

Z.Z. ASKAROVA
M.Z. KURBANIYAZOVA
S.A. TILYAVOVA

BACHADONDAN ANOMAL QON KETISHLAR

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SOG'LIQNI
SAQLASH VAZIRLIGI
SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI**

Z.Z. Askarova., M.Z. Kurbaniyazova, S.A. Tilyavov



**BACHADONDAN ANOMAL QON
KETISHLAR**

O'quv qo'llanma

O'quv qo'llanma Samarqand davlat tibbiyot universiteti Ilmiy Kengashining 1-noyabr 2023-yilda bo'lib o'tgan yig'ilishidagi "3"- son bayonnomasiga ko'ra tasdiqlanib, chop etishga ruxsat berilgan.

SamDTU
axborot-resurs markazi



2023

UDK 618.174(075.8)

KBK

A 86

Askarova, Z. Z., M.Z. Kurbaniyazova, S.A. Tilyavov.

Bachadondan anomal qon ketishlar [Matn]: o'quv qo'llanma / Z.Z. Asqarova, M.Z. Kurbaniyazova, S.A. Tilyavov. – Samarqand : Samarqand, 2023. – 88 b.

Mualliflar:

- Z.Z. Askarova** PhD, 1-son akusherlik va ginekologiya kafedrası assistenti, Samarqand davlat tibbiyot universiteti
- M.Z. Kurbaniyazova** akusherlik va ginekologiya kafedrası assistenti, Toshkent tibbiyot akademiyasining Urgench filiali
- S.A. Tilyavova** 1-son akusherlik va ginekologiya kafedrası assistenti, Samarqand davlat tibbiyot universiteti

Taqrizchilar:

- D.B. Asranqulova** Andijon davlat tibbiyot institute 1-son Akusherlik va ginekologiya kafedrası mudiri, t.f.d., professor.
- F.I. Zokirova** Samarqand davlat tibbiyot universiteti 1-son akusherlik va ginekologiya kafedrası t.f.n., dotsent

Ushbu o'quv qo'llanma Samarqand tibbiyot universiteti akusherlik va ginekologiya kafedrası tomonidan davolash ishi va tibbiyot-pedagogika fakultetlarining 5-6-kurs talabalari, klinik ordinatorlari, II bosqich magistrleri uchun akusherlik va ginekologiya fanidan amaliy mashg'ulotlar o'tkazishda o'quv jarayonini optimallashtirish maqsadida nashr etilgan.

Qo'llanma mavzusi amaliy mashg'ulotlar va ma'ruzalarning tematik rejasiga, joriy ishchi va namunaviy dasturlarga mos keladi.

ISBN 978-9910-9551-4-3

© Z.Z. Askarova., M.Z. Kurbaniyazova, S.A. Tilyavov
© Samarqand 2023 y

MUNDARIJA

KIRISH.....	4
BACHADONDAN ANOMAL QON KETISH.....	6
BACHADON MIOMASI	18
ENDOMETRIOZ	48
Mavzu bo'yicha nazorat savollari va namunaviy javoblar.....	69
FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO'YXATI.....	74

KIRISH

Bachadondan anomal qon ketishlar (BAQK) butun dunyo bo'ylab eng keng tarqalgan ginekologik patologiyalardan biridir. Perimenopauzal yoshdagi ayollarda BAQK ko'proq takroriy qon ketish shaklida yuzaga keladi, bu anemiyaga va jarrohlik davolash zaruratiga olib keladi [84,85]. Xalqaro akusherlik va ginekologlar federatsiyasi (FIGO) ma'lumotlariga ko'ra, "...bachadondan anomal qon ketishi bo'lgan ayollarning 70% perimenopauzal davrda bo'ladi...". Bugungi kunga kelib, perimenopauzal davrda g'ayritabiiy bachadondan qon ketishi bo'lgan ayollarda gen polimorfizmini o'rganish, ushbu patologiyaga ega bo'lgan ayollarni boshqarish algoritmini ishlab chiqish katta ahamiyatga ega.

Perimenopauzal davrida ayollarning bachadondan anomal qon ketishi bilan xastalanishini oldini olish, erta tashxislash, davolashni optimallashtirish bo'yicha dunyoda ilmiy tadqiqotlar mavjud. Anomal bachadon qon ketishining rivojlanishining klinik xavf omillarini aniqlash, perimenopauza davrida bachadondan anomal qon ketishi bo'lgan ayollarda gen polimorfizmining allel va genotipik variantlarini aniqlash, shuningdek, homiladorlikning ahamiyatini o'rganish kabi ilmiy tadqiqotlar, ushbu genlar kasallikni bashorat qilishda, klinik morfogenetik tadqiqotlarga qarab, ushbu patologiyaga ega bo'lgan ayollarni davolash algoritmini tuzish mutaxassislar oldiga qo'yiladigan dolzarb muamunolardan biridir.

O'zbekiston Respublikasi sog'liqni saqlash sohasida menopauza yoshidagi ayollarga ko'rsatilayotgan tibbiy yordam sifatini tubdan yaxshilash va ko'lamini sezilarli darajada kengaytirish, xususan, ayollarga ko'rsatilayotgan tibbiy yordam ko'rsatish sifatini tubdan oshirish bo'yicha bachadondan anomal qon ketishi bo'lgan ayollarga keng ko'lamli tashxislash va davolash bo'yicha maqsadli chora-tadbirlar amalga oshirildi. Shu munosabat bilan "...oila salomatligini mustahkamlash, ona va bola salomatligini muhofaza qilish, ona va bolaga sifatli tibbiy yordam ko'rsatishni kengaytirish, ularga malakali va

yuqori texnologiyali tibbiy yordam ko'rsatish va bu orqali bolalar kasallanishini va o'limini kamaytirish" loyihasi O'zbekiston Respublikasini yanada rivojlantirishning strategik yo'nalishi hisoblanadi. Shunga ko'ra, perimenopauzal davrda bachadondan anomal qon ketishi bo'lgan ayollarni genetik determinantlarni aniqlash orqali davolashni optimallashtirish tadqiqotning dolzarb yo'nalishlaridan biridir.

Mazkur tadqiqot O'zbekiston Respublikasi Prezidentining "Birlamchi sog'liqni saqlash muassasalari faoliyatiga prinsipial yangi mexanizmlarni joriy etish va tibbiy yordam ko'rsatish darajasini yanada oshirish chora-tadbirlari to'g'risida"gi PF-6110-son farmonlarida belgilangan vazifalarni bajarishga ma'lum darajada xizmat qilmoqda. "Sog'liqni saqlash tizimidagi islohotlar samaradorligi" 2020-yil 12-noyabrdan va O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2020-yil 10-noyabrdagi "Aholining sog'lom ovqatlanishini ta'minlashga doir qo'shimcha chora-tadbirlar to'g'risida"gi PQ-4887-son, "Tibbiy profilaktika chora - tadbirlarini yanada takomillashtirish orqali aholi salomatligini ta'minlashga doir qo'shimcha chora-tadbirlar to'g'risida"gi PQ-4891-son 2020-yil 12-noyabrdagi qarori hamda ushbu sohada qabul qilingan boshqa me'yoriy-huquqiy hujjatlarda nazarda tutilgan chora-tadbirlarni amalga oshirishga xizmat qiladi.

BACHADONDAN ANOMAL QON KETISH

Mashg'ulot maqsadi: O'rganish: Patogenez nazariyalarini. Tasniflar. BAQK sabablariga qarab klinik ko'rinishlarini. Asoratlari. Diagnostika usullarini. Simptomatik, gormonal, jarrohlik yo'li bilan davolash. Jarrohlik va konservativ davoga ko'rsatmalar. BAQKning takrorlanishining oldini olish.

Savollar:

1. BAQK tasnifi
2. BAQK rivojlanishiga turli sabablarning ta'siri
3. Boshqa organlar va tizimlar kasalliklari bilan diagnostika va differentsial diagnostika usullari
4. Bachadondan qon ketishda ishlatiladigan atamalar
5. Poliplar: klinikasi, diagnostikasi, davolash
6. Adenomyoz: klinikasi, diagnostikasi, davolash
7. Leyomioma: klinikasi, diagnostikasi, davolash
8. Endometriyning giperplastik jarayonlari: diagnostikasi, asoratlari, davolash
9. Endometriy saratoni: bosqichlari, diagnostikasi, davolash.
10. Koagulopatiya - gemostaz tizimining buzilishida, bachadondan qon ketishi sababi sifatida, asoratlari, davolash tamoyillari

NAZARIY QISM

Bachadondan anomal qon ketishlar (BAQK, N92.0-N92.6 XKT-10)— bu reproduktiv yoshdagi normal hayz ko'rish parametrlariga mos kelmaydigan har qanday bachadon qon ketishi (homiladorlik va bachadon bo'yni patologiyasi bundan mustasno).

BAQK - bu homiladorlikdan tashqari ayollarda sodir bo'ladigan davomiylik, qon yo'qotish hajmi va qon ketish chastotasi bo'yicha haddan tashqari qon ketishlar.

Ginekologik kasalliklarning umumiy tuzilishida BAQK chastotasi: o'smirlik davrida - 10%, faol reproduktiv davrda - 25-30%, kech reproduktiv yoshda - 35-55%, perimenopauzada - 55-60%.

BAQK ayollarni ginekologik shifoxonalarda kasalxonaga yotqizish sabablari orasida ikkinchi o'rinni egallaydi, ular gisterektomiya va endometriyal ablatsiyalar uchun eng keng tarqalgan ko'rsatmadir. BAQK ayollarning hayot sifatini (jismoniy, hissiy, moddiy holatini) pasayishiga, vaqtinchalik nogironlik va davolanishning yuqori narxi bilan bog'liq iqtisodiy oqibatlariga olib keladi.

So'nggi paytgacha hayz davrining buzilishi uchun yagona terminologiya va universal tasniflash tizimining yo'qligi ilmiy tadqiqotlar va ushbu patologiya bilan og'riqan bemorlarni boshqarish standartlarini ishlab chiqishga sezilarli darajada to'sqinlik qildi.

2011 yilda Xalqaro akusherlik va ginekologlar federatsiyasi (FIGO) huzuridagi xalqaro ekspertlar guruhi BAQK sabablarini tasniflash va nomenklaturasining yangi tizimini yaratdi. U Xalqaro akusherlik va ginekologlar federatsiyasi Ijroiya qo'mitasi va Amerika akusherlik va ginekologlar kolleji (ACOG) tomonidan tasdiqlangan va ko'plab yevropa mamlakatlarida qo'llaniladi.

PALM COEIN

P-polip

A-adenomiyoz

L-leyomioma

M-malignizatsiya

C- koagulopatiya

O-ovulyatsiya buzilishi

E-endometrioiz

I- yatrogen

N-hali noaniq sabablar

Ushbu tasnifga ko'ra, BAQK sabablarining 2 guruhi mavjud. PALM guruhida birlashtirilgan dastlabki 4 toifa, ko'rish va / yoki gistologiya usullari yordamida baholanishi mumkin bo'lgan organik yoki tizimli o'zgarishlarni aks ettiradi.

Polip (BAQK-P)

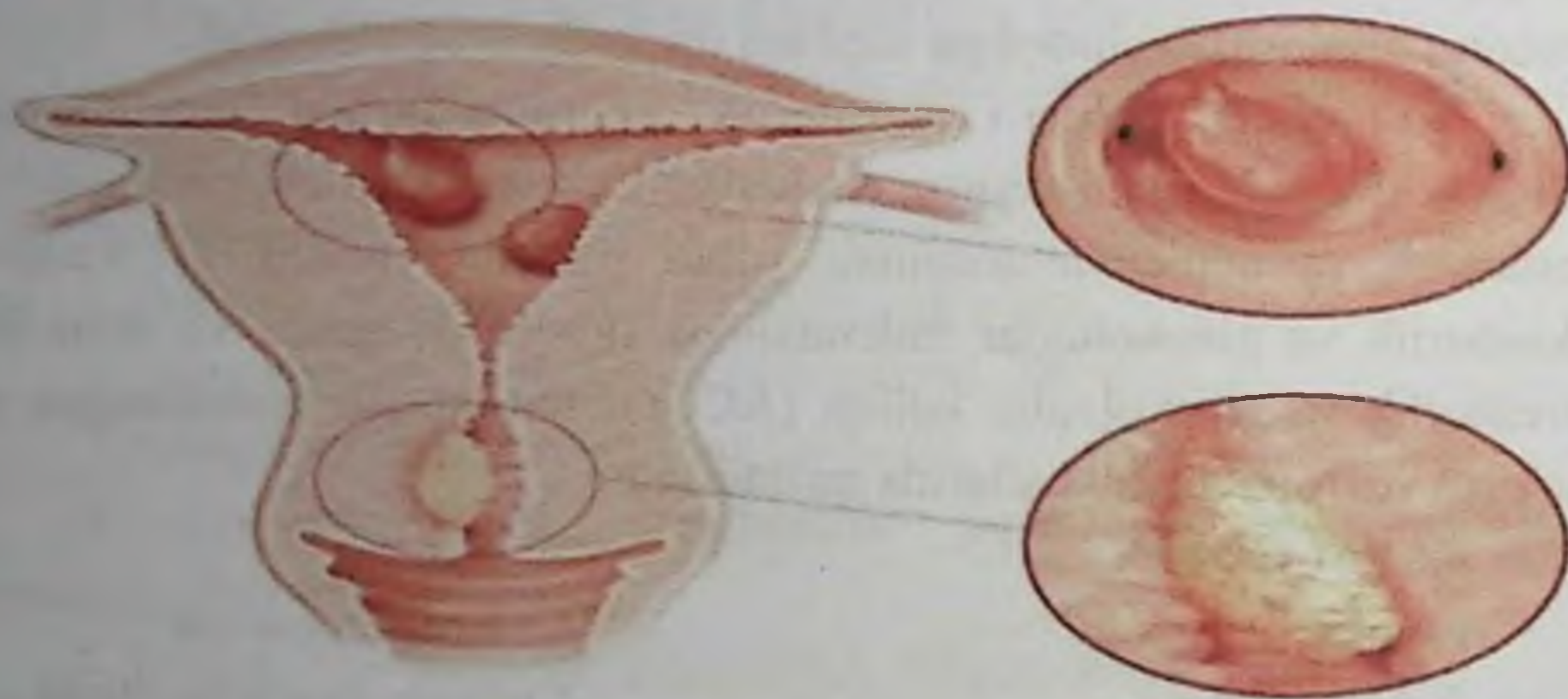
Endometriy va endoserviks poliplari - ko'pincha ular qon tomir, bezlar, fibromuskulyar va biriktiruvchi to'qima tarkibiy qismlaridan tashkil topgan yaxshi sifatli shakllanmalardir [3,5,7].

Endometriy poliplarning klinik tasnifi.

1. Endometriyning funktsional qatlami bilan qoplangan poliplar
2. Bezli poliplar

3. Fibroz poliplar
4. Bezli-fibroz poliplar
5. Adenomatozli poliplar

Adenomiyozi va BAQK kelib chiqishi o'rtasidagi munosabatlar noaniq bo'lib qolmoqda hamda qo'shimcha o'rganishni talab qiladi. MRT dan foydalanish cheklanganligi sababli, adenomiyozi birinchi navbatda sonografik mezonlarga ko'ra tashxislanadi. Uning diffuz va tugunli shakllari mavjud [2,3,7,8,11,13].



Rasm 1. Bachadon poliplari. Adenomiyozi (BAQK-A)

Ichki endometriozning (adenomiyozi) tasnifi:

I daraja – jarayon bachadon tanasining shilliq osti qavati bilan cheklangan;

II daraja – jarayon mushak qatlamlariga o'tadi;

III daraja – patologik jarayon bachadonning mushak qatlamining butun qalinligi bo'ylab seroz qoplama gacha tarqalgan.;

IV daraja – patologik jarayon bachadonga qo'shimcha ravishda kichik to's parietal qorin parda varag'i va qo'shni organlarga ham tarqaladi.

Adenomiyozi diffuz, o'choqli yoki tugunli va kistoz shaklda bo'lishi mumkin.

Leyomioma (BAQK -L)

Tasniflash tizimi tugunlarning joylashuvi, soni va hajmidan qat'i nazar, faqat leyomioma mavjudligi yoki yo'qligini o'z ichiga oladi. Qo'shimcha tasniflash bachadon bo'shlig'ini deformatsiya qiladigan va BAQKni keltirib chiqaradigan leyomiomani farqlash imkonini beradi.

Differensiallashtirish darajasiga qarab JSST bo'yicha TASNIF

Oddiy leyomioma

Hujayrali leyomioma

G'alati leyomioma

Leyomioblastoma - epiteloid leyomioma

Tomir ichidagi leyomiomatoz

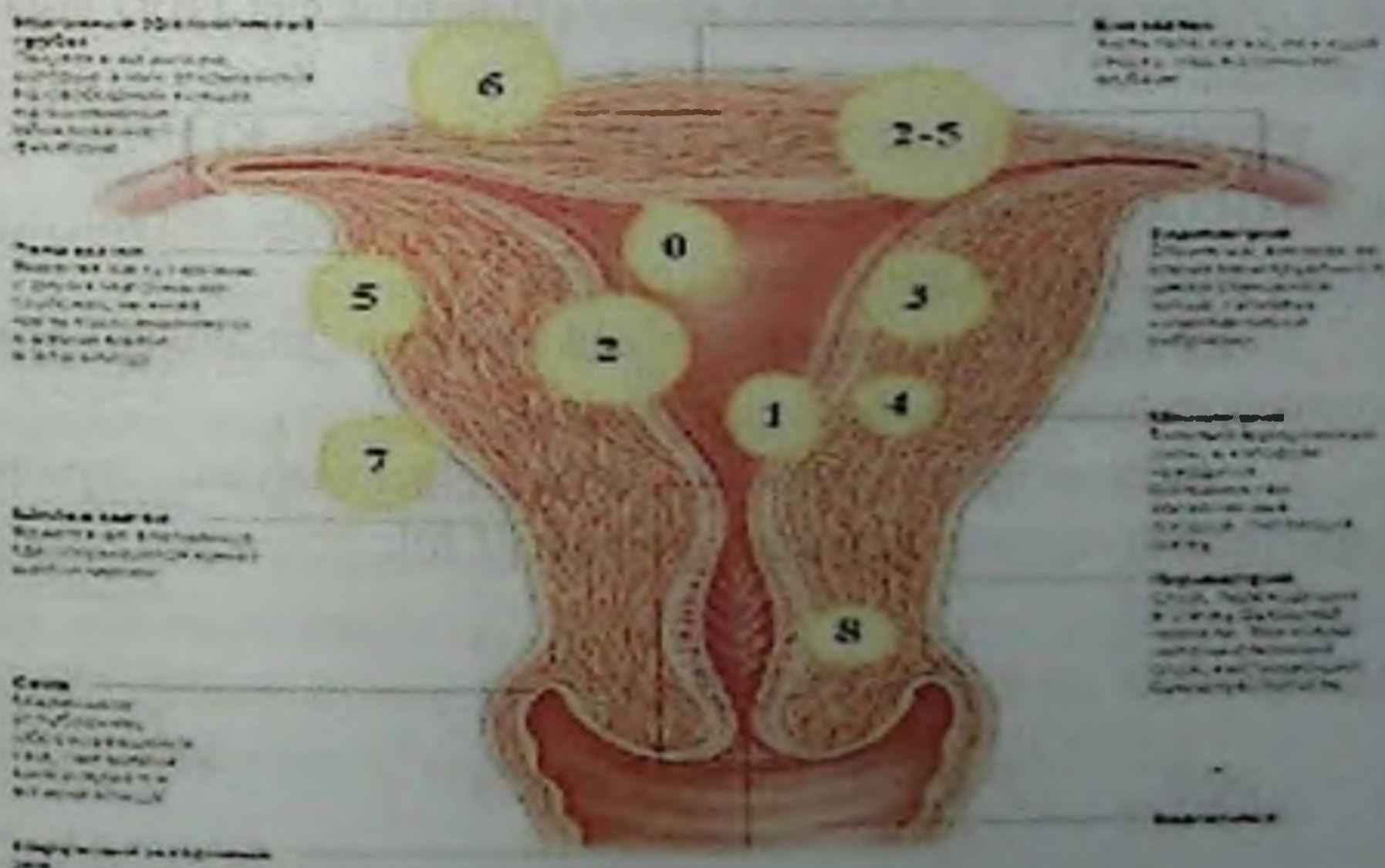
Proliferatsiyasiz leyomioma

Sarkoma oldi belgilari bo'lgan leyomioma
(malignizatsiyalanuvchi)

Tugunlar soniga qarab tasnifi: [8,12,22,23]

1. Yakka
2. Ko'p o'choqli

FIGO bo'yicha bachadon miomasining xalqaro tasnifi (Munro va boshq., 2011).



