

**Г.Ш. ЭЛТАЗАРОВА  
Д.Р. ХУДОЯРОВА**



**БАЧАДОН МИОМАСИ.  
ЭНДОМЕТРИОЗ.  
ТУХУМДОНЛАРНИНГ  
ХАВФСИЗ ВА  
ХАВФЛИ ЎСМАЛАРИ**

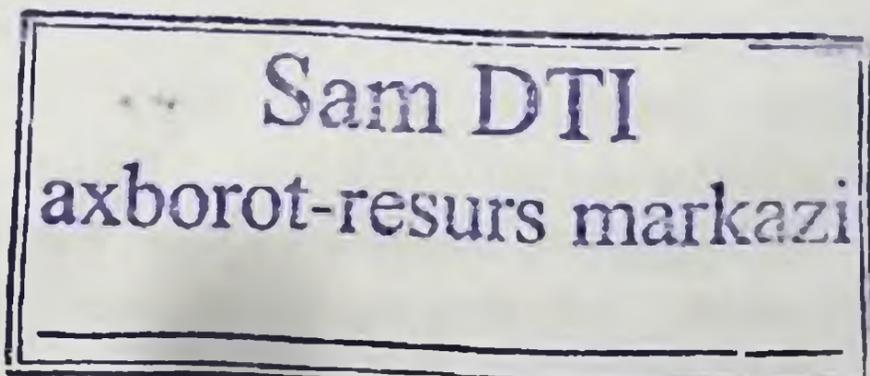
**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ  
ВАЗИРЛИГИ**

**САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**



**БАЧАДОН МИОМАСИ. ЭНДОМЕТРИОЗ.  
ТУХУМДОНЛАРНИНГ ХАВФСИЗ ВА ХАВФЛИ  
ЎСМАЛАРИ**

(Ўқув кўлланма)



**«O'zbekiston milliy ensiklopediyasi»**

Давлат илмий нашриёти

Тошкент – 2021

УЎК 618.14-006.36(075) КБК 57.1я7  
Б 38

### **Тузувчилар:**

**Элтизарова Г. Ш.** – тиббиёт фанлари номзоди, Самарқанд Давлат тиббиёт институти даволаш факультети акушерлик ва гинекология кафедраси доценти

**Худоярова Д. Р.** – тиббиёт фанлари доктори, доцент, Самарқанд Давлат тиббиёт институти даволаш факультети акушерлик ва гинекология кафедраси мудири

### **Такризчилар:**

**Каттаходжаева М. Х.** – тиббиёт фанлари доктори, профессор, Тошкент Давлат Стоматология институт, акушерликгинекология курси мудири

**Закирова Н. И.** – тиббиёт фанлари доктори, профессор, Самарқанд Давлат тиббиёт институти даволаш факультети акушерлик ва гинекология кафедраси мудири

**Элтаназарова Г. Ш., Худоярова Д. Р.**

**Юқумли бўлмаган касалликлар [Матн]: ўқув-услубий кўлланма / Элтаназарова Г. Ш., Худоярова Д. Р. – Т.:**  
«O'zbekiston milliy ensiklopediyasi» давлат илмий нашриёти. 2020 – 160 б.

*Монография тиббиёт олий ўқув юртлирининг талабалари ва резидент магистрлари, клиник ординаторлар ҳамда амалиёт шифокорлари учун мўljасланган.*

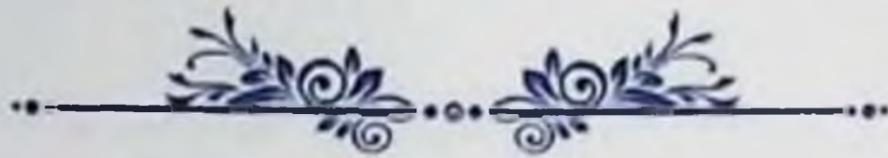
ISBN 978-9943-07-744-7



## МУАЛЛИФДАН

Маълумки, аёл организми иккита асосий вазифани бажаради. Бу репродуктив ва эндокрин вазифалардир. Бачадон миомаси – бачадон миометрияси силлик мушак хужайраларининг фенотипик ўзгаришлари, яъни гармонларга сезгир пролиферацияси билан намоён бўлади. Эндометриоз касаллиги патогненизида ҳам асосан эндокрин гармонал бузилишлар ётади. Тухумдонларда, ўзингизга маълумки, аёлларнинг репродуктив гармонлари ишлаб чиқарилади. Демак, аёллар организмидаги бачадон миомаси, эндометриоз, тухумдонларнинг хавфсиз ва хавфли ўсма касалликларининг бир неча келиб чиқиш назариялари мавжуд. Улар ичида гармонларга боглиқ томонлари асосий ўринни эгаллайди. Эндокрин патологиялар акушерлик ва гинекология соҳасида мурраккаб муаммолардан бири ҳисобланади. Шунинг учун бу касалликлар, бугунги кунда, ҳали чуқур ўрганишни талаб қиладиган йўналишлардан биридир.

Ушбу ўқув қўлланма, бачадон миомаси, эндометриоз, тухумдонларнинг хавфсиз ва хавфли ўсма касалликлари эпидемиологияси, таснифи, этиологияси, патогенези, лаборатор текшириш усуллари, консерватив ва оператив даволаш ҳамда профилактикасига бағишланган. Ушбу рисола талабалар, клиник ординаторлар ва магистрларни ўқитиш, акушер-гинеколог, эндокринолог ва онколог мутахассислар учун мўлжалланган.



## КИРИШ

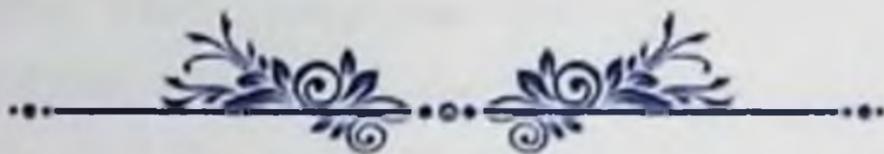
Бугунги кунда Соғлиқни сақлаш тизимининг приоритет вазифаларидан бири аҳолига сифатли ва малакали тиббий ёрдам кўрсатишдир. Жумладан, репродуктив саломатликни яхшилаш ва оилани мустаҳкамлаш борасида олиб борилаётган ишлар мақсадга мувофиқдир. Ҳозирги пайтда турли ёшдаги аёллар орасида касаланишнинг ўсиши кузатилмоқда. Айниқса, ўсмир қизлар орасида ҳайз циклининг бузилиши 1.4% га ошган. Бу патологиялар – эндокрин касалликлар, моддалар алмашинувининг бузилиши, марказий асаб тизимининг бузилишлари ва бошқа сабаблар туфайли. Ўн саккиз ёш ва ундан катта ёшдаги аёллар орасида гинекологик ва онкологик касалликлар салмоғи пасайиши кузатилмаяпти. Мисол учун, ҳар 100 минг нафар аёлга эндометриоз – 318,0, ҳайз циклининг бузилиши – 1664,9, бепуштлик 369,9 тага тўғри келади. Ўсма касалликлари кеч аниқланмоқда, асосан уларнинг III – IV даражасида ташхис қўйилган. Кўкрак бези раки – 37,4%, бачадон бўйини раки – 38,7%, бачадон танаси раки – 19,7%, тухумдон раки – 62,5% ни ташкил этмоқда. Маълумки, бачадон миомаси клиник жиҳатдан 30 ёшдан кейин, 30–35% аёлларда учрайди. Аутопсия текшириш маълумотларига кўра, аёлларда бачадон миомаси ўртача 80% аниқланган. Гинекологик касалликлар орасида эндометриоз 8-30% ҳолларда учрайди. Тухумдон ўсмалари аёлларнинг турли ёш давларида учраб, гинекологик касалликларнинг 6–8 фонзини ташкил этади. Аксарият тухумдон ўсмалари 20 дан 40 ёшгача бўлган аёлларда учрайди, 20–25 % ҳолларда улар хавфли ўсмаларга айланади. Бу касаллик жуда ҳам хавфли, чунки аста-секин ўсиб, ҳеч қандай белги (симптом) бермайди. Асоратлар қўшилгандан кейин белгилар пайдо бўлади, афсуски шу пайтда шифо камдан-кам ҳолларда ёрдам беради.

Ушбу касалликларнинг ривожланишида турлича фикрлар

мавжуд. Улар орасида эндокрин патологиялар – акушерлик ва гинекология соҳасида мурраккаб муаммолардан бири ҳисобланади. Ушбу патология қанчалик ўрганилган бўлишига қарамай, эрта ташхис қўйиш ва оптимал даволаш яна илмий изланишларни тақозо қилади.

Профилактик ишларни асосан аҳолининг ўз саломатлигига бўлган масъулиятини оширишга қаратиш керак. Бу мақсадларда, энг аввало, аҳоли ўртасида соғлом турмуш тарзи тарғиботини кучайтириш, тиббий маданиятни ошириш, овқатланиш маданиятига алоҳида эътибор қаратиш зарур. Тиббий кўрикларни сифатли ўтказиш ҳамда касалликларни эрта аниқлаш, бу патологияларни ўз вақтида, мутахассислар томонидан даволаш ва реабилитация қилиш кун тартибидеда турибди.

Ушбу ўқув қўлланма, бачадон миомаси, эндометриоз, тухумдоннинг хавфсиз ва хавfli ўсмалари каби гинекология фанининг муаммолари бўйича, талабалар, клиник ординаторлар ва магистрларни ўқитиш, акушер-гинеколог эндокринолог ва онколог мутахассислар учун асосий тушунча, тасаввур ва кўникмалар бериш мақсадида тузилган.



## I. НАЗАРИЙ ҚИСМ

### Бачадоннинг хавфсиз ўсмалари ва касалликлари.

#### 1.1. Бачадон миомаси.

Бачадон миомаси деб, гармонларга мойил бўлган, мушак тўқимаси ҳамда бириктирувчи тўқималардан ташкил топган хавфсиз ўсмага айтилади. Бачадоннинг мушак элементларидан ҳосил бўлган ўсмага – бачадон миомаси дейилади. Агар ўсмада мушак, тўқимасига нисбатан бириктирувчи тўқима элементлари кўпроқ бўлса – фиброма, ҳам мушак ҳам бириктирувчи тўқима элементлари бир хил бўлса, фибромиома деб юритилади.

Эпидемиологияси. Миома кенг тарқалган касаллик бўлиб, гинекологик беморларнинг 10–27% ида, 30 ёшга етган беморларнинг 20% ида, 40 ёшдан катта беморларнинг эса 40% ида учрайди. Аутопсия текшириш маълумотларига кўра, аёлларда бачадон миомаси ўртача 80% аниқланган.

Кўпинча миома тугунчалари 95% бачадон танасида ва 5% микдорда бачадон бўйнида учрайди. Кўпинча тугунчалар бачадон тубида, айниқса бачадоннинг орқа деворида жойлашади. Бачадоннинг олдинги деворида улар орқа деворига нисбатан икки марта кам учрайди. Бачадон миомаси билан ҳар йили Америка қўшма штатларида (АҚШ) 600 мингта бачадонни олиб ташлаш (эстерпация) операцияси ўтказилади. Ҳар йили 660 нафар аёллар интраоперацион ёки операциядан кейинги эрта даврда ҳаётдан кўз юмадилар. Бутун дунё миқёсида ҳар йили 100 минг аёлларда бачадон артерияларини эмболизация қилиш операцияси ўтказилади. Хирургик бўлмаган бу усул аёл органини ва репродуктив функциясини сақлаб қолади.

Бачадон миомасининг келиб чиқиш сабаблари ва ривожланиши юзасидан жуда кўп олимларнинг фикрмулоҳазалари бўлиб, улар ҳар хилдир, лекин ягона якуний хулосага келинмаган. Бу масалада бутун дунё олимлари тадқиқот ишларини олиб бормокдалар. Бунга далил сифатида бачадон миомаси масаласида 1976 йили Кишинев шаҳрида, 1978 йили Москва шаҳрида, 1980 йилда Самарқанд шаҳрида бўлиб ўтган бутун дунё олимларининг анжуманлари асосий далил бўлиб ҳисобланади.

### Таснифи.

#### *Жойлашишига кўра:*

- Интрамурал (30%)
- Субсероз (30%)
- Субмукоз (15-20%)
- Педункуляр
- Интралигаментар
- Паразитсимон

#### **Бачадон ўқиға нисбатан тури:**

- Корпорал миома – бачадон танаси миомаси
- Истмик – бачадон бўйни олди қисми миомаси
- Бачадон бўйни миомаси (умумий миомаларнинг 2 – 5% ни ташкил қилади).

#### **Топорафик жиҳатдан:**

##### Субмукоз тугун:

- 0 тури – миоматоз тугун тўлиқ бачадон бўшлигида
- I тури – миоматоз тугуннинг 50%дан кам қисми мушаклар орасида жойлашган, кўпроқ қисми бачадон бўшлигида жойлашган.
- II тури – миоматоз тугуннинг 50%дан кўп қисми мушаклар орасида жойлашган, камроқ қисми бачадон бўшлигида жойлашган.

##### Субсероз тугун:

- 0 тури – миоматоз тугун оёқчаси билан, қорин бўшлигида жойдашган.
- I тури – миоматоз тугуннинг 50%дан кам қисми мушаклар



орасида жойлашган. кўпроқ қисми қорин бўшлиғида жойлашган.

– II тури – миоматоз тугуннинг 50%дан кўп қисми мушаклар орасида, камроқ қисми қорин бўшлиғида жойлашган.

#### **Гистологик турлари:**

- Оддий
- Пролиферацияланувчи
- Саркома олди (ҳар доим ҳам саркомага айланмайди)

#### **Морфологик турлари:**

- Атипик лейомиома
- Липолейомиома
- Эпителиоид лейомиома
- Геморрагик лейомиома
- Томирли (ангиолейомиома) лейомиома
- Микосид вариантдаги лейомиома
- Гематопозтик элементли миома
- Галати (юмалоқ шаклдаги мушак ҳужайраларидангина тузилган эмас, полигонал шаклдаги кўп ядроли гигант ҳужайрадан ҳам тузилган) лейомиома

- Бўлакчали лейомиома
- Диффуз лейомиоматоз
- Вена ичи лейомиоматоз

#### **Клиник турлари:**

- Кичик ўлчамдаги миома ёки клиникаси намоён бўлмаган
- Бачадоннинг майда кўп сонли миомаси
- Бачадоннинг ўрта ўлчамли миомаси
- Бачадоннинг кўп сонли миомаси ўрта ўлчамли тугунлар

доминантлиги билан

- Катта ўлчамли бачадон миомаси
- Субмукоз бачадон миомаси
- Бачадон миомаси оёқчаси билан
- Мураккаб бачадон миомаси

Бачадон миомасини келтириб чиқарувчи омиллар. Этник, генетик, паритет, зарарли одатлари, овқатланиши, менархеянинг эрта

бошланиши, семизлик, айниқса, 18 ёшдан ошгандан кейинги, 35 ёшгача артериал гипертензияси бўлганда ёки 5 йил артериал гипертензия билан даволанганларда (антигипертензив воситалар билан), кўп аборт қилганларда ўсманинг ривожланиш хавфи юзага келади.

Туғмаган аёлларда, чекувчиларда ва ҳомиладорликдан сакланувчи контрацептив воситалар қабул қилганда ўсма (миома) келиб чиқади деган назариялар илмий исботини топмаган. Аммо 45 ёшгача кўп тукқан аёлларда ўсма ривожланиш хавфи кам учрайди, исботланган бўлмаса ҳам. 45 ёшдан кейин ўсманинг ривожланиш хавфига, ҳомиладорлик сонининг аҳамияти йўқ. Буни шу билан тушунтириш мумкинки, тукқанда – туғруқдан кейин то ўсма ривожлангунча анча узоқ вақт ўтиши билан ёки стероид гармонларнинг узоқ таъсири бўлиб туриши билан боғлаш мумкин.

**Этиологияси.** Иккита назария мавжуд, биринчиси эмбрионал даврида бачадоннинг онтогенетик ривожланишида эмбрионал шиллик мушак хужайралари да дефект ҳосил бўлиши билан боғлиқ ва иккинчиси, етилган бачадон хужайраларининг шикастланиши оқибатида ҳосил бўлади.

**Патогенези.** Бачадон миомаси морфологик жиҳатдан мезенхимал ўсмалар гуруҳига киради. Жинсий бўртиқ мезенхимаси миобластнинг ўтмишдошидир. Миобластдан эндометрия стромаси ва турли хужайра компонентлари ҳосил бўлади ва улардан қон томирлар (эндотелиал, мушак ва периваскуляр тўқима) ривожланади. Бу тўқималардан ривожланган ўсмалар турли хил характерга эга (ангиома, томир ичи лейомиомаси, гиперангиооперицитома, строматоз, лейомиосаркома ва аралаш мезодермал ўсмалар).

Миоманинг юпқа деворли қон томирлар атрофида ривожланиши аниқланган. Гистохимик жиҳатдан

«актив» ва «кам актив» чегаралар тафовут қилинади. Ҳар ҳайз циклида қайта-қайта миометриянинг гиперплазияга учраши натижасида силлиқ мушак хужайралари тўпланиб қолади ва апоптоз жараёни бузилади, бу пролиферацияланган хужайралар турлича

шикастловчи омиллар таъсирини тасдиқлайди. Шикастловчи омиллар: ҳайз вақтида спирал артериялар спазми натижасидаги ишемия, яллигланиш жараёнлари, тиббий муолажа вақтидаги шикастловчи таъсирлар ёки эндометриоз ўчогининг бўлишидир. Ҳар ҳайз циклида шикастланган ҳужайралар сони тўпланиб боради. Ушбу ҳужайраларнинг бир қисми эртами, кечми миометриядан элиминацияланади, бошқа қолган қисмидан турлича потенциалда ўсувчи миоматоз тугунчалар шакллана бошлайди. Ўсманинг актив ўсиши дастлабки босқичларида, ҳайз цикли вақтида физиологик гармонлар концентрациясининг беқарорлиги туфайли ривожланади. Кейинчалик ҳосил бўлган ҳужайралар корпарацияси аутокрин – паракрин механизмларни активлайди, ўсиш факторлари таъсирида, маҳаллий (локал) автоном ўсишни қўлловчи механизм шаклланади (маҳаллий андрогенлардан эстрогенларнинг ҳосил бўлиши ва бириктирувчи тўқиманинг вужудга келиши). Миоматоз тугунлар ҳосил бўлишида, жинсий гармонлар физиологик концентрациясининг аҳамияти шу билан тугайди.

Бачадон миомасида ҳужайраларнинг пролифератив активлиги, хромосомаларда (6, 7, 12 ва 14) жойлашган генлар (HMGIC ва HMGII) регуляциясининг бузилишига боғлиқ, яъни хромосом абберациялар натижасида юзага келади. Генларнинг (HMGIC ва HMGII) экспресс маҳсулотлари оқсил, улар юқори ҳаракатли турли оқсиллар оиласи гуруҳсига киради. HMGIC ва HMGII абберант экспресс оқсиллари, кўпинча жараённинг хавфли эканлигига хос. Шу билан бир вақтда ушбу оқсилларнинг хромосом қайта тикланишида, регуляциясининг бузилиши турлича хавфсиз мезенхимал ўсмаларда ҳам аниқланади. HMGIC ва HMGII оқсиллар экспрессияси характери, уларнинг иштирокида эмбрионал тўқима ва ўстирилаётган тўқиманинг тез ўсишини кўрсатади.

Миометрия силлиқ мушак ҳужайраларининг кўпқиррали пролиферацияси, HMG генлари регуляциясининг бузилиши – тўқималар пролиферациясига қаратилган дастурнинг активлашиши ҳисобига, нормал гармонал фонда ҳажми ошиб боради. Шу билан бир

вақтда, худди миометриянинг ўзгармаган хужайралари каби нисбий тинч ҳолатда бўлади.

Миоматоз тугунларнинг ўсишида, гармонал фоннинг аҳамияти маълум босқичгача критик бўлади. Аутокрин – паракрин ўсиш регуляцияси, шаклланиш ҳажмининг ортиб бориши ва миоманинг ўсишида аниқланган маҳаллий автоном механизм нисбий боғлиқ эмас. Бу ерда гап, тўлиқ гармонал таъсир бўлмаганда ҳам автоном ҳажмининг ўсиб бориши, миома тугунининг кобилияти ҳақида эмас, гармонал стимуллар бекор қилинганда кўпинча ўсма ҳажми регресси аҳамиятли эмаслиги ҳақида боряпти. Бу кўпинча тугун структурасида бириктирувчи тўқима кўпайиб боришига ҳамда маҳаллий ҳолда андрогенлардан эстрогенларнинг синтезланишига боғлиқ.

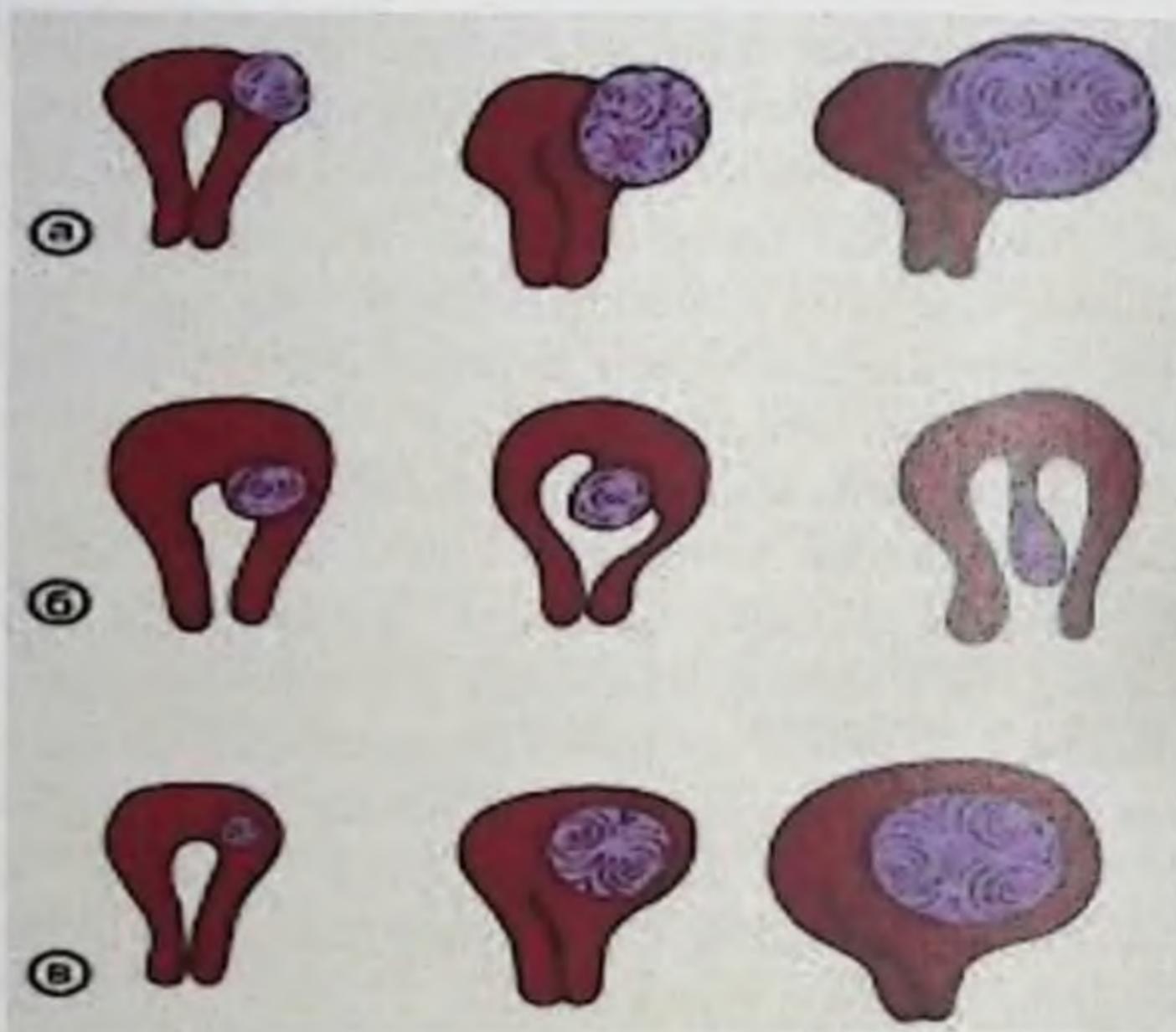
Клиникаси. Бачадон миомаси 50 – 60% ҳолларда ҳеч қандай белгиларсиз кечади. Аёлларда шикоятлар ҳам бўлмайди, бу жиҳат профилактика кўрик вақтида аниқланади. Бачадон миомасига секин ўсиш характерли. Ўсманинг тез ўсиши саркоматоз ўсишга хос бўлиб, жуда кам ҳолларда учрайди. Бачадон миомасининг тугунчалари рангининг оқимтирлиги билан атрофдаги бачадон мушак тўқималаридан ажралиб туради. Бошқа мушак тўқималарига қараганда консистенцияси қаттиқроқ, зичроқ бўлади.

Субсероз тугунлар эса бачадон шаклини кескин ўзгартириб юборади ва қорин бўшлиғи томонга қараб ўсиб, бачадон деворига ҳар хил узунлик ва қалинликдаги ўсма оёқчаси билан боғланади. Агар субсероз тугунлар кўп миқдорда бўлса, худди картошка туганакларига ўхшаб кетади.

Субмукоз шиллик қавати остида жойлашган тугунчалар эса бачадон бўшлиғи томон ўсиб, унинг шакли ўзгаришига олиб келиб, кейинчалик бачадоннинг кучли қисқаришига ҳамда бачадон бўйнининг очилишига олиб келиб, тугунчаларнинг қин томонга тугилиши содир бўлади.

Интерстициал тугунчалар бачадон мушак қаватида жойлашган бўлади ва бачадон катталашиб, ҳажми ошади. Бачадон миомаси тугунларининг жойлашиши (1-расмда кўрсатилган). Натижада ҳайз

кўриш вақтида катта юзадан кўп қон кетишга сабаб бўлади. Бундан ташқари бачадоннинг қисқариш фаолияти ҳам бузилади. Бунда қон кўп ва узоқ вақт кетиши билан бирга ҳайз орасида ҳам суртмали қон келишига шикоят бўлади.



1-расм. а). Субсероз миома. б). Субмукоз миома. в). Интерстициал миома.

Яна қон миома капсуласининг ёрилиши ёки некрозга учраши сабабли кетиши мумкин. Беморда оғир анемия ривожланади, ранглари саргимтир оқарган, юзлари шишган кўринишда бўлади.

**Миоманинг асосий клиник белгилари:**

1. Қон кетиш. 60-80% ҳолларда беморларда асосий белгиларидан бири қон кетиши ҳисобланади. Бу жиҳат аломатлари ҳам турли беморларда турлича кечади.

Бачадон миомасида ациклик қон кетишнинг 20-40% тухумдонлар функциясининг бузилишига боғлиқ. Гармонал бузилиш эндометрия гиперплазиясига олиб келади. Бачадон миомасида қон кетиш: тухумдонлар стромал гиперплазиясида, кистоз дегенерациясида,

бачадон ортиқларининг яллиғланишида, эндометриозиди, тухумдоннинг гармон ишлаб чиқувчи ўсмаларида бўлиши мумкин.

Баъзиларда ҳайз цикли узайиши ёки ҳайз вақтида кон миқдорининг бироз кўпайиши – меноррагия кузатилса, баъзи бирларида тартибсиз, жуда кўп миқдорда тўхтовсиз кон кетиб, ҳатто оғир турдаги камқонлик касаллигига олиб келиши мумкин (метроррагия).

Қон кетиш миқдори ўсманинг катта-кичиклигига боғлиқ эмас. Чунки катта ўлчамдаги субсероз тугунлар мавжуд бўлганда, ҳайз кўриш мутлақо асоратсиз кечиши мумкин, бунга қарама-қарши ўларок, майда шиллик ости миома тугунчалари кўп қон кетишига, меноррагик ва ҳатто менометроррагик ҳайз цикли бузилишига олиб келади.

Ҳайз 10–12 кунгача давом этиб, жуда кўп миқдорда қон кетади, бунга гиперполименорея дейилади.

#### **Бундай турдаги қон кетишининг сабаблари:**

1. Бачадон мушаклари қисқаришининг бузилиши;
2. Бачадон шиллик қавати юзасининг катталашиши;
3. Эстроген гармон метаболизмининг ўзгариши;
4. Бачадон шиллик қавати регенерациясининг сусайишидан иборат.

Бундай беморда бачадон шиллик қаватини гистологик текшириш натижасида эндометрий қаватининг гиперплазияси (қалинлашгани) аниқланади. Бачадон шиллик қаватининг гиперплазиясида кўп қон кетишига қуйидагилар сабаб бўлади: тухумдон фолликуллари персистенцияси натижасида, организмда ҳаддан ташқари эстроген миқдори кўпайиб кетиши кузатилади, бу эса ўз навбатида бачадон шиллик қаватининг узок муддат давомидаги пролиферацияси ва қалинлашишига олиб келади. Бунинг оқибатида бачадон шиллик қаватининг айрим қисмларида жиддий ўзгаришлар содир бўлиб, ҳар хил тоифадаги полиплар бачадоннинг бутун бўшлиғи катталашишига олиб келади, қалинлашган шиллик қават билан тўлади. Шу билан бирга организмдаги гиперэстрогенемия бачадон шиллик қавати

пролиферациясининг кучайишига олиб келади. Шиллик қаватининг бир-бирини босиши натижасида, унинг юзасида некроз аломатлари содир бўлади. Кейинчалик некроз бўлган қисмларнинг аста-секин кўчиб чиқиши узок муддат ва кўп миқдорда қон кетишига сабаб бўлади, бундай қон кетиши га геморрагик метропатия дейилади. Метропатия 9% касалларда учраса, қон кетиши 60% касалларда кузатилади, чунки узок муддат ва ациклик қон кетиш, шиллик ости қават ўсмалари капсуласининг ёрилиши ҳамда ўсма тугунчаларининг некрозга учраши сабабли содир бўлади.

Бачадон миомасидан постменопауза даврида қон кетиш асосан тухмдон патологияларида (феминизацияловчи ўсмасида, тухумдон стромал гиперплазиясида) ёки эндометриянинг (раки, гиперплазияси, полипоз) касалликларида кузатилади. Ушбу беморларда бачадон ичини диагностик қилишни, албатта ўтказиш керак.

Қон кетиш оқибатидан сурункали постгеморрагик анемия юзага келади ва ўз навбатида юрак-қон томир фаолиятининг бузилиши, эс-хушини йўқотиш, қаерда эканлигини эслай олмаслик, ҳолсизлик, тез чарчаш каби симптомлар келиб чиқади.

2. Миомаларда кўп учрайдиган белгилардан яна бири оғриқдир. Оғриқ синдроми бачадоннинг бойламаларининг чўзилиши натижасида ва бачадонни қоплаб турган қорин парданинг тортилиши ҳисобига юз беради. Шунингдек, катталашиб бораётган ўсманинг атрофдаги органларни босиши туфайли ҳам оғриқ бўлади. Асоратланмаган миомада, оғриқ унча кучли бўлмайди.

Кучли оғриқ миома асоратланганда: некрозга учраши, миоматоз тугун оёқчасининг буралиб қолиши, чанокнинг чандик касалликларида ҳамда бачадон ортиқлари яллиғланганда ёки қорин пардаси (брюшина) чанок қисмининг яллиғланишларида доминант бўлади. Оғриқ худди дард тутганга, санчикқа ўхшаш бўлади (2-расм). Оғриқ айниқса, ҳайз кўришдан олдин ва ҳайз кўриш вақтида кучаяди. Оғриқнинг пастга тортганга ўхшаб зўрайиши яллиғланишдан кейинги битишмалар борлигидан дарак берадиган белги ҳисобланади.



2-расм. Бачадон миомаси асоратлангандаги дардсимон оғрик.

### **Миомаларда оғрик бўлишининг асосий сабаблари:**

– Оғрик асосан ўсманинг катта-кичиклигига ва унинг қаерда жойлашганлигига боғлиқ. Агар ўсма бутун кичик чанок бўшлигини тўлдириб турган бўлса, ўсманинг қўшни аъзоларини босиб, эзишдан пайдо бўлади. Ўсма кичикроқ бўлиб, бачадоннинг кенг бойлами орасига ўсиб кирган, шу билан бирга нерв толаларига яқин жойлашган бўлса, уларни эзиши туфайли содир бўлиши мумкин. Бу ҳолларда оғрик доимий табиатга эга бўлади ва даволаш усуллари оғрикни пасайтира олмайди. Бундай ҳолларда эса жарроҳлик йўли билан ўсмани олиб ташлаш керак.

– Бачадон шиллик қавати остига жойлашган ўсмаларда, ўсманинг оёқчаси кенг бўлса, бачадон қисқарганда ташқарига чиқара олмайди. Аммо бачадон ўсмани худди ёт нарсадек қисиб чиқаришга интилади, чунки ўсма бачадон деворини доимий қўзғатиб, кучли равишда қисқариши сабабли дардсимон оғрик пайдо бўлади. Баъзан субмукоз миома оёқчалари билан тугилиши ва қинга тушиб қолиши мумкин.

Миома субмукоз жойлашганда оғрик қорин юқори қисмида ва



қовургалар остида бўлиши характерли.

– Оғрик пайдо бўлишининг яна бир сабаби ўсманинг инфекцияланиши бўлса, иккинчидан, бачадоннинг яллиғланиши ҳисобланади. Кичик чанок бўшлиғидаги аъзоларнинг яллиғланиши, бачадон миомаси бирга учраганда 2/3 ҳолларда беморларда оғрик пайдо қилади:

– Оғрик, субсероз ўсма оёқчаси буралиб қолган вақтларда ҳам содир бўлади. Чунки бунда ўсма оёқчаси таркибидаги қон томирлар ва нерв толалари буралиб, кучли оғрик келиб чиқади, ўсманинг озикланиши қийинлашади. Бу эса ўсманинг яллиғланишга ва некрозга учрашига олиб келади. Бундай вақтларда зудлик билан жарроҳлик амалиёти қилинади.

– Ўсмалар жуда тез катталашиб ўсганда ҳам оғрик бўлади, айниқса, ўсма бачадоннинг кенг бойлами орасига ўсган ҳолларда шундай бўлади, чунки бундай вақтларда оғрик ўсманинг қорин пардаси нерв толаларининг рецепторларига таъсири натижасида содир бўлади.

2. Ўсманинг қўшни аъзоларни босиш белгилари кўпинча катта ҳажмдаги ўсмаларда кузатилади. Лекин кичик ўлчамдаги ўсмалар кичик чанокқа тиқилиб қолган ва қалтис жойлашган бўлса, қўшни аъзоларга салбий таъсир қилади. Агар ўсма тугуни бачадон олдинги деворида жойлашган бўлса, ҳажми катта бўлмаса ҳам, сийдик пуфагини босиб, дизурик белгилар кузатилади. Ўсма интралигаментар жойлашганда, сийдик йўллари босади, натижада гидроуретера гидронефроз ва пиелонефрит келиб чиқади. Тўғри ичак томонга қараб ўсган бўлса, меъда ичак йўли фаолияти бузилади. Агар ўсма тўғри ичакни эзиб қўйган бўлса, беморларнинг ҳожати қийинлашиб, тўхтаб қолиши ва қабзият бўлиши эҳтимол.

3. Бепуштлик. Миома тухум ҳужайранинг бачадон бўйлаб ҳаракат қилишига тўсқинлик қилади. Бачадон бурчакларида жойлашган интрамурал миома бачадон найини интерстиций қисмини ёпиб қўяди. Бундан ташқари, ановуляция бепуштликка олиб келадиган асосий сабаблардан бири саналади.

**Миоманинг асоратлари:**

1. Миома оёқчасининг буралиб қолиши:
  - бунда «ўткир корин» белгилари кузатилади: кучли огриқ, тил юзасининг ўзгариши (оқ караш билан қопланиши), чанқаш, кўнгил айнаши, қайд қилиш. Щеткин-Блюмберг белгиси пайдо бўлиши, тахикардия ва б.
2. Миома озикланишининг бузилиши ва некрозга учраши.
  - бу ҳолатда кучли огриқ, кўпинча қон кетиш, тана ҳароратининг кўтарилиши ва бошқа белгилар кузатилади.
3. Шиллик ости қавати миомасининг туғилиш аломати, ҳатто бачадоннинг агдарилиши кузатилиши мумкин.
4. Миома тугунларининг инфекцияланиши, йиринглаши.
5. Саркомага айланиши.
6. Кучли профуз қон кетиши.
7. Сурункали постгеморрагик анемия.

**Ташхис кўйиш.**

1. Анамнез йиғиш (қон кетиш характери ва давомийлиги, аборт бўлганми, туғруқ асоратлари, яллиғланиш касалликлари ва б).
2. Қин орқали текшириш, ўсма консистенцияси қаттиқ, баъзан кўп сонли тугунлар аниқланади, юзаси силлик ёки нотекис, ҳаракатчан бўлиб пальпацияланади. Ўсма катта ҳажмда бўлганда ҳаракати чегараланган бўлиши мумкин.
3. Гемоглабин, гематокрит, гемостаз тизими (фибриноген, қон ивиш вақти, протромбин).
4. УТТ – ўсманинг ҳажми, конфигурацияси, нормал миометрияга қараганда гипоехоген ёки гиперэхоген бўлиши мумкинлиги кўрилади.
5. Гидросонография, доплерография, ангиография.
6. Функционал тестлар ўтказиш. Менструал цикл хусусиятини аниқлаш мақсадида ўтказилади.
7. Радиоиммунологик, гармонал статусни баҳолаш мақсадида ФСГ, ЛГ, пролактин, эстроген, прогестерон, буйрак усти бези ва қалқонсимон без гармонларининг секрециясини текшириш.

8. Бачадон бўшлиғини зонд билан текшириш.
9. Бачадон бўшлиғи ва бачадон бўйни каналини алоҳида-алоҳида кириб гистологик текшириш, бунда эҳтиёткорлик талаб қилинади, чунки тугунчалар некрозга ва қон кетишига сабаб бўлиши мумкин.

10. Лапароскопия.

11. Гистероскопия ва биопсия қилиш. Бунда субмукоз тугунлар асосан аниқланади.

12. ГСГ-гистеросальпингография – бунда тўлиш нуқсони кузатилади. Браун шприци ёрдамида моддани 5 минут давомида юборилади.

13. Компьютер ва ядро-магнит-резонанс (ЯМР) томографияси.

**Таққослаш:** кичик чаноқнинг бошқа касалликлари – тухумдон ўсмалари, аденомиоз, эндомиотриоз аденокарциномаси, лейомиосаркома билан таққосланади.

Эндомиотриоз аденокарциномаси, эндомиотриоз полипи – миомадан гистологик текшириш йўли билан фарқ қилади.

Лейомиосаркома тез ўсади, айниқса, постменопауза ёшда, шакли (контур) нотўғри ва ноаниқ, маълум бир масофада локал тарқалганлиги билан фарқ қилади.

Субсероз миома тухумдон ўсмалари ва эндомиотриозид кисталардан УТТ ҳамда магнит резонанс томография билан фарқланади.

### Бачадон миомасини даволаш.

*Даволаш мақсади қуйидагиларга қаратилади:*

1. Ўсманинг ўсишини чегаралаш;
2. Репродуктив функцияни сақлаш;
3. Миома тугунини кўрсатма бўлганда олиб ташлаш;
4. Асоратларини олдини олиш.

Консерватив даволаш асосан миома интерстициал ва субсероз ўсганда ва ўлчами унча катта бўлмаганда (3 см гача) гармонлар ёрдамида олиб борилади. Давони то бачадон ҳажми 12-13 ҳафталик ҳомиладорлик муддатига тўғри келгунча давом эттириш мумкин.

Эффект бермаганда ёки миома ҳажми кичик бўлишига карамай симптомлар (кон кетиш, тўхтовсиз оғрик ва б.) юзага келса, оператив даво ўтказилади. Бир вақтинг ўзида симптоматик ва иммуностимуляторлар қўллаш мақсадга мувофиқдир.

*Бачадон миомасини консерватив даволашда гармонал воситалардан қуйидагилар қўлланади:*

– Гестагенлар (норколут, премолют-нор, микролют, дюфастон, 17-оксипрогестерон капронат). Прогестерон ёки синтетик гестогенларнинг юқори дозала ри – гипофиздан гонадотропин ишлаб чиқишини пасайтиради ва шу йўл билан тухумдондан эстрогенлар чиқишини блоклайди. Аммо циклнинг лютеин фазасида прогестерон концентрациясининг юқори бўлиши бачадон миомасининг биоген элементларини гиперплазия ва гипертрофия жараёнини блоклайди ва ўсма хужайраларида дегенератив-дистрофик жараёнларни кучайтиради. Шунинг эса тугиш керакки, прогестроннинг физиологик концентрацияси ўсма миоцитларининг морфофункционал ҳолатига таъсир қилмайди, чунки бу пайт асосан қонда эстрогенлар аниқланади. Прогестерон ёки синтетик гестогенлар юқори дозаларда миома тугуни тўқимаси элементларининг морфофункционал ҳолатига таъсир қила олади. Норколут 5 мг. дан кунига 1 маҳал, ҳайзнинг 5-кунидан то 25-кунигача 3-6 ой давомида схема билан буюрилади. Дюфастон 10 мг. дан кунига 2-3 маҳал, ҳайзнинг 5-кунидан то 25-кунигача 3-6 ой давомида схема билан буюрилади. 17-оксипрогестерон капронат (17-ОПК) 12,5% (0,125 г) ва 25% (0,25 г) ёғли эритма, ампулада чиқарилади. 17-ОПК 250 мг. дан инъекцияси ҳафтада икки марта (концентрацияси 500 мг) 3-6 ой мобайнида юборилади. Натижада 12-14 ҳафтада эндометриянинг ривожланган атрофияси ва бачадон ҳажмининг кичиклашгани кўринади.

