



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM

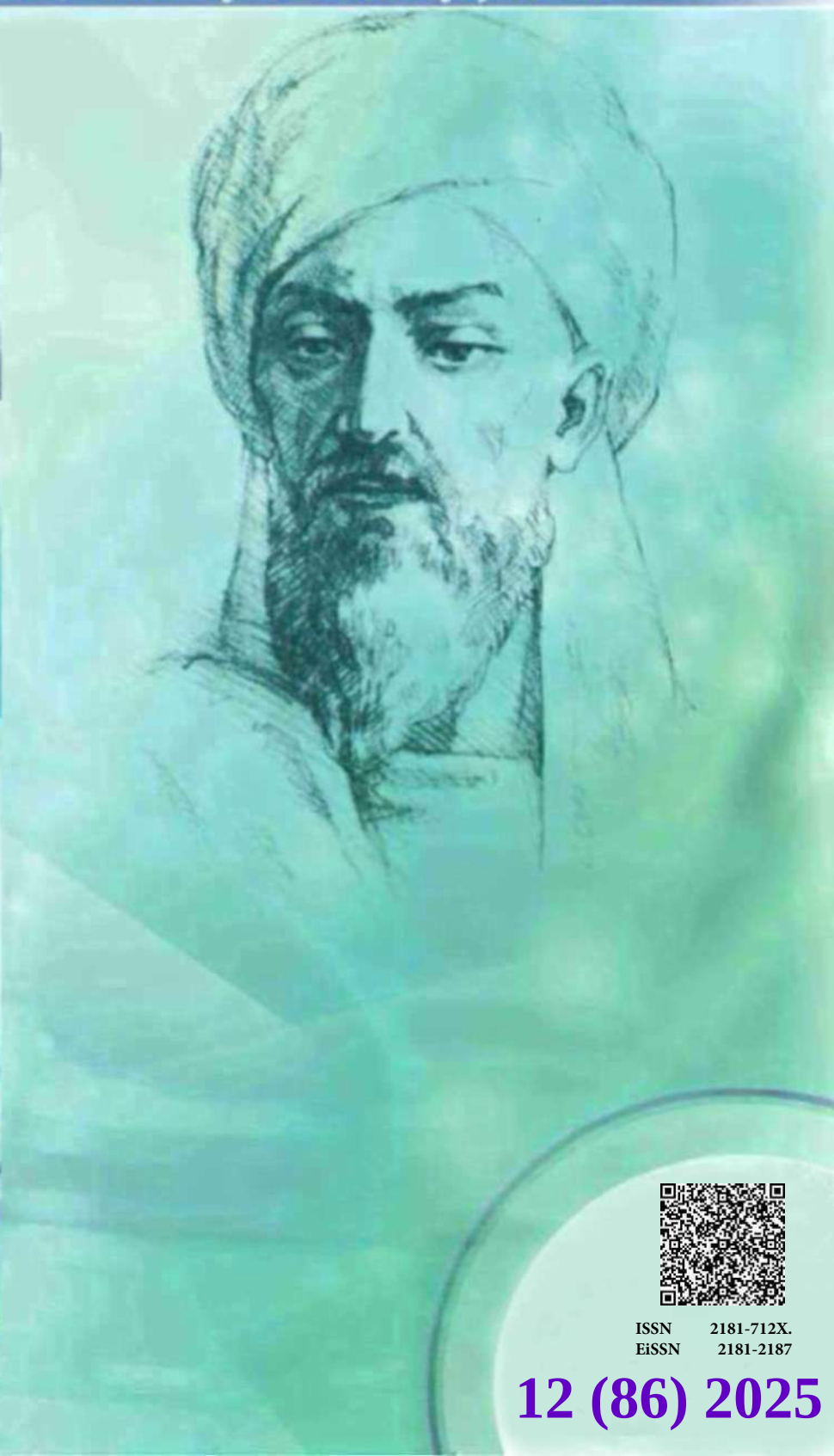


TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EISSN 2181-2187

12 (86) 2025

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. ИСКАНДАРОВА
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. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
Э.Б. ХАККУЛОВ
Г.С. ХОДЖИЕВА
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 (Ташкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