- shilliq osti (submukoz) bachadon miomalari - bachadon bo'shlig'iga qarab o'sadi;
- Interstitsial (intramural) bachadon miomalari - bachadonning mushak qavati orasida o'sadi;
- Subseroz bachadon miomalari - qorin bo'shlig'iga qarab o'sadi;
- Intraligamentar (boylamlararo) - bachadon boylamlari orasida o'sadi

95% hollarda o'sma bachadonning tanasida va 5% hollarda uning bo'ynida joylashgan bo'ladi. Zamonaviy bachadon miomasi uchun yosharish ya'ni yosh ayollarda aniqlanish xarakterlidir. So'nggi 40 yil ichida 30 yoshgacha bo'lgan ayollar o'rtasida bachadon miomasi bilan kasallanish 2 % dan 12,5% gacha oshdi. Mioma - yaxshi sifatli o'sma. Shu bilan birga, yaxshi sifatli o'sma va yomon sifatli o'sma o'rtasida chegara varianti ham mavjud - bu proliferatsiyalanuvchi bachadon miomasi. Bachadonning yomon sifatli o'smasi sarkoma deb ataladi.

Malignizatsiya va giperplaziya (BAQK-M)

Giperplaziya va endometriy saratoni BAQKning muhim sabablari hisoblanadi. Giperplaziya turini tashxislash uchun JSSTning umumiy qabul qilingan tasnifi, endometriy saratoni tashxisi uchun FIGO tasnifi qo'llaniladi.

ENDOMETRIY GIPERPLAZIYALARNING KLINIK VA MORFOLOGIK TASNIFI.:

- 1) adenomatoz va adenomatozli poliplar
- 2) gipotalamik va neyro-metabolik-endokrin kasalliklar bilan birgalikda endometriyning bezli giperplaziyasi.
- 3) endometriyning takroriy bezli giperplaziyasi, ayniqsa premenopauzal va postmenopauzal davrlarda [7,20].



Rasm 4. Endometriy giperplaziyasi.

Endometriy giperplaziyasi (EGP) malignizatsiyasi xavfi ekstragenital kasalliklar - semirish, uglevod va lipid almashinuvining buzilishi, gepatobiliar tizim va oshqozon-ichak trakti funktsiyalarining buzilishi bilan bog'liq metabolik kasalliklarda ortadi. Rakoldi EGP bemorlarning 10 foizida endometriy saratoniga o'tadi [8,9,13,30,40].

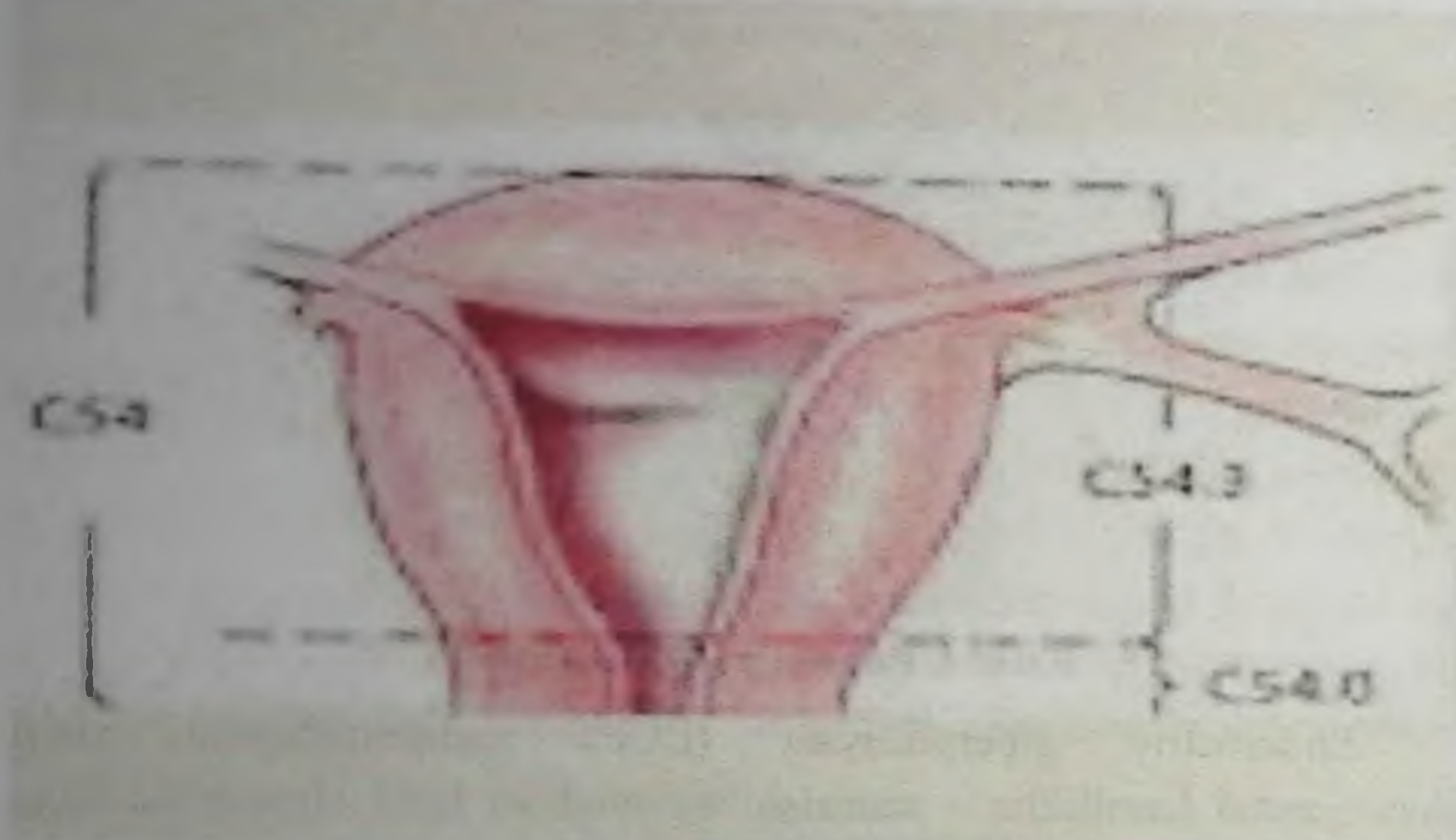
I. Endometriyning bezli va bezli-kistoz giperplaziyasi rak oldi jarayonlari emas.

II. Endometriy rak oldi holatlariga atipik giperplaziya kiradi [2,7,10,17,18,33].

Ayniqsa, onkologik hushyorlikni bezli epiteliyning intensiv proliferatsiyasi va atipiyasi bilan keladigan adenomatoz, shuningdek, endometriyning bazal qatlamidagi atipik giperplaziya chaqiradi [5,22].

Bezli va bezli-kistoz giperplaziya sifat jihatidan noaniq jarayonlardir. Endometriyning bezli giperplaziyasida ham bezlarning nay qismlarini kengayishi kuzatiladi. Bezli-kistoz giperplaziyasining noyob varianti stromal giperplaziya bo'lib, u stroma hujayralarining yirik, ba'zan polimorf yadrolari bilan tavsiflanadi. [14,22,28].

Atipik giperplaziya (adenomatoz) giperplaziyaning boshqa turlaridan farqli o'laroq, bezlarning strukturaviy qayta tuzilishi va yanada intensiv proliferatsiyasi bilan tavsiflanadi.



Rasm 5. XKT bo'yicha saraton tasnifi.

ENDOMETRIY RAKI (SARATONI)

Bosqichlar bo'yicha tasniflash (FIGO) — o'sma bachadonning tanasi bilan cheklangan. Mintaqaviy metastazlar aniqlanmaydi [3,5,12].

I a bosqich — o'sma endometriy bilan chegaralangan.

I b bosqich ~ miyometriyga 1 smgacha chuqurlikdagi invaziya (o'sib kirish) mavjud.

I v bosqich — miometriyga 1 sm dan ortiq chuqurlikka invaziya mavjud, ammo seroz membrananing o'sib kirmagan.

II bosqich — o'sma bachadon tanasi va bachadon bo'ynini zararlaydi. Mintaqaviy metastazlar aniqlanmaydi.

III bosqich — o'sma bachadondan tashqarida tarqalgan, ammo tos bo'shlig'idan tashqarida emas.

III a bosqich — o'sma bachadon seroz qavatiga o'sib kirgan va/yoki bachadon ortiqlarida va mintaqaviy limfa yo'llarida metastazlar mavjud.

III b bosqich — o'sma tos bo'shlig'i kletchatka (yog') to'qimalariga o'sib kirgan va / yoki qinda metastazlar mavjud.

IV a bosqich — o'sma siydik pufagi va / yoki to'g'ri ichakga o'sib kiradi.

IV b bosqich — aniqlanishi mumkin bo'lgan uzoq metastazlar bilan har qanday darajadagi mahalliy va mintaqaviy tarqalgan o'sma.

Koagulopatiya (BAQK-C)

Ko'p hayz ko'rgan reproduktiv yoshdagi ayollarning taxminan 10% koagulopatiyaga ega: Willebrand kasalligi, trombositopeniya; kamroq uchraydiganlardan - o'tkir leykemiya, jigar kasalliklari. Shifokorlar ko'pincha gemostaz buzilishlarini BAQKga olib keladigan sabablar deb ko'rib chiqishmaydi [2,7,20,28,30].

Ovulyator disfunksiya (BAQK -O)

Ovulyatsiya buzilishi bilan bog'liq BAQK ovulyator va anovulyatorga bo'linadi [8,9,17,33].

Anovulyator - follikulaning turg'unligi va ko'plab follikullarning atreziyasi turlari bo'yicha bo'ladi. Persistensiyaning patogenezi GnRG, LG, FSG ning asinxron ishlab chiqarilishi bilan bog'liq. Ovulyatsiya sodir bo'lmaydi, lekin follikullar ishlaydi, sariq tana hosil bo'lmaydi, bu esa proliferatsiyalangan endometriy fonida bachadondan qon ketishiga olib keladi [5,8,11,18,25,54].

Ko'p follikullarning atreziyasi. Bu o'smirlik davrida tez-tez uchraydi. Bu GnRG ning sirxoral ritmining yo'qligi va gonadotropik gormonning asiklik chiqarilishi bilan bog'liq. Estrogenning uzoq muddatli stimullovchi ta'siri endometriy giperplaziyaga olib keladi [25,36,51].

Ovulyator BAQK quyidagilarga bo'linadi:

- sariq tananing gipofunksiyasi
- sariq tananing giperfunksiyasi
- yetilayotgan follikulaning gipofunksiyasi
- yetilayotgan follikulaning giperfunksiyasi.

Endometriy faoliyatining buzilishi (BAQK -E)

BAQK ning sabablari angiogenezning buzilishi, prostaglandin E2, prostatsiklin (I2) endotelin-1 ning mahalliy sintezining kuchayishi yoki plazminogen faollashtiruvchisining haddan tashqari ishlab chiqarilishi tufayli hayz paytida hosil bo'lgan qon lahtalarining tezlashtirilgan lizisi bilan bog'liq. Bugungi kunga qadar ushbu kasalliklarni tashxislash uchun testlar mavjud emas. BAQK ning Ch. Trahomatis infeksiyasining subklinik kechishi bilan bog'liqligini ko'rsatadigan ko'plab mualliflarning ma'lumotlari mavjud bo'lsa-da, infeksiyaning roli hali aniqlanmagan.

BAQK-E toifasi boshqa mavjud kasalliklarni istisno qilgandan keyin tashxislanadi [40,41].

Yatrogen kategoriya (BAQK -I)

BAQK farmakologik vositalardan foydalanishga yoki endometriy hamda qon ivish jarayonlariga bevosita ta'sir ko'rsatadigan intrauterin vositalardan foydalanishga, shuningdek ovulyatsiya mexanizmlariga tizimli ta'sir ko'rsatishga olib kelishi mumkin. AOKlar yoki progestogenlarni tez-tez va doimiy ishlatish ham BAQKga olib kelishi mumkin. Antibiotiklar, antidepressantlar bilan davolash qon ketishiga olib kelishi mumkin [20,27,40].

Tasniflanmagan BAQK (BAQK-N)

BAQKga olib keladigan faqat molekulyar biologik, genetik usullar bilan aniqlanadi sabablarga "tasniflanmaydigan" deb ajratiladi. Yangi ma'lumotlar olingandan so'ng ularni alohida toifaga ajratilishi yoki mavjud bo'lgan toifalarga taqsimlanishi mumkin [7,11].

Qon ketishni to'xtatish usullari - yosh davrlariga qarab qo'llaniladi.

Voyaga yetmaganlarda (yuvenil davrda) BAQK bo'lsa:

- bachadonni qisqartiruvchi vositalar
- gemostatik vositalar
- gonmonal gemostaz (estrogen-gestagenik)

Reproduktiv davrda BAQK bo'lsa:

- diagnostik kyuretaj (DK) + gisteroskopiya
- bachadonni qisqartiruvchi vositalar
- gemostatik vositalar

- gormonal gemostaz (estrogen-gestagenik)

Klimakterik davrda BAQK bo'lsa:

- diagnostik kyuretaj (DK) + gisteroskopiya

- bachadonni qisqartiruvchi vositalar

- gemostatik vositalar

- gormonal gemostaz (gestagenlar)

- endometriy ablyatsiyasi

Qon ketishi to'xtaganidan keyin davolash tamoyillari.

Voyaga yetmaganlarda (yuvenil davrida) - tartibga solish jarayonlarining shakllanishiga to'sqinlik qiluvchi sabablarni bartaraf etish (turmush tarzini normallashtirish - ish va dam olish rejimi, tana vaznini me'yorga keltirish uning buzilishi bo'lgan holatlarda, surunkali infektsiya o'choqlarini sanatsiya qilish), agar menarxedan boshlab 2 yil ichida ovulyatsiyali hayz davri o'rnatilmagan bo'lsa estrogen-gestagenning kombinatsiyalangan preparatlari bilan gormon terapiyasi.

Reproduktiv davrda - estrogen-gestagenlar bilan gormonli terapiya, doimiy rejimda sof progestogenlar bilan, LNG-BIKni kiritish.

Menopauza (klimakterik) davrida: estrogen-gestagen preparatlarini tabiiy estrogenlar, LNG-BIK, doimiy rejimda gestagenlar.

Antifibrinolitiklar. Samaradorlik 33 - 55%. Ko'p miqdorda bachadondan qon ketishda 3-4 kun davomida kuniga 3-4 martaga bo'lib 1000-1500 mg dozada buyuriladi. Plazminogenning faollashishini va uning plazminga aylanishini ingibitorlovchi spetsifik ta'sirga ega. Fibrinolizning kuchayishi bilan bog'liq qon ketishida mahalliy va tizimli gemostatik ta'sirga ega.

Nosteroid yallig'lanishga qarshi dori-vositalar (NSYQD). NSYQD larni qo'llash patogenetik jihatdan BAQK bilan xastalangan ayollarning endometriyida yallig'lanishga qarshi prostaglandinlar darajasi sezilarli darajada oshishi bilan bog'liq. 21 ta randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli ko'rib chiqish hayz paytida qon yo'qotishning 20-50% ga va dismenoreyaning 70% ga kamayganligini ko'rsatdi. Mefenamik kislota va naproksen eng ko'p o'rganilgan dorilar bo'lsa-da, ibuprofen, diklofenak, indometasin va

asetilsalitsil kislotasi hayz paytida qabul qilinganda ham samarali ekanligi isbotlangan. NSYQD bilan davolash hayz ko'rishdan bir kun oldin boshlanishi va 3-5 kun yoki qon ketish to'xtaguncha davom etishi kerak. NSYQD terapiyasiga qarshi ko'rsatmalarga preparat moddalariga yuqori sezuvchanlik, oldingi gastrit va oshqozon yarasi kasalliklari kiradi. Oshqozon-ichak traktining buzilishi kabi nojo'ya ta'sirlar terapiyani to'xtatish uchun yetarli darajada ahamiyatli bo'lishi dargumon, chunki NSYQD bilan davolash har oy faqat bir necha kun davom etadi.

NSYQDlarni boshqa preparatlar bilan solishtirgan klinik tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, ular hayz paytida qon yo'qotilishini kamaytirishda traneksamik kislota, AOKlari, danazol va LNG-BIKlarga qaraganda kamroq samaralidir. 3-jadvalda NSYQDlarning BAQKda asosiy ta'sir mexanizmlari va klinik ta'siri jamlangan. BAQK uchun NSYQDlar va/yoki traneksamik kislota bilan davolash, agar u samarali va yaxshi muhosaba qilingan bo'lsa, amalga oshirilishi mumkin. Ammo, agar davolanish uchta hayz sikli davomida muvaffaqiyatsiz bo'lsa, uni to'xtatish va boshqa terapiyani buyurish kerak.

Nazorat testlari va javoblar standartlari:

1. Birinchi hayz ko'rish ... deb ataladi:

- 1) memopauza;
- 2) dismenoreya;
- 3) amenoreya;
- 4) menarxe;
- 5) menstuatsiya;

To'g'ri javob: 4

2. Normal hayz ko'rish davomiyligi:

- 1) 1-2 kun;
- 2) 3-7 kun;
- 3) 8-10 kun;
- 4) 10-14 kun;
- 5) 14 kun va undan ortiq;

To'g'ri javob: 2

3. Ayollarning reproduktiv tizimini tartibga soluvchi nechta darajalar mavjud:

- 1) 1;
- 2) 3;
- 3) 4;
- 4) 5;
- 5) 6;

To'g'ri javob: 4

4. Progensteronlarni ishlab chiqarish qaysi payt ortadi:

- 1) follikulinli fazada;
- 2) lyuteinli fazada;
- 3) regeneratsiya fazasida;
- 4) deskvamatsiya fazasida;
- 5) proliferatsiya fazasida;

To'g'ri javob: 2

5. Qin epiteliysining proliferatsiyasi nimaning ta'siri ostida kechadi:

- 1) estrogenlar;
- 2) FSG;
- 3) androgenlar;
- 4) LG;
- 5) prolaktin;

To'g'ri javob: 1

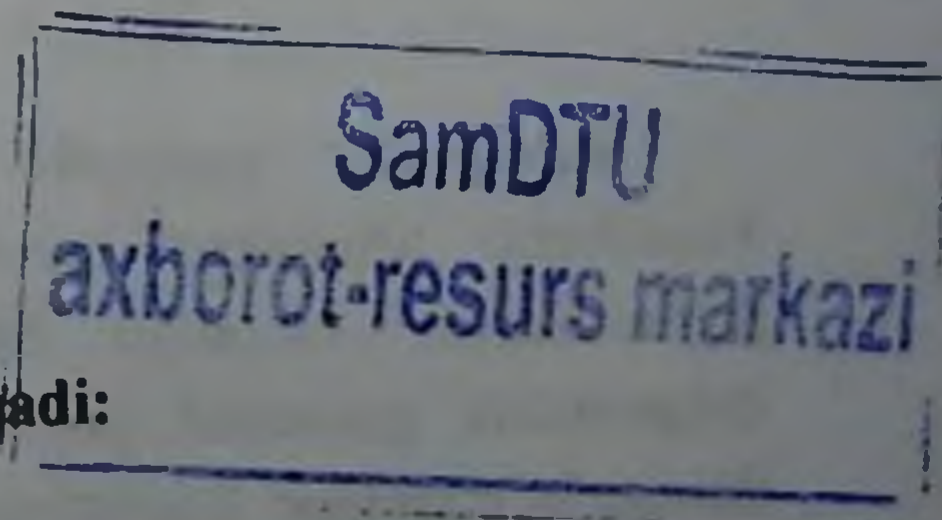
6. Gonadotrop gormonlar qayerda ishlab chiqariladi:

- 1) buyrak usti bezida;
- 2) tuxumdonlarda;
- 3) qalqonsimon bezda;
- 4) gipotalamusda;
- 5) gipofizda;

To'g'ri javob: 5

7. Yetilgan follikul qanday nomlanadi:

- 1) antral;
- 2) dominant;



3) sirxoral;

4) tonik;

5) primordial;

To'g'ri javob: 2

8. Klimakterik davrdagi ayollarda BAQK (O) kuzatilsa korreksiyalovchi terapiyada nima qo'llaniladi:

1) estrogen-genstogenlar

2) genstogenlar

3) androgenlar

4) estrogenlar

To'g'ri javob: 1,2

9. Odatda BAQK (O) bo'lganda ishlatiladigan tashxislash usullari:

1) UTT

2) gisteroskopiya

3) bachadonni diagnostik qirish

4) laparoskopiya

To'g'ri javob: 1,2,3

10. Perimenopauza davridagi ayollarga qaysi AOK larni tavsiya etish maqul?

1) lindinet

2) mediana

3) klayra

4) belara

To'g'ri javob: 3

BACHADON MIOMASI

Mashg'ulot maqsadi: O'rganish: Patogenez nazariyalarini. Tasniflarni. Miomatoz tugunlarning lokalizatsiyasiga ko'ra klinik ko'rinishlarini. Asoratlari. Diagnostika usullari. Davolash turlari - simptomatik, gormonal, jarrohlik yo'li bilan. Jarrohlik va konservativ davoga ko'rsatmalar. Bachadon miomasi uchun operatsiyalar turlari.

