

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС
ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ**

Қўлёзма сифатида:

УДК

**МУХИДДИНОВА ДУРДОНА НУРИДДИН ҚИЗИ
ПЕРИМЕНОПАУЗА ДАВРИДАГИ АЁЛЛАРДА ЭНДОМЕТРИЙ
ГИПЕРПЛАСТИК ЖАРАЁНЛАРНИ ГИСТЕРОСКОПИЯ ЁРДАМИДА
ТАШХИСЛАШ**

Мутахассислиги: 5A510101- Акушерлик ва гинекология

Магистр илмий даражасини олиш учун ёзилган диссертация

Илмий раҳбар: Phd. Асс. Насимова Н.Р.

Самарқанд-2023

**ПЕРИМЕНОПАУЗА ДАВРИДАГИ АЁЛЛАРДА
ЭНДОМЕТРИЙ ГИПЕРПЛАСТИК
ЖАРАЁНЛАРНИ ГИСТЕРОСКОПИЯ
ЁРДАМИДА ТАШХИСЛАШ**

АННОТАЦИЯ

Долзарблиги. Перименопауза ёшидаги аёлларда сурункали яллиғланиш, дистрофик ва гиперпластик эндометриал касалликлар (ГЭЖ) эндометрий саратонини олдини олиш ва эрта аниқлаш долзарб муаммо бўлиб қолмоқда. Айни пайтда ҳайз кўриш функциясини тартибга солишнинг ёшга боғлиқ ўзгаришлари кўпинча анормал бачадон қон кетиши билан бирга келади, бу аёлда анемия, уйқу бузилиши, яъни ҳаёт сифатининг бузилишига олиб келади. Аёллар ҳаётидаги ҳозирги вақтда ўзгаришларнинг ўзига хос хусусияти тухумдонлар функциясининг эрта етишмовчилиги ёки фолликуляр захиранинг пасайиши ҳисобланади. Бу муддатдан олдинги "мажбурий" перименопаузага, сўнгра 35 ёшдаги менопаузага, 40 ёшда эса эндометрийнинг саратон касаллигига олиб келади [1:6297-6304; 24: 789-794].

Гинекологик беморларнинг 70% сурункали эндометрит кузатилиб, - ҳайз цикли ва ғайритабиий бачадон қон тартибга солиш механизмларини бузилиши енг тез-тез сабабларидан бири бачадон шиллиқ қаватининг сурункали яллиғланишидир. Г. Т. Сухой, Н. А. Шешуковаларнинг маълумотларига кўра, морфологик текшириш вақтида эндометрий биопсияси умумий сонининг 3,5-20,2% да аниқланади [4: 194-202; 62:60; 76:29-35].

Тадқиқотларга кўра, бачадон танаси саратони билан оғриган беморларда эндометрий гиперплазияси 25-75% ҳолларда аниқланади. Гипертензия, ановуляция, нисбий гиперэстрогенизм, семизлик ва буйрак усти гиперфункцияси билан ЭГ биргаликда кузатилиши 51-75% аёлларда кузатилади. Эндометрийдаги гиперпластик жараёнларни ривожлантириш хавфига ёндош касалликларнинг қўшилиши таъсир қилиши мумкин. Шундай қилиб, И. В. Кузнецова (2009) маълумотларига кўра, андройд типдаги семизлик метаболик синдром ва юқори гормонал фаолият эндометриал саратон хавфини 6 марта оширади. Эпидемиологик тадқиқотларга кўра, висцерал семизлик атипик гиперплазия ва эндометрий саратон учун хавф

омилидир. Айни пайтда, репродуктив ва иммун тизими ўртасида яқин муносабатлар ташкил этилди [2: 201-207; 17:127].

Ташқи функционал қатлам бу циклдаги гормонал ўзгаришлар ва ҳар ойда ҳайз кўришга жавоб берадиган қатлам бўлиб, гормонал ўзгаришлар натижасида эндометрийнинг функционал кавати ўсиши юз бериб, патологик ҳолатлар келиб чиқади. Эндометрий аёл танасида юзага келадиган гормонал ўзгаришларга жуда сезгир бўлган тўқимадир. Эндометрийнинг ортиқча ўсишининг асосий сабаби эстрогенларнинг кўпайиши ва прогестероннинг етишмаслиги натижасида кузатилади [31:1176; 59:811-820].

Гинекологик касалларнинг 15-40 % га яқинида эндометрий гиперплазияси учрайди.бу патологик ҳолат ёшларда ва 40-50 ёшдаги аёлларда учрайди [8: 615-620].

Эндометрий гиперплазияси бу бачадон шиллик қаватидан ўсадиган патологик ҳолат ҳисобланади.Бу хавфли ҳисобланиб дастлабки босқичида ҳеч қандай клиник кўринишларсиз давом этиб, келажакда бепуштликка ёки соғлом эндометрий ҳужайрасини ёмон сифатли ҳужайраларга айланишига олиб келади. Перименопауза давридаги аёлларда эндометрий қалинлиги 4мм дан ошса эндометрий гиперплазияси дейилади [10: 36-42; 83: 96-98].

Ишнинг максоди:

Гистероскопия ёрдамида эндометрий гиперпластик жараёни бўлган беморларни олиб бориш тактикасини такомиллаштириш.

Ишнинг вазифалари:

- 1 Эндометрий гиперпластик жараёнлари учрашини ўрганиш.
- 2.Эндометрийнинг гиперпластик жараёнини УТТ ва гистероскоп ёрдамида ташхислаш ва қиёсиш баҳолаш.
- 3.Эндометрийнинг гиперпластик жараёнини гистероскоп ёрдамида даволаш.

Текширув материали:

Самарқанд Вилоят Перинатал марказининг эндоскопик гинекология бўлимида эндометрий гиперплазияси билан касалланган 30 нафар беморни ўрганиш.

Текширув услублари:

Умумий клиник текшириш усуллари (умумий қон таҳлили, умумий сийдик таҳлили, биохимик таҳлили, коагулограмма), УТТ, гистероскопия, гистеророзеткоскопия.

Илмий янгилиги:

Аёлларда перименопауза ёшида кузатилган эндометрий гиперпластик жараёни кузатилганда беморларни олиб боришни такомиллаштириш.

Илмий аҳамияти:

Яратилган ташхислаш алгоритмини амалий гинекологияга жорий қилиш, мазкур беморлар гуруҳида гинекологик касалликларни даволаш, перименопауза ёшида кузатилган эндометрий гиперпластик жараёни кузатилганда беморларни гистероскопик усул ёрдамида даволаш.

Annotation

Relevance. Prevention and early detection of endometrial cancer of chronic inflammatory, dystrophic and hyperplastic endometrial diseases (Gec) in women of perimenopause age remains an urgent problem. Meanwhile, age-related changes in the regulation of menstrual function are often accompanied by abnormal uterine bleeding, which leads to anemia, sleep disorders in a woman, that is, a violation of the quality of life. A characteristic feature of changes in the life of women at this time is an early deficiency of ovarian function or a decrease in follicular Reserve. This leads to "forced" perimenopause before the deadline, followed by menopause at the age of 35, and cancer of the endometrium at the age of 40[1:6297-6304; 24:789-794].

70% of gynecological patients observed chronic endometritis - one of the most frequent causes of violation of the menstrual cycle and abnormal uterine blood regulation mechanisms is chronic inflammation of the uterine lining. G. T. Sukhay, N. A. According to sheshukovas, at the time of morphological examination, endometrial biopsy is determined at 3.5-20.2% of the total number [4: 194-202; 62:60; 76:29-35].

According to studies, endometrial hyperplasia in patients with uterine body cancer is detected in 25-75% of cases. Eg combined observation with hypertension, anovulation, relative hyperestrogenism, obesity and adrenal hyperfunction is observed in 51-75% of women. The risk of developing hyperplastic processes in the endometrium can be influenced by the addition of concomitant diseases. So I. V. According to Kuznetsova (2009), Android-type obesity is a metabolic syndrome and high hormonal activity increases the risk of endometrial cancer by 6 times. According to epidemiological studies, visceral obesity is a risk factor for atypical hyperplasia and endometrial cancer. Meanwhile, a close relationship was established between the reproductive and immune systems[2: 201-207; 17:127].

The outer functional layer is the layer responsible for hormonal changes in the cycle and menstruation every month, and as a result of hormonal changes, the

growth of the functional cavity of the endometrium occurs, pathological states arise. Endometrium is a tissue that is very sensitive to hormonal changes that occur in a woman's body. The main cause of excess endometrium is observed as a result of an increase in estrogens and a lack of progesterone [31:1176; 59:811-820].

Near 15-40% of gynecological patients experience endometrial hyperplasia. This pathological condition occurs in young people and women aged 40-50 years [8: 615-620].

Endometrial hyperplasia is a pathological condition that grows from the lining of the uterus. This continues without any clinical manifestations at its initial stage, considered dangerous, leading to infertility in the future or the transformation of a healthy endometrial cell into cells of poor quality. Endometrial hyperplasia is called If the endometrial thickness exceeds 4mm in women of the perimenopause period [10: 36-42; 83: 96-98].

Objective:

Improving the tactics of conducting patients with endometrial hyperplastic process using hysteroscopy.

Research tasks:

- 1 study of the meeting of endometrial hyperplastic processes.
2. Diagnosis and comparison assessment of the hyperplastic process of endometrium with the help of a UTT and a hysteroscope.
3. Treatment of the hyperplastic process of endometrium with the help of a hysteroscope.

The object of the study:

Study of 30 patients with endometrial hyperplasia in the Department of endoscopic gynecology of the Samarkand Regional perinatal Center.

Research methods:

General clinical examination methods (General blood analysis, general urine analysis, biochemical analysis, coagulogram), UTT, hysteroscopy, hysteroscopy.

Scientific novelty:

Improving the conduct of patients when the endometrial hyperplasia process observed at the age of perimenopause in women is observed.

Scientific significance:

The implementation of the created diagnostic algorithm in practical Gynecology, the treatment of gynecological diseases in this group of patients, the treatment of patients using a hysteroscopic method when the endometrial hyperplasia process observed at the age of perimenopause is observed.

МУНДАРИЖА:

Кириш.....	10
Қисқартирмалар.....	11
I-боб. Адабиётлар шархи.....	8
1.1. 1.1. Перименопауза даврида эндометрий гиперплазиясини эпидемиологияси.....	14
1.2. Перименопауза даврида эндометрийдаги асосий ўзгаришлар	16
1.3. Перименопауза даврида эндометрий гиперплазиясини этиологияси ва патогенези.....	19
1.4. Эндометрий гиперплазиясининг таснифи.....	24
1.5. Перименопауза давридаги эндометрий дисфункцияни ривожланишида сурункали эндометритнинг роли.....	25
1.6. Эндометрий гиперплазиясининг ёшга боғлиқ хусусиятлари..	27
1.7. Эндометрий гиперплазияси ва сурункали эндометритнинг комбинацияланган шакллари ташхислашнинг замонавий усуллари.....	31
1.8. Эндометрий гиперплазиясининг дифференциал диагностикаси.....	39
II-боб. Текширув материаллари ва усуллари.....	47
III-боб. Текшириш натижалари	67
Олинган натижалар тахлили.....	82
Амалий тавсиялар.....	83
Қўлланилган адабиётлар.....	84

КИРИШ

Долзарблиги. Перименопауза ёшидаги аёлларда сурункали яллиғланиш, дистрофик ва гиперпластик эндометриал касалликлар (ГЭЖ) эндометрий саратонини олдини олиш ва эрта аниқлаш долзарб муаммо бўлиб қолмоқда. Айни пайтда ҳайз кўриш функциясини тартибга солишнинг ёшга боғлиқ ўзгаришлари кўпинча анормал бачадон қон кетиши билан бирга келади, бу аёлда анемия, уйқу бузилиши, яъни ҳаёт сифатининг бузилишига олиб келади. Аёллар ҳаётидаги ҳозирги вақтда ўзгаришларнинг ўзига хос хусусияти тухумдонлар функциясининг эрта етишмовчилиги ёки фолликуляр захиранинг пасайиши ҳисобланади. Бу муддатдан олдинги "мажбурий" перименопаузага, сўнгра 35 ёшдаги менопаузага, 40 ёшда эса эндометрийнинг саратон касаллигига олиб келади [1:6297-6304; 24: 789-794].

Гинекологик беморларнинг 70% сурункали эндометрит кузатилиб, - ҳайз цикли ва ғайритабиий бачадон қон тартибга солиш механизмларини бузилиши енг тез-тез сабабларидан бири бачадон шиллиқ қаватининг сурункали яллиғланишидир. Г. Т. Сухой, Н. А. Шешуковаларнинг маълумотларига кўра, морфологик текшириш вақтида эндометрий биопсияси умумий сонининг 3,5-20,2% да аниқланади [4: 194-202; 62:60; 76:29-35].

Тадқиқотларга кўра, бачадон танаси саратони билан оғриган беморларда эндометрий гиперплазияси 25-75% ҳолларда аниқланади. Гипертензия, ановуляция, нисбий гиперэстрогенизм, семизлик ва буйрак усти гиперфункцияси билан ЭГ биргаликда кузатилиши 51-75% аёлларда кузатилади. Эндометрийдаги гиперпластик жараёнларни ривожлантириш хавфига ёндош касалликларнинг қўшилиши таъсир қилиши мумкин. Шундай қилиб, И. В. Кузнецова (2009) маълумотларига кўра, андройд типдаги семизлик метаболик синдром ва юқори гормонал фаолият эндометриал саратон хавфини 6 марта оширади. Эпидемиологик тадқиқотларга кўра, висцерал семизлик атипик гиперплазия ва эндометрий саратон учун хавф

омилидир. Айни пайтда, репродуктив ва иммун тизими ўртасида яқин муносабатлар ташкил этилди [2: 201-207; 17:127].

Ташқи функционал қатлам бу циклдаги гормонал ўзгаришлар ва ҳар ойда ҳайз кўришга жавоб берадиган қатлам бўлиб, гормонал ўзгаришлар натижасида эндометрийнинг функционал кавати ўсиши юз бериб, патологик ҳолатлар келиб чиқади. Эндометрий аёл танасида юзага келадиган гормонал ўзгаришларга жуда сезгир бўлган тўқимадир. Эндометрийнинг ортиқча ўсишининг асосий сабаби эстрогенларнинг кўпайиши ва прогестероннинг етишмаслиги натижасида кузатилади [31:1176; 59:811-820].

Гинекологик касалларнинг 15-40 % га яқинида эндометрий гиперплазияси учрайди.бу патологик ҳолат ёшларда ва 40-50 ёшдаги аёлларда учрайди [8: 615-620].

Эндометрий гиперплазияси бу бачадон шиллик қаватидан ўсадиган патологик ҳолат ҳисобланади.Бу хавфли ҳисобланиб дастлабки босқичида ҳеч қандай клиник кўринишларсиз давом этиб, келажакда бепуштликка ёки соғлом эндометрий ҳужайрасини ёмон сифатли ҳужайраларга айланишига олиб келади. Перименопауза давридаги аёлларда эндометрий қалинлиги 4мм дан ошса эндометрий гиперплазияси дейилади [10: 36-42; 83: 96-98].

Ишнинг максади:

Гистероскопия ёрдамида эндометрий гиперпластик жараёни бўлган беморларни олиб бориш тактикасини такомиллаштириш.

Ишнинг вазифалари:

- 1 Эндометрий гиперпластик жараёнлари учрашини ўрганиш.
- 2.Эндометрийнинг гиперпластик жараёнини УТТ ва гистероскоп ёрдамида ташхислаш ва қиёсиш баҳолаш.
- 3.Эндометрийнинг гиперпластик жараёнини гистероскоп ёрдамида даволаш.

Текширув материали:

Самарқанд Вилоят Перинатал марказининг эндоскопик гинекология бўлимида эндометрий гиперплазияси билан касалланган 30 нафар беморни ўрганиш.

Текширув услублари:

Умумий клиник текшириш усуллари (умумий қон таҳлили, умумий сийдик таҳлили, биохимик таҳлили, коагулограмма), УТТ, гистероскопия, гистеророзеткоскопия.

Илмий янгилиги:

Аёлларда перименопауза ёшида кузатилган эндометрий гиперпластик жараёни кузатилганда беморларни олиб боришни такомиллаштириш.

Илмий аҳамияти:

Яратилган ташхислаш алгоритмини амалий гинекологияга жорий қилиш, мазкур беморлар гуруҳида гинекологик касалликларни даволаш, перименопауза ёшида кузатилган эндометрий гиперпластик жараёни кузатилганда беморларни гистероскопик усул ёрдамида даволаш.

Тадқиқот иш таркиби:

Магистрлик диссертацияси бетда ёритилган бўлиб, кириш, 3 та боб, хулоса ва амалий тавсиялар ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Магистрлик диссертация ишининг мавзуси бўйича 6 та илмий ишлар чоп этилган бўлиб, шулардан 3 та мақола ва 3 та тезис доклад.

Қисқартирмалар:

ЭГ-эндометрий гиперплазияси

ЭП- эндометрий полипи

ЭГЎ-эндометрийдаги гиперпластик ўзгаришлар

СЭ- сурункали эндометрит

УҚТ- умумий қон тахлили

УСТ- умумий сийдик тахлили

УТТ- ултратовуш текшируви

ЭЎО - эндотелиал ўсиш омили

БДҚТ- бачадондан дисфункционал қон кетиши

ТК- табиий киллерлар

I-БОБ. (Перименопауза давридаги аёлларда эндометрий гиперпластик жараёнларни гистероскопия ёрдамида ташхислаш).

Адабиётлар тахлили.

1.1. Перименопауза давридаги аёлларда эндометрий гиперплазиясини гистероскопик ташхислашнинг тиббиётдаги ўрни ва эпидемиологияси.

Перименопауза- бу ҳайз кўриш мунтазамлигини йўқолиши бўлиб, ҳайз циклининг регуляриги йўқолиб маълум вақтлар давомида кечикишидан тўлиқ йўқолишигача бўлган даврдир. Бу ҳайзлараро вақт оралиғи бир неча ҳафта ва ойларга ҳам чўзилиши мумкин. Ҳайз қонида ўзгаришлар кузатилиб, ановулятор характерга эга бўлиб, давомийлиги ва характери ўзгаради. Бундай ҳолатда аёлнинг соғлиғининг ҳолатини баҳолаш, бачадондаги онкологик жараённинг ривожланиш эҳтимолини аниқлаш қийинчилик туғдиради [1:6297-6304; 24: 789-794]..

Перименопауза ёшидаги аёлларда сурункали яллиғланиш, дистрофик ва гиперпластик эндометриал касалликлар (ГЭЖ) эндометрий саратонини олдини олиш ва эрта аниқлаш долзарб муаммо бўлиб қолмоқда. Айни пайтда ҳайз кўриш функциясини тартибга солишнинг ёшга боғлиқ ўзгаришлари кўпинча анормал бачадон қон кетиши билан бирга келади, бу аёлда анемия, уйқу бузилиши, яъни ҳаёт сифатининг бузилишига олиб келади. Аёллар ҳаётидаги ҳозирги вақтда ўзгаришларнинг ўзига хос хусусияти тухумдонлар функциясининг эрта етишмовчилиги ёки фолликуляр захиранинг пасайиши хисобланади. Бу муддатдан олдинги "мажбурий" перименопаузага, сўнгра 35 ёшдаги менопаузага, 40 ёшда эса эндометрийнинг саратон касаллигига олиб келади [15: 81-86; 39: 20-26].

Гинекологик беморларнинг 70% сурункали эндометрит кузатилиб, - ҳайз цикли ва ғайритабиий бачадон қон тартибга солиш механизмларини бузилиши энг тез-тез сабабларидан бири бачадон шиллиқ қаватининг сурункали яллиғланишидир. Г. Т. Сухой, Н. А. Шешуковаларнинг

маълумотларига кўра, морфологик текшириш вақтида эндометрий биопсияси умумий сонининг 3,5-20,2% да аниқланади [4: 194-202; 62:60; 76:29-35].

Баъзи жойларда сурункали эндометритнинг учраши кўпайган бўлиб, учрашининг кўпайганлиги бачадон ичи воситаси ва абортлар сонининг ошиши билан боғлиқ. Аксарият 80-90% ҳолларда репродуктив ёшдаги аёлларда сурункали эндометрит аниқланади ва ҳайзнинг бузилиши ва репродуктив функцияларнинг ўзгаришига олиб келади. У билан боғлиқ аёлларда анормал бачадон қон кетиши ва эндометрий гиперпластик жараёнларнинг юқори частотаси қайд этилади [9: 53-58; 54: 43-44].

Тадқиқотларга кўра, бачадон танаси саратони билан оғриган беморларда эндометрий гиперплазияси 25-75% ҳолларда аниқланади. Гипертензия, ановуляция, нисбий гиперэстрогенизм, семизлик ва буйрак усти гиперфункцияси билан ЭГ биргаликда кузатилиши 51-75% аёлларда кузатилади. Эндометрийдаги гиперпластик жараёнларни ривожлантириш хавфига ёндош касалликларнинг қўшилиши таъсир қилиши мумкин. Шундай қилиб, И. В. Кузнецова (2009) маълумотларига кўра, андроид типдаги семизлик метаболик синдром ва юқори гормонал фаолият эндометриал саратон хавфини 6 марта оширади. Эпидемиологик тадқиқотларга кўра, висцерал семизлик атипик гиперплазия ва эндометрий саратон учун хавф омилдир. Айни пайтда, репродуктив ва иммун тизими ўртасида яқин муносабатлар ташкил этилди [36: 482-489; 51: 8-12].

Гиперплазия диагностикасининг асосий вазифалари гиперпластик жараёнларни аниқлаш ва гистологик текширув натижаларини клиник таҳлил қилиш, гиперплазиянинг гормонга боғлиқлигини аниқлаш айниқса гормонал мувозанатни баҳолашдан иборат. Диагностика қилишда лаборатор ва инструментал текширишлар ўтказилади. Эндометрий гиперплазиясида асосий лаборатор текширувларга эндометрийни цитологик ва гистологик текширишлар ҳисобланади [56:21].

1.2. Перименопауза даврида эндометрийдаги асосий ўзгаришлар

Перименопауза даврида эндометрийдаги ўзгаришлар кўпкомпонентли бўлиб, тизимнинг барча қисмларида – без эпителийсида, стромада, асосий моддада, томирларда ва асаб тузилмаларида ўзгаришларни қамраб олади. Бачадон эндометрий қавати икки қатламдан иборат: ички базал қатлам ва ташқи функционал қатлам. Ташқи функционал қатлам бу циклдаги гормонал ўзгаришлар ва ҳар ойда ҳайз кўришга жавоб берадиган қатлам бўлиб, гормонал ўзгаришлар натижасида эндометрийнинг функционал қавати ўсиши юз бериб, патологик ҳолатлар келиб чиқади. Эндометрий аёл танасида юзага келадиган гормонал ўзгаришларга жуда сезгир бўлган тўқимадир. Эндометрийнинг ортиқча ўсишининг асосий сабаби эстрогенларнинг кўпайиши ва прогестероннинг етишмаслиги натижасида кузатилади [6:6; 44: 201-207].

Гинекологик касалларнинг 15-40 % га яқинида эндометрий гиперплазияси учрайди.бу патологик ҳолат ёшларда ва 40-50 ёшдаги аёлларда учрайди. Эндометрий гиперплазияси бу бачадон шиллик қаватидан ўсадиган патологик ҳолат ҳисобланади.Бу хавфли ҳисобланиб дастлабки босқичида ҳеч қандай клиник кўринишларсиз давом этиб, келажакда бепуштликка ёки соғлом эндометрий ҳужайрасини ёмон сифатли ҳужайраларга айланишига олиб келади. Перименопауза давридаги аёлларда эндометрий қалинлиги 4мм дан ошса эндометрий гиперплазияси дейилади [29: 445-450].

