

ADENOMIOZUN DİAQNOSTİKA VƏ MÜALİCƏSİNDƏ OPTİMAL YANAŞMALAR

Hüseynova Flora Fərəc qızı

Özəl klinika "Nuranə Tibb Mərkəzi", Cəlilabad, Azərbaycan

Açar sözlər: *endometrioz, adenomioz, medikamentoz müalicə, cərrahi müalicə, sitoreduktiv cərrahiyyə*

Adenomioz uşaqlığın selikli qişasının toxumasının (endometrial toxumanın) uşaqlığın əzələ divarının daxilində yerləşməsidir. İlk dəfə 1860-cı ildə alman patoloqu Carl von Rokitsky tərəfindən histopatoloji təsvir edilən tapıntı "cystosarcoma adenoids uterinum" adlandırıldı. Əvvəllər xəstəyə əməliyyat sonrası histopatoloji nəticəyə əsasən diaqnoz qoyulurdu. Lakin, ultrasəs və MRT kimi diaqnostik müayinələrin təkmilləşdirilməsinin nəticəsində uşaqlığın adenomiozu diaqnozu histopatoloji nəticəsi olmadan əməliyyatdan öncə qoyulur. Təxminən adenomiozun yayılma tezliyi 5% -dən 70% -ə qədər dəyişir, daha yeni məlumatlar 20%-dən 35%-ə qədər yayılmasını təklif edir. Klassik olaraq adenomioz 30-40 yaşlarında reproduktiv dövrdə olan çox doğuş etmiş qadınların xəstəliyi kimi təsvir edilir. Yetkinlik yaşına çatmayan yuvenil kistik adenomioz adlanan xəstəliyin nadir bir forması miometrial kistlər daxilində daha geniş qanaxma ilə xarakterizə olunan və adətən 30 yaşdan kiçik qadınlarda müşahidə olunan formasıdır. Adenomioz üçün risk faktorlarına estrogen ifrazının artmasına səbəb olan hallar aiddir: artan doğuş sayı, erkən menarxe, qısa menstrual dövrlər, yüksək bədən kütləsi indeksi, KOK-ların istifadəsi, tamoksifen istifadəsi və keçirilmiş uşaqlıq cərrahiyyəsi (dilatasiya və küretaj, Qeysəriyyə, miomektomiya və s.), ektopik hamiləlik, siqaret çəkmə, depressiya və antidepressant istifadəsi [1]. Adenomiozun üç növü var: 1. Fokal adenomioz- uşaqlığın müəyyən bir yerində meydana gəlir; 2. Adenomioma -fokal adenomiozun bir formasıdır, lakin daha genişdir, çünki bu, uşaqlığın fibromasına bənzər xoşxassəli şişlə nəticələnir; 3. Diffuz adenomioz- digər iki növdən fərqli olaraq, uşaqlıq boyunca yayılır. Adenomiozun bir çox simptomları vardır. Adenomiozun klinik diaqnozu çətindir, çünki müxtəlif ümumi ginekoloji vəziyyətlər əlamət və simptomlarla birləşərək rast gəlinir. Adenomiozu olan hər üç xəstədən biri asimptomatikdir, digərləri isə menorragiya, çanaq nahiyəsində ağrı və ya sonsuzluq kimi simptomlarla özünü göstərə bilər. Simptomlar adətən 40-50 yaş

arasında yaranır. Daha az rast gəlinən simptomlara disparuniya və xroniki çanaq ağrısı daxildir. Menorragiya adenomiozlu xəstələrin 40-60%-də baş verir. Ehtimal olunur ki buna səbəb endometrium və endometrial vəzilərin ümumi həcmnin artması və ya endometriumun selikli qişasının vaskulyarizasiyasının artması ilə və birbaşa miometrial invaziyanın dərəcəsi ilə əlaqələndirilir. Tədqiqatlar müəyyən etmişdir ki, aromataza və sulfatazanın aktivləşməsi nəticəsində lokal hiperestrogenizm, progesteron reseptorlarının azalması, progesteron müqaviməti, iltihab, dəyişdirilmiş hüceyrə proliferasiyası və neyro-angiogenez ağrının, anormal uşaqlıq qanaxmasının, sonsuzluğun ehtimal olunan əsas patogenetik mexanizmləridir [2,3].