12 (86)

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com E:
ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

2025
декабрь

Received: 20.11.2025, Accepted: 06.12.2025, Published: 10.12.2025

УДК 618.14-006.36

АДЕНОМИОЗ МАТКИ: КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ

Облокулова О.А. <https://orcid.org/0009-0003-6062-813> Email: oblokulova.olima@bsmi.uz

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан,
г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

Аденомиоз матки является одной из наиболее распространённых форм эндометриоза, характеризующейся инвазией эндометриальной ткани в миометрий и сопровождающейся хроническим болевым синдромом, нарушениями менструального цикла и репродуктивной функции. В статье представлены современные данные о патогенезе, классификации и клинических проявлениях аденомиоза. Особое внимание уделено вопросам диагностики и современным подходам к лечению, включая медикаментозные и хирургические методы. Приведены результаты анализа клинических наблюдений, подтверждающие необходимость комплексного подхода к терапии.

Ключевые слова: аденомиоз, эндометриоз, матка, диагностика, лечение, репродуктивное здоровье.

UTERINE ADENOMYOSIS: CLINICAL AND DIAGNOSTIC FEATURES AND MODERN APPROACHES TO TREATMENT

Oblokulova O.A. <https://orcid.org/0009-0003-6062-813> Email: oblokulova.olima@bsmi.uz

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi. 1
Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Resume

Uterine adenomyosis is one of the most common forms of endometriosis, characterized by the invasion of endometrial tissue into the myometrium and accompanied by chronic pain, menstrual disorders, and impaired reproductive function. This article presents modern data on the pathogenesis, classification, and clinical manifestations of adenomyosis. Particular attention is paid to diagnostic challenges and contemporary treatment approaches, including pharmacological and surgical methods. Clinical observations are analyzed, emphasizing the necessity of an integrated approach to therapy.

Keywords: adenomyosis, endometriosis, uterus, diagnosis, treatment, reproductive health.

BACHADON ADENOMIOZI: KLINIK VA DIAGNOSTIK XUSUSIYATLARI VA ZAMONAVIY DAVOLASH YONDASHUVLARI

O.A. Oblokulova <https://orcid.org/0009-0003-6062-813> e-mail: oblokulova.olima@bsmi.uz

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti, O'zbekiston,
Buxoro, A. Navoiy ko'chasi, 1 Tel: +998 (65) 223-00-50 E-mail: info@bsmi.uz

✓ Rezyume

Bachadon adenomiozi endometriozi eng keng tarqalgan shakllaridan biri bo'lib, endometriyal to'qimalarning miyometriyaga kirib borishi bilan tavsiflanadi va surunkali og'riq, hayz ko'rishning buzilishi va reproduktiv disfunktsiya bilan birga keladi. Ushbu maqolada adenomiozning patogenezi, tasnifi va klinik ko'rinishlari bo'yicha dolzarb ma'lumotlar keltirilgan. Alohida e'tibor diagnostika masalalari va zamonaviy davolash usullariga, jumladan, tibbiy va jarrohlik usullariga qaratilgan. Klinik kuzatuvlar tahlili natijalari taqdim etilgan bo'lib, davolashga kompleks yondashuv zarurligini tasdiqlaydi.

Kalit so'zlar: adenomioz, endometriozi, tashxislash, davolash, reproduktiv salomatlik.

Актуальность

Аденомиоз матки занимает значимое место в структуре гинекологических заболеваний и представляет собой форму внутреннего эндометриоза, при которой эндометриальные клетки проникают в толщу миометрия. Заболевание характеризуется хроническим рецидивирующим течением, сопровождается болевым синдромом, нарушениями менструального цикла и снижением фертильности [1,2].