Savollar:

1. Bachadon miomasi, tasnifi
2. Miomatoz tugunlarning lokalizatsiyasiga qarab klinik ko'rinishlari.
3. Bachadon miomasining diagnostikasi
4. Davolashning simptomatik, gormonal, jarrohlik usullari.
5. Jarrohlik va konservativ davoga ko'rsatmalar. Bachadon miomasi uchun operatsiyalar turlari.

Dars mazmuni:

Bachadon miomasi – dunyoning aksariyat mamlakatlarida ayollar orasida eng keng tarqalgan yaxshi sifatli o'sma. Bachadon miomasi ayollarning 30-35 foizida, ko'pincha kech reproduktiv yoshda tashxislanadi va bemorlarning 1/3 qismida simptomli bo'lishi aniqlangan.

Bachadon miomasi - yaxshi sifatli, monoklonal (uning somatik mutatsiyasi va keyingi ko'payishi natijasida bitta o'sma hujayrasidan rivojlanadi), bachadon bo'yni yoki bachadon tanasining silliq mushak hujayralaridan kelib chiqqan yaxshi chegaralangan, kapsulalangan o'sma bo'lib, ayollarda eng keng tarqalgan genital hududning yaxshi sifatli o'smalaridan biri, u reproduktiv yoshdagi ayollarning 20-40 foizida uchraydi.

Bachadon miomasining uchrash chastotasi:

- 3,3-7,8% - 30 yoshdan kichik bo'lgan ayollarda
- 22 - 40% - 30 yoshdan katta bo'lgan ayollarda;
- 27% - ginekologik kasalliklar o'rtasida;
- 50 - 70% - jarrohlik amaliyoti ichida.

Bachadon miomasining rivojlanishi uchun xavf omillari

- Xavfni oshiruvchi**
- Erta menarxe
- Anamnezda tabiiy tug'ruq yo'qligi
- Yosh (kech reproduktiv)
- Semirish
- Tamoksifen qabul qilish

Xavfni kamaytiruvchi

yuqori paritet

menopauza

chekish

Nisbiy xavf omillari

AOK ni qabul qilish, gormonal terapiya

Oziqlanish omillari

Nota'biy estrogenlar

Estrogenlar bachadon miomasining patogenezida asosiy rol o'ynaydi.

Estrogen va progesteron darajasining oshishi mitotik faollikning oshishiga olib keladi, bu esa mioma tugunlarining shakllanishiga yordam beradi, mutatsiyalar ehtimolini oshiradi.

Yana bir gipoteza - bachadon miomasi bo'lgan ayollarda miometriyning genetik jihatdan aniqlangan patologiyasining mavjudligi, miometriyda ER sonining ko'payishi sifatida ifodalanadi. Buning mavjudligi bilvosita kasallikning etnik va oilaviy tabiatini ko'rsatadi.

Kasallik xavfi tug'ilgan ayollarda yuqori bo'lib, ular ko'p sonli anovulyator sikllari, shuningdek, yog' to'qimalarida androgenlarning estronga aniq aromatizatsiyasi bilan semirish bilan tavsiflanadi.

Biroq, progesterondan qat'i nazar, estrogenlarning asosiy ahamiyati haqida gapirish mumkin emas, chunki qondagi progesteronning tarkibi, xuddi estrogen kabi, reproduktiv yoshda davriy ravishda o'zgaradi va homiladorlik paytida sezilarli darajada oshadi va menopauzadan keyin kamayadi.

Miomalarning patogenezida estrogenlarning yetakchi roli haqidagi an'anaviy fikr zamonaviy tadqiqotlar ma'lumotlari bilan tasdiqlangan, ammo ular bir-biriga ziddir. Shunday qilib, tadqiqotchilarning ba'zilari bachadon miomasi bo'lgan bemorlarda estrogenlar darajasining oshishi haqida gapirishadi, boshqalari estrogenlarning normal tarkibi va hatto ularning darajasining pasayishi haqida ma'lumot beradi. Bir qator tadqiqotchilarning fikriga ko'ra,

chiqarilgan estrogenlarning miqdori emas, balki ularning chiqarilishi va metabolik transformatsiyasining buzilishi, shuningdek, estrogen fraktsiyalari o'rtasidagi sifat munosabatlarining buzilishi muhim ahamiyatga ega. O'sma o'sishiga moyil bo'lgan bemorlarda estrogenning asosiy qismi estriol bo'lib, bu miometriyda aniqroq o'zgarishlarga olib keladi, bu hayz davrining buzilishsiz tez o'sadigan miomalarning paydo bo'lishidan dalolat beradi. Estradiolning ko'payishi bilan endometriy shikastlanadi va klinik ko'rinishi kichik o'sma hajmi va qon ketishi bilan tavsiflanadi. Shu bilan birga, progesteron estrogen bilan birga bachadon miomasining o'sishini rag'batlantiradi fikrli ma'lumotlar olingan. Ushbu gormonlarning ikkalasi ham qarama-qarshi yo'llar yordamida miomalarning patogenezida ishtirok etadi. Follikulyar fazada estrogenlar silliq mushak hujayralarining giperplaziyasi va bu hujayralarning gipertrofiyasi tufayli miometrial massaning ko'payishiga yordam beradi. Luteinli fazada progesteron, ayniqsa, yosh ayollarda miomalarning mitotik faolligini oshiradi va silliq mushak hujayralarining giperplaziyasi hamda bu hujayralarning gipertrofiyasi tufayli miometriy massasining ko'payishiga olib keladi. Luteinli fazada progesteron, ayniqsa, yosh ayollarda miomalarning mitotik faolligini oshiradi.

Mioma to'qimalarida estradiol va progesteron retseptorlari miqdori o'zgarimagan miometriyga qaraganda sezilarli darajada yuqori bo'lib, bu bachadon miomasining rivojlanishida progesteronning etiopatogenetik rolini ko'rsatadi va luteinli fazadagi mioma to'qimalarining hujayralarida yuqori mitotik indeks bilan tasdiqlanadi.

Somatotropin (o'sish gormoni) ham bachadon miomasi rivojlanishining tashabbuskor rolini o'ynashi mumkin deb taxmin qilinadi. Bu akromegaliya bilan xastalangan ayollarda bachadon miomasi rivojlanishi ehtimoli ko'proq ekanligi bilan tasdiqlanadi.

So'nggi yillarda prolaktin bo'yicha tadqiqotlar o'sib bormoqda. 40 yoshdan oshgan bemorlarda plazmadagi prolaktin miqdori me'yordan sezilarli darajada oshib ketishi aniqlandi. Shuningdek,

bachadon miomasi hujayralari prolaktin ajratishi aniqlangan. Bu faktlar prolaktin mioma tugunlarining o'sish omillaridan biri ekanligini ko'rsatadi.

Bachadon miomasida to'qimalar almashinuvining mahalliy buzilishlarini o'rganishlar katta qiziqish uyg'otadi. Bachadondagi mahalliy qon oqimini o'rganish mioma borligida qonda estradiol va progesteronning ko'payishini aniqladi, shuning uchun mahalliy gipergormonemiya mioma tugunining o'sishi patogenezida katta ahamiyatga ega bo'lib, miometriyning patologik gipertrofiyasiga yordam beradi.

Epidermal o'sish omili (EFG), insulinga o'xshash o'sish omili-1 (IFG-1) va trombositlar o'sish omili (PDGF AB) mavjudligi mioma to'qimalarida ularning retseptorlari bilan birga aniqlanadi. Insulinga o'xshash o'sish omillari-1 va 11 bachadon miomasi to'qimalarida estrogen ta'sirining vositachisi bo'lib, boshqa o'sish omillari bilan bir qatorda, bachadon miomasining shakllanishi va o'sishida ishtirok etadi, bu omillarning soni, shuningdek ularning retseptorlari, atrofdagi miometriyga qaraganda miomada ko'proqdir.

Ko'pgina tadqiqotlar bachadon miomasi bo'lgan ayollarning immunitet holatidagi o'zgarishlarni ko'rsatadi. Ular immunokompetent hujayralarning differentsiatsiyasi, interleykinlar, interferonlarning sintezi, komplement tizimining faolligi va boshqalar bilan bog'liq. Bachadon miomasida gumoral va hujayrali immunitetning faolligi sezilarli darajada kamayadi, bu ham mioma patogenezida rol o'ynashi mumkin.

MIOMALAR TASNIFI (FIGO, 2011)

0 tip- submukoz oyoqchadagi miomatoz tugun

1 tip - submukoz- intramural bachadon miomasi (<50%)

2 tip - submukoz- intramural bachadon miomasi (>50%)

3 tip - submukoz- intramural bachadon miomasi (100%)

4 tip - intramural bachadon miomasi

5 tip - subseroz-intramural bachadon miomasi (>50%)

6 tip - subseroz-intramural bachadon miomasi (<50%)

7 tip – oyoqchadagi subseroz bachadon miomasi

Klinik ko'rinishlari.

Qon ketish ko'pincha BAQK tipidagi g'ayritabiiy bachadondan qon ketishlar va intermenstrual bachadon qon ketish (IMBQK) xarakteriga ega. Bemorlarning 70 foizida kuzatiladigan bachadondan qon ketishi bachadon miomasini operatsiya qilishning eng keng tarqalgan sababidir. Interstitsial tugunlari bo'lgan bir nechta bachadon miomalari mavjud bo'lganda, bachadon bo'shlig'ining cho'zilishi va hayz ko'rish yuzasining ko'payishi sodir bo'ladi. Natijada, hayz paytida yo'qoltiladigan qon miqdori ortadi. Bundan tashqari, bachadonning qisqaruvchanligi buziladi. Ayniqsa, og'ir qon ketish markazlashtirilgan o'sish va submukoz tugunlar bilan bachadon miomasi bo'lganda qon ketishlar sodir bo'ladi. Miomalarning bunday joylashishi nafaqat uzoq davom etadigan og'ir hayz ko'rish, balki intermenstrual qon ketishining mavjudligi bilan ham tavsiflanadi. Qon ketishining sabablari endometriyning funksional qatlamini rad etish jarayonining buzilishi, bachadon bilan bog'liq surunkali bazal endometritda kuzatiladigan funksional qatlam deskvamatsiyasidan keyin bachadonning qon ketishi yuzasining regeneratsiyasining sekinlashishi; o'sma kapsulasi yoki tugun nekrozining yaxlitligini buzilishi bo'lishi mumkin. Qon ketishi asta-sekin o'sib boradi, bu ko'p hollarda anemiyaga olib keladi, gemoglobin miqdori esa juda kichik sonlarga tushadi. Surunkali postgemorragik anemiya yurak-qon tomir tizimining faoliyatini buzadi, hushidan ketish, bosh aylanishi, zaiflik, charchoqni keltirib chiqaradi. Bachadondan qon ketishi, shuningdek, bachadon miomasida juda ko'p uchraydigan patologiyaning sababi bo'lishi mumkin: tuxumdonning stromasi giperplaziyasi, kistalarning degeneratsiyasi, bachadon ortiqlarining yallig'lanishi, ichki endometrioz, gormon ishlab chiqaruvchi tuxumdon o'smalari. Postmenopauzal yoshdagi ayollarda qon ketishining deyarli har doim sababi tuxumdonlar patologiyasini (feminizatsiyalanuvchi o'sma, tuxumdonning stromal giperplaziyasi) yoki endometriy (saraton, giperplaziya) patologiyasini ko'rsatadi.

Og'riq sindromi - bachadonning boylam apparati haddan ziyod tortilishi, uning qorin bo'shlig'i qoplaminig cho'zilishi, shuningdek, o'sayotgan o'smaning atrofdagi organlarga bosimi tufayli yuzaga keladi. Bachadon miomasining markazlashtirilgan o'sishi va tugunning submukoz joylashuvi bilan og'riq tabiatda qaytalanuvchi bo'lishi mumkin. Asoratlanmagan miomalarda og'riq sindromi yengil bo'ladi, ammo nekroz ko'rinishidagi asoratlari paydo bo'lishi, miomatoz tugunning burilib ketishi, oyoqchadagi submukozal miomatoz tugunning paydo bo'lishi, og'riq dominant simptomga aylanishi mumkin, hamda tabiati o'tkir o'suvchi bo'lishi mumkin.

Subseroz tugunlar ko'pincha bevosita qorin pardaning ostida, yupqa oyog'cha bilan bachadonga ulanadi. Bunday tugunlar juda mobil va osonlikcha burilib ketishadi. Bachadon miomasi nekrozi chastotasi taxminan 7% ni tashkil qiladi va o'tkir qorinning klinikasi bilan namoyon bo'ladi. Gematogen yoki limfogen yo'lga kiradigan infeksiya deyarli har doim asta-sekin peritonit va umumlashtirilgan infeksiyaga olib keladigan aseptik nekroz qo'shiladi.

Bachadonning orqa devorida joylashgan miomatozli tugunning mavjudligida, eng keng tarqalgan klinik simptom, belda va dung'azada og'riq.

Qo'shni organlarga bosim tugunlarning o'sishi va yo'nalishiga bog'liq. Shunday qilib, bachadonning old devoridagi tugunlar ham qovuqning kichik o'lchamidagi tugunlari hatto dizurik hodisalarni (tez-tez yoki qiyinchilik bilan siydik ajratishni) keltirib chiqaradi. Boylamlararo o'smalarning joylashishi siydik ajratish nayini qisish bilan gidrouretero-gidronefroz va pielonefritni rivojlanishiga olib keladi. To'g'ri ichakga bo'ladigan bosim oshqozon-ichak trakti faoliyatining buzilishiga (qabziyat, defekatsiyaning qiyinlashuvi) olib keladi.

Bepushtlik. Bachadon miomasi bachadon bo'shlig'ida katta hajmli o'sma bo'lib, bachadon naylarining yo'llarini berkitib qo'yish uchun yetarlicha katta bo'lsa va shu bilan tuxum hujayraning o'tishiga xalaqit beradi va bepushtligini keltirib chiqarishi mumkin. Submukoz

bachadon miomasi bachadon mushaklarining ko'p va tartibsiz qisqarishini keltirib chiqarishi mumkin, bu esa tuxumni bachadon shilliq qavatiga yopishishi uchun juda noqulay sharoitlarni yaratadi. Ko'pgina bemorlarda siklning ikkinchi bosqichining yetishmovchiligi yoki anovulator sikl aniqlanadi, bu ham bepushtlikni sababi sifatida ko'rib chiqilishi mumkin.

Juda qo'rqinchli, ammo kamdan-kam uchraydigan asoratlardan biri qorin bo'shlig'iga qon ketishi bilan mioma qon tomirining yorilishidir. Ushbu asoratning shikastlanish yoki og'ir yuk ko'tarish bilan bog'liqligi aniqlangan, ba'zida ushbu asoratning sababli aniqlab bo'lmaydi. Olib keluvchi faktor sifatida homiladorlikni ko'rsatish mumkin. To'satdan paydo bo'lgan xanjarsimon tabiatli o'tkir og'riq va ichki qon ketish belgilari shokni rivojlantirish bilan, kollaps holati xarakterlidir.

Bachadon miomasining boshqa kasalliklar bilan kombinatsiyasi

Semizlik bilan (64%),

Gipertoniya kasalligi bilan, ishemik yurak kasalligi bilan (60%),

oshqozon-ichak trakti kasalliklari bilan (40%),

qalqonsimon bez patologiyasi bilan (4,5%)

nevrozlar bilan (11%)

sut bezlarining patologiyasi bilan (86%).

Homiladorlik va bachadon miomasi. Bachadon miomasi va homiladorlikning kombinatsiyasi bemorlarning 3-4% da uchraydi. Kichkina o'sma hajmi bilan homiladorlik odatda normal tug'ruq muddatigacha kechadi va tug'ruq tabiiy tug'ilish kanali orqali sodir bo'ladi. Biroq, homiladorlik davrida bir qator bemorlarda bachadon miomasining o'sishi sezilarli darajada tezlashadi, bu homiladorlik, tug'ruq va tug'ruqdan keyingi davrda turli xil asoratlarni keltirib chiqarishi mumkin. Ularning eng ko'p uchraydiganlari

- homiladorlikni to'xtatish tahdidi;
- spontan abortlar,
- muddatdan oldingi tug'ruq.

Ko'pincha bachadon miomasi bo'lgan homilador ayollarda quyidagilar kuzatiladi

- preeklampsiya,
- homilaning noto'g'ri joylashuvi va kelishi,
- platsenta yetishmovchiligi belgilarining namoyon bo'lishi (rivojlanishning kechikishi va homila gipoksiya),
- amniotik suyuqlikning muddatidan oldingi va erta quyilishi,
- tug'ruq faoliyati anomaliyalari (odatda tug'ruq faoliyatining zaifligi).

Erta tug'ruqdan keyingi davrlarda gipotonik qon ketish chastotasi sezilarli darajada oshadi va bachadonning kechiktirilgan involyutsiyasi kuzatiladi.

Eng xavfli tugunlardagi nekrotik o'zgarishlar homiladorlik paytida ham, tug'ruqdan keyingi davrda ham sodir bo'lishi mumkin. Homiladorlik davrida bachadon miomasi bilan xastalangan bemorlarda bachadonda qon oqimining sezilarli darajada pasayishi kuzatiladi, ayniqsa mushaklararo miomatoz tugun sohasida, qon tomir tonusining oshishi, asosan kichik kalibrli tomirlarda, venoz qon oqimi chiqishidagi aniq qiyinchilik, arterial va venoz qon oqimining to'ldirilish tezligining pasayishi, bu esa tugun nekrozining rivojlanishiga olib keladi.

Tashxislash

- Bimanual tekshirish** (shu jumladan rektovaginal).

Bachadon miomasining diagnostikasi, qoida tariqasida, oddiy va bimanual tekshirish asosida amalga oshiriladi. Noto'g'ri yoki silliq yuzaga ega bo'lgan zich, kattalashgan bachadon palpatsiya qilinadi, ko'pincha og'riqsiz va harakatchan bo'ladi. Tugun nekrozi mavjud bo'lsa, palpatsiya paytida mahalliy og'riqlar aniqlanadi. O'smaning harakatchanligi uning kattaligi tufayli, shuningdek, tos bo'shlig'ida hamrohlik qiluvchi bitishma jarayon tufayli cheklangan bo'lishi mumkin. Tug'uluvchi yoki tug'ilgan submukoz tugun bo'lsa, ko'zgularga qaralganda, o'sma bachadon bo'yni kanalida yoki qinda aniqlanadi. Bunday holda, bachadon bo'yni miomasi bilan

adashtirmaslik uchun barmog'ingiz bilan bachadon bo'yni atrofini paypaslab kuzatishingiz kerak.

□ Tos bo'shlig'i va qorin bo'shlig'ining ultratovush tekshiruvi - transvaginal usulda rangli doppler xaritasi bilan ("oldin standart")

Exografiyaning akustik belgilari asosida nafaqat miomatoz tugunlarni mahalliy diagnostika qilish, balki ularning tuzilishi, gemodinamikasi va shunga mos ravishda proliferativ jarayonlarning og'irligi, miometriyning boshqa patologiyalari (adenomiyoz, sarkoma) bilan farqlash mumkin. *Zamonaviy 3/4D texnologiyalari* bachadon bo'shlig'idagi tugunlarning fazoviy lokalizatsiyasi haqida qo'shimcha ma'lumot olish imkonini beradi. O'rnatilgan suyuqlik fonida exogisterografiya va bachadon bo'shlig'i devorlarining suyultirilishi tugunni konturlash imkoniyatlarini sezilarli darajada kengaytiradi, uning bachadon bo'shlig'ida lokalizatsiyasini batafsil yoritadi. Rangli Doppler exografiyasi tugunning qon oqimining sifat va miqdoriy parametrlarini baholaydi, bu o'simtaning gistotipini bashorat qilish imkonini beradi.





Rentgen tekshiruvi, kompyuter tomografiyasi va magnit-rezonans tomografiya

Hozirgi vaqtda bachadon va uning ortiqdari patologiyasini vizualizatsiya qilish uchun ilgari foydalanilgan rentgenologik tadqiqotlar boshqa zamonaviy nurli usullarining paydo bo'lishi sababli tarixiy xususiyatga ega.

□ **Gisterosalpingografiya** submukoz tugunni va markazlashtirilgan o'sishi bilan miomani aniqlashga yordam beradi. Bunday holda, bachadon bo'shlig'ining deformatsiyasi va to'ldirish nuqsoni aniqlanadi. Bundan tashqari, bu usul bepushtlik bilan og'rigan ayollarda muhim bo'lgan bachadon naychalarining o'tkazuvchanligini aniqlash imkonini beradi.

Anomal bachadondan qon ketishi va endometriy giperplastik jarayonlar bilan submukoz bachadon miomasining differentsial diagnostikasi bimanual tadqiqot, ultratovush tekshiruvi, biopsiya va gisteroskopiya, gisterografiya va bachadon bo'shlig'ining diagnostik kyuretaji ma'lumotlariga asoslanadi.