– Эстроген-прогестин воситалар (новинет, регулон, линдинет 20, овулен, овидон, ригевидон, диане-35, микрогинон, марвелон ва бошқалар). Эстроген-прогестин воситалар гипофиз гонадотроп гармонларининг (ФСГ ва ЛГ) секрециясини пасайтиради, фоликулаларнинг етилиши тўхтайди ва овуляция

кузатилмайди. Оқибатда эндо ва миометриянинг пролифератив жараёни юз бермайди, уларнинг регрессияси келиб чиқади. Қондаги тестостерон хусусияти, худди эстрогендек алоҳида, ўстирувчи омилларни экспрессия қилиб, миометрия тўқимасини ўстиришини инобатга олиб, миомани даволашда монофазали кам дозали препаратлар буюрилади. Шунинг учун улар кам дозаларда узок вақт буюрилади. Натижада метаболик кўрсаткичларга ҳам таъсири минимал бўлади. Монофазали, кам дозали препаратлар қўллаш, эстрогенга боғлиқ ноўя таъсирлар ривожланиш хавфини камайтиради. Таркибидаги учинчи босқич гестаген – дезогестрел, метаболик жараёнга, яъни липидлар ва углеводлар алмашинувига ёмон таъсир қилмайди. Аёл организмидаги эстрогенлар қон плазмасида липопротеидларнинг тарқалишига ижобий таъсир қилади: липопротеидларнинг юқори зичликдаги антиатероген фракцияси миқдорини оширади ва липопротеидларнинг паст зичликдаги атероген фракцияси миқдорини камайтиради. Андрогенлар ва прогестагенлар, андроген таъсири билан қарама – қарши эффе́ктуга эга, липопротеидларнинг юқори зичликдаги антиатероген фракциясининг миқдорини камайтиради ва липопротеидларнинг паст зичликдаги атероген фракцияси миқдорини оширади, бу атеросклеротик жараённи ривожланишига олиб келади. Монофазали, кам дозали препаратлар липопротеидларнинг юқори зичликдаги антиатероген фракцияси миқдорини оширади. Организмдаги гиперандрогения бир қатор касалликларга хавф тугдиради (қандли диабет, семириш, онкологик ва юрак қон-томир касалликларига). Монофазали кам дозали препаратлар таркибидаги этинилэстрадиол ва дезогестрел комбинациясини қўллаш, қонда оқсилларнинг миқдорини оширади ва бу оқсиллар тестостерон билан боғланиб қонда тестостерон гармонининг эркин фракциясини камайтиради, яъни антиандроген хусусиятини кўрсатади. КОЖ тухумдонда овуляция бўлишини тўхтатади, натижада прогестерон ишлаб чиқарувчи сарик тана ҳосил бўлмайди. Прогестерон кучли митоген бўлиб, миометриядаги

пролифератив жараён активлигини стимуллайди. балки миоматоз тугун ҳосил бўлишига ва унинг ўсишига олиб келади. Сарик тана ҳосил бўлмаса, прогестерон ҳам ишлаб чиқилмайди ва миометриянинг пролиферацияси кузатилмайди.

Миомани даволашда КОКни қабул қилишни ҳайзнинг 1–5 кунигача бошлаш керак ва КОКларни, узлуксиз, кунига 1 таб. 1 маҳал, бир вақтда 1–2 йил берилади. Даво эффеқтивлиги назорати биринчи 1 ойдан сўнг, кейин 3, 6 ва 12 ойда ўтказилади.

– Левоноргестрел – рилизинг тизим (ЛРТ) – Мирена Т-шаклдаги контрацептив, таркибида левоноргестрел мавжуд. Миренани бачадон ичига қўйилганда у ўзидан ҳар кун 20 мкг левоноргестрел чиқариб туради. 5 йил давомида. Таъсир механизми, мирена бачадон эндометриясига селектив супрессив таъсир қилади. Эндометрияда маҳаллий левоноргестрел концентрацияси юқори бўлади. бир вақтда қон плазмасида левоноргестрел концентрацияси жуда кам бўлади (0,2 нг/мл), яна овариал функцияга сезиларсиз эффеқт кўрсатади. Тухумдон функцияси кўпинча ўзгармайди ва индивидуал жинсий стероидлар концентрацияси нормал ҳайз циклига мос бўлади. Натижада левоноргестрелнинг маҳаллий таъсири, эндометриядаги яққол кўринадиган атрофия ва митоз йўқлиги билан намоён бўлади. Эстроген ва прогестерон рецепторлари сони 50%га камаяди. Оқибатда инсулинсимон ўсиш фактори пасаяди, бир вақтда, оксилни боғловчи инсулинсимон фактор чиқиши кучаяди. Левоноргестрел таъсирида эндометриал тўқимадан простагландин ва эстроген чиқиши пасаяди. Бир вақтда левоноргестрел пролактин ҳамда циклооксигеназаларга рецепторларнинг ҳосил бўлишини индукциялайди.

– 17 – этинил – тестостерон маҳсулотлари (даназол, данол, дановал, гестринон). Даназол, гипоталамо – гипофизар – тухумдон тизимини активлигини вақтинча пасайтиради (препарат қабул қилиш тўхтатилса, тизим фаолияти аввалги ҳолига қайтади). Даназол эстрадиол, прогестерон, андроген рецепторлари билан боғланади. У эстрогенларнинг камайишига гипоталамо-гипофизар жавобни

пасайтиради, яъни ФСГ ва ЛГ миқдори камаяди. У тухумдон ва буйрак усти безидан ферментлар стероидогенезини ингибирлайди. Даназолнинг прогестеронга агонист ва антагонист, андроген ва эстрадиолга агонистик таъсири бўлади. Даназол секс-стероид боғловчи глобулин (ССБГ) синтезини камайтиради, яъни зардобда эркин тестостерон концентрацияси ошади. Даназол эндометриал ва эндометрионд тўқималардаги, прогестерон ва андроген рецепторлари билан боғланади, ҳужайравий пролиферацияни пасайтиради ва атрофия келиб чиқади. Даназол кунлик дозаси 400 мг, 4-6 ой берилади.

Гестринон – антиэстроген, антипрогестерон ва кучсиз андроген эффект кўрсатади. Гестринон 2,5 мг оғиз орқали 6 -24 ой мобайнида ҳафтасига 2–3 маҳал қабул қилинади. Натижада миома бужмаяди, лекин сунъий менопауза симптоми кузатилмайди.

17-этинил – тестостерон маҳсулотлари, кучсиз андроген эффект ҳисобига ноҳўя таъсирлари (суг безини кичиклашиши, клитор гипертрофияси, терлаш. Овознинг йўғонлашиши, гирсутизи ва б.) келиб чиқиши мумкин.

– Антипрогестинлар (мефипристон RU486) ҳайзнинг 1–3 кунидан бошлаб кунига 50 мг. дан, 3 ой буюрилади. Мефипристон (RU 486) эндоген прогестерон рецепторлари билан боғланиб, пролиферацияга қаршилик қилади. Мефипристоннинг 3 ойлик курсини олганда, миома 50-60% га кичиклашади. Мефипристон қабул қилганда псевдоменопауза келиб чиқмайди.

– Анти – эстрогенлар, прогестеронни сезувчи рецепторлар сонини тиклаш мақсадида қўлланилади. Антиэстрогенлар қуйидагича бўлинади:

1. Трифенилэтинил маҳсулотлари (Кломифен цитрат, Тамоксифен, Зитазониум, Нолвадекс, Дролоксифен ва Торемифен). Ушбу препаратлар ҳайзнинг 5-кунидан бошлаб 10 кун давомида, кунига 10 мг. дан per os 2 маҳал (эрталаб ва кундизи), 4-6 ҳайз циклига буюрилади.

2 Бензотиофен маҳсулоти (Ралоксифен).

3 Тоза антиэстрогенлар: 17 альфа-алкил-маҳсулотлари

(IC1164,384; IC1182,780 – фазлодекс) ва 11-бетаамидоалкил маҳсулотлари, эстрадиол (RU51625)

#### 4. Арозамалар ингибиторлари (Аминоглютетимид)

– Гонадотропин – рилизинг гармонлар агонистлари (нафарелин, бусерелин, декапетил, золадекс, диферелин), аденогипофизгонадотрофларидаги гонадолиберин рецепторлари билан боғланади ва гонадотропинлар секрециясини яхшигина пасайтиради, яъни сунъий гипофизэктомиа чақиради, натижада вақтинчалик фармакологик менопауза юз беради. Оқибатда бачадон миомаси бўлган аёлларда бачадон ҳажмининг кичиклашишига эришилади.

Нафарелин эндоназал спрея кунлик дозаси 400 – 800 мг. дан, ҳар сепганда 200 мг. га тўғри келади.

Бусерелин эндоназал аэрозол кунлик дозаси 900 мг. дан, ҳайзнинг 1–2-кунидан бошлаб 10–14-кунигача сепеди.

Декапетил, декапептил-депо, triptorelin-таъсир қилувчи моддаси трипторелин-Депо-шакли: бир марталик дозаси – 3,75 мг, 28 кунда 1 марта ҳайзнинг 3-куни тери остига ёки мушак орасига чукуррок юборилади. Ҳар сафар инъекция бошқа-бошқа жойларга юборилади (қорин соҳасига, думбаларга, елкаларга) 6 ой мобайнида.

Золадекс (гозерелин ацетат) депо капсулаларда 10,8 мг ёки инъекцияси 3,6 мг чиқарилади. 28 кунда 1 марта, ҳайзнинг 2–4 кунлари 3,6 мг қорин олди деворига тери остига юборилади, 4-6 ой давомида.

Диферелин, инъекция ҳолида тери остига юбориш учун таркибида 0,1 мг трипторелин, мушак орасига юбориш учун таркибида 3,75 мг трипторелин ампулаларда чиқарилади. Инъекция қилингандан сўнг, 1 ой давомида трипторелин мушаклардан қонга ўтиб туради.

Бу воситалар жуда тез таъсир қилиб, миоматоз тугунлар регрессини чақиради, бироқ даволашни тўхтатгандан сўнг қисқа вақт мобайнида ҳайз цикли тикланади, миома қайтадан ва тез ўса бошлайди. Гонадолиберинлар агонистлари таъсирининг жуда қисқалиги туфайли, уларни пременопаузада ёки жарроҳлик даволашдан олдин қўллаш мақсадга мувофиқдир.

– Гонадотропин – рилизинг гармонлар антагонистлари



(цетрореликс)нинг фазаларга боғлиқ бўлмаган узок давом этмайдиган стимуляцияси натижасида, гипофизнинг гонадотроп хужайралари мембраналарида эндоген гонадотропинларга қарши рецепторлар блокадаси юз беради. Бир неча соат ичида гонадотроп гармонлар секрецияси пасаяди ва ўсма ҳажми тезда максимал кичиклашади. Даво тўхтатилса, тухумдон фаолияти яна тез ўз ҳолига қайтиб тикланади. Цетрореликснинг биринчи инъекцияси ҳайз циклининг 2-куни 60 мг ва циклнинг 21–28 кунлари 30–60 мг. дан юборилади (эстрадиол микдорини ва УТТ динамикаси назорати остида).

– Гармонлар ўрнини босувчи терапия (норстероид), асосан климактерик бузилишларнинг коррекцияси ва профилактикаси мақсадида ишлатилади. У климактерик синдром симптомларини пасайтиради, кин атрофияси, суякнинг мўрталишини тўхтатади, юрак қон-томир касалликларининг ривожланиш хавфини камайтиради ва постменопаузадаги аёлларнинг умумий ўлимини ҳам пасайтиради. Климактерик даврда миомаси бўлган аёлларга прогестагенлардан норстерондлар қатори буюрилади, улар гармонларга, сезгир органларга кучли антипролифератив таъсир кўрсатади.

– Апоптозга ва силлиқ мушак хужайраларининг хужайралараро маҳсулоти ҳамда эндотелиоцитлар миграцияси ва пролиферациясига таъсир қилувчи, ўсиш факторларини ингибирловчи препаратлар (гепарин маҳсулоти RG 13577, а-интерферон). Гепарин маҳсулоти RG 13577 қон томирлар силлиқ мушак хужайраларига антипролифератив эффе́кт кўрсатади. Бу препарат фибробластлар ва уларнинг рецепторлари билан ўсиш факторлари боғланишига қаршилик қилади ва миоманинг ўстирилаётган силлиқ мушак хужайраларида ДНК синтезини пасайтиради.

а-интерферон ўсиш факторларининг стимулланишини ингибирлайди, ўз навбатида нормал хужайраларда ва миома хужайраларида ҳам пролиферацияни ингибирлайди.

Прогестерон рецепторларининг селектив модуляторлари (улипристал ацетат 5 мг ёки эсмия). Бу препарат прогестеронни сезувчи рецепторларнинг селектив модулятори. Янги ва перспектив

дори препаратлари гуруҳидир. Улар прогестерон сезувчи тўқималардан ривожланаётган патологик жараённи қамраб оладиган терапевтик эффектга эга ва шу мақсадда буюрилади. Улипристал ацетат перорал синтетик препарат бўлиб, тўқималарга махсус аралаш – прогестеронга антагонист ва агонист эффект кўрсатиши билан характерланади. Препаратни 12 ҳафта қабул қилганда бачадон миомаси апоптозга учрайди. Агар бачадон миомаси мавжуд аёлларда эндометрияда гиперпластик жараён кузатилса, аввал эндометрия гиперплазияси коррекция қилинади, кейин эсмия буюрилади. Шундай қилиб эсмия 5 мг. дан ҳайзнинг 1–5-кунлари бошланади, кунига 1 таб. дан 1 маҳал 12 ҳафта қабул қилади. Натижада бачадондан қон кетиш тез тўхтайдди, шу билан анемия ҳам даволанади ва миома ҳажми ҳам кичиклашади. Улипристал ацетат бошқа препаратлардан (гонадотроп-релизинг гармонлар антагонистларидан) фарқи гипозестероген ноҳўя таъсир кўрсатмайди. Препаратни қабул қилишни тўхтатгандан кейин ҳам ўсма қайта ривожланмайди, чунки миома ҳужайраси апоптозга учрайди. Эсмия фақат миома ҳужайрасига антипролифератив, антифиброз ва проапоптотик эффект кўрсатади, соғлом миоцитларга таъсир қилмаган ҳолда. Ҳатто миомани операция қилишда, миома тугунининг капсуласига ҳам таъсир қилмаган бўлади, бу операция жараёнида миома тугунини осон олиб ташлаш, кам шикастланиш билан ўтишида қўл келади. Контрацептив воситаларни қўллашдан олдин жигар ва қон ивнш системаси фаолиятини текшириш талаб қилинади ва албатта қарши кўрсатмалар истисно қилиниши шарт.

Гармонал воситаларни қўллашга қарши кўрсатмалар: анамнезида тромбозмболня ва тромбофлебит, веналар варикоз кенгайиши, гипертония касаллиги, жигар ва ўт йўллари касалликлари, ревматизм, қандли диабет, отосклероз, ёмон сифатли ўсмалар туфайли ўтказилган операциялар.

Миома 1% ҳолларда эндометрийнинг раки ёки саркомасига айланиши мумкин. Шунинг учун даволаш даврида ҳар 3 ойда назорат қилиш ва кўрсатма бўлганда бачадон ичини гистологик текшириш, шу билан бирга ҳайз циклини функционал тестларини ўтказиб туриш

керак.

Умуман бачадон миомаларини даволашда, гармонал препаратлар тавсия қилинганда, меъда-ичак ва жигар фаолиятини химоя қилиб – фестал, карсил (кунига 1 таб. дан 4 маҳал) ёки метионин, аллахол тавсия қилинади. Қўшимча сабзавотлар (лавлаги, карам, сабзи ва картошка) истеъмол қилиш мақсадга мувофиқ. Гармонал даво орасида витаминлар В группаси ҳайзинг 5–14-кунларида, ретиноацетат, витамин Е ҳайзинг 14–26-кунлари, аскорбин кислота, ҳайзинг 12–26-кунлари буюрилади. Бу препаратлар нейрозндокрин тизимига регуляцияловчи эффект кўрсатади. Яъни, гипофизнинг гонадотроп функциясига ва сарик тананинг активланиши билан стероид гармонларнинг алмашинишига ижобий таъсир кўрсатади. Нейролептиклар (трифтазин, этаперазин, френолон, метеразин) 0,5–1,5 мг миқдорда тунда ичиш тавсия қилинади. Бачадонда яллиғланиш белгилари кузатилганда яллиғланишга қарши терапия ўтказилади.

#### **Физиотерапевтик усулда даволаш:**

1. Қорин пастки қисмига электрофорез-калий йод билан ҳайзинг биринчи даврида, 4% рух билан ҳайзинг иккинчи ярмида.
2. Импульсли шароитда магнит майдонини қўллаш.
3. Бачадон бўйнини Давидов услубида электрстимуляция қилиш.
4. Елка соҳасида Щербак услубида электрофорез қўллаш.
5. Эндоназал электрофорез, бу мушакка таъсир қилиб, унинг қуйи каватидаги қисмларининг ишини яхшилайд.
6. Кунора радонли ёки йод бромли муолажани 10–12 мартагача қабул қилиш ёки қинни чайиш мумкин.

Бачадон миомасида қўллаш мумкин бўлмаган муолажалар:

1. Қуёш нурида қорайиш.
2. УВЧ (УЮЧ).
3. Оёқлар ва қорин остига иссиқлик муолажаларини қўллаш (парафин, ванна, лой ва б.).
4. Денгизда чўмилиш.

#### **Жарроҳлик усулларида даволаш.**

*Жарроҳлик амалиёти билан даволаш учун қуйидаги кўрсатмалар мавжуд:*

1. Миома тугунлари 12 ҳафталикдан катта бўлса.
2. Миоматоз тугун некрози.
3. Миома жуда тез катталашса (2 ҳафтадан кўнга катталашали).
4. Гиперполименорея, метроррагия ҳолатларида.
5. Шиллик ости қаватининг миомаси (барча ўлчамларлаги).
6. Қўшни аъзоларнинг фаолияти бузилса (гидронефроз ва б.).
7. Субсероз тугунларнинг оёқчалари буралиб қолган бўлса.
8. Интралигаментар миома.
9. Бачадон бўйни миомаси.
10. Миома саркомага ўтиш ҳолларида.
11. Бачадон миомаси, тухумдон ўсмаси билан биргаликда учраса.
12. Миоматоз тугунларнинг атипик жойлашуви билан боғлиқ

бўлган бепуштлик.

13. Бачадон миомасининг бачадон бўйни рак олди ҳолати билан кўшилиб келиши.

#### **Беморларни текширишга тайёрлаш:**

1. Терапевт маслаҳати.
2. Анестезиолог маслаҳати.
3. Қон ва сийдикни умумий текшириш.
4. Коагулограмма, қон группаси, креатинин, мочевино, АЛТ.

АСТ, умумий оқсил.

5. ЭКГ.
6. УТТ.
7. Гистероскопия.
8. Гистеросальпингография.
9. Бачадон шиллик пардаси қириндисини гистологик текшириш.

Операциядан олдин беморнинг умумий аҳволи, ёши, ўсманнинг катта-кичиклиги ва жойлашишига қараб, бажариладиган текшириш ва операция ҳажми белгиланади. Шу билан бирга, қорин девори орқали ёки қин орқали текшириб, ўсма ҳақида қўшимча маълумотлар аниқланади. Жарроҳликдан олдин катта миомани кичрайтириш учун декопептил 3,75 мг – гонадотропин – рилизинг гармонлар агонистлари ҳар 28 кунда 1 марта ҳайзининг 3 кунни мушак орасига чуқурроқ юборилади, 4–6 ойгача қўллаш мумкин.

**Оператив давога мутлоқ қарши кўрсатмалар:**

1. Аёллар ҳаёти хавф остида бўлса.
  2. Ўпка ва юрак фаолиятининг етишмовчилиги кузатилса.
  3. Қон касаллиги.
  4. Тромбозмбол ҳолатлар.
  5. Буйрак усти безининг етишмовчилиги.
  6. Инсульт олди ҳолатлари.
1. Консерватив миомэктомия.

Консерватив миомэктомия-бачадонни сақлаб қолган ҳолда бир ёки бир неча тугунни олиб ташлаш. Бу усул кўпинча ёш ва тугишга хоҳиши бўлган аёлларда, репродуктив функциясини сақлаб қолиш мақсадида қўлланилади. Миомэктомия-лапароскопик, гистероскопик ҳамда лапаротомия йўллари билан бажарилади (3-расм):



3-расм. Лапроскоп усулда миомэктомия.

а) 5 см гача бўлган субмукоз миомани трансцервикал электрова лазерохирургик усул билан миомэктомия қилиб олиб ташлаш мумкин.

б) Интерстициал 5 см ва ундан катта ҳажмдаги ўсмалари мавжуд беморлар, операция қилишдан олдин – гонодотроп релизинг гармонлар агонистлари билан тайёрланади. Биринчи инъекциядан кейин ўсма 35 – 40% кичиклашади ҳамда эндометрия ҳам медикаментоз атрофияга учрайди, натижада интероперацион кон

кетиш камаяди. Операция лапароскопик ёки ҳажмига караб лапоротомия йўли билан ўтказилади.

в) Субсероз ўсмалар асосан лапароскопик ёки ҳажмига караб лапоротомия йўли билан операция ўтказилади. Ушбу операцияни ўтказишдан олдин ҳам гонодотроп релизинг гармонлар агонистлари билан тайёрланиши мақсадга мувофиқдир. Субсероз миомани олиб ташлашдан кейин бачадон ва ичак орасида битишмалар вужудга келиши эҳтимоли юқори.

Миомэктомиядан кейин ҳомиладор бўлиш 40% аёлларда кузатилади. Операциядан кейин албатта гармонал функцияни ва ҳайз циклини коррекциялаш (тиклаш) лозим.

Аммо консерватив операциялардан кейин, 30% ҳолларда операциядан кейин миоманинг қайта ўсиб чиқиш ҳоллари кузатилади. Ҳомиладорлик даврида бачадондаги чандикнинг носозлиги ва тугруқдабачадоннинг ёрилиши каби асоратлар юз берди. Шунинг учун кейинги йилларда консерватив даво сифатида бачадон артерияларини эмболизациялаш (БАЭ) операциясини қўллаш амалиётга кенг жорий қилинмоқда.

Бачадон артерияларини эмболизациялаш (БАЭ)эндоваскуляр усул бўлиб, хавфсиз ва орган сақлов чи консерватив даводир. Лапароскопик бачадон артериялари эмболизация қилинади. Клиник эффекти 65 – 92% бачадон ҳажми кичиклашади ва ҳайз цикл функцияси нормаллашади. Меноррагия дарҳол бартараф бўлади, ҳайз вақтида йўқотиладиган қон миқдори

3 – 4 баравар камаяди, қондаги эритроцитлар миқдори ошади. Ўсма ҳажми катта ва гигант бўлганда БАЭ лапаротомик миомэктомиядан олдин қўллаш мумкин. Бу интероперацион қон кетишни камайтиради. БАЭ нинг оғир асоратлари 1–2% учрайди ва гистерэктомия ўтказилади.

2. Радикал даво. Операция ҳажми индивидуал равишда ҳал қилинади.

1. 35 ёшгача (40-45 ёшдаги бўлган аёлларда ҳам) операцияни реконструктив олиб бориш ва тухумдонларнинг бузилган функцияларини коррекциялаш муҳимдир.

2. Менопаузадан олдин, кўпинча, бачадоннинг кин усти ампутацияси қўлланилади.

3. Менопаузадан сўнг, бачадон экстирпацияси қўлланилади. Бачадон бўйнида патологик ҳолатлар топилса (эрозия, полип, чуқур йиртилишлар, лейкова эритроплакиялар, дисплазия, эндометриоз) ҳам экстирпация қўлланилади.

4. 50 ёшдан ошган аёлларда кўпинча бачадон билан бирга тухумдонлар ҳам олиб ташланади, шунда қайталаниш ва рак касалликларининг олдини олиш мумкин.

*Гистерэктомия операцияси ўтказиши. Гистерэктомияга кўрсатма:*

1. Консерватив даво эффе́кт бермаганда.
2. Ўсма бачадон атрофидаги органлар функцияси нинг бузилишига сабаб бўлганда.
3. Ўсма бачадон бўйнида жойлашганда.
4. Тез ўсувчи ўсмаларда.
5. Ўсманинг ҳажми 14 ҳафтадан катта бўлса.
6. Саркомага ўтиш хавфи тугилса.

Операция усулини танлаш: миома 11–12 ҳафталик ҳомиладорлик муддатидек ҳажмдан катта бўлмаса гистерэктомия лапароскопик йўл билан ҳам бажар са бўлади. Қачон лапароскопик йўл билан операция қилиб бўлмайди? Агар ўсма ҳажми катта бўлса, худди 16–18 ҳафталик ҳомиладорлик муддатидек ёки ўсма бачадон бўйнида ва бўйин олдида (айниқса бачадоннинг орқа деворида) ҳамда интралигаментар жойлашганда. Бундай ҳолларда лапаротомия йўли билан операция ўтказилади. Операция ҳажмини белгилашда, албатта тухумдонлар ва бачадон бўйни патологияларини текшириб кўриш керак. Шу билан бирга соматик касалликларни текшириш лозим. Репродуктив ёшдаги аёлларда гистерэктомия бачадон ортиқларисиз олиб ташланса ҳам, организмда 30–55% ҳолларда постгистерэктомик синдром келиб чиқади. Сабаби, тухумдонда қон айланишининг пасайиши ва эндометрия – миометрия-тухумдон тизимининг рецепторлари орасида ўзаро боғлиқликнинг бузилиши ҳисобига гипоэстроген ҳолат юз беради. Шунинг учун операциядан кейин туғиш ёшидаги аёлларга гармонал коррекция ўтказилади. (фемастон 1/5, дивина, климонорм, цикло-прогинова ва б.), ёки эстроген рецепторлари жойлашган

тўқималарнинг селектив модуляторларидан (ливиал) тавсия қилинади. Албатта ушбу аёллар йилига икки марта кўрикдан ўтказилиб, сут бези УТТ да маммография қилинади ва қон ивиш тизими ҳамда қоннинг липидлар спектори текшириб турилади.

Бачадон миомаси ва ҳомиладорлик. Бачадон миомасида ҳомиладорлик ва тугруқ 0,5-3% ҳолларда учрайди. Л.Н.Василевская (1977–1997) маълумотларига қараганда ҳомиладорлик бачадон миомаси билан давом этиб, тугруқ физиологик равишда тугаса, у албатта организмдаги гипоталамус-гипофиз-тухумдон-бачадон тизимидаги нейроэндокрин ўзгаришларнинг қайта тикланиши билан кечади. Л.Н. Василевская, И.О. Сидорованинг (1977) кузатишларига кўра, ҳомиладорлик бачадон миомаси билан кечганда бир қанча асоратлар юз беради. Кўпинча ҳомиланинг ўз-ўзидан тушиши, муддатидан олдинги тугруқлар кузатилади. Айниқса бу асоратлар сурункали касалликлари мавжуд аёлларда кўпроқ кузатилади. Ҳомиланинг ўз-ўзидан тушиши ва муддатидан олдинги тугруқлар келиб чиқишига сабаб, эстроген гармонларнинг организмдаги секрециясининг бузилиши, бачадон деворларидаги патологик ўзгаришлар ва ўсманинг механик таъсир кўрсатиши. Бундан ташқари, тугруқда дардлар нуқсонлари, йўлдошнинг вақтидан илгари кўчиши, бачадоннинг ёрилиш хавфи ва ҳомила асфекцияси каби асоратлар кузатилади. Йўлдош туғилиш даврида ва илк чил ла даврларида йўлдошнинг бирон бўлакчаларининг қолиб кетиши, бачадон қисқаришининг бузилиши – атоник қон кетиш юз бериши мумкин. Миома тугунларининг туғилиши содир бўлади, бунда миома тугунчаларининг некрозга учраши каби асоратлар келиб чиқади.

Аёллар маслаҳатхонасига бачадон миомаси мавжуд ҳомиладорлар ҳисобга олинганда, уларда ҳомиладорликни давом эттириш мумкинлиги аниқланади.

Қуйидаги ҳолларда ҳомиладорликни тўхтатиш ёки ман қилиш масаласи кўриб чиқилади:

1. Тез ўсувчи ўсмаларда.
2. Ўсманинг ҳажми 14 ҳафтадан катта бўлса.



Саркомага ўтиш хавфи тугилса. Ҳомиладорликда тактика: Тугиш мумкин бўлган ҳолларда, ҳомиладорларга кўрсатма бўлганда бачадон тонусини пасайтирувчи препаратлар қўллаш мумкин (папаверин шамчалари, дюфастон ёки утрежестон). Ҳомиладорлар сандарда белгиланган тартибда олиб борилади. Тугрукдан 2 ҳафта илгари (ҳомиладорлар 37–38 ҳафталик муддатида) тугрук режасини аниқлаш учун ҳомиладор тугрукхонага госпитализация қилинади. Стационарда миомаси мавжуд ушбу ҳомиладорлар тўлиқ клиник ва лаборатор ҳамда УТТдан ўтказилади ва тугрукни олиб бориш (тугрукни табий тугрук йўллари орқали тугдириш ёки операция қилиш) масаласи ҳал қилинади.

#### **Операцияга кўрсатмалар:**

- катта ва кўп сонли миома тугунлари бўлганда;
- бачадонда консерватив миомэктомиядан кейинги чандиклар мавжудлигида;
- ўсма бачадон бўйнида, бўйин олдида жойлашганда. Миома тугуни ҳомиланинг боши ва танасининг ўтишига 16,5-40% тўскинлик қилади.

**Профилактикаси.** Юқоридаги фикрлардан келиб чиқиб аёл неча марта туғиши эмас, қайси ёшда туғиши миоманинг олдини олишда аҳамиятли эканлигини кўрдик. Қанча кеч ҳомиладор бўлса, ўсманинг ривожланиш хавфи шунча камаяди, демак 25 – 35 ёшгача энг оптимал туғиш ёши деб белгиласак бўлади, чунки 45 ёшдан кейин неча марта тукқан бўлишига қарамай барча туғиш ёшидаги аёлларда ўсманинг ривожланиш хавфи бир хил даражада эканлиги айтиб ўтилди. Эрта етилиш ва турмушга чиқиш аксинча ўсманинг тез ривожланишига ва ҳатто ўсма тез ўсганда, симптомларининг юзага келиши ва оқибатда бачадонни олиб ташлашга (экстерпация) тўғри келади ёки ўсманинг ҳавfli шаклга ўтиб кетиш хавфи ошади. 18 ёшдан кейин семириб кетиш ўсма касалликларининг ривожланиш омилларидан эканлиги ҳақида ҳам айтиб ўтилди. Бунинг учун аввало соғлом турмуш тарзига амал қилиш мақсадга мувофиқдир.

### Тиббиёт ходимларининг вазифалари:

1. Соғлом турмуш тарзининг аҳамиятини аҳолига етказиш (бадан тарбия, овқатланиш, зарарли одатлар ва бошқалар) энг приоретит мақсаддир.

2. Эрта менархе бошланган қизлар, 18 ёшдан кейин семириб кетган қизларни «Д» назоратига олиш ва улар билан ишлаш.

3. Тугруқнинг оптимал ёши 25-35 ёшгача эканлигини, барча ТЎА ларга моҳиятини тушунтириш ва бунга эришиш.

4. Эрта турмушга чиқишнинг оқибатлари мавзусида алоҳида тарғибот ишларини олиб бориш.

5. Генетик омиллари бўлган аёлларни «Д» назоратида олиб бориш.

6. Генетик омиллари бўлган аёлларда, контрацептив воситаларнинг турини танлашда – тиббий кўрсатманинг ўрни ҳақида айтиб ўтиш мақсадга мувофиқдир.

### ТЕСТ ВА ВАЗИЯТЛИ МАСАЛАЛАРНИ ЕЧИШ:

1. ГН-РГни тайинлаш фонида жарроҳлик аралашувларининг афзалликлари қайси бири?

– миома тугуни ўлчами кичиклашади, қон томирлар билан таъминланиши, қон йўқотиш камаяди;

– операция вақти камаяди;

– консерватив миомэктомиядан кейин бачадон ўлчами ва функционал массасини вақтинча камайтиради;

– барча жавоблар тўғри;

2. Қуйида санаб ўтилган дори воситаларининг қайси бири бачадон фибромиомасини даволашда қўлланади?

– прогестерон группаси;

– рилизинг – факторлар антагонистлари;

– андрогенлар;

– барча санаб ўтилганлар;

– тўғри жавоб йўқ;

3. Эндометрий гиперпластик касаллигига чалинган

беморларнинг эстроген гармонал ҳолати қандай ?

- хорионик гонадотропин миқдори юқори;
- прогестерон миқдори юқори;
- андрогенлар миқдори юқори;
- гипофиз гармонлари миқдори юқори;
- эстрогенлар миқдори юқори;

4. Қайси текшириш усули эндометрийнинг безли ва безли-кистоз гиперплазиясини қиёсий диагностикасида аниқ маълумот беради?

- бачадон бўйни канали ва бачадон эндометриясидан алоҳида-алоҳида олинган қирмани гистологик текшириш;
- метросальпингография;
- УТТ;
- Лапароскопия;
- тўғри жавоб йўқ.

5. Қуйида кўрсатилган усулларнинг қайси бири миомэктомия ёки гистерэктомия операциясининг эффектив альтернатив усули ҳисобланади?

- барча санаб ўтилганлар;
- физиотерапия УВЧ;
- гомеопатик даво;
- бачадон томирларини эмболизация қилиш;
- лапароскопия.

6. Бачадон миомаси диагнозини тасдиқлаш учун қайси усул зарур эмас?

- кичик чанок аъзоларини УТТ;
- бачадон бўйни канали ва бачадон эндометриясидан алоҳида-алоҳида диагностик қирма олиш;
- пельвиография;
- гистероскопия;
- лапароскопие.

7. Эндометрий гиперпластик жараёнларини даволашда қайси дори воситаси қўлланади?

- фемостон;

- оксипрогестерона капронат;
- новинет;
- фолликулин;
- синестрол.

8. Фибромиомани даволаш учун бачадон ичи воситасининг таркибида қайси препарат мавжуд?

- левоноргестрел;
- синестрол;
- клостилбегит;
- тухумдоннинг ҳар қандай гармони бўлиш бу восита

таркибида;

- фолликулин.

9. Проллифератив миома учун қандай ўсиш белгиси характерли эмас?

- атипик ўсиш;
- плазматик ҳужайраларнинг кўплиги;
- лимфоид ҳужайраларнинг кўплиги;
- тез катталашиш;
- митотик активликнинг ошиши.

10. Қандай бузилишлар ретроцервикал жойлашган бачадон миома тугунининг клиникасига хос?

- гиперполименорея;
- бепуштлик;
- қиндан кўпикли ажралмаларнинг келиши;
- аменорея;
- тўғри ичак функциясини бузилиши.

11. Қандай бузилишлар субмукоз жойлашган бачадон миома тугунининг клиникасига хос?

- гиперполименорея;
- аменорея;
- қиндан кўпикли ажралмаларнинг келиши;
- ўсманинг емирилиши;
- симптомсиз кечиш.

12. Қандай бузилишлар субсероз жойлашган бачадон миома тугунининг клиникасига хос?

- гиперполименорея;
- бепуштлик;
- метроррагия;
- барча санаб ўтилганлар;
- симптомсиз кечиш.

13. Тугилаётган фиброматоз тугунни оптимал даволаш усули:

- спазмолитиклар инъекцияси қилиш;
- прогестерон инъекцияси қилиш;
- фиброматоз тугунни олиб ташлаш ва бачадон бўшлигини қириш;

- бачадон экстирпацияси;
- бачадон кин усти ампутацияси.

14. Бачадон субмукоз фибромиомасини оптимал даволаш усули:

- бачадон эндометрийсини қириш;
- прогестерон инъекциясини қилиш;
- консерватив миомэктомия;
- бачадон экстирпацияси;
- тухумдонни кесиш.

15. Репродуктив даврда бачадон субсероз фибромиомасини оптимал даволаш усули:

- бачадон ичини қириш;
- прогестерон инъекцияси;
- консерватив миомэктомия;
- бачадон экстирпацияси;
- тухумдонни кесиш.

16. Бачадон субсероз фибромиомасини асосий асоратлари?

- қон кетиш;
- тухумдон апоплексияси;
- фиброидни ёрилиши;
- бачадондан ташқари ҳомиладорлик;
- бачадон фиброматоз тугунининг некрози.

17. Бачадон субсероз фибромиомасини асосий асоратлари?

- қон кетиш;
- тухумдон апоплексияси;
- фиброиднинг ёрилиши;
- бачадондан ташқари хомиладорлик
- бачадон субсероз тугунининг буралиб қолиши.

18. Бачадон танаси ракиннинг асосий диагностик усуллари:

- бачадон шиллик қавати ва бачадон бўйнининг ҳар бир деворини алоҳида-алоҳида қириш ва уни цитологик текшириш;

- бачадон ичи аспиратини цитологик текшириш;
- трансвагинал эхография;
- гистероскопия;
- гистеросальпингография.

19. Бачадон фибромиомаси тугуни консистенцияси ниманинг нисбатига боғлиқ?

- паренхима ва строма нисбатига;
- қон томирлар сонига;
- эндометрионд тўқима мавжудлигига;
- ёғ тўқимаси қанчалик ривожланганлигига;
- тугунининг катталигига.

20. Бачадон фибромиома тугуни қандай жойлашганда буралиб қолиш кўринишидаги асорат юз беради?

- субсероз;
- субмукоз;
- интралигаментар;
- интерстициал;
- ретроцервикал.

21. Бачадон субмукоз фиброматоз тугуни қандай жойлашганда бачадон ағдарилиши кўринишидаги асорат юз беради?

- субсероз;
- субмукоз;
- ретроцервикал;
- интерстициал;

– барча санаб ўтилганлар.

22. Бачадон субмукоз фиброматоз тугуни қандай жойлашганда тугуннинг тугилиши кўринишидаги асорат юз беради?

- субсероз;
- субмукоз;
- интралигаментар;
- интерстициал;
- ретроцервикал.

Масала 1.

49 ёшли бемор аёллар маслаҳатхонасига қорин пастидаги оғирликка, катталашганлигига, ҳансирашга, вақти-вақти билан сийдик тутолмаслигига шикоятлар қилиб келди. Ҳайз цикли ўзгармаган, жинсий ҳаётни

22 ёшдан бошлаган. Бепуштликдан азобланган. Бир неча марта санаторий, курортларда даволанган. Гармонотерапия олганда натижа бўлмаган. Кейинги 10 йилда даволанмаган. Охириги 2 йил ичида қорни катталаша бошлаган. Пальпация қилинганда қорни катталашган, ўлчамлари 26x24см ҳаракатланади, оғриксиз шиш кузатилади. Гинекологик текшириш, кўзгулар ёрдамида бачадон бўйни тоза. Қин орқали текширилганда, бачадон бўйни конуссимон. Бачадон 26 ҳафталик ҳомиладорликдек катталашган, юзаси гадир-будур, консистенцияси қаттиқ, ҳаракатланганда оғриксиз, бачадон ортиклари аниқланмайди. Параметрий инфилтрациясиз. Ташхис. Прогноз. Врач тактикаси ва операцияга кўрсатма.

**Масала 2.**

Бемор С., 27 ёш, аёллар маслаҳатхонасига умумий дармонсизликка, нафас қисишига, юрак тез уришига, йўталга ва 1 ҳафта давомида жинсий йўллардан қонли ажралмалар келишига шикоят қилиб келди.

Анамнез: ирсияти оғирлашмаган. Ҳайз 14 ёшдан, бирдан шаклланган (3–4 кун, цикл 21 кун), оғриксиз. Охириги нормал ҳайз 5 ой олдин кузатилган.

20 ёшда турмушга чиққан. 3 марта ҳомиладор бўлган: биринчиси

асоратсиз нормал тугрук бўлган, иккинчиси – сунъий аборт (10 ҳафталик ҳомиладорликда), асоратсиз кечган.

Уч ой олдин 6–7 ҳафталик ҳомиладорлиги ўз-ўзидан тушган, бачадон бўшлиги қирилган, шундан кейин 2 ҳафта давомида жинсий йўлларида қонли ажралмалар келиб турган. Врачга мурожаат қилмаган. 1 ой давомида безовта бўлмаган. Кейин 2 ҳафтага ҳайз кечикканлиги сабабли, аёллар маслаҳатхонасига мурожат қилган, у ерда 7 ҳафталик ҳомиладорлик аниқланган. Бачадон бўшлиги қирилган. Қириндида ҳомила тухумининг элементлари аниқланмаган. Беморнинг аҳволи қониқарли бўлиб, операциядан кейинги давр асоратсиз кечган. 1 ҳафтадан кейин беморда йўтал ва нафас қисиши безовта қила бошлаган. Бемор терапевтга мурожат қилган. Қон ва сийдик таҳлиллари патологиясиз. Фақат СОЭ ошган (35 мм/соат). Кўкрак қафаси рентгенологик текширувида иккала ўпка сили ташҳиси кўйилиб, силга қарши даво тавсия қилинган. Лекин беморнинг аҳволи оғирлашиб борган, йўтал кучайиб, қорин пастида оғрик пайдо бўлган ва жинсий йўллاردан қонли ажралмалар кела бошлаган. Бемор гинеколог консултациясига юборилган.