А. Р. Милованов 2011-йил маълумотларига кўра, "ҳайз цикли–бу қатъий мувозанатли, автоматик ва паракрин тартибга солиш механизмлари таъсири остида бачадон эндометрийсини мураккаб, босқичма-босқич қайта куриш, унинг мақсади физиологик ҳомиладорликка тайёрлашдир. Физиологик шароитда натижали имплантацияни таъминлайдиган муҳим механизмлар:ривожланган капилляр тармоқ, микросиркуляция, етарли тўқималарни оксигенацияси, эпителий ва стромал ҳужайраларининг пролифератив фаоллиги, метаболизм ва эндометрий нейрорецептор аппаратининг тайёрлиги ҳисобланади. Гипоталамус-гипофизар боғланишлар

инициатив рол ўйнайди. Аёлнинг ёши билан нейрогуморал регуляциянинг вертикал алоқалари заифлаша бошлайди, нейроэндокрин механизмларнинг ўзаро боғлиқлиги пасаяди, нишон органларнинг қабул қилиш қобилияти турли даражаларда пасаяди, диссимилияция, дисорганизация, гипотрофия ва дистрофия жараёнлари устунлик қила бошлайди. Перименопаузадаги барча бу ўзгаришлар анормал бачадон қон кетишига ва эндометрийнинг гиперпластик ўзгаришларига сабабчи бўлади [13: 369-375; 47: 182-189].

Маълумки, репродуктив ёшда эндометрийда юзага келадиган барча жараёнлар мултифокал бўлиб, турли даражадаги бошқарув қисмларида - хужайра, молекуляр, тўқима, органларда кузатилади. Уларга турли хил келиб чиқадиган хужайралар - фибробластлар, тана ва семиз хужайралар, Т - ва Б-лимфоцитлар, табиий киллер (ТК) хужайралар, моноцитлар-макрофаглар ва бошқалар кирази. Эпителий ва стромадаги маҳаллий хужайра ва молекуляр муносабатлар, шунингдек хужайралараро ўзаро таъсирлар хужайралараро модда –хужайрадан ташқари матрица, ўсиш омиллари ва яллиғланишга қарши цитокинлар бир-бирига боғланган. Уларнинг бир қисми асосий рол ўйнайди – бачадон шиллик қаватини имплантация қилиш учун тайёрлаш. Шу билан бирга, улар ўртасидаги муносабатларнинг синхронлигининг бузилиши турли даражадаги бузилишларга олиб келади – ҳайз даврининг ритмининг етишмовчилигидан аменореягача, бу муддатдан олдинги менопаузага олиб келади [11: 226-230; 27:111].

Умуман репродуктив тизим функциясини ташкил қилишда ва хусусан, эндометрийнинг перименопаузада қайта тузилишида етакчи роллардан бири қон томир коммуникациялари ва улар орқали шаклланган қон элементларининг айланишига тегишли бўлади. Ушбу жараён иккита механизмни ўз ичига олади: васкулогенез – мезодермал ҳосилалардан, мезенхимал хужайралардан ва ангиогенездан янги ёки янги (ин ситу) капиллярларнинг пайдо бўлиши – янги томирларнинг пайдо бўлиши, кўпинча капилляр олдиндан мавжуд бўлган қон томир муносабатларидир. Ушбу муҳим жараёнлар Про ва анти - ангиоген омиллар–қон томир

эндотелиал ўсиш омили (ЭЎО) ва унинг рецепторлари, плацента ўсиш омили (ПЎО), ангиопэтин тўпламлари ва гипоксик омил билан тартибга солинади. Эндометрийдаги маҳаллий гипоксия (эмбрион тўқималарида ва эрта йўлдошнинг интерстициал бўшлиғида) қон томир ва ангиогенезни тартибга солувчи омил ҳисобланади. Бундай шароитда эндотелиоцитларнинг дифференциацияси ва қон капиллярларининг ўсиши фаоллашади. Охир-оқибат, бу эндометрий ва перименопаузада патологик жараёнларнинг ривожланишида катта аҳамиятга эга. Фолликуляр захираси камайган аёлларда функционал юкламанинг пасайиши ва гормонал қайта ўзгариш билан тавсифланган тананинг ёшга боғлиқ трансформацияси пайтида ушбу механизмларнинг бутун занжири мунтазам равишда бузилади. Бу хужайра потенциалнинг қайта қурилишига олиб келади ва пролиферация ҳаддан ташқари устунлик қила бошлайди. Хужайраларнинг пролифератив фаоллиги ошиши фонида тўқималарнинг кислород потенциалининг пасайиши шароитида полипларни, гиперплазиянинг турли шакллари шакллантириш учун зарур шартлар яратилади. Васкуляризациянинг сезиларли пасайиши, ташқи ва кейин атрофия жараёнларининг ривожланиши, фибробласт пролиферацияси фаоллигининг ошиши фиброз, битишмалар ҳосил бўлишига ёрдам беради ва бунинг натижасида эндометрийнинг циклик ўзгаришларининг бузилиши, ҳайз кўриш ва ҳайз кўриш даврларида ва бачадон қон кетишида муҳим аҳамиятга эга бўлади [3: 160-164; 19: 624-633; 42: 113-116].

1.3. Перименопауза даврида эндометрий гиперплазиясини этиологияси ва патогенези

Эндометрийнинг морфологик ва функционал хусусияти шундаки, ундаги циклик ўзгаришлар нафақат тухумдоннинг гормонал таъсирига, балки кўплаб маҳаллий жараёнларга - молекуляр ва молекулалараро, шу жумладан стероид гормонлар ва уларнинг рецепторлари аппарати ўртасида ҳам боғлиқ. Яллиғланиш жараёни натижасида микроциркуляция, оксигенация, пролиферация, метаболизм бузилади, яъни уларни тартибга солувчи барча механизмлар бузилади. Сўнгги ўн йил ичида анормал бачадон қон кетиши, гиперплазия, сурункали эндометрит ва имплантация жараёнларининг бузилиши патогенезнинг умумий алоқалари нуқтаи назаридан кўриб чиқилади. Пери - ва постменопауза даврида сурункали эндометрит ва гиперэстрогенемия ҳолатлари малигнизация riskини ошишига сабабчи бўлади [16: 159-165; 30: 231-240]. Эндометрий гиперплазияси бу аёллар ёшига боғлиқ бўлмаган бачадон шиллиқ қаватида паталогик пролифератив ўзгаришлар келтириб чиқарадиган касалликлардан биридир. Гиперпластик жараёнлар мустақил ёки бошқа касалликлар билан қўшилиб келиши мумкин. Сўнгги йилларда аёлларнинг умр кўриш давомийлиги ноқулай экологик муҳит, сурункали соматик касалликлар сонининг ошиши эндометрийда гиперпластик жараёнларнинг ошишига олиб келмокда [82: 46-55].

Эндометрий гиперплазиясига эга жараёнлар амалий гинекологияда нихоятда муҳим мураккаб ва кўп киррали муаммо ҳисобланади. Унинг ўзига ҳослиги гиперпластик жараёнларнинг узок давом этадиган такрорланадиган йуналишга мойиллиги, ўзига ҳос паталогик симптомларнинг йуклиги, дифференциал диагностиканинг мураккаблиги ва даволаш усулларини танлаш билан белгиланади [64: 39-42].

Бундан ташқари ушбу паталогия пролифератив жараёнлардан бири бўлиб даволанмасдан узок муддатли курс билан эндометрий саратони ривожланиш фонига айланиши мумкин. Ушбу паталогиянинг частотаси перименопауза

давридаги ёшга боғлиқ гормонал ўзгаришлар даврига нисбатан сезиларли даражада ошади деб ҳисобланади [48: 8-10].

Нормада ҳайз даврида аёл танасида жинсий гормонлар тасирида циклик ўзгаришлар юз беради: тухумдондан тухум хужайранинг чиқиши-овуляция, кейин эса уруғланган тухум хужайранинг бачадон шиллиқ каватига ёпишиши, агар уруғланмаган бўлса шиллиқ каватга ёпишмай тушиб кетиб ҳайз кўришга олиб келади ва бу цикл доимий қайталанади [22: 384-387].

Патологияда эндокрин касалликлар туфайли гормонал фон бузилиши (эстроген ошиши) юз беради. Бу эса эндометрида гипертрофик ўзгаришларга олиб келади. Бундан ташқари турли яллиғланиш жараёнлари (турли хил инфекция натижасида) ёки травмалар ҳам бачадон шиллиқ каватида патологик ҳолатга олиб келади [5: 343-349].

Эндометрий гиперплазиясига олиб келувчи омиллар этиологиясида жинсий гормонлар дисбалансининг бузилиши (гиперэстрогенемия) ётади. Бу омиллар турли хил:

Патологик пролифератив ўзгаришлар ривожланишида етакчи рол эндометрида эндометриал хужайраларнинг метаболизмида иштирок этадиган гормонлар, биринчи навбатда эстрогенлар, уларнинг ўсишини ва митотик фаолиятини активлаштиришидир [46: 15-18].

Пре- ва перименопаузаларда ановулятор цикллар гипоталамик-гипофиз фаолиятининг ёшга боғлиқ бузилишлари билан боғлиқ. Бу даврда гонадолиберин частотаси ва интенсивлигидаги ўзгаришлар ФСГ ажралишидаги ўзгаришлар ва унинг таъсири натижасида тухумдонлардаги ўзгаришлар цикли ўртасида, эстроген етшмаслиги кузатилади [67: 85-89].

Овуляцияни тўхтатишида фолликуляр аппарат физиологик ёшга боғлиқ ўзгаришлар туфайли ҳам муҳимдир. Бундан ташқари, баъзи муаллифлар эндометрий гиперплазияси ривожланишида постменопаузал давридаги аёлларда буйрак усти бези фаоллигининг ошиши ҳам сабаб булади деб исботлашган [50: 24-26].

Эндометрий гиперплазияси гормонга боғлиқ, патогенетик варианты 60-70% да содир бўлади кузатувлар ҳоллари ва ёғ ва углевод алмашинувининг бузилиши фонида гиперэстрогенизмнинг ривожланиши билан тавсифланади. 30-40% аёлларда ЭГ аниқланади, эндокрин ва метаболик касалликлар касалликнинг патогенезида муҳим эмас бўлмай эндометрий гиперплазияси ҳар қандай ёшда ривожланиши мумкин, перименопауза давридаги аёлларда кўпроқ учрайди [7: 360-368].

Эндокринологик омиллар:

- Гипоталамо-гипофизар дисфункция
- Тухумдон касалликлари
- Қандли диабет
- Метаболик синдром
- Семизлик
- Узоқ муддатли гормонотерапия.

Бундан ташқари эндометрий хужайраларининг травматик зарарланиши, яллигланиш жараёнлари (эндометрит) ҳам гиперплазияга олиб келади. Эндометрийдagi гиперпластик жараёнларнинг патогенезида иммун тизимининг роли ҳақида далиллар мавжуд. Вихляева Е. М. ўзининг ишларида репродуктив ёшдаги аёлларда ҳайз функциясининг табиатини ҳисобга олган ҳолда ва перименопауза аёлларда гормонал касалликларга мувофиқ иммунитет ҳолатини баҳолашни тавсия қилинади. Ўтказилган тадқиқотларга кўра, иммун тизимидаги ўзгаришлар метаболик касалликлар фонида эндометрий гиперплазияси бўлган аёлларда кўпроқ намоён бўлади. Иммунитетнинг В-хужайрали боғланишидаги бузилишлар иммуноглобулинлар ва иммун мажмуалар таркибининг ошиши фонида В-лимфоцитлар даражасининг пасайиши билан намоён бўлади. Метаболик бузилишларсиз эндометрий гиперплазияси жараёнларга эга бўлган беморларда иммун тизимдаги ўзгаришлар Т-лимфоцитлар даражасининг ошиши, иммун мажмуаларнинг кўпайиши фонида В-лимфоцитларнинг камайиши билан намоён бўлади [28:6; 40: 110-125].



ЭГ бўлган беморларнинг анамнезида қуйидагиларга эътибор беришимиз керак [12: 193-197]:

- ҳайз циклининг бузилиши (норегуляр ҳайз цикли)
- ҳайз циклида қон ҳажмининг кўп булиши
- жинсий алоқа пайтида жинсий азолардан қон кетиш
- метаболик ўзгаришлар ҳисобига тана массасининг ошиши
- артериал қон босимининг ошиши
- гирсутизм
- ҳайз циклига боғлиқ бўлмаган қон кетишлар.

Бундан ташқари кўп қон йуқотишдан келиб чиқувчи холсизлик, бош айланиши, тери рангининг оқариши, соч тўкилиши, тирноқларнинг синиши кузатилади. Эндометрий гиперплазиясининг турли таснифлари морфологик тамайилларга асосланган. Ҳозирда дунёда ЖССТ ва халқаро патологлар жамиятнинг энг яхши таснифи, бу эндометрийнинг ва ядро атипиясининг

гландуляр ва стромал таркибий қисмларида бузилишларнинг оғирлигини ҳисобга олади. Шунга асосан эндометрий гиперплазияси одатда қуйидагиларга бўлинади: ҳужайравий атипиясиз гиперплазия ва ҳужайравий атипия билан гиперплазия кузатилади [63: 217-219].

Нозологик бирлик сифатида мавжуд бўлган эндометрий гиперплазияси ва сурункали эндометрит узоқ муддатли анормал бачадон қон кетиши билан биргаликда учраб, соматик ва психоэмоционал ўзгаришлар, анемия, депрессив ва депрессив ўзгаришларга олиб келади [20: 74-80].

1.4. Эндометрий гиперплазиясининг таснифи

Хозирги кунда эндометрий гиперплазиясининг қуйидаги турлари мавжуд [33: 317-325]:

1. Эндометрий гиперплазиясининг кистоз тури (оддий)
- 2 эндометрий гиперплазиясининг аденоматоз тури (мураккаб)
 - а) атипиясиз
 - б) атипия билан

Хозирги кунда эндометрий гиперплазиясининг қуйидаги турлари бор:

- 1.Эндометрий гиперплазиясининг оддий безли тури
- 2.Эндометрий гиперплазиясининг безли-стромал тури
- 3.Эндометрий гиперплазиясининг атипик тури

1.5. Перименопауза давридаги эндометрий дисфункцияни ривожланишида сурункали эндометритнинг роли

Микроб-вирусли бирлашишининг табиати ва вирулентлиги, касалликнинг давомийлиги ва бачадоннинг биргаликда патологияси клиник кўринишларнинг ривожланишида рол ўйнайди. Шундай қилиб, хавфсиз ҳолатга клиник расм у циклик ёки ациклик бачадондан қон кетиши, қориннинг пастки қисмларида симилловчи оғриқлари ёки безовталиқ шаклида ҳайз циклида ёндош касалликлари устун бўлади. Жуда кам ҳолларда беморлар диспарунияга шикоят қилиб, ёки ҳаддан ташқари шиллиқли ёки шиллиқ-серозли ажралмадан шикоят қилишади [18: 203-209].

СЭ даги оғриқ синдроми патогномоник бўлмай 33-89% аёлларда қорин пастки қисмида ва/ёки лумбосакрал соҳада даврий, тортувчи оғриқлар шаклида кузатиш мумкин, бу гипотермия ёки стресс натижасида кўпаяди, шунингдек алгоменорея ва диспаруния кузатилади. Сурункали салпингоофорит билан бирга, шунингдек, тосда битишма жараённинг фонида оғриқ синдроми жуда кучли ифодаланган бўлиши мумкин [57:21].

Перименопаузада эндометрий дисфункциясининг ривожланиши, шунингдек, гипоестрогенизм фонида эндометрий гиперплазияси аёлнинг репродуктив функциясининг пасайиши ва бачадондан кўп қон кетиши билан характерланади. Ушбу механизмни тартибга солиш самарадорлиги иммунитет тизимининг ҳолати ва фаолияти, гормонал регуляциянинг етарлилиги, эстрадиол ва гинекологик патологиянинг мавжудлиги, шунингдек микробиял ёки вирусли омилнинг табиати билан белгиланади. Эндометриумдаги микробли касалликларнинг узоқ давом этиши натижасида гетерогенланган аутоантигенларга иммун жавоб кечиктирилган юқори сезувчанлик реакцияси тури билан ҳосил бўлади, бу отоантикорларнинг пайдо бўлишига ва ДВС синдромининг сурункали шаклини ривожланишига олиб келади, бу маҳаллий микротромбоз ва инфарктларнинг пайдо бўлишига олиб келиши мумкин, яъни, гипоксия, сўнгра хужайра митотик фаолиятнинг

бузилиши. Узок муддатли у охир-оқибат у ва бачадон бепуштлиқ 35-40% аёлларда кузатилади бачадон бўшлиғида толали ўзгаришлар, турли тарқалиши битишмалар, Ашерман синдроми, эндометрийнинг дистрофияси ёки атрофиясига олиб келади [25:147; 43: 24-30].

Шундай қилиб, эндометрийдаги тизимли патологик жараённинг омилларидан бири бу эндометрийдаги вирусли-бактериал инфекциянинг узок муддатли асимптоматик давом этиши фонида гемостаз тизимининг фаоллашиши ва аутоиммун реакциялардир, бу яллиғланишнинг якуний босқичи – тўқималарни тикланишининг тўлиқ эмаслигига олиб келади ва эндометрийнинг сурункали касаллигига олиб келади. Эндометрийдаги яллиғланиш жараёни, натижада парчаланиш жараёнлари устунлик қила бошлайди. Бошқача қилиб айтганда, бу онкологик мойиллик ва баадондаги гиперпластик жараёнларнинг ошиши сабаб бўлиши мумкин [21: 710-714; 49].

1.6. Эндометрий гиперплазиясининг ёшга боғлиқ хусусиятлари.

Маҳаллий ва хорижий тадқиқотчиларнинг аксарияти эндометрий гиперплазия (ЭГ) ривожланишида асосан перименопауза даврда сурункали эндометрит муҳим аҳамиятга эга. Сурункали эндометритузоқ муддатли кечиши ва кўзиши ЭГ нинг ривожланишининг кучайишига олиб келади. ЭГ бўлган аёлларнинг анамнезига эътибор берсак жинсий йўллар орқали юқадиган инфекциян касалликларнинг учрашининг юқорилиги, бачадон ичи хирургик аралашувлар, асосан эндометрийни қириш, етилмаган ҳомиладорликда шунингдек эрта туғруқдан кейинги даврда ва ривожланмаган ҳомиладорликда ва эндометрийда 60% гача бактериал-вирусли микроорганизмлар аниқланади. Ушбу беморларда сурункали яллиғланиш белгилари асосан эндометрийнинг базал қисмларида учрайди [14: 76-80].

Бачадондаги сурункали яллиғланиш жараёнида кузатиладиган иккиламчи иммунитет танқислиги ҳолати интерферон (вирусга қарши, антипролифератив, антибактериал, иммуномодулятор) томонидан фаоллаштирилган кетма-кет реакцияларнинг заифлашишига олиб келади. ГЭ га нисбатан энг муҳими антипролифератив таъсир бўлиб, у биринчи навбатда тўқималарни тиклашда муҳим аҳамиятга эга. Узоқ муддатли сурункали эндометрит антипролифератив механизм фаоллигининг пасайиши туфайли эндометрийгиперплазияга олиб келади [34: 2159].

ЭГ пайдо бўлишида сурункали яллиғланишнинг ролини клиник тасдиқлаш PR/ER рецепторлари нисбатининг ошиши ва иммунитет кўтарувчи дорилар (интерферонлар, амиксин ва бошқалар ёрдамида пролиферация/апоптоз жараёнларининг нормал нисбатини тиклашдир). Шу билан бирга патологик жараённинг клиник кечишига қарамай, сурункали яллиғланишнинг активлашуви тез-тез аниқланади, бу қон ва перитонеал суюқликнинг кўпайиши билан намоён бўлади. α -ФНО, γ -интерферона, липидларнингпероксидланиш маҳсулотлари ва ИЛ-4 нинг пасайиши

кузатилади. Шунга ўхшаш ўзгаришлар ҳар қандай маҳаллий сурункали яллиғланиш жараёнида қон иммун ҳолати содир бўлади [32: 251-262].

Шундай қилиб, ГЭ – сурункали яллиғланиш, рецептор ва метаболизмни ўзгариши, эстрогенлар ва прогестерон нисбати бузилишида омилларнинг комбинацияси муҳим рол ўйнайди. ГЭ ҳосил бўлишига ёрдам берувчи жиддий омил семизлик ва инсулинга резистентликдир, бу қон плазмасида ФНО- α ва ИЛ-1 яллиғланишга қарши цитокинларнинг таркибига таъсир қилади. ФНО- α патологик агентларга тананинг ўзига хос ва ўзига хос бўлмаган жавобининг воситачисидир ва яллиғланиш ва иммун реакциялар ўртасида муҳим алоқани таъминлайди. Метаболик синдром тананинг тизимли сурункали яллиғланиш реакцияси билан бевосита боғлиқ [23].

ЖССТ таърифи кўра, эндометрийдаги ўзгаришлар генетик ўзгарган без хужайралари, гормонал ва рак олди ҳолатлари генетик ўзгарган без хужайраларида моноклонал авжга асосланган преканцероз шароитлар яхши, гормонал тортиб, эндометрийдаги морфологик ўзгаришлар спектри бўлиб, 4 морфологик вариантларда бўлинади: ҳолда ва атипия ва комплекс ҳолда оддий ГЭ ва атипия билан кузатилади [38].

ЖССТ таснифига кўра ЭГ нинг турли хил гистологик вариантларининг асосий дифференциал диагностик белгиси полиморфизмнинг мавжудлиги ёки йўқлиги: хужайралар ва ядроларнинг полиморфизми, ядро-цитоплазматик нисбатнинг ошиши, ДНК миқдорининг кўпайиши, ядроларнинг гиперхроматози, анормал митозларнинг пайдо бўлиши аниқланади [50: 24-26].

Турли тадқиқотларга кўра, ЭГ нинг ривожланиши эндометрийда рецептивлик ва микроциркуляциянинг ўзгариши билан бошланади: атипиясиз оддий ЭГ эпителий хужайраларининг гипертрофияси ва ривожланган неоангиогенез билан тавсифланади (EGF, EGFR экспрессиясининг ошиши, VEGF нинг 1 баллдан камлиги кузатилади) ва

тўқималарнинг ўзгарган рецепторлари, эпителий ва строма ҳужайралардаги PR/ER дан эндометриал кўпайиш босқичига нисбатан устунлиги кузатилади [81:48].

Комплекс ЭГ биринчисининг мутлақ устунлиги шароитида юқори даражадаги кўпайиши ва апоптоз даражаси билан тавсифланади; эпителий-строма нисбатининг прогрессив ўсиши, бу эпителий гиперплазияси туфайли ҳам, ER/PR нисбати ортиши фонида строма шаклланишининг пасайиши туфайли юзага келади. Мураккаб ЭГ интенсив тарқалиши шароитида строма (ўз ичига олган томирлар) мутаносиб пасайиши эндометрийдан неоангиогенез сифат жиҳатидан янги механизмлар, шу жумладан стимулловчи эндометрий гипоксия (ишемия) ривожланишига олиб келади [35: 32-36].

Н.М. Побединский ва бошқ. Эндометрий гиперплазиясида ER ва PR рецепторлари концентрациясининг сезиларли ўзгаришини қайд этди ва уларнинг концентрациясининг нисбатига эътибор қаратишни таклиф қилди, бу жинсий гормонлар таъсирининг морфологик аксига таъсир қилади [26: 293-300].

Тўқима гипоксияси билан фаоллаштирилган ва рағбатлантириладиган апоптоз фаол бўлмаган p53 оқсили бўлган ҳужайраларда сезиларли даражада камаяди: мантиқан, гипоксия P53 оқсили бўлмаган ҳужайраларни танлаб танлаш омилидир. Шу билан бирга, гипоксия неоангиогенезга ва ишемия билан зарарланган тўқималарнинг янада регенератив оксигенациясига рағбатлантирувчи таъсир кўрсатади [65: 21-28].

