



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

2 (88) 2026

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
У.О. АБИДОВ
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
Д.Т. АШУРОВА
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. РУЗИБОЕВ
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 (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

2 (88)

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

2026
февраль

УДК 618.145-007.415.618.177

АДЕНОМИОЗ И РЕПРОДУКТИВНЫЕ ИСХОДЫ

Ибрагимова Н.Ш. <https://orcid.org/0009-0004-0144-9442>

Юсупова М.А. <https://orcid.org/0009-0005-8338-2538>

Ургенчский филиал Ташкентской государственной медицинской университета

Узбекистан, Хорезмская область, город Ургенч, улица Ал-Хорезми №28

Тел: +998 (62) 224-84-84 E-mail: info@urgfiltdmu.uz

✓ Резюме

Аденомиоз является доброкачественным опухолевым процессом матки, одной из форм эндометриозной болезни. Хирургическое лечение аденомиоза по сей день является предметом обсуждения многих авторов, однако неизменным остается принцип хирургических вмешательств – иссечение миометрия, пораженного железистой инвазией. В статье рассмотрены основные методики аденомиомэктомии, результаты проведенных оперативных вмешательств в аспекте репродуктивной функции женщины. Кроме того, приведена своя оригинальная методика ушивания матки после проведенных оперативных вмешательств.

Ключевые слова: аденомиоз, бесплодие, переходная зона, беременность.

ADENOMIYOZ VA REPRODUKTIVNATIJALARI

Ibragimova N.S. <https://orcid.org/0009-0004-0144-9442>

Yusupova M.A. <https://orcid.org/0009-0005-8338-2538>

Toshkent Davlat Tibbiyot Universiteti Urganch filiali O'zbekiston, Xorazm viloyati, Urganch shahri,

Al-Xorazmiy ko'chasi 28-uy Tel: +998 (62) 224-84-84 E-mail: info@urgfiltdmu.uz

✓ Rezyume

Adenomiyozi bu endometrioid kasalligining bir shakli bo'lgan bachadonning yaxshi xulqli o'sma jarayoni. Adenomiyozi jarrohlik yo'li bilan davolash bugungi kungacha ko'plab mualliflar tomonidan muhokama qilinmoqda, ammo jarrohlik aralashuvlar printsipi o'zgarishsiz qolmoqda – glandular invazyadan ta'sirlangan miyometriyani olib tashlash. Maqolada adenomiomektomiyaning asosiy usullari, ayolning reproduktiv funksiyasi jihatidan o'tkazilgan jarrohlik aralashuvlar natijalari muhokama qilinadi. Bundan tashqari, operatsiyadan keyin bachadonni tikishning o'ziga xos usuli berilgan.

Kalitso'zlar: adenomiyozi, bepushtlik, o'tishzonasi, homiladorlik.

ADENOMYOSIS AND REPRODUCTIVE OUTCOMES

Ibragimova N.S., <https://orcid.org/0009-0004-0144-9442>

Yusupova M.A. <https://orcid.org/0009-0005-8338-2538>

Urgench Branch of Tashkent State Medical University Uzbekistan, Khorezm Region, Urgench,

Al-Khorezmi Street No. 28 Tel: +998 (62) 224-84-84 Email: info@urgfiltdmu.uz

✓ Resume

Adenomyosis is a benign tumor process of the uterus, one of the forms of endometrioid disease. The surgical treatment of adenomyosis is still the subject of discussion by many authors, but the principle of surgical interventions remains unchanged – the excision of the myometrium affected by glandular invasion. The article discusses the main methods of adenomyomectomy, the results of surgical interventions in terms of a woman's reproductive function. In addition, it presents its own original method of suturing the uterus after surgical interventions.

Key words: adenomyosis, infertility, transition zone, pregnancy.

Актуальность

Аденомиоз (АМ) - заболевание с особой эпидемиологией и клинической картиной [9, 10]. На сегодняшний день однозначного ответа на вопрос, что же такое АМ, не существует. Аденомиоз характеризуется наличием гетеротопных эндометриальных желез и стромы внутри миометрия, глубиной >2,5 мм или более, в одном поле зрения микроскопа при 10-кратном увеличении и различной степени выраженности. Гиперплазия прилегающего миометрия, вызывающая глобулярное и кистозное увеличение миометрия, при котором кисты заполнены гемолизированными эритроцитами и сидерофагами.

