

Impact Factor: 5.878

ISSN: 2181-0990  
DOI: 10.26739/2181-0990  
www.tadqiqot.uz

# JRHUNR

## JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH



TADQIQOT.UZ

VOLUME 3,  
ISSUE 1

2022

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Журнал репродуктивного здоровья и уро-  
нефрологических исследований

# JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

Главный редактор: Б.Б. НЕГМАДЖАНОВ

Учредитель:

Самаркандский государственный  
медицинский институт

Tadqiqot.uz

Ежеквартальный  
научно-практический  
журнал

№ 1  
2022

---

ISSN: 2181-0990

DOI: 10.26739/2181-0990

## Главный редактор: Chief Editor:

**Негмаджанов Баходур Болтаевич**  
доктор медицинских наук, профессор,  
заведующий кафедрой Акушерства и гинекологии №2  
Самаркандского Государственного медицинского института

Doctor of Medical Sciences, Professor,  
Head of the Obstetrics and Gynecology Department  
№. 2 of the Samarkand State Medical Institute

## Заместитель главного редактора: Deputy Chief Editor:

**Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна**  
доктор медицинских наук, профессор  
Кафедры Акушерства и гинекологии Ташкентского  
Государственного стоматологического института

Doctor of Medical Sciences, Professor  
Departments of Obstetrics and Gynecology  
Tashkent State Dental Institute

## ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ: MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD:

**Луис Альфондо де ла Фуэнте Эрнандес**  
профессор, член Европейского общества  
репродукции человека и эмбриологии  
Prof. Medical Director of the Instituto  
Europeo de Fertilidad. (Madrid, Spain)

**Ramašauskaitė Diana**  
профессор и руководитель клиники акушерства  
и гинекологии при институте клинической  
медицины Вильнюсского университета (Prof. Clinic  
of Obstetrics and Gynecology Vilnius University Faculty  
of Medicine, Latvia)

**Зуфарова Шахноза Алимджановна**  
доктор медицинских наук, профессор, директор  
Республиканского центра репродуктивного  
здоровья населения (M.D., Professor, Director  
of the Republican Center for Reproductive Health)

**Агабабян Ирина Рубеновна**  
Кандидат медицинских наук, доцент, Самаркандского  
Государственного медицинского института  
(Candidate of Medical Sciences, Associate Professor,  
Samarkand State Medical Institute)

**Зокирова Нодира Исламовна**  
доктор медицинских наук, профессор Самаркандского  
Государственного медицинского института

**Кадыров Зиёратшо Абдуллоевич**  
доктор медицинских наук, профессор  
Непрерывного медицинского образования  
медицинского института РУДН.

**Негматуллаева Мастура Нуруллаевна**  
доктор медицинских наук, профессор Бухарского  
государственный медицинского института.

**Окулов Алексей Борисович**  
доктор медицинских наук, профессор  
Московского государственного  
медико-стоматологического университета.

**Махмудова Севара Эркиновна**  
доктор философии по медицинским наукам (PhD)  
(ответственный секретарь)

## ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОГО СОВЕТА: MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD:

**Boris Chertin**  
MD Chairman, Departments of Urology & Pediatric  
Urology, Shaare Zedek Medical Center, Clinical Professor in  
Surgery/Urology, Faculty of Medicine, Hebrew University,  
Jerusalem. (Профессор хирургии/урологии, медицинский  
факультета ивритского университета)

**Fisun Vural**  
Doçent Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa  
Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği İdari  
ve Eğitim Sorumlusu. Доцент Университета  
естественных наук, учебно-исследовательской  
больницы клиники акушерства и гинекологии.

**Melike Betül Öğütmen**  
SBÜ Haydarpaşa Numune SUAM Nefroloji  
Kliniği idari ve Eğitim Sorumlusu.  
Доцент Университета естественных наук,  
учебно-исследовательской  
больницы клиники нефрологии.

**Аллазов Салах Алазович**  
доктор медицинских наук, профессор  
кафедры урологии, Самаркандского  
Государственного медицинского института

**Ахмеджанова Наргиза Исмаиловна**  
доктор медицинских наук, доцент,  
заведующая кафедрой №2 педиатрии с  
курсом неонатологии, Самаркандского  
Государственного медицинского института

**Локшин Вячеслав Нотанович**  
доктор медицинских наук, профессор,  
член-корр. НАН РК, президент Казахстанской  
ассоциации репродуктивной медицины.