По данным различных авторов, распространённость аденомиоза среди женщин репродуктивного возраста колеблется от 20 до 60%, достигая максимума у пациенток старше 35 лет. Особое значение патология приобретает в связи с ростом числа женщин, откладывающих реализацию репродуктивной функции на более поздний возраст, что повышает риск выявления заболевания в период планирования беременности [3].

Несмотря на длительную историю изучения аденомиоза, многие вопросы, касающиеся его этиологии, патогенеза и оптимальной тактики ведения, остаются дискуссионными [4]. Это обуславливает необходимость углубленного анализа накопленных данных и систематизации современных подходов к диагностике и лечению [5].

Этиология аденомиоза до конца не изучена [6]. Наиболее распространёнными теориями происхождения заболевания являются:

- имплантационная теория, предполагающая ретроградный заброс эндометриальных клеток в миометрий;
- метапластическая теория, объясняющая трансформацию эмбриональных остатков Мюллеровых протоков;
- теория инвагинации эндометрия, согласно которой эндометриальные железы и строма постепенно проникают в мышечную стенку матки [7, 8].



К числу факторов риска относят: множественные роды, аборты и диагностические выскабливания, хронические воспалительные процессы органов малого таза, позднее наступление менопаузы, наследственную предрасположенность [9].

Патогенез аденомиоза сложен и многофакторен. Ведущую роль играют гормональные нарушения, в частности, гиперэстрогения и относительный дефицит прогестерона, приводящие к патологическому разрастанию эндометриальной ткани. Существенное значение имеет

иммунный дисбаланс, способствующий снижению апоптоза клеток эндометрия и их проникновению в миометрий [10, 11].

В ответ на инвазию эндометрия развивается локальное воспаление, сопровождающееся неоваскуляризацией и повышенной активностью матричных металлопротеиназ, что поддерживает процесс прогрессирования заболевания [12].

Согласно данным ВОЗ, выделяют следующие формы аденомиоза:

1. диффузная форма – равномерное распространение очагов эндометрия по миометрию;
2. узловатая форма – образование узлов, напоминающих миоматозные, но без капсулы;
3. смешанная форма – сочетание признаков диффузного и узловатого аденомиоза [13].

По степени распространенности патологического процесса различают четыре стадии, от поверхностного проникновения эндометрия до полного вовлечения всей толщины миометрия и серозного покрова матки [14].

Клиническая картина аденомиоза отличается разнообразием и зависит от формы и степени распространенности заболевания. Наиболее частыми симптомами являются:

У части пациенток заболевание протекает бессимптомно и выявляется случайно при обследовании по поводу бесплодия или другой гинекологической патологии [15].

Цель исследования: изучить клинико-диагностические особенности и современные подходы к лечению аденомиоза матки.

Материал и методы

Для исследования использованы данные клинического наблюдения за 120 пациентками с установленным диагнозом аденомиоз матки, проходившими обследование и лечение в гинекологическом отделении.

Критерии включения: женщины репродуктивного возраста (25–45 лет), подтвержденный диагноз «аденомиоз матки» (по данным УЗИ, МРТ и/или гистероскопии).

Критерии исключения: наличие злокачественных новообразований органов малого таза, выраженных соматических заболеваний, мешающих проведению лечения.

Пациентки были разделены на три группы в зависимости от тактики лечения:

1. Медикаментозная терапия (n=40).
2. Хирургическое лечение (n=45).
3. Комбинированный подход (медикаментозное + хирургическое лечение, n=35).

Методы исследования включали: клиническое обследование, ультразвуковую диагностику, магнитно-резонансную томографию, лабораторные анализы (гормональный профиль), а также анкетирование пациенток для оценки качества жизни.

Результат и обсуждения

Анализ полученных данных показал:

Наиболее часто встречалась диффузная форма аденомиоза (52%), реже узловатая (28%) и смешанная (20%).

