



TASHKENT MEDICAL ACADEMY



# Journal of Educational and Scientific Medicine



**Issue 5 | 2025**

OAK.UZ  
Google Scholar

Science Education Commission of the Cabinet  
Ministry of the Republic of Uzbekistan

**ISSN: 2181-3175**

## MODERN APPROACHES TO THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ADENOMIOSIS IN WOMEN

Ibragimova N. Sh., Yusupova M. A.

Urgench branch of the Tashkent Medical Academy

**Annotation:** Despite the fact that there is currently a large number of observations, the frequency of adenomyosis is increasing from year to year, while the disease is diagnosed mainly in late stages. This study will help to predict adenomyosis in the early stages and prevent severe disease. At the same time, female reproductive function is preserved.

**Keywords:** adenomyosis, sexually transmitted infections, vaginal ozone therapy.

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ АДЕНОМИОЗА У ЖЕНЩИН

Ибрагимова Н. Ш., Юсупова М. А.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

**Аннотация:** Несмотря на то, что в настоящее время существует большое количество наблюдений, частота аденомиоза увеличивается из года в год, в то время как заболевание диагностируется в основном на поздних стадиях. Данное исследование поможет вовремя прогнозировать аденомиоза в ранних стадиях и предотвращается тяжелое течение болезни. При этом сохраняется женская репродуктивная функция.

**Ключевые слова:** аденомиоз, инфекции передающейся половым путем, вагинальная озонотерапия.

## AYOLLARDA ADENOMIOZNI TASHXISLASH VA DAVOLASHNING ZAMONAVIY YONDASHUVLARI

Ibragimova N. Sh., Yusupova M. A.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

**Annotatsiya:** Hozirgi vaqtda ko'plab kuzatuvlar mavjudligiga qaramay, adenomiyozning chastotasi yildan-yilga ortib bormoqda, kasallik esa asosan kech bosqichlarda tashxis qilinadi. Ushbu tadqiqot adenomiyozni dastlabki bosqichlarda erta prognoz qilish va kasallikning og'ir darajalarini oldini olishga yordam beradi. Shu bilan birga, ayolning reproduktiv funktsiyasi saqlanib qoladi.

**Kalit so'zlar:** adenomiyoz, jinsiy yo'l bilan yuqadigan infeksiyalar, vaginal ozon terapiyasi.

### Кириш:

Аденомиоз патогенезини тушунтиришга қаратилган бир қатор гипотезалар мавжуд. Касаллик айрим ҳолларда фақат бир анатомик зонанинг, бошқа ҳолларда эса ички миометрий (субэндометрий зонаси), ўрта ва ташқи миометрийнинг, яъни бачадоннинг сероз қобиғига туташ қисмларининг биргаликдаги шикастланиши билан намоён бўлиши мумкин. Бу ўзгаришлар ўчоқли ёки диффуз характерда бўлиши мумкин [1, 3, 4]. Касалликнинг турли клиник кўринишлари унинг патогенетик механизмларининг хилма-хиллигини акс эттиради:

1 – ички миометрий шикастланиши эндометрийнинг субэндометрий зонасига «бостириб кириши» натижасида юзага келиши мумкин;

2 – ташқи миометрий шикастланиши эса Мюллер йўллариининг қолдиклари ва плюрипотент хужайралар мавжудлиги билан боғлиқ бўлиб, улар локал аденомиоз учоқларига айланиши мумкин [2, 5].

Касаллик шакллари: диффуз, ўчоқли ва тугунсимон.

Кенгайтирилган фазовий ва контраст имкониятларга эга МРТ технологиялари бачадоннинг зонал анатомиясини ўрганиш имконини берди. Ички миометрий қатламида Т2-вазланган тасвирларда аниқ сигнал зичлигига эга зона аниқланди, у турлича номлар билан аталган: «ўтмиш зонаси», «архимиометрий», «ички миометрий», «ўтиш зонаси», «субэндометрий миометрий». Бу ўтиш зонаси репродуктив ёшдаги аёлларда 8 мм дан

ошмайдиған узун йўналған силлиқ мушак толаларидан ташкил топған базал миометрий қатламини ташкил қилади [7, 9].