**Никольская Ирина Георгиевна**  
доктор медицинских наук, профессор  
ГБУ МО МОНИАГ.

**Шалина Раиса Ивановна**  
доктор медицинских наук, профессор  
кафедры акушерства и гинекологии педиатрического  
факультета РНИМУ им.Н.И.Пирогова

## ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

- 1. Абдурахманова С. И., Сулейманова Н. Ж., Ходжаева З. А., Назарова Д. Г.**  
ОСОБЕННОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ И ДОППЛЕРОМЕТРИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ У ЖЕНЩИН С МИОМОЙ  
МАТКИ И / ИЛИ АДЕНОМИОЗОМ И ИХ РОЛЬ В ВЫБОРЕ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ / FEATURES OF ULTRASOUND AND  
DOPPLEROMETRIC CHANGES IN WOMEN WITH UTERINE FIBROUS AND / OR ADENOMIOSIS AND THEIR ROLE IN  
THE CHOICE OF TREATMENT METHOD/BACHADON MIOMASI VA / YOKI ADENOMIOZLI AYOLLARDA ULTRATOVUSH  
VA DOPPLEROMETRIYADAGI O'ZGARISHLAR, HAMDA ULARNING DAVO CHORALARINI TANLASHDAGI O'RNI.....44
- 2. Ахматова Ю. А., Ахмеджанова Н. И., Ахматов А.**  
КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НАРУШЕНИЯ БЕЛКОВОГО МЕТАБОЛИЗМА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ  
ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ НЕФРИТОМ / CLINICAL AND DIAGNOSTIC SIGNIFICANCE OF PROTEIN METABOLISM  
DISORDERS IN CHILDREN WITH CHRONIC TUBULOINTERSTITIAL NEPHRITIS / SURUNKALI TUBULOINTERSTITIAL  
NEFRITGA CHALINGAN BOLALARDA OQSILLAR METABOLIZMI BUZILISHINING KLINIK-DIAGNOSTIK  
AHAMIYATI.....48
- 3. Ахмеджанова Н. И., Ахмеджанов И. А., Ашурова Н. Ш.**  
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ / CLINICAL FEATURES  
OF CHRONIC GLOMERULONEFRITIS IN CHILDREN/BOLALARDA SURUNKALI GLOMERULONEFRITNING  
KLINIK XUSUSIYATLARI.....53
- 4. Мамаджанова Ш.К.**  
РОЛЬ МИО-ИНОЗИТОЛА В ЛЕЧЕНИИ БЕСПЛОДИЯ У ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ  
ЯИЧНИКОВ / THE ROLE OF MYO-INOSITOL IN TREATING INFERTILITY AMONG PATIENTS WITH POLYCYSTIC  
OVARY SYNDROME / TUXUMODON POLIKISTOZ SINDROMI BO'LGAN BEMORLARDA BEPUSHTLIKNI DAVOLASHDA  
MYO-INOSITOLNING O'RNI.....57
- 5. Негмаджанов Б. Б., Махмудова С. Э.**  
ПЛАЦЕНТАРНЫЙ ФАКТОР РОСТА И SFLT-1(ФМС-ПОДОБНАЯ ТИРОЗИНКИНАЗА) КАК ПРЕДИКТОР ОСЛОЖНЕНИЙ  
ПРИ ПРЕКЛАМПСИИ/PLACENTAL GROWTH FACTOR AND SFLT-1 (FMS-LIKE TYROSINE KINASE) AS A PREDICTOR OF  
COMPLICATIONS IN PRECLAMPSIA / PLATSENTAL O'SISH FAKTORI VA SFLT-1 (FMSGA O'XSHASH TYROZINKINAZA)  
PREEKLAMPSIYA ASORATLARINI BASHORAT QILUVCHI PREDIKTOR.....60
- 6. Фазылбеков Р. А., Каттаходжаева М.Х., Сулейманова Н. Ж., Абдурахманова С. И.**  
ЗНАЧЕНИЕ НОВЫХ ПОДХОДОВ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ  
ПРИДАТКОВ МАТКИ / IMPORTANCE OF MODERN APPROACHES IN THE DIAGNOSIS OF PURULENT-INFLAMMATORY  
DISEASES OF THE UTERUS / BACHADON ORTIQLARI YIRINGLI –YALLIG'LANISH KASALLIKLARI DIAGNOSTIKASIDA  
ZAMONAVIY YONDOSHISHLARNING AHAMIYATI.....65



ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ/ ORIGINAL ARTICLES

УДК 618.145-007.415-07

**Абдурахманова Ситора Ибрагимовна**

Доктор философии по медицинским наукам

Ташкентский государственный

стоматологический институт. Ташкент, Узбекистан.

**Судейманова Нодира Жумаевна**

Кандидат медицинских наук, доцент

Ташкентский государственный

стоматологический институт. Ташкент, Узбекистан.

**Ходжаева Зарина Алихановна**

Докторант Ташкентский государственный

стоматологический институт. Ташкент, Узбекистан.

**Назарова Дилдора Гуломовна**

Докторант Ташкентский государственный

стоматологический институт. Ташкент, Узбекистан.

### ОСОБЕННОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ И ДОППЛЕРОМЕТРИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ У ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ И/ИЛИ АДЕНОМИОЗОМ И ИХ РОЛЬ В ВЫБОРЕ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ

**For citation:** Abduraxmanova Sitora Ibragimovna, Suleymanova Nodira Jumaevna, Xodjaeva Zarina Alixanovna, Nazarova Dildora Gulomovna, Features of ultrasound and dopplerometric changes in women with uterine fibrous and / or adenomiosis and their role in the choice of treatment method, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2022, vol. 3, issue 1, pp. 44-47


<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.6426630>

#### АННОТАЦИЯ

Миома матки и аденомиоз является актуальной проблемой современной гинекологии. В последние годы отмечается рост сочетанной формы миомы матки и аденомиоза. Совершенствование неинвазивных методов ультразвуковой диагностики с цветовой доплеровской гистеросонографией и магнитно-резонансной томографией (МРТ) позволяют повысить точность диагностирования сочетанной патологии миомы матки и аденомиоза. Эффективность лечения пациенток с сочетанной формой миомы матки и аденомиоза зависит от определения степени выраженности того или иного заболевания.

**Ключевые слова:** миома матки, аденомиоз, УЗИ и доплерометрия кровотока узлов миомы и аденомиоза, модуляторы прогестероновых рецепторов, диеногест.

**Abduraxmanova Sitora Ibragimovna**

Doctor of Philosophy in Medical Sciences

Tashkent State Dental Institute

Tashkent, Uzbekistan

**Suleymanova Nodira Jumaevna**

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor

Tashkent State Dental Institute

Tashkent, Uzbekistan

**Xodjaeva Zarina Alixanovna**

Researcher Tashkent State Dental Institute

Tashkent, Uzbekistan

**Nazarova Dildora Gulomovna**

Researcher Tashkent State Dental Institute

Tashkent, Uzbekistan

### FEATURES OF ULTRASOUND AND DOPPLEROMETRIC CHANGES IN WOMEN WITH UTERINE FIBROUS AND / OR ADENOMIOSIS AND THEIR ROLE IN THE CHOICE OF TREATMENT METHOD

## ABSTRACT

Uterine fibroids and adenomyosis are an urgent problem in modern gynecology. In recent years, there has been an increase in the combined form of uterine fibroids and adenomyosis. Improvement of non-invasive methods of ultrasound diagnostics with color Doppler hysterosonography and magnetic resonance imaging (MRI) can improve the accuracy of diagnosing the combined pathology of uterine fibroids and adenomyosis. The effectiveness of treatment of patients with a combined form of uterine fibroids and adenomyosis depends on determining the severity of a particular disease.

**Key words:** uterine myoma, adenomyosis, ultrasound and Doppler blood flow of myoma and adenomyosis nodes, progesterone receptor modulators, dienogest.