Шундай қилиб, гипоксия регуляциянинг турли даражаларида - молекуляр, ҳужайра, тўқима ва органларда эндометрийдаги таркибий ва функционал муносабатларни тартибга солиш механизмларида етакчи рол ўйнайди деган хулосага келиш мумкин.

Баъзи натижаларни сарҳисоб қилиб, адабиёт манбаларини таҳлил қилиб, эндометриал гиперплазия мураккаб морфофункционал жараён бўлиб, унинг келиб чиқиши ва ривожланишида кўплаб генетик, молекуляр биологик, биокимёвий, иммун ва бошқа омиллар иштирок этади. Турли биологик тузилмалар-ҳужайра ости, ҳужайра, тўқима ва орган уларда умумий патологик жараённинг таркибий қисмини ташкил қилади. Одатий физиологик маҳаллий ва тизимли тартибга солишнинг бузилиши тизимдаги функционал гомеостазнинг бузилишига ва апоптозга нисбатан пролиферация жараёнларининг устунлигига олиб келади. Ҳужайра бўлиниши фаоллигининг сезиларли даражада ошиши патологик кўринишда неоангиогенезнинг кўпайиши билан бирга келади. Шу билан бирга, эстрадиол ва прогестерон рецепторлари аппаратида фаол ўзгариш мавжуд [37:25].

Адабиётда пролиферация, апоптоз, неоангиогенез, реактив йщютувчи, тўқима ва қон зардобдаги табиий, ўзгарган ҳужайралардаги эндометрийсининг чегаравий патологик шароитларида ҳужайралараро матрицани тиклаш учун масъул бўлган турли хил бимолекуляр маркерларнинг таркиби тўғрисида етарли илмий маълумотлар мавжуд [69: 26-28].

Эндометрийнинг табиий физиологик циклик ритмининг механизмларини бузиш, эндометрий гиперплазиянинг пайдо бўлиши ва ривожланишига ҳисса қўшади, бу қоида тариқасида ациклик бачадондан қон кетишига олиб келади. Ушбу комбинация аденокарциноманинг пайдо бўлиши учун ҳам фон ҳисобланади [78: 39-45].

1.7. Эндометрий гиперплазияси ва сурункали эндометритнинг комбинацияланган шакллари ташхислашнинг замонавий усуллари

Эндометрий гиперплазияни ташхислашда юқори аниқлик, объектив морфологик белгиларнинг етишмаслиги туфайли унинг турли шакллари текшириш мезонларига караб эндометрий гиперплазиясининг диагностик мезонлари, шунингдек, таклиф этилган таснифларнинг хилма-хиллиги кўплаб мунозаралардан далолат беради [80: 14-17].

Маҳаллий ва хорижий муаллифларнинг адабиётларида эндометрий гиперпластик жараёнлари ва эндометрийнинг онкологик касалликларининг ривожланишида нисбий гиперестрогенизм катта рол ўйнайди, бу узок вақт давомида намоён бўлади прогестерон танқислиги фонида эстрогенлар етишмовчилиги муҳим аҳамиятга эга [41: 34-37].

Эндометрий гиперплазиясини инструментал диагностика қилишда:

*УТТ

*Гистероскопия

*Трансвагинал эхография дан кенг фойдаланилади.

Хозирги кунда эндометрийда гиперпластик жараёнларни аниқлашда ноинвазив метод билан диагностика қилишда УТТ етакчи ўринда туради. Бунда асосий эътиборни эндометрий қалинлигига (ўрта м-эхо) бериш керак. Нормал ҳайз циклида эндометрий қалинлиги аста секин ўсиб боради. 1-фазада 3-4 мм бўлса циклнинг 2-фазасида 12-15 мм бўлади. Эндометрий қалинлиги $15 + _0,4$ мм бўлганда гиперплазия ҳақида ўйлаш керак. Постменопауза ёшидаги аёлларда гиперпластик жараён ва унда учрайдиган аломатлар эндометрий қалинлиги 5 мм ва ундан ҳам юқори бўлганда учрайди [45: 168-170].

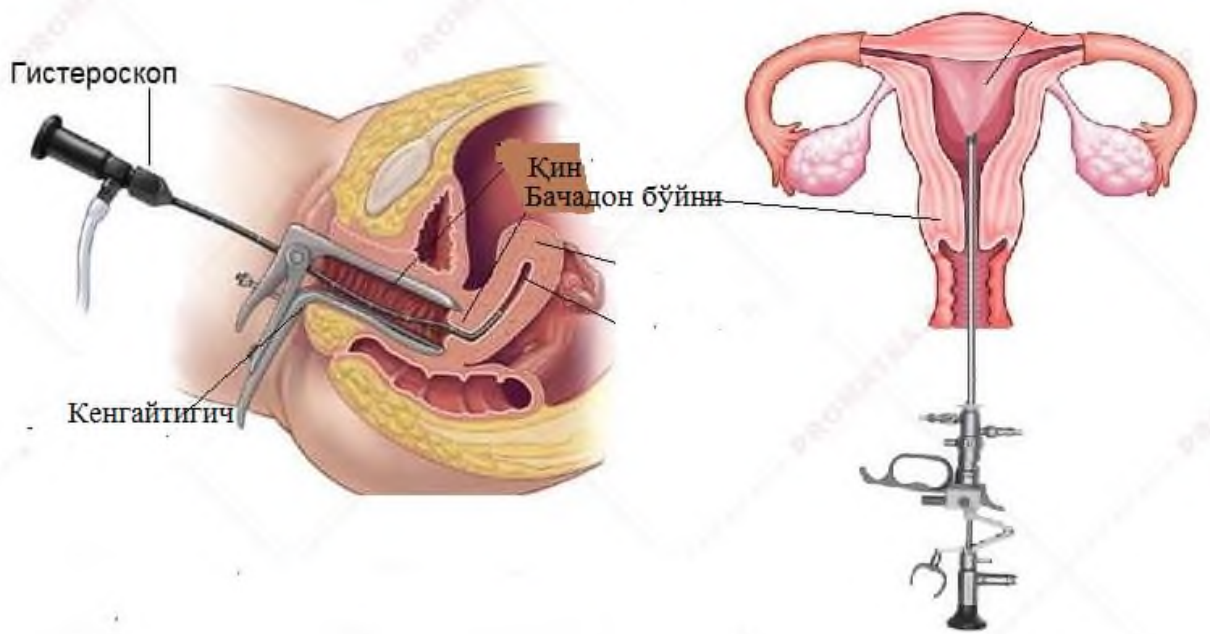
Юқори частотали трансвагинал датчиклар ёрдамида ултратовуш диагностикаси эндометрийни акустик акс эттиришни жуда яхши тامينлайди. Шу билан бир қаторда ултратовуш ёрдамида эндометрийдаги морфоструктур

Ўзгаришларни аниқлаб бўлмайди. Гиперпластик ҳолатни аниқлашда цервикал канал ва бачадоннинг шиллиқ қаватидан диагностик алоҳида қиринди олиб гистологик текшириш асосий усул бўлиб келмоқда, бу эндометрийдаги морфологик ўзгаришлар моҳиятини аниқлаб олишга имкон беради [70: 26-28].

Бачадон бўшлиғи шиллиқ қаватини такрорий қайта қириб олиш, клиник ҳолатни ҳисобга олган ҳолда индивидуал равишда қатъий кўрсатмаларга мувофиқ амалга ошириш керак. Акс ҳолда кўпинча бундай ҳолатлар постменопауза ёшидаги аёлларда қон кетишнинг қайталанишига олиб келади. Шунинг учун аввало аёл ёшини, эндометрийдаги патологик ҳолат характерини ва бошқа соматик касалликларни ҳисобга олиш керак. Жуда юкори информация ҳайз бошланишидан бир кун олдин қириб олиш беради [58: 70-78].

Эндометрий ҳолатини ташхислашнинг энг малумотли усули бўлган қириб олишни диагностик усулини гистероскопия қийматини оширади. Гистероскоп бачадон ички қавти ҳолатини текширадиган қурилмадир. Ушбу қурилма оптик тизим ва ёруғлик манбаи бўлган ярим сантиметр диаметрли ингичка қувур бўлиб, у барча манипуляцияларни кўр-кўрона эмас, балки аниқ бажариш имконини беради. Гистероскоплар қаттиқ ва мослашувчан бўлиши мумкин. Гистероскоплар диагностик ва оперативларга бўлинади. Операцион гистероскоплар терапевтик манипуляцияни амалга оширишга имкон беради. Диагностик гистероскоп бачадон ички қавттини текшириб кейин даволаш тактикасини аниқлашга имкон беради. Гистероскоп биопсияни айнан эндометрийнинг патологик соҳасидан бажаришга имкон беради [1: 6297-6304; 52: 15-24].

Гистероскопия



Диагностик гистероскопия кўйидаги ҳолларда гинеколог томонидан кўйидагиларни аниқлаш имконини беради [79: 37-42]:

- * ноаниқ бепуштлиқ;
- * эрта муддатдаги хомила тушиш хавфида;
- * ҳайз циклидаги кўп кон кетишда;
- * бачадоннинг туғма нуқсонлари;
- * эндометриозда;
- * эндометрий гиперплазиясида;
- * чандикли ўзгаришларда;
- * гинекологик операциялардан кейин назорат сифатида;

Гистероскопия билан ишлаш гиперплазиянинг хусусиятларини аниқлаш, диагностик қириб олишни бошқариш, бачадон, бачадон найчалари ва эндометрий тўқималарининг кўпайиши локализацияга учраган бошқа жойлардан гистологик текширув учун тўқима намуналарини танлаш, эндометрий гиперплазияси ва полип қолдикларини олиб ташлашга имкон беради. Гистероскопик текширув билан ўзгарган эндометрийни яхшироқ кўриш ҳайзнинг 5-кунларида тавсия қилинади [53: 108-112].

Эндо метрийда патологик трансформациянинг гистероскопик белгилари [77: 106-112]:

1. эндо метрий гиперплазиясининг оддий безли тури
 - 1) шиллик қават юзаси нотекис бўлиб, оч пушти рангдаги, камдан кам ҳолларда оч қизил рангдаги бурмалар мавжуд.
 - 2) эндо метрий қалинлиги 15мм.
 - 3) безларнинг чиқарувчи каналлари бир текис жойлашган
 - 4) қон томир расми аниқ
 - 5) одатда бачадон найчалари оғзи очик
2. эндо метрий гиперплазиясининг кистоз тури
 - 1) Шиллик қават юзаси бурмали, тўқ қизил рангда
 - 2) эндо метрий қалинлиги 15 мм ва ундан юқори
 - 3) безларнинг чиқиш канали аниқланади
 - 4) нотекис қалинликдаги қон- томирлар аниқ акс эттирилган
 - 5) Эндо метрий қон томирлари юзасида кўплаб кистозли бўшлиқлар
 - 6) бачадон найлари оғзи бўш
3. Эндо метрий гиперплазиясининг полипли тури
 - 1) шиллик қават юзаси нотекис, унда кўплаб полипларнинг булиши
 - 2) эндо метрий қалинлиги 15 мм дан кам
 - 3) безларнинг чиқиш канали аниқланади
 - 4) қон томирлар аниқ кўринади
 - 5) бачадон найи тешиги қийинлик билан аниқланади

Ҳозирги кунда замонавий гистерорезектоскопдан нафақат диагностикада жарроҳлик амалиётида ҳам кенг қўлланилмоқда. Гистеросалпингографиядан гистероскопияга қараганда камроқ малумот олинади. Ташҳислаш ҳайз циклининг 7-8 кунда килинади бунда фақат сувда эрийдиган (верографин, урографин, уротраст) контраст моддалардан фойдаланилади. Эндо метрий гиперплазиясини аниқлашда сўнгги йилларда бу методдан камдан кам фойдаланилмоқда [55: 63-69].

Аспирация қилиниб олинган бачадон таркибида, аёлларни скрининг қилишда цитологик усулдан ҳам фойдаланилади. Асептика қоидаларига катий риоя қилиниб аспирация ҳайз циклининг иккинчи ярмида ўтказилади. Пайпель–биопсия ёки аспиратцион биопсия эндометрийдаги ўзгаришларни аниқлашда янги аниқ ва кам травма қиладиган метод ҳисобланади [75:19].

Бу метод қатор афзалликларга эга:

- Муолажа давомийлиги 1 дақиқадан кўп эмас
- Мутлоқ оғриқсиз метод
- Бачадон бўйни каналларини кенгайтиришни талаб этмайди
- Бачадон бўшлигининг ҳар қандай қисмидан тўқима намуналари олишга имкон беради. Мумкин бўлган асоратлар ҳафини минималлаштиради. 60—70% аёлларда эндометрийдаги гиперпластик жараёнларнинг ривожланиши нейро-эндокрин бузилишлар фонида ривожланади.

ЭГ нинг клиник кўринишлари менометроррагия бўлиши мумкин, кўпинча анемияга олиб келиб айниқса перименопауза ва кеч репродуктив ёшда кузатилади. ЭГ кўпинча профилактик ултратовуш текшируви пайтида аниёланади. Сурункали эндометрит фақат беморларда репродуктив муаммолар кузатилса бепуштлиқ аниёланади. ЭГ ва сурункали эндометрит диагностикасининг асосий усули морфологик ҳисобланади. Гистероскопик текширув “олтин стандарт” текширув усули бўлиб, алоҳида диагностика куретаж ва патоморфологик текширув ўтказиш мумкин [68: 61-65].

Адабиёт маълумотларига кўра ЭГ да ултратовушнинг диагностика қиймати 75% ни ташкил қилади. В. М. Пашков (2004) маълумотларига кўра трансвагинал эхографиянинг информативлиги 95% га етади. Эндометрий гиперплазиянинг локализациясини, тарқалишини, турини ва белгиларини визуал равишда баҳолашга имкон берадиган объектив текширув усули гистероскопия ҳисобланади. Аммо, гистероскопия билан ҳам, перименопауза ёшидаги аёлларда нотўғри ижобий натижалар беморларнинг 42% ида учрайди. Якуний ташхис фақат эндометрий тўқималарни патоморфологик текшириш билан қўйиш мумкин. Эндометрий қиринди тўқималар намуналар

олиш учун ишлатилади. Шу билан бирга, терапевтик мақсад ҳам амалга оширилади - гиперпластик эндометрий тўқималарни олиб ташлаш амалга оширилади. Бироқ, бу манипуляция травматик бўлиб сурункали эндометритнинг кучайишига ва тос аъзоларининг яллиғланишига ва бачадондан қон кетишига олиб келиши мумкин. Мақсадли биопсиянинг диагностик қийматини баҳолашда шуни таъкидлаш керакки, эндометрийнинг патологик ўзгарган қисми визуал равишда баҳоланган патологик майдоннинг жуда кичик ўлчамлари туфайли биопсияга тушмаслиги мумкин [71: 52-58].

Кўплаб адабиётлар ва амалий кузатувлар морфологик ташхисни тасдиқлаш, беморни даволашга мослаштирилган ёндашувни аниқлаш, касалликнинг ривожланиши ва ривожланишини башорат қилиш учун молекуляр тадқиқот усулларида қўшимча фойдаланиш зарурлигини кўрсатади.

Сўнгги йилларда, агар комбинацияланган патологияга шубҳа бўлса, сезгирлиги 94% бўлган МРТ ўз ичига олган радиацион диагностика усуллари қўлланилади. Замонавий шароитда, ЭГ диагностикаси учун эндометриал гиперплазия, бачадондан қон кетиш ҳолатларида – перивуляция ва меноррагия – "офис" гистероскопияси қўлланилади, бу наркозсиз амбулатория шароитида амалга оширилади. Анестезияга еҳтиёж йўқлиги, найчанинг диаметри 1,75-3,0 мм бўлган гистероскопни киритиш бачадон бўйни каналининг кенгайишини, металлсиз ва ўқ форсепсларидан фойдаланишни талаб қилмаслиги билан изоҳланади [60: 39-47].

Кенг қамровли микробиологик текширув текширув усулининг ажралмас қисмидир. Бачадон каналининг микробиал флораси ҳар доим ҳам эндометрийдаги флорани акс эттирмаслигини ва унга мос келмаслигини ҳисобга олиш муҳимдир, шунинг учун эндометрий биоптатини културал текшируви эндометрий биопсияни ўрганиш тавсия этилади. Шу билан бирга, зарарланган эндометрийни аниқлаш даражаси 40% ни ташкил этди ва микроб флораси микроаэрофил, облигат-анаэроб ва факултатив-анаэроб микроорганизмлар билан намоён бўлди [73].

Эндометрий шикастланиш даражасини баҳолашда пролиферация, апоптоз, ангиогенез ва склероз жараёнларини таҳлил қилиш муҳимдир. Гландуляр эпителий хужайралари ва эндометрий строманинг митотик фаоллигининг ошиши аниқланди. Баъзан, идоралар билан эндометрийнинг базал қатламининг фокал гиперплазияси кузатилиши мумкин, шу жумладан кичик қон кетишлар, эндометрий стромада гемосидериннинг кичик фокал киритмалари аниқланади. Визуал баҳоланганда эндометрий нотекис калинликка эга бўлиши мумкин, баъзи жойларда безларнинг аниқ деформацияси ва уларнинг нотекис тарқалиши кузатилади [66: 454-458].

Сурункали эндометритда тўқималарнинг қон томир қатламидаги аниқ ўзгаришлар ва склероз жараёнларининг кучайиши интерстициал коллагенлар, шу жумладан спирал артериялар атрофидаги периваскуляр жойлар, шунингдек эндометрийнинг базал қатламлари тўпланиши билан аниқланади. Шундай қилиб, эндометрий гиперплазия ва сурункали эндометритни ташхислаш усуллари жуда кўп, баъзида жуда кўп вақт сарфланади, бажариш учун вақт талаб этилади ва ҳар доим ҳам клиник ва морфологик кўринишни акс эттирмайди. Шунинг учун экспресс диагностиканинг янги замонавий "тезкор" усуллари ишлаб чиқиш жуда долзарбдир [71: 52-58].

Эндометрийнинг гиперпластик жараёнлари ва сурункали эндометритнинг преклиник диагностикаси перименопауза ёшидаги аёлларда долзарб муаммо ҳисобланади. Кўплаб замонавий технологиялар, шу жумладан радиацион диагностикаси усуллари- КТ, МРТ–патологик жараён ҳақида кўп маълумотлар беради. Бироқ, улар ҳар доим ҳам унинг ривожланишининг патогенетик ва патофизиологик механизмларини акс эттирмайди ва шунга мос равишда ушбу беморларни даволашни олиб бориш ва усулини чеклайди [60: 39-47].

Лазер нурланиши, лазер спектроскопияси ва уларга асосланган тиббий технологиялардан фойдаланиш яллиғланиш ва гиперпластик ёки дистрофик

касалликларни ташхислашда янги имкониятлар очади. Маҳаллий ва умумий, ўзига хос ёки ўзига хос бўлмаган таъсирларнинг таъсири лазер нурланишининг кенг имкониятлари биологик белгилар билан белгиланади, уни қуйидагича ифодалаш мумкин: ҳар қандай биологик, физик ёки кимёвий омил ёки уларнинг комбинацияси, омил параметрларига қараб биологик объектга таъсир қилади (ягона ёки умумий доза, умумий энергия ва бошқалар), биологик объектни ташкил этиш даражаси (молекуляр, ҳужайра ости, ҳужайра, тўқима, орган ва умуман организм) ва унинг функционал ҳолати (физиология, патология, ҳайз даврининг фазаси ва бошқалар.), уни рағбатлантириши ёки йўқ қилиш нуктасига тушириши ёки ўзига хос функциясига таъсир қилмаслиги мумкин. Кўрсатилган ўзига хос омилларнинг ўзаро таъсири ва уларнинг бир-бирига таъсири гинекологияда касалликларни ташхислаш ва даволаш учун лазер нурланиши ва лазер спектроскопиясидан фойдаланиш имкониятларини аниқлайди. Лазерли люминесценция диагностикаси квант физикаси, биология ва фотокимё тамойиллари ва инвазив бўлмаган диагностика ва ҳужайралар ва морфологик жиҳатдан ўзгартирилган тўқималарда биокимёвий жараёнларни кузатишда мутлақо янги имкониятлар яратади [72].

Патологик жараённинг динамикасини ва/ёки даволанишни кузатиш учун тўқималарда фотосенситизатор тўпланишининг тезлиги ва даражасини аниқлаш жуда муҳимдир. Беморларда даволаш тактикасини танлаш учун текширилаётган тўқималарда метаболизмнинг устун турини (аероб/анаероб) ва қоннинг микроциркуляцияси ва кислородланиш даражасини ва натижада тўқимадаги кислород миқдорини баҳолаш жуда муҳимдир. Лазер спектроскопиясининг асосий фарқи ва афзаллиги унинг ноинвазивлиги ва мулоҳазаларга асосланган ҳолда Реал вақтда текшириш вақтида бевосита ўрганилаётган манфаатдор тўқималарда патологик жараённинг хусусиятини ишончли баҳолаш ва таҳлил қилиш ва аёлларни ўз вақтида даволаш усулини танлашга алоҳида ёндашиш қобилиятидир [55: 63-69].

1.8. Эндометрий гиперплазиясининг дифференциал диагностикаси

Асосий клиник белгилари турли ёш гуруҳли аёлларда эндометрий гиперпластик жараёнлар мено-ёки метроррагия турига кўра бачадон қон кетиши аниқланади. Тез-тез қон кетиши ҳайз давридаги кечикиш, баъзан улар орасидаги циклниги бузилиши сифатида намоён бўлиши мумкин. Улар, одатда, узок муддатли бўлади, унинг турли интенсивли бор. Метаболик касалликлар мавжуд бўлганда, аёллар кўпинча семизлик қон босими, гирсутизм ва кайфиятнинг ўзгаришидан шикоят қиладилар [74: 145-147].

Дифференциал ташхис ўтказишда шунга ўхшаш клиник белгилар кузатилиши ҳисобга олиш керак. Шунга кура куйидагилар билан диф диагностика қиламиз [16:159-165]:

- эктопик ҳомиладорликда;
- тухумдон поликистик синдроми;
- бачадон миомаси;
- аденомиоз;
- эндометрий ўсмалари;
- тухумдон ўсмалари;
- коагулопатиялар ва бошқалар.

Инсулинрезистентлик оқибатида келиб чиққан эндометрий гиперплазиясини куйидаги касалликлардан фарқлаш керак:

Иценко-Кушинг касаллиги (буйрак усти безининг ўсмаси)

- Иценко-Кушинг синдроми (гипофиз беги ўсимта);
- пролактинома;
- андрогенлар ишлаб чиқарувчи буйрак усти безларининг ўсмалари;
- тухумдонларнинг лютеал киста ёки бошқа кисталар ҳосилалари;
- гипотиреоз ва бошқалар.

Даволаш.

Эндометрий гиперплазиясини даволаш икки хил усулда бўлади:

- Консерватив
- Оператив.

Гиперпластик жараённи даволашда қуйидаги факторларга этибор берилади:

- Бемор ёши
- Эндометрийнинг морфологик характери

Этиопатогенези

Соматик касалликлар

Гинекологик касалликлар

Даволаш уч босқични ўз ичига олади:

1. қон кетишни тўхтатиш
2. ҳайз цикли функциясини тиклаш
3. касаллик қайталанишини олдини олиш.

Эндометрий гиперпластик жараёнлар учун гормон даволаш муваффақиятли бўлишига қарамай, жарроҳлик усули ҳали ҳам бачадон танаси шиллиқ қаватида атипик ўзгаришларни даволаш етакчи усули ҳисобланади. Бироқ, кўрсаткичлар бу патология билан беморларни жарроҳлик даволаш учун кенг фарқ қилади. Яқингача жарроҳлик даволаш асосий усули эндометрий гиперпластик жараёнлар билан беморлар гистерэктомия деб қабул қилинди [64: 39-42].