«Ўтиш зонаси»нинг бир текис қалинлашуви аденомиозни аниқлашда стандарт кўрсаткич ҳисобланади. Гистологик жиҳатдан тасдиқланган аденомиознинг прогноз белгиларидан бири — «ўтиш зонаси»нинг қалинлиги 12 мм га етиши ва юқори интенсив MR-сигналга эга геморрагик қўшилмаларнинг мавжудлигидир; ёки T2-вазланган тасвирларда миометрийда кам сигналли тугунчаларнинг пайдо бўлиши [1]. С. Reinhold ва муаллифдошларининг (1999) тадқиқотларига кўра, агар «ўтиш зонаси» 12 мм ёки ундан ортиқ бўлса, аденомиоз юқори аниқлик билан диагностика қилиниши мумкин [4,6]. 8 мм ёки ундан кам қалинликда аденомиоз, одатда, инкор қилинади.

МРТ маълумотларига асосан аденомиознинг тўртта клиник тури аниқланган:

1. I тур (ичкариги) — субэндометрий зонаси билан бевосита боғланган ҳолда ривожланадиган классик тур. Бу ҳолат эндометрийнинг миометрийга тўғридан-тўғри ўсиб кириши билан изоҳланади. Илгариги жарроҳлик аралашувлари ва туғруқлар ривожланиш хавфини оширади. Бироқ баъзи беморларда бундай анамнез кузатилмаган.

2. II тур (ташқаридаги) — миометрийнинг ташқи қатламида жойлашган бўлиб, кўпинча ташқи перитонеал ёки ректовагинал эндометриоз билан боғлиқ. Бу тур бевосита ва билвосита яллиғланиш таъсири натижаси деб ҳисобланади. Переход зонаси бунда соғлом ҳолатда сақланади.

3. III тур (интрамураль) — бундай ҳолларда аденомиоз алоҳида ҳолда, функционал ёки сероз зона билан боғлиқ бўлмаган ҳолда ривожланади.

4. IV тур (ноаник) — МРТда аденомиознинг локализацияси ноаник бўлган беморлар ушбу турга киритилган [8, 10].

Тадқиқот мақсади:

Аёлларда аденомиозни клиник, инструментал ва морфологик таҳлиллар асосида ерта ташхислаш ва самарали даволашнинг янги мезонларини ишлаб чиқиш орқали уларнинг ҳаёт сифатини ошириш.

### Материаллар ва методлар:

Тадқиқот 2022–2024 йилларда Тошкент тиббиёт академиясининг Урганч филиали Акушерлик ва гинекология ва Оилавий шифокор тайёрлаш кафедраси ҳамда Хоразм вилояти перинатал марказининг гинекология бўлимлари базасида олиб борилди

Тадқиқот 2018–2023 йилларда икки босқичда ўтказилган:

I босқич (2018–2020): Аденомиоз ташхиси қўйилган 60 нафар бемор Хоразм вилояти перинатал марказининг гинекология бўлимларига оғир клиник белгилари сабабли жарроҳлик даволаш (гистерэктомия) учун йўналтирилган.

II босқич (2021–2023): Жами 156 нафар аёл текширувдан ўтказилган. Улардан 106 нафари аденомиоз билан, 50 нафари эса деярли соғлом (назорат гуруҳи) бўлган.

Асосий гуруҳ икки кичик гуруҳга ажратилган:

1. Тажриба гуруҳи (n=62): Диеногест + вагинал озонотерапия + интраутерин плазмолифтинг билан даволанган.

2. Стандарт терапия гуруҳи (n=44): Анъанавий гормонал даво усули билан даволанган.