**Abduraxmanova Sitora Ibragimovna**

Tibbiyot fanlari bo'yicha falsafa doktori

Toshkent davlat stomatologiya instituti

Toshkent, O'zbekiston

**Suleymanova Nodira Jumaevna**

Tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent

Toshkent davlat stomatologiya instituti

Toshkent, O'zbekiston

**Xodjaeva Zarina Alixanovna**

Doktorant Toshkent davlat stomatologiya instituti

Toshkent, O'zbekiston

**Nazarova Dildora Gulomovna**

Doktorant Toshkent davlat stomatologiya instituti

Toshkent, O'zbekiston

### BACHADON MIOMASI VA/YOKI ADENOMIOZLI AYOLLARDA ULTRATOVUSH VA DOPPLEROMETRIYADAGI O'ZGARISHLAR, HAMDA ULARNING DAVO CHORALARINI TANLASHDAGI O'RNI

#### ANNOTATSIYA

Bachadon miomasi va adenomioz hozirgi kunda ginekologiyaning aktual muammosidir. Oxirgi yillarda mioma va adenomiozning birgalikda qo'shilib kelishi ko'p uchramoqda. Ultratovush tekshirish, rangli dopplerometriya va magnit rezonans tomografiya (MRT) kabi noinvaziv tashxislash usullarini takomillashtirish bachadon miomasi va adenomiozni tashxislashni yanada osonlashtirdi va aniqlashtirdi. Birgalikda kelgan bachadon miomasi va adenomiozni davolash samaradorligi u yoki bu patologiyaning qay darajada rivojlanganligi va turini aniqlashga bog'liq.

**Kalit so'zlar:** bachadon miomasi, adenomioz, miomatoz tugunlar va adenomioz UTT va dopplerometriyasi, progesteron retseptorlari modulyatorlari, dienogest.

**Актуальность:** известно что, миома матки и аденомиоз стали занимать лидирующие места среди гинекологических заболеваний. Миома матки и аденомиоз представляют собой две различные, хотя часто сосуществующие патологии с заметной распространенностью у женщин репродуктивного возраста. За последние годы немало научных исследований были посвящены аденомиозу и миоме матки, однако до сих пор этиология и патогенез этих заболеваний до конца не изучены. Также в последнее время всё чаще диагностируется сочетание данных заболеваний [1, 9, 12].

На сегодняшний день совершенствование неинвазивных методов ультразвуковой диагностики с цветовой доплеровской гистосонографией и магнитно-резонансной томографией (МРТ) позволяют повысить точность диагностирования сочетанной патологии миомы матки и аденомиоза.

По данным литературы, чувствительность ультразвукового трансвагинального исследования в диагностике миомы матки составляет 96,1%, специфичность -83,3% [5], а при аденомиозе чувствительность ультразвукового трансвагинального исследования составляет - 92%, и специфичность - 86%. Но авторы также отмечают, что при сочетании миомы матки и аденомиоза, особенно при его очаговой форме чувствительность диагностики снижается на 20-40% [1, 3].

Широко применяемый метод УЗИ в диагностике аденомиоза на сегодняшний день считается малоинформативным и противоречивым, так как некоторые авторы считают, что визуальные характеристики эндометриодных очагов базируется на косвенных эхографических признаках.

Среди всех локализаций генитального эндометриоза наибольшая часть (70-80%) приходится на аденомиоз. Данные о распространенности аденомиоза в различных популяциях противоречивы, так как использование диагностических методов различны [2, 3].

Эхография является единственной широкодоступной неинвазивной методикой, позволяющей с различной долей достоверности заподозрить аденомиоз при его диффузной форме,

а также определить локализацию и размер очагов при его узловой форме. Этот метод абсолютно безопасный, не имеющий противопоказаний и позволяющий исследовать все слои миометрия [1, 2, 3].

М.Н. Буланов в своей работе отмечает, что миома матки – первично многоузловая очаговая патология миометрия. Современные морфологические исследования подтверждают, что в миометрии одновременно могут находиться сотни миоматозных узлов. Однако большинство из них имеют микроскопические размеры, и даже новейшие ультразвуковые аппараты не смогут их определить. Только увеличение их размеров, значимо превышающих длину ультразвуковой волны, приводит к возможности визуализации узла. Использование высокочастотных трансвагинальных датчиков позволит нам выявить узлы диаметром от 4-5 мм. Общая оценка размеров узлов имеет определенное клиническое значение. При максимальном диаметре узлов более 7-8 см, данные узлы чаще оказывались пролиферирующими [3].