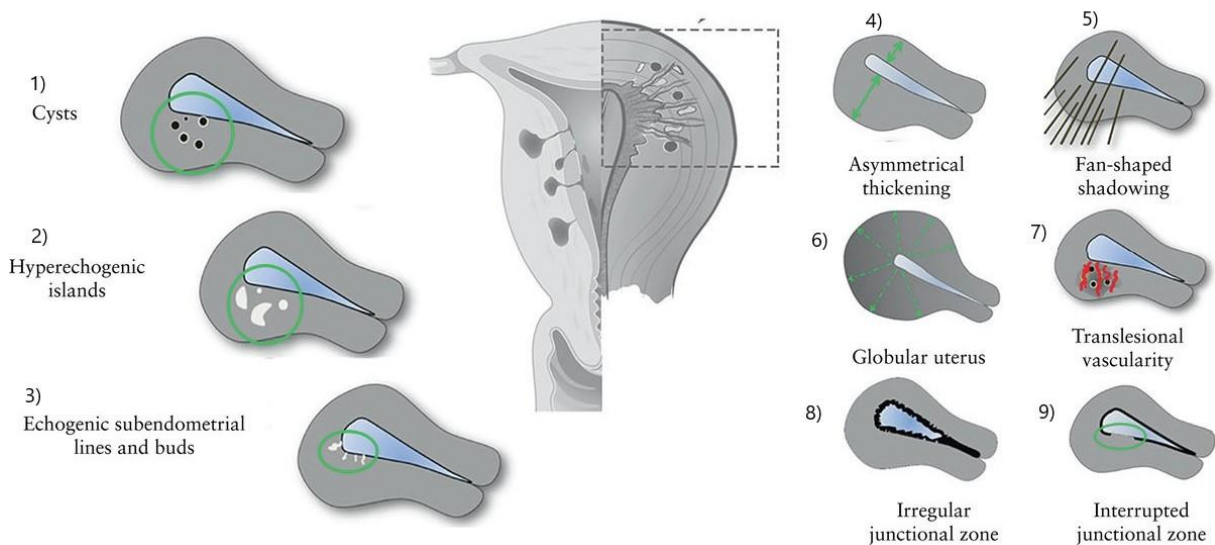
Adenomioz Amerika Məməli və Ginekoloqlar Kollecinin reproduktiv yaşda olan xəstələrdə anormal uşaqlıq qanaxmasının qiymətləndirilməsi üçün olan PALM-COEIN təsnifatına daxildir. Dismenoreya adenomiozlu xəstələrin 15-30%-də baş verir. Dismenoreyanın endometriumda oksitosin reseptorlarının sayının artması ilə əlaqədardır və dismenoreyaya səbəb olan uşaqlıq yığılmaları prostaqlandin istehsalının artması ilə əlaqəli olduğu güman edilir. Adenomiozun ümumi əlamətlərinə böyük ölçülü uşaqlıq daxildir. Leyomioma kimi birlikdə mövcud olan vəziyyətlər uşaqlığın ölçülərinin böyüməsinə kömək edə bilər. Adenomiozlu xəstələrin 50% -də leyomiomalar vardır; 11%-də endometrioz vardır. Mioma səbəbi ilə histerektomiya edilən xəstələrin histopatoloji nəticələrində 15%-dən 57%-ə qədərində adenomioz bildirilmişdir. Endometriozlu xəstələrin 25% -dən 70% -ə qədər adenomioz olduğu bildirildi; dərin endometriozlu xəstələrdə adenomiozun yayılması 49 - 66% arasındadır. Adenomiozda reproduktiv funksiyanın pozulmasının miometriumun birləşmə zonasının (juncional zone) anormal qalınlaşması, anormal uşaqlıq boru peristaltikası və spermatozoidlərin hərəkət dəyişməsi ilə əlaqəli olduğu düşünülür [4].