**Объектив:** умумий аҳволи ўртача оғир. Пульс 1 минутда 90 марта, ритмик. АБ 100/70 мм сим. уст. га тенг.

Тери ва шиллиқ пардалари оқимтир. Ўпкасида дағал нафас эшитилиб, пастки қисмларида сусайган. Юрак тонлари бўгик. Тили нам, тоза. Қорни юмшоқ, оғриксиз. Сийдик ва ахлат ажралиши нормал. Қон таҳлили: гемоглобин – 47 г/л, қон формуласи ўзгармаган. СОЭ – 47 мм/соат. Сийдик таҳлили: патологиясиз.

Қин орқали текширув: ташқи жинсий органлари нормал ривожланган. Қиннинг кириш қисмида, ўнг томонда 4х6х4 см ўлчамли цианотик тугун аниқланади, юзаси некрозланган. Қиннинг 1/3 ўрта қисмида катталиги 3 см келадиган иккинчи тугун аниқланади. Тугунлар сабабли бачадон бўйинини кўриб бўлмайди. Бачадон танаси 14 ҳафталик ҳомиладорлик ҳисобида катталашган, юмшоқ консистенцияли, юзаси нотекис. Бачадон ортиқлари иккала томондан ҳам пайнасламайди. Қин гумбазлари бўш. Ажралмалари – қонли.



1. Диагноз кўйинг.
2. Беморни олиб бориш режаси тузинг.

### *Масала 3.*

50 ёшли бемор гинекология бўлимига қорин пастиди, кўпроқ чап томондаги оғриқларга шикоят қилиб келди. 14 йил олдин бачадон миомаси аниқланган (6 ҳафта катталиқда бўлган). Бемор гинеколог назоратида турган, лекин 2 йилдан бери врачга мурожаат қилмаган. 2 йил олдин миома 10 ҳафталиккача катталашган. Анамнезидан 30 ёшда турмушга чиққан. Икки марта ҳомиладор бўлган, иккаласи ҳам сунъий аборт бўлиб, ҳомила элементлари қолдиги сабабли бачадон бўшлиғи қайта қирилган, шундан кейин бачадон ортиқларини икки томонлама яллиғланиши билан даволанган. Беморда иккиламчи бепуштлик кузатилади.

**Объектив:** умумий аҳволи қониқарли. Пульси бир дақиқада 76 марта, қониқарли тўлиқликда. АҚБ 100/80 мм сим.у.га тенг. Тери ва шиллик пардалари оч пушти рангда. Ички органлар томонидан патология йўқ. Тили нам, тоза. Қорни юмшоқ, оғриқсиз. Қов устида қаттиқ, бироз оғриқли бачадон пайпасланади.

Қин орқали текширилганда: бачадон бўйни конуссимон шаклда, тоза. Бачадон 14 ҳафталикдаги катталиқда, кўплаб миоматоз тугунлар аниқланади, қаттиқ, ҳаракатчан, бироз оғриқли. Бачадон ортиқлари иккала томондан ҳам катталашган, оғриқли. Қин ажралмалари: шиллиқли.

1. Диагноз кўйинг;
2. Қандай даво ўтказиш керак?

### *Масала 4.*

38 ёшли бемор гинекология бўлимига дармонсизликка, бош айланишига, қорин пастидидаги тортувчи оғриқларга, иш қобилиятининг пасайганлигига, жинсий йўлларида қонли ажралмалар келишига шикоят қилиб келди. Бемор ўзини 1,5 йилдан бери касал деб ҳисоблайди. Ҳайз кўриши оғриқли, кўп ва узок вақт бўлади. Врачга мурожаат қилмаган. Анамнезидан: 23 ёшда турмушга чиққан. Олти

марта ҳомиладор бўлган, шундан иккитаси нормал туғрук, тўрттаси сунъий аборт бўлган. Охириги 1,5 йилдан бери ҳайз кўриши бузилган. Ҳайздан кейин бош айланиши ва дармонсизлик кузатилади.

**Объектив:** умумий аҳволи қониқарли. Пульси бир дақиқада 90 марта, қониқарли тўлиқликда. АҚБ 115/75 мм.сим.ус.га тенг. Тери қопламлари оқимтир. Ички органларида патология аниқланмади. Тили нам, тоза. Қорни юмшоқ, пастки қисмлари оғриқли.

Қин орқали текширилганда: қин тукқан аёлларникига хос. Бачадон бўйини тоза, цилиндрсимон шаклда, ташки бўғзи ёпик. Бачадон танаси 10-11 ҳафталик ҳомиладорликдек катталиқда, кўплаб миоматоз тугунлардан иборат. Бачадон пайпаслаганда оғриқсиз. Бачадон ортиқлари пайпасланмайди. Қин ажралмалари: қонли, кам миқдорда.

1. Диагноз қўйинг;
2. Қандай қўшимча текшириш усулини ўтказиш керак?
3. Қандай даво ўтказилади?



## 1.2. ЭНДОМЕТРИОЗ

Эндометриоз (эндометрионд гетеротопиялар) патологик жараён бўлиб, бунда миометрийда ёки бошқа жинсий аъзоларда ва ундан ташқарида (экстрагенитал) тузилиши бўйича эндометрийга хос эпителиал ва стромал элементларни сақловчи ўчоқларнинг ҳосил бўлишидир. Бунда гетеротопик тўқима бачадон шиллик қаватидаги менструал циклик ўзгаришлари каби циклик ўзгаришларга учрайди.

Эндометрионд ўзгаришга учраган тўқимани олиб, микроскоп остида қаралса, кескин чегараланган, майда-майда пуфакчага ўхшаш бўшлиқ ёки ари уйини эслатадиган аломатлар кўринади. Пуфакчалар ичи шилимшиқ модда ёки қорамтирроқ парда билан қопланган, гистологик тузилиши билан худди бачадон бўшлиғи шиллик қаватининг тузилишига ўхшайди.

Эндометриоз жойлашган ўчоғида пролиферация, секреция ёки ҳайз кўрганда ажраладиган қонга ўхшаш қон қуйилиш белгилари кузатилади, яъни бачадон шиллик қаватидаги тухумдондан ажралиб чиқадиган стероид ва гонадотроп гармонлар таъсирида бўладиган циклик ўзгаришларга ўхшаш аломатлар кузатилади.

Эндометриозлар ўз атрофида жойлашган тўқималарга ўсиб кириш хусусиятига эга. Бу билан тўқималарга протеолитик таъсир қилиб, уларни парчалаб, ундан ҳам чуқурроқдаги қисмларни зарарлантириши мумкин. Эндометриоз чегараси нотекис бўлиб, у сероз, мушак ва шиллик қаватларга, терига, суяк усти пардасига, ҳатто суяк тўқимасига ҳам ўсиб киради, эндометриоз пуфакчаси ёрилганда организмнинг ҳамма қисмларига қон, лимфа йўллари орқали тарқалиши кузатилади.

Эпидемиологияси. Эндометриоз жинсий аъзолар яллиғланиш касалликлари ва бачадон миомасидан кейин энг кўп учрайдиган

касаллик ҳисобланади. Ҳар хил муаллифлар фикрига кўра, репродуктив ёшдаги аёллар касалликлари ичида учраши 12-50 % ни ташкил қилади. Охириги йилларда бу касалликнинг учраши ортиб бормоқда. Бу касаллик диагностикасининг яхшиланганлиги ва ҳақиқатда касалланган аёллар сони кўпайганлиги билан тушунирилади. Касаллик турли ёшда учраши мумкин. Турғун чанок оғриқлари синдроми сабаблари ичида эндометриоз биринчи ўринни эгаллайди (80% беморларда), бепуштлиқ вақтида 30% аниқланади. Кўпроқ генитал эндометриоз учрайди, 6–8% ҳолларда экстрагенитал шакли (тўғри ичакда, операциялардан кейинги чандикларда, киндик соҳасида ва ҳ.к.) аниқланади. Кўп туққан аёлларда эндометриоз жуда кам аниқланади.

Эндометриознинг ривожланишига олиб келувчи омиллар – наслий мойиллик, гиперэстрогения, эрта менархе, абортлар, кўкрак сути билан болани эмизмаслик, бачадоннинг аномал ривожланишлари (хайз қонининг чиқиб кетишига йўл бўлмаслиги), иммунитетнинг пасайиб кетиши, психик зўриқиш, экологик омиллар (кофеин ва спиртли ичимликлар).

### Этиологияси ва патогенези.

Эндометриознинг келиб чиқиши олимлар ва амалий врачлар учун жумбоқлигича қолмоқда. Бу патологиянинг келиб чиқиши ва ривожланиши тўғрисида бир нечта назариялар, аниқроғи – гипотезалар мавжуд.

#### Эндометриознинг келиб чиқиш назариялари:

- эмбрионал, эндометриозни келиб чиқишини, эмбрионал келиб чиққан парамезонефрал йўллар гетеротопияларидан деб тушунилади;
- имплантацион, менструал қон ва эндометрий тўқимасини рефлекс йўли билан қорин бўшлиғига тушишини назарда тутди;
- метапластик, қорин парда мезотелиясининг ва бошқа тўқималар метаплазияси назарда тутилади;
- дисгармонал;
- иммун балансининг бузилиши.

Имплантация назария, эндометрийнинг яшашга лаёқатли хужайралари, менструал цикlining десквамация фазасида бачадон найлари орқали кичик чанок қорин пардасига тушишига асосланган. Эндометрий хужайраларини қорин бўшлиғига тушишига қуйидаги факторлар таъсир қилади: бачадон буйини стенози, чандикли ўзгаришлари ёки тугма аномалияси, натижада ҳайз қонининг бачадондан оқиб чиқиши қийин ёки умуман чиқишига йўл анормал бекилган. Оқибатда бачадон ичида босим ошади, ҳайз қони бачадон най орқали қорин бўшлиғининг кичик чанок қисмига тушади. Бачадон шиллик қавати хужайралари адгезив хусусиятларининг ортиши, қорин парда иммун фаолиятини, қорин парда суюқлиги химоя факторларининг пасайиши натижасида эндометрий хужайралари қорин пардага ёпишади.

Уларнинг имплантация ва пролиферацияси юзага келади: эндометриоз ўчоқлари шаклланади.

Имплантация назария, маймунларда ўтказилган тажрибада ўз тасдиғини топган. Клиник кузатишлар шунини кўрсатадики, жарроҳлик амалиёти вақтида бачадон бўшлиғи очилиши билан кечса, эндометрий хужайралари қорин бўшлиғига тушиши ва ўша жойда эндометриоз ўчоқлари шаклланиши мумкин. Кейинчалик лимфа ва қон томирлари орқали тарқалиши юз беради.

Менструал қоннинг рефлекси, турлича маълумотларга кўра 15–20% ҳолларда соғлом аёлларда ҳам учрайди, шунинг учун эндометрий хужайраларининг қорин бўшлиғига тушиши муҳим аҳамиятга эга эмас, деган фикрлар ҳам мавжуд.

Эмбрионал ёки дизонтогенетик назарияда, ҳомила материалларини анормал жойлашиши оқибатида эндометриоз келиб чиқиши назарда тутилади. Яъни, вольф таначалари ва мюллер йўллари қолдиқларидан ривожланиши мумкин. Эндометриознинг айрим ҳолларда жинсий аъзоларнинг тугма нуқсонлари (эгарсимон бачадон, бачадон қўшимча шохининг бўлиши) билан бирга учраши бу назарияни тасдиқлайди. Бу назарияни исботлашда В.П. Баскаков 1979 йили «Эндометриознинг болалар ва ўсмирларда (12–13 ёш)

ривожланиши ва жишсий аъзолар нуқсонлари билан қўшилиб келиши» ҳақида айтиб ўтган.

Метапластик назария, яллигланиш, травмалар, гармонал ва турлича бузилишлар таъсирларида қорин парда ва плевра мезотелийси, қон томирлар эндотелий қавати, буйрак каналчалари эпителияси ва шу каби тўқималарда – метаплазия юз бериб, эндометрийга ўхшаш тўқима ҳосил бўлади. Ҳозирги вақтда бу фикрни кўпчилик олимлар инкор қилади.

Иммун балансининг бузилиши. Иммунологик назария – эндометриоз аутоиммунологик касаллик эканлиги таъкидланади: Т-хужайра иммунитети пасайиб, В-лимфоцитар системасининг активлиги ошиши, иммуноглобин G ва A кўпайиб, эндометриоз тўқималарига нисбатан аутоантитаналар пайдо бўлганлиги аниқланган. (Н.В. Старцева, 1983). Т-лимфоцитлар камайиши билан уларнинг рецептор аппарати ўзгаради, Т-супрессорлар ва Т-лимфоцитларнинг хелпер омилни ишлаб чиқариши пасаяди (Л.Я. Суприн.). Натижада хужайравий иммунитетнинг етишмаслиги эндометриоз патогенезида зарур этиологик омил ҳисобланади. Табiiий киллер хужайралар (Т-лимфоцитлар) активлигининг пасайиши ҳисобига иммуносупрессия юзага келади. Иммунитетнинг туғма ёки орттирилган аномал жавоби эндометрия хужайраларининг бошқа орган ва тўқималарда яшаб, ривожланиб кетиши учун қулай шароит ҳисобланади.

Дисгармонал, гармонлар апоптоз (тирик организмда нишонланган хужайраларнинг генетик дастурланган ўлими) ингибиторлари ҳисобланади. Вах (Vcl-2 оиласига мансуб) генлар транскрипциялари модуляциялари ҳисобига гонадотропинлар тухумдонларнинг безли эпителиясининг яшашини таъминлайди. Гонадотропинлар мавжудлигида фолликуляр хужайраларда Вах ноактив ҳолларда бўлади, гармонлар концентрацияси камайганда у активланиб, апоптоз индукциясига олиб келади. Лимфоцитларда индукцияланган апоптоз пролактин таъсири тўхтайдди, натижада тўқималар ўсишининг назорати издан чиқади. Эстрогенлар таъсирида хужайраларнинг апоптотик жараёнларида ўлиши юз беради. Эстрогенлар концентрацияси юқори бўлганда тухумдонларнинг

фолликуляр эпителий хужайраси апоптози кучсизланади. Бир вақтнинг ўзида эстрогенлар бачадон шиллиқ қавати эпителий хужайраларига индуктив бўла олади, апоптозга супрессор сифатида таъсир кўрсата олгандек.

Эндометриод гетеротопияларда экстрацеллюляр матриксни емирувчи, томир эндотелиал ўсиш омили миқдорининг кўпайиши исботланган. Эндометриоз ўчоқларида апоптоз кучсиз бўлади ва ўтмишдошларни эстрадиолга айланишини кўпайтирувчи ароматазалар миқдори ошади. Бу барча механизмлар генетик мойиллик асосида амалга ошади. Гетеротопик эндометрийнинг пролиферациясига, гипоталамус – гипофиз – тухумдон тизимидаги ўзгаришлар таъсир қилади ва оқибатда эндометриоз тўқимасидаги эстроген рецепторларга таъсир кучаяди. Яъни эстрогенлар миқдорининг нисбий кўпайиши, эндометриянинг пролиферациясига олиб келади, шу билан бирга эндометрия хужайраларининг яшаши учун ҳам қулай шароит яратиб – ўз навбатида эндометриоз юзага келишига сабабчи бўлади.

XX аср охирида ўтказилган генналогик кузатувлар ва генетик маркерларни ўрганиш, эндометриознинг ривожланишида генетик омилнинг аҳамияти катталигини аниқлади. Акушерлик илмий маркази, Россия тиббий текшириш академияси гинекология ва педиатрия институтининг маълумотларига кўра I-даражали қариндош (она, опа-сингил, қизлар) ларда 2-даражали қариндош (она томонидан ҳолалар ва оналар) ларга нисбатан эндометриоз 2,7 баробар кўп учраши аниқланган. Бир ёки бир нечта ген эндометриоз ривожланишига мойиллигини белгилаши тахмин қилинади. Айрим ҳолларда ушбу мойилликнинг мавжудлигини ўзи касаллик ривожланиши учун етарли ҳисобланади. Баъзан қўшимча ножўя омиллар: атроф муҳитнинг таъсири, жинсий аъзоларнинг сурункали яллиғланиш касалликлари, гармонал фон ва иммунитетнинг бузулишлари, бачадондаги жарроҳлик амалиётлари, асаб – психик омиллар таъсири касалликнинг ривожланишига олиб келади.

Шундай қилиб, тан олиш кераки, ҳозирги вақтгача эндометриод касаллигининг келиб чиқишида ягона назария мавжуд экани исботланмаган. Эҳтимол, қуйидаги патологияни бутун аёл организмни қамраб оладиган полиэтиологик жараён деб қараш керакдир.

## Эндометриознинг таснифи

Генитал эндометриоз (ички ва ташки).

Ички – бачадон танаси (аденомиоз), бачадон бўйнига ўтиш қисми, бачадон найлари интерстециал қисмини зарарлайди (4-расм).

Ташки – ташки жинсий аъзоларни зарарлайди:

а). Қорин бўшлигидаги: бачадон найларида (истмик ва ампуляр қисмлари), бачадон бўйни орақсида (ретроцервикал), тухумдонларда, тўғри ичак ва бачадон орасидаги бўшлиқда, бачадоннинг юмалок бойламларида, кичик чанок қорин пардасида.

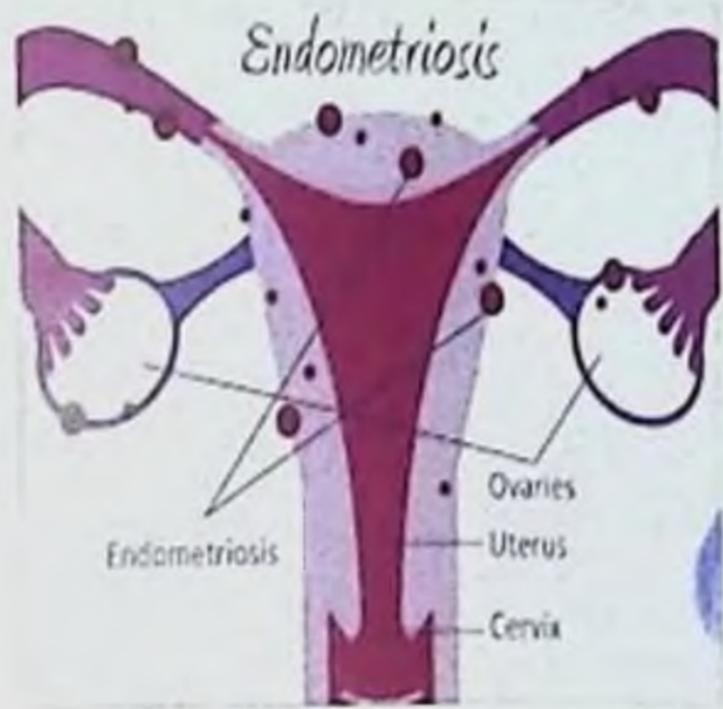
б). Қорин бўшлигидан ташқарида: бачадон бўйни соҳасида, кинда (5-6-расмлар).

Экстрагенитал эндометриоз. Экстрагенитал эндометриоз топографик жиҳатдан жинсий аъзолар билан боғлиқ бўлмаган тўқима ва аъзоларни зарарлайди (7-расм): операциядан кейинги чандиқлар эндометриози, тўғри ичак соҳасида, сийдик пуфагида ва сийдик чиқариш йўллари, чарвида, жигарда, буйракларда, ўпкада, конъюнктивда, киндик соҳаси ва бошқа аъзоларда учрайди. Экстрагенитал эндометриоз генитал эндометриозга нисбатан камроқ учрайди – 5%.

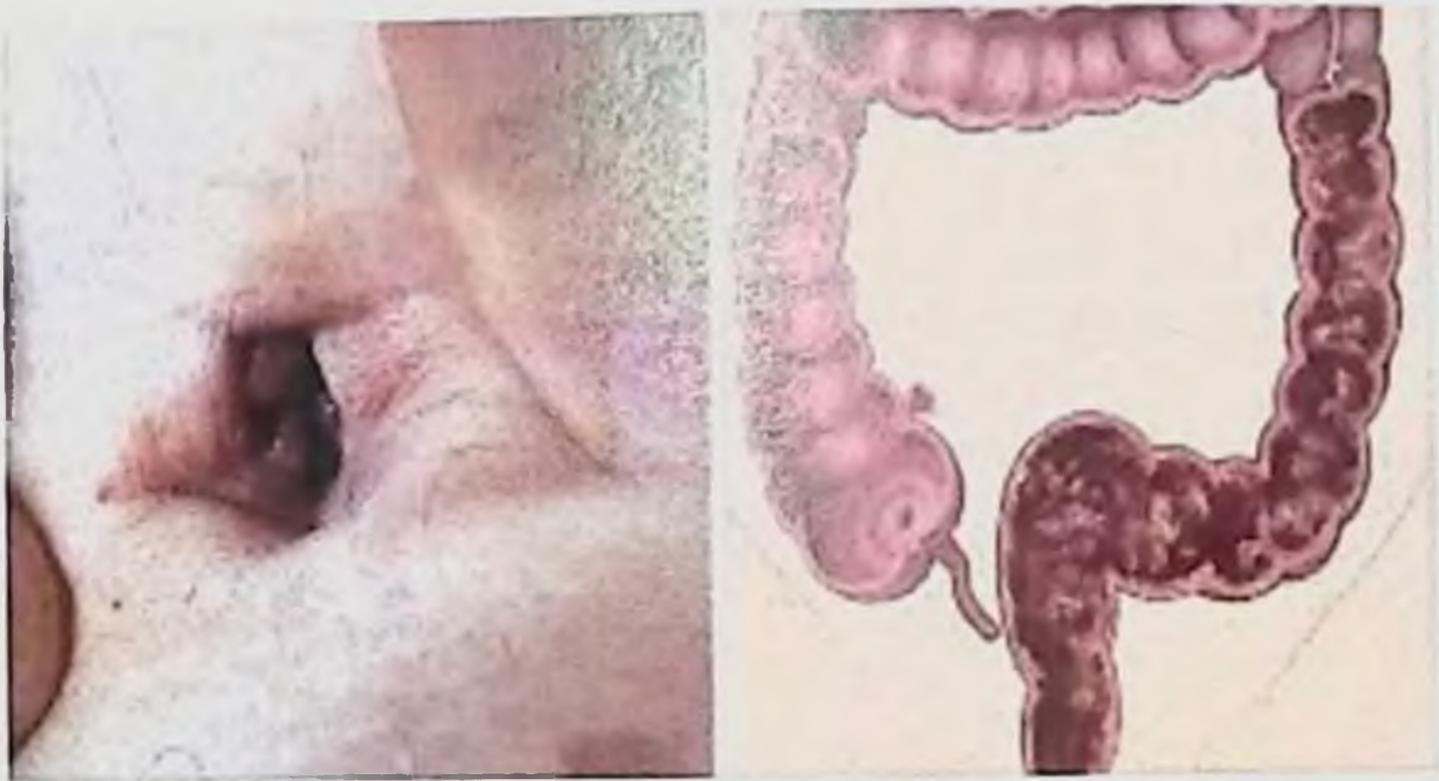


4-расм. Генитал ички эндометриоз (Аденомиоз).





5-6-расмлар. Генитал ташки эндометриоз (бачадон пайи, тухумдон, бачадон буйида).



7-расм. Экстрогенитал эндометриоз.

Эндометрионд касалликнинг ҳозирги кунгача клиницист ва морфологлар томонидан битта умум тан олинган таснифи мавжуд эмас.

### КЛИНИК КЕЧИШИ.

Эндометрознинг клиник кечишига қараб энгил, ўрта ва огир даражалари кузатилади. Касаллик энгил даражада кечганда бемор шикоят қилмаслиги ҳам мумкин. Касалликнинг клиник белгилари унчалик кўзга ташланмай ди. Касаллик ўртача огирликда кечганда эндометриоз белгилари кўзга яққол ташланади. Касалликнинг огир

даражасида беморнинг аҳволи анча оғир бўлиб, касаллик узок вақт давом этади, қайта-қайта хуруж қилади.

Эндометриознинг клиник манзараси, эндометриознинг қайси соҳада жойлашганлигига боғлиқ ҳолда турлича шаклларда кечади.

*Генитал эндометриознинг ўзига хос клиникаси:*

- оғриқ синдроми;
- ҳайз фаолиятининг бузилиши;

Ушбу клиник белгиларни ҳайз цикли билан боғлиқлиги.

- репродуктив фаолиятининг бузилиши (бепуштлиқ).

Оғриқ синдроми – сурункали ёки рецидивланувчи характерга эга (8-расм). Ҳайз вақтида ёки кейин оғриқ локализацияси – қорин пастки соҳаларида, кам ҳолларда думгаза ва бел соҳаларида бўлиши мумкин. Оғриқ тўғри ичакка берилиши (ректал оғриқ) ва жишсий алоқанинг оғриқли (диспареуния) бўлиши, оргазм вақтида ёки кейин ўткир оғриқ кузатилиши, овуляция вақтидаги оғриқлар кўринишларида кузатилади. Оғриқ (альгодисеменорея) кучи ҳар хил бўлади ва камдан-кам жуда кучли бўлиши мумкин.



8-расм. Эндометриозда оғриқ.

Оғриқ қанақа бўлишидан қатъий назар, ўзига хослиги – бу ҳайз цикли билан боғлиқ тарзида юзага келиши. Одатда оғриқ ҳайз кунларидан олдин пайдо бўлиб, кучайиб, ҳайз кунлари ва ундан кейин

хам беморни безовта қилади. Бу оғриқлар эндометриоз ўчогидаги без тўқималарнинг бўртиши, тўқималарнинг ички берк бўшлиқларида суюқликнинг тўпланиши натижасида келиб чиқади. Ҳайз вақтида яна ҳолензлик, умумий дармонсизлик, иш қобилиятининг пасайиши, депрессия, айрим ҳолларда тана ҳароратининг кўтарилиши кузатилиши мумкин. Кўпинча эндометриоз тўқималари қонга сўрилиши натижасида Ҳайз вақтида тана ҳароратининг кўтарилиши кузатилади. Эндометриоз ўчоқларининг жойлашиши жойи ва тарқалганлигига қараб ичак фаолиятининг бузилиши, тез-тез оғриқли ахлат қилиши ёки сийдик ажратиш аъзолари фаолиятининг бузилиши (дизурия) кузатилади, сийдик тез-тез оғриқли, баъзан оз миқдорда қон ҳам аралаш (гематурия) кўринишида кечади.

Ҳайз фаолиятининг бузилиши узок давом этувчи ва аёлни камқонликка олиб келувчи, оғриқли Ҳайз кўриши билан намоён бўлади. Ҳайзнинг бундай кечиши ички эндометриозда, эндометриоз ва бачадон миомаси бирга учраганда кузатилади. Вақт ўтган сари қон кетиш миқдори ва дисменорея кучайиб боради. Бачадон эндометриозидида Ҳайз цикли бузилиши, гиперполименорея, меноррагия, метроррагия кўринишида бачадондан қон кетади ва оқибатда оғир, ҳатто ўта оғир даражали кам қонлик ривожланади. Ҳайз вақтида кўп қон кетишига асосий сабаблар: 1). Тухумдон фаолиятининг бузилиши (ановуляция); 2). Бачадон мушакларининг қисқариш хусусиятининг бузилиши; 3). Қон кетадиган юзанинг катталашганлиги натижасидир.

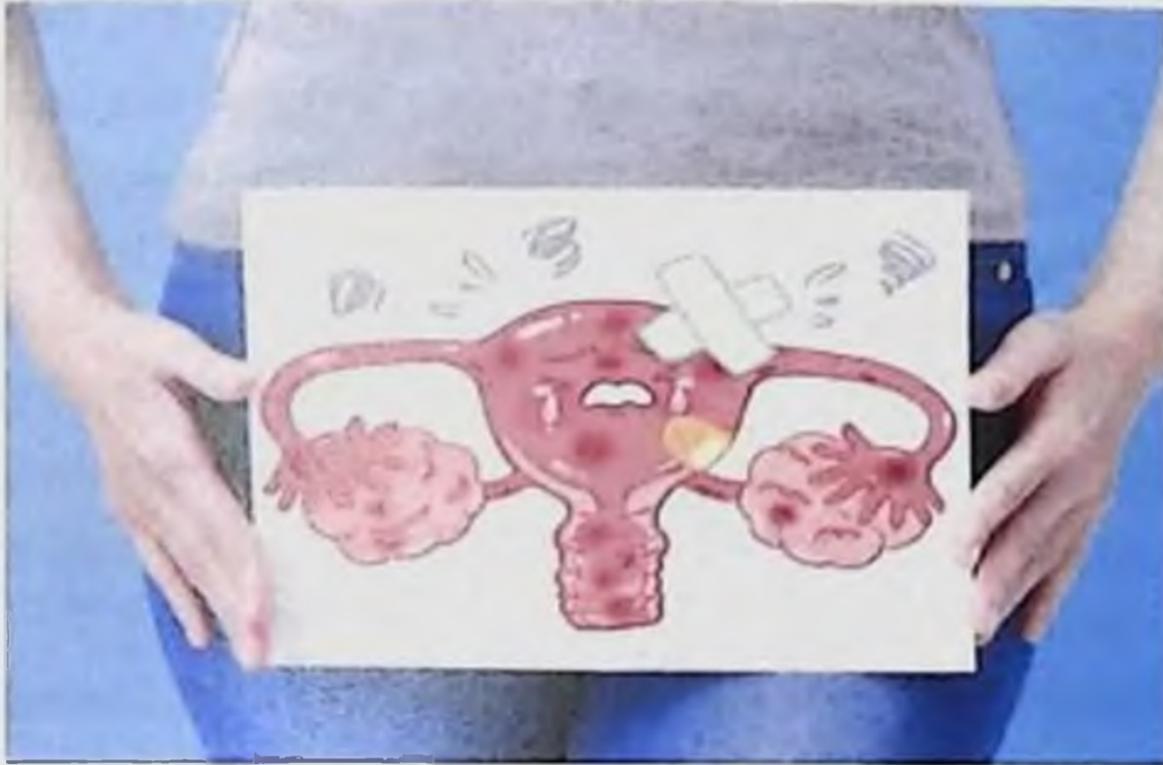
Ҳайз цикли бузилишининг яна бир белгиси, бу Ҳайздан олдин ва кейин «тўк жигар рангда суртилувчи» характерда қон келиб туриши ҳисобланади. Ҳайз циклидан 3–4 кун олдин ва Ҳайз тамом бўлишидан кейин яна 3–4 кунгача, оз миқдорда, тўк жигар ранг ёки қорамтир рангда қон кетиши, Ҳайз кўриш даври 10 кун ва ундан кўпроқ давом этиб, ажралган қоннинг миқдори кўп бўлиши ва оғриқлар билан кечиши аденомиоз касаллигига хос белгилар ҳисобланади.

Бачадон бўйни ва қин эндометриозидида контакт, қон кетишлар ҳам кузатилиши мумкин.

Эндометриоз билан касалланган аъзо, Ҳайз кўриш олдида катталашади ва Ҳайздан сўнг яна олдинги ҳажмда бўлиши кузатилади.

Касалланган беморларда овуляция жараёнининг бўлмаслиги туфайли, секретор фазанинг етарлича ривожланмаганлиги, кичик чанок бўшлигидаги аъзоларда кўпинча яллиғланиш аломатлари билан бирга кечганлиги сабабли чандиқлар пайдо бўлади.

Репродуктив фаолиятнинг бузилиши – бепуштлик, эндометриознинг хос белгиси ҳисобланади. Эндометриоз касаллиги асоратларининг бири сифатида бепуштлик келиб чиқади (9-расм).



9-расм. Эндометриозда бепуштлик.

*Эндометриоз касаллигида бепуштлик келиб чиқишига сабаблар қуйидагича:*

- Эндометриоз касаллиги натижасида кичик чанокда ҳосил бўлган чандиқлар бачадон трубалари анотомиясини бузади ва транспорт вазифаси бузилади.
- Қорин бўшлигидаги асептик яллиғланиш натижасида келиб чиқадиган перитонеал бепуштлик.
- Гипоталама – гипофиз-тухумдон тизимининг бузилишлари, лютин фаза етишмаслиги, гиперпролактинемия, ановуляция.
- Аутоиммун реакциянинг ривожланганлиги сабабли бластоцистлар имплантация жараёнининг бузилиши.
- Активланган макрофаглarning сперматозонларни инактивлаши.
- Простогланд F нинг индуцирланиши натижасида миометриянинг қисқариш фаолияти ҳаддан ташқари ошиб кетиши натижасида, ҳомиланинг эрта муддатларда ўз-ўзидан тушиб қолиши.

- Жинсий муносабатдаги диспареуниялар бепуштликка олиб келади.

Қин эндометриози – кўпинча, бачадон бўйини эндометриози билан биргаликда учрайди, эндометриоз тугунчалари думалок ва потўгри шаклдаги кўкимтир рангда бўлиб, ҳайз кўрганда бу тугунчалардан ҳам қон ажралиб чиқади.

Бачадон бўйини эндометриоз, сўнгги йилларда кўп учрамоқда. Бу асосан эрозияларни даволашда диатермокоагуляциянинг кенг қўлланилиши сабабли ривожланиб, ҳосил бўлган яра юзасига ҳайз қони орқали ажралиб чиққан эндометрий хужайраларининг жойлашиб ўсиши натижасида келиб чиқади. Бу ҳолат диатермокоагуляцияни ҳайзнинг иккинчи ярмида бажарилганда содир бўлади. Чунки диатермокоагуляциядан кейин ҳосил бўлган ўлик тўқима ажралиб тушгандан сўнг, тозаланаётган яра юзаси очилиб қолганлиги туфайли, ҳали битиб улгурмасдан, иккинчи марта ҳайз кунлари тўғри келгандагина эндометрио ривожланади.

Бачадон бўйини эндометриози сунъий абортда, бачадон шиллик қавати диагностик мақсадда тозаланганда, бачадон бўйини шикастланиши натижасида юзага келиши мумкин. Эндометриоз ўчоқлари қизил рангда бўлиб, ҳайздан 1–2 кун олдин кўкимтир рангда айланади ва ҳажми катталашади. Ҳайздан олдин ва кейин қоннинг кам миқдорда суртилиб келиши, бачадон бўйини каналининг юқори қисми шиллик қаватининг шикастланишидан дарак беради. Эндометриоз псевдоэрозия ва сурункали эндоцервицитга ҳам ўхшаши мумкин.

Бачадон танаси эндометриози – аденомиоз. Асосан 40–50 ёшдаги аёлларда учрайди. Бачадон аденомиози сунъий абортлардан кейин, гистерография, даволаш гидроту бацияси, биопсия олиш ва бошқа муолажалардан кейин ривожланади.

Ҳозирги кунда ички эндометриознинг тарқалиши даражасига қараб қуйидаги таснифидан фойдаланилади (аденомиоз).

I босқич – патологик жараён фақат бачадон танаси шиллик қавати билан чекланган бўлади.

II босқич – патологик жараён мушак қаватига ҳам ўтган ҳисобланади.

III босқич – патологик жараён бачадон таяси барча мушак қаватини қонлаб, сероз қаватигача ўтган ҳисобланади.

IV босқич – патологик жараён бачадондан ташқари кичик чанок париетал қорни пардаси ва ён аъзоларига тарқалган бўлади.

Аденомиознинг тугунли шакли ҳам фарқлашиб, бунда эндометрионд тўқима бачадон ичида тугунли жойлашади ва бачадон миомасини эслаглади.

Гистологик жиҳатдан аденомиознинг безли ва стромал турлари фарқланади.

II, III, IV босқичларида бачадон эндометриоз мушак толаларининг гиперплазияси кузатилиб, бу бачадон ҳажмининг катталашувиغا олиб келади. Оғриқ ва ҳайз вақтида қон кўп ажралиб, ҳайз циклининг узок давом этишига олиб келади. Айниқса, эндометриоз бачадоннинг ҳамма қаватларига тарқалган бўлса, кучли оғриқ кузатилади ва ҳайздан олдин бачадоннинг катталашгани аниқланади. Эндометриозда ҳайз циклининг бузилиши ҳар хил, хусусан гиперполименорея, метроррагия ҳамда ҳайздан олдин ва ундан кейин 3–4 кун қонни суртилиб келиши кузатилади. Кўпчилик беморларда қориннинг пастига доимий оғриқ сезилади, тез-тез ейтиши ва ҳайздан олдин оғриқ бўлиши кузатилади.

Бачадон найлари эндометриози. Бу касаллик бачадон ва тухумдон эндометриоз билан биргаликда учрайди. Эндометриоз тугунчалари бачадон найчасининг сероз ва сероз усти қаватида жойлашган бўлиб, улар жуда ҳам кичик бўлади. Клиник белгилари бачадон ва тухумдон эндометриоз белгиларига ўхшаш бўлади.

Тухумдон эндометриози – дастлаб тухумдон юзасида кўпгина майда эндометриоз тугунчалари ривожланади, сўнгра бу тугунчалар ёрилиб, ҳаммаси тухумдонда ягона бўшлиқ ҳосил қилади, бу бўшлиққа тўқ жигарранг ёки қорамтир қуюқ қон йиғилиб, тухумдон ҳажми катталашади ва кистага айланади. Кисталар бир ёки икки томонлама бўлиб 0,5–10 см. гача боради. Кисталар ичидаги геморрагик суюқлик тўқ жигаррангда бўлганлиги туфайли шоколадсимон киста номи билан юритилади. Шу суюқликнинг тўпланиш жараёнида эндометриоз кисталари ёрилиши мумкин, бунда қоринда қаттиқ оғриқ пайдо

бўлишига, бу эса қорин бўшлиғида тухумдон атрофида чандиклар ҳосил бўлишига олиб келади.

Тухумдон эндометриози тарқалиш даражасига қараб таснифи.

I босқич – тухумдон юзасида ва тўғри ичак-бачадон чуқурчаси қорин пардасида майда нукталар эндометрионид ҳосилаларнинг бўлиши, кистоз бўшлиқларсиз.

II босқич – битта тухумдоннинг 5–6 см.дан катта бўлмаган эндометрионид кистаси ва кичик чанок қорин пардасининг майда эндометрионид ҳосилалари, ичакларга тарқалмаган бачадон ортиқлари соҳасидаги суяк битишмалари жараёни.

III босқич – иккала тухумдоннинг эндометрионид кисталари, бачадон сероз қавати, бачадон найлари ва кичик чанок парнетал қорин пардасидаги кичик ўлчамли эндометрионид гетеротопиялар, ичакларга қисман тарқалган ортиқлари соҳасидаги яққол ривожланган битишмалари жараёни.

IV босқич – тухумдоннинг икки томонлама катта ўлчамли (6 см.дан катта) эндометрионид кисталари, патологик жараёни ёни аъзоларга (сийдик пуфағи, тўғри ва сигмасимон ичакларга) ҳам тарқалган битишмалари жараёни. Асосий клиник кўриниши оғриқ бўлиб, бенуштлиқ аломатлари кузатилади. Оғриқ тарқалиш даражасига қараб ҳар хил бўлади. Айниқса оғриқ ҳайздан олдин ва ҳайз вақтида кучайиб, тўғри ичак ва бел, думгаза соҳасида кўпроқ безовта қилади. Кўпчилик ҳолларда оғриқнинг кучайиши, кўнгил айниши, қусиш билан бирга кузатилади. Қин орқали кўрилганда бачадон ортиқлари соҳасида кам ҳаракатчан, тарап, эластик ҳолатдаги бачадон билан қўшилган, чегараси ва ҳажми аниқ бўлмаган ўсма аниқланади. Тухумдон эндометриози кечини узок вақт давом этиб, кучли оғриққа сабаб бўлади, кўпчилик ҳолларда аёллар иш қобилиятини пасайтиради.

Бачадон бўйни орқаси эндометриози (Ретроцервикал). Бу асосан бачадон бўйни орқа юзасида ва бачадон – думгаза бойламлари бириккан соҳада ривожланади.

Ретроцервикал эндометриознинг тарқалиш даражасига қараб таснифи.

I босқич – эндометрионд ўчоқларни ректовагинал клетчатка чегарасида жойлашган.

II босқич – эндометрионд тўқимани бачадон бўйни ва қин деворларига ўсиб кириши ва майда кистачаларни ҳосил бўлиши.

III босқич – патологик жараёни думгаза-бачадон бойлами ва тўғри ичак сероз қаватига тарқалиши.

IV босқич – патологик жараёни тўғри ичак шиллик қаватига, тўғри ичак – бачадон ораллигига ҳам тарқалиб, чандик ёпилиб қолиши ва бачадон ортиқлари соҳасида битишмални жараёнининг ривожланиши.

Қин орқали кўрилганда, бачадан бўйни юқори қисмининг орқасида қаттиқ, потекис, ҳаракатсиз тугунчалар аниқланиб, уларни пайпаслаганда қаттиқ оғриқ сезилади. Тугунчалар ҳайз бошланишидан олдин қатталашганлигини аниқлаш мумкин. Асосий белгисидоимий оғриқ бўлиб, бу оғриқ ҳайздан олдин ва ҳайз вақтида кучаяди. Оғриқ думгаза соҳасига, тўғри ичакка, қин соҳасига тарқалади.

Экстрагенитал эндометриоз клиникаси. Эндометриознинг экстрагенитал шаклларида қуйидаги маҳаллий симптомлар кузатилади: қон туфлаш, қорин бўшлиғи битишма касаллиги симптомлари, қиндикдан, кўздан, сут безларидан қонли ажралмалар келиши, сийдик пуфағи ва ичаклардан қон кетишлар, айниқса бу симптомларнинг ҳайз олдидан унга боғлиқ намоён бўлиши билан характерланади.