• Uzoq davom etgan qon ketish mavjud bo'lganda, bachadon tanasining miomasi va saratonini farqlash kerak. Shuni esda tutish kerakki, bu kasalliklar birlashtirilishi mumkin. Qo'shimcha tadqiqotlar

(gisterografiya, gisteroskopiya, diagnostik kyuretaj) tashxisni aniqlashtirishga imkon beradi. Sarkoma o'smaning tez o'sishi, asiklik qon ketishi, anemiya va og'ir intoksikatsiya sindromi bilan tavsiflanadi.

- Bimanual tadqiqotda sarkoma bachadonning siqilish va yumshatilish joylarining o'zgarishi bilan tavsiflanadi.

- Bachadon miomasining differentsial diagnostikasida maqsadli biopsiya bilan laparoskopiya yoki gisteroskopiya, shuningdek, bachadon bo'shlig'ining diagnostik kyuretaji hal qiluvchi ahamiyatga ega. Bachadon miomasi va bachadon tanasining endometriozini differentsial tashxislashda ultratovush ma'lumotlari, gisteroskopiya va gisterografiya yordam beradi.

- Adenomyozning ultratovushli rasmi bachadon devorining hujayra tuzilishi, aksi zichligining geterogenligi, endometriy va miometriy o'rtasida aniq chegaraning yo'qligi, bachadon devorlarining qalinlashishi bilan tavsiflanadi.

- Hayz ko'rish siklining 5-7-kunlarida o'tkazilgan gisteroskopiya paytida, o'zgarmagan pushti shilliq qavat fonida, qon ketishi mumkin bo'lgan to'q qizil geterotopiyalari topiladi. Gisterografiya bilan, shuningdek, hayz davrining 5-7 kunida, adenomyoz bilan, kontur soyalari aniqlanadi.



- Bachadon miomasini homiladorlikdan farqlash kerak, bunda bachadon yumshoq konsistensiyaga ega. Homiladorlikning ishonchli va ehtimoliy belgilariga e'tibor berishingiz kerak. Ultratovush homila tuxumini bachadon bo'shlig'ida yoki uning tashqarisida (ektopik homiladorlikni) aniqlashga yordam beradi. Qon yoki siydikda inson xorionik gonadotropinini aniqlash bilan homiladorlik testini o'tkazing.

- Yupqa oyoqchadagi subperitoneal bachadon miomalari mavjud bo'lganda katta differentsial diagnostika qiyinchiliklari paydo bo'ladi. Bunday hollarda subperitoneal bachadon miomasini tuxumdon kistomasidan farqlash kerak. Miomatoz tugun zichroq konsistensiyaga va tugun yuzasiga ega bo'ladi. Tuxumdonlarning o'smalari silliq yuzaga ega, qattiq elastik konsistensiyaning sharsimon yoki oval shakllanishlari bo'lib, ular odatda bachadondan alohida palpatsiya qilinadi.

- Bachadon miomasini o'smalar konglomeratga birlashganda bitishmalar mavjud bo'lgan tuxumdonlarning yaxshi sifatli o'smalaridan yoki tuxumdon saratonidan ajratish qiyin bo'ladi.

Ginekologik patologiyasi bo'lgan perimenopauza davridagi bemorlarda sut bezlarida giperplastik jarayonlarining chastotasi 60-95% ni tashkil qiladi. Shu bilan birga, ichki jinsiy organlarning giperplastik jarayonlari (bachadon miomasi, endometrial giperplaziya, endometrioz) ko'pincha sut bezlari patologiyasi bo'lgan bemorlarda aniqlanadi. Bachadon miomasi bo'lgan ayollarda ko'krak bezi kasalliklarining yuqori chastotasini hisobga olgan holda, bunday patologiyaga ega bo'lgan ayollar uchun sut bezlarini tekshirish tavsiya etiladi.

Raqamli mammografiyaning asosiy afzalliklari:

- an'anaviy, analog rentgen mammografiyasiga nisbatan radiatsiya ta'siriga past;

- uning yaxshilash uchun tasvirlarni qayta ishlash qobiliyati (yorqinlik va kontrastni o'zgartirish, katta kuchaytirish ostida alohida fragmentni olish, aniqlik va piksellar sonini sezilarli darajada oshiradigan salbiy (negativ) tasvirlarni olish);

- 3-5 mm diametrli o'sma tugunlari, 30 mikron o'lchamdagi mikrokalsifikatsiyalarning to'planishi, 5 mm o'lchamdagi strukturasi

qayta tashkil etilgan ipsimon maydon va 1-2 mm o'lchamdagi kanal ichidagi saraton kabi ko'krak bezi saratonining minimal belgilarini ko'rishga imkon beradigan juda yuqori ma'lumotlilik. Mammografiya natijalari BI-RADS baholash toifasi ostida baholanadi.

Davolash.

Bachadon miomasi bilan kasallangan bemorlarni olib borish taktikasi kuzatish va monitoringni, dori terapiyasi, jarrohlik aralashuvining turli usullari va yangi minimal invazivli yondashuvlardan foydalanishni o'z ichiga oladi. Har bir bemor uchun individual boshqaruv strategiyasi ishlab chiqiladi.

Barcha miomalar u yoki bu tarzda davolanadi.

BI-RADS bo'yicha mammografiya natijalarining toifalari

BI-RADS ning baholash toifalari	Ma'nosi	Tavsiyalar	Saraton ehtimoli
Toifa 0	Qo'shimcha vizualizatsiya talab qilinadi	Qayta tekshiruv	0%
Toifa 1	O'zgarishlar yo'q	Oddiy kuzatish	0%
Toifa 2	Yaxshi sifatli o'zgarishlar	Oddiy kuzatish	0%
Toifa 3	Ehtimol, yaxshi sifatli o'zgarishlar	6 oydan keyin qayta tekshirish	0-2%
Toifa 4	Saratonga shubha	Biopsiya	
Toifa 4A		Kam shubhali o'zgarishlar	2-10%
Toifa 4 B		Shubhali o'zgarishlar	10-50%
Toifa 4 C		Juda shubhali o'zgarishlar	50-95%
Toifa 5	saraton kasalligiga xos	Biopsiya	Выше 95%
Toifa 6	biopsiya orqali tasdiqlangan saraton	Хирургическое лечение, если показано	определена

Terapiya usulini tanlashda ularning hajmi, kuzatuv davridagi hajmning o'zgarishi, ularning soni, joylashuvi, bemorning yoshi va tug'ish qobiliyatini saqlab qolish istagi muhimdir.

Bemorlarning 15% da jarrohlik davolash usuli uchun ko'rsatmalar bo'ladi:

- Anemiyaga olib keladigan kuchli hayzli qon ketish
- Surunkali tos og'rig'i, hayot sifatini sezilarli darajada pasaytiradigan
- Bachadonga tutashgan ichki organlarning (to'g'ri ichak, siydik pufagi, siydik yo'llari) normal faoliyatining buzilishi.
- Katta hajmli o'sma (homiladorlikning 12 haftaligidan ortiq bachadon kattaligi)
- o'smaning tez o'sishi (1 yil ichida homiladorlikning 4 haftasidan ortiq)
- Postmenopauzal o'smaning o'sishi
- Mioma tugunlarining shilliq osti joylashuvi
- Fibroma tugunlarining boylamlararo va past (bachadon bo'yni va istmusda) joylashishi
- Reproktiv faoliyatning buzilishi
- Boshqa sabablar bo'lmaganda bepushtlik

Shoshilinch jarrohlik quyidagi hollarda talab qilinadi:

- Submukoz miomatoz tugunning o'z-o'zidan chiqarilishi ("tug'ilishi").
- Qon aylanishining buzilishi tufayli o'smadagi degenerativ o'zgarishlar, infeksiya belgilari va "o'tkir qorin" belgilari paydo bo'lishi bilan birga kelishida.
- Terapiyaning samarasizligi

Jarrohlik usuli bilan davolashning hajmi. Operatsiya hajmi va kirish to'g'risidagi qaror bemorning o'zi tomonidan jarroh (davolovchi shifokor) bilan birgalikda qabul qilinishi kerak, bemor roziligini imzolash va asoratlar ehtimoli haqida xabardor bo'lishi kerak.

1. Konservativ miomektomiya:

- oyoqchadagi submukoz tugun
- oyoqchadagi subseroz tugun
- tugunlar enukleatsiyasi

Konservativ miomektomiya

Ushbu operatsiya ayolning generativ yoki hayz ko'rish faoliyatini saqlab qolish uchun amalga oshiriladi. Konservativ miomektomiyani amalga oshirishda bir qator qoidalarga rioya qilish kerak. Avvalo, qorin bo'shlig'ini ochgandan so'ng, ushbu operatsiyani amalga oshirish imkoniyatini baholash kerak. Agar bachadon turli o'lchamdagi miomatoz tugunlar bilan "to'ldirilgan" bo'lsa, ehtimol aralashuvdan voz kechish kerak. Agar konservativ miomektomiyani amalga oshirishga qaror qilinsa, bachadonda iloji boricha kamroq kesmalar qilishga harakat qilishingiz kerak. Travmani minimallashtirish uchun ular mushak tolalari bo'ylab amalga oshirilishi kerak.

Bachadon miomalari uchun bachadon tugunlarining enukleatsiyasi qorin bo'shlig'ini kesish yoki qin orqali kirish bilan amalga oshiriladi. Bachadon miomasi uchun konservativ operatsiyalar patogenetik jihatdan tasdiqlangan usul emas, balki kasallikning qaytalanish xavfi yuqori (turli mualliflarning fikriga ko'ra, 12 dan 14% gacha). Biroq, bachadondagi konservativ plastik operatsiyalardan so'ng, ko'plab ayollar homilador bo'lib, tug'ushadi, bu esa bunday aralashuvlarni to'liq oqlaydi.

Konservativ miomektomiyaga ko'rsatma ayolning yoshi (37 yoshgacha, kamdan-kam hollarda 40 yosh). Miomatoz tugunlarning deyarli har qanday joyida konservativ operatsiyani bajarish mumkin.

Konservativ miomektomiya uchun quyidagi qarshi ko'rsatmalar mavjud:

1. Umumiy og'ir holat va og'ir anemiya. Bu holat konservativ miomektomiya ko'p vaqt talab qilishi va katta qon yo'qotish bilan birga bo'lishi bilan bog'liq. Istisno - oyoqchadagi bachadon miomasi yoki submukoz miomatoz tugun mavjud bo'lib, ularni vaginal yo'l bilan olib tashlanishi mumkin. Katta o'sma va og'ir ekstragenital patologiya bilan konservativ miomektomiya hatto yosh ayollarda ham amalga

oshirilmasligi kerak, chunki undan keyin qaytalanishlar uchraydi va ayol kelajakda yana jarrohlik xavfiga duchor bo'lmasligi kerak.

2. Bachadon miomasining qaytalanishi. Konservativ miomektomiyadan so'ng, qoida tariqasida, keng qamrovli bitishma jarayonlari rivojlanadi, bu keyingi operatsiyani murakkablashtiradi. Takroriy operatsiyalar har doim texnik jihatdan ancha qiyin. Bundan tashqari, bachadon miomasining qaytalanishi bilan, ayniqsa, uning oldini olgan bo'lsa, konservativ davolash usullari samarasiz ekanligi ayon bo'ladi.

3. Ayolning yoshi. Agar u reproduktiv faoliyatni saqlab qolishga imkoni bo'lmasa, ya'ni 40 yoshga yaqinlashganda, konservativ jarrohlik qilmaslik maqbul. Biroq, yosh ayollarda konservativ jarrohlik ko'pincha hayz ko'rish funksiyasini saqlab qolish uchun amalga oshiriladi, chunki ma'lumki, retseptor organi - bachadonni olib tashlash keyinchalik tuxumdonlar funksiyasining buzilishiga olib keladi.

4. Tos a'zolarining birgalikdagi yallig'lanish jarayoni, chunki bu holatlarda operatsiyadan keyingi davrda og'ir asoratlarga olib kelishi mumkin. Istisno yosh farzandsiz ayollar bo'lishi mumkin. Bunday hollarda operatsiyadan keyingi davrda keng spektrli antibiotik terapiyasi va qorin bo'shlig'ini drenajlash ko'rsatilgan.

5. O'smadagi distrofik o'zgarishlar (uning tugunlarining nekrozi). Operatsiyadan keyingi davrda asoratlarni oldini olish uchun konservativ miomektomiyadan voz kechish kerak. Kamdan kam hollarda, agar ayol yosh bo'lsa va bolasi bo'lmasa, u holda kuchli antibiotik terapiyasi buyuriladi va ehtiyotkorlik bilan nazorat qilinadi.

6. Yomon sifatli o'sma. Miomatoz tugunlarni olib tashlangandan so'ng, ular shoshilinch gistologik tekshiruvga yuborilishi kerak va faqat uning natijalarini olgandan so'ng, bachadonni olib tashlash yoki jarrohlik amaliyotini tark etish masalasi nihoyat hal qilinishi kerak. Endometriy yoki bachadon bo'yni rak oldi holatida, shuningdek, bachadon miomasining malignizatsiyasida tuxumdon o'smalari yoki ichki endometriozning diffuz shakli bilan birikmasida konservativ miomektomiya qarshi ko'rsatilgan.

Jarrohlik amaliyoti texnikasi. Qorin bo'shlig'ini ochgandan so'ng, Myuzo qisqichlari bilan tugun yoki miyomatoz tugun ustidagi bachadon to'qimasi ushlanadi. Keyin bachadon to'qimalarida kesma qilish uchun skalpel ishlatiladi. Tugun o'q qisqichlari bilan ushlanadi va to'mtoq yoki o'tkir tarzda chiqariladi. Tugunlar olib tashlangandan keyin bachadondagi yaralarni tikish katta ahamiyatga ega. Operatsiyadan keyingi davrda qon to'planishi mumkin bo'lgan bo'shliqlar bo'lmasligi kerak. Gematomalarning mavjudligi operatsiyani befoyda qilishi mumkin. Bachadondagi yarani tikish uchun so'rilishi mumkin bo'lgan iplar va keskin qiyshaygan ignalar qo'llanilishi kerak. Tugun to'shagi bir necha qavatda tikiladi. Konservativ miomektomiya paytida bachadon bo'shlig'ini ochish zarurati operatsiyaga to'sqinlik qilmasligi kerak, bachadon bo'shlig'ining yaxlitligini tiklashda choklar shilliq qavatning chetlariga mos keladigan tarzda qo'llanilishi kerak, lekin ularni teshilmaydi kelajakda endometriozning oldini olish uchun. Agar oyog'chadagi miomatoz tugun bo'lsa, u holda u ligatura bilan bog'lanadi va ikkita qisqich orasiga kesib o'tadi, so'ngra tugun chiqariladi. Kichkina o'lchamdagi submukoz bachadon miomalari mavjud bo'lsa, operatsiya vaginal yo'l bilan amalga oshirilishi kerak. Servikal kanalni kengaytirgandan so'ng, tugun o'q qisqichlari bilan ushlanadi va pastga tushiriladi. Bachadon bo'shlig'ini barmoq bilan tekshirgandan so'ng, uning oyog'i bukulgan qaychi bilan kesiladi yoki burash yo'li bilan olib tashlanadi, shundan so'ng bachadon bo'shlig'i qirib tashlanadi.

Shilliq osti miomatoz tugun tug'ilayotganda yoki tug'ilganda qinga qoshiq shaklidagi oyna kiritiladi, bachadon bo'yni o'q qisqichi bilan ushlanadi va qisqartiriladi. Tugun o'q qisqichlari bilan ushlanadi va ochiladi. Ba'zan siz uzun qaychi bilan tugunning oyog'ini kesib o'tishingiz kerak. Kamdan kam hollarda, kesilgan oyoqni tikish kerak bo'ladi. Bachadon bo'yni kanali ochiq bo'lganligi sababli, qon ketish joyini qisish va qoplash mumkin. U koagulyatsiyalangan yoki biologik yelim singdirilishi mumkin.

Konservativ miomektomiyadan keyin reabilitatsiya. Birinchi bosqichda 4 hafta davomida yod va rux ning sinusoidal modullashgan

tok bilan kombinatsiyalangan elektroforezi qo'llaniladi. Steroidogenezga ta'siri nuqtai nazaridan, bu mikroelementlar sinergikdir, chunki ularning birinchisi tuxumdonlarda estrogenlarning ortiqcha ishlab chiqarilishini kamaytiradi, ikkinchisi esa sariq tananing funktsional faolligini oshiradi.

Umumiy radon vannalari va 80 nCi / l konsentratsiyadagi eritma bilan vaginal sug'orish quyidagi ketma-ketlikda buyuriladi. Birinchidan, vaginal sug'orish 36 ° C haroratda 10-15 daqiqa davomida amalga oshiriladi, shundan so'ng bir xil konsentratsiya, harorat va davomiylikdagi umumiy radon vannasi buyuriladi. Jarayonlar ikki kun ketma-ket amalga oshiriladi, so'ngra bir kunlik dam olish, davolash kursi 12-14 muolajadan iborat. Bachadon miomasi bilan og'rigan bemorlarni radonli suv bilan davolashda normal gipotalamus-gipofiz-tuxumdon munosabatlari tiklanadi, endo- va miometriyni qabul qilish, shuningdek, yallig'lanishi, shishi va venoz turg'unligi bartaraf etiladi. Bundan tashqari, radonli suv markaziy va avtonom asab tizimiga tinchlantiruvchi ta'sir ko'rsatadi.

2. Bachadonning amputatsiyasi, bachadon bo'yni holatini tasdiqlaganidan keyin amalga oshirilishi mumkin (kolposkopiya, ko'rsatmalarga muvofiq biopsiya).

Bachadonning supravaginal (qinusti) amputatsiyasi. Qorin bo'shlig'ini ochgandan so'ng, tos a'zolarini qayta ko'rib chiqish amalga oshiriladi, bachadon o'q qisqichlari yordamida jarrohlik yarasiga chiqariladi. Qisqichlar bachadonning yumaloq boylamlariga, tuxumdonlarning o'z boylamlari va fallop naychalarining ikkala tomoniga shunday qo'llaniladi, shunda birinchi qisqich bachadonga "yopishadi", ikkinchisi esa birinchidan 1-1,5 sm masofada joylashgan. Bog'lamlar va bachadon naychalari ketgut yoki sintetik iplar bilan bog'lanadi va ligatura qisqich bilan bog'lanadi. Vezikouterin burma ochiladi va u siydik pufagi bilan birga yuqoridan pastgacha to'mtoq tarzda ajratiladi. Qon tomir to'plamlari ikki tomondan ajratiladi, ularga ichki bo'g'iz darajasida qisqichlar qo'yiladi va kesiladi. Qon tomir to'plamlari sintetik iplar yoki xrom qoplangan ketgut bilan bog'langan. Bachadon tanasi xanjar shaklida bo'lib, bachadon bo'yni skalpel bilan

kesiladi. Bachadon bo'yni yod yoki etil spirtining spirtli eritmasi bilan ishlanadi. Bachadon bo'yniga ketgut bilan uch yoki to'rtta chok qo'yiladi. Keyinchalik, peritonizatsiya ketgut yoki sintetik ip bilan amalga oshiriladi, bachadon bo'yni orqa yuzasidan boshlab, uzluksiz ingichka ipni qo'llashga harakat qiladi. Keyin, ikkala tomondan hamyon-simli (kiset) choklar bilan, boylamlarning dumlarini keng boylamlarning barglari orasiga botiriladi. Qorin bo'shlig'ini tekshiriladi va quritiladi. Qorin old devori tikiladi. Preparat gistologik tekshiruvga yuboriladi.

Bachadonni olib tashlash (gisterektomiya/bachadon eksterpatsiyasi)

Bemorni operatsiya xonasiga yetkazishdan oldin qin va bachadon bo'yni etil spirti bilan ishlanadi. Jarrohlik paytida qinni ochishdan oldin olib tashlanadigan steril tampon qin ichiga kiritiladi. Operatsiya paytida siydik pufagiga kateter kiritiladi.

