняется опытными специалистами по сонографии. Чувствительность УЗИ для обнаружения аденомиоза составляет от 65% до 81%, а специфичность — от 65% до 100%. Недавний метаанализ, объединивший результаты восьми исследований, показал, что двухмерное УЗИ имеет чувствительность и специфичность 83,8% и 63,9% соответственно, а для трехмерного УЗИ объединенная чувствительность и специфичность для всех комбинированных характеристик визуализации составляет 88,9% и 56,0% соответственно [19]. Недавно была разработана единая стандартизированная система отчетности по результатам ультразвукового исследования аденомиоза с использованием критериев морфологической сонографической оценки матки (MUSA) [15,21,26]. Согласно этим критериям, типичные ультразвуковые признаки, которые следует учитывать для постановки диагноза аденомиоз, описываются следующим образом: асимметричное утолщение стенок матки, интрамиометриальные кисты или гиперэхогенные островки (или и то, и другое), веерообразная тень миометрия, миометриальные экзогенные субэндометриальные линии и зачатки, транслезиональная васкуляризация и нерегулярная или прерывистая JZ. Однако имеется мало доступных доказательств, связывающих ультразвуковые признаки с гистопатологией [22]. хотя различные сонографические характеристики могут быть объяснены относительной пропорцией эндометриальных железистых структур, эндометриальной стромы и гипертрофированных мышечных элементов.

Новая система отчетности об аденомиозе, предложенная Ван ден Бошем и де Брюйном и др., включает описание локализации заболевания (передняя, задняя, левая латеральная, правая латеральная и фундальная), классификацию поражений как очаговых или диффузных, наличие или отсутствие внутриочаговых кист, вовлечение миометриального слоя (JZ, миометрий и серозное вовлечение), степень заболевания (<25%, 25%–50% и >50% объема матки, пораженного аденомиозом) и размер поражения [25]. Эта система поможет стандартизировать ультразвуковое описание аденомиоза; однако она имеет некоторые ограничения для полного внедрения в клиническую практику. Например, измерение объема матки, затронутого заболеванием, трудно поддается объективной оценке. Кроме того, система должна быть валидирована и соотнесена с клиническими данными и результатами фертильности в дальнейших исследованиях. Фактически, еще одной серьезной проблемой является определение тяжести заболевания и выявление тех признаков, которые делают клинически более тяжелым аденомиоз. Ранее Нафталин и др. показали положительную корреляцию между количеством ультразвуковых признаков аденомиоза и тяжестью менструальной боли, но нет доступных доказательств того, какие признаки являются значимыми с клинической точки зрения [8]. Недавно была предложена система оценки для определения тяжести аденомиоза; аналогично, Теллум и др. разработали клиническую прогностическую модель для определения заболевания с использованием наиболее значимых признаков [13]. Однако эти модели должны быть внешне подтверждены, и больше доказательств должны подтвердить их надежность.

Аденомиоз часто сосуществует с другими гинекологическими заболеваниями, такими как эндометриоз [13] и фибромиома матки. В 15–57% случаев лейомиомы матки и аденомиоз сосуществуют в одной матке, и женщины с обоими заболеваниями чаще испытывают тазовую боль. Результаты исследования случай-контроль с участием женщин, перенесших гистерэктомию, показали, что женщины с лейомиомой и аденомиозом чаще сообщали о дисменорее, диспареунии и нециклической тазовой боли по сравнению с женщинами, у которых были только лейомиомы [21].

Аденомиоз и эндометриоз имеют ряд общих черт, поэтому в течение многих лет аденомиоз называли внутренним эндометриозом. Тем не менее, их считают двумя разными болезнями из-за специфических патогенных путей и клинической картины, хотя они часто сосуществуют у одних и тех же пациенток. Противоречивые результаты получены из хирургического набора данных, показывающего, что распространенность аденомиоза у женщин с эндометриозом колеблется от 20% до 80% [25, 16]. Кроме того, при ультразвуковой предоперационной оценке 47,8% пациенток, перенесших операцию по поводу ДИЕ, были поражены аденомиозом, и у тех, кто страдал обоими заболеваниями, хирургическое лечение было не таким эффективным в лечении боли, как у тех, у кого был только эндометриоз. Кроме того, было также показано, что фенотип ДИЕ связан с определенной формой фокального аденомиоза, расположенного во внешнем миометрии [18]. Однако для лучшей оценки распространенности гинекологических сопутствующих заболеваний необходимы более крупные выборки предоперационных случаев.

Аденомиоз в большом проценте случаев негативно влияет на качество жизни женщин из-за АМК и боли, требующих пожизненного плана лечения с помощью медикаментозного или хирургического лечения [22]. Выбор зависит от возраста женщины, репродуктивного статуса и клинических симптомов. Однако до сих пор было проведено мало клинических исследований, посвященных медикаментозному или хирургическому лечению аденомиоза, и в настоящее время не доступны препараты, предназначенные для лечения аденомиоза [23]. Тем не менее, заболевание все чаще диагностируется у молодых женщин с репродуктивным желанием, и предпочтение следует отдавать консервативному лечению.