*Ташқи эндометриознинг А. Acosta бўйича таснифи:*

1. Енгил шакллари (кичик шакллари):

– Чанокқорин пардасида бир нечтагина гетеротопияларнинг бўлиши.

– Бир нечта гетеротопияларнинг тухумдонларда бўлиши, чандикли ва битишмални жараёнларсиз.

2. Ўрта оғир шакллари:

– Гетеротопияларнинг бир ёки иккала тухумдон юзасида бўлиши ҳамда юмшоқ кисталарнинг ҳосил бўлиши;

– Периовариал ёки перитубал чандикли жараёнининг мавжудлиги, айрим ҳолларда яққол намоён бўлади;



– Тўғри ичак бачадон чуқурчаси қорин пардасида гетеротопияларнинг бўлиши, бачадоннинг битишмали ҳоллари ва ёнга силжиши билан кечади, аммо жараёнга тўғри ичак қўшилмаган бўлади.

3. Оғир шакллари:

– Гетеротопияларнинг бир ёки иккала тухумдон юзасида бўлиши ҳамда 2 см. дан катта кисталарнинг ҳосил бўлиши;

– Тухумдон зарарланиши билан перивариал ёки перитурбар жараёнинг мавжудлиги;

– Бачадон найларининг зарарланиши, найлар деформацияси, чандикланиши ва ўтказувчанлигининг бузилиши билан кечади;

– Тўғри ичак – бачадон оралигининг битишмаси билан кечадиган чанокқорин пардасининг зарарланиши; Тўғри ичак – бачадон оралигининг битишмаси билан кечадиган чанокқорин пардасининг ва думгаза – бачадон бойламининг зарарланиши.

– Жараёнга сийдик чиқариш йўллари ва ёки ичакларнинг қўшилиши.

Эндометриознинг носпецифик клиник белгилари. Диспептик синдромлар: ҳайз циклига боғлиқ – кўнгил айнаш, қайд қилиш, ичакларнинг дам бўлиши, баъзан алмашиб турадиган ич кетиш ёки ич қотиш.

Нейроэндокрин бузилишлар: таъсирчан ёки депрессив ҳолатлар, вегетатив қон томир бузилиш белгилари кузатилади.

Эндометриознинг асоратлари: Асоратланган шакллари бўйича таснифи (З. Д. Каримова 2003 й).

1. Тухумдон эндометриоид кистомаларининг йиринглаши;

2. Тухумдон эндометриоид кистомаларининг перфорацияси:

– Йиринглаган;

– Йирингламаган.

3. Эндометриоид кистомалар перфорациясидан кейинги диффуз, тарқалган перитонит.

4. Тугунли аденомиоз ва бачадон ортиқлари эндометриоид ҳосилаларининг перфорациясидан кейин қорин бўшлиғига қон кетиши;

5. Бачадондан қон кетишлар.

Америка фертилик жамияти (R-AFS classification) таснифида қорин парда, тухумдонлар, бачадон ортиқларининг эндометриоз билан зарарланиши, битишмалар ҳосил бўлиш жараёнлари ва ёпилиб қолиш даражалари балларда баҳоланади ва охирида кўшиб чиқилади (1-жадвал).

1-жадвал

**Кичик чанок аъзоларининг эндометриоз билан зарарланишининг баҳолаш**

Эндометриоз ўчоқ ўлчамлари:	<1 см 1–3 см >3 см
Қорин парда Юзаки	1 2 4
Чуқур	2 4 6
Чуқур	4 16 20
Чап Юзаки	1 2 4
Чуқур	4 16 20

<b>Бачадон ортиқлари, бачадон найлари бўшлиғининг бекилиб қолиши: Қисман 4, Тўлиқ 40</b>	
Ёпилиши	< 1/3 1/3–2/3 > 2/3
<b>Битишмалар Ёпишган</b>	
Тухумдонлар Ўнг Юмшоқ	1 2 4
Қаттиқ	4 8 16
Чап Юмшоқ	1 2 4
Қаттиқ	4 8 16
Бачадон найлари Ўнг Юмшоқ	1 2 4
Қаттиқ	4 8 16
Чап Юмшоқ	1 2 4
Қаттиқ	4 8 16

**Балларда баҳолаш:**

I босқич – 1 – 5 балл; II босқич – 6 – 15 балл;

III босқич – 16 – 40 балл; IV босқич – 40 балл ва < .

Диагностикаси. Асосий ташхис, беморнинг анамнези, касалликнинг ривожланиш тарихига, унинг клиник белгиларига, қин орқали текшириб, бачадон бўшлигини қириб, гистологик текширишдан сўнг, гистероскопия, лапороскопия, ультратовуш, гистеросальпингография (бачадонни ва бачадон найчаларини рентгенда кўриш) ва бошқа услубларга асосланиб қўйилади.

Анамнез йиғишда, бемор билан суҳбатлашганда, унинг оилавий анамнезига эътибор қаратиш керак. Адабиётларда кўрсатилишича, яқин қариндошлар орасида эндометриоз 7–10 марта кўп учраш маълум. Эрта репродуктив ёшдаги аёллар, ёши катта аёлларга нисбатан 3.5 баробар кўпроқ эндометриоз билан касалланади. Эндометриоз билан касалланган аёлларнинг анамнези сўралганда, 50 % да бирламчи бепуштлик кузатилганлиги аниқланади. Яна эндометриоз билан касалланган аёлларнинг анамнезида, бачадон ва ортиқларининг яллиғланиш касалликларига қарши даволанган – лекин ижобий гатижа бўлмаганлигини билиб олиш мумкин. Чунки эндометриоз деб ташхис қўйилмаган, яъни бачадон ва ортиқларининг яллиғланиш касалликлари деб даволанган бўлади.

Клиник белгиларига асосланиб ташхис қўйишда, касалликнинг ҳар бир клиникасини врач фикрини тўғри йўналтириб, эндометриоз касаллигини аниқлаб олади. Масалан, яққол дисменорея аденомиоз ва ретроцервикал эндометриозда кузатилади. Диспареуния ва тўғри ичакка берилувчи оғриқлар, ретроцервикал эндометриозга хосдир. Гиперполименорея аденомиоздан далолат беради. Кичик чанок соҳасидаги ҳайз цикли билан боғлиқ бўлмаган тортувчи оғриқлар, чандикли жараён билан асоратланган тухумдон эндометрионд кисталари ва қорин парда зарарланишини кўрсатади.

Ҳозирги вақтда, амалиётда врачлар эндометриозга ташхис қўйиш учун қўшимча текшириш усулларида, яъни УТТдан фойдаланиши мумкин, аммо ушбу усуллар мавжуд бўлишига қарамасдан, классик гинекологик текшириш ўз аҳамиятини йўқотгани йўқ.

Гинекологик текширишлар, ташқи жинсий аъзоларни текширишдан бошлаб, кейин қин орқали текширилади. Масалан, перинеотомиядан кейинги ҳосил бўлган чандик соҳасида кўкимтир зич эндометриоз ўчоғини кўриш мумкин. Бу ўчоқ ҳайз вақти яна ҳам аниқ

кўринади. Қини кўзгуларда кўрилганда бачадон бўйнининг қин қисмида қизил ёки тўқ сиёҳранг 1–2 мм.дан 5–7мм.гача бўлган эндометриоз ўчоқларини кўриш мумкин. Ҳайз вақтида ўчоқлар катталашиб, айрим ҳолларда қонли ажралмалар чиқиб туриши мумкин. Орқа гумбазнинг бачадон бўйни билан чегарасида малларанг ёки тўқ кўк рангли майда тугунли бачадон бўйни орти ўчоқларини кўриш мумкин.

Бимануал кўрик ўтказишда, ташхис қўйиш учун жуда керакли маълумотларни олиш мумкин. Аденомиозда катталашган бачадон пайпасланади. Бачадон шакли шарсимон (аденомиознинг диффуз шаклида) ёки гадир-будир (тугунли шаклида) бўлади. Эндометриознинг барча турларида ҳайз олдида бачадон ўлчамлари катталашади ва пальпацияда оғриқли бўлади. Тухумдонлар эндометриозни-ҳаракати чекланган ҳайз циклига қараб ўлчамлари ўзгариб турадиган, бачадон найлари билан битишиб кетган, конгломерат шаклида бачадон ён ва орқа томонларида пайпасланади. Эндометрионд кисталар – зич эластик консистенцияли юмалоқ ёки овал шаклдаги ўсмасимон ҳосилалардир. Ҳосиланинг ўртача ўлчами 6–8 см бўлади. Думғаза – бачадон бойламини жараёнга чалинган соҳалари зич таранглашган тугун сифатида пайпасланади. Бачадонни ҳаракатлантириш кучли оғриқ чақиради.



10-расм. Ультратовуш текшируви. Эндометрионд киста.  
(«Акушерство» Национальное руководство)

Ректовагинал текшириш ёрдамида бачадон бўйни орти эндометриозини ташхислаш мумкин. Бунда эндометрионд ўчоқлар констенцияси зич, юзаси гадир-будир пайпасланади ва оғрик кузатилади. Эндометрионд ўчоқлар атрофидаги инфильтрация ва чандикли ўзгаришлар тўғри ичак ва қин гумбазларигача тарқалиши мумкин.

Ҳозирги вақтда амалиётда шифокорлар кўлида кўшимча текшириш усулларида, юқори маълумот берувчи аппаратлар мавжуд.

Кольпоскопия, бачадон бўйни эндометриози ташхисини тасдиқлашда ёрдам беради. Хайз циклининг биринчи ва иккинчи ярмида эндометриоз ўчоқлари динамикада кузатиб борилади. Бунда эндометриоз ўчоғини ясси ёч рангли ҳолатдан, бўртиб тўқ сиёхранга ўтиши яққол кўринади. Керак бўлганда кольпоскопия вақтида мўлжалли биопсия ўтказиш мумкин. Бу усул билан кўз билан кўриб бўлмайдиган майда ўчоқларни ҳам аниқлаш мумкин.

Ультратовушли сканерлаш, эндометриознинг барча шакллариини аниқлашда оптимал усул ҳисобланади. Қин датчиги билан қилинган УТГ хайз циклининг иккинчи ярмида ўтказилса, диагностика аниқлиги 90-95% ни ташкил қилади. Ультратовуш ёрдамида текширганда бачадон деворида майда кистали ўзгаришлар кўринади.

Эндометрионд кисталарни бошқа кисталардан фарқли ўзига хос белгилари мавжуд (*10, 11-расмлар*).

#### **Белгилари:**

- Ўлчамлари унча катта бўлмаган эндометрионд кисталар;
- Ўлчамлари 8 см.дан катта бўлмаган эндометрионд кисталар;
- Ҳосил контурининг иккиталлиги;
- Киста ичидаги суюқлик бир хил, аралашмайдиган майда дисперели;

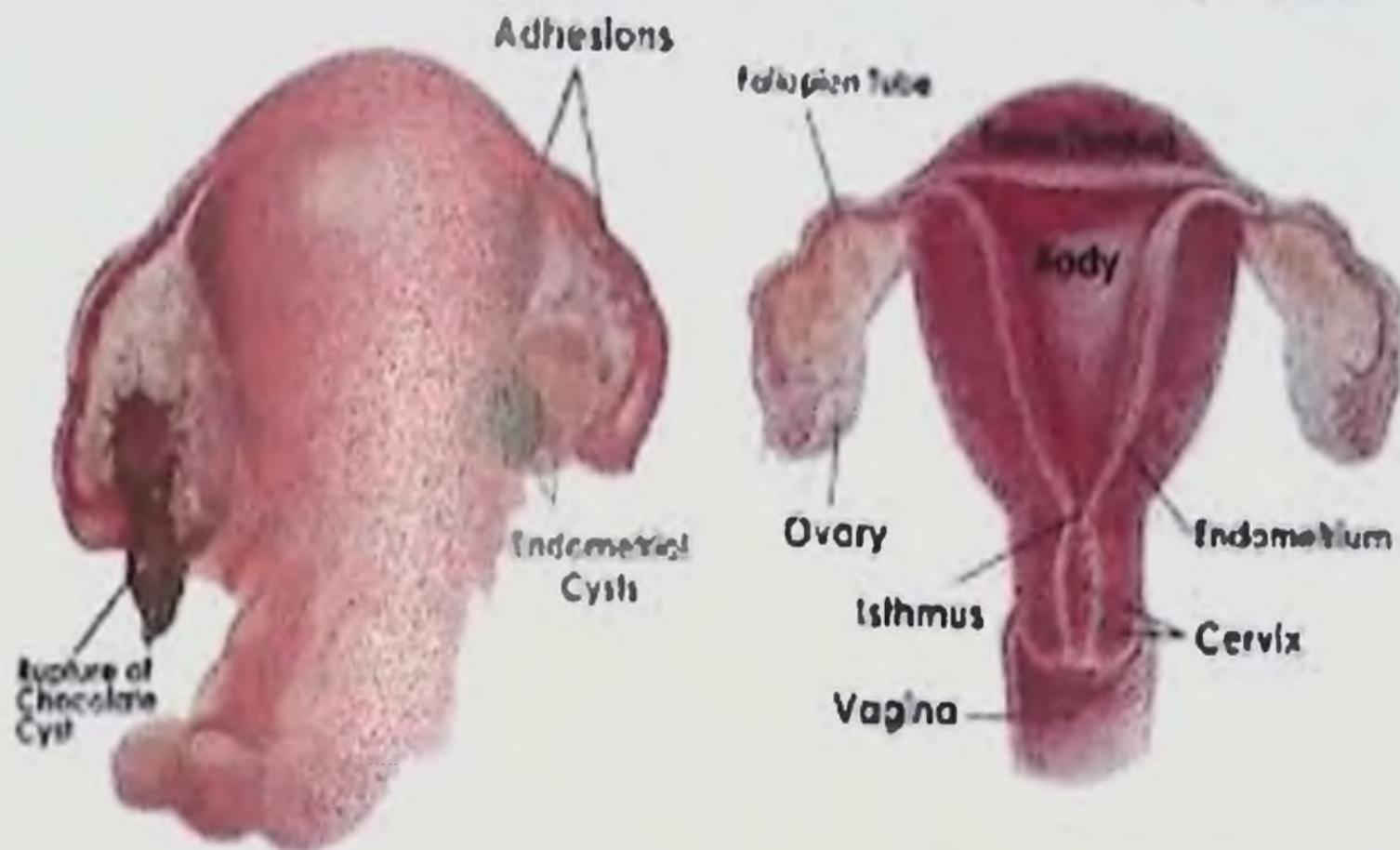
Ретроцервикал эндометриознинг УТГ бўйича хос белгилари қуйидагича:

- Ректовагинал клетчаткадаги ҳосил четлари потекис ва ноаниқ кўринади;

- Ҳосила ички таркиби бир хил кўришмайди;
- Кўп ҳолларда ҳосила эҳогенлиги паст бўлади.

## OVARIAN CYSTS

## NORMAL UTERUS



11-расм. Эндометрионд киста.

Эндометриоз диагностикасида жуда кўп маълумот берувчи усуллар, бу магнит-резонанс томография (МРТ) ва компьютер томография (КТ). Бу усулларда ҳосиланинг характери, локализацияси, айниқса ён аъзолар билан топографик муносабатлари аниқ кўринади. Олинган маълумотлар кейинги давоши режалаштиришда, айниқса жарроҳлик йўли билан даволашни режалаштиришда катта аҳамиятга эга.

Ички эндометриозни ташхислашда энг кўп тарқалган ва оддий усул, сувда эрувчи контраст модда ёрдамида ўтказиладиган рентген-гистеросальпингография (ГСГ) қўлланади. Бу усул ҳайз циклининг 5–7 куни амалга оширилади. Бачадон бўшлигининг кенгайиши ва «қатламдан ташқари» соялар аденомиоздан дарак беради (12-расм). Бу усулнинг аниқлиги 85% ни ташкил қилади.



12-расм. Гистеросальпингография. Аденомиоз. (Айламазян Э.К. Гинекология 2013 г.).

Гистероскопия ҳам ҳайз циклининг 5–7 кунда ўтказилади. Гистероскопияда аниқланадиган аденомиозни ташхислаш белгилари куйидагича: бачадон бўшлиғи контурининг нотекислиги, рельефи нотекис, крипталар мавжуд, ҳар хил ўлчамдаги бўртмалар, эндометриоид йўллар ва оч пушти шиллик қаватда

тўқ қизил рангли нуқталар кўринади. Гистероскопия йўли билан шубҳали соҳалардан мўлжаллаб (нишонли) биопсия олиш мумкин.

Гистологик текшириш усули – мўлжалли биопсия ҳамда диагностика мақсадида, бачадон бўшлиғидан ва бўйнидан қирма олиб, материални гистологик текшириб эндометриозга аниқ ташхис қўйилади.

Ташқи генитал эндометриоз диагностикасида, асосий ўринни лапароскопия усули эгаллайди. Эндохирургик диагностика ва даволаш усулларининг тадбиқ этилиши, ташқи генитал эндометриознинг «кичик» шаклларини аниқлаш имконини берди. Бунда ўчоқ ўлчами 5ммдан кам бўлган ҳолларда ҳам чандикли жараёнларни аниқлаш имкони юзага келди. Эндометриоид кисталар эндоскопик юмалоқ шаклда, зич капсулали, тўқ – кўк ёки кўкиш – сиёхранг ҳосилалар сифатида аниқланади. Жараённинг тарқалиши клиник кечишига мос келмаслиги мумкин.

Кисталар кўпинча бачадон орқа деворига, кенг бойламларнинг

орқа варагига, тўғри ичак бачадон чуқурчасининг қорин пардасига, тўғри ичак сероз қаватига ёпишган бўлади. Кичик чанокқорин пардасида эндометрионд гетеротопиялар чандикли тўқима билан ўралган тўқ-кўк, сиёҳранг ёки оқ хира тошма шаклида кўринади.

Ички эндометриозга бачадон сероз қаватларининг мармар кўриниши хосдир.

Ректороманоскопия-эндометриоз ўчоқлари, тўғри ичакда жойлашганда ёки йўғон ичакка яқин жойлашганда кўлланилади.

### ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ.

Эндометриознинг жойлашишига қараб қуйидаги касалликлар билан таққосланади.

1. Бачадон бўйини эндометриози бачадон бўйинидаги рак касаллиги, эрозияси, эндоцервицит, эритроплакия билан.

2. Аденомиоз бачадон миомаси, бачадон аденокарциномаси, дисфункционал қон кетиши билан.

3. Тухумдон ва най эндометриози тухумдоннинг яллиғланиши натижасида ҳосил бўлган шишлар ва тухумдоннинг ўсмалари ҳамда миосальпинкс, пиоовариму, бачадондан ташқари ҳомиладорлик билан.

4. Қин эндометриоз қин яраси, унинг яллиғланиши, хорионэпителиоманинг қинидаги метастази, лейкоплакияси билан.

5. Бачадон бўйини орқасидаги эндометриоз, тўғри ичак раки, параметрит, қин, тухумдон ракиннинг III даражаси билан.

Бачадон бўйини эндометриозини, бачадон бўйинидаги рак касаллиги ва эрозияси, эндоцервицит, эритроплакия билан фарқлашда – анамнез йиғиш, Шиллер синамасини (йодли синама) ўтказиш ва колпоскопия текширишлари натижасига асосланади. Бачадон бўйинидаги рак касаллигида йодли синама мусбат бўлади ва тез қонайди. Бачадон бўйини эрозияси ва эндоцервицитда яллиғланиш белгилари ҳам кузатилади. Эритроплакияда, бачадон бўйини шиллик қавати юпқалашган бўлади.

Бачадон эндометриозини, бачадон миомаси ва эндометриянинг гиперплазия касалликларидан ажрата билиш керак.

Бу касалликларнинг асосий белгиларидан бири бачадондан қон



кетиши, ташхис кўйишда гистероскопик текшириш ўтказиш тавсия этилади. Бачадон аденокарциномасида, бачадондан сувсимон қонли оқчил зардоб келиши кузатилади.

Эндометрионд кисталарини тухумдон ўсмалари билан дифференциал диагностикасини ўтказишда, ташхис анамнез ва УТГ натижаларига асосланиб кўйилади. Тухумдон ўсмалари мавжуд беморларда оғриқ синдроми турғун бўлмаслиги мумкин, аммо аниқ жойлашиши бўлмаган оғриқ кузатилади. СА (canser antigen) 125 миқдори фақат тухумдон ўсмаларида эмас, эндометриозда ҳам ортиши мумкин, айниқса кам миқдорда ортиши (35-100Ед/мл) аниқ ташхис кўйишга кўрсатма бўлмайди. Қолган маркерлар ҳам специфик ҳисобланмайди.

Тубоовариал яллиғланиш ҳосиласини (абсцесс) эндометриоз кисталаридан ажратиш жуда қийин, чунки ўлчамлари ва консистенцияси бир хил бўлади. Ташхисни лапароскопик текшириш йўли билан аниқ кўйиш мумкин (13-расм).



13-расм. Чанок қорин пардаси эндометриозининг лапароскопик кўрinishи. ўчок оқиш – қизил яра шаклида кўриништи.

Эсда сақлаш кераки, агар тухумдон ҳосиласи 3 ой давомида йўқолмаса, оператив давога кўрсатма бўлади.

Бачадондан ташқари ҳомиладорликда, ҳомиладорликнинг шубҳали ва чин белгилари кузатилади ҳамда ХГЧ миқдорини аниқлаш ёрдам беради.

Қин эндометриозни — қин яраси, унинг яллиғланиши, хорионэпителиоманинг қиндаги метастази, лейкоплакиясидан фарқ қилишда ёрдам беради: анамнез йиғиш, яллиғланиш белгиларини ва онкомаркерларни аниқлаш, колпоскопия усулидан фойдаланиш.

Ректовагинал эндометриозни, хориокарциноманинг қин орқа гумбазига берган метастазидан фарқлаш керак. Диагностикасида анамнез йиғиш, ҳомиладорликнинг тахминий ва шубҳали белгиларининг бўлиши, ХГЧ миқдорини аниқлаш ёрдам беради.

Ректовагинал ва думгаза бачадон бойламининг ўсмасимон эндометриозини, овқат ҳазм қилиш тизими ўсмаларидан фарқлаш керак, шунинг учун операциядан олдин ошқозон ичак тизими текширилади.

### ДАВОЛАШ.

Эндометриоз касаллигини даволаш муҳим муаммолардан бири бўлиб, маълум вақтни тақозо этади. Ҳар бир алоҳида ҳолатларда даво режаси ҳар хил бўлишига қарамасдан, шифокор замонавий тиббиёт амалиётининг асосий имкониятларини билиши керак.

**Қуйидаги даволаш усулларини қўллаш мумкин:**

- 1) жарроҳлик.
- 2) консерватив.
- 3) комбинирланган.

*Эндометриоз касаллигини даволашда қуйидагиларга эътибор қаратилади:*

- беморнинг ёшига;
- беморнинг репродуктив фаолиятга муносабати;
- жараённинг жойлашган жойи ва тарқалганлиги;
- клиник белгиларнинг огирлик даражасига.

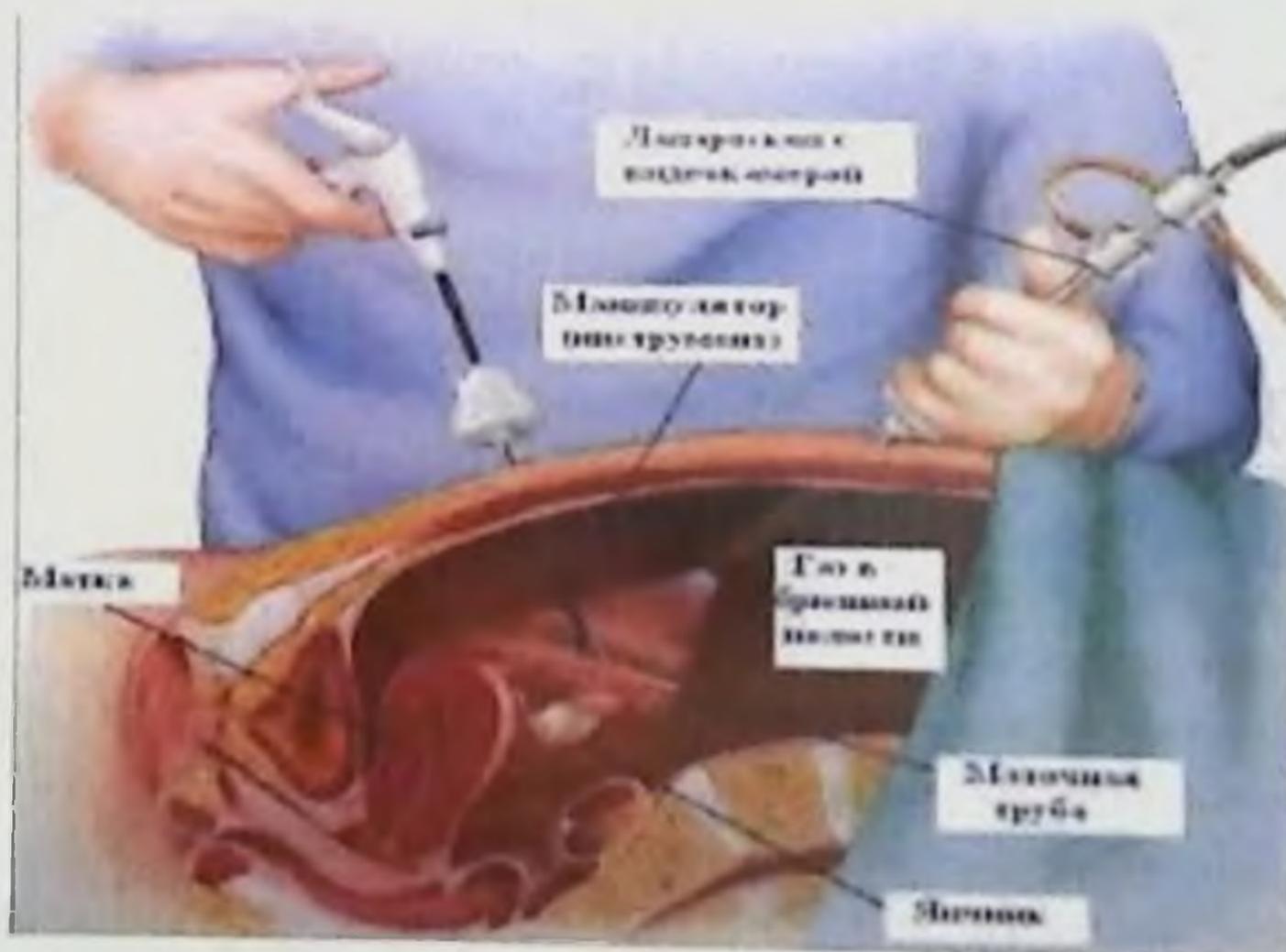
**Хирургик даволашда асосий кўрсатмалар қуйидагилардир:**

- тухумдоннинг эндометрионд кисталари;
- кўп қон кетиши ва беморда кам қонлик ривожланиб бориши билан кечадиган аденомиоз;
- оператив даво талаб этиладиган бачадон миомаси ва эндометриозни бирга учраши;
- дори воситалари ёрдамида огрик синдроми йўқолмаганда;

- гармонал терапиянинг самарасизлиги ёки бемор гармонини қабул қила олмаганда (ножўя таъсир);
- операциялардан кейинги чандиклар ва киндик эндометриози;
- ичак бўшлиғи ёки сийдик пайи бўшлиғини стенозлаган эндометриози;
- эндометриозни жинсий аъзолар аномалиялари билан бирга учраши (масалан, бачадон бўшлиғи билан алоқаси йўқ, қўшимча шохининг учраши);
- бенуигликнинг айрим турлари.

Жарроҳлик даво кенг ташлаш диапазониغا эга: лазерли, термик ёки эндометриоз ўчоқларини электрокоагуляциядан тортиб токи сийдик йўллари ва ичаклардаги аралашувларгача, бачадонни ортиклари билан экстирпациясини ўтказиш мумкин.

Ҳозирги вақтда жарроҳлик давосининг энг оптимал усули лапароскопик ҳисобланади. Бунда кичик чанок аъзоларини 3–5 карра катгалантирилган ҳолда кўриш ва майда ўчоқларни ҳам аниқлаб, генитал эндометриоз ўчоқларини ушбу кам шикастловчи усулда тўлиқ олиб ташлаш имконияти мавжуд. Оқибатда, одатий лапаротомия ўтказиш ва ундан кейинги асоратларни камайтириш имконияти юзага келади (14-расм).



14-расм. Лапароскопик эндометриоз ўчоқларини олиб ташлаш.

Лапаротомия ташки генитал эндометриоз, ён аъзоларга тарқалганда ва катта ўлчамли эндометрионд кисталар аниқланганда тавсия этилади.

Лапаротомик ва лапароскопик операцияларнинг мақсади, соғлом тўқима чегарасида барча эндометриоз ўчоқларини олиб ташлаш ҳисобланади. Ёш аёлларда

репродуктив фаолиятини сақлаб қолиш мақсадида эндометриоз ўчоқларини норадикал олиб ташлаш қўлланилади.

Эндометриознинг консерватив давоси, касаллик патогенезида эндокрин омилларнинг таъсирига қаратилган бўлиб, медкаментоз даволаш асосини гармонал препаратлар ташкил қилади. Гармонал терапия эндометриознинг морфологик асосини йўқотмасдан, эндометрионд гетеротопиялар ўлчамини ва битишмали жараён тарқалишини кичрайтиради. Даволашнинг клиник таъсири ҳам шунга асосланган.

#### Гармонал даво учун қўлланилади:

- гонадотропин-рилизинг-гармон агонистлари;
- антигонадотропинлар;
- прогестагенлар;
- антигестагенлар;
- комбинирланган эстроген-гестаген препаратлар. Гн-РГ агонистлари гуруҳидан гозерелин (золадекс) ва бусерелин кенг тарқалган. Гозерелин тери остига 3,6 мг дан 28 кун давомида 1 маҳал, бусерелин – 3,75 мг дан мушак орасига 28 кун давомида, 1 маҳал ёки 150 мкг дан кунига 3 маҳал, ҳар бир бурун катагига сенилади. Даво курси давомийлиги – 6 ойни ташкил қилади.

Гн-РГ агонистлари билан даволашда, организмнинг жавоби 2 фазада кечади. Қисқа муддатда икки ҳафтага эстрогенлар секрециясининг ошиши ва касаллик белгиларининг кучайиши кузатилади, кейинчалик тургун гипоэстрогения юзага келиб, эндометриоз белгилари камаяди: чанок соҳасидаги огриклар, диспареуния пасаяди ёки йўқолади, эндометриоз ўчоқлари ўлчами ҳам кичраяди. Бу ўзгаришларнинг ҳаммаси индуцирланган аменорея («медикаментоз псевдоменопауза») фонида кечади. Даво курси

тугатишгандан сўнг менструал цикл ўз-ўзидан қайта тикланади.

Гонадолиберин агонистларининг мусбат таъсирига гипотэстрогениянинг қуйидаги ножўя таъсирлари киради: иссиқ ва совуқ тер босиш, кўп терлаш, қишнинг қуруқлашиши, кайфиятнинг ўзгарувчанлиги, бош оғриги, суякларнинг деменирилизацияси кўшилиши мумкин. Ножўя таъсирларни камайтириш мақсадида, даво курси комплексига гармонал терапия ўрнини босувчи препаратларни кўшиш мумкин (масалан, тиболон, индивин).

Эндометриозни даволашда қўлланиладиган антигонотропинлар гуруҳида назол сакловчи (данол, дановал ва х.к.) препаратлар киради. Даназол 17 $\alpha$  этинилтестостерон ҳосиласи ҳисобланади ва ФСГ ва ЛГни юқори ишлаб чиқаришини блоклайди. Даназол таъсирининг оқибати, тухумдонларда эстроген ишлаб чиқарилиши пасаяди. Препаратнинг кунлик дозаси 400 – 600 мг per os. Даво курси давомийлиги 4–6 ой. Андроген таъсири ҳисобига себорея, гирсутизм шаклидаги ножўя таъсирлари ҳам намоён бўлиши мумкин.

Эндометриозни даволашда ҳар хил тузилишдаги прогестагенлар: табиий прогестеронга яқин бирикмалар ва 19-нортестостероннинг синтетик ҳосилалари ҳам қўлланилади. Бу препаратларнинг таъсир механизми эндометриоз тўқимасининг пролифератив активлигини пасайтиришга асосланган.

Табиий препаратларга дюфастон, утрожестан, провер, 17 $\alpha$ § ОПК (оксипрогестерон капронат) тааллуқлидир. Дюфастон (дидрогестерон) ичишга 10 мг. дан кунига 2–3 маҳал, утрожестан (микронизирланган прогестерон) 100 мг.дан кунига 2–3 маҳал, провер (медроксипрогестерон ацетат) 10 мг.дан кунига 3 маҳал қўлланилади. Бу препаратларни репродуктив функцияни сақлаш мақсадида (бола тугишни хоҳлаган) эндометриоз белгилари кам намоён бўлган аёлларга, ҳайз циклининг 2-фазасида 16-кундан то 26-кунигача буюрилади.

17 $\alpha$ § ОПК (оксипрогестерон капронат) – 250 мг.дан ҳафтада 1 марта буюрилади, ўртача даво курси 6 ойни ташкил қилади.

Синтетик прогестагенлар 6 ой давомида узлуксиз қабул

қилинади: оргаметрил (линестренол) кунига 5–10 мг., норколут (норэтистерон) 5 мг.дан. Ички эндометриозда синтетик прогестаген левоноргестрел «Мирена» бачадон ичи воситаси таркибида ҳам қўлланилиши мумкин.

Эндометриозни даволашда антигестаген стероид гестринон (неместран) қўлланилиши мумкин. Препарат 19\$ нортестостерон ҳосиласи ҳисобланади. Гестринон антигестаген таъсирдан ташқари, антиэстроген и андроген таъсирларга ҳам эгадир. Препаратнинг таъсири репродуктив тизимнинг барча қисмига, асосан прогестерон рецепторларига блокловчи таъсир қилади. Оқибатида эндометрийни ва эндометрийга ўхшаш тўқималарни эстроген стимуляцияси йўқолади ва улар атрофияга учрайди. Гестринон 1 ҳафтада 2 марта 2.5 мг. восита сакловчи 1 капсуладан ичишга буюрилади. Преперат ҳайз циклининг 1-кунидан ичилади. Кейинги капсула 4-кунни қабул қилинади. Кейингиларини олдинги капсула қабул кунидан ҳисоблаб ичилади. Даво курси 6 ойдан кам бўлмаслиги керак.

Комбинирланган орал контрацептив воситаларни гипоталамо – гипофизар – тухумдон тизимини тормозловчи таъсир механизмига асосланиб, эндометриозни даволашда қўллаш мумкин.

Тухумдонда эстрадиолнинг кам ишлаб чиқарилиши, эндометрий каби, эндометриоз ўчоқларида ҳам пролиферация жараёнини камайтиради. Қуйидаги препаратларнинг самарадорлиги гонадолиберин агонистлари ёки антигонотропинлар таъсирига нисбатан паст бўлса-да, аммо яхши сифати ножўя таъсирининг камлигидадир. Шунинг учун улардан узок вақт фойдаланиш мумкин.

КОКларни контрацепцияга муҳтожлик бўлганда ҳам қўллаш мумкин. Эндометриозни даволашда асосан кам эстроген сакловчи монофазали воситалардан (логест, мерсилон, линдинет 20) ёки гестаген миқдори юқори бўлган воситалардан (регивидон, микрогинон) фойдаланиш мумкин. Воситаларни контрацепция ёки уч циклли режимда қўллаш мумкин. Контрацепция режими ҳайзнинг биринчи кунидан бошлаб, кунига 1 маҳал 21 кун ичишни тавсия этади. Сўнг 7 кун танаффус қилинади ва кейинги 21 талик ўрамни ичиш

бошланади. Уч циклли режимда КОКни 3 ўрам узлуксиз ичилгандан кейин, 7 кун танаффус қилинади.

Шундай қилиб, эндометриозни гармонал даволашда ҳар бир усулнинг ўзига хос афзаллиги ҳамда камчиликлари бор. Гн-РГ агонистлари, антигонадотропинлар ва антигестагенлар юқори самарадорликка эга, шунинг учун бу воситаларни тарқалган ва клиникаси кучли ривожланган ҳолларда буюрилади. Аммо бу воситаларнинг гипострогенияга асосланган ножўя таъсирлари кучлироқ намоён бўлади. Бу факт даво курси давомийлигини чеклайди. Бундан ташқари, антигестагенлар антигонадотропинлардаги каби андроген таъсирига хос ножўя таъсирларини ҳам намоён қилади. Бу воситаларни клиник ва лаборатор тасдиқланган гиперандрогенияси бор беморларда қўллаш мумкин эмас.

Прогестагенлар ва КОКларни паст терапевтик эффектга эгаллигига қарамасдан, эндометриоз касаллигининг енгил кечишида ёки Гн-РГ агонистлари билан даво курси тугагандан сўнг ёки операциядан сўнг ушлаб турувчи терапия шаклида буюриш мумкин. Ҳомиладор бўлишни хоҳлаган аёлларга ҳайз циклининг 2-ярмида прогестагенлар берилади. Репродуктив ёшдаги, аммо ҳомиладор бўлишга эҳтиёжи йўқ аёлларга комбинирланган орал контрацептив воситалар берилади. КОКнинг фойдали тарафи ножўя таъсирларсиз, узок вақт давомида қўллаш мумкин.

Гармонал препаратлар қамровининг катталигига қарамасдан, эндометриоз касаллигини консерватив даволаш муаммосини тўлиқ ҳал қилиб бўлмас экан. Эндометриоид гетеротопияларнинг тузилиши ва хусусиятлари эндометрий тузилиши ва хусусиятларига ўхшаш, аммо бир хил эмас, шунинг учун фақат гармонал препаратлар билан тўлиқ даволаб, йўқотиб бўлмайди.

Ҳозирги вақтда эндометриоз касаллигини оптимал даво усули комбинирланган: оператив даво ва гармонал воситаларни қабул қилиш ҳисобланади.

### Физиотерапевтик даволаш.

1. Сульфат магний билан электрофорез ўтказиш 20 мартагача мумкин.
2. Калий йод 5% – 10% ёки 33% эритмаси билан электрофорез ёки 1% эритмасидан 50мл. клизмада юбориш, 10 – 20 мартагача мумкин.
3. Новокаин 0,25% – 0.5% билан электрофорез 10 – 20 мартагача мумкин.
4. Электрофорез, ҳайзинг биринчи ярмида-мис сульфат 40% билан 10 ва ҳайзинг иккинчи ярмида рух 4% билан 10 марта ўтказилади.
5. Трипсин, химотрипсин билан электрофарез, 10 – 20 мартагача мумкин.
6. Магнит майдони қўлланилади, 10 – 20 мартагача мумкин.
7. Родон ёки йод-бромли ванналар тавсия қилинади, 10 – 20 мартагача мумкин.

### Профилактикаси.

1. Актив соғлом турмуш тарзига амал қилиш. Организм учун зарурий элементларга бой овқатланиш тавсия қилинади, жумладан, меваларни кўпроқ истеъмол қилиш, кофе, чой ва газли ичимликларни истеъмол қилмаслик ҳамда семириб кетмаслик мақсадга мувофиқ.
2. Қинга ҳар хил тампонлар қўймаслик, ҳайз кўрган вақтда жинсий алоқа қилмаслик, ҳар йили 2 марта гинеколог кўригидан ўтиб туриш, гинекологик касалликларни вақтида даволаш, даволаш ва диагностик муолажаларни ҳайз циклига аҳамият берган ҳолда бажариш лозим.
3. Исталмаган ҳомиладорликка йўл қўймаслик ва абортлардан сақланиш, контрацептив воситалардан тўғри фойдаланиш керак.



ТЕСТ ВА ВАЗИЯТЛИ МАСАЛАЛАРНИ ЕЧИШ:

1. Эндометриянинг қайси касалликлари рақолди касалликларига киради?

- a. безли-кистоз гиперплазия
- b. аденоматоз
- c. эндометриоз
- d. эндометрий полипоз
- e. эндометрит

2. Эндометрийнинг гиперпластик касалликларида беморнинг гармонал ҳолати ?

- a. хорионик гонадотропин миқдори юқори
- b. прогестерон миқдори юқори
- c. андрогенлар миқдори юқори
- d. гипофиз гармонлари миқдори юқори
- e. эстрогенлар миқдори юқори

3. Дисплазиясиноними эмас?