Замонавий эндоскопик технологияларни клиник амалиётга жорий этиш ушбу беморларнинг даволаш тактикасига сезиларли ўзгаришлар киритиш имконини берди. ЭГ жарроҳлик даволаш учун кўрсатмалар:

-қайталанувчи эндометрий гиперплазия мавжуд айниқса нейроэндокрин фонида ривожланган касалликлар (қандли диабет, семизлик, гипертония ва бошқалар);

-тос аъзоларининг бирлашган патологияси (бачадон миомаси, аденомиоз, тухумдон ўсмалари, бачадон касалликлари) мавжудлиги;

-гормон терапиясидан таъсир етишмаслиги, атипия билан оддий ва мураккаб эндометрий гиперплазия;

ЭГ жарроҳлик билан даволашни 2 хил усули бор:

Булар абляция ва гистерэктомия.

Эндоментрийни олиб ташлаш (олиб ташлаш) эндоментрияни кенг таянч электродлари билан электродеструкция ва электр игна билан шиллик қаватни резекциялашни ўз ичига олади. ЭГ ни даволаш энг радикал усули гистерэктомия ҳисобланади. Афсуски, менопаузадан олдин бачадон олиб ташлаш тухумдон функцияси тугаши ва метаболик, эндокрин касалликлар эрта шаклланишига сабабчи бўлади. Гистерэктомия учун эндоментрий ва миоментрий патология комбинацияси учраган тақдирда алоҳида-алоҳида кўриб чиқилиши керак. Радикал жарроҳлик даволаш (умумий ва субтотал гистерэктомия), шунингдек кириш (лапаротомия, вагинал кириш, лапароскопия) кўламини танлаш эндоментрий гиперплазияси хусусиятлари ва шаклига боғлиқ эмас ва бошқа ҳолатлар билан белгиланади, шу жумладан бачадон бўйни ҳолати, гинекологик ёки экстрагенитал патология, жарроҳ маҳорати ва бошқалар [48: 8-10].

Шундай қилиб, тараққиётга қарамай эндоментрий гиперплазияси учун янги даволаш усуллари ўрганишда ушбу патология билан оғриган беморларни даволаш муаммоси бугунги кунга қадар ҳал қилинмаган. Гиперпластик жараёнлар учун даволаш стратегияси аёл ёши, эндоментрийнинг морфологик хусусиятлари, этиопатогенез, ёндош соматик ёки гинекологик мавжудлиги касалликлар каби омиллари ҳисобга олинган ҳолда танланади ва уч асосий босқичларини ўз ичига олади [23]:

- 1) қон тўхтатиш;
- 2) ҳайз функцияси тиклаш;
- 3) касалликнинг қайталанишини олдини олиш.

Аёлнинг ҳаётининг турли ёш даврларида гемостатик терапия ўз хусусиятларига эга ва жарроҳлик билан ифодаланиши мумкин, гормонал гемостаз ва симптоматик бўлмаган гормонал даволашни ўз ичига олади. Ювенил даврда қон кетишида гемостаз доимо симптоматик терапия (утеротоник препаратлар, коагуляцион стимуляторлар, фито-ва витаминли терапия) билан бошланади ва 3-5 кун давом этади. Ногормонал гемостатик даволаш таъсири йўқлигида гормонал гемостаз талаб қилинади. Бу ҳолда

танлов препаратлари эстроген-гестаген монофазали контрацептивлар (марвелон, регулон, Ригевидонфемоден, ва хоказо.)

Жарроҳлик гемостаз қатъий кўрсатмаларга мувофиқ амалга оширилади:

- 1) <70 г/л Нв ва гематокрит $< 20-25\%$;
- 2) консерватив даволаш таъсири йўқлиги;
- 3) эндометрийнинг органик патологиясига шубҳа килинса.

Репродуктив ёшдаги аёлларда эндометрий гиперплазияни бартараф этишда реабилитацияга қаратилган бўлиши керак, шунингдек, овулятор ҳайз циклини тиклашга қаратилган бўлиши керак. Репродуктив ёшдаги аёлларда аденоматоз (атипик) эндометрий гиперплазияни даволашда гормон терапиясининг узлуксиз режимдан бошланади (депо-прогестогенлар, антигонадотроп препаратлар, Гнрг агонистлари). Даволаш самарадорлигини назорат қилиш 3 ойдан сўнг амалга оширилади. Эндометрий гиперплазияси метаболик касалликлар фонида қарши даволаш учун, прогестоген (дюфастон 20 мг, оргаметрил 10 мг ва хоказо.) буюриш яхшироқ бўлади. циклининг 16-данг 25-кунига қадар диетотерапия самарадорлигини оширади [31:1176].

Ҳозирги вақтда эндометрий гиперплазияси жараёнларни даволаш имкониятлари янги дори шакллариининг пайдо бўлиши ва эндоскопик ускуналарнинг такомиллашуви туфайли кенгайди. Бироқ, аввалгидек, эндометрий гиперплазияси жараёнларни даволашда етакчи рол гестагенлар учун хосдир. Препаратни танлаш унинг таъсир механизми хусусиятлари билан белгиланади [53: 108-112].

Прогестогенлар икки асосий гуруҳга бўлинади:

- прогестерон ва прогестерон каби бирикмалар;
- 19-нортестостерон

Бундан ташқари, прогестерон ҳосилалари асосан glandуляр эпителийда тасир қилади, 19-нортестостерон ҳосилалари эса эндометрий атрофияси билан децидуал реакцияга сабаб бўлади. Табиий прогестерон ошқозон-ичак тракти соҳасида ёмон сўрилади, фаол метаболизация қилинади, унинг 20%

кортикостероид билан боғланган, глобулин қолганлари эса албуминга боғлиқ. Прогестерон қисқа (1 соатдан кам) тасири билан ажралиб туради.

Прогестерон билан тизимли боғлиқ синтетик бирикмалар:

- дидрогестерон;
- прегнан;
- норпрегнан

Прогестерон метаболитлари:

- прегнандионлар;
- прегнаноолонлар.

Метаболитлар сульфатлар ва глюкоронид ҳосилаларини ҳосил қилиш учун конъюгацияланади.

Прогестерон каби бирикмалар

Дидрогестерон (дюфастон) - прогестероннинг тизимли модификацияси, С5 ва С6 атомлари орасидаги қўшимча қўш боғ бўлиши билан фарқ қилади. Прогестерон ва дидрогестерон андрогеник хусусиятларга эга эмас. Норпрегнан ҳосилалари пригнан молекуласидан С 19 атомида метил гуруҳини парчалаш йўли билан ҳосил бўлади. Улар пригнан гуруҳининг прогестогенларига қараганда бир оз юқори фаолликка эга. Бу демегестон, промегестон, ва номегестрол асетат ўз ичига олади. 19-Нортестостерон ҳосилалари тестостерон молекуласини ўзгартириб актив этинилланган ва этинилланмаган орал прогестагенлар ҳосил бўлади [69:26-28].

Ҳулоса қилиб айтганда, Перименопауза ёши асосан аёлларда ҳайз кўриш мунтазамлигини йўқолиши бўлиб, ҳайз циклининг регуляриги йўқолиб маълум вақтлар давомида кечикишидан тўлиқ йўқолишигача бўлган даврдир. Бу ҳайзлараро вақт оралиғи бир неча ҳафта ва ойларга ҳам чўзилиши мумкин. Ҳайз қонида ўзгаришлар кузатилиб, ановулятор характерга эга бўлиб, давомийлиги ва характери ўзгаради. Перименопауза ёшидаги аёлларда сурункали яллиғланиш, дистрофик ва гиперпластик эндометриал касалликлар (ГЭК) эндометрий саратонини олдини олиш ва эрта аниқлаш долзарб муаммо бўлиб қолмоқда. Айни пайтда ҳайз кўриш функциясини

тартибга солишнинг ёшга боғлиқ ўзгаришлари кўпинча анормал бачадон қон кетиши билан бирга келади, бу аёлда анемия, уйқу бузилиши, яъни ҳаёт сифатининг бузилишига олиб келади.

Гинекологик беморларнинг 70% сурункали эндометрит кузатилиб, - ҳайз цикли ва ғайритабиий бачадон қон тартибга солиш механизмларини бузилиши енг тез-тез сабабларидан бири бачадон шиллиқ қаватининг сурункали яллиғланишидир. Баъзи жойларда сурункали эндометритнинг учраши кўпайган бўлиб, учрашининг кўпайганлиги бачадон ичи воситаси ва абортлар сонининг ошиши билан боғлиқ. Аксарият 80-90% ҳолларда репродуктив ёшдаги аёлларда сурункали эндометрит аниқланади ва ҳайзнинг бузилиши ва репродуктив функцияларнинг ўзгаришига олиб келади. Гиперплазия диагностикасининг асосий вазифалари гиперпластик жараёнларни аниқлаш ва гистологик текширув натижаларини клиник таҳлил қилиш, гиперплазиянинг гормонга боғлиқлигини аниқлаш айниқса гормонал мувозанатни баҳолашдан иборат.

Эндометрийнинг ортиқча ўсишининг асосий сабаби эстрогенларнинг кўпайиши ва прогестероннинг етишмаслиги натижасида кузатилади. Эндометрий гиперплазияси бу бачадон шиллиқ қаватидан ўсадиган патологик ҳолат ҳисобланади. Бу хавфли ҳисобланиб дастлабки босқичида ҳеч қандай клиник кўринишларсиз давом этиб, келажакда бепуштликка ёки соғлом эндометрий ҳужайрасини ёмон сифатли ҳужайраларга айланишига олиб келади. Перименопауза давридаги аёлларда эндометрий қалинлиги 4мм дан ошса эндометрий гиперплазияси дейилади.

Эндометрийдаги маҳаллий гипоксия (эмбрион тўқималарида ва эрта йўлдошнинг интерстициал бўшлиғида) қон томир ва ангиогенезни тартибга солувчи омил ҳисобланади. Эндометрийнинг морфологик ва функционал хусусияти шундаки, ундаги циклик ўзгаришлар нафақат тухумдоннинг гормонал таъсирига, балки кўплаб маҳаллий жараёнларга - молекуляр ва молекулалараро, шу жумладан стероид гормонлар ва уларнинг рецепторлари

аппарати ўртасида ҳам боғлиқ. Эндометрий гиперплазиясига эга жараёнлар амалий гинекологияда нихоятда муҳим мураккаб ва кўп киррали муаммо ҳисобланади. Унинг ўзига ҳослиги гиперпластик жараёнларнинг узок давом этадиган такрорланадиган йуналишга мойиллиги, ўзига ҳос патологик симптомларнинг йуклиги, дифференциал диагностиканинг мураккаблиги ва даволаш усуллари танлаш билан белгиланади. Бундан ташқари кўп кон йуқотишдан келиб чиқувчи холсизлик, бош айланиши, тери рангининг оқариши, соч тўкилиши, тирноқларнинг синиши кузатилади.

Эндометрийдаги тизимли патологик жараённинг омилларидан бири бу эндометрийдаги вирусли-бактериал инфекциянинг узок муддатли асимптоматик давом этиши фонида гемостаз тизимининг фаоллашиши ва аутоиммун реакциялардир, бу яллиғланишнинг якуний босқичи – тўқималарни тикланишининг тўлиқ эмаслигига олиб келади ва эндометрийнинг сурункали касаллигига олиб келади. Эндометрийдаги яллиғланиш жараёни, натижада парчаланиш жараёнлари устунлик қила бошлайди. Бошқача қилиб айтганда, бу онкологик мойиллик ва баадондаги гиперпластик жараёнларнинг ошиши сабаб бўлиши мумкин.

Гипоксия регуляциянинг турли даражаларида - молекуляр, хужайра, тўқима ва органларда эндометрийдаги таркибий ва функционал муносабатларни тартибга солиш механизмларида етакчи рол ўйнайди деган хулосага келиш мумкин. Баъзи натижаларни сарҳисоб қилиб, адабиёт манбаларини таҳлил қилиб, эндометриал гиперплазия мураккаб морфофункционал жараён бўлиб, унинг келиб чиқиши ва ривожланишида кўплаб генетик, молекуляр биологик, биокимёвий, иммун ва бошқа омиллар иштирок этади. Турли биологик тузилмалар-хужайра ости, хужайра, тўқима ва орган уларда умумий патологик жараённинг таркибий қисмини ташкил қилади. Одатий физиологик маҳаллий ва тизимли тартибга солишнинг бузилиши тизимдаги функционал гомеостазнинг бузилишига ва апоптозга нисбатан пролиферация жараёнларининг устунлигига олиб келади. Хужайра бўлиниши фаоллигининг сезиларли даражада ошиши патологик кўчринишда

неоангиогенезнинг кўпайиши билан бирга келади. Шу билан бирга, эстрадиол ва прогестерон рецепторлари аппаратида фаол ўзгариш мавжуд.

Хозирги кунда замонавий гистерорезектоскопдан нафақат диагностикада жарроҳлик амалиётида ҳам кенг қўлланилмоқда. Гистеросалпингографиядан гистероскопияга қараганда камроқ малумот олинади. Ташҳислаш ҳайз циклининг 7-8 кунда килинади бунда фақат сувда эрийдиган (верографин, урографин, уротраст) контраст моддалардан фойдаланилади. Эндометрий гиперплазиясини аниқлашда сўнгги йилларда бу методдан камдан кам фойдаланилмоқда.

II-БОБ. Текширув материаллари ва услублари.

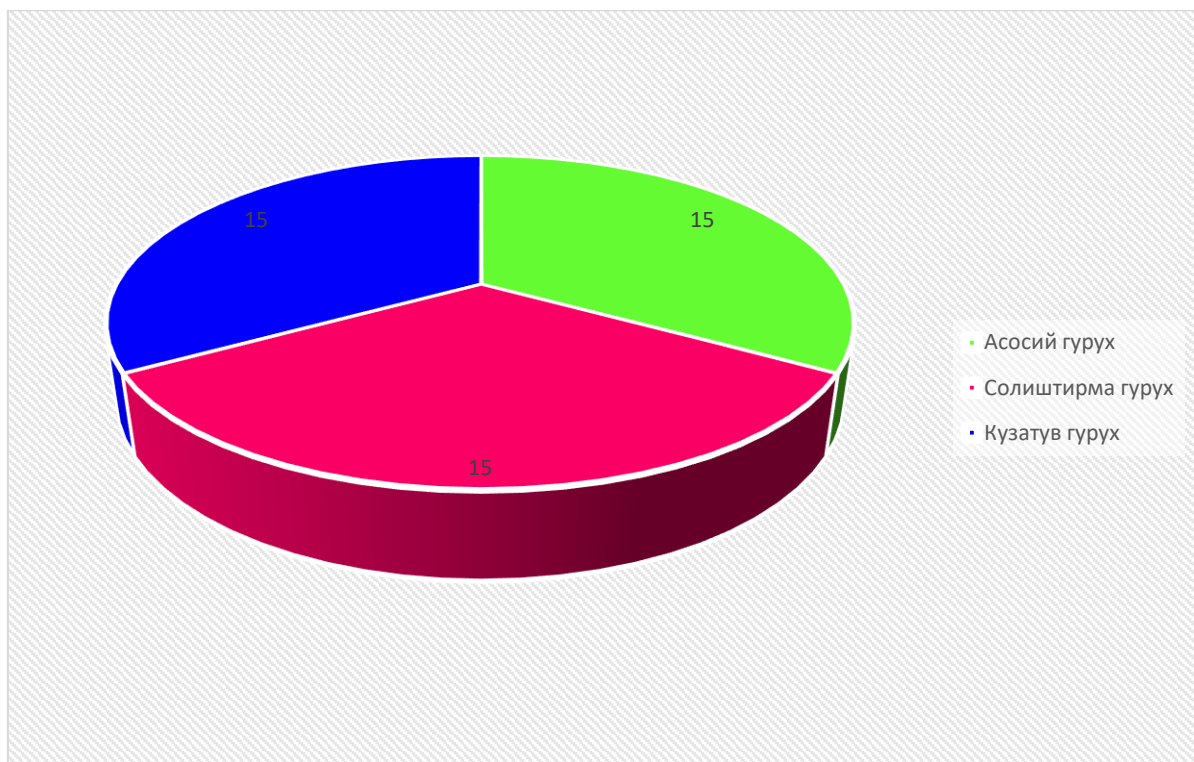
2.1. Олинган беморлар гурухларининг умумий ва клиник характеристикаси.

Олдинга қўйилган вазифаларни аниқлаш учун 2020-2022-йилгача Самарқанд вилоят Перинатал марказида даволанган 45 нафар катта ёшли перименопауза давридаги аёллар ўрганилди. Барча беморлар икки босқичда ўрганилиб, биринчи босқичда беморларга ретроспектив ва проспектив тахлил ўтказилиб 15 нафар беморда эндометрий гиперплазияси бор ва гиперпластик жараёни гистероскоп ёрдамида даволанган бўлиб, даво усуллари ва дори воситаларнинг ножўя таъсирларини кам турлари ўрганилиб, барча тиббий хужжатлари тахлил қилинди. Иккинчи босқичда стационар шароитда ва перименопауза даврида эндометрий гиперплазияси аниқланган, лекин гистероскоп билан даволанмаган; ва перименопауза даври нормал кечган аёллар ўрганилди. Барча аёллар уч гурухга бўлиниб ўрганилди:

-I-гурух- асосий гурух 15 нафар беморлар- перименопауза даврида эндометрий гиперплазияси кузатилган гистероскоп орқали даво ўтказилган.

-II-гурух- таққослаш гурухдаги 15 нафар беморлар- перименопауза даврида эндометрий гиперплазияси бор бўлган аёлларда гистероскоп орқали даво ўтказилмаган.

-III-гурух- кузатувдаги 15 нафар беморлар- перименопауза даври физиологик нормал кечган аёллар.



Расм 2.1. Беморлар гуруҳларининг клиник хусусиятлари.

Беморларнинг касаллик тарихи, анамнез маълумотлари, объектив текширув маълумотлари, лаборатор ва инструментал текширув натижалари, терапевт кўриклари 2020-2022-йиллар давомида Самарқанд вилоят Перинатал марказида ўтказилган. Ҳамма беморлар учун статистик карта тўлдирилиб, қуйидагиларни ўз ичига олган:

1.Беморнинг ижтимоий ҳолати ва оилавий аҳоли. Манзили: анамнестик маълумотлар йиғиш, наслий мойиллиги бор ёки йўқлиги, касалликка мойиллик факторлари: стрессли ҳолатлар, ўткир ва сурункали касалликлари, ёндош қон- томир касалликлари, бачадон ва бачадон бўйни ўсма ва ўсмасимон хосилаларига мойиллик факторлари.

2.Профессional факторлар.

3.Умумий кўрик маълумотлари.

4. Гинекологик анамнези.

5.Ҳайз циклининг хусусиятлари: бошлангани, бошланиш характери, давомийлиги, ўзгаришлар бор ёки йўқлиги.

6.Гинекологик касалликларга мойиллиги (беморнинг ўзида, онасида, синглиси, опасида).

7. Акушерлик анамнези (хомиладорлик, туғруқ, абортлар кечиши).
8. Бошидан кечирган касалликлари.
9. Лаборатор текширувлар умумий қон анализи, умумий сийдик анализи, қоннинг биохимик анализи, коагулограмма, бачадон ултратовуш текшируви, гистероскопияси.
9. Колпоскопист ва гистероскопист мутахассислари кўриги.
11. Соматик касалликлар анамнези (пайдо бўлган вақти, эндометрий гиперплазиясининг кечишига таъсири)



Расм 2.2. Текширилган беморларнинг умумий характеристикаси.

I, II гуруҳга киритиш кўрсаткичлари:

1. Беморлардан мазкур текширишга ёзма розилик хати.

2. Беморларнинг ёши 35-50 ёшгача.

3. Анамнезида қуйидаги ўзгаришлар бўлиши:

- аномал бачадон қон кетиши

- перименопаузада менструал циклниң бузилиши

- УТТ текшируви бўйича эндометрий патологияси

- Тухумдонларнинг муддатдан олдин фолликуляр резервининг камайиши

- Морфологик сурункали эндометрит ва эндометрий гиперплазияси бўлиши.

Чиқариш кўрсаткичлари:

- ёши 35-50 ёшдан кам бўлиши

- репродуктив системада ёмон сифатли ўзгаришлар аниқланиши

- бачадон миомаси

- аденомиоз

- анамнезида тухумдонларда ўсмасимон ўзгаришлар бўлиши.

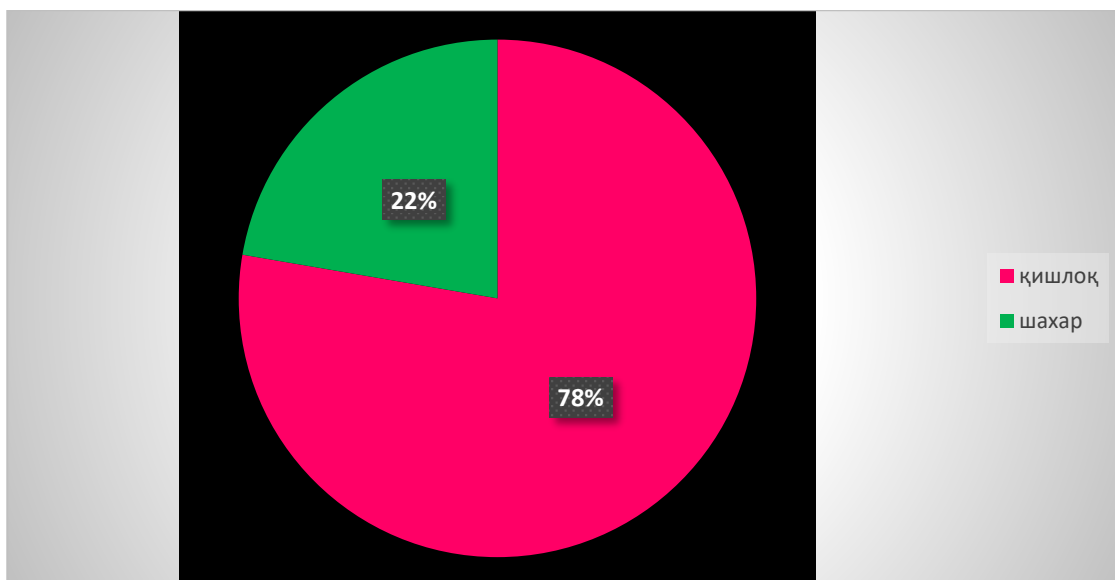
Беморларнинг ўртача ёши 45 ёшдан 55 ёшгача ташкил қилди.