Lakin, bir meta-analiz aşkar etdi ki, adenomiozlu xəstələrdə in-vitro mayalanma/intrasitoplazmik sperma inyeksiyasından istifadə etməklə klinik hamiləlik olma ehtimalı adenomioz olmayan xəstələrə nisbətən 28% azalmışdır [5]. Son zamanlar diaqnoz əsasən radioloji müayinələr əsasında təsdiqlənir. Adenomiozun diaqnozu transvaginal ultrasəs müayinəsi (USM) və ya MRT vasitəsilə qoyulur, lakin tam dəqiq diaqnoz histopatoloji olaraq təsdiqlənir. Əvvəllər üstünlük verilən üsul MRT idi; lakin son məlumatlar transvaginal ultrasəs müayinəsinin MRT-nin həssaslığına və spesifikliyinə (89% həssaslıq, 86% spesifiklik) uyğun olduğunu göstərdi. Ultrasəsin mövcudluğu və MRT-nin xərclərinin yüksək olması ultrasəsin ilkin qiymətləndirmə üçün üstünlük təşkil edən üsula çevrilməsinə səbəb olmuşdur. Lakin, qeyri-müəyyən hallar üçün MRT müayinəsi öz üstünlüyü təşkil edir [6].

Transvaginal USM adenomioz müəyyənləşdirmək üçün olan müayinə üsullarından ən əhəmiyyətlisidir. Xarakteristik əlamətlər xəstəliyin histopatoloji olan dəyişikliklərini göstərir və 3 kateqoriyaya bölünür: 1) Endometrial infiltrasiya: Exogen zolaqlar və düyünlər, miometrial kistlər və "lolipop" divertikulları (kistik zolaqlar); 2) Düz əzələ proliferasiyası: incə xətti kölgələrin "venesiya kor" görünüşü kimi özünü göstərən, daha çox arxa dibdə (fundusda) və heterojen ekotekstura ilə müəyyənləşən qeyri-müəyyən sərhədləri olan fokal və ya diffuz miometrial

qalınlaşma; 3) damarlanma - Rəngli Doppler ilə damarları sıxışdıran leyomiomalardan fərqli olaraq, adenomioz cəlb olunmuş hissədə olan miometriumdakı spiral damarların sayının artdığı görünür. Tamoksifen istifadəsi, əvvəllər endometrial ablasiya, endometrioz, damar malformasiyaları, leyomiomlar və xərçəng kimi bir sıra xəstəliklər ultrasəs müayinəsinə görüntülərə malik ola bilər. Aşağı tezlikli, 3D ultrasəs, rəngli Doppler və salin infuziya sonohisterografiyası (SIS) kimi müəyyən üsullar bu obyektləri fərqləndirmək üçün istifadə edilə bilər [7].

Beynəlxalq Mamalıq və Ginekoloji Ultrasonografiya Cəmiyyəti (İSUOG) miometriumdakı patoloji dəyişiklikləri qeyd etmək üçün MUSA (Morfoloji Uşaqlıq Sonoqrafik Qiymətləndirmə) –nı yaratmışdır. MUSA boz miqyaslı sonoqrafiya, rəngli Doppler və üçölçülü ultrasəs istifadə edərək miometriyumun sonoqrafik xüsusiyyətlərini təsvir etmək və bildirmək üçün istifadə edilə bilən terminlər, təriflər və ölçmələr üzrə konsensus bəyanatıdır. MUSA-da adenomiozlu uşaqlıq üçün xarakterik olan USM əlamətlərinə daxildir (şəkil): normadan böyük kürəvari uşaqlıq, uşaqlığın ön və arxa divar miometriumun assimetrik qalınlaşması, miometrial kistlər, qovşaq zonasının (Junctional zone) bərabərsizliyi və hissəvi müəyyən olunmaması, exogenik subendometrial xətlər və qönçələr, hiperexogen adalar, yelpik şəklində kölgəlik, miometriumdakı kistlər, Dopplerdə nizamsız zona və artmış ocaqlar arası vaskulyarlıq [8].



Şəkil. Adenomioz diaqnozu üçün MUSA (Morfoloji Uşaqlıq Sonoqrafik Qiymətləndirmə) meyarları :1) Miometriumdakı kistlər; 2) Hiperexogen adalar; 3) Exogenik subendometrial xətlər və qönçələr; 4) Uşaqlığın ön və arxa divar miometriumunun assimetrik qalınlaşması; 5) Yelpik şəklində kölgəlik; 6) Normadan böyük kürəvari uşaqlıq, 7) Dopplerdə nizamsız zona və artmış ocaqlar arası vaskulyarlıq, 8-9) Qovşaq zonasının (Junctional zone) bərabərsizliyi və hissəvi müəyyən olunmaması.