- a. атипик гиперплазия
- b. базал хужайравий гиперплазия
- c. аденоматоз
- d. цервикал интраэпителиалнеоплазия
- e. атипия

4. Эндометриозани даволашда қўлланилади:

- a. дюфастон
- b. гестринон
- c. бусерелин
- d. оргаметрил
- e. барча кўрсатиб ўтилганлар

5. «Шоколадли» кистани аниқланг:

- a. 35 кун мобойнида овуляция бўлмаган, етилаётган фолликула
- b. тухумдон капсуласининг ёрилиши
- c. тухумдонга қон қуйилиши
- d. агар уруғланган тухум хужайра тухумдонга

имплантацияланса

- e. тухумдон эндометриози

**6. Ташки генитал эндометриозда ўткир қоринга ҳар доим олдин келади ?**

- a. қорин парда эндометриози
- b. шоколадли кистанинг ёрилиши
- c. эндометриоз ўчоғи ретроцервикал жойлашганда
- d. барча кўрсатиб ўтилган ҳолларда
- e. ушбу патологияларда «ўткир қорин» ривожланмайди

**7. Тухумдон эндометриозда қандай асоратлар учрайди?**

- a. тухумдон капсуласининг ёрилиши ва ўткир қорин ривожланиши
- b. эндометриознинг атрофдаги органларга ўсиб кириши
- c. чандиқ жараёнларининг ривожланиши
- d. барча кўрсатиб ўтилганлар
- e. Кўрсатиб ўтилган миомалардан бирортаси хос эмас

**8. Бачадон бўйни эндометриози клиникли?**

- a. гиперполименорея
- b. олигоменорея
- c. ҳайздан олдин ва кейин суртмали қонли ажралмалар келиши
- d. барча санаб ўтилганларга хос
- e. барча санаб ўтилганларга хос эмас

**9. Бачадон бўйни эндометриозига характерли эмас:**

- a. ҳайздан олдин суртмали қонли ажралмалар келиши
- b. ҳайздан кейин суртмали қонли ажралмалар келиши
- c. бачадон бўйнида кўкимтир ўчоқнинг мавжудлиги
- d. Гиперполименорея
- e. барча санаб ўтилганларга хос

**10. Ички эндометриознинг диагностикасида қуйидаги текшириш усулларидан қайси бири қўлланилади?**

- a. кольпоскопия
- b. Гистерография
- c. Кульдоскопия
- d. лапароскопия
- e. барча санаб ўтилганлардан фойдаланиш мумкин

**11. Ички эндометриозга хос клиник белги ?**

- a. бачадон ҳайз кўришдан олдин катталашади

шади

b. бачадон ҳайз кўришдан кейин кичиклашади

c. бачадон ҳажми ўзгармайди

d. бачадон ҳайздан олдин ҳам, кейин ҳам катталабачадон ҳайздан

олдин катталашади ва ҳайздан кейин кичиклашади

**12. Ички эндометриозга хос рентгенологик характерли белги:**

a. контраст массани бачадон деворига шимилиши натижасида – «законтурные тени» чегараси атрофида соя ҳосил бўлади.

b. бачадон бўшлиғи узайган ва кенгайган

c. М-эхо ошган

d. барча санаб ўтилган белгилар хос

e. диагностика мақсадида рентгенологик усулда текшириш қўлланилмайди

**13. Эндометриоз қаерда жойлашганда ички эндометриоз дейилади?**

a. тухумдонларда

b. бачадон ва бачадон найи интерстициал қисмида

c. бачадон бўйнида

d. ретроцервикал жойлашганда

e. барча кўрсатиб ўтилган шаклларида

1-масала.

32 ёшли бемор гинекология бўлимига ҳайз келишидан олдин жинсий йўллардан тўқ рангда қонли ажралмалар келишига шикоят қилиб келди. Анамнезидан 26 ёшда турмушга чиққан. Уч марта ҳомиладор бўлган, шундан биринчиси муддатдаги тугруқ, кейинги иккита ҳомиладорлиги сунъий аборт қилинган.

Объектив: умумий аҳволи қониқарли. Пульси бир дақиқада 76 марта, АҚБ 120/75 мм.сим.ус.га тенг. Тери қопламлари одатдаги рангда. Ички органлар томонидан патология йўқ. Тили нам, тоза. Қорни юмшоқ, оғриксиз.

Қин орқали текшириш: қин тукқан аёлларникига хос. Бачадон бўйни цилиндрик шаклда, деформацияланмаган. Ташқи бўғзи ёпик. Бачадон бўйнида бинафша рангдаги тугунчали ва кичик-кистоз ҳосилалар аниқланади. Айримларидан тўқ қонли ажралмалар келиб турибди. Бачадон шарсимон шаклда, нормадан катта, пайпаслаганда

оғриқсиз. Бачадон ортиқлари пайпасланмайди. Қин ажралмалари: қонли, тўқ рангда.

1. Диагноз қўйинг;
2. Беморда яна қачон қайта текширув ўтказиш керак?
3. Қандай қўшимча текшириш усуллари ўтказиш мумкин?
4. Беморни қандай даволаш керак?

### 2-масала.

Бемор Ш., 32 ёш, аёллар маслаҳатхонасига ҳайз кўришдан олдин жинсий йўлларида жигарранг қорамтир рангли ажралмалар келишига шикоят қилиб келди.

**Анамнез:** ёшлигида қизамиқ билан касалланган, ирсияти асоратланмаган.

Биринчи ҳайз кўриши 12 ёшдан, бирдан шаклланган (3–4 кундан, цикл 27–29 кунда), оғриқсиз.

26 ёшда турмушга чиққан. 3 марта ҳомиладор бўлган: биринчиси муддатдаги тугруқ, иккитаси – сунъий аборт билан тугаган.

**Объектив:** умумий аҳволи қониқарли. Пульси ритмик, 1 минутда 76 марта. А/Б 120/75 мм.с.м.уст. га тенг. Тери ва шиллик пардалари оч пушти рангда. Тили нам, тоза. Ўпкасида везикуляр нафас эшитилади.

Қорни юмшоқ, оғриқсиз. Жинсий йўлларида жигарранг қорамтир рангли, қуюқ қонли ажралмалар келиб турибди.

**Қин орқали текширув:** ташқи жинсий органлари нормал ривожланган. Қин – туққан аёлларга хос. Бачадон бўйни цилиндрик шаклда, деформацияланмаган. Ташқи бўғзи ёпиқ. Бачадон бўйнида тугунли, кўкимтир рангдаги ҳосилчалар аниқланади. Ҳар бир ҳосилалардан жигарранг қорамтир рангдаги қонли ажралма келиб турибди. Бачадон шарсимон шаклда, нормадан каттароқ, пайпаслаганда оғриқсиз. Ортиқлар соҳаси пайпасланмайди, оғриқсиз.

1. Дастлабки диагноз қўйинг.
2. Ҳайз кўрганидан кейин беморни қайта кўриш керакми? Нима учун?
3. Диагнозни тасдиқлаш мақсадида қандай қўшимча текшириш усуллари ўтказиш керак?
4. Беморни қандай даволаш керак?

**3-масала.**

30 ёшли аёл ҳар ой ҳайз кўришдан олдин ва ҳайзнинг дастлабки кунлари қорин пастида кучли оғриқ бўлишига шикоят килиб келди. УТТда бачадоннинг ҳайздан олдин катта бўлиши ва ҳайздан кейин кичрайтиши аниқланди.

1. Сизнинг диагнозингиз
2. Текшириш усули
3. Врач тактикаси

**4-масала.**

38 ёшдаги аёл сўнги ярим йилдан буён оғрикли ҳайз кўришига шикоят қилади. Оғриқ айниқса ҳайзнинг биринчи ва иккинчи кунлари кучли бўлади, кейинги кунлари камаяди. Анамнезидан 2 марта туккан.

2 марта аборт қилган, аборт асоратсиз ўтган. Охирги аборт қилганига бир йил бўлган. Ўзини ҳомиладор ҳисобламайди, ҳомиладорликдан сақланиш усулларида фойдаланган. Кўрганда, иккиламчи жинсий белгилар нормал ривожланган. Қин орқали текширганда, бачадон бўйини тоза, цилиндрик шаклда. Бимануал текширишда, бачадон ҳажми нормадан бир оз катта, ортиқлари пайпасланмайди. Ҳайз вақтида жигарранг қорамтир қон келади.

1. Сизнинг диагнозингиз.
2. Текшириш усули.
3. Шифокор тактикаси.



## 1. ТУХУМДОН ЎСМАЛАРИ

Тухумдон ўсмалари аёлнинг турли ёш даврларида учраб, гинекологик касалликларнинг 6–8 фоизини ташкил этади. Бу касалликлар жуда ҳам хавфли, чунки аста-секин ўсиб, ҳеч қандай белги (симптом) бермайди. Асоратлар қўшилгандан кейин белгилар пайдо бўлади, афсуски бу пайтда даво камдан-кам ҳолларда ёрдам беради.

Тухумдоннинг чин ўсмаси «кистома», ретенцион (ўсмасимон ҳосила) таркиб топгани «киста» деган термин билан аталади.

Ретенцион кисталар (оркага қайтадиган) – бу ўсмасимон кисталар тўқималар парчаланиши натижасида пайдо бўлган бўшлиқда, суюқлик тўпланиши туфайли ҳосил бўлади. Киста деворида ҳужайралар пролиферацияси кузатилмайди. Бундай ўсмасимон кисталар катталашиб боради ва унинг бўшлиқлари яллиғланиши, ҳайз циклининг бузилиши, тухумдон эндометриозлари (10%) ва бошқа хавфсиз кисталарнинг ривожланишига олиб келиши мумкин. Шунга кўра тухумдонда фолликуляр киста (75%), сариқ тана кистаси (5%), тубоовариал, параовариал (10%), Гартнер йўли, қин кистаси ва эндометриоз кисталари учрайди.

Чин ўсмалар – кистомалар. Бластоматоз кистомалар чин ўсмалар бўлиб, кистомаларнинг ҳосил бўлиши ва ўсиши, тўқималар пролиферацияси, бўшлиқларнинг суюқлик билан тўлиши туфайли юз беради.

Тухумдон ўсмаларининг турли-туман тўқималардан ўсиши бўйича – эпителиал, бириктирувчи тўқимадан тузилган, тератонд ва гармонал ўсмаларга бўлинади. Чин ўсмалар ҳам хавфсиз ва хавфли ўсмаларга бўлинади.

Хавфсиз ўсмалар тухумдон ташқарисига чиқмай ўсиб боради. Хавфли ўсмалар ҳужайраларнинг атипик бўлиши, тўқимасининг кам

дифференциаллашгани, тез ўсиши, атрофдаги тўқималарга тез ўсиб кира оладиган ва лимфа тугунлари ҳамда узокдаги аъзоларга метастазлар бера оладиган бўлиши билан фаркланади. Клиникада И.С.Краевская (1960) томонидан таклиф қилинган тасниф кенг қўлланиб келинмоқда.

#### Эпидемиологияси.

Кўпинча тухумдон ўсмалари 20 дан 40 ёшгача учрайди, 20–25 % ҳолларда улар хавфли ўсмаларга айланади. Ретенцион кисталар тухумдон ўсма касалликларининг 34% ни, чини ўсмалар (кистомалар) 66%ни ташкил қилади. Ретенцион кисталар турли ёшда учрайди, асосан репродуктив ёшда, баъзан, ҳатто чақалоқларда ҳам аниқланади. Постменопауза даврида 15% ҳолларда учрайди. Ретенцион кисталар: фолликуляр – 73%, сарик тана кистаси – 5%, текалютеинли – 2%, эндометриондри – 10%, параовариал – 10% учрайди.

#### Этиологияси.

1. Генетик мойиллик (оила аъзолари ёки қариндошларида тухумдон ўсма касалликлари билан касалланганлиги анемнезида аниқланганда).
2. Эрта ёки кеч менархе (хайзнинг бошланиши).
3. Эрта ёки кеч менопауза (хайз тўхташи).
4. Бенуштлик.
5. Гармонал бузилишлар (тухумдонлар, қалқонсимон без, буйрак усти беzi дисфункцияси ҳамда эндокрин касалликлар – қанд касаллиги ва бошқалар).
6. Кичик чаноқдаги яллиғланиш касалликлари ва босилиш (катта ҳажмли ўсмаларда) кузатилиши.
7. Зарарли одатлар (алкаголь маҳсулотларини истеъмол қилиш, тамаки маҳсулотларини чекиш ва бошқалар).

Патогенези. Тухумдон ўсмалари келиб чиқиши ва турли-туман тўқималардан тузилганлиги жиҳатидан бошқа ўсмалар орасида асосий ўринлардан бирини эгаллайди. Бунинг сабабларидан бири, тухумдоннинг эмбрионал ривожланиш давридан сақланиб қолган, бир

қанча рудиментар – дастлабки куртак ҳолидаги тузилмалардан тузилганлиги. Иккинчидан, ҳозирги вақтда тўпланган далилларга асосланиб, организмда гармонлар алмашинувишининг бузилиши тухумдон ўсмаларининг келиб чиқиши ва ривожланишида катта ўрин эгаллайди.

Таснифи.

Хавфсиз ўсмалар:

Хавфли ўсмалар:

### **I. Эпителиал кистомалар.**

1) Цилиоэпителиал:

а) оддий;

б) папилляр;

2) Псевдомуциноз:

а) сецерланувчи;

б) пролиферацияланувчи

1. Бирламчи рак

2. Иккиламчи рак

3. Метастатик рак (Крукенберг)

### **II. Бириктирувчи тўқимадан.**

Фиброма

Саркома

### **III. Теротонд.**

Дермоид кистаси

Тератобластома

### **IV. Гармон чиқарувчи.**

Гранулёз хужайрали:

Фолликулома

Текома андрабластома

Клиникаси.

Диагностикаси.

Таққослаш.

Давоси.

Консерватив ва оператив.

Оқибати.

Профилактикаси.



## Фолликуляр кисталар.

Фолликуляр кисталар, кўпинча гармонал бузилишлар натижасида ҳосил бўлади. Аёл организмидаги эндокрин алмашинувнинг бузилиши натижасида фолликуллар ёрилмай (ановуляция) фолликула персистенцияси юзага келади ва организмда гиперэстрогения кузатилади. Ҳайз монофазали бўлади. Одатда фолликула ҳажми 30 мм. гача бўлади, агар киста ҳажми 30 мм. дан ошса, патологик ҳолат – киста деб атаймиз.

Фолликуляр кисталар одатда репродуктив ёшда кўп учрайди. камдан-кам ҳолларда постменопауза ёшида баъзан ҳомилада ёки чақалоқларда ҳам учратиш мумкин. Гранлез (донодор) эпителия секретцияси ёки қон томирлар транссудацияси натижасида ҳосил бўлган суюқлик киста бўшлиғида тўпланади (15-расм).



15-расм. Фолликуляр киста.

Морфологик жиҳатдан фолликуляр кисталар, деворлари юпка ўзида суюқлик сақловчи ҳосилладир. Киста девори бир неча қават фолликуляр эпителиядан тузилган. Фолликуляр эпителия ташқи томондан фиброз бириктирувчи тўқима билан қопланган. Киста катталашиб борган сари фолликуляр эпителияда дистрофик ўзгаришлар бошланади, юпқалашади ва атрофияга учрайди. Киста деворини қоплаб турган бириктирувчи тўқима ички томондан ясси ва

кубсимон ҳужайралар билан қопланган бўлади. Кўпинча бундай кисталар бир томонлама бўлади. Аммо тухумдонда бир вақтда бир неча кисталар ҳам ҳосил бўлиши мумкин. Натижада ушбу кисталар катталашиб боради ва деворлари бир-бири билан ёпишиб, кўп камерали киста ҳосил бўлади.

Макроскопик фолликула ҳажми 50-60 мм. бўлиб, деворлари юпқа ва силлиқ, тиник-сарик рангли суюқлик тутувчи ҳосила.

Клиникаси. Ҳайз цикли кечикиб бошланади ва киста ҳосил бўлиш жараёнида қорин пастки соҳаларида оғриқлар кузатилади. Симптомлари бўлмаслиги ҳам мумкин.

#### Асоратлари:

1. Киста оёқчасининг буралиб қолиши.
2. Киста деворининг ёрилиб кетиши.
3. Кистага қон қуюлиши.
4. Кистанинг йиринглаши.
5. Кистанинг катталашиб, қўшни аъзоларни босиб қолиши.

Киста асоратланганда қўшимча клиник белгилар – кучли оғриқ, кўнгил айниши, қусиш ва бошқа симптомлар ҳам юзага келиши мумкин. Киста оёқчаси буралиб қолганда, веноз қон айланиш бузилади, натижада киста шишади ва қон қуюлиш кузатилиб, ҳосила ҳажми катталашади.

**Ташхислаш.** Анамнез маълумотлари йигилади. Клиник ва лаборатор текширишлар ўтказилади. Қин орқали текширганда. Бачадон ёнида эластик консистенцияли кўпинча бир томонлама, юмалоқ шаклдаги деворлари силлиқ, ҳажми 5–6 см ҳаракатчан ва кам оғриқли ҳосила пайпасланади. УТТ натижасида – бачадон ён томонида кўпинча бир камерали юмалоқ, ички ва ташқи деворлари силлиқ, деворининг қалинлиги юпқа 1–2 мм ва ичида тиник суюқлик тутувчи анэхоген ёки эхонегатив ҳосила аниқланади. Баъзан, жуда кам ҳолларда, бундай кисталар кўп камерали бўлиши ҳам мумкин.

Таққослаш, бачадондан ташқари ҳомиладорлик кўпинча трубаларда бўлиб қолади. Ҳомиладорлик қайси трубада бўлса, шу томонда, қорин пастки соҳасида оғриқлар бўлади. Ҳомиладорликнинг гумонли (токсикоз белгилари) ва эҳтимолга яқин белгилари – қин ва бачадон бўйиши шилиқ қаватининг кўкариши, ҳайз келиши тўхташи, сут безлари таранглашиши, қин орқали текширганда бачадоннинг

юмшани ва ҳомиладорлик тестини мусбат натижа бериши кузатилади. УТТ ҳомиладорликни бачадондан ташқарида аниқлаб бўлади.

Ўткир кўричакни асосан киста асоратлари билан (кистанинг ёрилиб кетиши, киста оёқчаларининг буралиб қолиши ва б.) таккосланади. Кўричакда оғриқ ўнг томонлама, доимий, хуружсимон ва йўталганда оғриқ кучаяди. Кўнгил айниш, қусиш, тана ҳароратининг 38 °С дан ошиши, пульсининг дақиқасига 100 зарбадан ошиши, тил оқ караш билан қопланади ва қуруқ бўлади. Лаборатор текширишларда умумий қон таҳлилида лейкоцитоз аниқланади. Пальпацияда ўнг қовурга остида рефлексор қорин девори таранглашиши, локал оғриқлар кучайиши аниқланади. Щеткин-Блюмберг симптоми мусбат бўлади.

Тухумдонларнинг онкологик касалликлари, беморнинг дастлаб шикоятлари бўлмайди, умумий қон таҳлилида СОЭ 40–50 тезлашган, лимфопения, лейкопения баъзан таёқча ядроли лейкоцитлар ошган бўлади. Кейинчалик психик бузилишлар, перораль цианоз, тери ранги кулранг сарғиш бўлиб, қорин пастки томондаги доимий оғриқлар безовта қила бошлайди. Ич қотиш ёки ич кетиш, кечқурунлари тана ҳароратининг ошиши кузатилади. Қин орқали текширганда, икки томонлама бачадон ортиқларини бутун кичик чанокни тўлдириб турувчи ўсмаси аниқланади. Метастаз берганда, қўшимча белгилар ҳам пайдо бўлади. Цитологик текширишда, атипик ҳужайраларнинг топилиши ташхисни тасдиқлайди.

**Даволаш.** Ретенцион кисталар одатда консерватив усулда даволанади: яллиғланиш жараёнига қарши препаратлар, иммунокорректорлар, аралаш таркибли орал контрацептив воситалар қўллаш. Оператив давоси, лапороскопик йўл билан кистани олиб ташлаш мумкин. Оқибати яхши.

Сарик тана кистаси, лютеинли киста – ҳайз циклининг иккинчи лютеин фазасида, фолликула овуляциясидан (грааф пуфаги) кейин гипофизнинг ЛГ гармони таъсирида ҳосил бўлади. Яъни, сарик тана регрессга учрамайди, фолликула ёрилиб чиққан жойдаги қон томирларнинг шикастланиши ёки қон айланиши бузулади, кейин геморрагик ёки сероз суюқлик йиғилиб киста ҳосил бўлишига олиб келади. Сарик тана кистасининг ҳажми 6–8 см. (нормада 2 см.) бўлади (16-17-расмлар). Бундай кисталар репродуктив ёшда, икки фазали ҳайз

циклида ҳосил бўлади – 2–5 % учрайди. Сарик тана кистаси ҳам бир камерали ва бир томонлама бўлади. Унинг деворлари ташқаридан пўстлогли (капсуласи) бўлиб, ички томондан доначали лютеин ҳужайралари билан қопланган. Киста ичи сарик-қизғиш масса билан тўлган бўлади. Нормада сарик тана кистаси 2–3 ҳайз циклида сўрилиб кетиши мумкин. Агар ҳомиладорлик юз берса, сарик тана регрессга учрамайди ва у ҳомиладорликнинг иккинчи уч ойлигигача сақланиб туради. Сарик тана кистаси овуляцияни стимуллаш, шошилинич контрацепциядан фойдаланиш натижасида ҳам келиб чиқади.



16-17-расмлар. Сарик тана кистаси.

Микроскопик сарик тана девори икки хил ҳужайралардан: лютеин ва тека-лютеин ҳужайралардан иборат. Лютеин ҳужайраларда сарик тананинг ҳайз циклидаги барча жараёнлари – пролиферация, васкуляризация, гуллаб-яшнаш ва қайта ривожланиш босқичлари бўлиб ўтади. Шундай қилиб, сарик тана кистаси – кистоз ўзгаришлар билан функциясини намоён қилади. Бундай кисталарнинг кўп учрайдиган асоратлари, киста бўшлигига қон қуюлиши. Сарик тана кистаси узоқ вақт персистенция ҳолида турганда, полигонал лютеин ҳужайралар кўпинча атрофияга учраган бўлади.

Макроскопик сарик тана кистасининг ҳажми 4 см, юзаси силлик, қизғиш ёки қулранг бўлади. Кесиб кўрганда девори ички томондан бужмайган қалин саргимтир рангда ва бўшлигига қон йиғилган ёки фибрин тўпланган бўлади. Сарик тана кистаси узоқ вақт персистенция ҳолида турганда, унинг деворлари қулрангоқиш рангга киради.

**Клиникаси.** Сарик тана кистаси секин ҳосил бўлади, симптомлари билинмаслиги мумкин. Чунки ҳайзнинг 2–3 циклида ўз-ўзидан сўрилиб кетади. Ҳайз циклининг иккинчи фазасида (ҳайзнинг 14–28 кунлари) куйидаги симптомлар кузатилиши мумкин: дискомфорт, чап ёки ўнг чов соҳасида оғриқлар бўлишига, ҳайз циклининг иккинчи фазасида – то кейинги ҳайз бошлангунча базал ҳароратининг 37 градусдан юқори бўлиб туриши. Сарик тананинг учта асосий клиник симптоми мавжуд: ҳайз циклининг кечикиб келиши ва кейин қонли ажралмаларнинг келиб туриши; қорин пастки соҳасида бир томонлама оғриқ бўлиши, пальпацияда бачадон ортиқларининг оғриқли бўлиши. Асоратлари юқоридагича кузатилади.

**Ташхис қўйиш.** Анамнезига, клиник ва лаборатор ҳамда кўшимча текшириш усулларига асосланади. Гормонларга текширилади.

Қин орқали текширганда, ўнг ёки чап томондан тухумдон катталашган ва бир оз оғриқли.

УТТ фолликулани ўрнига сарик тана аниқланади, ҳажми 10–11 см. Деворлари қалин бўлиб ичи суюқлик билан тўлган, уни УТТ текшириши билан кўриш мумкин. Ҳайзнинг иккинчи ярмида киста ҳажми катталашган бўлади (18-расм).



18-расм. Сарик тана.

Таққослаш, ел бўғоз (пузырный занос)да анамнезга эга ва киста

икки томонлама қатта ҳажмда бўлади.

Тухумдон эндометриозда аниқ таъхис операция йўли билан олинган кистани гистологик текшириш натижасига асосланади.

Бачадондан ташқари ҳомиладорликда, ҳомиладорлик тести ХГ ва трансвагинал ультрасонография ўтказилади. Бачадондан ташқари ҳомиладорликнинг ҳам учта классик клиник белгиси мавжуд: ҳайз циклининг кечикиб келиши, қонли ажралмаларнинг келиб туриши; чанок соҳасида бир томонлама оғриқ бўлиши. Фақат сариқ тана кистасида, асорат юзага келиб, киста ёрилганда қон кетади. Қон кетиш қайталанмайди, ҳайз циклининг 20–26 кунлари орасида кузатилади.

Хавфли ўемаларни фарқ қилиш мақсадида, кўшимча раигли доплерография ўтказилади ва маҳсус онкомаркерга (СА-125) текширилади.

**Давоси.** Агар киста 3 ой ичида йўқ бўлиб кетмаса ва ҳажми ҳам кичраймайса, ораль контрацептивлар билан даволаш бошланади. Киста асоратланганда (киста оёқчаси буралиб қолиши ва бошқа асоратлари кўшилганда), кўпинча оператив даволанади. Лапароскопик йўл билан киста олиб ташланади, яъни шу томондаги тухумдон тўлиқ олиб ташланади (цистэктомия).

Физиотерапия – электрофорез, ультрафонофорез, магнитотерапия, лазеротерапия ўтказилади.

**Профилактикаси.** Операциядан кейин яна киста ҳосил бўлмаслиги учун аралаш орал контрацептивлар (АОК) 6 ой муддатга берилади. Физик зўриқишдан сақланиш, киста оёқчасининг буралиб қолишининг олдини олади. Қайта УТТдан ўтиб туриш тавсия қилинади.

**Тека-лютеин киста.** Атрезияга учраган фолликуладан ҳосил бўладиган ретенцион таркибли ҳосилдир. Кўпинча бундай кисталар трофобласт касалликлари (ел бўғоз, хорионэпителиома) ва нормал ҳомиладорликда ҳам бирга учрайди. Трофобласт касалликлари билан 25–60% аниқланади. Гинекологик касалликлар орасида 2–10% учрайди. Тека-лютеин кисталар яна овуляцияни медикаментоз стимуляция қилиш оқибатида ҳосил бўлиши мумкин. Кўпинча симметрик, икки томонлама жойлашади (19-расм).



19-расм. Тека-лютеин киста.

Микроскопик, тека-лютеин ҳужайралардан тузилган атрезияга учраган фолликулалар аниқланади.

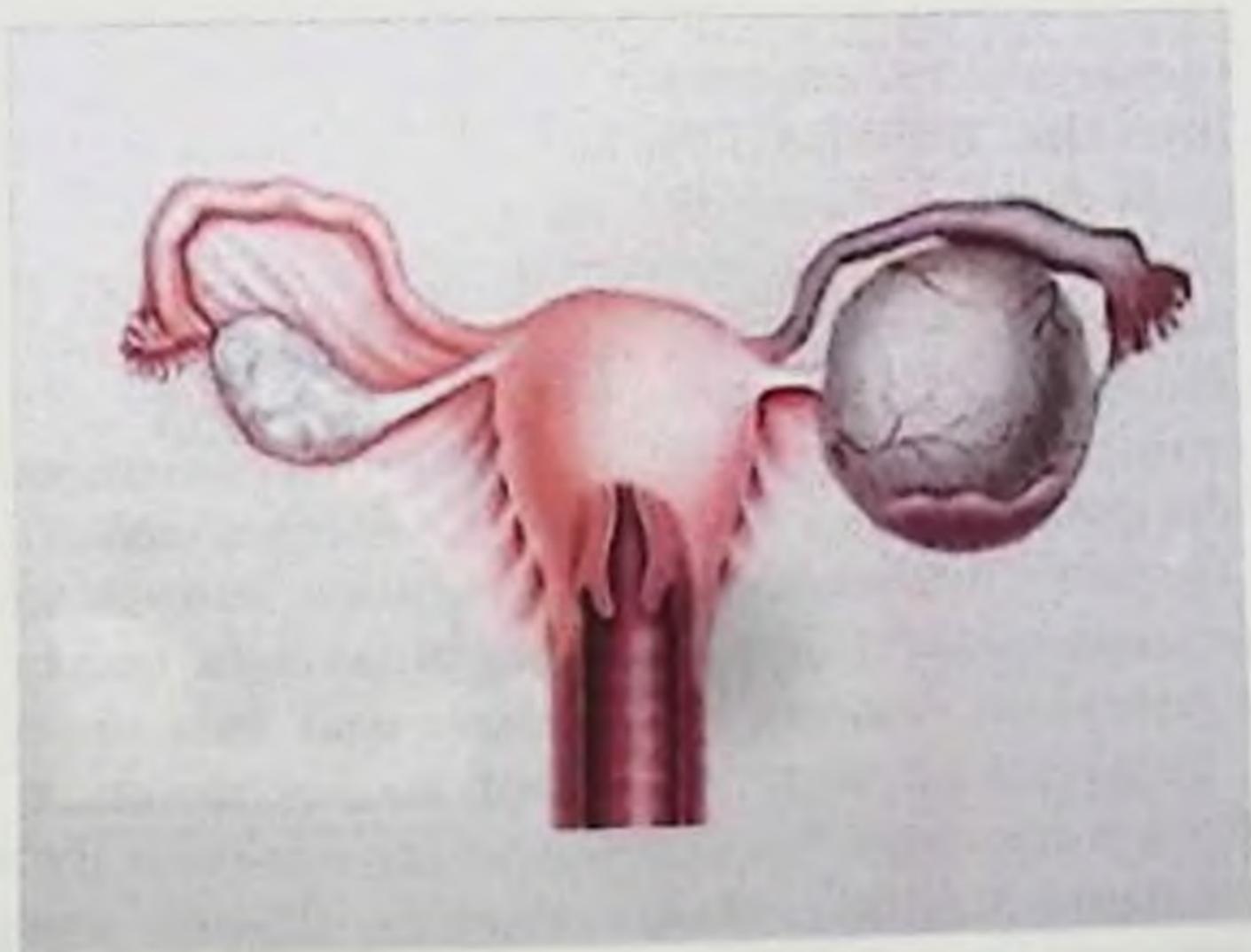
Макроскопик, тека-лютеин киста ҳажми 6 см. дан то 30–40 см. Деворлари юпқа, кўп камерали ҳосила, ичи тиниқ ёки оқ-сарик суюқлик билан тўлган бўлади.

**Клиникаси.** Кичик чанок соҳасида дискамфорт сезади. Киста асоратланганда, ёрилиб кетса ёки киста оёқчаси буралиб қолганда, ўткир қорин белгилари ривожланади.

**Ташхис.** Анамнезида ҳомиладорлиги ёки трофобласт касалликлари билан касалланганлиги аниқланади. Яна бепуштлик билан овуляцияни стимуллаш учун препаратлар қабул қилганлиги бўлади. Қин орқали текширганда бачадон консистенцияси юмшоқ ва ортиқлари соҳасида, бир ёки икки томонлама тухумдонларда ҳажми 6–20 см. чамаси огриксиз ҳосила аниқланади. ХГга тест ўтказилганда ҳомиладор бўлса ҳам, трофобласт касалликларида ҳам натижа мусбат чиқади. УТТда кўп камерали, гаммоген суюқлик билан тўлган, симметрик ҳосила аниқланади. Ташхис қўйишда қийинчиликка дуч келса, диагностик лапароскопия ёки лапаротомия операцияси ўтказилади. Ингерооперацион ташхис қўйиш осон, кўрганда тухумдонда катта, таранг, юпқа деворли киста кўриниб туради. Кистани очиб кўрганда, ичи кўп камерали бўлиб, оқ-сарик суюқлик чиқади.

**Такқослаш.** Тухумдон кисталари, хавфли ўсмалари (рак) ва сарик тана кисталари билан фарқ қилинади. Даволаш, талаб қилинмайди. Чунки асосий касалликларни (трофобласт касалликлар) даволагандан сўнг ёки ҳомиладорликда тугрукдан сўнг тека-лютеин кисталар ўзи тезда сўрилиб кетади. Киста сўрилишини динамикада УТТ да 2–4 ой кузатиб бориш керак. ХГ миқдори аниқлаб борилади. Зарурият тугилса, тека-лютеин киста УТТ назорати остида пункцион склеротерапия ўтказилади. Агар киста ёрилиб кетса ёки киста оёқчаси буралиб қолса лапароскопик тухумдонни понасимон кесиш операцияси ўтказилади.

**Параовариал кисталар.** Бачадон кенг бойлами орасида (интралигаментар), яъни труба билан тухумдон ўртасида жойлашади. Рудиментар мезонефрал Вольф йўлидан ҳосил бўлади. Ҳажми 50–60 мм. дан то чақалоқ бошидек катта бўлиши мумкин. Асосан 20–40 ёшлар орасида 8–16,4% учрайди. Киста оёқчаси бачадон кенг бойламининг битта қаватидан ҳосил бўлади. Бу оёқча бачадондан чиққан ёки кенг бойламининг ўзидан чиққан бўлиши мумкин (20-расм).



20-расм. Параовариал киста.



Микроскопик киста – девори юпқа бўлиб, мушак ва эластик толалардан иборат – бириктирувчи тўқимадан тузилган. Кистанинг ички юзаси цилиндрик ҳилпиловчи ёки кубсимон ясси бир қатор, баъзан кўп қатор эпителия билан қопланган.

Макроскопик шакли юмалоқ ёки овал, зич эластик консистенцияли, бир камерали ва бир томонлама кўпинча бачадон юқори томонида жойлашади. Бачадон трубаси деформацияланган бўлиб, тиниқ суюқлик билан тўлган бўлади.

**Клиникаси.** Киста жуда секин ўсганлиги учун клиникаси юзага чиқмайди. Киста ҳажми катталашгандан кейин, қорин катталашгандек бўлиши, қорин пастки соҳасидаги оғриқлар, кўшни органлар босилганда (сийдик пуфаги) тез-тез пешобга чиқиш ва камдан-кам ҳолларда ҳайз циклининг бузилиши ҳамда бепуштликга сабаб бўлади.

**Асорати.** Киста оёқчасининг буралиб қолиши, ўткир қорин оғриқлари кузатилиши мумкин.

**Ташхис.** Қин орқали текширганда, бачадоннинг ёни юқори томонида, кенг бойламлар орасида 5–15 см юмалоқ ёки бир оз овал шаклдаги, эластик консистенцияли, ҳаракатчан, баъзан ҳаракати чегараланган, оғриқсиз, юзаси силлиқ ҳосила пайпасланади.

УТТ да шакли юмалоқ ёки овал, девори юпқа 1 мм. бир камерали бир хил анэхоген ҳосила аниқланади.

**Таққослаш.** Паровариал кисталарнинг тухумдоннинг бошқа ўсмаларидан фарқи – оёқчаси бўлмайди. Чунки киста бачадоннинг кенг бойламлари орасида жойлашган бўлиб, ушбу бойламнинг бир қавати кистанинг оёқчасини ташкил қилади. Турба ҳар доим кистанинг устида жойлашади.

**Давоси.** Жарроҳлик йўли билан, киста устидан очилиб ажратиб олинади ва труба ҳамда тухумдонларни сақлаб қолишга ҳаракат қилиш керак. **Оқибати.** Эндаметрионд киста, тухумдон юзасида дастлаб кичкина эндомиоид ўчоқ пайдо бўлади. Ҳар ҳайз циклида аёл жинсий гормонлари таъсирида ушбу эндомиоид ўчоқ катталашиб боради. Эндаметрионд киста ичига ҳайз вақтида кам-камдан қон йиғилиб, киста шаклланиб боради. Йиғилган қон аста-секин тўқ жигар ранг шоколодни эслатувчи массага айланади. Шунинг учун ҳам шоколодли киста ҳам дейилади. Эндаметриоз тўлиқ аёл гормонларига боғлиқ бўлганлиги учун, эндомиоид киста асосан ёшларда учрайди.

айниқса тугмаган аёллар орасида. Чунки аёл организми кам ҳайз кўриши керак. Яъни, ҳомиладор бўлса ва болани узок вақт (3 йил) эмизса, гармонларга боглиқ касалликларни (эндометриоз, миома ва б.) юзага келиш хавфи таббii камаяди. Бундан ташқари бачадондаги турлича ўтказилаётган операциялар (гинекологик операциялар, диагностик бачадон бўшлигини кириш, тиббii абортлар, бачадон бўйинини диатермокоагуляция) ўтказиш вақтида, эндометрия хужайрасининг кон билан қорин бўшлиғи томонга ўтиб, тухумдонларга бориши натижасида келиб чиқади деган фикрлар мавжуд. Баъзи муаллифларнинг айтишича генетик мойиллик, иммун тизимидаги бузилишлар ва гармонал бузилишлар (прогестерон миқдорининг камайиши, пролактин миқдорининг кўпайиши ва калқонсимон без ва буйрак усти беzi функциясининг бузилиши) натижаси деб ҳисоблайди. Яна қуйидаги факторлар ҳам кистанинг ривожланишида маълум даражада ўрни борлиғи ҳақида айтилган: психологик зўриқиш, жигар функциясининг бузилиши, турли этнологияли эндометриидлар, моддалар алмашинуви бузилишлари (семизлик), ноқудай экология ва зарарли одатлар.

Эндометриоид киста. Эндометриоид киста хавфсиз ва ичида жигар рангли суюқлик тутувчи ҳосилладир. Ушбу киста 12–50 ёшлилар орасида кўпроқ учрайди. Кистанинг ҳажми 12 см. дан ошмайди (21-расм).



21-расм. Тухумдон эндометриоид кистаси.

Ўз вақтида даволанмаса, киста асоратланиши, яъни ёрилиб кетиши мумкин ва ичидаги жигарранг суюқлик қорин бўшлиғига тушади. Бу ташхис кўйишни қийинлаштиради, қўшимча симптомлар кўшилиб кетади.

Микроскопик, тухумдоннинг эндометриоид кистаси деворида безларнинг бўлмаслиги гистологик белгисидир.

Макроскопик, эндометриоид киста юмалоқ қалин капсула билан қопланган, кесганда ичидан бир камерали тўқ-жигар ранг масса оқиб чиқади.

Клиникаси. Касаллик белгиларининг юзага чиқиши, киста ҳажмига боғлиқ. Дастлаб, ҳайз цикли бузилади, ҳайз кўриш вақтида қон кўп миқдорда кетади, ҳайз цикли ўртасида қонли ажралмалар келади, жинсий алоқа вақтида ва ҳайз кўриш вақтида оғриқлар бўлади.

Қорин пастки соҳасида, айниқса эндометриоид киста соҳасида оғриқ бўлиши, оғриқ, ҳайз вақтида бачадоннинг эндометрия қаватининг кўчиши ва кистадаги эндомириоз ўчогидаги кўчиш ҳисобига юзага келади. Жинсий муносабат вақтида оғриқларнинг юзага келишини кўйидагича тушинтириш мумкин, эндометриоз касаллиги кўпинча кичик чанокда чандик касаллигининг ривожланишига олиб келади ва оғриққа сабаб бўлади.

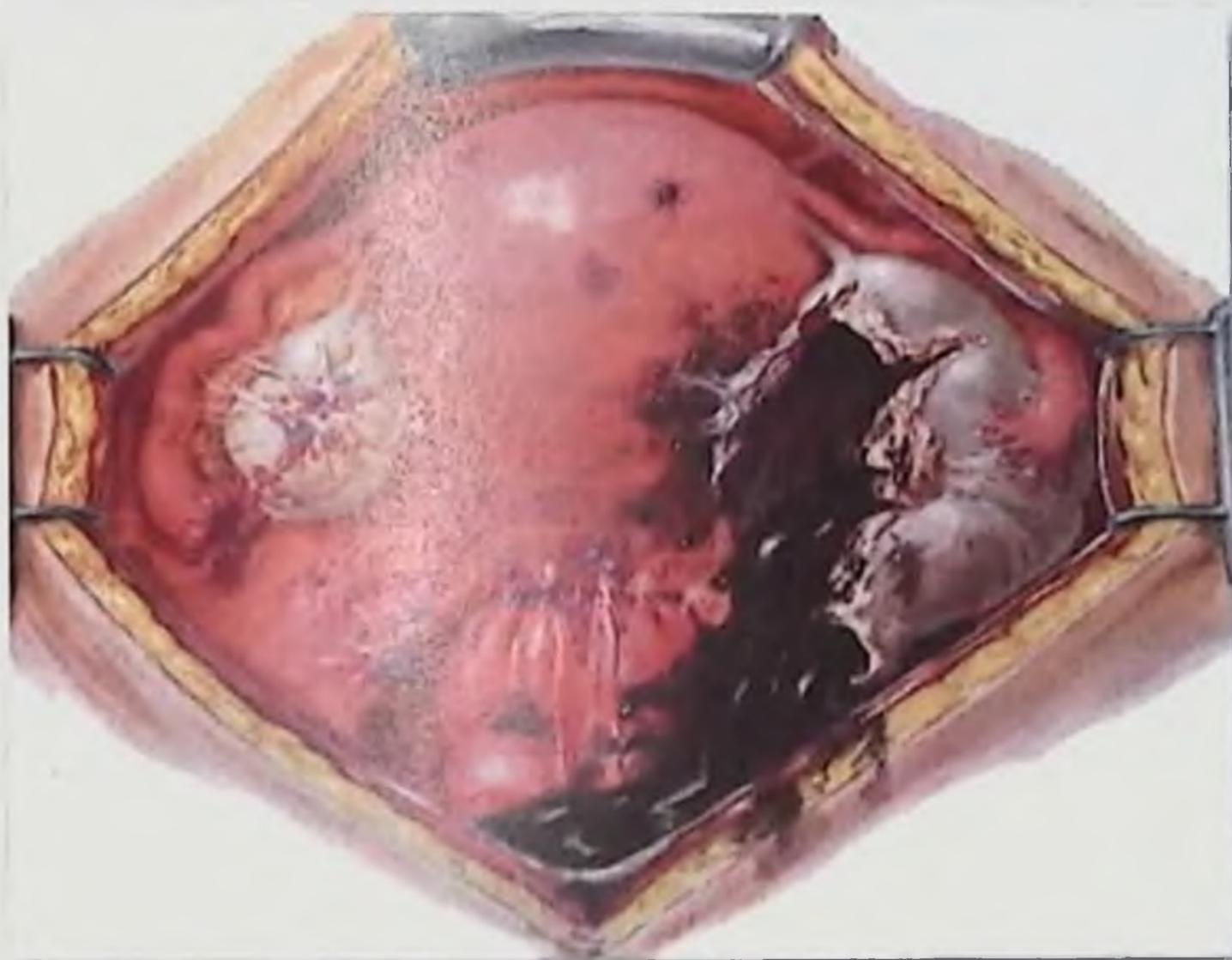
Яна асосий клиник белгиларидан бири ҳайзгача ёки ҳайз кўргандан сўнг жигарранг ажралмалар келишига сабаб бўлади. Бу эндометриоид ўчоқни бачадонда жойлашганлигидан дарак беради. Ҳайз вақтида эндометриянинг кўчиши билан боғлиқ.