Жадвал 2.1. Клиник гуруҳлар беморларнинг ёши:

Ёши	I- гуруҳ n=15		II- гуруҳ n=15		III- гуруҳ n=15		Жами n=45	
	n	%	n	%	n	%	n	%
45-50	8	53,3	5	33,3	9	60	22	48,8
51-55	7	46,7	10	66,7	6	40	23	51,2
ёш								

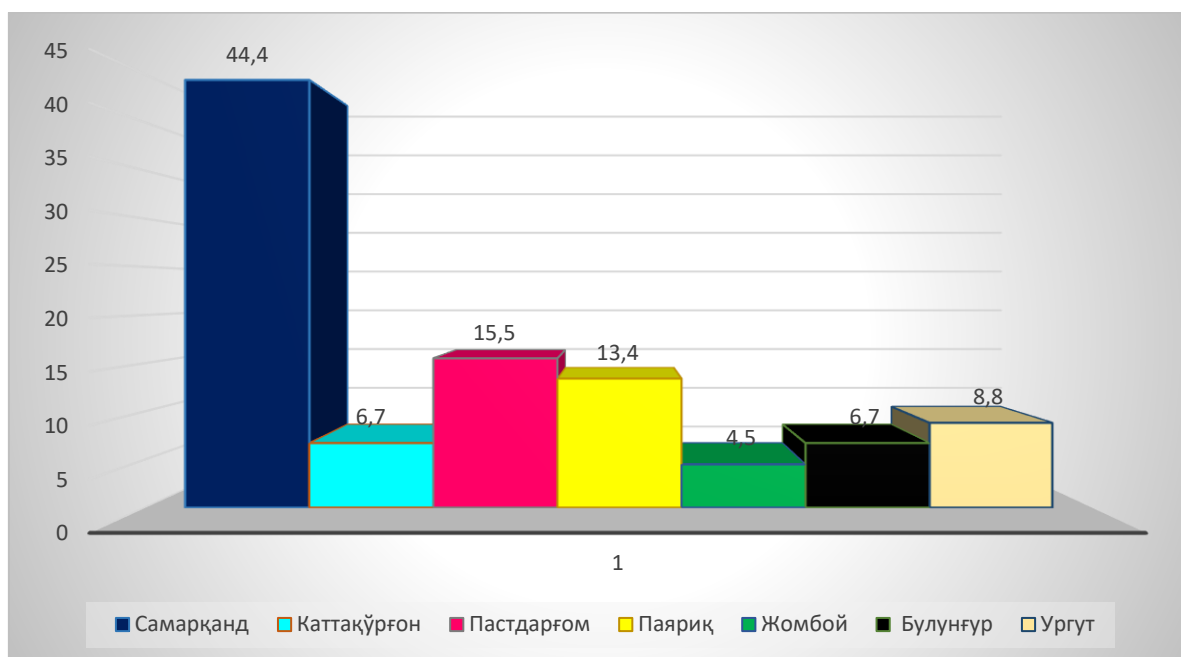
Уччала гуруҳ беморлар ўрганилганда эндометрий гиперплазияси кўпроқ 47 ёшдан кейин учраб, аёлларнинг ёши ошган сари касалликнинг учраши ва асоратланиши ошиб борган.

Беморларнинг яшаш жойи бўйича шаҳар аҳолиси 35 нафар 77,7%, кишлоқ аҳолиси 10 нафар 22,3% ни ташкил қилиб, асосий беморлар шаҳар аҳолиси эди (Расм 2.3).



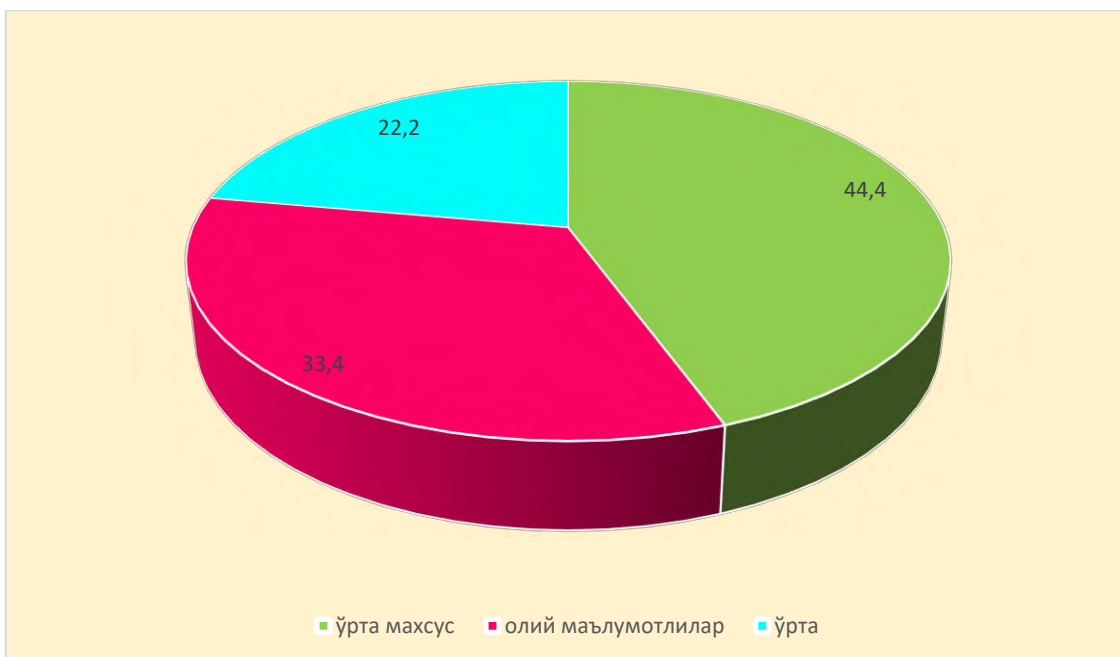
Расм 2.3. Беморларнинг яшаш жойи бўйича тақсимланиши.

Худудлар бўйича Самарқанд тумани- 20 нафар (44,4%), Каттақўрғон- 3 (6,7%), Пастарғом- 7 (15,5%), Паяриқ- 6 нафар (13,4%) , Жомбой- 2 нафар (4,5%), Булунғур- 3 нафар (6,7%), Ургут- 4 (8,8%) ни ташкил қилди (Расм 2.4).



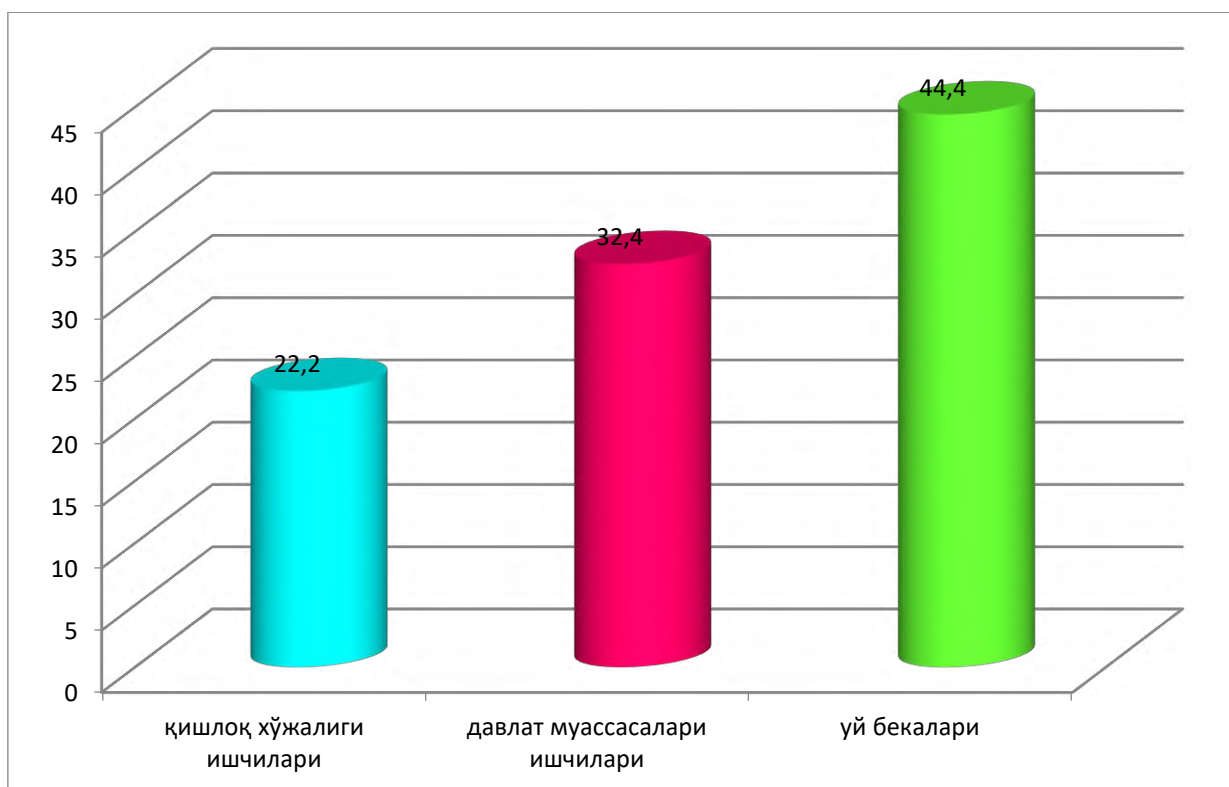
Расм 2.4. Беморларнинг худудлар бўйича тақсимланиши.

Гурухлар бўйича асосий гуруҳдаги беморлар Самарқанд шаҳридан эди. Беморларнинг ижтимоий ҳолатига кўра уй бекалари- 20 (44,4%), давлат муассаларида ишчилар- 15 (33,4%), қишлоқ хўжалиги ишчилари- 10 (22,2%) ни ташкил қилди (Расм 2.5).



Расм 2.5. Беморларнинг маълумотига кўра тақсимланиши.

Беморлардан олий маълумотлилар- 15 (33,4%), ўрта махсус- 20 (44,4%), ўрта- 10 (22,2%) ни ташкил қилди (Расм 2.6).



Расм 2.6. Беморларнинг ижтимоий ҳолатига кўра тақсимланиши.

Ҳайз функцияси

Барча гуруҳ беморларда ҳайз функцияси 11-14 ёшдан бошланган. Ҳайз функциясининг эрта бошланиши 1- гуруҳ беморларда 4,4%, 2- гуруҳда 2,2%,

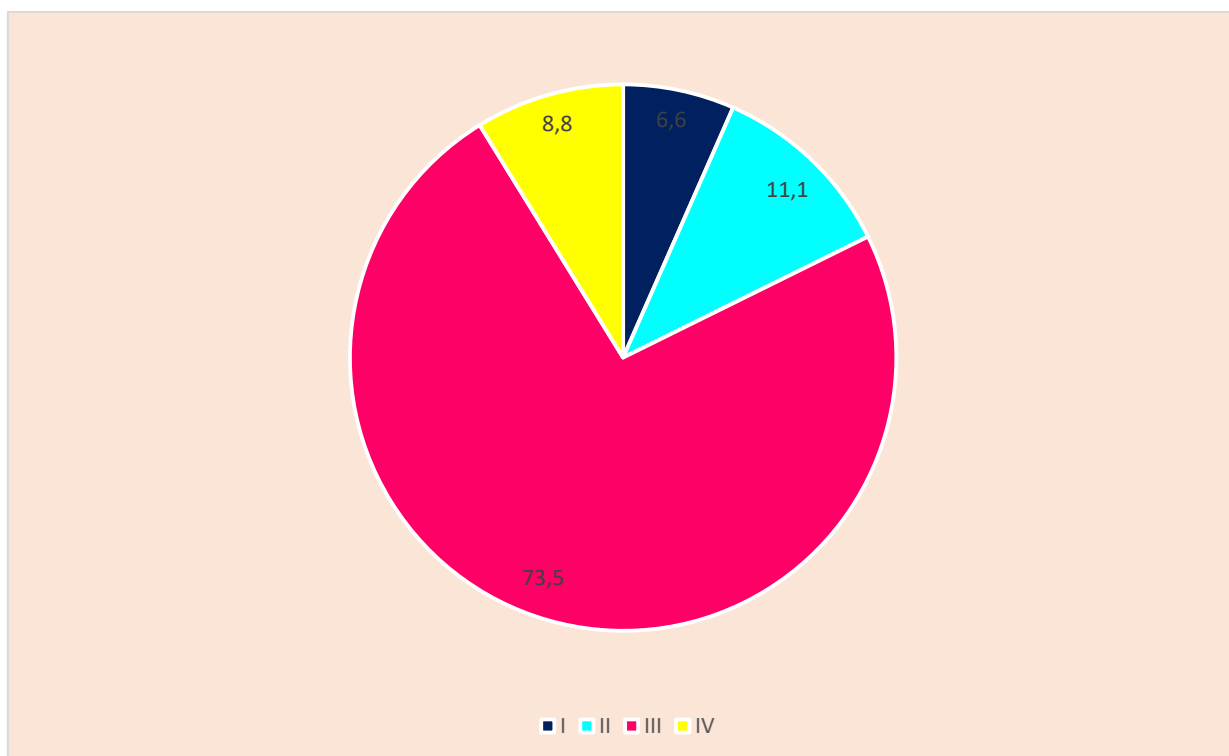
3- гуруҳда кузатилмади. Ҳайз функциясининг кеч бошланиши 1- гуруҳ беморларда 6,6%, 2- ва 3- гуруҳда 2,2% ни ташкил қилди.

Ушбу гуруҳ беморларда 10 нафарида УТТ текшируви МЦ нинг 1- фазасида, 20 нафарида 2- фазасида, 13 нафарида кўп қон кетганлиги сабабли шошилиш қилинган. Эндометрий гиперплазияси анамнезида 18 нафарида бўлиб, 12 нафарида биринчи аниқланди.

Менструал циклининг мунтазамлиги 1- гуруҳ беморларда 6,6%, 2- гуруҳда 8,8%, 3- гуруҳда 100% ни ташкил қилди. Ҳайз функцияси ўртача 3-4 кун бўлиб, барча гуруҳлар ўртасида сезиларли фарқ аниқланмади. Ҳайз циклининг давомийлиги 18-28 кунни ташкил қилди. Анамнезида гиперменорея 66,6% беморда кузатилди. Алгодисменорея асосий ва солиштирма гуруҳ беморларда бўлиб, кузатув гуруҳда беморларда 2,2% ни ташкил қилди.

Репродуктив функцияси.

Аёлларнинг репродуктив функциясига кўра барча гуруҳларда анамнезида ҳомиладорлик 100% кузатилган. Туғруқлар сонига кўра I- 3 нафар, II- 5 нафар, III- 33 нафар, IV- 4 нафарни ташкил қилди (Расм 2.7).



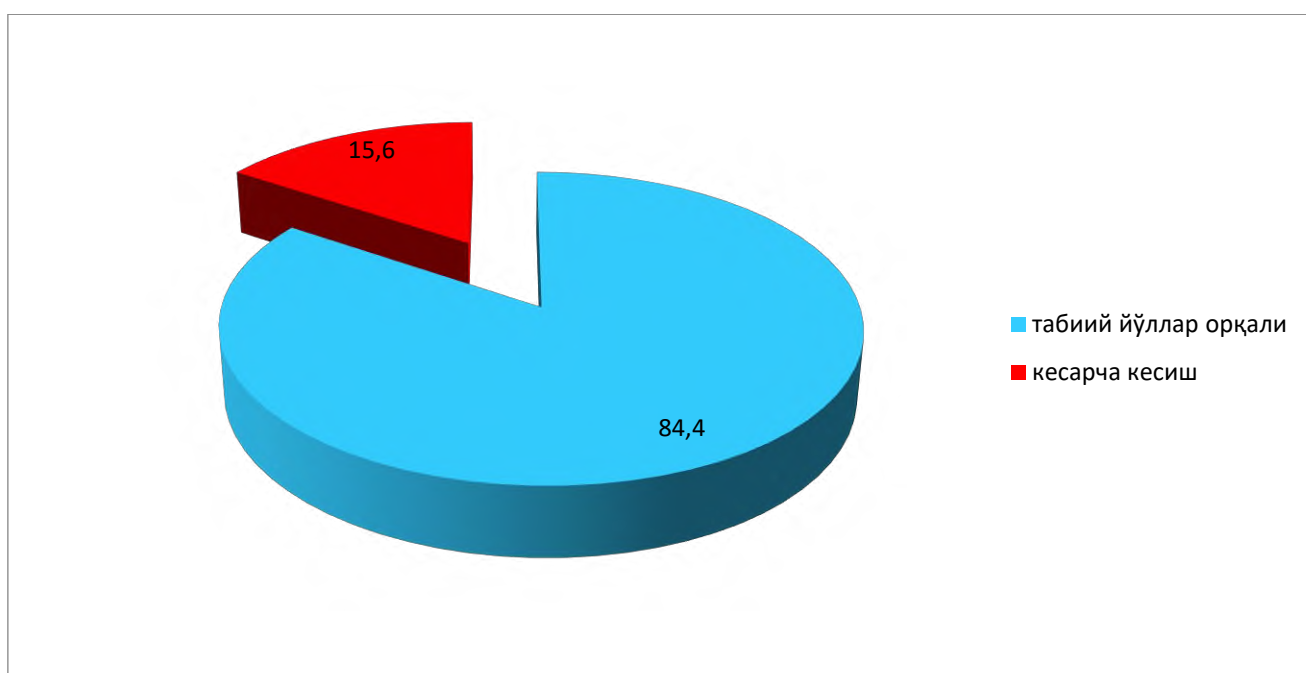
Расм 2.7. Аёлларнинг репродуктив хусусияти (%).

Жадвал 2.2.

Анамнезидаги хомиладорлик сони	Асосий гуруҳ		Таққослаш гуруҳи		Назорат гуруҳи	
	N=	%	N=	%	N=	%
I	-	-	1	6,7	2	13,4
II	1	6,7	1	6,7	3	20
III	10	66,6	13	86,6	10	66,6
IV	4	26,7	-	-	-	-

Жадвал 2.3. текширилган аёлларнинг репродуктив хусусиятига кўра тақсимланиши.

Туғруқнинг табиий йўллар орқали 38 нафар (84,4%), кесарча кесиш орқали 7 нафар (15,6%) ни ташкил қилди.



2.8. Беморларда туғруқнинг кечиши хусусиятлари (%).

Туғруқнинг асоратли кечиши (хомила сувларининг муддатдан олдин кетиши, туғруқ кучларининг сустлиги, нормал жойлашган йўлдошнинг муддатдан олдин кўчиши), туғруқдан кейинги даврнинг асоратлилиги (эрта чилла даврда қон кетиши, эндометрит) 11,1% беморларда кузатилди.

Анамнезига кўра спонтон абортлар 12 нафар (26,6%), ўз- ўзидан ҳомила тушиши 8 нафар (17,7%) да кузатилган.

Анамнезида 42 нафар беморлар контрацепция воситалари презерватив- 4 нафар, тугалланмаган жинсий яқинлик- 2 нафар, гормонал- 6 нафар, бачадон ичи воситаси- 31 нафарни ташкил қилди.

Жадвал 2.3.

Контрацепция тури	Бемор аёлларнинг сони	
	N=	%
Презервативлар	4	8,8
тугалланмаган жинсий яқинлик	2	4,4
Гормонал	6	13,3
Бачадон ичи воситаси	31	68,8
Қўлланилмаган	3	6,6

Жадвал 2.3. Беморлар қўллаган контрацепция турлари.

Анамнезига эътибор берсак ёндош гинекологик касалликлардан бачадон ва унинг ортиқларининг яллиғланиш касалликлари 25 нафар (55,5%) ни ташкил қилди. 2.4 жадвалда гинекологик касалликларнинг учраш частотаси кўрсатилган.

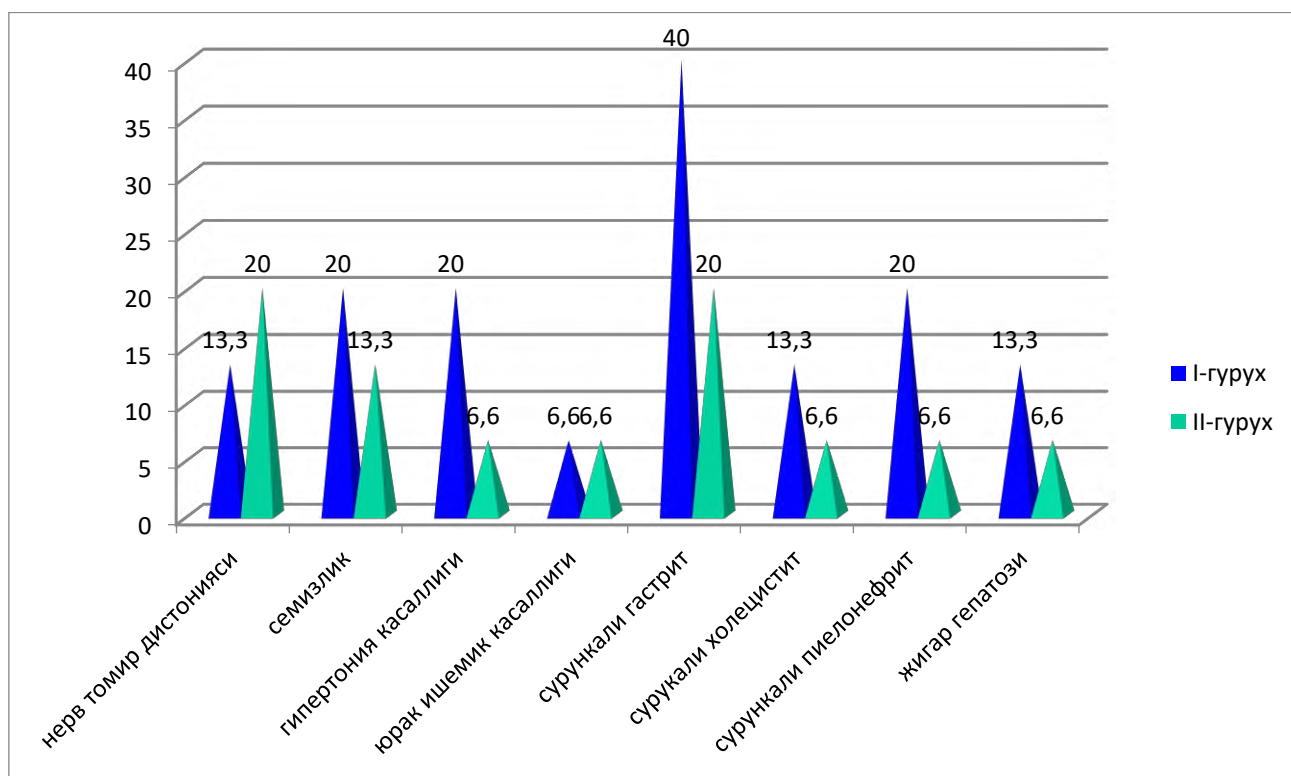
Жадвал 2.4.

Гинекологик касалликлар номи	Бемор аёлларнинг сони	
	N=	%
Сурункали салпингоофарит	12	26,6
Сурункали эндометрит	14	31,1
Бачадон миомаси	5	11,1
Бачадон танаси эндометриози	4	8,8
Тухумдоннинг функционал кистаси	2	4,4
Бачадон бўйни фон касалликлари	16	35,5

Диффуз қон кетганлиги сабабли бачадонни диагностик қириш 10 нафар (11,1%) беморларда ўтказилган.

Беморлардаги ёндош касалликлар

Текширилган беморларда анамнезида нейр-томир дистонияси- 1-гурухда 2 нафар (13,3%), 2-гурухда 3 нафар (20%), семизлик-3 нафар (20%), 2 нафар (13,3%) , гипертония касаллиги- 3 нафар (20%), 1 нафар (6,6%), юрак ишемик касаллиги-1 нафар (6,6%), 1 нафар (6,6%), сурункали гастрит- 6 нафар (40%), 3 нафар (20%), сурункали холецистит- 2 нафар (13,3%), 1 нафар (6,6%), сурункали пиелонефрит-3 нафар (20%), 1 нафар (6,6%), жигар гепатози- 2 нафар (13,3%), 1 нафар (6,6%) ни ташкил қилган.



Расм 2.10. Беморларнинг анамнезидаги соматик касалликлари.

2.2. Текшириш усуллари.

2.2.1. Умумий клиник текшириш усуллари

Беморларни биринчи мурожаатида шикоятлари таҳлил қилинди, анамнез йиғишда ҳайз функциясининг характери (менархе ёши, ҳайз циклининг мунтазамлиги, ҳайзнинг характери ва меноррагия, дисменорея белгиларининг мавжудлиги ва бошқаларга алоҳида эътибор берилди), бундан ташқари контрацепция усуллари, репродуктив функциянинг хусусиятлари (жинсий ҳаётнинг бошланиши ёши ва жинсий шериклар сони, ҳомиладорликнинг мавжудлиги ва сони, уларнинг натижаси, бепуштлик мавжудлиги ва бепуштлик давомийлиги, анамнезида ЭКУ сони), ўтказилган гинекологик касалликлар, шу жумладан яллиғланиш касалликлари, гиперпластик жараёнлар, кичик чанв аъзоларида оператив аралашувлар бўлганлиги, сурункали эндометрит ва бачадон гиперплазияси кузатилганлиги, даволанганлиги ёки даволанмаганлиги аниқланди.