Operatsiya bachadonning supravaginal amputatsiyasi bilan bir xil tarzda boshlanadi. Bachadon ortiqlarini qoldirganda, tuxumdonning yumaloq boylamiga, fallop naychasiga va o'z boylamiga alohida qisqichlar qo'llaniladi. Boylamlar kesiladi va bog'lanadi. Ortiqlarni olib tashlashda infundibulopelvis va yumaloq boylamlarga qisqichlar qo'yiladi. Bachadonning qovurg'alariga qisqichlar qo'llanilgandan so'ng, keng boylamlarning varaqlari kesiladi, so'ngra vesikouterin bo'shliqning qorin pardasi ochiladi. Qovuq egri qaychi va tupfer yordamida serviksdan ajratiladi va qin teshigi sohasiga qaytariladi. Bachadon chapga tortiladi, tomirlar to'plami toladan ajratiladi, keng boylamlarning orqa varag'ini ichki bo'g'iz darajasiga kesib bo'lgandan so'ng, bachadon bo'yni tomirlariga qisqich qo'llaniladi, bachadon qovurg'asi bo'ylab ancha yuqori bo'lgan tomirlarga qarshi qisqich qo'llaniladi. Qon tomir to'plami ajratiladi va bog'lanadi, boylamlarning uchlari kesiladi. Keyin xuddi shu manipulyatsiya boshqa tomondan amalga oshiriladi. Bachadon oldinga tortiladi va dumg'aza-bachadon boylamlari bo'shatilgan joyga yaqin joylashgan joyga qisqichlar qo'yiladi, kesiladi va bog'lanadi. Tampon qindan chiqariladi, bachadon yuqoriga tortiladi va ajratilgan qovuq oyna bilan pastga surilib, oldingi teshikda qin

devorini ochadi. Oldingi bo'g'iz qisqich bilan ushlanadi va qaychi yoki skalpel bilan ochiladi. Etil spirti bilan namlangan doka tampon qinga kiritiladi (operatsiya tugagandan so'ng operatsiya stolidayoq chiqariladi). Bachadon bo'yni qin bo'shlig'idan kesiladi. Gisterektomiyadan keyin peritonizatsiya turli usullar bilan amalga oshiriladi. Qinning oldingi devori vezikouterin burmaning qorin pardasi bilan, orqa devori esa to'g'ri bachadon bo'shlig'ining qorin pardasi bilan qoplangan. Ikkala tomonning boylamlarining dumlari hamyon iplari bilan parametrlarga botiriladi. Bunday holda, qin ochiq qoladi va tabiiy drenaj rolini o'ynaydi. Maksimal 12 soatdan keyin qinning devorlari bir-biriga yopishadi. Siz qinni mahkam bog'lashingiz va vezikouterin burmaning qorin pardasini va ushbu chok ustidagi to'g'ri bachadon chuqurchasini bog'lashingiz mumkin.

Kirish:

Laparotomik

Qin orqali kirish vaginal gisterektomiya uchun quyidagilar nazarda tutilgan: qinning yetarli sig'imi va bachadon harakatchanligi, o'smaning kichik o'lchamlari va massasi (16 hafta va 700 g dan kam), tos bo'shlig'ida aniq bitishma jarayonining yo'qligi va bachadon ortiqlari yoki qorin bo'shlig'i organlari kombinatsiyalangan operatsiyalarga ehtiyoji yo'qligi.

Laparoskopik

Gisteroskopik - gisteroresektoskopiya

BTE - bachadon tomirlari embolizatsiyasi

Ko'pgina bemorlar jarrohlik yoki gormonal davolanishni qat'iyon rad etishadi, bu bemorning psixo-emotsional holati yoki o'zlarining reproduktiv funksiyalarini saqlab qolish istagi bilan bog'liq. Lokal behushlik ostida amalga oshiriladigan minimal invaziv endovaskulyar aralashuv, usulning samaradorligi, bachadon miomasi belgilarining pasayishi yoki yo'qolishiga olib keladi. Ayolning reproduktiv funksiyasini saqlab qolish bemorlarning o'zlari uchun muhim va hal qiluvchi omil hisoblanadi.



- Afzalligi – ochiq operatsiyasiz bemorning bachadoni saqlanib qoladi, shu bilan birga barcha miomalar bir vaqtda davolanadi.

- Kamchiliklar orasida embolizatsiyadan keyingi sindromning namoyon bo'lishi, kontrast moddaga mumkin bo'lgan reaksiyalar va boshqa davolash usullari bilan solishtirganda BTEning uzoq muddatli natijalari to'g'risida ma'lumotlar yo'qligi kiradi.

- Texnika: embolizatsiya uchun PVS (polivinil spirti) zarralari qo'llaniladi - selektiv kateterizatsiya paytida tomirning ichiga kiritish orqali suspenziyali sun'iy embolizatsiya qiluvchi modda o'tkaziladi.

- BTEdan keyin tugunlarda kuzatilgan o'zgarishlar - tugunlar hajmining 50-60% ga kamayishi, sodir bo'lgan homiladorlik soni - 33%.

Endometrioz rivojlanishining sabab omillari ko'p va xilma-xildir, ammo ularning rivojlanish mexanizmlari, xususan, molekulyar genetik omillar bilan aloqasi to'liq tushuntirilmagan. Ushbu muammoni o'rganishga kompleks yondashuv adenomiyoz rivojlanish mexanizmlarining yangi jihatlarini kashf etish va tushunish imkonini beradi, bu bemorlarni boshqarishda individual yondashuvga olib keladi, davolash samaradorligini oshiradi va potentsial murakkab jarrohlik aralashuvlardan foydalanmasdan ularning hayot sifatini oshiradi.

Ma'lumki, hozirgi vaqtda profilaktik tibbiyot sohasidagi zamonaviy tadqiqotlarning muhim yo'nalishi bu molekulyar genetik

bashorat qiluvchi omillarni izlash asosida patologiyaning rivojlanish xavfini aniqlashdir. Kasallikning oldini olish va tashxis qo'yish maqsadida genetik tekshirish usullarini o'tkazish maqsadga muvofiqdir.

MRgFUS texnologiyasi

MRgFUS – MRT nazorati ostida yuqori intensivlikdagi fokuslangan ultratovush yordamida invaziv bo'lmagan to'qimalarni yo'q qilish texnologiyasidir.

Jarayon yuqori intensivlikdagi ultratovushni hosil qiluvchi, yuqori maydonli MRT bilan yagona tizimga birlashtirilgan maxsus blokda amalga oshiriladi. Yuqori intensivlikdagi ultratovush tekshiruvi shifo beruvchi vositadir. MRT monitoring, navigatsiya va real vaqtda termometriya vositasi sifatida xizmat qiladi.

Ultratovush energiyasining qisqa muddatli ta'siri natijasida tanadagi patologik sohada US nurining markazida bo'lgan to'qimalar uning termal yo'q qilinishi uchun zarur bo'lgan haroratgacha isitiladi, ammo fokusni o'rab turgan to'qimalar buzilmagan holda qoladi.

2009 yilda ushbu texnologiya Rossiyada ro'yxatga olingan (FS No 2009/372)

Usul tipik bachadon miomalarini davolashda samarali va halokatli o'zgarishlarga ega "hujayra" miomalari va tugunlarida samarasiz.

Tibbiy konservativ terapiya quyidagi muammolarni hal qilishga qaratilgan bo'lishi kerak:

- Miomatoz tugunlarning sekin o'sishi
- Bachadonning involyutsiyasi
- BAQK va anemiya kabi simptomlarni oldini olish

Asimptomatik miomalarda, katta hajmli o'smalardan tashqari, dori-darmonlarni buyurish uchun asoslar yo'q.

Nosteroid yallig'lanishga qarshi dorilar (NSYQD)

• Hozirgi vaqtda qo'llaniladigan: asetilsalitsil kislotasi, diklofenak, ibuprofen, ketoprofen, indometazin, piroksikam.

• NSYQDlar SOG-2 (siklooksigenaza) faolligini va prostaglandinlar darajasini pasaytiradi, ularning tarkibi ko'p hayz

ko'radigan ayollarda ko'payadi, ular dismenoreya (og'riq) uchun ham samaralidir.

Traneksamik kislota

Antifibrinolitiklar, xususan, traneksamik kislota, BAQK uchun gormonal bo'lmagan 1 qatorli dorilar sifatida ishlatiladi. Traneksam fibrinolizning sintetik ingibitori sifatida tasniflanadi va lizinga strukturaviy o'xshashligi tufayli trombinni faollashtirish jarayonini raqobatbardosh turdagi blokirovka qilishga qodir va tizimli gemostatik ta'sirga ega. Ta'sir mexanizmiga ko'ra, u aminokapron kislotaga o'xshaydi, ammo u undan 20-30 marta samaraliroq. Optimal sutkalik doza 3,9-4,0 g, qabul qilish muddati 5 kungacha. Traneksam hayz paytida qon yo'qotilishini 40,4% ga kamaytirishga yordam beradi.

Gonadotropin-rilizing gormonning agonistlari (GnRGA)

- gipofiz-tuxumdon funksiyasini bostirish tufayli gipoestrogenik holatni keltirib chiqaradi.
- Tugun hajmini kamaytiring, ammo preparat to'xtatilgandan so'ng, mioma yana o'sishni boshlaydi va 6-12 oydan keyin asl hajmiga yetadi.
- Terapiyaning ijobiy ta'siri qisqa muddatli, menopauzaning yon ta'siri ham bor.

Leyoprolid asetat, Triptorelin, Gozerelin

Aromataz ingibitorlari

- Steroid turi - eksemestran
- Nosteroid turi - letrozol, anastrozol
- Ta'sir mexanizmi periferik to'qimalarda aromatazani ingibitorlash bilan bog'liq bo'lib, bu estron, keyin esa androgenlardan estradiol sintezining pasayishiga olib keladi.
- Foydalanish uchun ko'rsatma: ko'krak bezi saratonining dastlabki bosqichlari
- Bachadon miomasini davolashda aromataza ingibitorlarining samaradorligi bo'yicha bir nechta tadqiqotlar mavjud

Progestogenlar

- Progesteronlar ham markaziy ta'sirga ega bo'lib, gipotalamus-gipofiz-tuxumdon o'qini bloklaydi, shu bilan birga tuxumdonlar tomonidan steroid gormonlar sekretsiyasini kamaytiradi va endometriyga bevosita ta'sir qiladi, bu uning detsidualizatsiyasini va epiteliy hujayralarining sekretor transformatsiyasini keltirib chiqaradi, natijada uzluksiz rejimda foydalanilganda uning atrofiya rivojlanishiga olib keladi.

- Progesteronlar 17-beta gidrosteroid dehidrogenaza turi 2 fermentini faollashtiradi, bu esa estradiolni kamroq faol estronga aylantiradi.

- Progesteronlar prostaglandin E2 sinteziga ingibitor ta'sir ko'rsatadi.

- Bachadon miomasining hajmini kamaytirmaydi

- Levonorgestrel (52 mg levonorgestrel bilan Mirena bachadonichi qurilmasi) estrogen va progesteron retseptorlari sezgirligini pasaytiradi, endometriyni estradiolga qarshi immunitetga keltiradi va sezilarli antiproliferativ ta'sirga ega.

- Og'iz orqali qabul qilinadigan progesteronlar simptomlarni kamaytiradi.

- Progesteronlar bilan davolash samaradorligi ularni tayinlash rejimiga bog'liq:

- Siklik rejimda (siklning 14-dan 26-kuniga qadar) samaradorlik 0-20% ni tashkil qiladi.

- 21 kunlik rejimda (siklning 5-dan 26-kuniga qadar) - 30-50%

- Past dozali AOKlarda progesteronlardan foydalanish simptomlarni 40-50% ga kamaytiradi.

- Progesteronlarning uzluksiz rejimining foydalari haqida ma'lumotlar yo'q

- Submukoz bachadon miomalari mavjud bo'lsa, progesteron terapiyasi mos kelmaydi.

Shunday qilib, progesteronlar miomatoz tugunlarning o'sishini barqarorlashtirish yoki kamaytirishga ta'sir qiladi, ammo ular qisqa vaqt davomida BAQK miqdorini kamaytirish va gemoglobin darajasini

oshirish uchun dori sifatida ishlatilgan (operatsiyadan oldingi tayyorgarlik). Shuningdek, bachadon miomasi bilan bog'liq endometriy giperplastik jarayonlarning oldini olish uchun.

Progesteron retseptorlari modulyatorlari

- Mioma hujayralarining taxminan 90% progesteron retseptorlarini ifodalaydi, bu hujayralardagi o'sish omillari va apoptoz ingibitori ishlab chiqarishni rag'batlantiradi.

- RP modulyatorlari bachadon miomasining o'sishiga to'sqinlik qiladi va uning regressiyasiga olib kelishi mumkin

- Progesteron agonistlari - progestogenlar

- Progesteron agonistlari - antiprogestinlar yoki antigestagenlar - mifepriston

- Progesteron agonistlari va antagonistlarining aralash ta'siriga ega moddalar - selektiv RP modulyatorlari: ulipristal asetat, azoprisnil

Progesteron retseptorlarining (PR) selektiv modulyatorlari (PRSM)

PR 1 avlodi - mifepriston / ginstrel - endogen progesteron ta'siridan tashqari progesteron retseptorlarini bog'laydi.

- Antiprogestogenlar mioma patogenezidagi asosiy omilga yo'naltirilgan holda tibbiy davolanishning isbotlangan foydasini ta'minladi.

Mifepriston / GINESTREL (50,0 mg) - progesteron retseptorlari blokatorlari (mifepriston 50 mg) • Bachadon miomasini konservativ davolashning yangi imkoniyatlari (homiladorlikning 12 haftasigacha)

- Yuqori samaradorlik

- bachadon va miomatoz tugunlar hajmining 47-58% gacha qisqarishi

- mioma tugunlarida qon aylanish intensivligining 35-40% ga pasayishi

- Yaxshi bardoshlik

- Estrogenga bog'liq organlarga salbiy ta'sir ko'rsatmaydi

- Reproduktiv funktsiyani saqlab qolish imkoniyati

Hozirgi vaqtda dori terapiyasi odatda operatsiyadan oldingi tayyorgarlik maqsadida qo'llaniladi, ammo so'nggi paytlarda yanada

ulug'vor maqsad - jarrohlik davolash yo'li bilan davolashdan voz kechish.

ESMIA - PRSM II avlodi

- Ikkinchi avlod PRSM bo'lgan ulipristal asetat (UPA) molekulasi sifat jihatidan yangi dori turidir.

- Ulipristal asetat steroid tuzilishga ega, progesteron retseptorlariga selektiv to'qimalarga xos ta'sir ko'rsatadi.

- Shu bilan birga, UPA to'qimalarda ham agonist, ham antagonist sifatida harakat qilishi mumkin, bu esa minimal nojo'ya ta'sirlar bilan kerakli natijaga erishish imkonini beradi.

- Gipotalamus-gipofiz-tuxumdonlar-bachadon tizimidagi PRSM ta'siri gipofiz bezi darajasida sodir bo'ladi va menopauza ta'sirisiz ovulyatsiyani bostiradi.

- UPA ni qabul qilish bekor qilingandan keyin miomatoz tugunlarning o'sishi tiklanmaydi, chunki molekula mioma hujayralarida apoptozni rag'batlantiradi.

- Preparat faqat mioma hujayralariga ta'sir qilishi muhim.

Ikki shaklda - ulipristal asetat 5 mg va ulipristal asetat 10 mg.

3 oylik terapiya kurslarini takroriy qo'llash qon ketishini samarali nazorat qilishi va mioma hajmini kamaytirishi mumkin.

- Ulipristal asetat - bu bachadon miomasi uchun organlarni saqlovchi terapiyaning innovatsion strategiyasi bo'lib, kichik miomalarni to'liq konservativ davolash usulini qo'llaydi.

- Operatsiyani nafaqat kechiktirishga, balki ba'zi hollarda undan butunlay voz kechish imkonini beradi.

Gormonal bo'lmagan simptomatik terapiya:

- anemiyaga qarshi terapiya

- vitaminli terapiya

- tinchlantiruvchi (sedativ)

- yallig'lanishga qarshi terapiya

- so'rilishi mumkin bo'lgan terapiya

Testlar va javoblar standartlari:

1. Bachadon miomasining xarakterli belgillari:

- 1) bu yaxshi, gormonga bog'liq o'sma;
- 2) chiziqli mushak to'qimasidan kelib chiqadi;
- 3) balog'at yoshida va erta reproduktiv davrdagi ayollarda eng ko'p uchraydi;
- 4) xavfli o'smaga aylanishga moyil;
- 5) yuqorida aytilganlarning barchasi to'g'ri.

To'g'ri javob:1.

2. Bachadon mlomasi:

- 1) miometriyning retseptorlari apparati holati bilan ma'lum patogenetik aloqalarga ega;
- 2) keng boylamning varaqlari orasidagi tugunning joylashishi bilan atipik shaklga ishora qiladi;
- 3) uning hajmi bir yil ichida 5 haftadan ko'proqqa oshganida tez o'sadigan hisoblanadi;
- 4) kamqonlik bilan kechishi mumkin;
- 5) yuqorida aytilganlarning barchasi to'g'ri.

To'g'ri javob:5.

3. Bachadon mlomasi:

- 1) umumiy hajmi 12 haftadan ortiq bo'lsa, jarrohlik davolash uchun ko'rsatma;
- 2) homiladorlik holatlarida abortga qarshi ko'rsatma hisoblanadi;
- 3) diagnostik bachadon bo'shlig'i kyuretaj uchun qarshi ko'rsatma sifatida qaraladi;
- 4) kimyoterapiyaga ko'rsatma hisoblanadi;
- 5) nevrologik kasalliklar bilan birga bo'lishi mumkin.

To'g'ri javob:1.

4. Submukoz bachadon miomasining asosiy klinik belgisi:

- 1) tos bo'shlig'ida surunkali og'riq;
- 2) algomenoreya;
- 3) BAQK
- 4) ikkilamchi bepushtlik;

5) temir tanqisligi anemiyasi.

To'g'ri javob:3.

5. Submukoz bachadon miomasi:

1) shoshilinch holatlarda, odatda, qorinning pastki qismida doimiy og'riq sifatida namoyon bo'ladi;

2) ultratovush yordamida tashxis qo'yish mumkin;

3) odatda gisterografiya tashxisi qo'yilgan;

4) qin tekshiruvi vaqtida ishonchli aniqlanadi;

5) jarrohlik davolash uchun ko'rsatma hisoblanadi.

To'g'ri javob:2, 3, 5.

6. Bachadon osti miomasining mavjudligi quyidagi barcha tadqiqotlar natijalari asosida baholanishi mumkin, bundan mustasno:

1) transvaginal exografiya;

2) rentgen-televizion gisterosalpingografiya;

3) gisteroskopiya;

4) bachadon bo'shlig'ini zondlash;

5) laparoskopiya.

To'g'ri javob:5.

7. Mushaklararo bachadon miomasini tashxislashning eng informatsion usuli:

1) qin orqali tekshiruv;

2) ultratovush tekshiruvi;

3) gisterosalpingografiya;

4) gisteroskopiya;

5) laparoskopiya.

To'g'ri javob:2.

8. Bachadon miomasini konservativ davolash uchun ko'rsatma hisoblanadi:

1) o'simtaning intramural shakli;

2) oyoqchadagi subseroz tugun;

3) o'smaning tez o'sishi;

4) qo'shni organlarning funksiyasini buzish;

5) gipertoniyaning og'ir bosqichi.

To'g'ri javob:1.

9. Bachadon miomasini jarrohlik davolash uchun ko'rsatma hisoblanadi:

1) bemorning yoshi 40 yoshdan katta;

2) tugunlarning subseroz-intramural joylashuvi;

3) o'smaning shilliq osti shakli;

4) qo'shni organlarning funksiyasini buzilishi;

5) anemiyaga olib keladigan giperpolimenoreya.

To'g'ri javob:3, 4, 5.

10. Rejalashtirilgan ginekologik operatsiyani qachon bajarish kerak:

1) hayz ko'rish kunlarida;

2) hayz ko'rish to'xtatilgandan keyingi birinchi haftada;

3) kutilayotgan hayz kunlarida;

4) hayz ko'rish arafasida;

5) hayz davrining kunini tanlash muhim emas.

To'g'ri javob:2.

11. Bachadon miomasi uchun radikal jarrohlik usuli:

1) bachadonning qin usti amputatsiyasi;

2) bachadonning gisterektomiyasi / ekstirpatsiyasi;

3) konservativ miomektomiya;

4) to'g'ri javoblar 1) va 2);

5) barcha javoblar to'g'ri.

To'g'ri javob:4.

12. Bachadon amputatsiyasidan gisterektomiya operatsiyasi... olib tashlash bilan farq qiladi:

1) qinning yuqori uchdan bir qismi va bachadonni o'rab turgan butun limfa kollektori

2) parametrik kletchatka;

3) yonbosh limfa tugunlari;

4) bachadon bo'yni.

To'g'ri javob:4.

13. Bachadonning amputatsiyasi paytida bachadon tomirlari ... kesilshadi:

- 1) ichki bo'g'iz darajasida;
- 2) ichki bo'g'iz maydonidan 1,5 sm balandlikda;
- 3) ichki bo'g'iz maydonidan 1,5 sm pastda;
- 4) kardinal boyamlar sohasida.

To'g'ri javob:1.

14. Bachadon ortiqlari bilan ekstirpatsiya paytida... kesilshmaydi:

- 1) lig. infundibulopelvicum;
- 2) yumaloq boylamlar;
- 3) dumg'aza-bachadon boylamlar;
- 4) kardinal boylamlar;
- 5) naylarning bachadon uchlarini.

To'g'ri javob:5.