Adenomiozun yeri ön, arxa, yan sol, yan sağ divar və ya fundal kimi təsvir edilməlidir. Dəqiq yeri müəyyən etmək üçün uşaqlıq həm sagittal, həm də eninə müstəvilərdə müayinə olunmalıdır. Adenomiozun miometriumdakı yayılmasına görə diffuz, fokal və adenomioma növləri vardır. Adenomioz ocaqları ətrafındakı normal miometrium >25% olduqda fokal olaraq təyin edilməlidir. Adenomioz diffuz o zaman sayılır ki, ətrafındakı normal miometrium <25% -dir. Həm diffuz, həm də fokal adenomioz uşaqlığın müxtəlif yerlərində olduqda "qarışıq tipli adenomioz" kimi təsnif edilir. Adenomioz kistik və qeyri-kistik olaraq təsnif edilir. Kistlər adenomiozun bütün növlərində rast gəlinir (fokus, diffuz, qarışıq tip və adenomioma). Miometriumdakı ən böyüyünün diametri ≥ 2 mm olan miometrial kist olduğu zaman adenomioz kistik sayılır. Kistik maye adətən anexoqendir və ən böyüyü ölçmək kifayətdir. Adenomioz uşaqlıq divarının qatlarının zədələnməsinə görə 3 tipi vardır: Tip I-qovşaq zona (Junctional zone), Tip II-orta miometrium və Tip III - xarici miometrium. Adenomiozun dərəcəsi miometriumdakı bu prosesə hansı həcmdə cəlb olunmasına görə dərəcələndirilir: yüngül (<25% zədələnmə), orta (25-50% zədələnmə) və ağır (>50% zədələnmə) [8,9].

Adenomioz menorragiya, xroniki çanaq ağrısı, dismenoreya və sonsuzluq kimi simptomlarla özünü göstərir və müalicə tələb olunur. Hal-hazırda, həm tibbi, həm də cərrahi xarakterli çoxsaylı müalicələrə baxmayaraq, adenomiozun idarə edilməsinə dair heç bir dəqiq protokol mövcud deyil. Histerektomiya qəti müalicəsinə təmin etsə də, reproduktiv funksiyanı qorumaq istəyən və ya tibbi cəhətdən əməliyyat üçün uyğun olmayan xəstələr üçün seçim üsulu deyil. Gec yaşda ana olmaq tendensiyası fonunda müxtəlif adenomiozu müalicə etmək üçün farmakoloji müalicələr və reproduktiv funksiyanı qoruyan cərrahiyyə üsulları meydana gəlmişdir. Adenomioz xəstəliyi diaqnozu reproduktiv istəyi olan gənc qadınlarda qoyulan diaqnoz sayı getdikcə artdığı üçün konservativ müalicə üsullarının tətbiq edilməsinə üstünlük verilir. Qeyri-steroid iltihab əleyhinə dərmanlar (QSİƏP) dismenoreyanın müalicəsində effektivliyi sübut edilmişdir. QSİƏP-lər və digər analgetiklər reproduktiv istəyi olan adenomiozlu qadınlarda yeganə müalicə üsulu olaraq qalır. Reproduktiv istəyi olmayan qadınlarda xroniki anormal uşaqlıq qanaxması və ağrıları aradan qaldırmaq üçün hormonal müalicələrə üstünlük verilir. QSİƏP-lər yalnız kəskinləşmələrdə təyin edilir. Levonorgestrel ifraz edən uşaqlıqdaxili vasitə (LNG-UDV)