Беморларнинг объектив ҳолатини ўрганиш ташқи текширишдан бошланди (беморнинг конституцияси, ёғ тўқимасининг хусусиятлари, терининг ҳолати, туқланиш характери, сут безларининг ҳолати). Текширувга беморларнинг бўйи ва вазнини аниқлаш, қон босими ва пулс тезлигини ўлчаш, лимфа тугунларининг ҳолати (қўлтиқда), сут безларини пайпаслаш киритилган. Экстрагенитал тизимларнинг органлари текширилди.

Беморларни стандарт гинекологик текшириш, уларнинг анатомик хусусиятлари (қин деворларининг бурмалилиги, бачадон ва қин шиллик пардалари ҳолати, ҳажми ва шакли, бачадон бўйни шакли, ташқи бўғиз ҳолати, қин ва бачадон бўйнидаги ўзгаришлар), жинсий йўлларида секретция табиати баҳолаш кўзгулар ёрдамида ташқи жинсий аъзолар ва бачадон текшириш киритилган.

Бимануал текширувда бачадон ҳолати ва унинг ортиқлари (бачадон ва тухумдонларнинг ҳолати, катталиги, шакли, консистенцияси, оғриқлилиги ва ҳаракатчанлиги, бачадон ва унинг ортиқларининг ҳажмий ҳосилаларининг

мавжудлиги ва табиати), шунингдек тос бўшлиғида битишмаларнинг мавжудлиги ва характери ҳақида маълумот берди.

Жадвал 2.5.

Текшириш методлари номи	Текширилган беморлар сони	
	n=	%
УҚА	45	100%
УСА	45	100%
Қон биохимияси	45	100%
Коагулограмма	45	100%
Бачадон УТТ	45	100%
Гистероскопия	30	66,6%
Терапевт кўриги	45	100%

Бошланғич босқичда текширилган беморлардан тўлиқ анамнез йиғилиб, клиник-лабаратор текширув, гинекологик кўрик, бимануал текшириш усуллари қилинди. Кейинчалик УТТ ва гистероскопия текшируви кўрсатмаларга асосан қилинди.

Кузатувдаги гуруҳ беморларда перименопауза даврининг кечиши қолган гуруҳдагиларга нисбатан қоникарли бўлганлиги сабабли гистероскопия текшируви ўтказилмади.

Комплексли ултратовуш текширувининг информацион қийматини баҳолаш учун беморларни текшириш икки босқичда амалга оширилди (стандарт В-режимли ултратовуш текшируви ва ултратовушли ангиография).

Барча ултратовуш текширувлари Hitachi HI VISION Preirus аппаратида амалга оширилди.

Дастлабки босқичда барча беморлар қовуқ тўлдирилган ҳолда умумий қабул қилинган метод орқали 3.5-5.0 МНz конвекс датчиги ёрдамида трансабдоминал ултратовуш текширувидан ўтказилди. Тос аъзоларининг топографик анатомияси ва уларнинг тузилишига баҳо берилди, бачадон ва тухумдонларнинг ўлчамлари ўлчанди. Тосдаги ўзгаришларни аниқлашда уларнинг локализацияси, шакли ва контурлари аниқланди, ҳосил бўлиш ўлчовлари амалга оширилди, кейинчалик ҳажми ҳисоблаш йўли билан амалга оширилди. Сўнгра ҳосил бўлган эхоструктурага баҳо берилди. Қовуқни бўшатгандан сўнг трансвагинал ултратовуш 8-4 МНz частотали эндокавитал датчик ёрдамида амалга оширилди. Бачадон бўйни ва танаси, тухумдонлар ва бачадон найлари синчковлик билан текширилди. Бачадонни яхшилаб текшириш учун ўрганиш бўйлама, кўндаланг ва қийшиқ сканерлаш текисликларида олиб борилди. Бачадон танасининг ҳолати, шакли, контурлари баҳоланди, бачадон ўлчамлари ўлчанди. Бўйлама кўздан кечиришда аденомиоз белгиларини аниқлаш мақсадида бачадоннинг олдинги ва орқа деворларининг қалинлиги ўлчанди. Миометрийнинг тузилишини баҳолашда миоматоз тугунларнинг мавжудлиги, уларнинг локализацияси ва ҳажми аниқланди. Эндометрий ва бачадон бўшлиғининг контурларини деформацияловчи йирик интерстициал миоматоз тугунларга, шунингдек, субмукоз жойлашган миоматоз тугунларга алоҳида эътибор қаратилди.

Эндометрий ва бачадон бўшлиғининг ҳолати аниқлик билан ўрганилди. Эндометрий қалинлиги ўлчаш бўйлама усул орқали амалга оширилди. Эндометрийнинг қалинлиги бачадон танасидан бўйлама сканерлаш орқали ва бир вақтнинг ўзида цервикал канални кўриш имконияти, максимал кенгайганлиги, бачадонни перпендикуляр тўғри бурчагибир томондаги шиллик, мушак қавати ва бошқа деворнинг ўхшаш чегараси орасидаги масофа. Эндометрий контурларининг аниқлиги ва ўрта қизиғи, бачадон бўшлиғининг шаклига ва унинг деформацияларининг мавжудлигига мос келиши эндометрийнинг эхогенлиги ва структураси ҳайз цикли фазасига ёки менопаузанинг давомийлигига тўғри келади. Бачадон бўшлиғи кенгайган

ҳолатларда уни ўлчаш амалга оширилди, таркибнинг тузилиши ва табиати аниқланди. Эндометрий патологияси аниқланган ҳолларда унинг локализацияси аниқланди, ўлчашлар ўтказилди, тузилиши ва эхогенлиги ҳамда инвазив даражаси баҳоланди. Шубҳали қисм аниқланганда, унинг кўринишини яхшилаш учун тўқималар гармоникаси ва адаптив ранг бериш режими кўшимча равишда ёқилди.

Бачадон ва эндометрий қон- томирларида қон оқими параметрларини баҳолаш учун, шунингдек, патологик ҳосилалар, ранг Допплер ва энергия хариталаш техникаси ишлатилган. Допплер таҳлилига ўрганиш соҳасидаги ранг локининг сони, қон оқимининг табиати, шунингдек, асосий Допплерометрик кўрсаткичлар: қаршилиқ индекси ва максимал систолик қон оқими тезлигини аниқлаш киритилган. Бачадон томирларини батафсил ўрганиш учун энергия хариталаш режими ишлатилган, бу деярли барча томирларни қон оқимининг ҳар қандай бурчаги ва йўналиши бўйича тасаввур қилиш имконини берди. Тасвирни Допплер хариталаш режимида оптималлаштириш учун (сифатли ва миқдорий хусусиятларни баҳолаш учун) ултратовуш текширувининг алоҳида параметрлари ўрнатилди: пулс такрорланиш частотаси, сигнал кучи, уларнинг давомийлиги, тўйинганлиги, томир девори филтри. Бачадон артерияларининг визуализация частотаси уларнинг қон билан таъминланиш интенсивлиги ва архитектуроникасини янада баҳолаш билан аниқланди.

Қон оқимининг тури (артериал, веноз, аралаш) ҳам баҳоланди. Визуализацияни яхшилаш учун сўров ойнаси қизиқиш майдонига ўрнатилди, индивидуал созламалар ўрнатилди. Кўрсатилган сигналларнинг ёрқинлиги шундай ростланганки, унда кўрув томирлари жойлашган умумий бўяладиган доғлар кўринишидаги тўқималарнинг ҳаракатланишига ҳеч қандай аралашини кузатилмаган. Рангнинг ёрқинлиги томирдаги қон оқимининг тезлигига мутаносиб эди, қизил ранг эса қоннинг сенсорга, кўк эса сенсордан ҳаракатини акс эттирди. Энг кичик томирларни визуаллаштиришни яхшилаш учун қурилманинг «ZOOM» функциясидан фойдаланилди.

Шубхали соҳада васкуляризация тури ва даражаси аниқланди, қон томир доплерометрияси камида уч хил рангли локларда қон оқими тезлиги эгри чизигини рўйхатга олиш билан амалга оширилди. Артериал спектрни таҳлил қилишда максимал систолик ва якуний диастолик қон оқимининг тезлиги қайд этилди, кейинчалик периферик қон томир қаршилигининг кўрсаткичлари бўлиб, қаршилик индексини, пулсация индексини ва систолик-диастолик нисбатни автоматик равишда ҳисоблаш учун ишлатилди.

Барча беморларга жарроҳлик гистероскопи қўлланилди.

Гистероскопияг гинекологиядаги эндоскопик текшириш усули бўлиб, бачадон бўшлиғини текширишга имкон беради. Биринчи марта гистероскопия Панталеони томонидан 1869 йилда систоскопга ўхшаш асбоб ёрдамида амалга оширилган. Диагностик ва хирургик гистероскопия фарқланади. Барча инструментал текширувлар орасида замонавий гистероскопия усуллари деярли даволаш ва ташхис учун информатив усуллардан бири ҳисобланади. Бачадон бўшлиғининг визуал текшируви бачадон ичи патологиясини аниқлашга имкон беради. Ҳар қандай инвазив усул каби, гистероскопия катта жарроҳлик маҳоратини талаб қилади.

Гистероскопия оператив аралашув сифатида қараб барча клиник ва лабаратор текширувлардан кейин қилиниши керак. Кекса беморлар айниқса семизлик кузатилганда қондаги глюкоза миқдорини аниқлаш керак. Бимануал текширув маълумотлари, қин суртмаси текширувида яллиғланиш жараёнлари бўлмаслиги керак. Бачадонда патологик ўзгаришлар бўлиб ёндош касалликлар аниқланганда анестезия усулини қўллаш керак. Қиннинг III- IV тозалик даражаси бўлганда қин санациясини талаб қилади.

Режалаштирилган гистероскопия қуйидаги талабни ўз ичига олиши керак:

- ичакни тайёрлаш (манипуляция арафасида тозаловчи клизма қилинади);
- текширувдан олдин қовуқни бўшатиш .
- операция оч қоринга бажарилади.

Режалаштирилган гистероскопия яхши ҳайз циклининг эрта пролифератив босқичида амалга оширилади (циклнинг 5 куни), эндометрий юпка ва қон кетиши кузатилади. Баъзи вақтларда ҳайз циклининг секретор босқичида эндометрий ҳолатини баҳолаш керак бўлади. Бундай ҳолларда, гистероскопи ҳайз олдин 3-5 кун амалга оширилади. Бачадон деворларининг ҳолатини шиллиқ қаватни олиб ташлаганидан кейин назорат гистероскопияси билан баҳоланади. Перименопауза ва постменопауза давр беморларида, шунингдек, шошилиш вазиятларида гистероскопия вақти асосий аҳамиятга эга эмас.

Одатда, бачадон бўшлиғи кичик ўлчамдаги ёпиқ ёриқ бўлиб, тўлиқ визуализация учун бачадон бўшлиғидан уни бирор муҳит ёрдамида кенгайтириш керак. Кенгайтириш учун ишлатиладиган моддага қараб газ ва суюқ гистероскопия фарқ қилинади. Газсимон муҳитдан фойдаланилганда диагностик гистероскопия пайтида қон бўлмаслиги тавсия этилади. Кенгайтириш воситасида сифатида карбонат ангидрид ишлатилади.

Кўп жарроҳлар суюқ гистероскопияни афзал кўради. Бачадон бўшлиғини кенгайтириш учун юқори ва паст молекуляр оғирликдаги суюқликлар ишлатилади. Асосий кенгайтиришда 0,9% ли натрий хлорид, рингер Лактат эритмаси, 5% глюкоза эритмаси ишлатилади. Аёл гинекологик креслога жойлаштирилади. Ташқи жинсий аъзолар ва қинга 5% йод эритмаси ёки спирт билан ишлов берилади ёки спиртли ичимликлар. Гистероскопиядан олдин бимануал кўрик ўтказилиб, бачадон жойлашиши ва унинг ҳажмини аниқлаш учун қилинади.

Бачадон бўйни олд лаби юмшоқ қисқич билан цервикал канални тўғирлаш учун ушланади. Цервикал канал Гегер кенгайтиргичи ёрдамида кенгайтирилади. Бунда бачадонга чуқур кирмаслик керак. Чуқур кирилса эндометрий зарарлаш мумкин. Газли гистероскопияда цервикал канал кенгайтирилмайди. Гегар кенгайтиричининг 6-7 қўлланилиб, баадон бўйни кенгайтирилгандан кейин оптиксиз найи киритилади. Най орқали 40-50мл

суяқлик бачадон бўйнини қондан тозалаш мақсадида жўнатилиб, сўргич ёрдамида бачадон бўшлиғидан чиқарилади. Гистероскопни оптик найига ёруғлик ўрнатилади. Най ичидаги клапанлар бирига уланган гистерофлатордан 50-60 мл / мин тезликда карбонат ангидрид юборилади. Бунда бачадон бўшлиғидаги босим 40-50 мм.сим.уст. дан ошмаслиги керак. Суяқли гистероскопияни қўллашда цервикал канални ортиқча суяқликнинг яхши чиқиши учун 11-12-га қадар дилаторлар билан кенгайтириш керак. яхшидир. Суяқликнинг доимий кириши ва чиқиши учун икки каналли (узлуксиз) гистероскопли корпусли тизимдан фойдаланилади.

Телескоп гистероскоп танасига жойлаштирилади ва ўрнатилади. Гистероскопни киритишдан олдин бачадон бўшлиғи, бачадон бўшлиғини кенгайтириш учун ёруғлик манбаи ёқилади. Гистероскоп бачадон каналига киритилади ва кўриш назорати остида аста-секин бачадон бўшлиғига ўтади. Олдин бачадон бўшлиғини текшириш учун етарлича кенгайгунча кутиш керак. Бачадон бўшлиғини мўлжали бачадон найлари оғзини ҳисоблайди. Газ ёки қон пуфакчалари туфайли кўриш ёмон бўлса, улар бачадон бўшлиғидан чиқиб кетганча кутиш керак. Кетма- кет бачадоннинг барча деворлари, бачадон найларининг оғизлари соҳаси ва чиқишда бачадон бўйни канали диққат билан кўздан кечирилади.

Текширув давомида эндометрийнинг ранги ва қалинлигига, ҳайз даврининг кунига мос келишига, бачадон бўшлиғининг шакли ва катталиги, айрим патологик тузилмалар, деворларнинг рельефи, бачадон найлари оғизларининг ҳолатига эътибор бериш керак.

Пролиферация фазасида эндометрий

Пролиферация босқичида эндометрийнинг гистероскопик кўриниши ҳайз даврининг кунига боғлиқ. Эрта пролиферация босқичида (ҳайз цикли 7 кунгача), эндометрий ингичка, силлик, оч пушти, баъзи жойларда кичик қон қуюлиш сохалари бўлади. Фаллопий найчаларининг оғзи кўриш бурчаги 30

градусли телескоп билан ёки унинг буриш орқали кўриш мумкин. Телескоп бачадон найларининг оғизларига яқинлашган сари тасвир кўриш интенсивлиги ортади. Оғизларига босим юборилганда улар очилиб ёпилади.

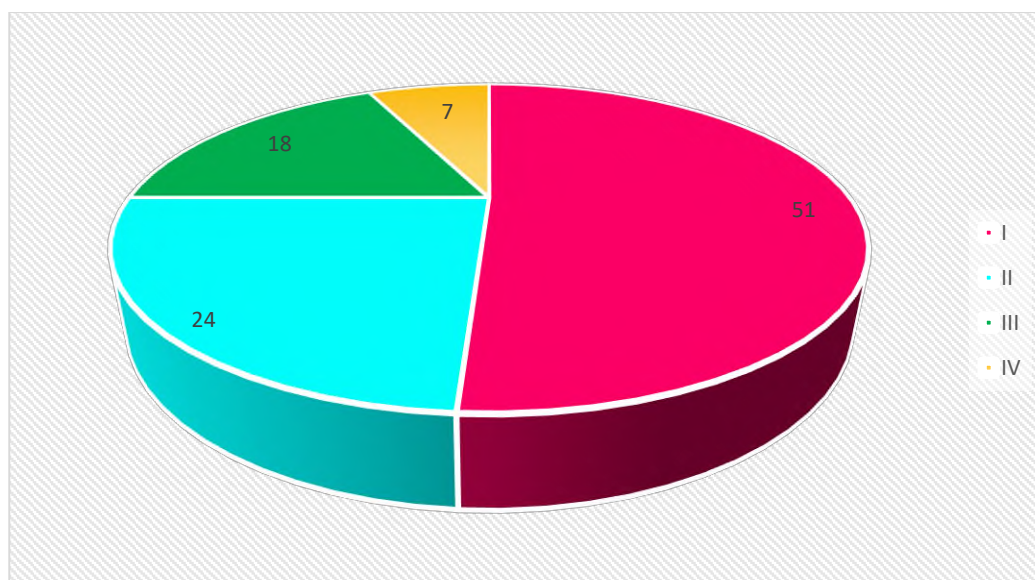
Гемостаз тизимини баҳолаш клиник лабораторияда олиб борилиб, фибриногеннинг плазмадаги миқдори гравиметрик усул ёрдамида тромбопластин экстрактлари аниқланди.

Тромбопластинни маълум қисман активлик муддатини аниқлаш (АЧТВ) плазмадаги стандарт контакт ва фосфолипид активацияси тромбоцитларнинг рекальцификацияланиб ивишига кетган вақтни аниқлаш. АЧТВ ички актив ивиш кўрсаткичи бўлиб, нормада 20-40 секундни ташкил қилади.

Рекальцификация активлашиш вақтини аниқлаш (АВР) ички ивиш кўрсаткичи бўлиб, нормада 60-80 секундни ташкил қилади.

Протромбин индекси (ПТИ) ташқи ивиш кўрсаткичи бўлиб, нормада 80-110% ни ташкил қилади.

Қон гурухларига кўра: I- 23 (51%), II- 11 (24%), III- 8 (18%), IV- 3 (7%) ни ташкил қилди (Расм 2.10).



Расм 2.11. Беморларнинг қон гурухига кўра тақсимланиши.

Хулоса қилиб айтганда перименопауза ёшидаги аёлларда эндометрий гиперплазиясини ўрганиш учун Самарқанд вилоят перинатал марказида

текширув ўтказилган 45 нафар аёллар уч гурузга бўлиниб ўрганилди. Уччала гурух беморлар ўрганилганда эндометрий гиперплазияси кўпроқ 47 ёшдан кейин учраб, аёлларнинг ёши ошган сари касалликнинг учраши ва асоратланиши ошиб борган. Беморларнинг яшаш жойи бўйича тахлил қиладиган бўлсак беморлар сахар ахолиси бўлиб 77,7% ни ташкил қилди. Гурухлар бўйича асосий гурухдаги беморлар Самарқанд шаҳридан эди. Беморларнинг ижтимоий ҳолатига кўра уй бекалари- 20 (44,4%), давлат муассаларида ишчилар- 15 (33,4%), қишлоқ хўжалиги ишчилари- 10 (22,2%) ни ташкил қилди. Беморлардан олий маълумотлилар- 15 (33,4%), ўрта махсус- 20 (44,4%), ўрта- 10 (22,2%) ни ташкил қилди.

Ҳайз функциясига кўра менструал циклининг мунтазамлиги 1- гурух беморларда 6,6%, 2- гурухда 8,8%, 3- гурухда 100% ни ташкил қилди. Ҳайз функцияси ўртача 3-4 кун бўлиб, барча гурухлар ўртасида сезиларли фарқ аниқланмади. Ҳайз циклининг давомийлиги 18-28 кунни ташкил қилди. Анамнезида гиперменорея 66,6% беморда кузатилди. Алгодисменорея асосий ва солиштирма гурух беморларда бўлиб, кузатув гурухда беморларда 2,2% ни ташкил қилди.

Беморларнинг репродуктив функциясига эътибор берадиган бўлсак барча гурухларда анамнезида ҳомиладорлик 100% кузатилган. Туғруқлар сонига кўра I- 3 нафар, II- 5 нафар, III- 33 нафар, IV- 4 нафарни ташкил қилди. Туғруқнинг табиий йўллар орқали 38 нафар (84,4%), кесарча кесиш орқали 7 нафар (15,6%) ни ташкил қилган.

Беморларда кузатилган соматик касалликлардан нейр-томир дистонияси- 1-гурухда 2 нафар (13,3%), 2-гурухда 3 нафар (20%), семизлик-3 нафар (20%), 2 нафар (13,3%) , гипертония касаллиги- 3 нафар (20%), 1 нафар (6,6%), юрак ишемик касаллиги-1 нафар (6,6%), 1 нафар (6,6%), сурункали гастрит- 6 нафар (40%), 3 нафар (20%), сурункали холецистит- 2 нафар (13,3%), 1 нафар (6,6%), сурункали пиелонефрит-3 нафар (20%), 1 нафар (6,6%), жигар гепатози- 2 нафар (13,3%), 1 нафар (6,6%) ни ташкил қилган.

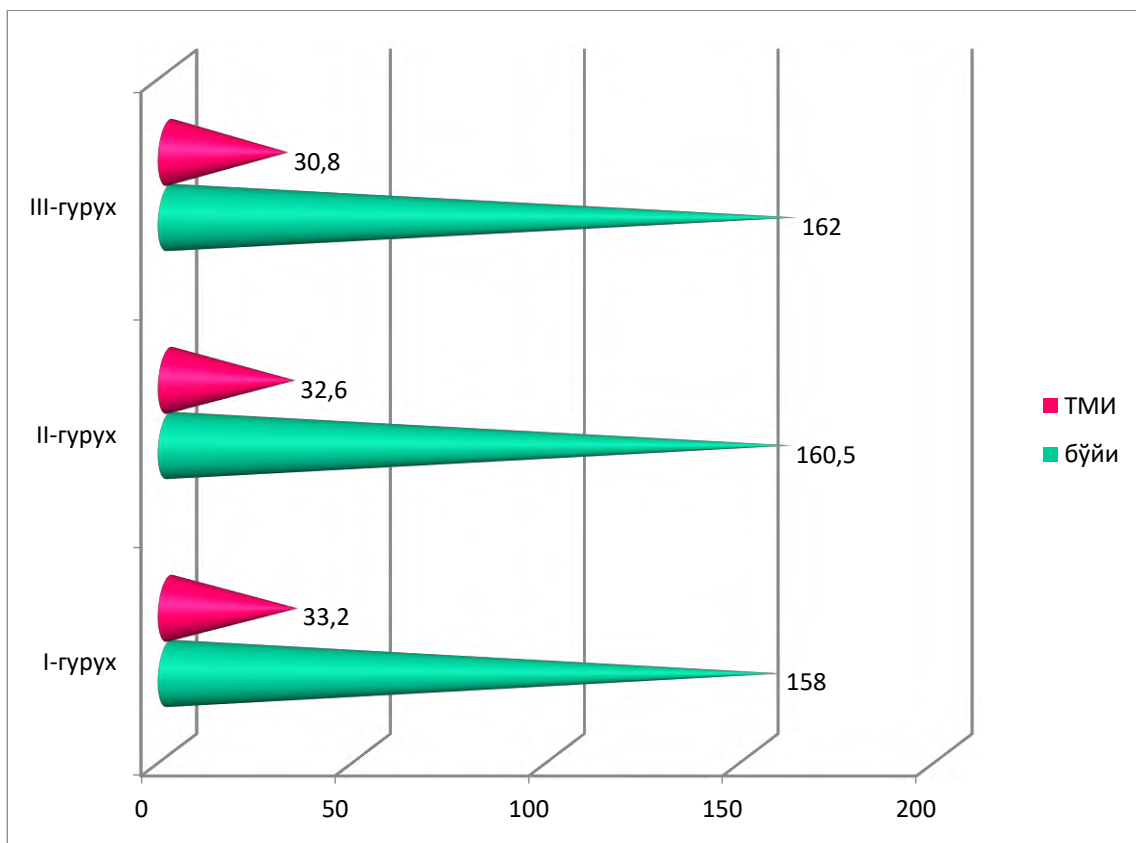
Беморларнинг деярли ярми 1-қон гуруҳига кириб, 4-гуруҳ беморлар кам миқдорни ташкил қилди.