15. Bachadon bo'yinda tugunning joylashishi bilan bo'lgan bachadon miomasida jarrohlik usuli bilan davolashning optimal hajmi:

- 1) bachadon amputatsiyasi;
- 2) qin orqali kirishdan foydalangan holda konservativ miomektomiya;
- 3) gisterorezektoskopiya;
- 4) bachadonning ekstirpatsiyasi;
- 5) bunday lokalizatsiyaning bachadon miomasini jarrohlik davolash amalga oshirilmaydi.

To'g'ri javob:4.

ENDOMETRIOZ

Mashg'ulot maqsadi: turli lokalizatsiyadagi genital endometrioznining etiopatogenezini, klinikasini, tashxislash usullari va davolashning asosiy usullarini o'rganish.

Endometriozi - bu immunitet va gormonal buzilishlar fonida yuzaga keladigan kasallik bo'lib, odatdagi endometriy lokalizatsiyadan

tashqari ya'ni bachadondan tashqarida endometriyga o'xshash tuzilish va funktsiyadagi to'qimalarning o'sishi bilan tavsiflanadi.

Etiologiyasi va patogenezi.

Kasallikning klinik jihatdan ajralib turadigan uchta shakli mavjud: kichik tos bo'shlig'i va tuxumdonlarning qorin pardasi yuzasiga endometrioid implantlari (peritoneal endometrioz), tuxumdon kistalari (endometrioma) va murakkab tuzilishdagi qattiq shakllanishlar, shu jumladan endometrioid to'qimalar bilan birga yog'li va mushak tolali to'qimalari (rektovaginal endometrioid tugunlar); uchta shaklning har biri infiltratsion o'sishga moyil bo'lishi mumkin yoki bo'lmasligi mumkin. Endometriozning barcha uchta shakli bir xil patologik jarayonning variantlari bo'lishi mumkin yoki rivojlanishning turli mexanizmlari bilan tavsiflanadi, ammo ularning umumiy gistologik xususiyatlari quyidagilardir: endometriyal stroma va epiteliy hujayralari mavjudligi; Endometriozning asosiy patogenetik bo'g'inlari bir-biri bilan chambarchas bog'liq va retrograd hayzdan tashqari, estrogenning haddan tashqari mahalliy ishlab chiqarilishi, progesteron qarshiligi, yallig'lanish va neoangiogenez, bu boshlang'ich bosqichlarda patologik jarayonni ingibitorlik qilishga imkon bermaydi va infiltrativ o'sishni tushuntiradi; atrofdagi to'qimalarga bostirib kirishi, ularning keyinchalik yo'q qilinishi va o'choqlarning tarqalishi kuzatiladi [3].

Bugungi kunga qadar endometriozning kelib chiqish va rivojlanish mexanizmi to'liq tushunilmagan.

Endometriozning gistogenezi uchun ko'plab nazariyalar taklif qilingan. Ushbu patologik jarayonning paydo bo'lishini tushuntiruvchi ikkita asosiy nazariya mavjud.

1. Endometriy to'qimalarining ektopik transplantatsiyasi;
2. Selomik metaplaziya.

Biroq, bu nazariyalarning hech biri endometriozning turli lokalizatsiyalarida rivojlanishini tushuntirishga qodir emas.

Endometriy to'qimalarning ektopik transplantatsiyasi (implantatsiya nazariyasi)

Sampson I.A. tomonidan 20-yillarning o'rtalarida taklif qilingan endometrioz o'choqlari hayz paytida bachadon naychalari orqali qorin bo'shlig'iga retrograd oqim bilan kirgan endometriy hujayralarining tarqalishi va (yoki) implantatsiyasi natijasida hosil bo'ladi degan taklifga asoslanadi. "Retrograd hayz" ayollarning 70-90 foizida uchraydi. Bu hayz paytida yoki erta follikulyar bosqichda ayollarning 59-79 foizida peritoneal suyuqlikda endometriy hujayralarni aniqlashni tasdiqlaydi.

Qorin bo'shlig'iga tushgan endometriy hujayralar yopishish (adgeziya) va ko'payish (proliferatsiya) qobiliyatiga ega. Ko'rinishidan, bu tabiiy qotil (killer) hujayralarning funktsional yetishmovchiligi sharoitida yuzaga kelishi mumkin. Endometrioz o'choqlarida qon tomirlarining rivojlanishi angiogen o'sish omillari va sitokinlar tomonidan qo'zg'atiladi.

Transplantatsiya terapiyasining yana bir misoli endometriozning ekstragenital lokalizatsiyasi (ichak, plevra bo'shlig'i, limfa tugunlari, bosh miya). Bu endometriy hujayralarining qon va limfa tomirlari bo'ylab harakatlanishi va boshqa organlarga joylashishi qobiliyatini tasdiqlashi mumkin.

Bachadondagi jarrohlik aralashuvlar (Kesarcha kesish, mioma va adenomiyoz uchun konservativ plastik jarrohlik, bachadon amputatsiyasi yoki ekstirpatsiyasi) paytida qorin bo'shlig'iga endometriy hujayralarining yatrogenik tarqalishining dalillari shubhasizdir. Bundan tashqari, laparoskopiya paytida, suyuq gisteroskopiya, gisterosalpingografiya yoki xromogidrotubatsiyani o'tkazishda endometriy elementlarning qorin bo'shlig'iga refluyksi kuzatilishi mumkin.

Selomik metaplaziya

Endometriozning metoplastik kelib chiqishi (selomik metaplaziya) tushunchasi R Meyer (1919) tomonidan ishlab chiqilgan. Uning so'zlariga ko'ra, kichik tos bo'shlig'ining seroz qoplaminin

yetuk hujayralari orasida joylashgan embrion hujayrali elementlar bachadon tubal tipidagi epiteliyga aylanishi mumkin. Boshqacha qilib aytganda, endometrioz o'choqlari ko'p patentli qorin pardaning mezoteliy hujayralardan kelib chiqishi mumkin.

Metaplastik kontsepsiya, shuningdek, "Myuller potentsiali" deb ataladigan narsani ham o'z ichiga oladi, unga ko'ra endometrioz Myuller kanallari va birlamchi buyrak qoldiqlaridan rivojlanishi mumkin. Sog'lom ayollarda ham, endometriozli bemorlarda ham tuxumdon va peritoneal mezoteliyning germinal epiteliysini qiyosiy o'rganish endometrioid o'choqlarining xarakterli tarkibiy xususiyatlarini aniqlashga imkon berdi, bu ularning "Myullerli" kelib chiqishini ko'rsatadi.

Ikkinchisining genitourin tizimining malformatsiyasi bilan tez-tez kombinatsiyasi ham endometriozning embrional kelib chiqishi foydasiga gapiradi.

Biroq, endometrioz rivojlanishining zamonaviy kontsepsiyalarining hech biri alohida bemorlarda kasallikning og'irligini, shuningdek, uning rivojlanishining sabablari va mexanizmlarini tushuntira olmaydi.

Shu munosabat bilan, 2000 yilda Rh Koninch endometrioid kasallik nazariyasini taklif qildi. Bu chuqur endometriozni yaxshi o'smaning paydo bo'lishi va rivojlanishi deb hisoblaydigan yangi tushunchadir. Ushbu nazariyaga ko'ra, patogenezning asosiy momenti hujayra darajasidagi o'zgarishlar bo'lib, invaziyaga moyil bo'lgan o'simtaga o'xshash jarayonlarga xosdir.

O'simta jarayoni bilan endometrioz uning infiltratsion o'sish qobiliyati, metastaz, kapsulaning yo'qligi, shuningdek, o'sma belgilarining (Ca 125) kuzatilgan ortishi bilan bog'liq. Biroq, endometrioz hujayrali atipiyani ko'rsatmaydi.

Xulosa qilib shuni ta'kidlash kerakki, gormonal va / yoki immunologik kasalliklar endometrioid geterotopiyalarning shakllanishining bevosita sababi emas, balki faqat ushbu jarayonlarga

yordam beradi, ya'ni patologik jarayonning paydo bo'lishiga moyil bo'lgan omillar rolini o'ynaydi.

Epidemiologiyasi.

So'nggi ma'lumotlarga ko'ra, butun dunyo bo'ylab 176 millionga yaqin ayol (har 10-ayol) endometriozdan aziyat chekmoqda, ular asosan reproduktiv yoshda. Kasallikning birinchi namoyon bo'lish simptomlari ayollar ta'lim olishi, o'z ustida faol ishlashi, sheriklik qilishi yoki oila qurish davrida sodir bo'ladi. Yillar davomida doimiy og'riqlar, bepushtlik, vaqtinchalik va ba'zan to'liq nogironlik ushbu ayollarning iqtisodiy, ijtimoiy sohada va oiladagi imkoniyatlarini oshkor qilish va to'liq ro'yobga chiqarishga to'sqinlik qiladi, bu esa endometriozni ijtimoiy ahamiyatga ega bo'lgan kasallik deb tasniflashga imkon beradi.

Tasniflash

Hozirgi vaqtda genital (ichki va tashqi jinsiy a'zolaridagi patologik jarayonning lokalizatsiyasi) va ekstragenital endometrioz (ayol tanasining boshqa organlari va tizimlarida endometrioid implantlarning rivojlanishi) o'rtasida farqlash odatiy holdir.

O'z navbatida, genital endometrioz ichki (miometriy, bachadon naychalarining interstitsial qismlari, istmus) va tashqi (tashqi jinsiy a'zolar, qin va bachadon bo'yni qin qismi, retroservikal soha, tuxumdonlar, fallop naychalari, tos bo'shlig'i qorin pardasi, bachadon boylamlari) bo'linadi.

Tuxumdonlarning endometriozi, retroservikal soha va adenomiyoz klinik ko'rinishlarning og'irligi bilan darajalarga ajratiladi.

Ichki endometriozning tasnifi:

- I bosqich - patologik jarayon bachadon tanasining shilliq qavati bilan chegaralanadi;
- II bosqich - patologik jarayon mushak qatlamlariga o'tadi;
- III bosqich - patologik jarayonning bachadon mushak pardasining butun qalinligi bo'ylab uning seroz qoplamigacha tarqaladi;

- IV bosqich - patologik jarayonda bachadondan tashqari kichik tos bo'shlig'ining parietal qorin pardasi va qo'shni organlarning ishtirok etishi mumkin.

Adenomiyozi o'choqli yoki tugunli hamda kistoz bo'lishi mumkin. Bachadon miomasidan xarakterli farq - bu kapsulaning yo'qligi va aniq chegaralar yo'qligi.

Endometrioid tuxumdon kistalarining tasnifi:

- I bosqich - tuxumdonlar yuzasida kichik nuqta endometrioid shakllanishlar, to'g'ri bachadon bo'shlig'ining qorin pardasi kista bo'shliqlari hosil bo'lmagan;

- II bosqich - hajmi 5-6 sm dan oshmaydigan bitta tuxumdonning endometrioid kistasi, tos qorin pardasida kichik endometrioid kiritmalar bilan. Bachadon ortiqlari hududida ichakning ishtirokisiz ahamiyatsiz bitishma jarayon;

- III bosqich - ikkala tuxumdonning endometrioid kistalari (bir tuxumdon kistasining diametri 5-6 sm dan ortiq, ikkinchisining kichik endometrioma). Kichik tos bo'shlig'ining parietal qorin parda varag'ida kichik o'lchamdagi endometrioid geterotopiyalar. Ichakning qisman ishtiroki bilan bachadon ortiqlari hududida aniq bitishma jarayon;

- IV bosqich - patologik jarayonning qo'shni organlarga - qovuq, to'g'ri ichak va sigmasimon ichakka o'tishi bilan katta hajmdagi (6 sm dan ortiq) ikki tomonlama endometrioid tuxumdon kistalari. Keng tarqalgan bitishma jarayoni.

Retroservikal lokalizatsiyali endometriozning tasnifi:

- I bosqich - endometrioid o'choqlar rektovaginal to'qima ichida joylashgan;

- II bosqich - bachadon bo'yni va qin devoridagi endometrioid to'qimalarning mayda kistalar hosil bo'lishi bilan to'g'ri ichak hamda to'g'ri ichakning seroz qavatida kichik kistalarning paydo bo'lishi;

- III bosqich - patologik jarayonning dumg'aza-bachadon boylamlariga, to'g'ri ichakning seroz va mushak qavatlariga tarqalishi;

- IV bosqich - to'g'ri ichak shilliq qavatining patologik jarayonga qo'shilishi, jarayonning to'g'ri bachadon bo'shlig'idan qorin pardasiga

tarqalishi bilan bachadon ortiqlari sohasida bitishmalar hosil bo'lishi, shuningdek jarayonning distal siydik tizimi (siydik ajratuvchi naylar va siydik pufagi) ga parametriy orqali tarqalishi.

Klinikasi

Klinik ko'rinishlar asosan kasallikning joylashuvi, shakli va tarqalishiga bog'liq. Endometrioz reproduktiv funktsiyasida o'zgarishlar bor, hayz disfunktsiyasi va og'riqli hayz, jinsiy faoliyat davomida og'riq, shuningdek, hayz arafasida va hayz paytida kuchaygan pastki qorin yoki qumg'aza-dum sohasida surunkali og'riq hamda tortishish hissi bo'lgan ayollarda gumon qilinishi kerak. Biroq, endometriozning klinik kechishi asimptomatik ham bo'lishi mumkin.

Og'riq sindromi. Reprodukativ yoshdagi ayollarda dismenoreya, ayniqsa, bir necha og'riqsiz muntazam hayzdan keyin paydo bo'lsa, endometriozdan shubhalanadi. Hayz ko'rishdan oldingi davrda boshlanib, butun hayz ko'rgan qon ketishi davomida davom etadigan og'riq bemorlarga og'ir azob-uqubatlarni keltirib chiqaradi va ish qobiliyatining pasayishiga, ba'zan esa hatto ish qobiliyatini yo'qotishiga olib keladi. Ba'zi hollarda, ayniqsa keng tarqalgan shakllarda, og'riq doimiy bo'lishi mumkin, dumg'aza, dum, oraliq, orqa chiqaruv teshigi sohasiga og'riq tarqaladi. Retroservikal endometrioz bo'lganda jinsiy aloqa paytida, vaginal tekshiruv va defekatsiya paytida aniq og'riq sindromi paydo bo'ladi.

Og'riq paydo bo'lishining mumkin bo'lgan mexanizmlari orasida quyidagilarni ta'kidlash kerak: mahalliy yallig'lanish, kimyoviy og'riq vositachilari (mediatorlari)ning chiqishi, bitishmalarning chuqur kirib borishi, endometriy implantlarida qonning to'planishi, natijada to'qimalarning fiziologik siljishi bilan og'riqli kuchlanish.

Hayz faoliyatining buzilishi dismenoreya, giperpolimenoreya, menorragiya, shuningdek, hayz arafasida va hayzdan keyin kuzatiladigan qonli dog'lar ko'rinishida bo'lishi mumkin.

Ushbu buzilishlar ichki endometriozning asosiy belgilaridan biridir. Ko'pgina bemorlarda postgemorragik anemiya rivojlanishi mumkin.

Reproduktiv faoliyatning buzilishi. Endometrioz va fertillikning pasayishi o'rtasidagi bog'liqlik umumiy qabul qilingan ma'lumotlardan. Shunday qilib, endometrioz tarqalishining o'rtacha va og'ir darajasi bilan reproduktiv funksiyaning pasayishi qisqaruvchanlik faolligining buzilishi va / yoki fallop naychalarining obstruksiyasi natijasidir; fimbriyalarning bitishmalar bilan deformatsiyalari; tuxumdonlarni peritoneal nosozliklari bilan to'liq izolyatsiya qilinishi; tuxumdonning pishishi va chiqishini buzadigan endometrioid kistalar tomonidan tuxumdon to'qimalariga bevosita zarar yetkazilishi kuzatiladi.

Endometriozda reproduktiv funksiyaning buzilishida ma'lum rolni prostaglandinlar o'ynaydi, ularning tos qorin pardasida sekretsiyasi kuchayadi, bu sariq tananing luteoliziga, bachadon va fallop naychalarining qisqaruvchan faolligining oshishiga olib keladi; spermatozoidlarga qarshi fagositik faollikka ega makrofaglarning shakllanishiga yordam beradi. Ushbu jarayonlar urug'lantirilgan tuxumni ovulyatsiya va implantatsiya qilish mexanizmlariga salbiy ta'sir qiladi.

Estragenital endometrioz, ko'pincha simptomsiz kechasa-da, og'riqning siklik tabiati yoki tos bo'shlig'idan tashqarida paypaslanadigan o'smaga qarab gumon qilinishi mumkin. Ovqat hazm qilish traktining organlariga (ayniqsa, yo'g'on ichak va to'g'ri ichak) ta'sir qiluvchi endometrioz juda keng tarqalgan bo'lib, qorin bo'shlig'ida va pastki orqa qismida turli intensivlikdagi siklik og'riqlar, qorin parda tirnash xususiyati belgilari, to'g'ri ichakdan siklik qon ketish, qabziyat va ba'zi hollarda, ichak tutilishi bilan birga keladi. Siydik chiqarish tizimining organlari patologik jarayonda ishtirok etganda, klinik ko'rinish siklik og'riqlar, dizuriya va gematuriya bilan tavsiflanadi. Pnevmotoraks, gemotoraks yoki hayz ko'rishga to'g'ri keladigan gemoptoz o'pka endometriozining tipik ko'rinishlariga bog'liq bo'lishi mumkin. Kindik endometriozini og'riq va kindikdan siklik qon ketish mavjudligida aniqlash mumkin.

Tashxislash

Endometriozning har qanday belgilari uchun daxliz, qin va bachadon bo'yni diqqat bilan tekshirilishi kerak. Bachadon bo'ynining

qin qismini tekshirganda, turli o'lchamdagi va shakldagi endometrioid o'choqlarini topish mumkin (punktatdan 0,7-0,8 sm diametrli turli rangdagi kista bo'shliqlariga ega). Bachadonning istmus qismida qalinlashish, kengayish, og'riq aniqlanadi; qinning orqa bo'g'izida - infiltratsiya, chandiqlilik, bitishmali o'zgarishlar aniqlanishi mumkin. Dumg'aza-bachadon boylamlarining qalinlashishi, kuchlanishi, og'rig'i aniqlanadi, hayz arafasida va hayz paytida og'riq kuchayadi. To'g'ti ichak va bachadon bo'shlig'i hamda rektovaginal to'siqning chuqur tarqalgan endometriozini (qorin pardasi ostida 5 mm dan ortiq) aniqlash uchun eng ma'lumotga boy vaqt hayz ko'rish kunlari hisoblanadi.

Bimanual tadqiqot ma'lumotlari adenomiyozning shakliga (tugunli yoki diffuz), uning lokalizatsiyasiga bog'liq. Tugunli endometrioz bo'lganda, bachadonning burchaklari, tanasi yoki pastki qismidagi zich, og'riqli tugunlari bo'lgan normal yoki biroz kattalashgan bachadonni paypaslash mumkin.

Hayz ko'rishdan oldin va vaqtida ularning kattaligi biroz oshadi, bachadon yumshaydi va og'riq keskin kuchayadi. Diffuz adenomiyoz bilan bachadonning kattaligi homiladorlikning 5-8 xaftaligiga yetadi va kamroq undan ham kattalashadi. Bachadon hajmining hayz davrining fazalariga aniq bog'liqligi mavjud. Bachadon sharsimon shaklga ega bo'ladi.

Tuxumdonlarning endometriozini bilan bir yoki ikki tomondan zich, kattalashgan, og'riqli va harakatsiz tuxumdonlar yoki bachadon ortiqlarining konglomeratlari palpatsiya qilinadi. Adenomiyozda bo'lgani kabi, bachadon ortiqlari konglomeratining kattaligi va nozikligi hayz davrining fazalariga qarab o'zgaradi.

Vaginal tekshiruv paytida endometrioid kistalar bachadon va qorin pardaga iyopishgangan, lateral yoki orqa teshikda joylashgan, har xil o'lchamdagi (o'rtacha 6-8 sm), qattiq elastik konsistensiyali, harakatchanligi cheklangan og'riqli o'smaga o'xshash shakllanishlar sifatida aniqlanadi.