Кейинги симптомлардан бири – аёлнинг бепуштликдан шикоят қилишидир. Бепуштликнинг сабаби, гармонал бузилишлар, чандик касаллиги ва б.

Тухумдоннинг ўнг ва чап томонлама эндометриоид кистаси.

Агар чап тухумдонда эндометриоид киста ҳосил бўлса, унда аёл оғриқни чап томонида сезади. Жинсий муносабатдан сўнг, ҳайз кўриш вақтида ва сийдик ажратиш вақтида дискомфорт кузатилади. Пальпация вақтида оғриқ кучаяди, ҳатто жигар ранг ёки қонсимон ажралмалар келиши мумкин. Худди шундай, киста ўнг тухумдонда ҳосил бўлган бўлса, бу белгиларни ўнг томонда сезади.

Агар бемор вақтида даволанмаса, ҳайз цикли 7 кундан ошиб кетади, ҳолсизлик, иштаҳанинг йўқолиши, кўнгил айниш, қорин пастки соҳасида оғриқлар кучаяди, тана ҳарорати ошши кузатилади, ичаклар ва сийдик ажратиш тизими фаолияти бузилади. Бу бепуштликка ҳам сабаб бўлади. Эндометрионд киста ҳажми катталаниб асоратланганда ёрилади ва киста суюқлиги қорин бўшлиғига тушиб, перитонит ривожланиши мумкин (22-расм).



22-расм. Ёрилган эндометрионд киста.

Бундан ташқари киста катталаниб, атрофидаги органларни боғиб қўяди ва улар функциясининг бузилишига сабаб бўлади. Киста оёқчалари буралиб қолганда, тухумдонда қон айланиши бузилиб, тухумдон тўқимаси некрозга учрайди, оқибатда, кистани тухумдон билан бирга олиб ташлашга тўғри келади. Эндометрионд киста фақат тухумдон касаллиги бўлиб қолмай, бачадоннинг бошқа касалликка олиб келади. Бачадон яллиғланиши, эндометриоз, киста организмда узок вақт ёрилмай турса, тухумдон хавфли ўсмага – ракка айланиши мумкин.

**Таъхис.** Гинекологик кўрикда касаллик белгиларини аниқлаб олиш қийинчилик тугдирди. Қин орали текширганда, бачадоннинг ён орқа томонида бир ёки икки томонлама, тухумдонда турлича катталиқда (6–8 см) кам ҳаракатчан, зич эластик консистенцияли, оғриқли овал шаклдаги ҳосила аниқланади. Динамикада назорат қилиб борилса, ҳайз циклидан олдин катталашини аниқланади. УТГда киста таркибида ги суюқлик бир хил консистенцияда хира эхопозитив бўлган, контурлари аниқ, юмалоқ ҳосила аниқланади. УТГ доплеромеретрик текширишда тухумдон эндометрионд кистаси деворларида қон айланиши йўқлиги аниқланади. Қонда онкомаркерлар СА-125 аниқланганда уларнинг миқдори нормада ёки бир оз ошганлиги аниқланади. Беморда бепуштлиқ аломатлари бўлганда, гистеросальпингография ва гистроскопия ўтказилади. Диагностик лапароскопия ўтказиш эндометрионд кистани аниқлашнинг энг аниқ усулларида бири ҳисобланади. Лапароскопияда, эндометрионд киста овал ёки юмалоқ қалин капсула билан қопланган, ичи тўқ жигарранг масса билан тўлган ҳосила кўринади. Тухумдон эндометрионд кистасини хавfli шаклга ўтганлигини биопсия олиб, гистологик текшириш натижасига асосланиб аниқланади.

**Таққослаш.** Тухумдоннинг эндометрионд кистаси УТГда яхши кўринади. Киста ичига йиғилган қонлар бузилиб ҳосил бўлган «шоколадли масса» УТГда қора фонда оқиш кўриниш беради (23-расм).



23- расм УТГ эндометрионд киста.

Муаммо шундаки, бошқа тухумдон кисталари ҳам УТТда шундай кўриниш беради. Эскирган сарик тана кистасида ҳам ичида йирилган қон аста -секинлик билан шундай кўриниш беради. Бу кисталарни бир-биридан фарқлаш учун вақт керак, назорат қилиб борилади. Сарик тана кистаси 1–3 ойда ўз-ўзидан сўрилиб кетади ёки ҳажми кичиклашади. Эндометрионд киста ўзгаришсиз қолади ёки аксинча бир оз катталаниши ҳам мумкин. Жуда кам ҳолларда гармонал терапия таъсирида, ҳажми сезиларсиз кичиклашиши мумкин, аммо ҳеч қачон йўқ бўлиб кетмайди. УТТда дермоид кистада ҳам қора фонда оқиш кўриниш беради, аммо бунда емирилган қон эмас, дермоид киста ичидаги масса таркибидаги ёғ шундай кўриниш беради. Шунинг учун дермоид кистага шубҳа қилинса, МРТ ўтказиш мақсадга мувофиқдир. Чунки МРТ да ёғ тўқимаси аниқ кўринади. Эндомериозда онкомаркер СА-125 (100 Ед/мл гача) ошиб кетади, лекин бу онкологик касаллик дегани эмас. Бу касалликнинг маркерларидан бири ҳисобланади.

**Давоси.** Бугунги кунда лапароскопик йўл билан эндометрионд кисталарни олиб ташлаш, энг самарали ва хавфсиз усуллардан бири эканлиги маълум. Лапароскопик операциядан сўнг жароҳат кичик бўлиб, тез битади, операция вақтида қон кетиш хавфи асосан кузатилмайди. Консерватив даво сифатида гармонал препаратлар, иммуномодуляторлар, яллиғланишга қарши препаратлар, физиотерапевтик усуллар ва бошқалар қўлланилади.

Натижада оғрик камаяди, ҳайз цикли ва репродуктив функцияси тикланади.

Тухумдон ўсмалари, 6–25% учрайди. Морфологик жиҳатдан турли эмбриогенез даври рудементларидан ҳосил бўлади. Эмбрионал даврда жинсий ҳужайраларнинг етилиши – эпителиял ҳужайралар, гранулез ҳужайралар, тепа тўқима, бириктирувчи тўқима, қон томирлар, нерв ҳужайралари ва бошқа ҳужайралардан ривожланади. Тухумдоннинг кўпгина ўсмалари эпителиядан ривожланади ва тез катталиб, ўсиш хусусиятига эга. Эпителиядан жинсий қуртак ўсмалари ҳосил бўлади: гранулез ҳужайрали (донодор ҳужайралар) ўсмалар, текомалар, гонадаларнинг эркаклик қисми

қолдигидан андроген ишлаб чиқарувчи ўсмалар (андробластомалар). Тухумдон ўсмаларини юзага келтирувчи хавфли омиллар: эрта ва кеч менархе, менопаузанинг 50 ёшдан кейин бошланиши, ҳайз циклининг бузилиши, аёл репродуктив функциясини пасайиши, бепуштлик, ҳомиладорликни охиригача кўтара олмаслик каби патологик ўзгаришлар. Тухумдон ўсмаларини этиологияси ва патогенезида генетик мойиллик, нейрогуморал ва эндокрин бузилишлар катта аҳамиятга эга. Тухумдон кўпгина ва ҳар хил ҳужайралардан тuzилганлиги сабабли, унинг классификацияси ҳам бир нечта. Ушбу классификациялари ичида энг мувофиқ келадигани тухумдон ўсмаларининг микроскопик асослангани. Ҳозирги вақтда тухумдон ўсмаларининг ҳалқаро классификацияси (Стокгольм, 1961) қўлланилмоқда. Тухумдон ўсмалари ҳужайравий тузилишига кўра куйидагича бўлинади: эпителиал ўсмалар, жинсий куртак ва тухумдон стромаси ўсмаси, герминоген ўсмалар, кам урайдиган ўсмалар ва ўсмасимон жараёнлар. Ўсмаларнинг барчаси – хавфсиз, чегарали (тухумдон ўсмаси хавфлилиги паст даражада) ва хавфли турларга бўлинади. Классификациялашда тухумдон ўсмаларининг битта асосий хусусияти инобатга олинган, тухумдоннинг хавфсиз ўсмаларидан кейин кўпинча рак ривожланади.

### **ТУХУМДОН ЎСМАЛАРИНИНГ КўП УЧРАЙДИГАН ТУРЛАРИ:**

**I. Юзаки эпителиал ва тухумдонлар стромаси ўсмаси (цистаденомалар).**

**A. Сероз ўсмалар:**

- 1) оддий сероз цистаденома;
- 2) папилляр (дағал сўргичли) сероз цистаденома;
- 3) папилляр цистаденома.

**Б. Муциноз ўсма:**

1) псевдомуциноз цистаденома.

**В. Эндометрионд ўсма.**

**Г. Бреккер ўсмаси. Д. Тухумдон раки.**

**II. Жинсий тизим ва тухумдон стромаси ўсмаси.**

**A. Гранулёзстромал-ҳужайравий ўсма:**

- 1) гранулёоз ҳужайрали ўсма;

2) текома;

3) фиброма.

Б. Андробластомалар.

### III. Герминоген ўсмалар.

А. Дисгерминома. Б. Тератомалар:

1) етилган;

2) етилмаган.

Тухумдонларнинг эпителиал ўсмалари. «Кистома» ёки синоними «цистаденома» тухумдоннинг хавфсиз эпителиал ўсмаси ҳисобланади. Эпителиянинг тузилиши ва цистаденоманинг ичини тўлдириб турган массага қараб, икки хил тури тафовут қилинади: сероз ва муциноз. Тухумдоннинг эпителиал ўсмалари орасида, сероз ўсмалари 70% беморларда учрайди. Сероз ўсмаларнинг ўзи ҳам иккига бўлинади: оддий сероз (силлик деворли) ва сўргичли (папилляр) сероз ўсмалар.

Оддий сероз цистаденомалар (силлик деворли цилиоэпителиал цистаденома ёки сероз киста) – тухумдоннинг чин хавфсиз ўсмаси ҳисобланади. Сероз цистаденома стромаси бириктирувчи тўқимадан иборат, унинг усти паст кубсимон эпителия билан қопланган, ички томони пролиферацияланувчи киприкчали эпителия билан қопланган (24-расм).



24-расм. Оддий сероз цистаденома.



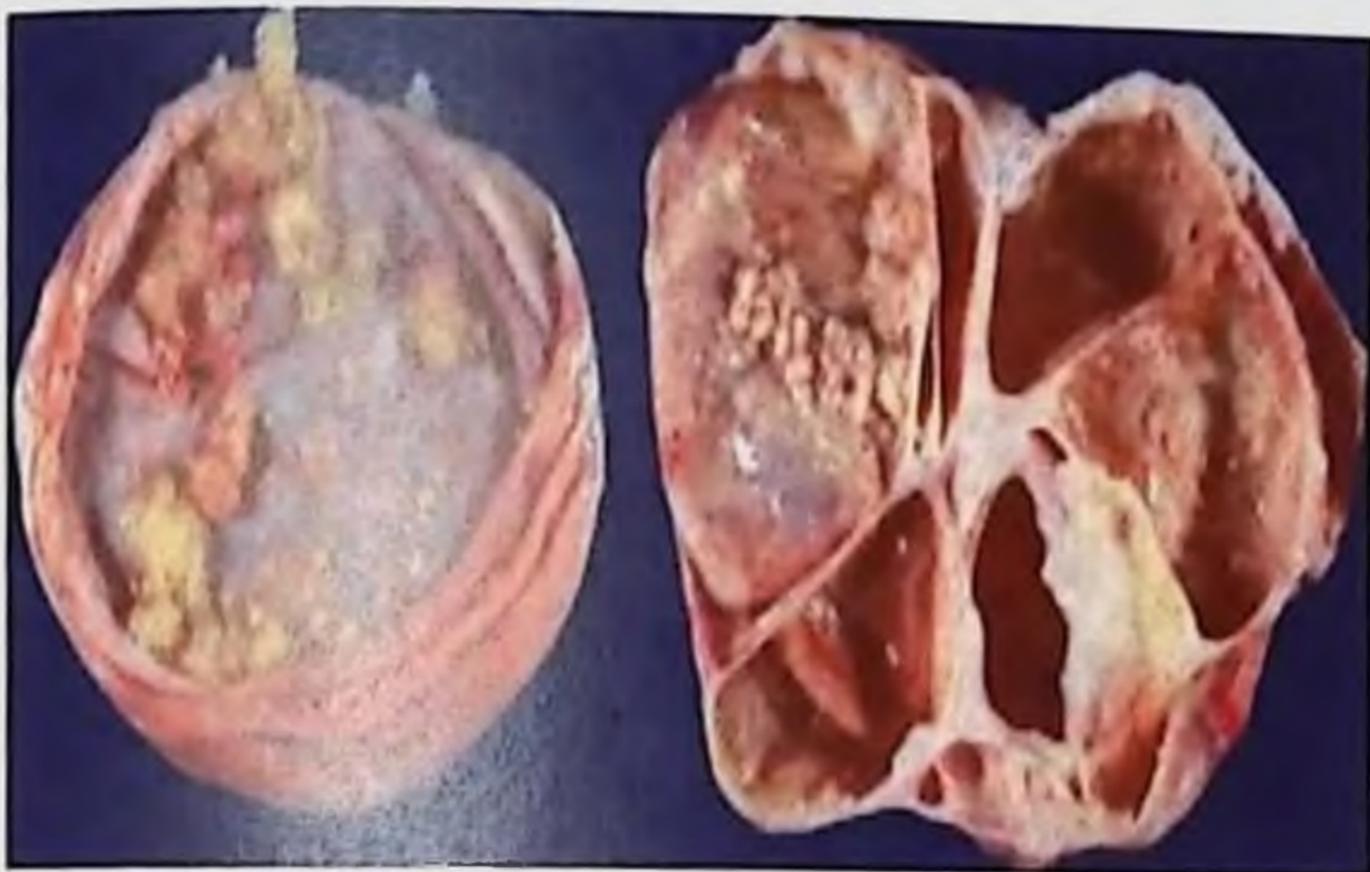
Кистома ўсган сари унинг тухумдон бойламлари чўзилиб бирига яқинлашиб, ўсманинг анатомик оёқчасини пайдо қилади. Тухумдон бойламларидан иборат анатомик «оёқчаси» *L.ovarii propra*, *L.suspensorium ovarii* (ёки бошқача айтган да *L.infundibulopelvic*) ва *L.lata*нинг мезосальпинкс қисмидан иборат бўлади. Кистоманинг анатомик оёқчаси, уни ҳаракатчан қилиб қўяди. Натижада кистома асоратланиши мумкин. Масалан кистома оёқчаси буралиб қолиши мумкин. Унда шошилиш жарроҳлик амалиёти ўтказишга тўғри келади. Жарроҳлик амалиёти вақтида, одатда ўсманинг «анатомик» оёқчаси билан бирга бачадон найига қисқичлар қўйилади (анатомик оёқчаси ва бачадон найчаси биргаликда), «хирургик» оёқчаси дейилади.

**Микроскопик.** Яхши дифференцияланган эпителия аниқланади, худди бачадон трубаларидаги кистани эслатувчи кубсимон ва таркибидаги суюқлик ҳисобига чўзилган эпителия кўринади. Эпителиянинг баъзи жойларида киприкчалари йўқ, баъзи жойларида ҳатто эпителиянинг ўзи ҳам йўқ ёки атрофияланганлиги кўринади. Морфологик жиҳатдан силлик деворли сероз цистаденомаларни функционал кисталардан ажратиш қийин. Ташқи кўринишидан бундай цистаденомалар кистани эслатади ва сероз кисталар дейилади.

**Макроскопик.** Ўсманинг ташқи томони силлик, ўсма бачадон ён томонида ёки орқа гумбазда жойлашади. Кўпинча ўсма бир томонлама, бир камерали, овал шаклда, зич эластик консистенцияли бўлади. Цистаденомалар катта бўлиб кетмайди, ҳаракатчан, огриксиздир. Ўсма сомон ранг, тиниқ, сероз суюқлик билан тўлиб туради. Цистаденомалар камдан-кам ҳолатда ракка айланади.

Папилляр (дағал сўргичли) сероз цистаденома— морфологик жиҳатдан полиморф, хавфсиз, сероз цистаденома, камдан-кам силлик деворли бўлади. Тухумдоннинг барча ўсмалари орасида 7–8% учрайди ва барча цистаденомаларнинг 35%ни ташкил қилади. Ўсма бир ёки кўп камерали бўлиб, ички томонида якка-якка ёки кўплаб, зич, қаттиқ, кенг асосли, ялтироқ рангдаги сўргичлар билан қопланган. Сўргичлар структураси майда хужайрали фиброз тўқимада эпителия хужайралари сони ҳам жуда кам бўлиб, кўпинча гналиноз белгилари кузатилади. Кистани қоплаб турган эпителия, силлик деворли цилиоэпителлиал цистаденома эпителиясига мос келади ва ўхшайди. Дағал сўргичлар

зарурий диагностик белгилардан ҳисобланади, чунки бундай дагал сўргичлар сероз цистаденомаларда учрайди, яъни тухумдон ўсмаларида аниқланади (25-расм).



25-расм. Папилляр (дагал сўргичли) сероз цистаденома.

Тухумдон кисталарида дагал сўргичлар бўлмайди. Дагал сўргичли папилляр ўсмалар ўсиб кириши, хавфли шаклга ўтган ёки ўтмаганлиги аниқлашга кўрсатма бўлади ва операцион материални макроскопик кўрганда бунини аниқлаш мумкин. Киста деворидаги дегенератив ўзгаришлар қаватма-қават петрификатлар (псаммом таначалари) ҳосил бўлиши билан бирга кузатилади.

Папилляр сероз цистаденомалар, ўзининг хавфли шаклга ўтишига, хавфнинг катталиги ва рак ривожланиши юқорилиги билан клиник аҳамиятга эга. Малигнизация 50% гача учрайди.

Дагал сўргичли папилляр сероз цистаденомалардан фаркли, папилляр сероз цистаденомаларнинг сўргичлари юмшоқ консистенцияли, кўпинча бир-бирига ёпишган ва камера деворларида нотекис жойлашади. Сўргичлар катта тугун ҳосил қилиши мумкин, айниқса ўсиб кировчи ўсмаларда. Сўргичлар қанча кўп бўлса, шунча ўсма капсуласини тўлдириб қўяди. Ҳатто, баъзан капсуладан ҳам ўсиб ташқи томонга қараб чиқиб кетади. Ўсма «карам гулини» эслатади, бу кўпинча ўсма хавфли шаклга ўтганлигининг белгисидир. Папилляр цистаденомалар қорин бўшлигида кенг тарқалиши, диссемиранган бўлиши мумкин, қорин пардага ва асцит ҳосил бўлишига сабаб бўлади.

Асцитнинг ҳосил бўлиши, сўргичларнинг ўсмадан ўсиб чикиб кетиши ва қорин пардага (брюшинага) ҳам ўсиб тарқалиб кетиши ҳисобига, бачадон-тўғри ичак устидан қоплаб турган қорин парданинг резорбтив (кайта сўрилиш) хусусиятини бузилиши натижасида юзага келади. Эвертирланиб ўсувчи папилляр цистаденомалар янада кўпроқ икки томонлама бўлади ва касалликнинг кетиши ҳам оғир ўтади. Бундай шаклларда 2 марта кўпроқ асцит ҳосил бўлади. Эвертирловчи папилляр ўсмалар, клиник жиҳатдан инвертирланиб, ўсувчи ўсмага қараганда клиникаси анча оғир кечади. Папилляр цистаденомаларнинг энг жиддий асоратларидан бири ракка ўтиши ва малигнизация бериши. Папилляр цистаденомалар ҳаракати чегараланган, оёқчаси калта, кўпинча икки томонлама, баъзан интралигаментар ҳам жойлашади. Чегарадаги папилляр цистаденомалар сўргичларининг янада кўплиги ва ўсиб кетиши билан характерланади. Микроскопик атипизм ва митотик активлигининг ошганлиги аниқланади. Асосий диагностик критерияси-стромасига инвазив ўсмайди, аммо базал мембранага ўсиб кирмаган ҳолда, чуқур инвагинат ўсиш кузатилади ва атипизм ҳамда пролиферация белгилари ривожланмаган бўлади.

Муциноз цистаденома (псевдомуциноз цистаденома) – тухумдоннинг хавфсиз ўсмаси бўлиб, цилиоэпителиал ўсмалардан кейин иккинчи ўринни эгалайди. Ўсма барча ёшда учраши мумкин, айникса постменопауза даврида кўпроқ учрайди (26-расм).



26-расм. Муциноз цистаденома (псевдомуциноз цистаденома).

Микроскопик ташқи томондан паст кубсимон эпителия билан қопланган. Стромаси (танаси) турли хил зичликдаги хужайралардан иборат, фиброз тўқимадан тузилган. Ўсма девори ички томондан баланд призматик эпителия билан қопланган. Муциноз цистаденомалар деярли ҳамма вақт кўп камерали бўлади. Камера ичи, таркибида гликопротеидлар ва гетерогликанлардан иборат шиллиқ масса – муцин билан тўлиб туради. Чин муциноз цистаденомаларга папилляр структуралар хос эмас. Муциноз цистаденомалар ҳажми одатда 30–50 см. дан то гигант бўлиши мумкин. Ўсма деворининг тузилиши: ташқи ва ички томони ҳам силлиқ. Ўсма қанчалик катта ҳажмда бўлса, шунча деворлари чўзилиб, юпқалашиб ичи кўришиб туради. Камера ичидаги суюқлик шиллиқ ёки желесимон бўлиб, саргимтир, камдан-кам ҳолларда қизғиш, геморрагик рангда бўлади.

Эпителиядан ўсувчи чегарадаги (хавфли ва хавфсиз ўсма орасидаги) цистаденомалар, ўзининг полиморфизими ва гиперхроматозлиги билан ҳамда ядросининг митотик активлигининг ошиши билан характерланади. Чегарадаги муциноз цистаденомаларнинг, муциноз рактан фарқи шундаки, муциноз цистаденомаларда, эпителия инвазияси кузатилмайди.

Жуда кам учрайдиган эпителиядан ўсувчи тухумдон ҳосилаларига, тухумдон ва қорин парда псевдомиксомаси ва Бреккер ўсмаси киради. Тухумдон ва қорин парда псевдомиксомаси, муциноз ўсманинг турли туманлиги билан (муциноз цистаденома, цистаденокарцинома ҳамда чувалчангсимон ўсма дивертикулидан келиб чиқувчи) характерланади. Псевдомиксома, тухумдоннинг муциноз ўсмаси ёрилиб кетишидан ёки ўсма камерасининг бутун деворлари бўйлаб кўринарсиз ёрилиб, шимилишларидан ривожланади. Бундай касалликлар кўпинча 50 ёшдан ошган аёлларда учрайди. Касалликнинг характерли симптомлари йўқ, шунинг учун узоқ вақт ташхис қўйилмаган бўлиши мумкин. Бемор врачга бошқа сабабларга кўра мурожаат қилиб текширилганда, ўсма тасодифан топилиб қолиши мумкин ёки УТТдан ўтиши натижасида аниқланади. Псевдомиксомани хавфсиз ёки хавфли ўсма дея олмаймиз, чунки у тўқималарга ўсиб кирмайди ва инфильтрацияланмайди. Ўсма

ёрилганда ажралиб чиқадиган муцин корин бўшлигида ичак ковузлоклари орасига тўкилади ва тарқалади. Микроскопик текширганда эпителия хужайраларини алоҳида топиш қийин. Псевдомиксомалар кўпинча организмнинг кучсизланишига ва ўлимига олиб келиши мумкин.

**Давоси.** Жарроҳлик йўли билан муцин олиб ташланади. Аммо касаллик кўпинча қайталанadi, яъни, муцин яна йиғила бошлайди.

**Бреккер ўсмаси** (фиброэпителиома, мукоид фиброэпителиома). Тухумдон стромаси хужайраларидан, фиброэпителиядан ҳосил бўлувчи ўсма. Ўсманинг келиб чиқишини янада аниқроқ тушунтирадиган бўлсак, тухумдоннинг целомик (мезодермадан келиб чиққан) эпителия қопламидан ва унинг хилосидан ривожланади. Бреккер ўсмаси барча тухумдон ўсмаларининг 2% ташкил қилади. Хавфсиз ўсмадир. Ёш кизларда қанча фойз учраса, 50 ёшдан кейин ҳам худди шундай кўрсаткичда учрайди. Ўсма қаттиқ консистенцияли тугун кўринишида бўлади, кесилганда юзаси кулрангоқиш ранг бўлиб, майда кистачалар ҳам аниқланади. Макроскопик кистоз кўринишга эга. Кесиб кўрилганда кистоз қисми кўп камерали ва ичи суюқ ёки шиллик масса билан тўлган бўлади. Ички юзаси силлик ёки сўргичларни эслатувчи тўқималар мавжуд, баъзи-баъзи жойлари говак. Микроскопик жиҳатдан атрофи арконсимон хужайралар билан ўралган эпителиал уялар кўринишида бўлади. Хужайравий атипизм ва митоз кузатилмайди. Бреккер ўсмаси баъзан тухумдоннинг бошқа ўсмалари билан, айниқса муциноз цистаденомалар ва кистоз тератомалар билан бирга учрайди. Бреккер ўсмаси пролифератив ўсиши ва малигнизация бериши мумкин. Ўсма ҳажми микроскопик кичкина ёки катта одам бошидек ҳажмларда бўлади. Ўсма бир томонлама, кўпинча чап томонлама бўлиб, юмалок ёки овал шаклда, ташки юзаси силлик бўлади. Капсуласи бўлмайди. Ўсма ташқи кўринишидан ва консистенцияси жиҳатидан тухумдон фибромасини эслатади.

Аралаш эпителиял ўсмалар, сероз ва муциноз эпителиядан тузилган. Макроскопик кўп камерали таркибида турлича суюқликларни тутати. Таркибидаги суюқлик сероз ёки муциноз

бўлиши ҳам мумкин. Ушбу ўсмалар ҳам фибромани эслатади ёки сўргичли ўсишни кўриш мумкин.

**Клиникаси.** Тухумдоннинг эпителиал ўсмалари, хавфсиз бўлиб, тузилишига боғлиқ бўлмаган ҳолда клиник жиҳатдан кўп хусусиятларга эга. Ўсмалар кўпинча 40–45 ёшда учрайди. Дастлаб симптомлари бўлмайди. Ўсманинг махсус симптомлари ҳам мавжуд эмас. Аммо мижоз билан суҳбатлашганда қорин пастки соҳасида,

бел ва чов соҳаларида тумтоқ ачишиб турадиган турлича интенсивликдаги оғриқ бўлиб туришига шикоят борлигини аниқлаш мумкин. Оғриқ кўпинча бел – думгаза ва оёқларга берилади. Ўсманинг катталаниб сийдик пуфагини босиши ҳисобига дизурик белгилар бўлиши, қориннинг ўсма ҳисобига катталаниши каби симптомлар кузатилади. Оғриқлар ҳайз цикли билан боғлиқ бўлмайди. Ўсма асоратланганда, ўсма оёқчасининг буралиб қолиши (тўлиқ ёки қисман ўсма оёқчасининг буралиб қолиши) ёки ўсма капсуласининг перфорацияси (ёрилиши) натижасида хуружсимон оғриқлар ёки ўткир, кучли оғриқлар келиб чиқади. Папилляр сероз цистаденомаларда оғриқ бошқа ўсмаларга нисбатан тезроқ келиб чиқади. Бу папилляр ўсманинг анатомик хусусияти билан тушултирилади (жараён 2 томонлама, кичик чанокқа папилляр ўсиб киради ва чандиқлар ҳосил қилади). Папилляр цистаденомалар, кўпинча икки томонлама бўлади ва асцит билан кузатилади. Энг жиддий асоратларидан папилляр цистаденомалар малигнизация беради. Ўсма ҳажми катта бўлганда кўпинча (муциноз) қорин пасткида юк бордек оғирлик сезади. Ўсма катталашган сари атрофдаги органлар функцияси бузила бошлайди, тўғри ичак босилганда ич қотиш, сийдик пуфаги босилганда дизурек белгилар келиб чиқади. Кўп учрайдиган шикоятларидан бири бепуштлиқ. Бирламчи ёки иккиламчи бепуштлиқ билан текширилган ҳар 5 та мижозларда репродуктив функцияси бузилганлиги аниқланади. Иккинчи кўп учрайдиган шикоят, ҳайз циклининг бузилиши. Ҳайз циклининг бузилиши менархе бошлангандан ёки кейинчалик келиб чиққан бўлиши мумкин.

**Ташхислаш.** Тухумдоннинг эпителиал ўсмаларини текширишда, кин ва ректо-абдоминал текширишлар ўз аҳамиятини йўқотмаган. Қин орқали икки қўл билан текшириш, ўсмани катталигини, яъни ҳажмини, консистенциясини, ҳаракатчанлигини, сезгирлигини, кичик чанокда жойлашини ҳамда ўсма юзасининг характерини аниқлаш имконини беради. Ўсма катталашганда тухумдон ҳажми ҳам ошади, ўсмани пальпация қилиш имкони бўлади. Ўсма кичик ёки ҳаддан ташқари катта (гигант) ҳажмда бўлиб, типик жойлашмаган бўлса, ўсмаларни бимануаль текшириш кам маълумотли ҳисобланади. Айниқса семиз аёлларда ва лапаротомия операциясидан кейин қорин бўшлиғида чандик ҳосил бўлган миждозларда тухумдон ўсмаларига ташхис қўйиш қийин. Ҳамма вақт ҳам пальпация натижаларига асосланиб ўсма жараёнларини характерлаб бўлмайди. Бимануаль текширишлар кичик чанокдаги патологик ўсмалар тўғрисида умумий маълумот беради, холос. Ректовагинал текшириш хавфли шаклларини ташхислашда ёрдам беради, тўғри ичакка ўсганлигини, асцит ҳисобига орга гумбаз осилиб қолишини аниқлаш мумкин.

Миждозда оддий сероз цистаденомалари иккала қўл билан кин-абдоминал усулда текширилганда бачадон ортиқлари соҳасида ҳажми катта ўсма бачадоннинг орқа ёки ён томонида жойлашган, шакли юмалоқ, кўпинча овалсимон бўлиб, консистенцияси зич эластик, ташқи юзаси силлиқ, ҳажми 5 см. дан то 15 см. гача, оғриксиз, ҳаракатчанлиги пальпацияда аниқланади.

Папилляр цистаденомалар кўпинча икки томонлама бўлиб, бачадоннинг ён ёки орқа томонида жойлашади, ташқи юзаси силлиқ ёки нотекис, шакли юмалоқ ёки овал, консистенцияси зич эластик, ҳаракатчан ёки ҳаракатчанлиги чегараланган, палпацияда сезгир ёки оғриксиз ҳам бўлиши мумкин. Ўсманинг диаметри 7 см. дан то 15 см. гача бўлади.

Муциноз цистаденомаларни гинекологик икки қўл билан текширганда, бачадон орқа томонида жойлашган, ташқи юзаси нотекис, эгри-бугри, консистенцияси зич эластик, шакли юмалоқ, ҳаракати чекланган, палпацияда сезгир, ҳажми 9 см. дан то 20 см. гача

ва ундан ҳам катта ҳажмларда бўлиши мумкин.

Бреккер ўсмасини икки қўл билан қин-абдоминал текширганда, ўсма бачадон ён ва орқа томонидан жойлашган, шакли юмалоқ ёки овалсимон, консистенцияси қаттиқ, ташқи юзаси силлиқ, ҳажми 5–7 см. ли, ҳаракатчан, огриксиз ўсма аниқланади. Бреннер ўсмаси баъзан субсероз бачадон миомасини эслатади.

Кичик чанок ўсмаларини ташхислашда қўлланиладиган усуллар ичида, асосий ўринлардан бирини УТТ эгаллайди. УТТ оддий, фойдаланиб бўладиган, ноинвазив ва юқори маълумот бера оладиган усулдир.

Силлиқ деворли сероз цистаденомалар УТТда эхографик ҳажми 6–8 см., шакли юмалоқ, капсуласининг қалинлиги одатда 0,1–0,2 см. бўлади. Ўсма деворининг ички юзаси силлиқ, таркибидаги суюқлик бир хил ва анэхоген, орасида тўсиқлар кўринади, кўпинча тўсиқлар якка учрайди. Баъзан майда дисперс қуюқ масса аниқланади, перкуссияда ўсма осон ўзгарувчанлиги аниқланади. Ўсма асосан бачадоннинг орқа ва ён томонларида жойлашади.

Папилляр сероз цистаденомалар нотекис жойлашган бўлади, капсуланинг ички юзасида сўргичсимон ўсмалар деворида турлича ўлчамда бўлади ва структураси эхогенлиги юқори кўринади. Кўпгина жуда майда папилляр ўсмачалар, деворини дағал ёки суюқлик шимилгандек кўрсатади. Баъзан сўргичлар ораси ичидаги масса билан тўлиб, сканограммада эхогенлик ошган бўлади. Бошқа бир ўсмаларда папилляр ўсиқлар бўшлиқни тўлиқ тўлдириб, қаттиқ бўлимча ҳосил қилганлиги кўринади. Папилляр серозцистаденомаларнинг сўргичлари ўсманинг ташқи юзасига ўсиб чиқиши мумкин. Папилляр сероз цистаденомалар капсуласининг қалинлиги 0,2–0,3 см, икки томонлама юмалоқ, баъзан овалсимон шаклда, ҳажми 7–12 см, бир камерали ёки икки камерали бўлади. Бачадон ён томони ёки орқа томонида жойлашади ва баъзан ингичка чизиксимон тўсиқ кўринишини беради. Муциноз цистаденома кистоз бўшлиқларида қалинлиги 2–3 мм кўплаб тўсиқлар кўринади. Муциноз цистаденомалар кўпинча катта ҳажмли 30 см ҳатто 50 см бўлиши



мумкин. Асосан бачадоннинг ён ва орқа томонида жойлашади, шакли юмалок ёки овалсимон кўринади. Бўшлигини ўртача ёки юқори эхогенликка эга майда дисперсли аралашмайдиган муцин тўлдириб туради. Баъзи кистоз бўшлик камераларини тўлдириб турган, таркиби бир хил бўлиши ҳам мумкин.

Бреккер ўсмаси, аралаш ва дифференцирланмаган ўсмалар нспецифик кўриниш беради, яъни бир хил бўлмаган ёки кистоз тузилишда кўринади.

Рангли доплер тасвири (РДТ) тухумдон ўсмаларининг хавфли ва хавфсизлигини янада аниқроқ фарқлашда самара беради. Тухумдон артерияларида қон оқимининг тезлиги тасвирдаги пульсациялар индекси ва чидамлилиқ индексига қараб, ўсма малигнизация берган-бермаганлиги ҳақида айтиш мумкин. Айниқса эрта босқичларда аниқлашга ёрдам беради, чунки хавфли ўсмалар қон томирларга бой (вазулиризацияланган) бўлади, аксинча қон томирларга бой жойларнинг бўлмаслиги хавфсиз ўсмалар учун хосдир. Рангли доплер тасвирда тухумдоннинг эпителиал хавфсиз ўсмалари учун капсуласида, тўсиқларида ва эхоген ҳосилаларида қон томирларнинг камлиги хос. Хавфсиз ўсмаларда чидамлилиқ индекси 0,4 дан ошмайди.

Охирги вақтларда тухумдон ўсмаларининг диагностикасида рентген компьютер томография (РКТ) ва магнит резонанс томография (МРТ) қўлланилмоқда.

Эндоскопия усулида текшириш (лапароскопия) тухумдон ўсмаларининг диагностикаси ва даволашда кенг қўлланилмоқда. Лапароскопия ўсманинг характерини ва ички тузилишини (структурасини) аниқлашга ёрдам бера олмайди. Аммо лапароскопия ёрдамида тухумдоннинг кичик ҳажмдаги пальпация қилиб бўлмайдиган ўсмасини аниқлаш имконини беради. Лапароскопик интероперацион тухумдон ўсмаларига диагноз қўйиш катта аҳамиятга эга. Чунки 96,5% аниқ ташхис қўйиб бўлади. Хавфли ўсмаларда лапароскопия усулини қўллаш мақсадга мувофиқ эмас. Жарроҳлик амалиёти ўтказишдан олдин, ўсма малигнизация бермаганлигига

ишонч ҳосил қилиш керак. Лапароскопия вақтида ўсманинг хавфли шакли аниқланса, лапаротомия ўтказиш тавсия қилинади. Чунки лапароскопия йўли билан цистаденомаларни олишда хавфли ўсманинг капсуласи ёрилиб кетиши ва қорин пардага тарқалиши мумкин. Шу билан бирга чарвининг ўсмага яқин қисмини кесиб олишга тўғри келганда қийинчиликлар туғдириши мумкин.

Тухумдон ўсмаларининг диагностикасида биохимик ва иммунологик усулларда махсус биологик моддаларни, яъни ўсма маркерларини – ўсма асоцирланган антигенларни (СА-125, СА-19,9, СА-72,4) аниқлаш асосий ўринларни эгаллаб келмоқда. Ушбу антигенларнинг қондаги концентрацияси тухумдондаги жарёнларни баҳолаш имконини беради. Масалан, тухумдон ракида СА-125 антигени 78-100% аниқланади, айниқса сероз ўсмаларда. Ушбу антиген нормада 35 МЕ/мл ташкил қилади. Тухумдонда ўсмаси бўлмаган 1% аёлларда, тухумдоннинг бошқа патологиялари сабабли СА-125 антигени нормадан бир оз юқори чиқиши мумкин. Тухумдон ўсмасининг хавфсиз шаклида 6% ҳолларда СА-125 антигени нормадан юқори чиқади. Хавфли ўсмаларда, ўсма маркерлари динамикани баҳолаб бориш мақсадида текширилади (жараённи баҳолаш, даво самарадорлигини аниқлаш мақсадида).

Тухумдон икки томонлама шикастланганда ўсма метастазини (Крукенберг) инкор қилиш мақсадида, меъда-ичак йўллари рентгенологик текширилади. Зарурат туғилса, эндоскопик текшириш усули ҳам қўлланилади (гастроскопия, колоноскопия). Ўсма ҳажми катта бўлганда қўшимча текширишлар билан бирга ўсма ҳажмининг характери ўрганилади ва ҳамкорликда кўрик ўтказилиб, жарроҳлик амалиётини ўтказиш усули танланади (лапароскопия ёки лапаротомия).

**Давоси.** Эпителнал ўсмалар жарроҳлик йўли билан олинади. Жарроҳлик амалиёти ҳажми ва усули, беморнинг ёши инобатга олиниб, ўсманинг ҳажми ва хавфли ёки хавфсизлигига, қўшимча касалликлари мавжуд ёки йўқлигига қараб танланади. Жарроҳлик йўли билан ўсма олингандан сўнг тезда гистологик текширишга берилади.

Оддий сероз цистаденома ёш аёлларда аниқланса, ўсма тухумдондан капсуласи билан ажратиб олинади ва тухумдоннинг соғлом қисми қолдирилади. Ёши катта аёлларда ўсма мавжуд томондаги тухумдон билан бирга олинади. Агар оддий сероз цистаденома репродуктив ёшдаги аёлларда учраса, унда ҳам ўсма аниқланган томондаги тухумдон билан бирга олинади. Ушбу тухумдоннинг қон томирларга боғлиқ қисмидан биопсия олинади ва тухумдон атрофидаги чарви кесиб олинади (оментэктомия). Пременопауза ёшидаги аёлларда бачадон қин усти ампутацияси ўтказилади ёки бачадон ортиклари билан экстерпация қилинади ва оментэктомия бажарилади. Кистома асоратланганда, масалан оёқчаси кўпинча 180–360 градусга айланиб қолиши мумкин. Бемор бунда қорин пастада бехосдан қаттиқ оғриқ сезади, кўнгил айниш, қайт қилиш пайдо бўлади, томир уриши тезлашиб, қорин пастада Щёткин – Блюмберг симптоми пайдо бўлади. Бу клиникани «ўткир қорин» деб айтилади. Бундай ҳолда беморни тезда гинекологик бўлимга ётқизиб, дарҳол операция қилиш керак бўлади. Кўпинча шу ўсмаси бўлган тухумдон олиниб, гистологик текширишга берилади.

Папилляр цистаденомада доимо пролифератив жараёнлар ривожланган бўлади. Шунинг учун радикал жарроҳлик амалиёти ўтказиш талаб қилинади. Агар тухумдон бир томонлама шикастланган бўлса, сўргичлари ўсма ичига қараб ўсган ва капсуладан ташқарига ўсмаган бўлиб, ёш аёлларда учраса, бачадон ортиклари ўсма аниқланган томондан олинади ва иккинчи тухумдон биопсия қилинади. Агар иккала тухумдонда ҳам ўсма аниқланса, бачадон ҳар икки ортиклари билан қин усти ампутацияси амалиёти бажарилади.