Многие авторы указывают на неуклонный рост выявляемости аденомиоза во всех возрастных группах, в том числе, наблюдается тенденция к увеличению частоты встречаемости аденомиоза у молодых женщин, не реализовавших репродуктивную функцию. Частота его выявления в популяции, по данным различных авторов, варьирует от 10 до 61% [8–12]. После гистерэктомий в препаратах частота обнаружения аденомиоза достигает 46–70% в популяции [3]. Отсутствие эффекта консервативных методов лечения приводит к увеличению количества радикальных хирургических вмешательств у молодых женщин [10].

В то же время, обзор медицинской литературы показывает, что с 2000 года было выполнено не менее 2300 аденомиомэктомий, в том числе 2123 (89,8%) в Японии. Сообщалось о 397 беременностях после перенесенных органосберегающих операций. В 337 (84,89%) беременностях закончились родами, тогда как 23 беременности осложнились разрывами матки [5–7].

Аденомиомэктомия является признанным методом лечения манифестного аденомиоза в сочетании с миомой матки, проявляющихся дисменореей, меноррагией и бесплодием. Однако у беременных после аденомиомэктомии имеется более высокий риск самопроизвольного аборта, несостоятельности рубца на матке или спонтанного разрыва матки в течение беременности и в родах, считает Ota Y. et. al [18]. Воздействие хирургических энергий в ходе операции на матке повышает риски разрыва матки [15, 16]. В настоящее время апробируются различные хирургические методы лечения аденомиоза. Показаниями к операции являются дисменорея и гиперменорея, резистентные к консервативной терапии, бесплодие, привычное невынашивание беременности, а также желание сохранить фертильность или менструальную функцию при значительном увеличении размеров матки.

Многие авторы считают, что АМ - самостоятельное заболевание, которое нельзя рассматривать как эндометриоз [1, 3]. По мнению А. Р. Напеу [11], термины «внутренний генитальный эндометриоз» и «наружный генитальный эндометриоз» (НГЭ) не отражают объективной реальности, и под понятием «эндометриоз» следует понимать то, что раньше обозначали термином «наружный генитальный эндометриоз». Аденомиоз — это заболевание, связанное с образованием и ростом эндометриальной ткани в миометрии. Данные эктопические очаги эндометрия вызывают гипертрофию и гиперплазию окружающего их эндометрия, что приводит к диффузному увеличению матки. Такие изменения приводят к развитию дисменореи, тазовым болям и даже бесплодию, которые сказываются на качестве жизни женщин репродуктивного возраста [5–7]. Выделяют четыре стадии диффузного аденомиоза в зависимости от распространения патологического процесса, а также различают узловую и очаговую формы. Частота выявляемости аденомиоза колеблется в очень широких пределах. Дело в том, что вопросы верификации диагноза, если не считать гистологической верификации послеоперационного или секционного материала, остаются открытыми [2]. Правда, в последние 10-15 лет абсолютное большинство исследователей пришло к выводу, что информативность и чувствительность УЗИ и МРТ позволяет рассматривать их как методы исследования, достаточные для постановки диагноза АМ на дооперационном этапе [2, 3]. Диапазон частоты встречаемости АМ, по данным разных авторов, составляет от 1 до 88% [2,3]. Обращает на себя внимание, что ученые, рассматривающие НГЭ и АМ как проявления одного процесса, находят их сочетание более чем в 80% случаев [2,3], другие исследователи - в 2-22% [8, 12]. Это, по-видимому, не в последнюю очередь определяется методологией диагностирования НГЭ.

В недавнем исследовании Saremi A.T. сообщалось о клиновидной резекции стенки матки вплоть до эндометрия после сагиттального разреза тела матки [2]. Реконструкция стенки матки выполняется непрерывным горизонтальным матрасным швом. Затем накладывается

вворачивающий серо-серозный шов для снижения риска спаек. Из 103 прооперированных пациенток, 70 пытались забеременеть в течение периода исследования, из них 21 (30%) достигли клинических беременностей. У 16 (22,8%) беременности закончились успешными живорождениями.