Эффективность лечения пациенток с сочетанной формой миомы матки и аденомиоза зависит от определения степени выраженности того или иного заболевания [6].

На сегодняшний день одним из ключевых стандартов лечения аденомиоза считается препарат, содержащий диеногест, который является прогестагеном четвертого поколения с селективной активностью 19-нортестостерона и прогестерона. Диеногест отличается от других препаратов мощной прогестагенной активностью, а также выраженным антиэстрогенным действием на локальном уровне. Этот препарат как другие гормональные препараты не имеет побочного действия как дефицит эстрогена. В многочисленных клинических исследованиях показано, что ДНГ в дозе 2 мг/сут успешно купирует боль вызванные эндометриозом (аденомиозом): дисменорею, диспареунию, предменструальную боль и тазовую боль. [4, 7].

Перечень существовавших ранее противопоказаний к консервативному лечению миомы, таких как величина матки более 12 недель беременности, субмукозное расположение узла и его

центрипетальный рост, сочетание миомы матки с опухолями яичников, в случае быстрого роста, подозрение на саркоматозное перерождение или нарушение питания узла, менометрорагии, вызывающие тяжелую анемию, на сегодняшний день существенно сократился с появлением препарата улипристал-ацетат. Улипристал-ацетат является селективным модулятором прогестероновых рецепторов (СМПР), его применение позволяет предложить различные схемы консервативной медикаментозной терапии. [6, 8]. Результаты применения препарата по 5 мг ежедневно в течение 3-х месяцев показали, что размеры узлов значительно уменьшались, а кровопотеря во время операции снижалась за счет более облегченной энуклеации узлов. [3, 10, 13]. Исследования по эффективности препарата улипристал-ацетат в лечении миомы проведены в 38 академических научных центрах Европы, а с февраля 2012 года препарат (Эсмия) был одобрен в Евросоюзе для применения в лечении миомы матки [7, 10, 11].

Таким образом, предложено довольно большое количество методов инвазивного и не инвазивного, радикального и не радикального хирургического лечения миомы матки и аденомиоза как в изолированной форме, так и в сочетанной. Однако до настоящего времени не существует четкой картины критериев выбора и оптимальности использования того или иного метода лечения сочетанной патологии. Необходим более дифференцированный подход к выбору тактики лечения для каждой конкретной пациентки с учетом ее возраста, клинической картины заболевания, в зависимости от репродуктивной функции женщины. Это позволит снизить частоту радикальных хирургических вмешательств, особенно у женщин репродуктивного возраста.

В настоящее время во всех странах Европы проведенные научные исследования по применению диногеста и улипристал-ацетата для лечения миомы и аденомиоза доказали их эффективность. Однако сочетанная патология требует дальнейшего изучения вопросов этиологии и патогенеза в свете новых научных исследований. По сочетанной патологии не разработаны стандарты лечения женщин в зависимости от возраста, особенностей сочетания, выраженность клинических проявлений, роста и пролиферативной активности миоматозных узлов, характер аденомиоза и репродуктивной функции.

**Целью исследования** явилось изучение ультразвуковых и доплерометрических изменений при сочетанной патологии миомы матки и аденомиоза и их роль в определении выбора методов медикаментозной терапии.

**Материал и методы исследования:** нами обследовано 75 женщин с сочетанной формой миомы матки и аденомиоза (1-группа), 47 женщин с аденомиозом (2-группа) и 43 женщин с миомой матки (3-группа), группу контроля составили 21 здоровые женщины. Исследования проведены на базе кафедры акушерства и гинекологии Ташкентской медицинской академии в

гинекологическом отделении городского родильного комплекса №9. Обследование пациентов включало рутинный общий осмотр, гинекологическое обследование, УЗИ с определением локализации и размера узлов, определением наличия и степени аденомиоза. Одновременно проводилось доплерометрическое исследование кровотока в маточных артериях и сосудах вокруг и внутри миоматозного узла с определением индекса резистентности.

#### Результаты исследования и их обсуждение.

При ультразвуковом исследовании оценивали наличие миоматозных узлов в матке с указанием их размеров, количества, топографии и вида, а также наличие аденомиозных очагов. При доплерометрии определяли наличие сосуда питающего узел, скорость кровотока и индекс резистентности (ИР) вокруг и внутри миоматозных и аденомиозных узлов, а также в маточных артериях при диффузном аденомиозе. Это позволило дифференцировать миому матки от аденомиоза, установить тип узла (простой или пролиферирующий).