gündəlik 20 µg/gün levonorgestrel ifraz edir, anormal uşaqlıq qanaxması olan adenomiozlu qadınlarda tez-tez istifadə olunur. Spiral yüksək miqdarda progestin ifraz edərək hipoestrogenik vəziyyət yaratmaqla endometrial toxumanın desidualizasiyası və atrofiyası vasitəsilə öz təsirini həyata keçirir. LNG-UDV hal-hazırda adenomiozun müalicəsində simptomlara təsir edən ən təsirli müalicə olmaqla yanaşı minimal yan təsirləri və histerektomiyaya bənzər həyat keyfiyyətinin yaxşılaşması ilə ən yaxşı müalicə üsulu sayılır. Progestinlər antiproliferativ və iltihab əleyhinə təsir göstərir, bu da endometrial toxumanın desidualizasiyasına və atrofiyasına gətirib çıxarır ki, sonradan qanaxmanın əhəmiyyətli dərəcədə azalmasına səbəb olur. Dienogest (DNG) endometriozun uzunmüddətli müalicəsində istifadə edilən 19-noprogesteron və 17 α -hidroksiprogesteron törəmələrinin xüsusiyyətlərinə malik sintetik progestogendir. Birincili və ikincili dismenoreyanı yaxşılaşdırdığı sübut edilmişdir, lakin adenomiozla əlaqəli simptomların müalicəsində istifadə edilməsinə baxmayaraq, hazırda adenomiozun müalicəsində istifadəsi üçün düzgün terapevtik idarəetmə protokolu yoxdur. Gonadotropin Releasing Hormon (GnRH) agonistləri və kombinə olunmuş oral kontraseptivlər (KOK) adenomiozun müalicəsində istifadə olunan digər hormonal preparatlardır. GnRH agonistləri tərəfindən davamlı uzun müddətli stimullaşdırma, gonadotropin ifrazının azaldılması ilə mərkəzi requlyasiyaya səbəb olur və nəticədə miometriumdakı antiproliferativ təsire əlavə olaraq hipoestrogenik vəziyyətin yaranmasına səbəb olur. Bundan əlavə, KOK-ların istifadəsi dismenoreya müalicəsində təsirli olduğu aşkar edilmişdir. Həm KOK, həm də GnRH agonistləri adenomiozun reqressiyasını stimullaşdırmaq və simptomların şiddətini yaxşılaşdırmaq üçün üstün hormonal müalicə kimi istifadə olunur. GnRH antaqonistləri təbii GnRH kimi bir quruluşa sahib olan və hipofiz vəzindəki GnRH reseptorlarına dərhal antaqonist təsir göstərən, gonadotropin ifrazını maneə törədən peptid birləşmələridir. GnRH antaqonistlərinin GnRH agonistləri ilə müqayisədə əsas üstünlüyü sümük demineralizasiyası və estrogen çatışmazlığı əlamətlərinin qarşısını almaq üçün müəyyən qədər estradiol səviyyəsini saxlamaq qabiliyyətidir. GnRH antaqonistləri üçün hal-hazırda endometriozun və uşaqlıq leyomiomlarının uzunmüddətli müalicəsi üçün protokol hazırlanır [10].

Cərrahi yanaşma mübahisəli mövzu olaraq qalır, lakin minimal invaziv cərrahi müalicələr konkret hallarda aparılmalı və xəstəni hamiləlik zamanı

potensial riskləri barədə məlumatlandırılmalıdır. Konservativ cərrahi üsullara endometrial ablasiya, histeroskopik adenomioz ocaqların rezeksiyası, adenomiozun laparoskopik rezeksiyası və uşaqlıq arteriyasının embolizasiyası daxildir [11]. Adenomiozun cərrahi konservativ müalicəsi anormal uşaqlıq qanaxması və çanaq ağrılarını yaxşılaşdırmaqda və uşaqlıq həcmi azaltmaqla bərabər bəzi postoperativ risklər və mamalıq ağırlaşmaları olur. Histeroskopik olaraq fokal adenomioz ocaq 1,5 sm-dən az və endometrial boşluğa yaxın yerləşməsi zamanı, submukozal miomaların miomektomiyası kimi ambulator şəraitdə mexaniki alətlər və ya bipolar elektrodlar vasitəsilə miomektomiya edilə bilər. Əksinə, daha böyük ocaqlar və ya diffuz səthi adenomioz halında rezektoskopik müalicə mümkün bir seçim ola bilər. Mini-rezektoskop mövcud olduqda bu, ofis şəraitində həyata keçirilə bilər. Reproduktiv istəyi olmayan qadınlarda endometrial ablasiya aparıla bilər [12].