К методикам полного иссечения аденомиоза относится метод тройного лоскута (OsadaH., 2019). Эта методика аденомиомэктомии основана на совершенно новой идее, которая отличается от стандартных хирургических методов [25]. Метод включает реконструкцию дефекта стенки матки с использованием оставшейся нормальной маточной мышцы. В исследовании OsadaH. с соавторами 2017 г [16], при котором оценивали 113 женщин после проведения операции по этому методу, было показано, что в течение 6 месяцев кровотока в зоне действия нормализовался почти во всех случаях (81,4%). Из 62 женщин, планировавших беременность, 46 забеременели и 32 родили здорового ребенка путем планового кесарева сечения. Случаев разрыва матки не было. За период исследования (27 лет), было зафиксировано только 4 случая (3,5%) рецидивов, требовавших повторного хирургического лечения. В тех случаях, когда резекция аденомиоза матки выполняется без вскрытия полости матки, а стенка матки формируется серозно-мышечным лоскутом, операция называется методом двойного лоскута.

По некоторым данным, диффузный АМ обнаруживают не менее чем в 60% случаев при гистологическом исследовании удалённой матки [11]. При этом большинство авторов склоняется к тому, что средняя частота АМ при гистерэктомии составляет от 20 до 30% [2,9]. Вместе с тем лишь у немногих из них наблюдаются выраженные симптомы этого заболевания [10]. Гораздо чаще показанием к оперативному лечению становится другое заболевание [8]. Существует мнение, что частота встречаемости АМ увеличивается с возрастом пациенток [9, 10], в связи с чем АМ был отнесён к «болезням взрослой жизни». Часть исследователей даже указывает, что АМ не встречается у женщин моложе 25 лет [11]. При этом, по некоторым данным, УЗ-признаки диффузного АМ обнаруживаются примерно у 34,0% женщин в возрасте 18-30 лет [6]. В этой связи в литературе обсуждается возможность врождённого АМ [10]. С другой стороны, подобная распространённость АМ ставит вопрос: а всегда ли и все ли морфологические изменения, трактуемые как признаки АМ, являются признаками патологии [8, 11]? Поэтому многие патологоанатомы выступают за максимально широкую трактовку вариантов нормы, дабы избежать гипердиагностики [6].

Большая часть исследователей считает, что АМ является результатом инвазии эндометрия в миометрий, сопровождающейся изменением соединительнотканых границ [2]. Другие полагают, что АМ -врождённая патология, формирующаяся из остатков эмбриональных мультипотентных мюллеровых протоков.

Среди факторов риска развития АМ следует упомянуть раннее (в возрасте 10 лет и младше) менархе и короткий (24 дня и менее) менструальный цикл. Часть авторов находит, что курение снижает риск возникновения АМ, связывая это с изменением гормонального фона у курящих женщин, в частности со снижением уровня эстрогенов [9].

Важным аспектом социальной значимости АМ является его влияние на репродуктивную функцию женского организма [7, 10]. Долгое время считалось, что АМ не влияет на фертильность, но способствует невынашиванию беременности [2, 9]. При этом АМ, вероятно, не является самостоятельным фактором риска невынашивания, но зависит от извращенной реакции рецепторного аппарата эндометрия на прогестерон, приводящей к возникновению провоспалительного состояния [2]. Но, так или иначе, широкое использование экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) в последние десятилетия позволило накопить новые данные по рассматриваемой проблеме.

Вопрос непосредственного влияния АМ на снижение фертильности остаётся открытым, а литературные данные по нему противоречивы [3]. Хотя всё большее число исследователей склонно рассматривать АМ как фактор риска развития бесплодия.