При цветовом доплеровском сканировании выявлена высокая сосудистая сопротивляемость маточной артерии и её ответвлений к яичнику. Особенно при аденомиозе 2- и 3-степени выявлено повышение резистентности кровотока в маточных артериях от 0,85 до 0,93. ИР в радиальных артериях составлял 0,67-0,78. У 64% пациенток 1-группы выявлено сочетание пролиферирующей миомы матки с разными формами аденомиоза, из них сочетание с диффузным аденомиозом – у 48%, с очаговым аденомиозом – у 4%, с узловым аденомиозом – у 4%, также у 8% пациенток 1-группы выявлено сочетание пролиферирующей миомы с диффузно-узловой формой аденомиоза. У 36% пациенток 1-группы выявлено сочетание простого типа миоматозных узлов с разными формами аденомиоза, из них с диффузным аденомиозом – у 28%, с очаговой формой – у 4%, с диффузно-узловой формой аденомиоза – у 4% пациенток. При пролиферирующей миоме четко определялся сосуд питающий узел и множество мелких сосудов вокруг узла, индекс резистентности (ИР) определяемый в таких сосудах, колебался от 0,40 до 0,53. При простой миоме небольших размеров до 2 см в диаметре внутри узла кровотоки не определялись, крупные питающие узел сосуды не определялись. ИР был выше (от 0,60 до 0,82), что свидетельствовало о его низком кровоснабжении. Часто определялись аваскулярные узлы.

Во 2 группе пациенток с аденомиозом выявлен у 26 – 55,3% диффузный, у 14 – 29,8% очаговый аденомиоз, у 5 – 10,6% узловой аденомиоз и у 2 – 4,3% диффузно-узловой аденомиоз. При этом диаметр очагов колебался от 2 до 7,2 мм. Кровотоки в маточных артериях при диффузном аденомиозе были снижены по сравнению с очаговым аденомиозом (ИР 0,78-0,86).

В 3 группе у пациенток с миомой в 67,4% случаях выявлен пролиферирующий тип узлов, а в 32,6% – простой тип. ИР при пролиферирующих узлах колебался от 0,40 до 0,51, а при простом типе узлов ИР был в пределах 0,56-0,70.

Таблица 1.

Качество кровотока в миоматозных узлах матки и/или при аденомиозе

1-группа (сочетанная патология)	Показатели ИР	
	ИР вокруг узла	ИР внутри узла
Простая миома	0,83±0,04	0,79±0,06
Пролиферирующая миома	0,53±0,03	0,49±0,02
В сочетании с:		
Диффузный аденомиоз	Правая МА	Левая МА
ИР	0,77±0,02	0,75±0,02
СДО	4,14	3,28
2-группа		
Диффузный аденомиоз	Правая МА	Левая МА
1-степени	0,74±0,01	0,71±0,003
2-3 степени	0,89±0,02	0,86±0,01
3-группа		
	ИР вокруг узла	ИР внутри узла
Простая миома	0,76±0,02	0,65±0,03
Пролиферирующая миома	0,54±0,01	0,49±0,02

Ультразвуковые исследования матки позволили выявить наличие гиперплазированного эндометрия преимущественно у пациенток с сочетанной формой миомы матки и аденомиоза (1-группа) - у 29 – 38,7%, и с миомой матки (3-группа) – у 15 – 34,9%. Среди них у 81,8% пациенток выявлена гиперплазия эндометрия, у 18,2% пациенток выявлен полип эндометрия.

Лечение проводилось в зависимости от выявленной патологии. При изолированной миоме назначали улипристал-ацетат 5 мг (УПА) в течение 3-х месяцев не менее 2-х курсов по 3 месяца с двух месячных перерывом, при аденомиозе – диногест 2 мг в течение 6 месяцев непрерывно. При сочетанной форме миомы и аденомиоза лечение начинали с диногеста в течение 6 месяцев непрерывно, затем назначали УПА в течение 3-х месяцев. Результаты лечения в течение 6-8 месяцев показали, что у большинства пациенток (112 пациенток - 81,2%) наступала

нормализация цикла, боли исчезали. У четверти больных после окончания лечения наступила беременность.