Adenomioz üçün ilk uşaqlıq qoruyucu müalicə üsulları 1952-ci ildə Hyams tərəfindən təqdim edilmiş və adenomiomektomiyadan ibarət olmuşdur. Adenomiomektomiya, adenomionun normal miometriumdən ayrıldığı fokal adenomioz üçün faydalıdır. Sitoreduktiv cərrahi müdaxilə həm fokal, həm də diffuz adenomiozun müalicəsində faydalı ola bilər. Sitoreduktiv cərrahiyyənin əsas məqsədi böyük miqdarda sağlam miometrium olan adenomioz ocaqlarının geniş şəkildə çıxarılmasından ibarətdir. Adenomioz üçün sitoreduktiv cərrahiyyə hissəvi və ya tam ola bilər. Wedge rezeksiyası adenomiozun yerləşdiyi seromuskolar təbəqənin müəyyən edilməsini və sonra serozun və adenomiozun bir hissəsinin çıxarılmasını tələb edən hissəvi üsuldur. Bu üsul uşaqlıq dib hissədə transvers H kəsiyinin edildiyi və adenomiotik toxumanın nazik dilimlərə kəsilərək çıxarılmasıdır. Bundan sonra miyometrium bir və ya iki təbəqədə tikilir və seroz qatları kəsilmiş subserosal tikişlərlə bağlanır. Bu üsul həm laparoskopik, həm də laparotomik ilə həyata keçirilə bilər. Triple-flap metodu gələcək reproduktiv istəyi olan qadınlar üçün tam sitoreduktiv cərrahiyyə üsulu kimi hazırlanmışdır. Uşaqlıq orta sagittal xətt üzrə adenomiotik toxuma tamamilə çıxarıldıqda qədər endometriuma qədər iki hissəyə bölünür. Bundan sonra uşaqlıq boşluğunun tikilməsi (first flap) uşaqlığın bir tərəfində (ikinci qapaq) muskulyar və serozanın anterior-posterior olaraq uşaqlığın bir hissəsində tikilməsi (second flap) və nəhayət sonda bir tərəfin seromuskolar təbəqəsi qarşı tərəfin qismən üzərini örtəcək formada tikilir (third flap). Tikişin qoyulmasının çox çətin olduğunu

və adenomiotik toxumanın çıxarılmasının əl palpasiyasına ehtiyacı olduğunu nəzərə alaraq bu üsulda laparotomiyaya daha çox üstünlük verilir. Adenomioz üçün konservativ cərrahiyyə vasitəsi ilə simptomların, xüsusəndə pelvik ağrı (12 ayda >70%) və anormal uşaqlıq qanaxması (12 ayda >70%), uşaqlıq həcminin kiçildilməsi əldə edilir. Osada və başqaları adenomiomektomiya əməliyyatı keçirmiş xəstələrdə hamiləlik zamanı uşaqlığın 5%-lik cırılma dərəcəsini təsvir etmişdir. Süni abort, hamiləliyin ağırlaşmaları, plasenta anomaliyaları (məsələn, plasenta previa və plasenta akreta spektri) yüksək yayılma olmasa belə adenomiomektomiya əməliyyatı keçirmiş xəstələrdə müəyyən edilmişdir. Adenomiozun uşaqlıq qoruyucu cərrahi müalicəsi çoxlu medikamentoz müalicə uğursuzluğu olan və uşaqlığını qorumaq istəyən qadınlar üçün uyğun ola bilər. Adenomioz üçün bir neçə konservativ cərrahi variantın mövcud olduğunu və onlardan heç birinin üstün olmadığını nəzərə alaraq, müalicə fərdiləşdirilməli və xəstənin ehtiyaclarına və əməliyyatdan əvvəl görüntülmə qiymətləndirməsinə (çanaq orqanlarının ultrasəs müayinəsi və MRT ilə lokalizasiyanın və xəstəliyin dərəcəsinin qiymətləndirilməsi) əsaslanmalıdır. Medikamentoz terapiyaya tabe olmayan reproduktiv istəyi olmayan qadınlarda adenomioz üçün ən düzgün cərrahi müalicə histerektomiyadır [13].