Барча беморларга қуйидаги текширувлар ўтказилган:

Гинекологик кўриклар

УЗИ (ультратовуш текшируви)

Қон таҳлиллари (умумий ва биокимёвий)

Гормонал ҳолат таҳлиллари (ТТГ, ЛГ, ФСГ, АМГ, тестостерон, пролактин, прогестерон)

Мелатониннинг кундузги ва кечки даражалари (қон ва шилликда)

Уйқу, психоэмоционал ҳолат ва оғриқ синдромини баҳолаш учун сўровномалар

### Натижалар:

Барча гуруҳлардаги аёлларнинг ёши 17–42 ёш орасида бўлган ва ёш жиҳатидан гуруҳлар ўзаро таққосланар эди. Менархе (биринчи ҳайз) ёши икки гуруҳда ўртача бир хил бўлган.

Аденомиозли аёлларнинг 40,3% да бирламчи, 7,5% да иккиламчи бепуштлиқ аниқланган.

Жинсий йўл билан юқадиган инфекциялар I гуруҳда 33,9%, сурункали яллиғланиш касалликлари эса 64,2% ҳолатда кузатилган ( $p < 0.05$ ).

Бачадон бўйни фонидаги патологиялар ва дисплазия ҳам асосан аденомиозли аёлларда аниқланган.

I гуруҳда хламидиоз (15%), трихомониаз (7,5%), дисбактериоз (14,1%) ва уреоплазмоз/микоплазмоз (42,4%) ҳоллари юқори бўлган.

Даволашдан сўнг шифоланиш ҳолати бўйича манфий назорат натижалари қайд этилди. Беморлар томонидан юктирилган касалликлар ва жинсий йўл орқали юқадиган инфекцияларнинг юқори даражада учраши аденомиоз патогенезида яллиғланиш жараёнининг роли мавжудлигини тасдиқлаши мумкин.

I клиник гуруҳдаги аёлларнинг 14,1% (15 нафар) да анамнезда лапаротомия мавжуд бўлган, II гуруҳда бу кўрсаткич 4% (2 нафар) ни ташкил этган. 7,5% (8) ҳолатда лапароскопик операция амалга оширилган. Жумладан, 2,8% (3) аёлда кистэктомиа ўтказилган, 1,9% (2) беморда эса тухумдон резекцияси, тубэктомиа, бачадон найларига пластика, тухумдонларни каутеризация қилиш ва консерватив миомэктомиа каби жарроҳлик аралашувлари амалга оширилган. Бу ҳолат назорат гуруҳи билан таққослаганда статистик жиҳатдан аҳамиятли юқори даражада кузатилган ( $p < 0,05$ ).

Шу билан, юқоридаги маълумотлар аденомиоз билан оғриган аёлларда гинекологик анамнезнинг оғирлашганлигини кўрсатади.

Клиник гуруҳдаги бемор аёлларнинг 15% (16 нафар) да пешоб чиқариш тизими касалликлари анамнезда мавжуд бўлиб, бу назорат гуруҳи билан таққослаганда статистик жиҳатдан аҳамиятли юқори ( $p < 0,05$ ). Ҳозирги касалликлар орасида, меъда-ичак тизими муаммолари 22,6% (24 нафар) беморда, сурункали тонзиллит 7,5% (8) I гуруҳда ва 4% (2) назорат гуруҳида аниқланган. Юрак-қон томир тизими касалликлари I гуруҳда 5,6% (6) беморда қайд этилган. Эндокринопатиялар эса I гуруҳда 30,1% (32) беморда кузатилган бўлиб, бу назорат гуруҳи билан солиштирилганда ишончли фарқ билан юқори даражада ( $p < 0,05$ ) бўлган.

Хужайра ичи метаболизмни тартибга солишда биологик фаол полипептидлар – ўсиш омиллари муҳим аҳамиятга эга. Улар ангиогенезни рағбатлантиради ёки тўсади, шунингдек, хужайра митоген эффе́ктини бошқаради. Гап TGFβ1 (Transforming Growth Factor Beta 1) ҳақида кетмоқда.