**Заключение.** Таким образом, высокая частота сочетания миомы матки и аденомиоза, крайне негативно влияет на репродуктивную и менструальную функции, снижает качество жизни пациенток, а также имеет повышенный риск развития у них онкологических заболеваний. Для выбора метода лечения и подбора препаратов важно уточнить клинико-морфологический вариант миомы (простой или пролиферирующий узел), особенности и характер аденомиоза (очаговая или диффузная форма), выраженность процесса васкуляризации, а также наличие гиперпластических изменений эндометрия. Это позволяет правильно подобрать эффективный курс лечения, особенно при сочетанной форме заболевания.

## Список литературы

1. Бабаджанова Г.С., Абдурахманова С.И. / Современные представления об этиопатогенезе, клинико-диагностических критериях миомы матки и аденомиоза у женщин и особенности их лечения (обзор литературы) // - Журнал теоретической и клинической медицины. – 2018. - №3. –стр. - 85-90.
2. Бабаджанова Г.С., Тухтамишева Н.О. / Современный взгляд на диагностику и лечение миомы матки у женщин репродуктивного возраста. // Электронный научный журнал биологии и интегративной медицины. 2017. - №2. – стр. - 64-79.
3. Буланов М.Н. Ультразвуковая гинекология. Курс лекций в 2-х частях. М.: Издательство Видар - 2017.
4. Давыдов А.И., Пашков В.М., Шахламова М.Н. / Аденомиоз: новый взгляд на старую проблему // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2016, т. 5. - №2 - С.59-66.;
5. Муратова Н.Д., Абдувалиев А.А. / Влияние трансформирующего фактора роста-β2 на пролиферацию клеток лейомиомы матки. // - Казанский медицинский журнал. - 2015. - Том 96. - №6 - стр 968-970.
6. Хилькевич Е.Г., Лисицына О.И. / Современные аспекты лечения эндометриоза. Применение диногеста // Медицинский совет №13, 2017 С.54-56.;
7. Barlow D.H., Oliver J. / Pre-operative treatment with Esmiya improve hematological conditions in severe anaemia patients with uterine fibroids. // Abstract and plenary lecture presented at the 15<sup>th</sup> World Congress of gynecological endocrinology. Florence (Italy) on 7-10 March 2012.;
8. Biglia N., Carinelli S., Maiorana A. / Ulipristal acetate: a novel pharmacological approach for the treatment of uterine fibroids. // Drug Design Development and Therapy. – 2014. - №8. – P. 285-292.;
9. Cardozo E.R., Clare A.D., Banks N.K., Henne M.B. / Treestimated annual cost of uterine leiomyoma in the United States // Am J Obstet Gynecol 2012; 206: 3: 211-219.;
10. Nieman L.K., Blocker W., Nansel T. et al. / Efficacy and tolerability of CDB-2914 treatment for symptomatic uterine fibroids: a randomized, double-blind, placebo-controlled, phase lib study // Fertil Steril 2011 ;95(2):767-772.;
11. Rabe T., Ahrendt H.J., Albring C., Bitzer J. et al. / Ulipristal Acetate for Symptomatic Uterine Fibroidsand Myoma-Related Hypermenorrhea. // Joint Statement by the German Society for Gynecological Endocrinology and Reproductive Medicine (DGGEF) and the German Professional Association of Gynecologists (BVF). J Reprod Med Endocrinol 2013; 10: Sonderheft 1: 82-101.;
12. Soeda S., Hirajawa T., Takata M., Kamo N., Sekino H., Nomura S. et al. / Unique learning system for uterine artery embolization for symptomatic myoma and adenomyosis for obstetrician and gynecologists in cooperation with interventional radiologists: evaluation of UAE from the point of view of gynecologists who perform UAE. // Journal of Minimally Invasive Gynecology. – 2018. – Vol. 25(1). – P. 84-92. doi.org/10.1016/j.jmig.2017.08.008.;
13. Stewart E.A. / Summary of product characteristics. Esmiya 5mg tablets, www. medicines, org.uk. N Engl J Med 2012; 366: 5: 471-473.;