Beləliklə, adenomioz qadınların həyat keyfiyyətinə və reproduktiv funksiyasına dərindən təsir edən ciddi və yorucu bir xəstəlikdir. Adenomioz uşaqlığın ümumi xoşxassəli xəstəliklərindən biridir və xəstələrdə dismenoreya, disparuniya, anormal uşaqlıq qanaxması (AUB) və sonsuzluq kimi simptomlarla müşahidə edilə bilər. Müalicə medikamentoz və cərrahi ola bilər. Hormonal dərmanlar adenomiozun ilk sıra terapiyasını təmsil edir, simptomlar və uşaqlığın həcmi azaltmaq üçün yüksək effektivdir. Medikamentoz terapiya effektiv olmadığı hallarda cərrahi müalicə təklif oluna bilər. Cərrahi müalicədə histerektomiya yeganə mövcud qəti müalicə olaraq qalır, lakin son onilliklərdə uşaqlıq qoruyucu cərrahi müalicə çox yayılmışdır. Digər tərəfdən, adenomiozun cərrahi-konservativ müalicəsi anormal uşaqlıq qanaxması və çanaq ağrılarını yaxşılaşdırmaqda bərabər uşaqlığın həcmi azaltmaqda çox təsirli olur. Adenomioz çox zaman endometriozun digər formaları ilə müştərək rast gəlinəndiyi üçün sitoreduktiv cərrahiyyə çox mürəkkəb ola bilər, buna görə də, hər şeydən əvvəl təcrübəli cərrahlar tərəfindən xüsusi mərkəzlərdə aparılmalıdır.

РЕЗЮМЕ

Оптимальные подходы в диагностике и лечении аденомиоза

Гусейнова Флора Фарадж кызы
Частная клиника «Медицинский центр Нурана»
Джалилабад, Азербайджан

Ключевые слова: эндометриоз, аденомиоз, медикаментозное лечение, хирургическое лечение, циторедуктивная хирургия

Аденомиоз — серьезное и изнурительное заболевание, которое серьезно влияет на качество жизни и репродуктивную функцию женщин. Аденомиоз является одним из распространенных доброкачественных заболеваний матки, и у пациенток могут наблюдаться такие симптомы, как дисменорея, диспареуния, аномальные маточные кровотечения (АМК) и бесплодие. Лечение может быть медикаментозным и хирургическим. Гормональные препараты представляют собой терапию первой линии аденомиоза и высокоэффективны для уменьшения симптомов и объема матки. В случаях, когда медикаментозная терапия неэффективна, может быть предложено хирургическое лечение. При хирургическом лечении гистерэктомия остается единственным доступным радикальным методом лечения, но в последние десятилетия все более распространенным стало хирургическое лечение с сохранением матки. С другой стороны, хирургическо-консервативное лечение аденомиоза очень эффективно уменьшает объем матки, уменьшая при этом аномальные маточные кровотечения и боли в области таза. Поскольку аденомиоз часто встречается вместе с другими формами эндометриоза, циторедуктивная операция может быть очень сложной, поэтому ее должны выполнять преимущественно опытные хирурги в специализированных центрах.

SUMMARY

Optimal approaches in the diagnosis and treatment of adenomyosis

Huseynova Flora Faraj
Private clinic "Nurana Medical Center"
Jalilabad, Azerbaijan

Key words: endometriosis, adenomyosis, medical treatment, surgical treatment, cytoreductive surgery

Adenomyosis is a serious and debilitating disease that profoundly affects women's quality of life and reproductive function. Adenomyosis is one of the common benign diseases of the uterus, and patients may present with symptoms such as dysmenorrhea, dyspareunia, abnormal uterine bleeding (AUB), and infertility. Treatment can be medical and surgical. Hormonal drugs represent the first-line therapy of adenomyosis, and are highly effective in reducing symptoms and uterine volume. In cases where medical therapy is ineffective, surgical treatment may be offered. In surgical treatment, hysterectomy remains the only definitive treatment available, but in recent decades, uterine-preserving surgical treatment has become more common. On the other hand, surgical-conservative treatment of adenomyosis is very effective in reducing uterine volume while improving abnormal uterine bleeding and pelvic pain. Because adenomyosis is often found together with other forms of endometriosis, cytoreductive surgery can be very complicated, therefore, it should be performed primarily by experienced surgeons in specialized centers.

ƏDƏBİYYAT

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539868/>
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6419978/#:~:text=Adenomyosis%20is%20a%20benign%20uterine,%3B%20ovulatory%20dysfunction%3B%20endometrial%3B%20iatrogenic>
3. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0015028211005097>
4. <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/uog.19096>

5. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2022/0100/p33.html>
6. https://deptobsgyn.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/19/2021/01/Article_Sonographic_class_adenomyosis.pdf
7. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10381628/>
8. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2019; 53: 576–582, Published online in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com). DOI: 10.1002/uog.19096-Sonographic classification and reporting system for diagnosing adenomyosis
9. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1701216323003079>
10. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10573655/>
11. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29197987/>
12. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6419978/>
13. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521693424000531>