Гистерэктомия является «золотым стандартом» и окончательным методом лечения аденомиоза матки, и многие случаи аденомиоза диагностируются ретроспективно при патологоанатомическом исследовании. По существу, диагностика аденомиоза затруднена, и это впоследствии приводит к трудностям в ведении этих пациенток, особенно тех, у которых есть

сильное желание сохранить матку. По данным Tsui KH, Lee WL 2014 они обнаружили, что использование органосохраняющей хирургии при лечении аденомиоза матки все еще остается спорным. Консервативное лечение по-прежнему необходимо в группе пациентов, требующих сохранения фертильности и улучшения качества жизни. Однако исследования, посвященные теме медикаментозного лечения аденомиоза, редки.

Заключение

Оптимальным методом лечения пациенток с аденомиозом и бесплодием оказалось хирургическое вмешательство и последующее гормональное лечение. Аденомиомэктомия при различных формах манифестного аденомиоза доказала свою состоятельность в хирургии данного заболевания. Из экспериментальной операции или «вмешательства отчаяния» она стала общепринятым видом вмешательства, все шире применяющимся в современной хирургии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Рухляда Н.Н. Диагностика и лечение манифестного аденомиоза. Цвелев Ю.В., ред. СПб.: ЭЛБИ-СПб; 2004; 205с.
2. Osada H., Nagaishi M., Teramoto S. Shikyukinfurappuhoniyorushikyusenkinshotekishutsujutsu: Rinshotekichoki-yogooyobishikyuharetsuyobokoka no kento (Adenomyomectomy by uterine muscle flap method: Clinical outcome and investigation of the preventive effect on uterine rupture). Obstet. Gynecol. (Tokyo). 2017;84:1303-15.
3. Kikuchi I., Takeuchi H., Aida T., Kitade M., Shimanuki H., Kinoshita K. To-in denoshikyusenkinshoniokeruninyo no onzonshujutsu no kento (A study of fertility preservation surgery in uterine adenomyosis). Obstet. Gynecol. Surg. (Medical View Tokyo). 2003;14:93-9.
4. Ota Y., Hada T., Natsuura T., Kanao H., Takaki Y., Kojima N. et al. To-in denofukukukyokashikyusenkinsho-setsujojutsu: Byoso no keijonichumokushitajutsushiki no tsukaiwake (Convex lens resection of adenomyosis with laparoscopic adenomyomectomy in our hospital). J. Jpn. Soc. Endometriosis. 2008;29:85-90.
5. Van Praagh I. Conservative surgical treatment for adenomyosis uteri in young women: Local excision and metroplasty. Can. Med. Assoc. J. 1965; 93(22): 1174-5.
6. Kawamura R., Mishima Y., Nakagome H., Iwaki A., Kanemaki Y. Shikyusenkinshonitaishurukinbikyo-ka-shujutsu (Microsurgical treatment for uterine adenomyosis). J. Jpn. Soc. Gynecol. Microsurg. 1991; 4: 18-21.
7. Fedele L., Bianchi S., Zanotti F., Marchini M., Candiani G.B. Fertility after conservative surgery for adenomyomas. Hum. Reprod. 1993; 8(10): 1708-10.
8. Nabeshima H., Murakami T., Terada Y., Noda T., Yaegashi N., Okamura K. Total laparoscopic surgery of cystic adenomyoma under hydroultrasonographic monitoring. J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc. 2003;10(2):195-9.
9. Saremi A.T., Bahrami H., Salehian P., Hakak N., Poolad A. Treatment of adenomyomectomy in women with severe uterine adenomyosis using a novel technique. Reprod. Biomed. Online. 2014;28(6):753-60.
10. Osada H. Shikyusenkinsho (Uterine adenomyosis). In: Osada H. Jissenfujinkafukkukyokashujutsu (Laparoscopy for gynecology: a comprehensive manual and procedure DVD). Tokyo: Medical View; 2009: 118-53.
11. Struble J., Reid S., Bedaiwy M.A. Adenomyosis: a clinical review of a challenging gynecologic condition. J. Minim. Invasive Gynecol. 2016;23(2):164-85.
12. Ofir K., Sheiner E., Levy A., Katz M., Mazor M. Uterine rupture: risk factors and pregnancy outcome. Am. J. Obstet. Gynecol. 2003;189(4):1042-6.

Поступила 20.01.2026