Ушбу тадқиқот натижаларига кўра, аденомиознинг яққол белгилари мавжуд бўлган аёлларда TGFβ1 ишлаб чиқарилишида системали ва локал даражада ўзгаришлар аниқланган. Қондаги физиологик даражадаги TGFβ1 миқдори аденомиоз шишсимон, лекин атипик гетеротопияларсиз жараён эканлигини кўрсатади.

TGFβ1 кўплаб хужайра турларининг пролиферациясини ингибит қилади ва уларни дифференциацияга олиб келади. Ушбу фаолият TGFβ1RI (беталгин) ва TGFβ1RII (эндоглин) рецепторлари орқали амалга оширилади. Гранулёза хужайралари мембранасининг рецепторлари ортиқча ёки эрта ифода этилиши уларнинг функциясига салбий таъсир кўрсатади (Shyamal K. ва бошқалар, 1998).

Хужайра металлопротеиназа-9 ўсиш омилнинг фаоллигини назорат қилади ва декоринни парчалаш орқали TGFβ ни озод қилади. Бу фаолият учун умумий рецептор – TGFβ ва эпидермал ўсиш омилга мос келувчи рецептор талаб этилади.

Аденомиозда перитонеал суюқликда маҳаллий даражада TGFβ1 икки баробар ошгани аниқланган. Шу билан бирга, эндоглин (специфик рецептор) фаолиятида сезиларли ўзгариш кузатилмаган, бу эса юқори даражадаги TGFβ1 нинг қондаги аргиназа фаоллигини I–II ва III–IV босқичларда оширишини, шунингдек, III–IV босқичларда маҳаллий даражада спайка жараёнларини кучайтиришига далолат беради. Бу ҳолат эса асосий боғловчи модда бўлган пролин синтезининг кучайиши билан боғлиқ.

Аденомиозда клиник симптомлар жадаллиги, УЗИ ва гистероскопия орқали верификация қилишнинг ахборотлиги касаллик тарқалиш даражаси ортган сари ошади.

Аденомиознинг I даражаси патогномоник бўлмаган енгил симптомлар билан характерланади, бу ҳолатда стандарт УЗИ ва гистероскопиянинг диагностик сезгирлиги ва аниқлиги етарли эмас.

Аденомиознинг I даражаси учун эхографик белгилар қаторига «ўтиш зонаси»нинг 5 мм дан юқори бўлган ультратовушли тасвирланиши ва бачадон артериялари ҳавзасида қон оқими қаршилигининг статистик жиҳатдан ишончли ошиши киради.

Допплерографияда бачадон қон томирларига функционал стресс-синама қўлланиши эрта босқичдаги УЗИ диагностикасининг сезгирлиги ва махсуслигини оширади.

Озонатор икки режимда ишлайди:

1. озон газини ишлаб чиқариш режими;
2. ҳаво оқими режими.

Озонатор тугмасининг рақами ошиши билан озон чиқиши миқдори ҳам ортиб боради. Ҳаво оқими режимида газ разрядник орқали ўтади.

### **Муолажа натижалари:**

Комплекс даволаш ва озонотерапидан сўнг, I-группа аёлларида визуал-аналог шкала (ВАШ) орқали баҳоланганда, қуйидаги симптомларда 2-группага нисбатан енгилашиш кузатилган:

-ҳайз олдидан спазмлар;

- хайз пайтидаги оғриқлар;
- жинсий алоқадаги оғриқ;
- цикл ўрталаридаги оғриқлар;
- сийдик пуфагига босим хисси.

**Хулоса:**

Аденомиозда ўрганилган микроорганизмлар (*Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma spp.*, *Mycoplasma genitalium*, HSV 1–2, CMV, ва юкори канцероген хавфга эга HPV) 40,5% ҳолатда эндометрида аниқланган.