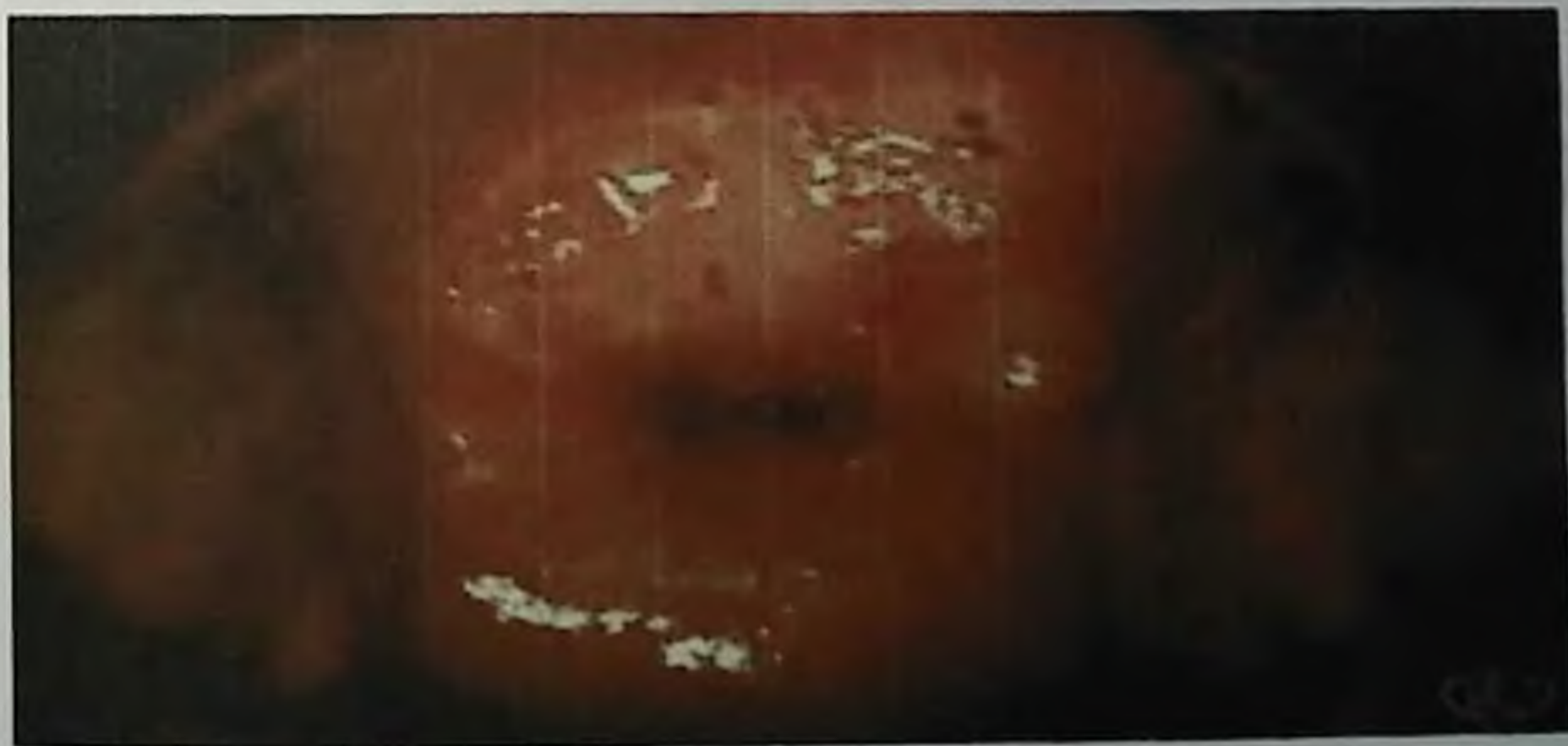
Rektovaginal to'siqning endometriozni qin orqali tekshirganda, undanda yaxshiroq rektovaginal tekshiruvda 0,8-1 sm va undan katta (4-5 sm gacha) notekis yuzasi bo'lgan zich og'riqli (ayniqsa, hayz arafasida va hayz paytida) shakllanish (tugun) sifatida bachadon istmus qismining orqa yuzasida aniqlanadi. Tugun zich, og'riqli infiltrat bilan o'ralgan bo'lib, to'g'ri ichakning old devori va qinning orqa teshigigacha cho'zilgan.

Qo'shimcha tadqiqot usullari

Endometriozni tashxislash uchun ultratovush, gisteroskopiya, kolposkopiya, gisterosalpinografiya, kompyuter tomografiyasi va/yoki yadro magnit-rezonans tomografiyasi keng qo'llaniladi. Yakuniy tashxisni aniqlash uchun eng muhimi, olib tashlangan to'qimalar va organlarning patomorfologik tekshiruvidir.

Kolposkopiya

Zararlanish joyini va shaklini belgilash imkonini beradi. Shu bilan birga, bachadon bo'yni vaginal qismida turli diametrdagi tugunli, mayda nuqta (endometrioid "ko'zlar") yoki qizil, binafsha-ko'k rangli chiziqlar ko'rinishidagi shakllanishlar aniqlanadi. Ushbu shakllanishlarning o'ziga xos xususiyati ularning hayzdan oldin ko'payishi va hayzdan keyin kamayishi hisoblanadi. Ba'zida "ko'zlar" quyuq jigarrang tarkibli ajralmaning chiqishi bilan ochiladi.





Ultratovushli tadqiqot (UTT)

Adenomyoz, endometrioid kistalarning ishonchli tashxisini ta'minlaydi, shuningdek, rektovaginal to'siqda jarayonning lokalizatsiyasiga shubha qilish imkonini beradi.

Ichki endometriozga shubha qilinganda ultratovush tekshiruvi hayz ko'rish boshlanishidan bir necha kun oldin va hayz davrining II bosqichida o'tkazilishi kerak. Transvaginal skanerlash ustunlik qiladi. Adenomyozdagi ultratovushli rasm aniq o'zgaruvchanlik bilan tavsiflanadi. Eng xarakterli belgilar:

- 1) bachadonning oldingi-orqa hajmining oshishi;
- 2) bachadonning bir devorining ikkinchisiga nisbatan 0,4 sm yoki undan ko'proqqa qalinlashishi;
- 3) bachadon bo'shlig'iga to'g'ridan-to'g'ri qo'shni bo'lgan miometriyda har xil qalinlikdagi geterogen exogenligi kuchaygan zonaning paydo bo'lishi (o'tish zonasi)
- 4) yuqori exogenli zonasida diametri 2-5 mm bo'lgan kichik dumaloq anexogen tuzilmalarning, shuningdek suyuqlikli bo'shliqlarning mavjudligi

Rektovaginal to'siq (retroservikal endometrioz) zararlanishining eng xarakterli ultratovush belgilari quyidagilardir:

- 1) to'g'ridan-to'g'ri bachadon bo'yni ostida va unga nisbatan eksentrik ravishda rektovaginal to'qimalarda zich shakllanish
- 2) uning exogenligining kamayishi;
- 3) tuzilmaning ichki tuzilishining xar xilligi;
- 4) tuzilmaning notekis va noaniq konturlari;
- 5) endometrioz o'chog'i joylashgan hududda vaginal sensor bilan bosilganda og'riq;
- 6) to'g'ri ichakga o'sib kirishning exografik belgilari.



Gisterosalpingografiya (GSG).

Adenomiyozi tashxisi uchun GSG hayz davrining 5-7 kunida yoki bachadon bo'shlig'ining diagnostik kyuretajidan keyin amalga oshiriladi. Bu endometrioid geterotopiyalarning barcha nuqtalariga suv kontrastining kirib borishini osonlashtiradi.

Adenomiyozi rentgenologik belgilari:

- 1) bachadon bo'shlig'ining notekis konturlari
- 2) konturorti soyalari ("jingalak" bachadonning alomati);
- 3) dumaloqlashgan nay burchaklari;
- 4) istmusning kengayishi (5 mm dan ortiq) va deformatsiyasi.

Gisteroskopiya

Gisteroskopiya paytida adenomiyozning eng xarakterli belgilari notekis konturlar, endometriyning "tizmalari" ko'rinishidagi notekis yuzasi mavjudligi; endometriyning funktsional qatlami olib tashlaganidan keyin tekislanmaydigan hujayrali strukturaning kriptalari. Ba'zi hollarda qon oqib chiqadigan "nuqtalar" yoki "yoriqlar" mavjud bo'lib, bu tomir ichiga kontrast modda yuborilgandan keyin ayniqsa aniq ko'rinadi.

CA-125 o'sma markerini aniqlash

Bu antigen bo'lib, u o'z tabiatiga ko'ra yuqori molekulyar og'irlikdagi mutsinga o'xshash glikoproteindir. Ushbu test tashqi endometriozda ko'proq ma'lumotga ega, ammo adenomiyoz va birga keladigan zararlanishlarda katta prognostik ahamiyatga ega emas.

Tashxislovchi laparoskopiya

Tashqi genital endometriozni tashxislashda diagnostik laparoskopiya qo'llaniladi. Laparoskopiya paytida endometriozning tipik namoyon bo'lishi qorin pardaning seroz yuzasida chandiqli burishgan qora o'choqlarning ("poroxli kuyish") mavjudligini o'z ichiga oladi.

Qorin bo'shlig'idagi tipik endometrioid zararlanishlar endometriotik markazdan qon ketishi va gemoglobin parchalanish mahsulotlarini ushlab turish natijasida yuzaga keladi, bu esa to'qimalarga xarakterli jigarrangni beradi. Chandiqli burushgan zararlanishlar bezlar, stroma, chandiqli to'qimalari va bo'shliq tarkibining birikmasidan iborat. Endometrioz, shuningdek, oq-qizil rangli nozik dog'lar, bezli bo'rtilar, tartibsiz shakldagi sariq-jigarrang dog'lar, yumaloq qorin parda nuqsonlari, qorin pardaning gipervaskulyarizatsiyalangan joylari va tuxumdonlar ostidagi bitishmalar shaklida ham namoyon bo'lishi mumkin.

Davolash

Endometriozni davolash maqsadlari:

- endometrioz o'chog'ini olib tashlash;
- og'riq intensivligini kamaytirish;
- bepushtlikni davolash;

- rivojlanishning oldini olish;
- kasallikning qaytalanishining oldini olish, bu radikal jarrohlik ehtiyojini kamaytiradi va ayollarning reproduktiv faoliyatini saqlab qolish imkonini beradi.

Jarrohlik amaliyoti konservativ terapiya orqali to'xtamaydigan surunkali tos og'rig'i, endometrioid kistalar yoki bepushtlik bo'lganda shuningdek, qo'shni organlarning siqilishi yoki shikastlanishi, funktsiyaning buzilishi bo'lgan hollar uchun tavsiya etiladi. Operatsiya hayz davrining 5-12-kunlarida amalga oshirilishi kerak, natijada qaytalanish xavfi 2 barobar kamayadi. Agar gemostaz zarur bo'lsa, gemostatik gubkalardan foydalanish kerak. Agar kichik tos bo'shlig'ining qo'shni a'zolarining shikastlanishi aniqlansa, operatsiya hajmini kengaytirish zarurati tug'ilsa, operatsiyaga jarroh yoki urologlarni (jarroh-ginekologning tegishli ixtisosligi ushbu organlarga jarrohlik aralashuvni amalga oshirish ko'nikmalariga ega bo'lmaganda) jalb qilish tavsiya etiladi. Endometriozni jarrohlik yo'li bilan davolashda laparoskopik kirishning afzalliklari shubhasizdir, ammo operatsiyaning yetarli hajmini ta'minlay oladigan endoskopik aralashuvni amalga oshirish imkoniyatini baholash kerak. Operatsiyalar III-IV darajali ixtisoslashtirilgan shifoxonada o'tkazilishi kerak. Shuni esda tutish kerakki, noto'g'ri (past sifatli) operatsiya ko'pincha qaytalanishlarga olib keladi, og'riqni yo'qotmaydi, reproduktiv faoliyatni tiklash imkoniyatini oshirmaydi va keyingi operatsiyani sezilarli darajada murakkablashtiradi. Radikal jarrohlik paytida reproduktiv faoliyatni saqlab qolish uchun tos va qorin bo'shlig'idagi barcha endometrioid infiltratlarni olib tashlash tavsiya etiladi, ammo keyinchalik YRTni qo'llash imkonini beradigan adneksektomiya zarur bo'lsa ham, bachadonni saqlab qolish majburiydir.

Infiltratsiyada faqat to'g'ri ichakning old devori ishtirok etganda (shilliq qavatning ishtirokisiz), uning qirish usuli ("Shaving") bilan kesilishi yoki ichak bo'shlig'ining 1/3 yoki 1/2 qismini to'liq shikastlangan holda segmentar rezektsiya qilish ko'rsatilgan. Bunday holda, choklarning mahkamligini va jarohat joyini peritonizatsiya

qilishning puxtaligini ta'minlash kerak. To'g'ri ichakning oldingi rezektsiyasini dumaloq kompression (siquvchi) anastomozni qo'yish bilan faqat stenozli zararlanishlarda o'tkazish tavsiya etiladi, bu hollarda operatsiya guruhiga koloproktolog kiritilishi kerak. Qovuqning endometrioid zararlanishida rezektsiya qilish sog'lom to'qimalarda organning yaxlitligini ikki qatorli choklar bilan tiklash va doimiy kateter bilan siydik pufagini uzoq vaqt drenajlash bilan birga amalga oshirilishi kerak.

Laparoskopiya - patologik jarayonning og'irligi va darajasidan qat'i nazar, endometriozni davolashda afzal qilingan jarrohlik usuli ("oltin standart"), optik kengayish orqali o'choqlarni yaxshiroq ko'rish, to'qimalarning minimal shikastlanishi va laparotomiyaga qaraganda bemorlarning tezkor rehabilitatsiya tufayli afzal hisoblanadi. Endometrioz o'choqlarini olib tashlash bilan terapevtik va diagnostik laparoskopiya, tashxislovchi laparoskopiya nisbatan endometrioz bilan bog'liq og'riqning intensivligini sezilarli darajada kamaytirishi bilan ustunlik qiladi. Jarrohlik yo'li bilan davolash va kirish usulini tanlash (laparoskopik yoki qorin bo'shlig'i) jarrohning tajribasi va muassasaning profili bilan belgilanadi. Qo'shni organlarning rezektsiyasi bilan keng tarqalgan infiltrativ zararlanishlar bilan qorin bo'shlig'i orqali laparotomik yondashuv ko'pchilik jarrohlardan uchun xavfsizroq deb tan olinishi kerak. Endometrioid kistalar devorini to'liq enukleatsiya qilish, uni bo'shatish va bo'shliqni yuvish tavsiya etiladi. Endometrioid kistaning kapsulasini olib tashlash faqat adnektomiya xavfi va/yoki tuxumdonlar zahirasining keskin kamayishi xavfi mavjud bo'lganda bajariladi. Ko'pincha bu holat endometrioid kistalarning qaytalanishi tufayli operatsiyani bajarishda yuzaga keladi. Bunday holda, kista kapsulasini radikal tarzda olib tashlashdan ko'ra, lazer bug'lanishini qo'llash maqbul hisoblanadi.

Kichik o'lchamdagi (30 mm dan kam) kapsulani olib tashlashning maqsadga muvofiqligi masalasi aniq yechimga ega emas. Tashxisni gistologik tekshirish, shuningdek, tuxumdon yomon sifatli o'smalari bilan differentsial tashxis qo'yish zarurati tufayli, bu holatlarda

sistektomiya oqlangan hisoblanadi. Endometrioid kistalarni (agar iloji bo'lsa) laparoskopik kirish yordamida olib tashlash tavsiya etiladi. Bunday holda, asbobning tejamkor ta'siri, energiya rejimlari (elektro-, lazer, krio-, plazma, ultratovush va boshqalar) xususiyatlarini hisobga olgan holda tuxumdonlar zahirasini maksimal darajada saqlab qolish uchun tuxumdon to'qimalari (faqat zararlangan hududlarning enukleatsiyasi) mikrojarrohlik operatsiyasining barcha tamoyillariga rioya qilish kerak. Ko'p hollarda tuxumdonni tikishdan bosh tortish kerak. To'qimalarni doimiy yuvish, qorin bo'shlig'ini doimiyligini saqlash rejimlarini qo'llash kerak. To'qimalarning yuqori qon ketishi nomoyon bo'lganda absorbsiyalovchi gemostatik gubkalardan foydalanish mumkin. Keng ko'lamlı bitishma jarayon bilan - bitishmaga qarshi to'siqlar ishlatiladi. Bepushtlik va endometriozni jarrohlik yo'li bilan davolashda tos a'zolarining normal anatomik munosabatlarini tiklash va endometrioid tuxumdon kistalarini olib tashlash, siydik yo'llari, tomirlar va ichi bo'sh organlarning devorlarida joylashgan endometrioz o'choqlarini to'liq kesmasdan koagulyatsiya qilish tavsiya etiladi. To'liq salpingo-ovarioliz, gemostaz o'tkazish va fallop naychalarining o'tkazuvchanligini tekshirish kerak. Tubal-peritoneal bepushtlikning rivojlanishiga yo'l qo'ymaslik uchun bitishmalarga qarshi to'siqlardan foydalanish tavsiya etiladi. Tabiiy fertillikni tiklash uchun takroriy operatsiyalarni o'tkazish tavsiya etilmaydi. YTRni rejalashtirishda endometrioid kistalarni olib tashlash va fallop naychalaridagi qaytarilmas o'zgarishlar uchun salpingektomiyani o'z ichiga olgan jarrohlik davolash usuli tayyorgarlik sifatida amalga oshiriladi. Jarrohlik yo'li bilan davolashda endometrioarning og'ir shakllari yoki laparoskopiyaga qarshi ko'rsatma bo'lgan ekstragenital kasalliklar bo'lmaganda, laparoskopik kirishni qo'llash kerak. Endometriozni jarrohlik yo'li bilan davolashning muhim tarkibiy qismi to'qimalarning shikastlanishini minimallashtirish orqali bitishmalarni shakllanishining oldini olishdir. Adenomiyoarning radikal davolash usuli sifatida faqat total gisterektomiya (bachadon ekstirpatsiyasi) tavsiya etiladi.

Konservativ davolash usullari

Endometrioz uchun gormonal terapiyaning barcha turlari oxir-oqibatda bir xil maqsadni ko'zlaydi - gipotalamus-gipofiz-tuxumdon tizimini ingibitorlash, endometrioid geterotopiyalar to'qimalarida atrofik o'zgarishlar rivojlanishi uchun endogen estrogen ishlab chiqarishni susaytirish. Bunday hodisalarni shartli ravishda gormonal dorilarning turli guruhlarini qo'llash orqali dori-darmonli amenoreya deb ataladigan holatni yaratish mumkin. Dori vositalarini tanlash va ulardan foydalanish usuli bemorlarning yoshiga, endometriozning lokalizatsiyasi va tarqalish darajasiga, dori-darmonlarga tolerantlikka, birga keladigan ginekologik patologiyaning mavjudligiga bog'liq.

Birinchi darajali terapiya sifatida progestogen monoterapiyasi (og'iz orqali, mushak ichiga yoki teri ostiga qabul qilinadi) tavsiya etiladi.

Progestinlar (progestogenlar, gestagenlar) - progesteronning sintetik analoglaridir. Progestogenlar bilan terapiya doimiy ravishda va amenoreya rivojlanadigan dozalarda amalga oshirilishi kerak. Bunday yondashuv nafaqat og'riqni yo'qotish, yangi jarohatlarning rivojlanishiga yo'l qo'ymaslik, balki mavjud o'choqlarning regressiyasini ham ta'minlash imkonini beradi. Qo'llash mumkin bo'lmagan holatlar va yon ta'sirlarni hisobga olish kerak. Hozirgi vaqtda endometriozni davolash uchun og'iz orqali qabul qilinadigan progestogenlar qo'llaniladi: medroksiprogesteron asetat (MPA), didrogesteron, dienogest, shuningdek progestogenlarning parenteral shakllari: MPA mushak ichiga va levonorgestrelli bachadon ichi qurilmasi kiritiladi. Dienogest (2 mg / kuniga, og'iz orqali) va levonorgestrel (intrauterin tizimning bir qismi sifatida bachadon ichiga 20 mg / kuniga) eng kam samarali dozada qo'llaniladi. Progestogenni uzluksiz qo'llashning eng ko'p uchraydigan nojo'ya ta'siri bu qon ketishdir, bu davolash davomiyligi oshgani sayin kamroq yuzaga keladi. Didrogesteron (uchinchi avlod progestogenlariga tegishli) og'iz orqali qabul qilinganda endometriyga tanlab ta'sir qiladi va shu bilan ortiqcha estrogenlar sharoitida endometriyal giperplaziya va / yoki onkologiya rivojlanish xavfini oldini oladi. Progestogenlarning

siklik rejimi (6-18 oy davomida 40-60 mg didrogesteron) platseboga nisbatan samarali emasligi aniqlangan. Dienogest antiproliferativ, antiangiogen, yallig'lanishga qarshi, immunomodulyatsion ta'sirga ega. Ushbu progestogenning afzalliklari orasida o'sayotgan follikulning granuloza hujayralarining apoptoziga qaratilgan ovulyatsiyani bloklashning maxsus mexanizmi, zaif markaziy ta'sir (follikulani stimullashtiruvchi gormon (FSG) va luteinlashtiruvchi gormon (LG) darajasini ingibitorlash va yaqqol antiproliferativ ta'sirni saqlab, estrogen yetishmovchiligi belgilari rivojlanishiga yo'l qo'ymaslik darajasi terapevtik oynada bo'lgan estradiol ishlab chiqarishning o'rtacha pasayishini ta'minlaydi.