Хирургический подход остается спорным вопросом, но в определенных случаях следует проводить минимально инвазивные хирургические процедуры, информируя пациентку о потенциальных рисках в случае беременности. Консервативные хирургические варианты включают абляцию эндометрия, гистероскопическую резекцию эндометрия и аденомиомы, лапароскопическую резекцию аденомиоза, высокоинтенсивную фокусированную ультразвуковую терапию и эмболизацию маточных артерий [24, 26]. Однако надежных доказательств в поддержку консервативного хирургического лечения аденомиоза по-прежнему нет.

Согласно патогенным механизмам, несколько медицинских гормональных и негормональных методов лечения используются не по назначению для лечения боли и кровотечения и улучшения результатов фертильности. Использование ГнРГ показано перед лечением фертильности для повышения шансов на беременность у бесплодных женщин с аденомиозом [17], и самая высокая частота наступления беременности отмечается у тех, кто проходит перенос замороженных эмбрионов после предварительной обработки ГнРГ [12]. Напротив, использование ГнРГ для лечения боли и кровотечения следует рассматривать только для краткосрочного лечения из-за менопаузальных эффектов.

Заключение

Использование прогестинов поддерживается антипролиферативным и противовоспалительным эффектом, а также децидуализацией и последующей атрофией эндометриальной ткани, что приводит к значительному снижению кровотечения [14, 26]. Среди прогестинов можно рассмотреть норэтистерона ацетат, вагинальный даназол и диеногест. Недавно рандомизированное, двойное слепое, многоцентровое, плацебо-контролируемое исследование Даназола, ежедневно вводимого в течение 16 недель женщинам с аденомиозом, показало значительное снижение болевого индекса у тех, кто проходил лечение [26]. Результаты были подтверждены в долгосрочном исследовании лечения, продемонстрировавшем хорошую переносимость и снижение боли, а также более высокие показатели качества жизни [24]. Внутриматочная система, высвобождающая левоноргестрел (ЛНГ-ВМС), также является эффективным, обратимым и долгосрочным лечением, успешно применяемым для лечения

аденомиоза. Результаты показывают, что он уменьшает менструальное кровотечение, боль и объем матки, а общая удовлетворенность составляет 72% [23]. Однако в настоящее время разрабатываются новые препараты для лечения аденомиоза, такие как селективные модуляторы рецепторов прогестерона, ингибиторы ароматазы, вальпроевая кислота и антиагрегантная терапия [10,14,16].

Таким образом, за последнее десятилетие был достигнут значительный прогресс в понимании и лечении аденомиоза. Аденомиоз стал клинической единицей, а не просто гистологическим диагнозом, и его можно определить с помощью неинвазивных методов визуализации. Все больше доказательств показывают задействованные патогенные механизмы и потенциальные методы лечения. Однако по-прежнему существует острая необходимость в едином и общем профиле диагностических критериев и системе отчетности, как в визуализации, так и в гистологии, чтобы идентифицировать все клинические и визуализированные фенотипы аденомиоза. Это первый шаг к тому, чтобы ученые и клиницисты использовали общий язык, который будет использовать одни и те же диагностические критерии. Это позволит клиницистам разрабатывать и проводить методологически хорошо проведенные перспективные исследования распространенности аденомиоза, гинекологических сопутствующих заболеваний, эффективности медицинского или хирургического лечения и влияния на фертильность и исход беременности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРА:

1. Бабаджанова Г. С., Абдурахманова С. И. Современные представления об этиопатогенезе, клинко-диагностических критериях миомы матки и аденомиоза у женщин и особенности их лечения //Журнал теоретической и клинической медицины. 2018;8(3):85-90.
2. Муратова Н. и др. Роль доплерометрии в дифференциальной диагностике аденомиоза и миомы матки у молодых женщин //in Library. – 2021;21(4):66-68.
3. Оразов М. Р., Токтар Л. Р., Семёнов П. А. Тазовая боль и аденомиоз-опасный тандем //Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2020;21(8):110-116.
4. Давыдов А. И., Пашков В. М., Шахламова М. Н. Аденомиоз: новый взгляд на старую проблему //Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2016;2(15):59-66.
5. Резник М. В. и др. Аденомиоз и миома матки с точки зрения коморбидности (обзор литературы) //Медико-фармацевтический журнал «Пульс». – 2019;21(2):43-47.
6. Беженарь В. Ф. и др. Аденомиоз и фертильность: современный взгляд на проблему (обзор литературы) //Журнал акушерства и женских болезней. – 2022;71(1):109-18.
7. Шкляр А. А. и др. Трудности диагностики узловой и диффузной форм аденомиоза //Акушерство и гинекология. – 2015;8(3):67-72.
8. Van den Bosch T, Van Schoubroeck D: Ultrasound diagnosis of endometriosis and adenomyosis: State of the art. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2018;5(1):16–24.
9. Leyendecker G, Bilgicyildirim A, Inacker M, et al.: Adenomyosis and endometriosis. Re-visiting their association and further insights into the mechanisms of auto-traumatisation. An MRI study. *Arch Gynecol Obstet*. 2015;291(4):917–32.
10. Carrarelli P, Yen CF, Arcuri F, et al.: Myostatin, follistatin and activin type II receptors are highly expressed in adenomyosis. *Fertil Steril*. 2015;104(3):744

Поступила 20.10.2024