III-БОБ. Текширув натижалари ва хулосалар.

3.1. Беморларда мазкур касалликда кузатилган ўзгаришларнинг клиник хусусиятлари

Олдинга қўйилган масалаларни хал қилишда перименопауза ёшидаги аёлларда эндометрий гиперплазияси кузатилганда гистероскопия усули ёрдамида ташхислашда келиб чиқиши мумкин бўлган асоратларни ўрганиш мақсадида Самарқанд вилоят перинатал марказида 2020-2021- йиллардаги 30 нафар бемор аёллар ўрганилди.

Перименопауза ёшидаги аёлларда эндометрий гиперплазияси кузатилганда гистероскопия усули ёрдамида ташхислаш ва даволашдан келиб чиқиб 2 гуруҳга бўлиб ўрганилди. Умумий обектив кўрикда тана тузилиши, тукланиши, кўкрак безларининг ҳолати, тери ости ёғ қаватининг ҳолати, таянч- ҳаракатланиш тизими, соматик касалликлари, нафас, юрак қон- томир, сийдик ажратиш системалари, ёндош касалликлари бор ёки йўқлиги ўрганилди. Беморларнинг умумий кўригида бўйи 160-167 см, тана массаси индекси 29-38, иккиламчи жинсий белгилар, кўкрак безлари ва тукланиши нормал типда бўлиб, аёлларга хос эди.



Расм 3.1. Беморларнинг тана масса индекси ва бўйи бўйича тақсимланиши

Гинекологик текширувлардан ректоабдоминал ва бимануал текшируви 30 нафар беморда ўтказилди. Гинекологик текширувда ташқи жинсий аъзолар нормал ривожланган бўлиб, тукланиш аёл типига мос. Қин дахлизида қин бурмалари аниқланиб систоцеле 20% беморларда аниқланди. Ректоабдоминал текширувда: бачадон катталашгани аниқланиб, бачадон ортиқлари 15 нафар (50%) беморда аниқланди. Текширилган беморларнинг барчасида параректал тўқима соҳасида ўзгаришлар аниқланмади.

Барча беморларга умумклиник, клиник-лабаратор, инструментал текширув усуллари, стандарт бўйича қин суртмасининг бактериоскопик текшируви ўтказилди. Қоннинг биохимик анализи ва коагулограмма иккала гуруҳ беморларда ўтказилди.

Перименопауза ёшидаги аёлларда эндометрий гиперплазияси бўлган беморларнинг тиббий хужжатлари ўрганилганда генетик анамнезига эътибор қаратилди. Шу билан бирга 6 та биринчи даражали қариндошларида (20%), беморларнинг -она, опа - синглисида гиперменорея, гиперменораггия типига

кўра репродуктив тизимда бузилишлар қайд қилинди. Шундай қилиб, текширилган аёлларнинг 70% касалликнинг ривожланишига генетик мойилликка эга. Бундан ташқари, репродуктив ёшда ҳомиладорлик даврида 80% беморларда семизлик , 10 нафар она (33,3%) ҳомиладорлик асоратлари ва соматик патологияни даволашда турли хил дорилар - гормонал, антибиотиклар, шу жумладан, ҳомила тушиш хавфи бўйича ва 12 нафар (40%) оналар ҳомиладорлик даврида кучли вирусли инфекция билан касалланган. Текширув вақтида беморларда учраган экстрагенитал касалликлар 1-жадвалда берилган.

Жадвал 3.1.

Нозология	1-гурух		2-гурух	
	н=15	%	н=15	%
Анемия	15	100	15	100
Сийдик ажратув системаси инфекцияси	10	66,6	8	53,3
Қалқонсимон без касаллиги	1	6,6		
Таянч-харакат системаси касаллиги (остеопороз, остеоартроз)	12	80	13	86,6
Ошқозон-ичак касалликлари	6	40	7	46,6
Нафас тизими касалликлари	1	6,7	3	20

Метаболик синдром	14	93,6	12	80
Артериал гипертония	10	66,7	9	60
Қандли диабет	3	20	2	13,3
Юрак ишемик касаллиги	10	66,7	9	60
Варикоз касаллиги	1	6,7	2	13,3

Жадвал 3.1 Перименопауза ёшидаги аёлларда эндометрий гиперплазияси бўлган беморларда аниқланган экстрагенитал патологиянинг тузилиши.

3.2. Беморларга ўтказилган лаборатор инструментал текширувлар

Барча беморларга умуклиник текширувлардан: УҚТ, УСТ, қон биохимияси, қон гурухи, резус фактори, RW ва ОИВ га серологик текшириш, коагулограмма, микроскопик текширув, УТТ текширувлари ўтказилди.

Жадвал 3.2

Текширилган беморларда гормонлар миқдори

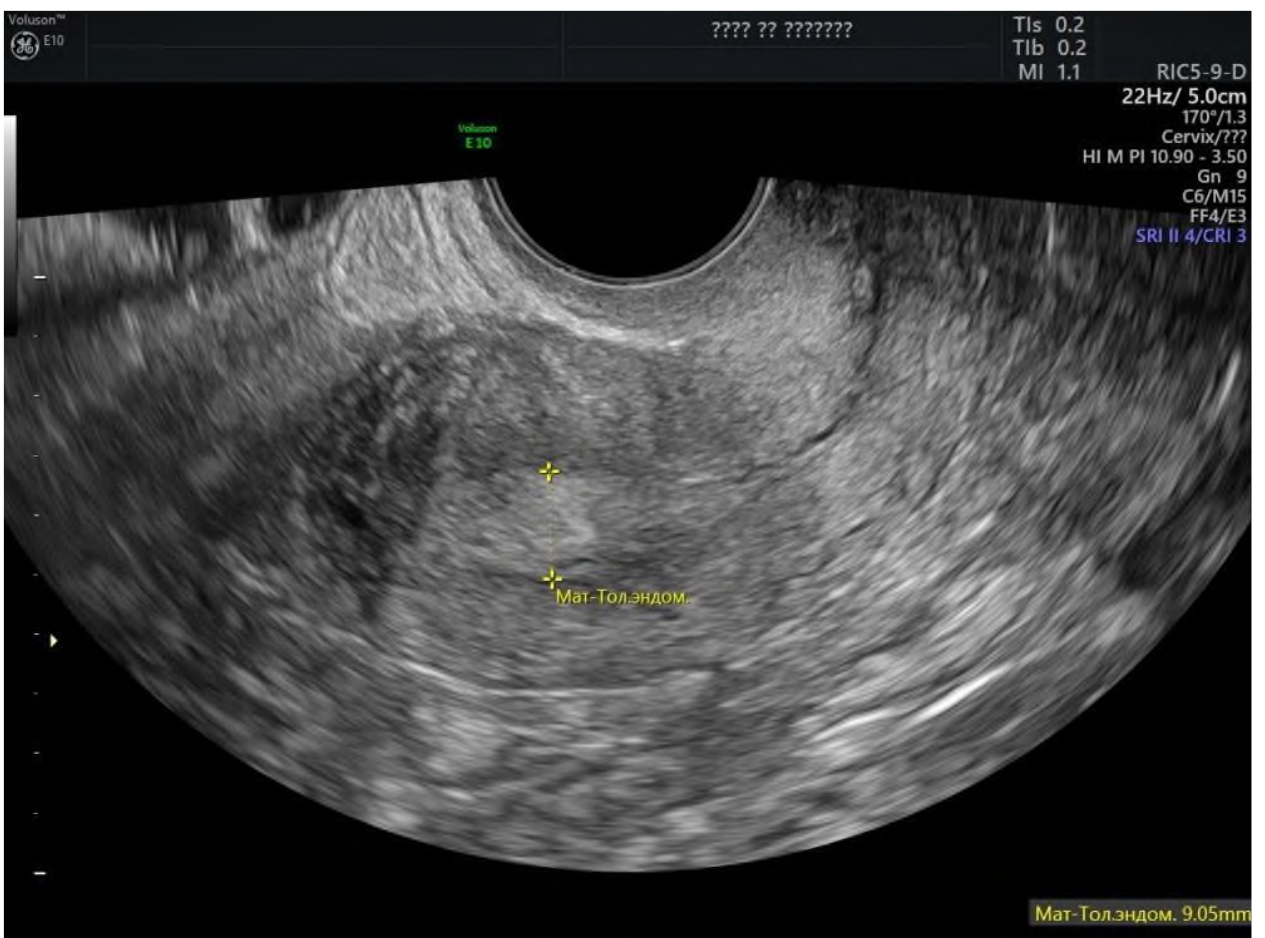
Текширилган гормонлар	Норма	Аниқланган кўрсаткичлар
Прогестерон	1-30 нм/л	1,2± 0,8 нм/л
Тестостерон	0,49-1,72 нмол/л	0,79± 0,2 нмол/л

Жадвалдан кўришиб турибдики, текширилаётган беморларда аёллар жинсий гормонларининг кўрсаткичларидан эстрадиол прогестерон ва тестостеронга қараганда юқори кўрсаткични ташкил қилган. Бу эндометрий гиперплазияси бўлган беморларда эстрадиолнинг юқори миқдори касалликни келтириб чиқарувчи омилларидан биридир.

Ички жинсий органлар ултратовуш текшируви доплерометрия текшируви билан биргаликда ўтказилиш менструал қон бўлмаганда юқори информатив хисобланади. М-эхо эндометрий патологияларида асосий белгиси хисобланади. Бу кўрсаткичнинг ўзгариши менструал циклга боғлиқ бўлиб секреция фазасида энг юқори кўрсаткич 16мм гача бўлиши мумкин.



3.2. Текширилган беморларда УТТ да аниқланган эндометрий полипи.
(Бемор М., касаллик тарихи №291, 52 ёш)



3.3. УТТ текширувига кўра эндометрий гиперплазияси (Бемор М., касаллик тарихи №631, 54 ёш)

Эндометрийдаги патологик ўзгаришлар хайз циклининг 5-7-кунлари ўтказилади. Бу вақтда М-эхо 5-7 мм дан ошмаслиги мумкин. Эндометрийнинг қалинлиги қанча кичик бўлса 3 4мм УТТ текширувининг сезгирлиги 97% гача бўлади. Ёмон сифатли ўзгаришларни яхши сифатлидан фарқлашда эндометрий хажми ўлчанади. Эндометрий бўшлиғи 13мм³ ни ташкил қилади. Текширилган иккала гуруҳ беморларида эндометрий қалинлиги 9,32±1,12 ни ташкил қилди. Эндометрийлаги полип бачадон бўшлиғида патологик юмалоқ ўзгариш аниқ контурли бўлган ўзгаришлар ва доминант озиқлантирувчи қон томир бўлган хосилага шундай ташхис қўйилди. Текширилган беморларнинг УТТ текшируви ва морфологик текширувининг солиштирма кўрсаткичлари.

Жадвал 3.3.

УТТ ташхиси	Гистологик текширув натижаси	Беморларнинг сони
Эндометрийнинг ўзгаришларсиз кўриниши (М-эхо- 4-5 мм)	Атипияли эндометрий гиперплазияси	3 (10%)
Эндометрий гиперплазияси (атипиясиз)	Эндометрий полипи (безли)	4 (13,3%)
Эндометрий гиперплазияси (атипиясиз)	Пролиферация фазасидаги эндометрий	8 (26,7%)
Эндометрий полипи (аниқ қон йўналишларсиз; анамнезида)	Пролиферация фазасидаги эндометрий	8 (26,7%)

эндометрийнинг диагностик бўлганлиги)	кириши		
Эндометрий (безли)	полипи	Эндометрий гиперплазияси	2 (6,6%)
Эндометрий (фиброзли)	полипи	Бачадоннинг миомаси	3 (10%)
Эндометрий (фиброзли)	полипи	Цервикал полип	1 (3,3%)

Жадвал 3.4. Текширилган беморларда УТТ текширув натижалари

Қорин бўшлиғи органларининг ултратовуш текшируви билан анъанавий ўлчовлардан ташқари, орган структурасининг ехогенлиги ва бир хиллигини аниқлаш тери ости ёғ қавати, интраабдоминал ёғ қавати, преперитонеал ёғнинг қалинлигини ўлчанди. Жадвал 3.5 га еътибор берадиган бўлсак тери ости ёғ қавати иккала гуруҳда ҳам юқори бўлиб, интраабдоминал ва преперитонеал ёғ қавати қалинлиги деярли фарқ қилмади.

Жадвал 3.5.

Кўрсаткичлар	1-гуруҳ	2-гуруҳ
Тери ости ёғ қавати мм	14,1 (9,2;13,5)	14 (9,2;13,5)
Интраабдоминал ёғ қавати мм	59 (47,7;67)	47,9 (47,7;67)
Преперитонеал ёғ қавати мм	9,2 (7,6;11)	9,6 (7,6;11)

Жадвал 3.5. Текширилган беморларда УТТ текшируви бўйича аниқланган тери ости ёғ қавати кўрсаткичлари

Режали гистероскопияга тайёрлашда қин суртмасини бактериологик текшириш ўтказилган бўлиб, унинг натижалари 3.4-жадвалда келтирилган. Келтирилган жадвалдан кўриниб турибдики, шартли патоген микроорганизмлар учраб, патоген микроорганизмлар комбинацияси кузатилмади.

Жадвал 3.6.

Микроорганизм тури	Беморлар сони (н,%)	
	N=	%
Stafilococcus epidermidis	8	26,7
Enterococcus	5	16,7
Esherechia colli	3	10
Proteus vulgaris	-	-
Bacterioide	-	-
Candida albicans	10	33,3
Trichomonas vaginalis		3,3

Жадвал 3.6.Текширилган беморларда қин микрофлораси.

Беморларнинг стационарга келгандаги қон кетиши давомийлиги гинекологик шикоятлари 3.7-жадвалда кўрсатилган.

Шикоятлар тури	6-10 хафта давомида	10 хафтадан ортиқ
Menorrhagia	7	6
Metrorrhagia	6	3
Menometrorrhagia	7	2

Polymenorrhoea	1	2
Oligomenorrhoea	0	0
Polymenorrhagia	3	1
Hypomenorrhoea	2	1
Post menopausal bleeding	12	18

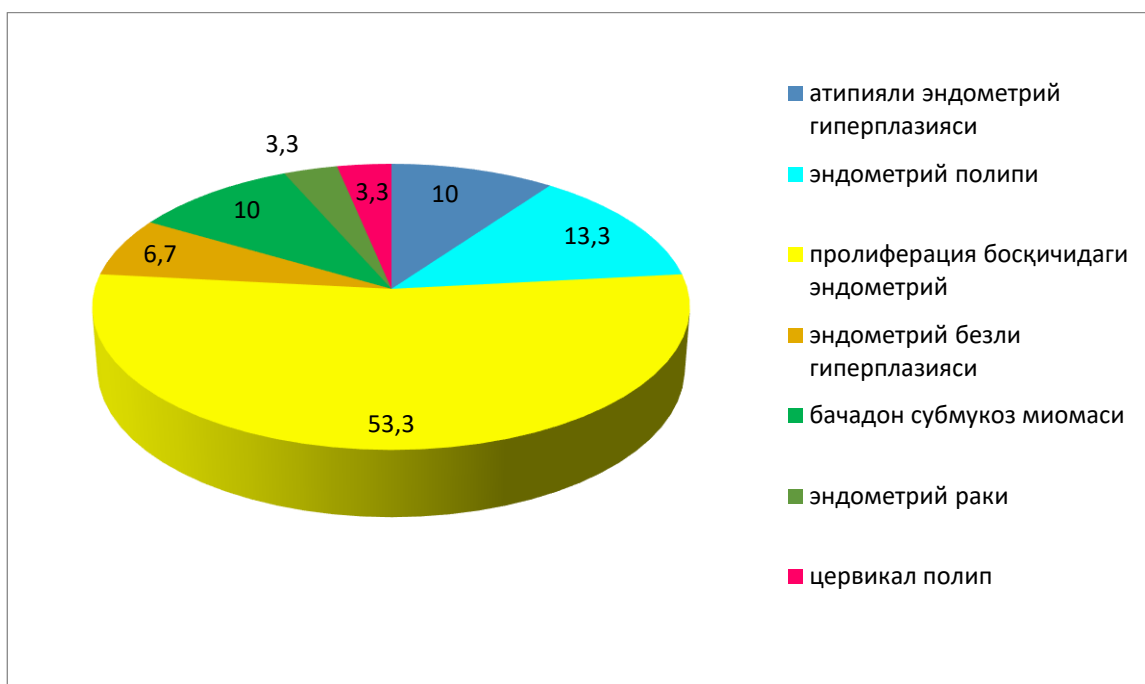
Беморларнинг стационарга келгандаги қўшимча шикоятлари 3.8-жадвалда кўрсатилган.

Жадвал 3.8.

Шикоятлар	Асосий гуруҳ (n=15)	Солиштирма гуруҳ (n=15)
Асабийлашиш	15 (100%)	15 (100%)
Уйқунинг бузилиши	10 (66,7%)	11 (73,3%)
Умумий ҳолсизлик	11 (73,3%)	12 (80%)
Ностабил артериал гипертензия	2 (13,3%)	1 (6,7%)
Шиш	3 (20%)	4 (26,7%)
Кўп терлаш	5 (33,3%)	6 (40%)
Мастодиния	2 (13,3%)	1 (6,7%)
Гирсутизм	13 (86,7%)	15 (100%)
Акне	6 (40%)	5 (33,3%)

Семизлик	15 (100%)	15 (100%)
----------	-----------	-----------

Барча беморларга умумий клиник-лаборатор текширувлардан кейин кўрсатма бўйича гистероскопия текшируви ўтказилди. Текширилган беморларнинг 1 нафар (3,3%) да бачадон бўйнида чандикли ўзгаришлар бўлганлиги сабабли қийинчилик бўлди. Текширилган беморларда аниқланган ташхислар:



Расм 3.4. Беморларнинг гистологик ташхисига кўра тақсимланиши.

Текширилган беморлардан гистологик текширув бўйича қўйилган ташхислардан: атипияли эндометрий гиперплазияси 3 нафар (10%), эндометриал полип 4 нафар (13,3%), пролиферация босқичидаги эндометрий 16 нафар (53,3%), эндометрий гиперплазияси 2 нафар (6,7%), бачадон субмукоз миомаси 3 нафар (10%), эндометрий раки 1 нафар (3,3%), цервикал полипи 1 нафар (3,3%) нафарни ташкил қилди.

Барча 30 беморлар тегишли тайёргарликдан сўнг гистероскопия ўтказилди. Беморларга гистероскопик текширувлардан олдин 400мг мизопростол тил остига буюрилди ва 12 соатдан сўнг гистероскопия текшируви ўтказилди. Офис ёки амбулатория гистероскопия текшируви

амбулатория шароитида диагностика ва жарроҳлик операциялари ўтказилиши мумкин бўлган шароитни яратади. Унинг тузилиши бўйича офис гистероскопияси миниатюра стационар гистероскопияси билан деярли бир хил терапевтик имкониятларга эга, анестезия талаб қилмайди. Бу беморлар учун минимал ноҳушлик яхши имкониятларга эгаллиги билан ажралиб туради, бу бачадоннинг мукамал визуализациясини таъминлайди. Бир қатор муаллифлар офис (амбулатория) гистероскопиясини бачадон ичи патологияни ўрганиш учун "олтин стандарт" деб тан олишади. Офис гистероскопияси пайтида бемор литотомик вазиятга келтирилди.

Ташқи жинсий аъзолар ва қинга антисептиклар билан олдиндан ишлов бериш талаб қилинмайди. Гистероскоп қиннинг орқа гумбазига киритилади. Қин деворларини тўғрилаб, унинг деворларини ва бачадон бўйни қин қисмини текширгандан сўнг, гистероскоп бачадон бўйни канали томон ҳаракатланади. Оғриқни минималлаштириш учун овал ва юмалоқ профилли гистероскоплардан фойдаланилади. Бу бачадон каналининг реал профилли мос 3,5–4,5 мм ҳажми билан ташқи найча овал профилли, сезиларли даражада амалиёти пайтида тажрибали ноқулайликларни камайтириш мумкин. Ушбу босқичда офис гистероскопининг оғриғини камайтириш учун секин ва силлиқ ҳаракат қилиш муҳимдир. Ички бўғиздан ўтгандан кейин гистероскоп 90° орқага қайта айлантирилади. Физиологик эритма жўнатилиши билан бачадон бушлиғи кенгая боради. Бачадон бўшлиғи кенгайгандан сўнг, умумий гистероскопия амалга оширилади: бачадон бўшлиғининг орқа, олд ва латерал деворларини, бачадон найчаларининг оғзини, истмус қисмини текшириш, полипларнинг локализацияси, хусусиятлари ва ўлчамларини ҳисобга олган ҳолда, синейхиялар, миома ёки бошқа патология аниқланади.

Гистероскопия «Karl Storz» (Германия) нинг эндоскопик аппаратлари ёрдамида амалга оширилди. Оптик тизим ва асбобларни киритиш учун каналли найчадан ва суюқликни юбориш ва аспирация қилиш каналидан иборат қаттиқ гистероскоп ишлатилган. Бачадон бўшлиғининг кенгайиши ва эндометрийни кўриш имконияти учун стерил физиологик эритма

ишлатилган. Гистероскопия пайтида бачадон бўшлиғининг барча деворлари, бачадон найчасининг оғизлари ва бачадон бўйни каналининг майдони текширилди. Бачадон каналининг ҳолати, бачадон бўшлиғининг шиллик пардалари (эндометрийнинг қалинлиги ва ранги, ҳайз даврининг кунига мувофиқлиги), патологик эндометриял шаклланиш мавжудлиги баҳоланди. Тадқиқот охирида эндометрий ва эндоцервикс қисмларидан биопсия материаллари олинди, шундан сўнг назорат гистероскопияси ўтказилди. Гистероскопиядан кейинги даврда беморларнинг аҳволи қуйидаги мезонларга мувофиқ баҳоланди: оғриқ синдроми, харорат реакцияси, беморнинг ҳолати, умумий қон текширувида лейкоцит реакцияси, қиндан ажралмаларнинг бор ёки йўқлигига (қонли, шиллиқли).

Бемор М., касаллик тарихи №291, 52 ёш, ҳайз вақтининг узоқлиги, қон кўп келиши, холсизликк шикоятлари билан 26- ноябр 2021-йилда “Самарқанд вилоят перинатал маркази” га мурожаат қилди. Анамнездан-қониқарли шароитда ўсиб улғайган ва ривожланган. Болалигида ўткир респиратор вирусли инфекциялар билан касалланган. 5 марта туғруқ 4 та аборт. Наслий касалликларни инкор қилади. Охириги 2 ой давомида жинсий йўллардан қон келиб тўхтамаган. Обектив кўриқда: ички органлардан ҳеч қандай патология аниқланмади.

Гинекологик кўриқ. Ташқи жинсий аъзолар нормал ривожланган, тукланиши аёлларга хос. Лабиа мажора тортиб кўрилганда қиннинг пастки қисми аниқланди.

Perirectum Тўғри ичакнинг ампуласи эркин. Бачадон кичик хосила сифатида ва бачадон ортиқлари палпасияда аниқланди.

Лаборатория: ФСГ, ЛГ, эстрадиол, прогестерон

Тос аъзоларининг ултратовуш текшируви: эндометрий гиперплазияси.

Ташхис: эндометрий гиперплазияси.

Беморга гистероскопия таклиф этилди. Ёзма розилик қабул қилинди. Терапевт ва анестезиолог томонидан текширилди. Операсияга қарши кўрсатмалар йўқ.

12.10.2021 да гистероскопия ўтказилди: эндометрийнинг гиперплазияси.