Основными жалобами пациенток были: болезненные менструации (80%), обильные менструальные кровотечения (65%), хроническая тазовая боль (40%), бесплодие (30%).

Наибольшая частота выявления заболевания приходилась на возрастную группу 35–45 лет.

Эффективность лечения:

Медикаментозная терапия (агонисты ГнРГ, прогестагены) обеспечила уменьшение симптоматики у 65% пациенток, однако в 30% случаев отмечен рецидив через 12 месяцев.

Хирургическое лечение (органосохраняющие вмешательства, гистерэктомия) показало высокую эффективность в устранении болевого синдрома и кровотечений (85%), однако сопряжено с риском осложнений.

Комбинированная терапия оказалась наиболее результативной: стойкий положительный эффект наблюдался у 78% пациенток, рецидивы в течение 2 лет зарегистрированы только у 12%.

Обсуждение: Полученные данные подтверждают, что аденомиоз матки является полиэтиологическим заболеванием, требующим индивидуального подхода к лечению. Медикаментозная терапия эффективна на ранних стадиях, однако не всегда обеспечивает долгосрочный результат. Хирургические методы показаны при распространённых формах и тяжелой симптоматике, но сопряжены с риском потери репродуктивной функции. Оптимальным является комбинированный подход, позволяющий достичь контроля симптомов и сохранить качество жизни пациенток.

Заключение

Аденомиоз матки представляет собой сложное заболевание, оказывающее значительное влияние на репродуктивное здоровье женщин. Для успешного ведения пациенток необходим комплексный подход, включающий раннюю диагностику, индивидуальный выбор метода лечения и динамическое наблюдение. Перспективными направлениями являются разработка новых органосохраняющих методов терапии и внедрение персонализированных схем лечения, учитывающих гормональный статус и репродуктивные планы пациентки.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бурлев В.А., Сухих Г.Т. Аденомиоз: современные представления о патогенезе и лечении. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021; 312 стр.
2. Радзинский В.Е. Гинекология: национальное руководство. / М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020; 864 стр.
3. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И. Эндометриоз: клиника, диагностика, лечение. – СПб.: СпецЛит, 2019; 256 стр.
4. Garcia-Solares J., et al. Pathogenesis of adenomyosis: an update. // Reprod Biomed Online. 2018;36(5):568–579.
5. Chapron C., et al. Adenomyosis in the light of the pathophysiology of endometriosis: similarities and differences. // Hum Reprod Update. 2020;26(5):709–727.
6. Vannuccini S., Petraglia F. Recent advances in understanding and managing adenomyosis. // F1000Res. 2019;8:F1000 Faculty Rev-283.
7. Benagiano G., Brosens I. History of adenomyosis. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2006;20(4):449–463.
8. Bazot M., et al. Imaging in adenomyosis. Fertil Steril. 2018;109(3):389–397.
9. Osuga Y. Current concepts and management of adenomyosis. // J Obstet Gynaecol Res. 2019;45(2):239–247.
10. Shwayder J., Sakhel K. Imaging for uterine myomas and adenomyosis. // J Minim Invasive Gynecol. 2014;21(3):362–376.
11. Kishi Y., et al. Four subtypes of adenomyosis assessed by MRI in correlation with histopathology. // Hum Reprod. 2012;27(12):3359–3364.
12. Streuli I., et al. Clinical evidence for medical treatment of adenomyosis: a systematic review. // Hum Reprod Update. 2014;20(6):681–700.
13. Furuhashi M., et al. Surgical management of adenomyosis: indications and techniques. // Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2018;51:61–72.
14. Vercellini P., et al. Adenomyosis and infertility: a systematic review of the evidence. // Hum Reprod. 2014;29(5):964–977.
15. Younes G., Tulandi T. Conservative surgery for adenomyosis and results: a systematic review. // J Minim Invasive Gynecol. 2018;25(2):265–276.

Поступила 20.11.2025