Аммо папилляр ўсма капсуласига ва ташқарисига қараб сўргичлари ўсиб кетганда, аёлнинг ҳар қандай ёшида ҳам бачадон иккала ортиклари билан қин усти ампутацияси ёки бачадон ортиклари билан экстерпацияси ўтказилади ва оментэктомия қилинади. Репродуктив ёшда тухумдон ўсмаси бир томонлама ва сўргичлари ўсма капсуласига ҳамда ташқари томонига қараб ўсиб кетмаган бўлса, лапароскопия йўли билан эвакуация қопчасига олинади. Чегарадаги

папилляр цисталенома ёш миждога бир томонлама аниқланса, репродуктив функциясини сақлаб қолиш мақсадида, тухумдоннинг ўсма аниқланган томони жарроҳлик йўли билан олинадил, иккинчи тухумдон кесиб, қисман қолдирилади ва оментэктомия ўтказилади. Перименопауза ёшидаги миждоларда бачадон ҳар икки ортиқлари билан бирга экстерпация қилинадил ва оментэктомия бажарилади.

Муциноз цистаденомаларда, агар миждо репродуктив ёшда бўлса, тухумдон ўсмаси аниқланган томондаги бачадон ортиқлари билан бирга жарроҳлик йўли билан олинадил. Миждо прева постменопауза даврида бўлса, бачадон ортиқлари билан икки томондан ҳам олинадил. Муциноз цистаденомалар кичик ҳажмда бўлганда, лапароскопик жарроҳлик йўли билан ўсма эвакуация қопчасига олинадил. Ўсма ҳажми катта бўлганда, аввал ичидаги суюқлик кичкина тешикча қилиниб, электр сўргич ёрдамида тортиб олинадил, кейин ўсма олинадил. Ўсма қандай морфологик тuzилишга эга бўлишидан қатъий назар, жарроҳлик амалиётини тугатмасдан, кесиб олинган ўсма кесилди ва ичи, юзаси кўрилади. Шу билан бирга қорин бўшлиғи ва барча ички органлар (чувалчангсимон ўсма, меъда ва ичаклар, жигар) текширилади, чарви қўл билан яхшилаб текшириб кўрилади, парааортал лимфа тугунлари пальпация қилинадил. Барча турдаги ўсмаларда ушбу амалиёт бажарилади.

**Оқибати.** Цистаденомалар жарроҳлик йўли билан олинганда оқибати яхши.

Брекер ўсмасини жарроҳлик йўли билан даволаш. Ёш миждоларда бачадон ортиқлари ўсма аниқланган томондан олинадил. Перива менопауза ёшида бачадон ортиқлари билан қин усти ампутацияси ўтказилади. Ўсма пролиферацияланиб ўсганда бачадон ортиқлари билан қин усти ампутацияси ўтказилади ва чарвини бутунлай (тотал) кесиб олинадил.

**Тухумдон раки.** Тухумдон ракиннинг эрта диагностикаси ва давоси онкология соҳасининг мураккаб муаммоларидан бири. Кейинги йилларда бутун дунёда тухумдон раки билан касалланиш ортиб бормоқда. Гинекологик рак касалликлари орасида бачадон бўйни ракидан кейин иккинчи ўринда тухумдон раки эгаллайди (27-расм). Тухумдон ракидан ўлим биринчи ўринда.



27-расм. Тухумдон раки.

**Этиологияси.** Тухумдоннинг хавфли ўсмаларининг сабаблари аниқ эмас. Унга гипотезия мавжуд.

**1-гипотезия:** Тухумдон ракида организмда гипоталамо-гипофизар тизим активлиги ошади, натижада сурункали гиперэстрогения юзага келади. Эстрогенлар тўғридан-тўғри ўсмани келтириб чиқармайди, эстроген сезгир тўқималарда ўсмани ўсишига шарлот яратади.

**2-гипотезия:** Овуляциянинг доимий кузатилиб туриши (эрта менархе, менопаузани кеч бўлиши, тез-тез тугиб узок вақт тугмасдан юриши, болани эмизмаслик). Доимий овуляциянинг бўлиб туриши тухумдон пўстлоқ қавати эпителийсини шикастлайди. Бу ўз навбатида ДНК нинг аберрант шикастланишига олиб келади ва бир вақтда ўсмани супрессирловчи генларни инактивлайди.

**3-гипотеза:** Генетик гипотезага кўра, онла аъзоларида тухумдон ёки сут безининг аутосом-доминант раки бўлган шахслар юқори хавф гуруҳи қаторига киради.

Дунё адабиёти маълумотларига кўра, тухумдон раки наслий шакллари фақат 5–10% беморларда аниқланади. Тухумдон ракининг оилавий шакллари билан ассоцирланган холларда, ген инженерияси натижасида қатор онкогенларни аниқлаш имконини беради. Миждознинг ёшига боғлиқ, ўсманинг учраши ва морфологик тури фарқланади.

Тухумдон раки бирламчи, иккиламчи ва метастатик бўлади.

Бирламчи тухумдон раки, хавфли ўсма ҳисобланади, рак биринчи тухумдоннинг ўзида пайдо бўлади. Гистологик жиҳатдан ўсма – хавфли эпителиал безсимон ёки папилляр тузилган.

Иккиламчи тухумдон раки (цистаденокарцинома), кўп учрайди ва 80–88% шу органининг хавфли ўсмаси ҳисобланади. Ўсма дастлаб хавфсиз ўсма ёки чегара ўсмаси кўринишида юзага келади, кейин ракка айланади (28-расм). Кўпинча тухумдоннинг иккиламчи раки сероз папилляр ўсмалардан, баъзан муциноз цистаденомалардан ривожланади. Яна тухумдоннинг иккиламчи шикастланиши эндометрионд цистаденокарциномалар натижасида кузатилади.



28-расм. Цистаденокарцинома.

Тухумдоннинг метастатик раки (Крукенберг ўсмаси), бирламчи ўчокдан метастаз бериш натижасида келиб чиқади. Масалан, меъда-ичак йўллари, ошқозон, сут бези, қалқонсимон без, бачадондан. Меъда-ичак йўллари хавфли ўсмаларида метастаз гематоген, ретроград лимфоген ва имплантацион йўл билан беради. Метастаз асосан икки тамонлама бўлади. 60–70% асцит кузатилади. Ўсма жуда тез ўсади. Метастатик ўсма макроскопик-ялтирок, эгри-бугри кўринади. Кесиби кўрилганда толали бўлади. Ўсма консистенцияси каттик ёки хамирсимон бўлади, бу ўсмани стромаси ва паренхимасини бир-

бирига нисбатига боғлиқ ҳамда ўсмадаги иккиламчи ўзгаришларга – шунингдек некрозга боғлиқдир. Микроскопик тухумдоннинг метастатик раки хужайралари юмалоқроқ, шиллик билан тўлган бўлади.

Ўсма жараёнларининг операция вақтида аниқланган клиникасига қараб босқичлари таснифланади.

### Тухумдон раки таснифи.

**I босқич.** Ўсма битта тухумдон билан чегараланган.

**II босқич.** Ўсма битта тухумдонни ёки иккала тухумдонни ҳам шикастлаган ва чанокга тарқалган бўлади.

**III босқич.** Ўсма битта тухумдонда ёки иккита тухумдонда ҳам мавжуд, жараён кичик чанокга тарқалган ва қорин бўшлиғига ўтган, қорин парда ортидаги лимфа тугунларига метастаз берган.

**IV босқич.** Ўсма битта тухумдонда ёки иккала тухумдонда бўлади ва узоқ метастазлар беради.

**Клиникаси.** Тухумдон ракиннинг локаллашган шакллари, қондага кўра, симптомсизлигича қолмоқда. Ёш миждозларда баъзан оғрик синдроми кузатилади, оғрик жуда қаттиқ худди «ўткир қорин» симптомини беради (22%). Бу симптом ўсма оёқчасининг буралиб қолиши ёки ўсма капсуласининг ёрилиб кетиши билан боғлаш мумкин. Бошқа миждозларда симптомлар ўсма жараёнининг тарқалганлик даражасига боғлиқ юзага келади: интоксикация, озиб кетиш, умумий кучсизлик, тез чарчаш, холесизлик, иштаханнинг пасайиши ёки йўқолиши, тана ҳароратининг ошиши, меъда-ичак йўли функциясининг бузилиши (кўнгил айниш, қусиш, эпигастрал соҳанинг шишгандек сезиш, қорин пастки соҳасида оғирлик туйғусини сезиш, ич қотиш ва ич кетиш, дизурек белгилар). Қорин асцит ҳисобига катталашади. Плевара бўшлиғида бир томонлама ёки икки томонлама экссудат ҳосил бўлиши мумкин. Юрак-қон томир ва нафас етишмаслиги белгилари юзага келади, оёқларда шишлар ҳосил бўлади.

**Диагностикаси.** Хавфли ўсмаларга ташхис қўйиш қийин, чунки касалликнинг дастлабки патогномик симптомлари бўлмайди. Хавфсиз ўсмалардан фарқи, хавфли ўсмаларнинг аниқ клиник белгилари бўлмайди. Шунинг учун хавфли ўсмалар ривожланиш хавфи юқори

гуруҳларга кирувчи миждозларга алоҳида диққатни қаратиш мақсадга мувофиқ. Бундай аёлларнинг анамнезида: тухумдон функциясини бузилиши, узок вақт тубоовариал яллиғланиш ўсма билан даволаниб юрган, постменопауза даврида эндометриянинг рецидивланувчи гиперпластик жараёнлари, илгари тухумдоннинг хавфсиз ўсмаси сабабли операция бўлган, фертилик функциясининг бузилиши мавжуд бўлади.

Гинекологик кин орқали текширганда, ўсма икки томонлама шакли овал ёки нотўғри бўлиб, юзаси ғадир-будур сезилади. Консистенцияси қаттиқ, ҳажми турлича катталиқда, ҳаракати чекланган ёки ҳаракатсиз. Бачадон орқа томонида қаттиқ огриксиз тўғри ичакка қараб бўртиб турувчи ўсма аниқланади. Тухумдон ракида асцит аниқ ривожланган бўлади. Ректовагинал текширишлар рақ жараёнининг параректал ва параметрал тўқимага инвазив ўсганлигини аниқлаш учун қўлланилади. Тухумдон хавфли ўсмаларини замонавий ташхислашда юқори самарали усуллардан акустик радиаторли трансвагинал эхографик ва органларда қон оқишини кўрсатувчи харитали рангли доплер қўлланилади. Систола ва диастолада қон оқишни ўлчаш йўли билан периферик қон томир қаршилиги кўрсаткичини ҳисоблайди ва қон оқимининг резистентлиги тўғрисида хулоса қилади. Эхографик кўриниш ўсма ҳажмини аниқлашда муҳим ўрин эгаллайди. Ўсма эхографик шакли нотўғри, консистенцияси аниқ кўринмайди, кўплаб тўсиқлардан иборатлигини кўриш мумкин. Тўсиқлар ҳажми бир хил бўлмайди. Бундан ташқари ўсманинг чегараланган ёки атрофга ўсиб чиққанлиги кўринади. Кичик чанокда ва қорин бўшлигида эркин суюқлик (асцит) аниқланади.

Рангли доплерография. Тухумдоннинг хавфли ўсмасида кўплаб қон томирлар (неоваскуляришган жой) перифериясида ҳам, марказида ҳам, тўсиқлари ҳамда папилляр ўсиб кетган қисмларида ҳам қон оқиш резистентлиги паст бўлади. Резистентлик индекси (ИР 0,4 дан кичик).

Компьютерли ва магнит-резонансли томография. Компьютер томографияда хавфли ўсмалар катта ҳажмда, нотекис, контурлари



эгри-бугри, ички тузлиши ҳар хил (суюқлик йиғилган жойлар ва юмшоқ тўқималарнинг зичлигига боғлиқ) кўринади. Ўсма капсуласи қалинлашган, ичи ҳар хил қалинликдаги тўсиқлар билан бўлинган кўринишни беради. Компьютер томография бачадон, сийдик пуфаги ва ичаклар орасидаги чегараларни аниқ кўрсатади ҳамда шу билан бирга кичик чанокдаги чандиқли жараёнларни аниқлаб беради.

Лапароскопия усули ёрдамида морфологик текшириш учун гистологик материал олиш ва цитологик текшириш учун перитонеал суюқликни олиш имконини беради. Бемор қон зардобидоги ўсма билан боғлиқ антигенлар таркиби, касалликнинг кечиши билан корреляцияланади. Аҳамиятга эга маркерлар СА-125, СА-19, 9СА-72,4 тухумдон раки билан касалланган беморларда 78–100% аниқланади. Ўсма касалликларида СА-125 нормадан (35 МЕ/мл) ошади. Аммо ўсма жараё бошлангич шаклларида СА125 махсуслиги унча юқори эмас. шунинг учун ўсма маркерларини скрининг тест сифатида қўллаш мақсадга мувофиқ эмас. СА-125 маркери касалликнинг кенг тарқалган шаклида, даво самарадорлиги сифатини назорат қилиш ва мониторинг ўтказишда катта аҳамиятга эга. 80-85% миждозларда ташхис қўйидаги усулларда амалга оширилади. Хатто қатор ҳолларда охириги аниқ асосланган ташхис лапаротомия йўли билан қўйилган бўлса ҳам.

**Тухумдон ракига шубҳа бўлган миждозларни текшириш алгоритми:**

1. Қин орқали ва ректовагинал текшириш.
2. Кичик чанок органларини рангли доплер компьютер УТТ.
3. Қорин бўшлиғи, қалқонсимон без, сут безларини УТТ.
4. КТ
5. МРТ
6. Маммография
7. Рентгеноскопия, гастроскопия, прригоскопия.
8. Кўкрак қафаси органларини рентгеноскопияси.
9. Хромоцистоскопия.

Кўкрак қафаси органларини рентгеноскопия қилиш метастазларни инкор қилишда қўлланилади. Ўсма жараёнининг

хавфлилиги, юқорида саналган усуллардан ташқари, хромоцистоскопия (айниқса, тухумдоннинг катта ҳажмдаги ҳаракатсиз ўсмаларида) усули аниқлаб беради.

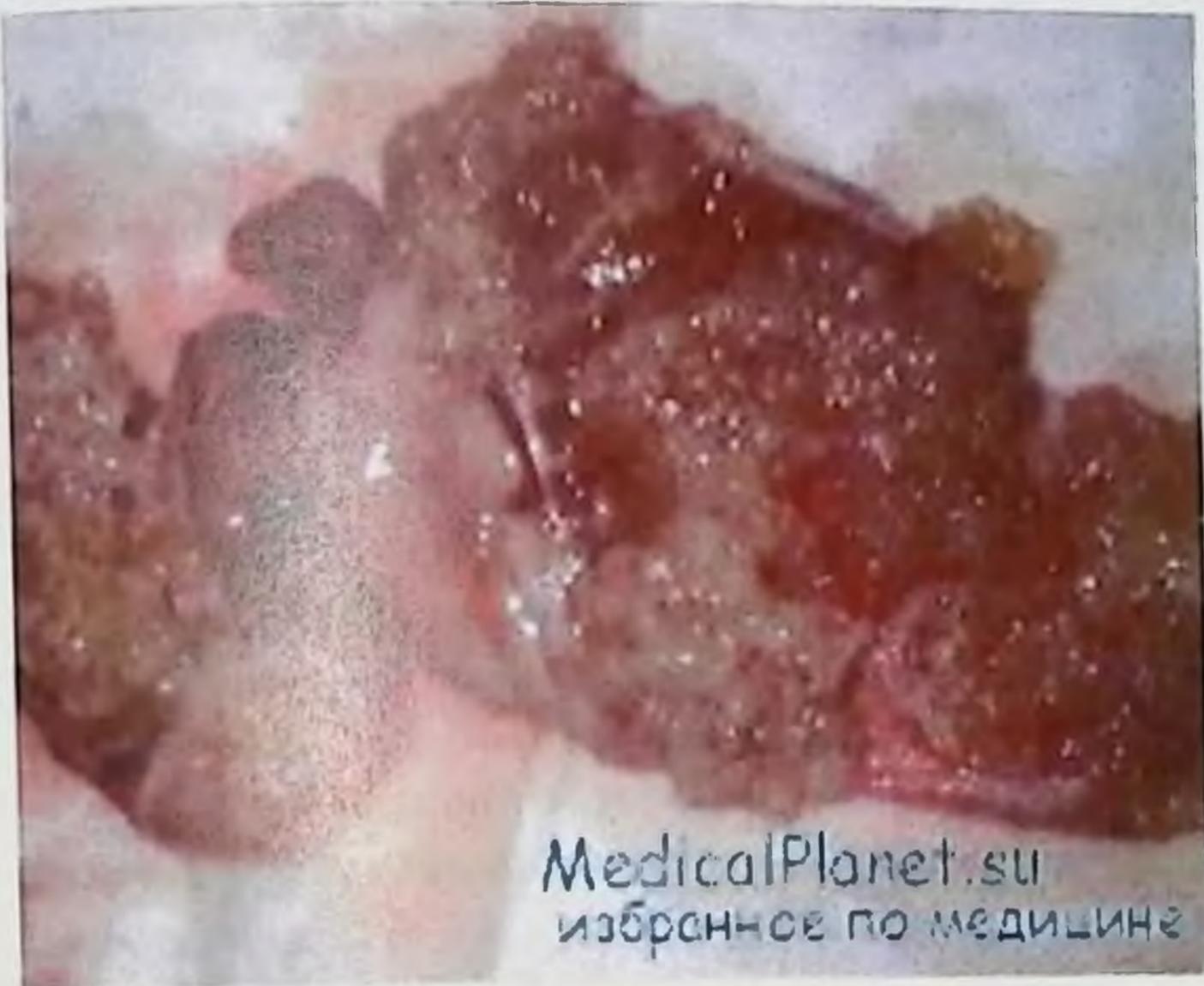
Даволаш, тухумдондаги рақ жараёни босқичига, ўсманнинг морфологик тузилишига, етилганлик даражасига, ўсманнинг кимётерапия ва нурли давога гистологик сезгирлик хусусиятига, жараёни оғирлаштирувчи омилларга, беморнинг ёши, иммунитети, ўсмани даволаш учун қарши кўрсатма бўладиган сурункали касалликлари мавжудлигига боғлиқ.

Тухумдон рақини даволаш доим комплекс ўтказилади. Асосий даво хирургиклигича қолмоқда. Ўрта пастки лапаротомия ўтказилади, бу усулда қорин бўшлиғини очиш, ўсмани капсуласи билан шикастламасдан олиб чиқишга шароит яратади ҳамда қорин бўшлиғи органлари бемалол диққат билан текшириш ва операция ҳажмини тўлиқ бажариш имконини беради. Ёш беморларда хавфли ўсмалар операция вақтида шикастланган томондаги бачадон ортиқлари билан олиб ташланади. Иккинчи томондаги тухумдон кесиб олинади ва катта чарви субтотал кесилади. Бу кетма-кетликда ўтказиладиган операциялар тухумдон рақининг I-босқичида бажарилади. II-босқичида радикал операция ўтказилади: бачадон экстерпацияси ортиқлари билан ва чарвини олиб ташлаш. Баъзи беморларда (кучсиз, ёши катта, оғир экстрогенитал касалликларда) бачадон ампутацияси ортиқлари билан ва катта чарвини субтотал кесиш операцияси ўтказиш мумкин. Катта чарви албатта олиб ташланади ва морфологик текширилади. Чарвини олиб ташлаш кейинчалик асцит ривожланишини олдини олади. Қорин бўшлиғини диққат билан текшириб рақ босқичини аниқ қўйиш керак. Қорин бўшлиғидаги перитонеал суюқликни олиб текширилади, парааортал лимфа тугунлари текширилади. Катталашган лимфа тугунлар пункция қилиниб биопсия олинади ва цитоморфологик текширилади. Операция ўтказиш беморга ёрдам беришига шубҳа қилинса, биринчи кимётерапия ўтказиб кейин иккинчи босқичида операция ўтказилади. Тухумдон рақини I ва II босқичларида ўз вақтида

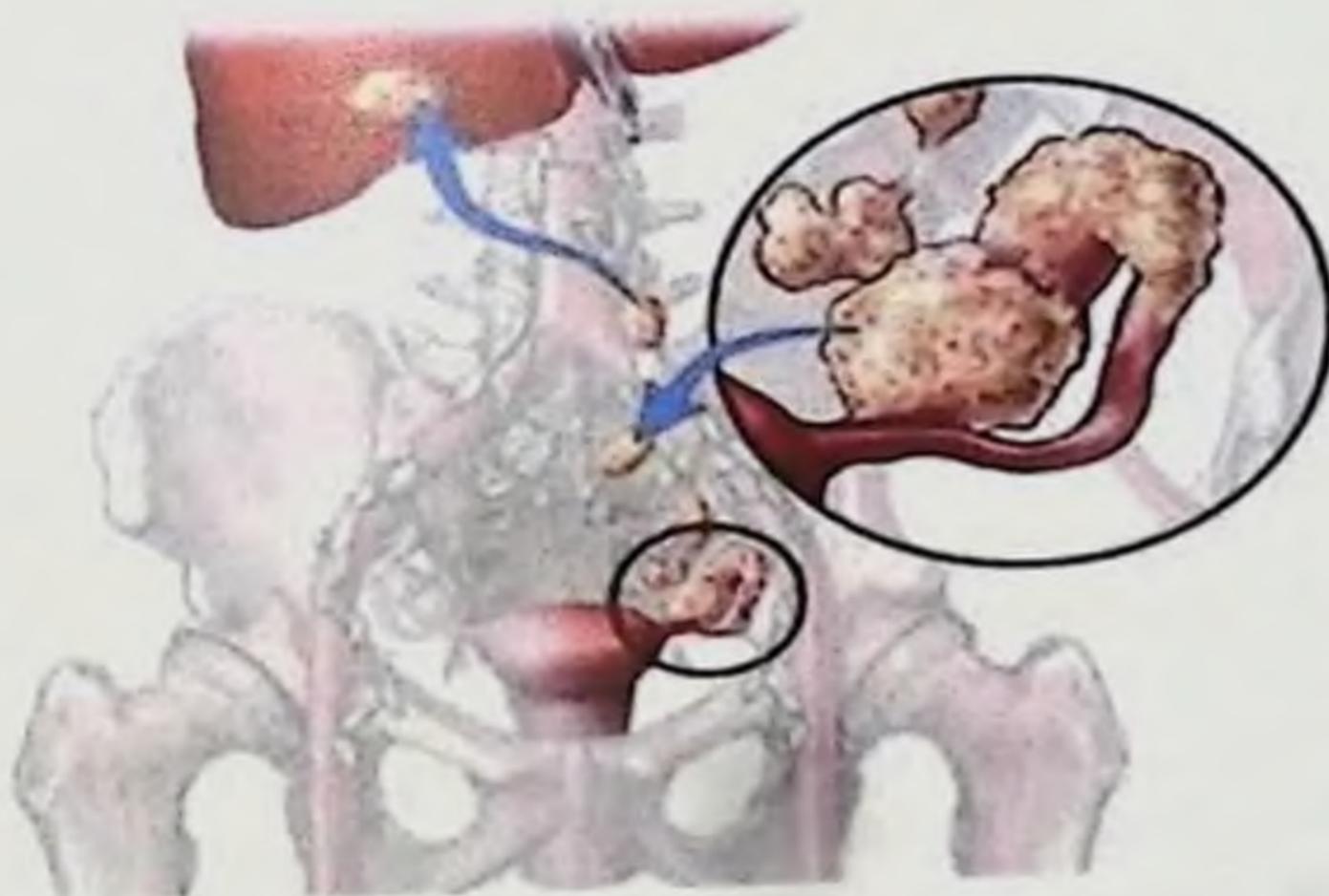
диагноз қўйилса ва комплекс даво ўтказилса, даво самара беради. Ракнинг III ва IV босқичларида даво фақат бемор умрини узайтиришга ёрдам беради.

**Профилактикаси.** Тухумдон ўсмаларининг диагностикасида биохимик ва иммунологик усулларда махсус биологик моддаларни, яъни ўсма маркерларини – ўсма асоцирланган антигенлар (СА-125, СА-19,9, СА-72,4)ни аниқлаш асосий ўринларни эгаллаб келмоқда. УТГ ўтказиш, йилига тиббий кўрикларда ўтиш мақсадга мувофиқ.

**Жинсий тизим стромасидан ривожланадиган гармонал – актив ўсмалар.** Бу гуруҳдаги ўсмалар – гранулёз – стромал – хужайрали ўсмалар (гранулёз хужайрали ўсма ва теко-фиброма гуруҳи) ва андробластомалардир. Бу ўсмалар гранулёз хужайралардан, тека-хужайра, Сертоли хужайраси, Лейдига хужайраси ҳамда тухумдон стромаси фибробластларидан пайдо бўладиган ўсмалар киради. Гармонларга боғлиқ ўсмалар феминизацияловчи (гранулёз хужайрали ва текома) ҳамда маскулинизацияловчи (андробластома) ўсмаларга бўлинади. Ўсмаларнинг кўпроқ қисми оварнал турдаги хужайралардан (гранулёз-стромал-хужайравий ўсма) иборат бўлади. Камроқ қисми тухумсимон турдаги хужайралар (Сертоли-стромал-хужайрали ўсма) ташкил топган. Ўсмаларни аёл ёки эркак туридаги шаклларга ажратиш иложи бўлмаган вақтларда «жинсий тизим ва тухумдон стромасининг таснифланмаган ўсмаси» терминини қўллаш мумкин. Жинсий тизим стромал ўсмаси барча оварнал ўсмаларнинг 8% ни ташкил қилади. Феминизацияловчи ўсмалар ҳар қандай ёшда учрайди: кўпинча болалар ва ёшларда гранулёз хужайрали ўсмалар, пре ва постменопауза ёшида текома учрайди, гоҳо болаларда ҳам учраши мумкин. Гранулёз хужайрали ўсмалар тухумдон фолликуллардаги гранулёз хужайраларга ўхшаш хужайра комплексларидан тузилганлиги билан таърифланадиган ўсмалар «гранулёз хужайрали» ўсма ёки «фолликулома» деган термин билан аталади (29, 30-фолликулома).



29-расм. Фолликулома.



30-Фолликулома.

Кўпинча бундай ўсмалар репродуктив ёшда учрайди. Текома хужайралари атрезияга учраган фолликула тека хужайрасига ўхшайди ва эстроген ишлаб чиқаради, лютеинизациясида эса – прогестерон

ишлаб чиқаради. Пери ва менопауза даврида кузатилади. Гранулёз хужайрали ўсмалар тухумдоннинг барча ўсмалари орасида 1–2% ни ташкил қилади. Текомалар 3 марта кам учрайди.

**Клиникаси.** Феминизацияловчи ўсмаларнинг клиник белгилари ўсманинг гармонал активлигига боғлиқ. Ўсманинг эстрогенни кўп ажратиши сабабли клиникасида феминизирловчи синдром кузатилади. Гранулёз хужайрали ўсмалар ёки фолликулома «ювенил турдаги» эрта жинсий етилишга олиб келади. Аммо ёлғон эрта жинсий етилиш ҳисобланади, чунки овуляция бўлмайди. Қизчаларда жинсий йўллардан нерегуляр қонли ажиралмалар кела бошлайди. Буни шундай тушунтириш мумкин, эстроген гармонлар ҳисобига иккиламчи жинсий белгилар бир оз ривожланган бўлади. Жинсий тизимда эстроген гармонларнинг таъсири қуйидагича намоён бўлади: «қорачиқ» симптоми, қиннинг кўкариши, қин бурмалари ривожланган, бачадон ҳажми катталашган. Соматик жиҳатдан ривожланиш тезлашмаган бўлади. Суякланиш ёшига мос келади. Репродуктив ёшда дисфункционал бачадондан қон кетиш кузатилиши мумкин.

Текома катта ёшда учраши юқорида айтиб ўтилди. Менопаузада қон кетиши метроррагия билан намоён бўлади, бу ўсмаларга хос бўлган асосий белгилардан ҳисобланади. Постменопауза даврида эстрогенлар миқдорининг юқори бўлиши миждога «ёшариш» кўринишини беради. Қиннинг шиллиқ қавати эстрогенларнинг организмда кўплиги ҳисобига сувли бўлади. Бундай ўзгаришлар рефеминизация дейилади. Эндометрияда пролифератив жараён аниқланади: безли-кистоз гиперплазия, баъзан турлича даражада ривожлаган атипия, эндометрия полиплари, ҳатто эндометрия аденокарциномалари ривожланиши мумкин.

**Ташхис.** Клиник белгиларининг ривожланганлигига, умумий кўрик ва гинекологик текширишлар, функционал диагностик тестлар, гармонлар миқдори, УТГ рангли доплер хариталаш билан, лапароскопия маълумотларига асосланиб кўйилади. Тухумдоннинг феминизацияловчи ўсмалари икки қўлда қин-абдоминал йўл билан текширилганда, бир томонлама, диаметри 4 см. дан то 20 см. гача (ўртача 10-12 см.), консистенцияси қаттиқ ёки зич эластик (фиброз ёки

текаматоз строманинг ўсмадаги улушига боғлиқ), ҳаракатчан, деворлари силлиқ, огриксиз ўсма аниқланади. Гранулёз хужайрали ўсмалар аниқ капсулага эга, кесиб кўрганда бўлакчалардан иборат ва сарик рангда, ўчоқли қон қуйилишлар ҳамда некрозга учраган майдончалар аниқланади. Текоманинг, одатда капсуласи бўлмайди. Кесилганда, тўқимаси қаттиқ, саргимтир ёки сарик рангда бўлади. Кўпинча текома бир томонлама бўлади ва камдан-кам ҳолларда малигнизацияланади. Диаметри 5 см. дан то 10 см. гача бўлади. Феминизацияловчи ўсмаларнинг эхограммаси, бир томонлама юмалок шаклда, ички тузилиши эхопозитив ва ичида эхонегатив ҳосилалар билан кўринади. Диаметри 10–12 см. бўлади. Ўсманинг кистоз тури ҳам учраши мумкин, у тухумдон цистаденомасини эслатади. Ўсмаларни товуш ўтказувчанлиги одатдагидек, эндометриянинг патологик эхографик кўринишларини (айниқса постменопауза ёшида), анамнези билан такқосланганда ташхисни тўғри қўйишга ёрдам беради. УТТ рангли доплер хариталаш билан ўтказилганда, ўсмада кўплаб қон томирга бой (васкуляризацияланган) жойини кўрамиз ва перифериясида ҳам худди шундай эканлиги аниқланади. Ўсманинг ички структурасида хилма-хил мозаикалар билан веноз қон оқиши кўриши мумкин. Агар тухумдон ўсмаси спектрал доплер қон оқиш режимида кўрилса, систолик тезлик юқори эмаслиги ва чидамлилигининг (резистентлигини) ҳам пастлиги (ИР 0.4 дан паст) аниқланади. УТТ рангли доплер хариталашнинг диагностика аниқлиги 91.3%. Феминизацияловчи ўсмаларнинг 80% хавфсиз ҳам, хавфли ҳам бўлиши мумкин. Хавфли шакли метастаз берганлиги ва рецидивланиши билан аниқланади. Метастаз – қорин бўшлиғи органларининг сероз қавати, қорин парда париетал қавати ва чарвиларга беради. Кўпинча гранулёз хужайрали ўсмалар хавфли шаклга ўтади, текома жуда кам ҳолларда хавфли шаклга ўтган бўлади.

**Давоси.** Феминизацияловчи ўсмалар фақат оператив йўл билан даволанади. Операция хажми ва қорин бўшлиғига кириш (лапаротомия-лапароскопия) беморнинг ёшига, ўсманинг хажмига, иккинчи тухумдоннинг ҳолатига, кўшимча генитал ва экстрогенитал патологияларнинг бор ёки йўқлигига қараб танланади. Операция

вақтида шошиллич гистологик текширишлар, қорин бўшлигини ревизияси ўтказилади ва тухумдон коллатериаллари диққат билан кўрилади. Кўрсатма бўлганда биопсия қилинади ва параортал лимфа тугунлари ҳолати аниқланади. Қизларда хавфсиз гранулёз хужайрали ўсмалар фақат шикастланган томондан тухумдон олинади. Репродуктив ёшда шикастланган томондан бачадон ортиқлари олинади. Перива постменопауза ёшида қин усти бачадон ампутацияси бачадон ортиқлари билан ёки бачадон экстерпацияси ортиқлари билан (эндометриядаги ўзгаришларга боғлиқ) ўтказилади. Кичикрок ўсмаларни жарроҳлик лапароскопияси орқали олиш мумкин. Операция вақтида ўтказилган шошиллич гистологик текшириш натижасида ўсманнинг хавfli шакли аниқланса, бачадон экстерпацияси иккала ортиқлари билан чарвини олиб ташлаш операцияси ўтказилади.

Тухумдон фибромаси, гранулёз – стромал – хужайрали ўсмаларнинг теко-фиброма гуруҳи орасида асосий ўрин эгаллайди. Тухумдон фибромаси бириктирувчи тўқимадан ривожланади. Келиб чиқишига қараганда гармонал ноактив текомадир. Ўсма структурасида коллагенлар ишлаб чиқарувчи, арқонсимон хужайралар тўпламининг ўзрао боғлиқлигини кўриш мумкин. Тухумдон фибромаси кам учрайдиган хавфсиз ўсмадир. Фиброма барча тухумдон ўсмаларининг 2,5–4% ташкил қилади. Барча ёшда учраши мумкин, айниқса 40–60 ёшда учрайди. Ўсма ўлчами 3 см. дан то 15 см. гача бўлади (31-расм).



31-расм. Тухумдон фибромаси.

Балогат ёшига етгунча тухумдон фибромаси учрамайди. Беморларда кўпинча ҳайз циклини ва генератив функцияларнинг бузилиши каби ноқулай преморбид мойилик бўлади. Бундай патологик бузилишларнинг келиб чиқишига, ўсмани келтириб чиқарган этиологик факторларнинг ўзи сабаб бўлган бўлиши мумкин. Тухумдон миомаси камдан-кам ҳолларда бачадон миомаси билан бирга учраши мумкин. Битта тухумдоннинг ўзида фиброма ҳам киста бўлишини инкор қилиб бўлмайди. Кўпинча тухумдон фибромаси жарроҳлик амалёти вақтида тасодифан топилади. Фиброма секин ўсади, аммо ўсма дистрофияга учраганда тез ўсиши мумкин. Тухумдон фибромаси стеронд гармонлар ишлаб чиқармайди. Фиброма тўқимаси кесиб кўрилганда қаттиқ, ўсмада қон томирлар кам бўлиб оқ рангда кўринади, тўлқинсимон-ипсимон (волокнистая), баъзан ўчоқли шишлар ва кистоз дегенерацияларни кўриш мумкин, гоҳо эгри-бугри баъзан диффуз кўринади. Ўсма бир томонлама ва аниқ чегарага эга. Озиқланиши бузилганда бўшлиқлар ҳосил бўлиши мумкин. Ўсманинг митотик активлиги ошганда, хавфли шаклга ўтишга мойиллик паст бўлган чегара ҳосил бўлади.

**Клиникаси.** Тухумдон ўсмалари бошқа касалликлар билан бирга учраганда, клиник кўриниши жами симптомларига қараб аниқланади. Лекин 10% ҳолларда тухумдон фибромаси (бир томонлама) Мейгс триадаси (асцит – полисерозит, анемия, кахексия) билан кузатилади. Бу жараёнларнинг ривожланиши ўсма тўқимаси шишганда ундан ажралаётган суюқлик қорин бўшлиғига ва диафрагма люки орқали плевра бўшлиғига тушиши натижасида келиб чиқади. Бу ўсманинг хавфлига айланганлигини билдиради. Ҳайз цикли бошқа ўсмалардаги каби бузилмаган бўлади.

Тухумдон фибромаси ташхиси, касаллиқнинг клиник кечиши ва икки қўл билан қин-абдоминал текшириш натижаларига асосланиб қўйилади. Гинекологик текширишда бачадоннинг ён ёки орқа томонида ўлчами 5–15 см. гача бўлган, шакли юмалоқ ёки овалсимон, қаттиқ, консистенцияси, ҳатто тошдек қат тик бўлган, ташқи юзаси текис, оёқчали, ҳаракатчан, огриксиз ўсма аниқланади. Тухумдон



фибромаси камдан-кам асцит билан кузатилади, шунинг учун баъзан бу ўсмага хавфли ўсма деб ҳам қаралади. УТГ ташхис кўйишда маълумотли ҳисобланади. Ранги доплер УТГ да тухумдон фибромаси эхограммада юмалоқ ёки овалсимон чегаралари аниқ ва текис тасвирда кўринади. Ички тузилиши бир хил эхопозитив бўлиб ўртача ёки паст эхогендир. Баъзан эхонегатив ҳосилаларни аниқланиши дегенератив ўзгаришлар юз берганлигини билдиради. Ўсма соҳасида товуш кучли ютилади. Ранги доплер тасвирда фибромада қон томирлар кўринмайди, чунки қон томирлар труба соҳасида кам миқдорда бўлади. Фибромани ташхислашда УТГнинг натижадорлиги МРТ ва РКТ каби сезгирлиги ва маҳсуслиги бир хил юқори. Лапароскопияда тухумдон фибромаси юмалоқ ёки овалсимон, усти силлиқ ва қон томирлар жуда кам ҳамда асосан қон томирлар трубалар соҳасида кўринади. Капсуласи ялтироқ, баъзан ялтироқ пушти рангда ҳам бўлиши мумкин. Ўсманинг қонсизлиги қаттиқ бўлади. Фиброма, субсероз оёқчали миома тугунлари ҳамда бошқа тузилишдаги ўсмалар билан фарқланади.

**Давоси.** Тухумдон фибромаси жарроҳлик йўли билан олинади. Жарроҳлик амалиётининг ҳажми ва усули ўсманнинг ҳажмига, беморнинг ёшига ва қўшимча гинекологик ҳамда экстрогенитал касалликларига боғлиқ танланади. Ўсма одатда репродуктив ёшда учраганда бачадонни сақлаб қолиш мақсадида ўсма аниқланган томондаги бачадон ортиқлари билан олинади. Агар ўсма ҳажми кичик бўлса, лапароскопия йўли билан олинади.

#### **Оқибати. Яхши.**

Стромал хужайрали ўсмалар (андробластома, Сертоли ўмаси). Андробластома – тестостерон ишлаб чиқарувчи сертоллев ва лейдигов хужайралардан ривожланади. Ўсма эркаклар жинсий безлари хусусиятига эга бўлади. У тухумдон ўсмаларининг 1,5–2% ни ташкил қилади (32,33,34-расмлар).



32-расм. Андробластома.



33-расм. Андробластома клиникаси.

Андробластома гармонал актив ўсма, организмда андрогенлар миқдорининг ошишига сабаб бўлади. Натижада гипофиз функцияси пасаяди ва эстрогенларнинг ишлаб чиқилиши камаяди, ҳайз циклига таъсир қилади: фолликула етилишини тормозлайди – ҳайз камайиб

бориб, сўнг аменорея юзага келади. Вирилизация белгилари пайдо бўлади – гирсутизм, овознинг дағаллашиши, клиторнинг гипертрофияси ва бошқалар. Ўсма хавфсиз асосан 20 ёшгача бўлган миждозларда ва кизларда учрайди. Кузатишлар шуни кўрсатдики ушбу миждозларда изосексуал вақтидан олдин жинсий етилиш юзага келади. Ўсма хажми 5–20 см. Капсуласи аниқ билиниб туради, тузилиши кўпинча бўлакчалардан иборат. Ўсма кесиб кўрилганда сарғиш, тўқ сариқ ёки тўқ сариқ-кулранг кўринади. Иккинчи томондаги тухумдондоним атрофияга учраган, фиброз ўзгарган бўлади, худди постменопаузадаги аёллар тухумдонига ўхшаб.



34-расм. Андробластома клиникаси.

**Клиникаси.** Миждоз ўзини соғлом ҳисоблайди, аммо касаллик белгилари аста-секин ривожланиб боради. Аввал аменорея, бепуштлик, кўкрак безларининг кичиклашиши (дефеминизация) кузатилади. Кейинчалик маскулинизация белгилари пайдо бўлади – овознинг дағаллашиши, тук босишининг эркакларникига ўхшаб қолиши (гирсутизим), либидо ошади, тери ости ёғ қавати камаяди, клитор гипертрофияланади, юз ва тана тузилиши эркаксимон бўлиб қолади. Бу паталогик клиник белгиларининг юзага келиши ёшга боғлиқ бўлиб чиқади. Репродуктив ёшда миждоз врачга аменореяга ёки бепуштлик

муаммоси билан мурожаат қилиб келади. Климактерик ва постменопауза ёшида бу клиник симптомлар ёшга боғлиқ деб тушинтирилади ёки маскулинизация белгилари ривожланиб кетган бўлса, врачга мурожаат қилган бўлиши мумкин. Ўсма секин ўсади, шу сабабли миждани безовта қилмайди ва шикоятлари ҳам бўлмайди. Ўсма асоратланганда, одатда врачга миждани қорин пастки соҳасидаги оғриқлардан шикоят қилиб келади. Шу вақтда касаллиқни аниқлаб олиш мумкин.

**Ташхис.** Касаллиқнинг клиник белгиларига қараб ва икки қўл билан қин-қорин орқали текшириб, УТГ ҳамда рангли доплер хариталаш усулларига асосланиб қўйилади. Гинекологик текширганда, ўсма бачадоннинг ён томонида, бир томонлама, ҳаракатчан, оғриксиз, ҳажми 5–20 см. овал шаклдаги консистенцияси қаттиқ, юзаси сilliк бўлиб аниқланади. УТГда кистоз ва эхографик ички томони хар хил кўринишда, кўпчилик гиперэхоген жойлари ва гипоэхоген ҳосилаларни кўриш мумкин. Допплерография ўсмаларни бир-биридан фарқлашга ёрдам бермайди, аммо ўсмани аниқлаб олиш мумкин.