Энг кўп учрайдиганлари: *Ureaplasma spp.* ва HPV юкори канцероген хавфли турлари.

Шунингдек, озонни вагинал усулда қўллаш билан амалга оширилган комплекс терапия орқали аёлларда, айниқса, сурункали эндометрит билан оғриганларда, оғриқ синдроми ва хавотир-депрессия ҳолатларининг камайиши туфайли ҳаёт сифатининг аниқ яхшиланиши қайд этилган.

Тиббий озонни вагинал йўл билан кунга бир марта, 7 кун давомида, 20 дақиқалик таъсир муддатида (5–6 режим), гестагенлар асосидаги гормонал терапия фонидида қўлланилади.

**Адабиётлар руйхати:**

1. Арутюнян А.Ф., Гайдуков С.Н., Костюшов Е.В. Состояние органного кровотока у пациентов при аденомиозе // Педиатр. – 2013. – № 2. – С.28-31;
2. Арутюнян А.Ф. Арутюнян, С.Н. Гайдуков, В.Н. Кустаров // Педиатр. – 2016. – Том 7, № 3. – С. 92-97;
3. Икрамова Х.С., Матризаева Г.Д. Синдром поликистозных яичников с эндокринным бесплодием и ультразвуковые маркеры эндометриомы яичников // «Новый день в медицине» научно-справочный, духовно-просветительский журнал 11 (61) 2023. С. 257-263
4. Дисменорея, эндометриоз, аденомиоз: клиничко-патогенетические взаимоотношения / А.Л. Унанян, И.С. Сидорова, А.Д. Никонец, Ю.В. Костина, Н.Н. Кузенкова, А.М. Елисаветская, Д.В. Бабури // Гинекология. – 2018. – № 1, Том 20. – С. 9-15 doi: 10.26442/2079-5696\_20.1.9-15;
5. 17β-Эстрадиол индуцирует сверхпролиферацию в аденомиотических гладкомышечных клетках матки человека в соединительной зоне посредством гиперактивации сигнального пути RhoA/ROCK, усиленного эстрогенавыми рецепторами / F.Q. Sun, H. Duan, S. Wang, J.J. Lee // *Reprod Sci.* - 2015. - Vol. 22, № 11. – С. 1436- 44. doi: 10.1177/193371911558447;
6. Мета-анализ предотвращения минеральной потери костной ткани у пациенток с эндометриозом, получавших аналоги гонадотропин-рилизинг гормона с терапией прикрытия / З.Р. Нью, Х.Дж. Юэ, К.Ю. Конг и др. // Чжунхуа Фу Чань Кэ За Чжи. - 2013. - Вып. 48 (5). – С.338-343;
7. Аденомиоз: трехмерные сонографические данные соединительной зоны и корреляция с гистологией / К. Экзакустос, Л. Бриенца, А. Ди Джованни, Б. Сабольч, Э. Зупи, Д. Ардуини // Ультразвуковое акушерство. Гинекол. – 2011. – Том. 37(4). - С.471-479. doi: 10.1002/уог.8900;
8. Неблагоприятные исходы беременности, связанные с аденомиозом с увеличением матки / А. Мочимару, С. Аоки, М.С. Оба, К. Курасава, Т. Такахаши, Ф. Хирахара // *J Obstet Gynaecol Res.* – 2015. – Том. 41(4). - С.529-33. doi: 10.1111/jog.12604;
9. Александрович, В. Современные факты, составляющие понимание природы аденомиоза / В. Александрович, П. Баста, К. Гиль // *Adv Clin Exp Med.* – 2018. [Еpub перед печатью]. doi: 10.17219/acem/79176;
10. Обновления фармакологического лечения аденомиоза / И. Штрёули, Ж. Дюбюиссон, П. Сантулли, Д. де Зиглер, Ф. Батте, К. Шапрон // *Expert Opin Pharmacother.* – 2014. – Том. 15(16). - П.2347-2360. doi: 10.1517/14656566.2014.953055;