Бемор 3., касаллик тарихи №441, 54 ёш, ҳайз кўп келиши, холсизлик шикоятлари билан 10- октябр 2021-йилда “Самарқанд вилоят перинатал маркази” га мурожаат қилди. Анамнездан-қониқарли шароитда ўсиб улғайган ва ривожланган. Болалигида ўткир респиратор вирусли инфекциялар билан касалланган. 3 марта туғруқ 4 та аборт. Наслий касалликларни инкор қилади. Охириги 2 ой давомида жинсий йўллардан қон келиб тўхтамаган. Обектив кўриқда: ички органлардан ҳеч қандай патология аниқланмади.

Гинекологик кўрик. Ташқи жинсий аъзолар нормал ривожланган, туқланиши аёлларга хос. Лабиа мажора тортиб кўрилганда қиннинг пастки қисми аниқланди.

Перрестум. Тўғри ичакнинг ампуласи эркин. Бачадон кичик хосила сифатида ва бачадон ортиқлари палпасияда аниқланди.

Лаборатория: ФСГ, ЛГ, эстрадиол, прогестерон

Тос аъзоларининг ултратовуш текшируви: эндометрий гиперплазияси.

Ташхис: эндометрий гиперплазияси.

Беморга гистероскопия таклиф этилди. Ёзма розилик қабул қилинди. Терапевт ва анестезиолог томонидан текширилди. Операсияга қарши кўрсатмалар йўқ.

12.10.2021 да гистероскопия ўтказилди: эндометрийнинг гиперплазияси.

3.3. Эндометрий гиперплазисини гистероскопик ташхислаш алгоритми:



ХУЛОСА

1. Перименопауза даврида эндометрий гиперплазиясида аёлларни олиб боришни такомиллаштириш зарурлиги уларда пайдо бўладиган “эндометрий гиперплазияси” нинг клиник белгилари ва хавф омилларини аниқлашда гистероскопия усули қўлланилади. Бизнинг тадқиқотимиз натижаларига кўра барча аёлларда эндометрий гиперплазиясида қўлланилган гистероскопик усулнинг ишончилиги 100% ни ташкил қилиб, бошқа усуллар УТТ текшируви ёрдамида аниқланмаган ташхисга гистероскопик усул ёрдамида ташхис қўйилди. Гистероскопик усулнинг яна бир афзалликларидан бири гистероскопик усул ёрдамида ташхис қўйиш билан биргаликда даво усулини ҳам амалга оширилиши унинг янада афзаллигини кўрсатади.

2. Перименопауза даврида эндометрий гиперплазияси диагностикасида гистероскопия муҳим ўрин тутади. Бизнинг тадқиқотимизда УТТ орқали 28,8% аёлларда эндометрий гиперплазияси аниқланган. УТТ нинг маълумотлари орқали математик модел қўлланилганда ушбу кўрсаткич 60%ни ташкил қилган. Гистероскопияда эса 100% аёлларда эндометрий гиперплазияси аниқланган.

2. Замонавий технологиялардан фойдаланган ҳолда эндометрий гиперплазияси диагностик алгоритми субъектив ва обектив текширувлардан кейин УТТ га сўнгра математик модел орқали ҳисоблаш ва гистероскопиядан фойдаланиш каби босқичларни ўз ичига олади.

3. Гистероскопия эндометрий гиперплазияси соҳаси ўзгаришларини аниқлашнинг шу билан бирга эндометрий гиперплазиясини тахшишлашнинг олтин стандарти бўлиб қолмоқда. Ушбу тахшишлаш усули бир вақтнинг ўзида бошқа патологияларни аниқлаш ва даволаш имконини бериши билан устунлик қилади.

АМАЛИЙ КЎРСАТМАЛАР

1. Эндометрий гиперплазияси бўлган аёлларга қон кетишини олдини олиш ва бачадоннинг эндометрийсининг бошқа патологияларининг биргаликда учраши, унга таъсир етиши мумкин бўлган омилларни таҳлил қилиш зарур. Перименопауза ёшидаги аёлларда эндометрий гиперплазияси кўп ҳолларда учраши гормонал қайта қурилиш орқали тушунтирилиб, гистероскопик усулларининг бошқа усуллардан афзалликлари бир вақтнинг ўзида даво усулларининг биргаликда қўлланилишида намоён бўлади.

2. Перименопауза ёшидаги аёлларда эндометрий гиперплазияси аниқланган аёлларни олиб бориш тактикаларини такомиллаштириш, перименопауза ва постменопауза даврларнинг яхши ҳаёт сифатига таъсир қилади.

3. Перименопауза ёшидаги аёлларда эндометрий гиперплазияси аниқланган ҳолларда ушбу аёллар гуруҳини экстараягенитал касалликлари ва кичик тос бўшлиғи аъзолари патологияларини ҳисобга олган ҳолда комплекс равишда даволаш мақсадга мувофиқ бўлади.

4. Бизнинг тадқиқотимиз натижаларидан келиб чиққан ҳолда, перименопауза ёшидаги аёлларда эндометрий гиперплазиясини аниқлашда гистероскопиядан фойдаланиш УТТ га қараганда ишончлироқ ва аниқроқ кучга эгаллигини кўрсатади.

Адабиётлар:

1. AbdelHameed A. M. et al. Hysteroscopy in the Evaluation of Postmenopausal Bleeding //The Egyptian Journal of Hospital Medicine. – 2022. – Т. 89. – №. 2. – С. 6297-6304.
2. Baburin D. V. et al. HYPERPLASTIC PROCESSES OF ENDOMETRIUM IN WOMEN OF PERIMENOPAUSAL AGE: CLINICAL ASPECTS OF

- THE PROBLEM //VF Snegirev Archives of Obstetrics and Gynecology. – 2017. – T. 4. – №. 4. – C. 201-207.
3. Bar-On S. et al. Is outpatient hysteroscopy accurate for the diagnosis of endometrial pathology among perimenopausal and postmenopausal women? //Menopause. – 2018. – T. 25. – №. 2. – C. 160-164.
 4. Batra S., Khanna A., Shukla R. C. Power Doppler sonography–A supplement to hysteroscopy in abnormal uterine bleeding: Redefining diagnostic strategies //Indian Journal of Cancer. – 2022. – T. 59. – №. 2. – C. 194-202.
 5. Carugno J. Clinical management of vaginal bleeding in postmenopausal women //Climacteric. – 2020. – T. 23. – №. 4. – C. .
 6. Das S., Mondal R. Comparison of hysteroscopy and histopathology in diagnosing abnormal uterine bleeding: an experience from a tertiary care center of eastern India //histopathology. – 2021. – T. 2. – C. 6.
 7. Fagioli R. et al. Hysteroscopy in postmenopause: from diagnosis to the management of intrauterine pathologies //Climacteric. – 2020. – T. 23. – №. 4. – C. 360-368.
 8. Firdous N. et al. Role of hysteroscopy and histopathology in evaluating patients with abnormal uterine bleeding //International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology. – 2017. – T. 6. – №. 2. – C. c.
 9. Gabidullina R. I. et al. Hyperplastic processes of the endometrium: modern tactics of patient management //Consilium Medicum. – 2019. – T. 21. – №. 6. – C. 53-58.
 10. Garcia A. Office hysteroscopic evaluation of postmenopausal bleeding //OBG Manag. – 2019. – T. 31. – C. 36-42.
 11. Garg G. et al. A study of the Role of Hysteroscopy in Abnormal Uterine Bleeding //Journal of Gynecologic surgery. – 2017. – T. 33. – №. 6. – C. 226-230.

12. Genovese F. et al. Failed diagnostic hysteroscopy: analysis of 62 cases //European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. – 2020. – T. 245. – C. 193-197.
13. Giampaolino P. et al. Office hysteroscopy in the management of women with postmenopausal bleeding //Climacteric. – 2020. – T. 23. – №. 4. – C. 369-375.
14. Gowri M., Nair L. A comparative study of transvaginal ultrasonography and hysteroscopy with histopathological examination in detecting endometrial pathology in peri-menopausal and post-menopausal bleeding //Int J Clin Obstet Gynaecol. – 2019. – T. 3. – №. 4. – C. 76-80.
15. Jung H. et al. Comparative study on hysteroscopic and histologic examinations of the endometrium in postmenopausal women taking tamoxifen //Journal of Menopausal Medicine. – 2018. – T. 24. – №. 2. – C. 15: 81-86; .
16. Junnare K. K., Desai G. J., Shekhawat G. S. Hysteroscopy: an effective tool in post-menopausal bleeding //International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology. – 2019. – T. 8. – №. 1. – C. 159-165.
17. Kolhe S. Management of abnormal uterine bleeding—focus on ambulatory hysteroscopy //International Journal of Women's Health. – 2018. – T. 10. – C. 127.
18. Krishnakumar S. et al. Hysteroscopy in Postmenopausal Group //Hysteroscopy Simplified by Masters. – Springer, Singapore, 2021. – C. 203-209.
19. Long B. et al. Ultrasound detection of endometrial cancer in women with postmenopausal bleeding: Systematic review and meta-analysis //Gynecologic oncology. – 2020. – T. 157. – №. 3. – C. 624-633.
20. Ma T. et al. Is outpatient hysteroscopy the new gold standard? Results from an 11 year prospective observational study //Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology. – 2017. – T. 57. – №. 1. – C. 74-80.

21. Maiti G., Lele P., Borse D. Comparison of transvaginal sonography with hysteroscopy and correlation with histopathological report in case of abnormal uterine bleeding //International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology. – 2018. – T. 7. – №. 2. – C. 710-714.
22. Manchanda R., Thapa S. An overview of the main intrauterine pathologies in the postmenopausal period //Climacteric. – 2020. – T. 23. – №. 4. – C. 384-387.
23. Moore J. F., Carugno J. Hysteroscopy //StatPearls [Internet]. – StatPearls Publishing, 2022.
24. Nakano F. Y. et al. Efficacy of misoprostol before diagnostic hysteroscopy in postmenopausal women: a randomized clinical trial //Menopause. – 2018. – T. 25. – №. 7. – C. 789-794.
25. Omar A. A. et al. Clinical and sonographic evaluation of postmenopausal bleeding (PMB) followed by diagnostic and/or therapeutic hysteroscopy and guided biopsy in Jordanian hospitals //Medicina. – 2020. – T. 56. – №. 4. – C. 147.
26. Saad S. A. et al. Saline Infusion Sonography Versus Hysteroscopy in Postmenopausal Bleeding //Benha Journal of Applied Sciences. – 2020. – T. 5. – №. 8 part (1)-(2). – C. 293-300.
27. Tangri M. K. et al. Role of office hysteroscopy in gynecology: retrospective observational study at a tertiary care hospital //Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol. – 2017. – T. 6. – №. 1. – C. 111-6.
28. Trojano G. et al. The role of hysteroscopy in evaluating postmenopausal asymptomatic women with thickened endometrium //Gynecology and Minimally Invasive Therapy. – 2018. – T. 7. – №. 1. – C. 6.
29. Turnbull H. L. et al. Investigating vaginal bleeding in postmenopausal women found to have an endometrial thickness of equal to or greater than 10 mm on ultrasonography //Archives of gynecology and obstetrics. – 2017. – T. 295. – №. 2. – C. 445-450.

30. Van Hanegem N. et al. Diagnostic workup for postmenopausal bleeding: a randomised controlled trial //BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. – 2017. – Т. 124. – №. 2. – С. 231-240.
31. Vitale S. G. et al. Abnormal Uterine Bleeding in Perimenopausal Women: The Role of Hysteroscopy and Its Impact on Quality of Life and Sexuality //Diagnostics. – 2022. – Т. 12. – №. 5. – С. 1176.
32. Vitale S. G. et al. Hysteroscopic endometrial biopsy: from indications to instrumentation and techniques. A call to action //Minimally Invasive Therapy & Allied Technologies. – 2021. – Т. 30. – №. 5. – С. 251-262.
33. Vitale S. G. et al. Quality of life and sexuality of postmenopausal women with intrauterine pathologies: a recommended three-step multidisciplinary approach focusing on the role of hysteroscopy //Minimally Invasive Therapy & Allied Technologies. – 2021. – Т. 30. – №. 5. – С. 317-325.
34. Xue H., Shen W. J., Zhang Y. Pathological pattern of endometrial abnormalities in postmenopausal women with bleeding or thickened endometrium //World Journal of Clinical Cases. – 2022. – Т. 10. – №. 7. – С. 2159.
35. Yela D. A., Pini P. H., Benetti-Pinto C. L. Comparison of endometrial assessment by transvaginal ultrasonography and hysteroscopy //International Journal of Gynecology & Obstetrics. – 2018. – Т. 143. – №. 1. – С. 32-36.
36. Zimmer M. et al. Polish Society of Gynecologists and Obstetricians Guidelines for the application of hysteroscopy in gynecology //Ginekologia Polska. – 2019. – Т. 90. – №. 8. – С. 482-489.
37. Адамян Л. В., Мельникова Н. С., Касян В. Н. Патология эндометрия в постменопаузе: нужен ли ультразвуковой скрининг? //Problemy Reproduktsii. – 2019. – Т. 25. – №. 2.
38. Алексеева Е. С. Современное ведение женщин с аномальными маточными кровотечениями : дис. – 2020.

- 39.Алиева Д. А., Аскарлова З. З., Каримова Г. С. Значение гистероскопии в диагностике аномальных маточных кровотечений в перименопаузе //Вопросы науки и образования. – 2020. – №. 37 (121). – С. 20-26.
- 40.Антонова И. Б. и др. Принципы ведения пациенток в постменопаузе с гиперпластическими процессами эндометрия //Вестник Российского научного центра рентгенорадиологии Минздрава России. – 2020. – Т. 20. – №. 1. – С. 110-125.
- 41.Артымук Н. В., Харенкова Е. Л., Тачкова О. А. Возможности таргетной терапии и уровни метаболитов эстрогенов 2-гидроксиэстрогена и 16 α -гидроксиэстрогена у пациенток с гиперплазией эндометрия в перименопаузе //Доктор. Ру. – 2020. – Т. 19. – №. 1. – С. 34-37.
- 42.Аскарлова З. З. Частота патоморфологических изменений эндо-и миометрия в развитии аномальных маточных кровотечений у женщин в перименопаузе //Достижения науки и образования. – 2020. – №. 2 (56). – С. 113-116.
- 43.Ашрафян Л. А. и др. Оптимизация диагностической тактики у пациенток с аномальными маточными кровотечения в периоды пери-и постменопаузы //Акушерство и гинекология: Новости. Мнения. Обучения. – 2019. – №. 1 (23). – С. 24-30.
- 44.Бабурин Д. В. и др. Гиперпластические процессы эндометрия у женщин перименопаузального возраста: клинические аспекты проблемы //Архив акушерства и гинекологии им. ВФ Снегирева. – 2017. – Т. 4. – №. 4. – С. 201-207.
- 45.Баклыгина Е. А. и др. РОЛЬ ГИСТЕРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИИ ЭНДОМЕТРИЯ И ПОЛОСТИ МАТКИ В РАЗЛИЧНЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ ПЕРИОДЫ ЖЕНЩИНЫ //Материалы ежегодной научной конференции Рязанского государственного медицинского университета имени академика ИП Павлова, посвящённой 70-летию основания ВУЗа на Рязанской земле. – 2020. – С. 168-170.

- 46.Бахтияров К. Р. и др. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АТИПИЧЕСКОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) //Архив акушерства и гинекологии им. ВФ Снегирева. – 2019. – Т. 6. – №. 1. – С. 15-18.
- 47.Боровиков И. О. и др. НЕГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПАЦИЕНТОК С ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ МАСТОПАТИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ //Медицинский совет. – 2021. – №. 21-1. – С. 182-189.
- 48.Гармаева И. А. К ВОПРОСУ О ПАТОЛОГИИ ЭНДОМЕТРИЯ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ //Бюллетень медицинской науки. – 2019. – №. 4 (16). – С. 8-10.
- 49.ГИНЕКОЛОГИИ А. И., КАПИТАНОВА О. В. ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОК В ПЕРИ-И ПОСТМЕНОПАУЗЕ //Москва. – 2021.
- 50.Джакупов Д. В. и др. Состояние эндометрия в постменопаузе //Reproductive Medicine. – 2019. – №. 4 (41). – С. 24-26.
- 51.Доброхотова Ю. Э., Каранашева А. Х. АНОМАЛЬНЫЕ МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО И ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА: СОВРЕМЕННЫЕ АЛГОРИТМЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ //Актуальные вопросы женского здоровья. – 2022. – №. 1. – С. 8-12.
- 52.Дробязко П. А. ОБЗОР ЗАРУБЕЖНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО ГИСТЕРОСКОПИИ //Международный научно-исследовательский журнал. – 2021. – №. 2-3 (104). – С. 15-24.
- 53.Иванова Л. А., Трофимова Т. Н. МЕТОДИКА УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ОЦЕНКИ ЭНДОМЕТРИЯ //Лучевая диагностика и терапия. – 2017. – №. 1. – С. 108-112.
- 54.Калинкина О. Б., Тезиков Ю. В., Липатов И. С. ТАКТИКА ПРИ ОБИЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ У ЖЕНЩИН В

- ПЕРИОДЕ ПЕРИМЕНОПАУЗЫ //Magyar Tudományos Journal. – 2020. – №. 47. – С. 43-44.
- 55.Касян В. Н., Бриль Ю. А. Простой подход к простой гиперплазии //StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. – 2020. – №. 4. – С. 63-69.
- 56.КЛИНЫШКОВА Т. В. и др. Постменопаузальные полипы эндометрия: особенности и риски //Rossiiskii Vestnik Akushera-Ginekologa. – 2021. – Т. 21. – №. 5.
- 57.КЛИНЫШКОВА Т. В. и др. Постменопаузальные полипы эндометрия: особенности и риски //Rossiiskii Vestnik Akushera-Ginekologa. – 2021. – Т. 21. – №. 5.
- 58.Кобаидзе Е. Г., Матвеева Ю. Н. Сравнение данных ультразвукового сканирования и морфологического исследования полипов эндометрия у больных в постменопаузе //Пермский медицинский журнал. – 2021. – Т. 38. – №. 2. – С. 70-78.
- 59.Коган Е. А. и др. Прецизионный подход к диагностике и выбору тактики лечения гиперплазии эндометрия в перименопаузе //Биофизика. – 2019. – №. 4. – С. 811-820.
- 60.Корниенко С. М. Гиперпластические процессы эндометрия у женщин в позднем репродуктивном и пременопаузальном периоде: что влияет на рецидивы //Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2017. – №. 2. – С. 39-47.
- 61.Костюшов В. Е., Гайдуков С. Н., Арутюнян А. Ф. Морфологические особенности полипов эндометрия у женщин позднего репродуктивного возраста и в пременопаузе //Вестник Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого. – 2019. – №. 1 (113). – С. 47-50.
- 62.Муталимова К. Б. и др. Ретроспективный анализ сравнительной характеристики сонографического и гистероскопического исследований внутриматочных образований матки у пациенток в тандеме врача ультразвуковой диагностики и онколога-гинеколога

- //Research'n Practical Medicine Journal. – 2018. – Т. 5. – №. Спецвыпуск 1. – С. 60.
63. Назирова З. М., Асракулова Д. Б. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ К РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ //Новый день в медицине. – 2019. – №. 2. – С. 217-219.
64. Оразов М. Р. и др. Алгоритм действий клинициста при гиперпластических процессах эндометрия //Трудный пациент. – 2021. – Т. 19. – №. 3. – С. 39-42.
65. Оразов М. Р. и др. Гиперплазия эндометрия-от патогенеза к эффективной терапии //Акушерство и гинекология: Новости. Мнения. Обучения. – 2021. – Т. 9. – №. 3 (33). – С. с.
66. Оразов М. Р. и др. Профилактика гиперплазии эндометрия без атипии у женщин репродуктивного возраста //Гинекология. – 2021. – Т. 23. – №. 5. – С. с.
67. Осипова А. Д., Зуев В. М., Александров М. Т. ЗНАЧЕНИЕ ЭКСПРЕСС-МЕТОДА ЛАЗЕРНОЙ КОНВЕРСИОННОЙ ДИАГНОСТИКИ (РАМАН-ФЛУОРЕСЦЕНТНОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ) ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ //Архив акушерства и гинекологии им. ВФ Снегирева. – 2019. – Т. 6. – №. 2. – С. 85-89.
68. Паньшина М. В., Хадарцева К. А. Опыт профилактики патологии эндометрия //Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. – 2018. – Т. 12. – №. 3. – С. 61-65.
69. Привалова Е. С. и др. ФАКТОРЫ РИСКА И ЭФФЕКТИВНОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ //Верхневолжский медицинский журнал. – 2020. – Т. 19. – №. 1. – С. 26-28.
70. Привалова Е. С. и др. ФАКТОРЫ РИСКА И ЭФФЕКТИВНОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ

- ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ //Верхневолжский медицинский журнал. – 2020. – Т. 19. – №. 1. – С. 26-28.
- 71.Радзинский В. Е. и др. «Уязвимый» эндометрий: современный взгляд на патогенез и патогенетическую терапию гиперпластических процессов эндометрия //Reproductive Medicine. – 2021. – №. 3 (48). – С. 52-58.
- 72.Санджиева Л. Н. и др. Роль метаболического синдрома и современные подходы к лечению и реабилитации пациенток с рецидивирующей атипичной гиперплазией эндометрия и раком эндометрия //Doctor/Vrach. – 2022. – Т. 33. – №. 8.
- 73.Селихова М. С., Белан Э. Б. Оптимизация тактики ведения пациенток после гистероскопии.
- 74.Сомова М. К. и др. Преимущества гистерорезектоскопии при оказании экстренной помощи женщинам с патологией полости матки //Многопрофильный стационар. – 2019. – Т. 6. – №. 1. – С. 145-147.
- 75.Татарчук Т. Ф. и др. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФОРМАТИВНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ МЕТОДОВ В ИССЛЕДОВАНИИ ЭНДОМЕТРИЯ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ //GEORGIAN MEDICAL. – С. 19.
- 76.Фролова Ю. С., Елгина С. И. Амбулаторная и стационарная гистероскопия. Сравнительный анализ показаний, визуализации и гистологического подтверждения //Акушерство и гинекология: Новости. Мнения. Обучения. – 2021. – Т. 9. – №. 4 (34). – С. с.
- 77.Фролова Ю. С., Елгина С. И. Визуализация и гистологическое подтверждение при амбулаторной и стационарной гистероскопии //Фундаментальная и клиническая медицина. – 2021. – Т. 6. – №. 4. – С. 106-112.
- 78.Фролова Ю. С., Елгина С. И., Золоторевская О. С. ДИАГНОСТИКА ПАТОЛОГИИ ЭНДОМЕТРИЯ И ПОЛОСТИ МАТКИ: ИСТОРИЯ И

- РЕАЛЬНАЯ ПРАКТИКА //Мать и дитя в Кузбассе. – 2021. – №. 1 (84). – С. 39-45.
- 79.Чекалова М. А., Борисова М. И. Особенности ультразвуковой диагностики патологических состояний эндометрия на фоне приема тамоксифена при раке молочной железы (обзор литературы) //Опухоли женской репродуктивной системы. – 2020. – Т. 16. – №. 1. – С. 37-42.
- 80.Чернуха Г. Е. и др. Этиологическая структура и возможности диагностики аномального маточного кровотечения //Гинекология. – 2018. – Т. 20. – №. 2. – С. 14-17.
- 81.Чечнева М. А., КАПИТАНОВА О. В., СОПОВА Ю. И. Ультразвуковая диагностика гиперпластических процессов эндометрия в пери-и постменопаузе/Капитанова ОВ, Сопова ЮИ //Женское здоровье и репродукция: сетевое издание. – 2021. – №. 1. – С. 48.
- 82.Шестакова И. Г., Дьяконов С. А. Аномальные маточные кровотечения: диагностика и выбор терапии //StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. – 2020. – №. 6. – С. 46-55.
- 83.Шумкова П. В. 150 лет развития гистероскопии-революция в гинекологии //Вестник Совета молодых учёных и специалистов Челябинской области. – 2017. – Т. 4. – №. 4. – С. 96-98.