**Давоси.** Тухумдоннинг вирилизирловчи ўсмасини жарроҳлик усулида лапаротомия ёки лапароскопия йўли билан амалиёт ўтказиб олинади. Жарроҳлик амалиётининг ҳажми ва усули, беморнинг ёшига, ўсманинги ҳажми ва характерига боғлиқ танланади. Андробластома қизларда ёки репродуктив ёшда учраса, тухумдон ўсмаси аниқланган томондан бачадон ортиги олинади. Постменопауза ёшида бачадон ортиқлари билан қин усти ампутацияси ўтказилади. Ўсма олиб ташлангандан кейин аёл организми функцияларининг тикланиши ҳам аста-секин юз беради, худди касаллик симптомлари аста-секин юзага келган тартибда. Аёлда ижобий ўзгаришлар сезилади, ҳайз кўриши ва репродуктив функцияси тикланади. Аммо овознинг дағаллашганлиги, клитор гипертрофияси ва гирсутизм бутун умрга сақланиб қолиши мумкин. Ўсманинги хавфлига айланганлигига шубҳа тугилса, пангистерэктомия жарроҳлик амалиёти ўтказилади ва оментэктомия бажарилади.

**Оқибати. Хавфсиз ўсмаларда яхши.**

Герминоген ёки тератонд тўқимадан ривожланадиган ўсмалар гуруҳи. Герминоген ўсмалар тўқимаси, эмбрионал гонаданинг бирламчи жинсий хужайралардан ва 3-куртак (эмбрионал) варақлардан ташкил топган (экто-, эндова мезодерма).

Дисгерминома, тухумдоннинг хавфли ўсмаси, тестикуляр ўсмаларга жуда ўхшаб кетади. Дисгерминомалар тухумдон ўсмаларининг 1–2% ни ташкил қилади ва кўпинча 10–30 ёшда, 5% 10 ёшгача ва жуда кам 50 ёшдан кейин учрайди. Дисгерминома хавфли ўсмаларнинг 3% ни ташкил қилади. Дисгерминома ҳомиладорликда кўп учрайдиган хавфли ўсмадир. Морфологик примордиал фолликула хужайраларига ўхшаш хужайралардан тuzилган. Дисгерминома бирламчи герминоген элементлардан келиб чиққан деб тушунтирилади. Нормада қиз бола тугилган вақтида барча жинсий хужайралар примордиал фолликулалар таркибида бўлади. Қиз бола етилиш даврида гипофиздан фолликулостимуловчи гармон (ФСГ) ишлаб чиқади ва примордиал фолликулалардан навбатма-навбат ҳар ойда биттадан ёки 2–3 та фолликулалар ривожланиб боради ва ёрилиб сариқ танага айланади. Натижада қиз бола жинсий етилади ва ҳайз кўради. Бу жараёнлар бузилганда, жинсий хужайраларда бошқариб бўлмайдиган патологик пролиферация юзага келиб ўсма ривожланишининг бошланишига сабаб бўлади. Шунинг учун дисгерминоген ўсмалар асосан ўсмирларда ва ёш аёлларда учрайди. Уларда клиник жиҳатдан умумий ва генитал инфантилизм, менархенинг кеч бошланганлиги аниқланади. Кўпинча бундай миждозларда ташқи жинсий органларнинг нуқсонлари ҳам кузатилади.

Ўсма бир томонлама, шакли юмалоқ ёки овалсимон, капсуласи ялтирок, юзаси силлиқ бўлади. Ўсма катталашиб бутун тухумдонни эгаллаб олиши мумкин (35,36-расм).



35-расм. Дисгерминома.



36-расм. Дисгерминома.

Дисгерминоген ўсма унча катта ҳажмда бўлмаганда консистенцияси турлича бўлади. Ўсмани кесиб кўрганимизда саргимтир кўринади.

**Клиникаси.** Клиник жиҳатдан махсус белгилари кузатилмайдн. Шикоятлари ҳам носпецифик, яъни баъзан қорин пастки соҳаларида пастга тортувчи кучсиз оғриқлар, умумий ҳолсизлик, дизурик белгилар

(тезтез пешобга чиқиш ва бошқалар), кучсизлик, уйқучанлик, тез чарчаш, баъзан ҳайз циклини бузилиши: аменорея ёки ҳайз кўрмай юриб бирдан бачадондан қон кетиб қолиш белгилари кузатилади. Дисгерминоген ўсмалар тез ўсишга мойил, метастаз беради ва қўшни органларга ўсиб кириши мумкин. Лимфоген йўл билан метастаз бериши умумий ёнбош артерияси, қорин аортаси дистал қисми ва умров суяги артофидаги лимфа тугунларини зарарлайди. Гематоген йўл билан метастаз бериши касалликнинг охириги терминал босқичларида кузатилади, кўпинча жигарга, ўпкага ва суякларга метастаз беради.

**Ташхис.** Касалликнинг клиник кечишига қараб, гинекологик текшириш қўл билан текшириб, УТТ да ранги доплердан фойдаланиб ва олинган макропрепаратни морфологик текшириш натижаларига асосланиб қўйилади. Гинекологик текширганда ўсма одатда бачадоннинг орқа томонида жойлашган бўлади. Ўсма бир томонлама, юмалок, чегаралари ноаниқ, қаттиқ, юзаси нотекис, ҳажми 5–15 см. (баъзан катта ҳажмда ҳам бўлиши мумкин), дастлабки босқичларида ҳаракатчан, огриксиз бўлади. УТТ да ранги доплерда текшириш катта ёрдам беради, ўсма эхограммасида ўртача эхогенликдаги эхопозитив кўриниш беради ва кўпинча бўлакчали тузишда кўринади. Ўсманинг ички томони дегенератив ўзгарганда чегараси нотекс, нотўғри шаклда бўлади. Допплерометрик текширишда худди перифериядагидек ўсма марказида ҳам кўплаб қон томирларга бой жойлар аниқланади, чидамлилиқ индекси 0,4 дан паст бўлади.

**Давоси.** Дисгерминомалар фақат жарроҳлик йўли билан олинадн, кейин нурли терапия ўтказилади. Жарроҳлик усули, лапаротомия қилиш мақсадга мувофиқ. Ўсма бир томонлама, тухумдондан ташқарига чиқмаган ва ёш мижозла кузатилса, репродуктив хусусиятини сақлаб қолиш мақсадида, ўсма аниқланган томондаги бачадон ортиги олинадн. Перименопауза ёшида бачадон ортиқлари билан экстерпацияси ўтказилади ва омнтэктомия бажарилади. Жарроҳлик амалиёти вақтида ўсма капсуласини шикастлаб қўймаслик керак, чунки оқибатни ёмонлаштиради. Агар ўсма тухумдондан атрофга ўсиб кетган бўлса, радикал жарроҳлик амалиёти бажарилади.

– бачадон ортиқлари билан олинади ва оминтэктомия қилинади кейин рентгенотерапия ўтказилади. Катталашган лимфа тугунлари ҳам олинади, кейин жойи рентгенотерапия қилинади. Худди бирламчи ўсма каби метастазланган ўсма ҳам рентгенотерапияга яхши натижа беради. Дисгерминома нурли терапияга юқори сезгир, шунинг учун оқибати яхши бўлиши мумкин. Тўғри, даво ўтказилса тўлиқ тузалиб кетиши мумкин. Хозирги вақтда бир томонлама инкапсуляциялашган дисгерминоген ўсмалар метастаз бермаган бўлса, даволаш 90% 5 йилга умрни узайтиради. Дисгерминоген ўсмалар икки томонлама бўлса, тухумдондан ташқарига ўсганда, катта ҳажмда ва метастаз берганда оқибат ёмон тугаши мумкин.

**Тератомалар.** Етилган тератома ҳам герминоген ўсмаларга кирди. Тератома тўқимасининг дифференцирланганлигига қараб иккига бўлинади, етилган (дермоид киста) ва етилмаган (тератобластома) тератомаларга.

Етилган тератома ҳам иккига бўлинади: кистасиз ва кистоз (дермоид) турларига. Яна тератомалар бўлинади, монодермал турига-тухумдон струми ва тухумдон – карциноиди, уларнинг тузилиши айнан қалқонсимон без тўқимаси ва ичак карциноидларига ўхшайди.

Етилган кистоз тератома (дермоид киста) болалик даврида ва ўсмир ёшида кўп учрайдиган ўсмадир. Бу ўсма ҳатто чақалоқларда ҳам учраши мумкин, бу ўсманинг тўғридан-тўғри тератоген келиб чиқишини исботлайди. Дермоид кисталар репродуктив ёшда ҳам учрайди, постменопауза даврида тасодифан топилиб қолиши мумкин. Дермоид киста тўқимаси яхши дефференцирланган эмбрионал учта варақдан тузилган бўлиб эктодерма элементлари кўпроқ қисмини ташкил қилади. шунинг учун ҳам дермоид киста деб атаймиз. Ўсма бир камерали киста кўринишида бўлади, камдан кам холларда кўп камерали бўлиши мумкин. Дермоид киста тузилиши дермоид бўртиқлардан тузилган. Доим хавфсиз ҳисобланади, жуда кам малигнизация беради. Дермоид киста капсуласи қаттиқ, фиброзли, қалинлиги турлича, ялтироқ, юзаси силлиқ бўлади (37-расм).





## Дермоїдна кіста

37-расм. Дермоид киста.

Етилган кистоз тератома кесилганда қопни эслатади, ичида қуюқ масса бўлиб, таркибида ёғ, соч, тиш суяклари бўлади. Дермоид киста деворининг ички юзаси цилиндрик ёки кубсимон эпителия билан қопланган. Микроскопик текширганда, эктодермадан ривожланган тўқималар – тери, нерв тўқимаси элементлари – глиа, нейроцитлар, ганглиялар аниқланади. Яна мезодермадан келиб чиққан тўқималар – суяк, тоғай, силлиқ мушак ва фиброз ҳамда ёғ тўқималари ҳам аниқланади. Эндодермадан келиб чиққан тўқималар жуда кам учрайди – бронхал ва гастроинтестиналь эпителиялар, қалқонсимон без ва сўлак безлари тўқимаси. Гистологик текшириш учун материал дермоид бўртиқдан олинади ва малигнизацияни инкор қилиш гистологик хулосага асосланади.

**Клиникаси.** Дермоид кистанинг симптомлари тухумдон хавфсиз ўсмаларининг симптомларидан кам фарқ қилади, дермоид киста гармонал актив эмас, шикоятлар кам бўлади, оғриқ синдроми ҳам кам учрайди. Аёлнинг умумий аҳоли қониқарли бўлади, баъзан дизурик белгилар, қорин пастки соҳаси да тортишишлар, оғирлик сезгиси бўлиши мумкин. Агар киста асоратланиб оқчаси буралиб қолса «ўткир қорин» белгилари юзага келади ва шошилиш жарроҳлик амалиёти ўтказишга тўғри келиб қолади. Дермоид киста

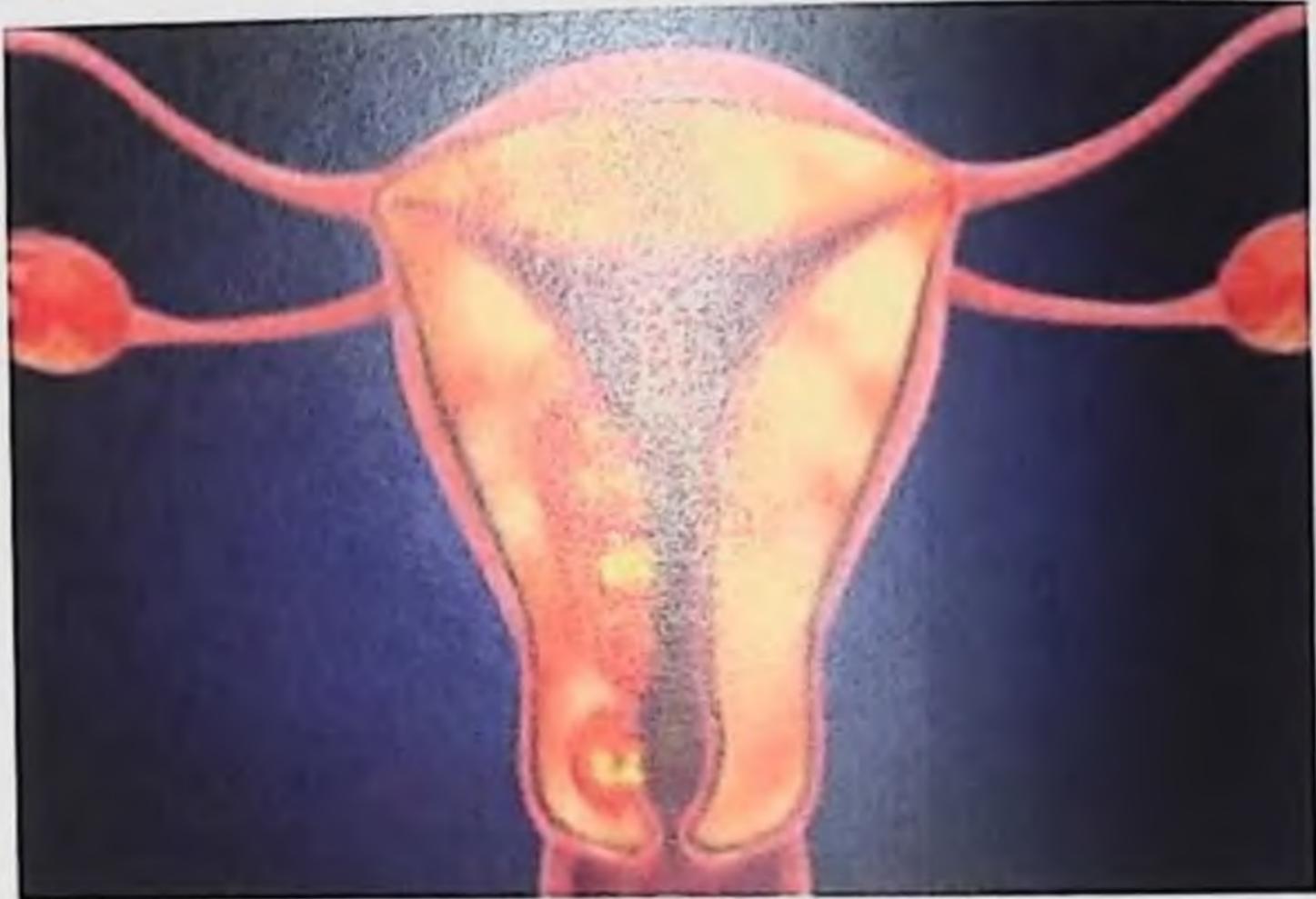
баъзан тухумдоннинг бошқа ўсмалари ва ўсмасимон ҳосилалари билан бирга учраши мумкин. Жуда кам ҳолларда дермоид киста хавфлига ўтади (ясси ҳужайрали рак).

**Ташхис.** Касалликнинг клиник кечишига, икки қўл билан гинекологик текшириб, рангли доплер УТГ, лапароскопия усулларига асосланиб қўйилади. Гинекологик текширганда ўсма бачадоннинг олд томонида жойлашади, шакли юмалоқ, юзаси силлиқ, узун оёқли бўлиб ҳаракатчан, оғриқсиз, консистенцияси қаттиқ. Ҳажми 5–15 см. Дермоид киста бўшлигидаги қуюқ ёғсимон масса таркибидаги суяк тўқимаси, қорин бўшлигини рентген қилганда тасвирда кўриниши сабабли дермоид киста тасодифан аниқланиши мумкин. Эхографик товуш ўтиши ҳар хиллиги сабабли полиморфизим ривожланган бўлади, дермоид киста гипоэхоген тузилмасида эхоген ҳосилалар кўринади ва ўсма чегараси аниқ билиниб туради. Эхоген ҳосилалар орасида акустик соялар аниқланади. Дермоид кистанинг ички тузилиши нотипикдир. Ўсманинг ичкида кўплаб гиперэхоген ҳосилаларни кўриш мумкин. Рангли доплер УТГ да ўсмада қон томирлар кўринмайди, қон оқими ўсманинг тухумдон тўқимаси билан бирлашиб турган жойида кўриниши мумкин. Чидамлилик индекси 0,4га тенг. Дермоид кистага ташхис қўйишда УТГ билан бир қаторда рентген компьютер томография ҳам қўлланилади. Лапароскопияда дермоид киста юзаси нотекис, саргимтир ялтироқ рангда кўринади ва манипулятор билан пальпация қилганда консистенциясининг қаттиқлиги аниқланади. Бу усул тухумдоннинг бошқа ўсмаларидан фарқлашда ёрдам беради. Одатда дермоид киста узун ингичка оёқчали, капсуласида майда қон қуюлган жойлар бўлиши мумкин.

**Давоси.** Дермоид киста жарроҳлик йўли билан олинади. Жарроҳлик амалиёти ҳажми ва усули, ўсманинг ҳажмига, миждоннинг ёшига ва қўшимча генитал патологияларга боғлиқ таънади. Ёш аёлларда ва қизларда кистэктомия ўтказилади, тухумдоннинг соғлом жойи қисман қолдирилади. Лапароскопия усулида эвакуация қопчасига киста олинади. Применопауза ёшида бачадон ортиқлари билан қин усти ампутацияси ўтказилади. Агар бачадонда ўзгариш бўлмаса, фақат ўсма аниқланган томондаги ортиқлари олинади.

**Оқибати. Яхши.**

Тератобластома (етилмаган тератома) тухумдоннинг хавфли ўсмаларига киради. Ўсма тўқимаси шаклланмаган (дифференцирланмаган) ва етилмаган бўлади. Етилмаган тератома (тератобластома) етилган тератомага (дермоид киста) қараганда кўпроқ учрайди. Тератобластома тез ўсади ва катта ҳажмли бўлади (38-расм).



38-расм. Тератобластома.

Микроскопик текширганда эмбрионал учта варақларнинг барча элементлари аниқланади. Ўсмани кесиб кўрганда оқ-кулранг ёки тўқ бурога рангда бўлади. Киста бўшлиғида ёгсимон масса бўлиб таркибида суяк, тоғай, соч аниқланади. Ўсма асосан бачадон ён томонида жойлашади, бир томонлама, нотўғри шаклда, нотекис, юмшоқ, баъзи жойларида консистенцияси қаттиқ – сабаби, қайси тўқима кўпроқ (экто-, мезова эндодерма) бўлишига ва некротик ўзгаришларга боғлиқ бўлади. Ўсма ҳажми катта, юзаси нотекис, кам ҳаракатчан ва пальпацияда сезгир бўлади. Ўсма ўсиб, катталашиб бориб, капсуласи қорин пардага ёпишиб, қорин парда ортидаги лимфа тугунларга, ўпка, жигар, бош мияга метастаз беради. Тератобластома метастази худди асосий ўсмадаги каби турлича тўқима

элементларидан тузилган, аммо тўқимаси етилмаган бўлади.

**Клиникаси.** Беморлар қорин пастки соҳасидаги оғриқларга, умумий ҳолсизликга, тез чарчашга, кучсизликка, меҳнат қобилиятининг пасайишига шикоят қилади. Ҳайз цикли кўпинча бузилмаган бўлади. Ўсма тез ўсади ва шунинг учун клиникаси, ўсманинг емирилиши ҳамда метастаз ҳисобига интоксикация юз бериб, умумий соматик касалликлар клиникасига ўхшайди. Бундай ҳолларда кўпинча даво ноадекват бўлади. Чунки ўсма кеч аниқланган.

**Ташхис.** Рангли доплер УТТни қўллаш ташхис қўйишга ёрдам беради. Тератобластома эхографик аралаш, кистоз тузилишда, чегаралари потекис ва ноаниқ кўринади. Барча хавфли ўсмалар орасида тератобластома ички тузилишида қон томирлар билан таъминланганлиги билан фарқ қилади. Рангли доплер УТТда ўсма марказидаги артериовеноз шунтлар жойлашганлиги ҳисобига қон оқими аниқ кўринади. Периферик қаршилик индекси пасаяди (чидамлилиқ индекси 0,4 дан паст).

**Давоси.** Тератобластома жарроҳлик йўли билан олинади. Жарроҳлик усули, бачадон ортиқлари билан қин усти ампутацияси ўтказилади ва чарвини тотал олиш амалиёти бажарилади. Тератобластома нурли терапияга кам сезгир, баъзан кимётерапия билан комбинирланган даво ўтказилса таъсирини ва натижани сезиш мумкин.

### **Оқибати. Ёмон.**

*Таққослаш. Тухумдон кистомаларининг бачадон ўсмаларидан фарқ қиладиган белгилари қуйидагилардан иборат:*

#### **Маҳаллий белгилар:**

1. Ўсма консистенцияси эластик.
2. Юзаси текис ва силлиқ.
3. Ўсма ҳар томонга бемалол ҳаракатчан.

Оддий сероз кистомалар шар шаклида бўлади. Тухумдон ўсмаларини аниқлашда уларнинг хавфли эканлигини кўрсатувчи белгиларини назарда тутиш керак.

#### **а) Маҳаллий белгилар:**

1. Тухумдон раки кўпинча икки томонлама бўлади.

2. Дуглас бўшлигидаги метастазлар икки қўллаб текширишда осон аниқланади.

3. Чарви ва қорин бўшлигидаги метастазлар операцияда аниқланади.

4. Лецит (айниқса қорин асцит). Тухумдоннинг папилляр кисталари бўлганда баъзан гидроторакс ҳам бирга топилади.

5. Хавфли ўсмалар консистенцияси кўпинча зич, юзаси нотекис, гадир – будур бўлади.

6. Ўсма ҳаракати чегараланган.

б) Умумий белгилардан: озиб кетиш, умуман дармонсизлик, баданга шиш келиши каби ҳоҷисалар кузатилиши мумкин. Аммо бу белгилар одатда ўсма улгайиб кетган даврда учрайди. Ниҳоят, ўсманнинг тез ўсиши гоят муҳим аҳамиятга эга бўлиб, хавфли ўсмаларга мосдир.

Тухумдон ўсмаси топилганда ҳар гал операция қилиб олиб ташлаш тавсия этилиши керак. Шу қондага каттик риюя қилингандагина тухумдонни клиник белгилари аниқланмаган хавфли ўсмасининг барвақт олиб ташлаш ёки хавфсиз усманнинг хавфли ўсмага айланиш эҳтимолини бартараф қилиш мумкин. Бошқа асоратлар: ўсма оёқчасининг буралиб қолиши, унинг йиринглаши ёки ёрилиб кетиш эҳтимоли ҳам иложи борица эрта операция қилиш заруриятини тугдиради.

**Хулоса:** тухумдон ўсмалари пайтида клиник белгиларга эга эмас.

Уларни аниқлаш учун қизлар йилига бир марта ва аёллар йилига камида икки марта ҳар олти ойда УТТ ва гинеколог текширишидан ўтишлари керак. Бу ҳақда аҳоли орасида тушунтириш ишларини олиб бориш лозим. Шундагина тухумдон ўсмалари ўз вақтида топилиб, хавфли бўлган вақтида операция йўли билан олиб ташланади ва унинг ракка айланишига йўл қўйилмайди. Аёллар, демак, оналар ва қизларнинг ҳаёти сақланиб қолинади.

Ёш қизларни ҳозир замонавий ультратовуш аппарати билан боғча, мактаб шароитида текширилиб, кистомалар аниқланмоқда ва гинекологларга юбориб келинмоқда.

## ТЕСТ ВА ВАЗИЯТЛИ МАСАЛАЛАРНИ ЕЧИШ:

1. Репродуктив ёшда бачадондан дисфункционал қон кетишни даволаш бошланади:

- қон тўхтатувчи препаратларни буюриш
- бачадонни қисқартирувчи воситаларни қўллаш
- икки фазали синтетик эстроген-гестаген препаратларни

тавсия қилиш

- бачадонни фракцион диагностик қириш
- барча санаб ўтилганларнинг биридан бошлаш мумкин

2. Тухумдон ўсмаси оёқчасининг буралиб қолиши

операциясидан кейин беморни тиббий реабилитация қилиш мақсадида қуйида санаб ўтилган барча чора-тадбирларнинг қай бири зарур?

- яллиғланишга қарши терапия
- тухумдоннинг қолган қисми функциясини тuzатиш
- сўрилувчи терапия
- жамн санаб ўтилганлар
- санаб ўтилганларнинг бирортаси ҳам эмас

3. Метроррагия қандай бачадондан қон кетиш билан

характерланади:

- ҳайзнинг йўқлиги
- ҳайз цикли вақтида йўқотилган қон миқдорини ошиши
- ҳайз цикли давомийлигини ошиши
- бачадондан ациклик қон кетиш
- тўғри жавоб йўқ

4. Қуйидагиларнинг қайси бири тухумдон ўсмаси оёқчасининг

буралиб қолиши бўлиши мумкин:

- тўлиқ
- қисман
- кўп марта
- барча санаб ўтилганлар тўғри
- барчаси нотўғри

5. Тухумдон фолликуляр ўсмасининг қайси турида эндомерий

гиперплазияси ривожланади?

- сарик тана кистаси
- тухумдон раки
- фолликуляр киста
- параовариал киста
- папилляр кистома

6. Тухумдон дермод кистаси оёқчасининг буралиб қолишида қуйидаги қайси операция усули тўғри?

- тухумдон ўсмаси буралиб қолган оёқчасини очиб керак, анатомиясини аниқлаб олиш учун
- бачадон экстирпацияси ўтказилди – ортиқлари билан
- иккала тухумдон олиб ташланади
- барчаси тўғри
- барча санаб ўтилганлар нотўғри

7. Бачадон найида ўсаётган ҳомиладорликни қуйидагиларнинг қайси бири билан қиёсий диагностика қилиш керак?

- тухумдоннинг майида кистоз ўзгаришлари билан
- бачадоннинг биринчи уч ойлик муддатидаги ҳомиладорлиги билан
- ўткир сальпингоофорит билан
- санаб ўтилганлар билан эмас
- барча кўрсатилганлар билан

8. Тухумдон кистомасининг хирургик оёқчаси таркибини кўрсатинг?

- чанок – воронкасимон бойлам, тухумдоннинг хусусий бойлами, mezoovarium
- тухумдоннинг хусусий бойлами, mezoovarium, бачадон найи
- чанок – воронкасимон бойлам, тухумдоннинг хусусий бойлами, бачадон томалоқ бойлами
- чанок – воронкасимон бойлам, тухумдоннинг хусусий бойлами, mezoovarium, бачадон найи

9. чанок – воронкасимон бойлам, тухумдоннинг кенг бойлами, mezoovarium, бачадон найи

10. Тухумдон ўсмаларининг облигат рақ олди касалликлари тури ?

- фолликуляр киста
- псевдомуциноз кистома
- папилляр кистома
- дермоид киста
- шоколадли киста

11. Қайси ўсмалар кўпинча хавфли турларга ўтади?

- муциноз усмалар
- \* цилиоэпителнал ва папилляр ўсмалар
- дермоид ўсмалар
- тека хужайрали ўсмалар
- андробластомалар

12. Тухумдоннинг хавфли ўсмаларига киради:

- Бреннер ўсмаси
- андробластома
- текома
- \* дисгерминома
- фоликулома

13. Тухумдоннинг қайси ўсмалари эртоген ишлаб чиқарувчиларга киради?

- фиброма
- андробластома
- \* текома
- псевдомиксома
- псевдомуцинозли кистома

14. Тухумдоннинг қайси ўсмалари маскуланизацияловчи хусусиятга эга?

- фиброма
- \* андробластома
- те кома
- псевдомиксома
- сарик тана кистаси

15. Мезоовориудан қайси тухумдон ўсмалар пайдо бўлади?



- Сарик тана кистаси
- фолликуля киста
- лютеин киста
- дермоид киста
- \* Параовариал киста

16. Бартолин безининг ретенцион кистасини қайси касалликлар билан қиёсий таққослаш мумкин?

- \* хавфсиз ўсмалар билан
- ўткир вульвит билан
- сурункали вульвит билан
- ўткир кольпит билан
- парауретрал киста билан

#### *1-масала.*

Аёл 34 ёшда: қусниш, кўнгил айниши, қоринининг ўнг томонида бирдан оғрик пайдо бўлиши шикоят билан амбулаторияга келган. Анамнезида 3 тугруқ, 1 аборт, БИВ 5 йилдан буён бор. Объектив кўришда: тери ва шиллиқ пардалари оқ рангда, ҳарорат 37,2, тили қуруқроқ, қорин пайпасланганда ўнг томон пастада оғрик ва Шдткни-Блюмберг симптоми мусбат. Сийиши нормал, ичи қотмаган.

Гинекологик текширув: ташқи жинсий аъзолари нормал ривожланган. Кўзгуда: бачадон бўйни цилиндрсимон шаклда, тоза, ажралмалари шиллиқ, бўғзи ёпиқ. Бачадон ўлчамлари нормал, жойлашиши антеверзно антефлексно, ҳаракатчан, оғриксиз, чап ортиқлари аниқланмайди. Ўнг томонда ўлчамлари 15x12x13 см, юмалоқ, эластик консистенцияли, текис, ҳаракатчан, оғрикли ўсма аниқланган.

Ташхис қандай? УАШ тактикаси? Қандай даволаш керак?

#### *2-масала.*

68 ёшли аёлни қариндошлари гинеколог маслаҳатига олиб келишди. Аёл гинекологга 8 йил мобайнида учрамаган. Менопауза 15 йил мобайнида. Жинсий ҳаётни 25 ёшида бошлаган, 5 та ҳомиладорлик, 2 та тугруқ, 3 та аборт. Объектив текширганда бемор танаси тўғри тузилишга эга.

Овқатлашгани яхши, юрак тошлари бўғиқ, пульси 1 дақиқада 80 зарба бир маромда, қорин пастида юмалок шини пайнасланади, ҳаракатчан, пайнасланида сезиларли. Қорнида асцид аниқланади. Гинекологик статуси: ташиқ жинсий аъзолари нормал ривожланган. Кўзгуларда – бачадон бўйини тоза, цилиндрсимон шаклда. Бимануал кўриқда: бачадон антефлексия ҳолатида, ҳажми нормадан бироз катталашган, чап томонда 18x19x17 см ўлчамдаги шини аниқланади, ҳаракатчан, таъсирчан, қаттиқроқ констенцияли, ўнг тарафда 6x8x8 смли ўсма бор. Орқа гумбаз бироз тўлиқлашган, ажралма қонли рангда.

Ташиқсиз? УЛШ тактикаси?

### 3-масала.

36 ёшли бемор «тез ёрдам» машинасида гинекологик стационарга олиб келинди. Бемор қорин пастидаги кескин оғриққа, қалтирашга, тана ҳароратини 38–38,8 °С гача кўтарилишига, умумий ҳолензлик ва бош оғришига шикоят қилади. Анамнездан охириги ҳайз кўриши 12 кун олдин бўлган, вақтида келган. 5 марта ҳомиладор бўлган, шундан 1 таси нормал тугруқ билан тугаган, қолганлари суъбий аборт бўлган ва охириги марта ҳомила тухуми элементлари қолганлиги сабабли бачадон бўйлиги қайта қирилган. Бемор ўзини 6 йилдан бери касал деб ҳисоблайди. Бир неча бор стационарга ётиб даволанган. Бир неча кун олдин совуққотгандан кейин қорин пастида оғриқлар пайдо бўлиб, тана ҳарорати кўтарилган.

**Объектив:** умумий аҳволи қониқарли. Пульси бир дақиқада 88 марта, қониқарли тўлиқликда. АҚБ 110/70 мм. с.м.у.с.га тенг. Тана ҳарорати 37,6 °С. Ички органлар томонидан ўзгаришлар йўқ. Тили нам, оқ караш билан қопланган. Қорни дамлаган, пайпаслаганда оғриқли, пастки қисмларида қорин олдинги девори таранглашган, кўпроқ ўнгда.

**Кўзгуларда:** бачадон бўйини тоза, қинда оз миқдорда йириқли ажралмалар аниқланади.

Қин орқали текширилганда: бачадон бўйини цилиндрик шаклда.

одатдаги конусетенцияда, ташки бўғзи ёшиқ, характерлаштирилганда огриқли. Бачадон танаи нормал ўлчамда, бироз ўннга силжиган, ҳаракати чегараланган, огриқли, юзаси силлик. Чап томонда, бачадондан бироз орқада ҳаракати чегараланган, кескин огриқли, қаттиқ конусетенцияли, ўлчами

4x9 см бўлган ҳосила аниқланади. Чап томондан қин гумбазни торайган.

1. Диагноз кўйини;
2. Даволаш режасини тузини.

#### 4-масала.

38 ёшли бемор клиникага қорин настни ва белидаги огриқларга ҳамда тана ҳароратини 38 °С гача кўтарилишига шикоят қилиб келди. Анамнездан охириги нормал ҳайз кўриши 11 кун олдин бўлган. 26 ёшида турмушга чиққан. Ҳомиладор бўлмаган (ҳомиладорликдан сакланмайдн). Турмушга чиққанидан бир неча ойдан кейин бачадон ортиқлари яллиғланиши билан стационарга даволанган. Кейинчалик бачадон ортиқларининг яллиғланиши бир неча марта қайталаниб, даволанган ва орқа гумбаз пункцияси ўтказилган (пунктатда йиринг аниқланган), антибиотиклар юборилган. Охириги марта кўзиши, ҳайз кўришидан кейин бошланган: қорин настни ва бел соҳасида огриқлар пайдо бўлган, қалтираб, кўп тер ажралиши, тана ҳароратини 38 °С га кўтарилиши, бош огриши кузатилган.

**Объектив:** умумий аҳволи ўртача огирликда. Пульси бир дақиқада 104 марта, қоникарли тўликликда. АҚБ 120/75 мм снм.ус.га тенг. Тана ҳарорати 39,4 °С. Ички органлар томонидан патология йўқ. Тили курук, оқ караш билан қопланган.

Қорин дамлаган, пайнаслаганда настни қисмлари таранглашган, огриқли. Қорин пардани таъсирланиш симптомлари аниқланади. Қонда лейкоцитоз аниқланди.

**Кўзуларда:** Бачадон бўйини тоза, йирингли ажралма келиб турибди.

Қин орқали текширилганда: бачадон бўйини конуссимон шаклда,

ташки бўғзи ёпиқ. Кучли огрик сабабли бачадон танасини аниқлаб бўлмайди. Бачадондан ўнгда ва орқада, ўлчами 12x7 см., қаттиқ, гадир-будур, ҳаракати чегараланган, огриқли ҳосила аниқланади.

1. Диагноз қўйинг;
2. Даволаш режасини тузинг.

#### 5-масала.

32 ёшли беморда 20 кунлик ҳайз кечикишидан кейин қорин пастида дардсимон огриқлар, жинсий йўлларида қонли ажралмалар келишига шикоят қилиб келди. Огриқ хуружлари хушдан кетиш ва совук тер чиқиши билан кечади. Қон кетиши сабабли бачадон шиллиққавати қирилган, шундан кейин қон кетиши вақтинчалик тўхтаган; 1 кундан кейин яна қон кета бошлаган. Бемор қорин пастида, кўпроқ чапда тумтоқ, санчувчи огриқлар сезади.

Гинекологик текширувда, жинсий йўлларида қонли ажралмалар келиши ва қон лахталари борлиги аниқланди. Бачадон ташки бўғзи ёпиқ. Бачадон антиверзно ҳолатда, нормадан биров катталашган, юмшоқ. Ўнг томондан ортиқлар ўзгаришсиз, чапдан – чегаралари ноаниқ, шишсимон ҳосила аниқланади. Бемор гинекология бўлимига ётказилди. Шу вақтда беморда 2 марта қорин пастида ўткир огриқлар кузатилиб, елкаларига берилди (иррадиацияланди). Тери ва шиллик пардаларининг кескин оқариши, кўп миқдорда совук тер чиқиши, тахикардия кузатилди.

1. Дастлабки диагноз қўйинг.
2. Диагнозни тасдиқловчи асосий клиник симптомларни кўрсатинг.

3. Ўтказиладиган чора-тадбирларни санаб ўтинг.

#### 6-масала.

Бемор В., 54 ёш. ўнг ёнбош соҳасидаги огриққа, чап сонга берилишига, огриқли сийдик ажралишига шикоят қилиб келди.

Анамнези: ҳайз ва тугиш функцияси ўзгаришсиз. Гинекологик касалликлардан, аднексит бўлган (амбулатор даволанган), 2 ҳафта олдин гинеколог кўригидан ўтганда, ўлчамлари 9x8x6 см келадиган

чап тухумдон ўсмаси аниқланган, консистенцияси бир хил эмас, ҳаракатчан, огриксиз, юзаси силлиқ, беморга оператив даво тавсия қилинган.

6 соат олдин жисмоний зўриқишдан кейин қорин пастида, кўпроқ чап томонда огриқлар пайдо бўлган, кўнгил айниш кузатилиб, бир марта қусган. Огриқ қолдириш мақсадида анальгин таблеткасини истеъмол қилган. Лекин огриқлар аста-секин кучайиб бориб, чап сонга берилган, сийдик чиқиши тезлашган.

«Тез ёрдам» машинасида бемор шифохонага олиб келинди.

УТТ текшируви: бачадон нормал, ўнг тухумдон аниқланмайди, чап тухумдон соҳасида икки камерали ҳосила аниқланади, ўлчамлари 9x8x6 см, таркибида эхонегатив ҳосилалар аниқланади.

- Дастлабки диагнозни қўйинг.
- Режали оператив даво ўтказиш керакми?
- Операция хажми.
- Ошқозон-ичак трактини рентгенологик текширув ўтказиш керакми?

### *7-масала.*

Аёл қорин пастида ва белда бировз огриққа шикоят қилиб келди. Бимануал кўрганда бачадон огриксиз, нормал катталикда. Ўнг ортиқлар соҳасида катталиги ўрдак тухумидек эластик тузилма пайпасланади.

## ТАВСИЯ ЭТИЛГАН АДАБИЁТЛАР:

### *Асосий адабиётлар*

1. «Гинекология» Бодяжина В.И, Жмакин К.Н. – Москва, 1997.
2. «Акушерлик ва гинекология» Савельева Г.М, Сичинова Л.К. таҳрир остида инглиз тилидан таржима. – Москва, 1997.
3. Акушерлик ва гинекологиядан справочник – М., 1996.
4. «Нооператив гинекологиядан қўлланма» В.И. Бодяжина, Сметник В.П., Тумилович Л.Г. – М., 1990.
5. «Оператив гинекология атласи». – М., 1996.
6. «Нооператив гинекология». Безющенко. Г.Б. – М., 2001.
7. «Амалий гинекология» Кулакова. В.И. – М., 2001.
8. Г.Г. Мустафина, Т.А.Алексеева **мнома** **матки,** **эндометриоз.** Особенности течения у девочек учебно – методическое пособие. – Караганда, 2009.

### *Қўшимча адабиётлар:*

9. Айламазян Э.К., Рябцева Ц.Т. «Гинекологияда шошиллич холларда кечиктириб бўлмайдиган ёрдам» – СПб., 1992. – 176 бет
10. Айланмазян Э.К. «Акушерлик амалиётида шошиллич холларда кечиктириб бўлмайдиган ёрдам». – Н-Новгород, 1997, – 228 бет.

### *Интернет ресурслар*

- [www.medi.ru](http://www.medi.ru), [www.medlinks.ru](http://www.medlinks.ru), [www.obgyn.net](http://www.obgyn.net),  
[www.medscape.com](http://www.medscape.com), [www.medland.ru](http://www.medland.ru), [www.med-lib.ru](http://www.med-lib.ru),  
[www.speclit.spb.ru](http://www.speclit.spb.ru), [www.cochrane.org](http://www.cochrane.org),  
[www.ksmed.ru/pat/gynecology](http://www.ksmed.ru/pat/gynecology), [www.medsan.ru](http://www.medsan.ru),  
[www.medtm.ru/gyn.html](http://www.medtm.ru/gyn.html), [www.dir.rusmedserv.com/index/speciality](http://www.dir.rusmedserv.com/index/speciality),  
[www.healthua.com/parts/gynaecology](http://www.healthua.com/parts/gynaecology)

## МУНДАРИЖА

Муаллифдан	3
Кириш	4
I. Назарий қисм	6
I.2. Эндометриоз	42
I. Тухумдон ўсмалари	77
Тухумдон ўсмаларининг кўп учрайдиган турлари:	94
Тавсия этилган адабиётлар:	141

**БАЧАДОН МИОМАСИ. ЭНДОМЕТРИОЗ.  
ТУХУМДОНЛАРНИНГ ХАВФСИЗ ВА  
ХАВФЛИ ЎСМАЛАРИ**

*(Ўқув қўлланма)*



Муҳаррир	<i>Махмуд Бўронов</i>
Бадний муҳаррир	<i>Шавкат Илҳомов</i>
Техник муҳаррир	<i>Умид Яхшибоева</i>
Кичик муҳаррир	<i>Зилола Маҳкамова</i>
Мусаххих	<i>Тўхтамурод Ҳасанбоев</i>
Саҳифаловчи	<i>Дилафруз Юнусова</i>

Нашриёт лицензияси АИ № 160, 14.08.2009 й.  
02.03.2020 да босишга рухсат этилди. Қогоз бичими 84x108 <sup>1</sup>/<sub>32</sub>.  
Офсет қоғози. «Times» гарнитурасида офсет усулида босилди.  
Шартли босма табағи 8,4 Нашриёт-ҳисоб табағи 5,75 Адади 100  
Шартнома № 12–20  
Буюртма рақами 20–03  
«O'zbekiston milliy ensiklopediyasi» Давлат илмий нашриёти,  
100011, Тошкент ш., Навоий кўчаси 30-уй.