Dienogest kuniga 2 mg dozada endometrioz bilan bog'liq og'riqlarni (dismenoreya, disparuniya va diffuz tos og'rig'i) yengillashtiradi, endometriotik o'choqlarning tarqalishini sezilarli darajada kamaytiradi. Preparat endometriozni uzoq muddatli davolash uchun to'g'ri keladi, chunki u bemorlar tomonidan yaxshi muhosaba qilinadi va metabolik profil va jigar faoliyatiga salbiy ta'sir ko'rsatmaydi. Qon ketishining chastotasi boshqa progestogenlar bilan taqqoslanganda mutanosibligini ko'rsatadi va terapiya davomiyligi oshishi bilan kamayadi.

Endometrioz bilan bog'liq og'riqlarni davolashda depo progestogenlarning samaradorligi dismenoreya, disparuniya va RG-RGa bilan solishtirish mumkin. Ushbu terapiyaning asosiy kamchiliklari uzoq muddatli va ko'p miqdorli qon ketishlar bo'lib, uni tuzatish qiyin, chunki progestogen ta'sirini tez va to'liq to'g'irlash mumkin emas. Ehtimol, MPA deposini qo'llashga ideal ko'rsatkich bu bachadondan qon ketishi ehtimolini istisno qilganda, ikki tomonlama salpingooforektomiyali yoki u siz gisterektomiyadan keyin qoldiq endometriozdir. Bundan tashqari, depo MPA dan uzoq muddatli foydalanish suyak mineral zichligiga salbiy ta'sir ko'rsatishi mumkin.

Homiladorlikni rejalashtirmagan ayollarda endometrioz/adenomiyozni davolash uchun levonorgestrel chiqaradigan bachadon ichi qurilmasi tizimidan (LNG-BIQ) foydalanish tavsiya

etiladi. Endometriozning turli shakllarida LNG-BIQ samaradorligi 19-nortestosteron hosilasi bo'lgan levonorgestrelning aniq antiestrogenik antiproliferativ ta'siri tufayli isbotlangan. Ovulyatsiyani bostirmasdan bachadon bo'shlig'iga kuniga 20 mkg levonorgestrelni qabul qilish eutopik va ektopik endometriyning atrofiyasiga, hayz paytida qon yo'qotishning pasayishiga va ba'zi bemorlarda amenoreya rivojlanishiga olib keladi. LNG-BIQ dan foydalanish muddati 5 yilni tashkil etadi, shundan so'ng davolashni yangi tizimni joriy etish orqali davom ettirish mumkin. LNG-BIQ dismenoreyani, tos a'zolaridagi og'riqlarni yengillashtiradi, shuningdek, rektovaginal endometriozni davolash samaradorligini oshiradi (ichak shilliq qavatini o'stirmasdan), bu ba'zi hollarda jarrohlikdan voz kechish va reproduktiv yoshdagi ayollarda fertillikni saqlaydi. Yon ta'siri boshqa progestogenlarni doimiy ravishda qo'llash bilan bir xil.

Yon ta'sirlarning yuqori chastotasi (gepatotoksiklik, androgenli ta'sir, anabolik ta'sir, gipoestrogenik ta'sir) tufayli danazolni (17-etiniltestosteron hosilasi) cheklangan miqdorda buyurish tavsiya etiladi. Danazol bilan davolash kursi odatda 6 oyni tashkil qiladi, birinchi 2 oydan keyin, qoida tariqasida, amenoreya rivojlanadi. Hayz sikli davolanishni to'xtatgandan keyin taxminan 4 haftadan so'ng tiklanadi. Danazolning klinik samaradorligi preparatning dozasi bog'liq: kasallikning I-II bosqichida kuniga 400 mg doza yetarli, III-IV bosqichda dozani kuniga 600-800 mg gacha oshirish mumkin.

Endometriozning og'ir va infiltrativ shakllarini davolashda Gn-RGa (gonadotropin rilizing gormonning agonistlari) ni buyurish tavsiya etiladi. Gn-RGa ning depo shakllari, mushak ichiga inyeksiya, teri osti implantlari shaklida qo'llaniladi, ular siklning 2-4 kunidan boshlab har 28 kunda bir marta qo'llaniladi va har kuni intranazal spreylarni qo'llash bilan terapiya ham mumkin. Gn-RGa terapiyasi fonida estrogen yetishmovchiligi rivojlanadi, klinik jihatdan issiq chaqnashlar, vaginal shilliq qavatning qurishi, libidoning pasayishi, sut bezlari hajmining pasayishi, uyqu buzilishi, hissiy labillik, asabiylashish, bosh og'rig'i va bosh aylanishi va MKT (maksimal kislorodga bo'lgan talab) ning 6-8%

ga tezlantirilgan pasayishi, bu preparatni qo'llash to'xtatilgandan keyin har doim ham to'liq tiklanmaydi. MKTning pasayishi davolash kursining davomiyligini cheklaydi va takroriy terapiya kurslariga qarshi ko'rsatma bo'lib xizmat qiladi. Shu munosabat bilan, osteoporoz rivojlanish xavfi bo'lgan ayollar uchun Gn-RGa ni buyurishdan oldin densitometriyani o'tkazish maqsadga muvofiqdir. Shu sababli, Gn-RGa o'smir bemorlarda endometriozni davolash uchun ishlatilmasligi kerak. Agar gipoestrogenik ta'sirlar yuzaga kelsa, kamdan-kam holatlar bundan mustasno, preparatni bekor qilish shart emas, ammo gormonlarni almashtirish terapiyasi sifatida qo'shimcha ravishda "add-back" (qayta) terapiyani buyurish kerak, yaxshisi ularni progestogenlar bilan birgalikda tabiiy estrogenlarni qo'shib buyurish kerak bo'ladi. aGN-RH ning "qayta" terapiyasi bilan kombinatsiyasi ularni 6 oydan ko'proq vaqt davomida qo'llash imkonini beradi, bu kasallikning chuqur infiltrativ shakllari, boshqa dorilar bilan davolash mumkin bo'lmagan kuchli og'riq sindromi, qaytalanish yoki retroservikal endometrioz o'choqlarining III-IV tarqalish bosqichlari va ularni to'liq olib tashlashning mumkin bo'lmaganida, adenomiyozning diffuz tugunli va kistoz shakllari uchun jarrohlikdan oldin va keyin, tos a'zolarida rekonstruktiv plastik jarrohlikdan keyin va boshqalarda uchun zarurdir.

Gn-RGa dan yoki LNG-BIQ endometriozni davolashda ikkinchi darajali davolash sifatida foydalanish tavsiya etiladi.

Davolashning boshqa turlari. Endometriozli bemorlarni davolash uchun fizioterapiya tavsiya etiladi. Siz past chastotali impulsli oqimlarni (buyrak tosh kasalligi yoki o't tosh kasalligi bilan xastalangan bemorlardan bundan mustasno), turli xil xususiyatlarga ega past chastotali magnit va elektromagnit maydonlarni, optik (yorug'lik) diapazondagi elektromagnit tebranishlarni (operatsiyadan keyingi erta davrda ushbu omillardan foydalanish eng to'g'ri qaror), balneoterapiyani (umumiy radon va yod-brom vannalari), gidroterapiyani (ignabargli, bishofit vannalari), klimatoterapiya (tabiiy haddan tashqari insolyatsiya endometriozning paydo bo'lishi va rivojlanishiga to'g'ridan to'g'ri ta'sir ko'rsatadi, hozirgi ob-havo sharoitidagi o'zgarishlarni hisobga olgan

holda bemorlarni ular uchun xos bo'lmagan iqlim zonalarida dam olish istagi bo'lganda ushbu fakt bo'yicha ogohlantirish kerak).

Endometrioz bilan xastalangan bemorlarni davolashda giperestrogenizmga olib keladigan jismoniy omillarni qo'llash qarshi ko'rsatilgan: terapevtik loy, qizdirilgan qum, parafin, vodorod sulfidi, natriy xlorid, turpentin, sulfidli vannalar, estrogenni stimullashtiruvchi fizik omillar (ultratovush, supratonal chastotali oqimlar, diatermiya, indotermiya, ultra va o'ta yuqori chastotali oqimlar), umurtqa pog'onasining lumbosakral sohasini massaj qilish, hammom va sauna.

Endometriozning I-II tarqalish bosqichlarida, uzoq muddatli gormon terapiyadan keyingi tanaffus paytida, bemorlarning yoshi kichik bo'lganda; dorivor (gormonal) vositalarga nisbatan muvosiqlik va bemorning somatik xastaligi bo'lganda, ayniqsa keksa bemorlarda muqobil davolash usuli sifatida; surunkali tos og'rig'i sindromi uchun yordamchi terapiya sifatida; endometriozni jarrohlik davolashda operatsiyadan keyingi erta davrda bitishmalar va mumkin bo'lgan yallig'lanish asoratlarning oldini olish uchun; operatsiyadan keyingi kech davrda tos bo'shlig'idagi bitishmalar, surunkali tos og'rig'ini kompleks davolashda; progressiv endometriozning klinik ko'rinishlarida zudlik bilan tasdiqlangan fizik omillar bilan davolashdan foydalanish tavsiya etiladi. Jarrohlik davolashni talab qiladigan endometriozning barcha shakllarida; endometrioz tarqalishining III-IV bosqichlarida; ruhiy holatning chuqur psixo-emotsional buzilishlarida; psixotrop dorilar bilan tuzatilgan asosiy kasallikning fonida bemorning nevrotizmida fizik omillarni qo'llash tavsiya etilmaydi.

Mavzu bo'yicha nazorat savollari va namunaviy javoblar

1. Bachadon ichki endometriozining eng keng tarqalgan shakli:

- a) diffuz;
- b) o'choqli;
- c) tugunli.

To'g'ri javob: A

2. Bachadonning ichki endometriozini tashxislashda gisterosalpingografiya ... vaqtda eng ma'lumotli hisoblanadi:

- a) hayz ko'rish boshlanishidan 1-2 kun oldin;
- b) hayz ko'rgandan keyin darhol;
- c) 12-14-kunlarda;
- d) 16-18 kunlarda;
- e) 20-22 kunlarda.

To'g'ri javob: B

3. Operatsiyadan keyingi erta davrda endometriozli bemorlarni reabilitatsiya qilish ...ga qaratilgan:

- a) tos bo'shlig'idagi strukturaviy o'zgarishlarni kamaytirish;
- b) birga keladigan endokrin o'zgarishlarni kamaytirish;
- c) og'riqni kamaytirish ;
- d) yuqoridagilarning barchasi;
- e) yuqoridagilarning hech biri.

To'g'ri javob: D

4. Homiladorlikning endometrioz rivojlanishiga ta'siri:

a) dastlabki 2-3 oy ichida endometrioid geterotopiyalarning ko'payishiga olib keladi, keyin esa ularning teskari rivojlanishi sodir bo'ladi;

b) emizikli ayollarda tug'ruqdan keyingi davrda endometriozning ayniqsa sezilarli regressiyasi kuzatiladi;

c) endometriozning rivojlanishi butun homiladorlik davrida faollashadi;

- d) to'g'ri javoblar a) va c);
- e) yuqoridagilarning hech biri.

To'g'ri javob: D

5. Endometrioz - bu:

- a) ektopik endometriymning disgormonal giperplaziyasi;
- b) o'smaga o'xshash jarayon;
- c) morfologik va funksional xususiyatlari bo'yicha endometriyga o'xshash to'qimalarning yaxshi o'sishi;
- d) to'g'ri javoblar a) va c);
- e) barcha javoblar to'g'ri.

To'g'ri javob: C

6. Bachadon bo'yni endometriozining asosiy klinik belgisi:

- a) algomenoreya;
- b) menometrorragiya;
- c) hayzdan oldingi va keyingi qonli ajralmalar;
- d) bepushtlik;
- e) barcha javoblar to'g'ri.

To'g'ri javob: C

7. Bachadon tanasining ichki endometriozining 3-bosqichi uchun hayz ko'rish arafasida... odatiy emas:

- a) bimanual tekshirishda bachadon qalinlashgan;
- b) bachadonning kattalashishi;
- c) bachadonning yumshashi;
- d) kuchli og'riq.

To'g'ri javob: C

8. 3-4-bosqichdagi retroservikal endometrioz bilan hayz ko'rish arafasida va kunlarida quyidagilar qayd etiladi:

- a) qin va to'g'ri ichakka tarqaladigan o'tkir "otish" og'riqlari;
- b) meteorizm, qabziyat;
- c) najasda qonning qorishmasi;
- d) to'g'ri javoblar a) va c);
- e) Barcha javoblar to'g'ri.

To'g'ri javob: E

9. Bachadonning ichki endometriozini tashxislashda metrosalpingografiyaning informativligi ta'minlanadi:

- a) faqat suvli kontrastli eritma yordamida;
- b) bachadon bo'shlig'ini kontrastli eritma bilan "qattiq" to'ldirish;
- c) hayz davrining 2-bosqichida tadqiqot o'tkazish;
- d) to'g'ri javoblar a) va c);
- e) Barcha javoblar to'g'ri.

To'g'ri javob: B

10. Bachadon tanasining ichki endometriozining rentgenologik belgilarini aniqlang:

- a) kontur soyalari;
- b) bachadon bo'shlig'ining notekis konturlari;
- c) bachadon istmusining kengayishi, nay burchaklarning yumaloqlashgan konturi;
- d) yuqoridagilarning hech biri;
- e) Barcha javoblar to'g'ri.

To'g'ri javob: E

11. Adenomioz – bu:

- a) bachadon tanasining shilliq qavatining yallig'lanishi;
- b) endometriyning rak oldi kasalligi;
- c) bachadon bo'yni saraton oldi kasalligi;
- d) Bachadon tanasining ichki endometriozini tarqalishining III darajasi;
- e) bachadonning yaxshi sifatli o'smasi;

To'g'ri javob: D

12. Tashqi genital endometrioz... tashqari quyidagi barcha shakllarni o'z ichiga oladi:

- a) tuxumdonlar;
- b) bachadon tanasi;
- c) bachadon bo'yni;
- d) bachadonning orqa bo'shlig'i;
- e) bachadon nayi interstitsial qismi;

To'g'ri javob: B

13. Tashqi genital endometrioz tashxisida instrumental tekshirish usullaridan qaysi biri eng informatsion hisoblanadi?

a) biopsiya namunalarini patomorfologik tekshirish bilan laparoskopiya;

b) transvaginal exografiya;

c) endometriy qirindilarini patomorfologik tekshirish bilan gisteroskopiya;

d) rentgen-televizion gisterosalpingografiya;

e) kompyuter tomografiyasi;

To'g'ri javob: A

14. Gonadotropin rilizing gormon agonistlarini tayinlashga qarshi ko'rsatmalarni ko'rsating:

a) tuxumdon endometriozi;

b) bachadon miomasi;

v) endokrin kelib chiqadigan bepushtlik;

d) ko'krak bezi saratoni;

e) yuqoridagilarning hech biri;

To'g'ri javob: C

15. Gonadoliberin agonistlarining asosiy yon ta'sirini sanab o'ting:

a) «qizish hissi»;

b) depressiya;

c) qinning shilliq qavatida quruqlik hissi;

d) to'g'ri javob berilmagan;

e) Barcha javoblar to'g'ri;

To'g'ri javob: E

16. Endometriozni kompleks davolashda sintetik estrogen-gestagenik preparatlar:

a) kamdan-kam ishlatiladi

b) hayz davrining 5-dan 25-kuniga qadar qo'llanilishi mumkin

c) endometrioz va bachadon miomasi birgalikda kelganda qo'llaniladi;

d) androgenlar bilan birgalikda qo'llaniladi;

e) endometriotik o'choqlarda proliferativ jarayonlarning faolligiga ta'sir qilish;

To'g'ri javob: E

17. Ichki endometrioz ... :

a) kolposkopiya bilan tashxis qo'yiladi;

b) kam uchraydi;

c) endometriyning bazal qatlamidan rivojlanadi;

d) gormon terapiyasiga yaxshi javob beradi;

e) gisteroskopiya paytida aniqlanadi;

To'g'ri javob: D, E

18. Adenomioz:

a) bachadon miomasi bilan birga kelishi mumkin;

b) kamdan-kam hollarda hayz ko'rishning buzilishi bilan birga keladi;

c) endometriy qirib tashlashning gistologik tekshiruvi bilan aniqlanadi;

d) gisteroskopiya va gisterografiya bilan tashxis qilinadi;

e) konservativ terapiyaga yaxshi javob beradi;

To'g'ri javob: A, D, E

19. Tuxumdonlar endometriozi:

a) tashqi genital endometrioza kiradi;

b) tipik klinik belgilar bilan xarakterlanadi;

c) gisterosalpingografiya yordamida aniqlanadi;

d) gisteroskopiya paytida tashxis qo'yiladi;

e) jarrohlik yo'li bilan davolash uchun ko'rsatma hisoblanadi.

To'g'ri javob: A, E

20. Endometrioznining klinik ko'rinishiga quyidagilardan qaysi biri kiradi:

a) hayz davrining buzilishi;

b) siklik yuzaga keladigan og'riq sindromi;

c) bepushtlik;

d) qo'shni organlarning faoliyatini buzish;

e) astenonevrotik sindrom.

To'g'ri javob: barchasi to'g'ri

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO'YXATI

1. Агабабян Л.Р., Ахмедова А.Т. Возможности коррекции климактерических расстройств у женщин с противопоказанием к заместительной гормональной терапии // *Problemy Reproduktsii*, 2017. Т. 23. № 3. С. 37-41.
2. Агабекян Г.Г., Балаян Б.Г., Агабекян Л.Э. Маточные кровотечения и кровянистые выделения как предпосылка предраковых заболеваний // *Русский медицинский журнал*. - 2012. - № 1. - С. 16.
3. Адамян Л. В., Гусаева Х. З., Марченко И. А. Изучение экспрессии гена каталитической субъединицы теломеразы (h TERT) при сочетанных доброкачественных заболеваниях эндо- и миометрия (миома матки, аденомиоз, гиперплазия эндометрия) // *Проблемы репродукции*. – 2007. – Т. 13, № 3. – С. 6-10.
4. Айламазян Э. К. Гинекология: от пубертата до менопаузы.— М.: МЕД пресс, 2017.— С. 512.
5. Алиев Л.Л. и др. Динамика уровней половых стероидов и маркеров ассоциированного воспаления на этапах прогрессирования гиперплазии эндометрия // *Крымский журнал экспериментальной и клинической медицины*. - 2015. -Т. 5, № 4 (20). - С. 8-13.
6. Алиева, А.С. Абляция эндометрия при гиперпластических процессах у женщин перименопаузального возраста: дис.... канд. мед. наук / А.С. Алиева. — М., 2018.-121с.
7. Алиева Д.А., Аскарлова З.З., Каримова Г.С., Значение гистероскопии в диагностике аномальных маточных кровотечений в перименопаузе-*Вопросы науки и образования*. 2020.-20-26с
8. Алтухова О. Б., Чурносков М. И. Ассоциации сочетаний генетических полиморфизмов - 308 A TNF α и +36 G TNFR1, +36 A/G TNFR1 и -322 VNTR TNFR2 с характером поражения матки при миоме // *Материалы VI Съезда Российского общества медицинских генетиков - Ростов-на-Дону*, 2010. – С.8.

9. Андреева Е. Н., Григорян О. Р., Макарова И. И. Патогенетические аспекты развития гиперпластических процессов эндометрия у женщин с метаболическим синдромом в период менопаузы // Проблемы репродукции. - 2009. - № 2. - С. 62-66.

10. Асатурова А. В. Современные подходы к диагностике гиперпластических процессов эндометрия на основе молекулярно-биологических исследований: дисс. канд. мед. наук: -М., 2011. - 106 с.

11. Аскарова З.З., Курбаниязова М.З. Результаты изучения структуры патологии эндометрия у женщин с аномальными маточными кровотечениями в период перименопаузы // Проблемы биологии и медицины, 2020. № 4. Том. 120. С. 25-27. DOI: <http://doi.org/10.38096/2181-5674.2020.4.00183>.

12. Бабийчук В. Г. Влияние экстремальной криотерапии на морфо-функциональное состояние центральной нервной и сердечно-сосудистой систем // Проблемы криобиологии.— 2015.— Т. 15.— № 3.— С. 458– 464.

13. .

14. Беришвили А.И., Кочоян Т.М., Левкина Н.В. Лапароскопия в лечении рака тела матки у больных с метаболическим синдромом. Описание случая // Опухоли женской репродуктивной системы. - 2015. - N 2. - С. 82-85.

15. Берштейн Л.М., Иевлева А.Г., Мухина М.С. Связь гормон-ассоциированных свойств и пластичности оментального жира с клинико-морфологическими особенностями рака эндометрия у больных с различным фенотипом ожирения // Вопросы онкологии. - 2016. - N 1. - С. 79-84.

16. Биштави А. Х., Табакман Ю. Ю., Солопова А. Г. Морфологические изменения эндометрия у больных с аномальными маточными кровотечениями [Текст] // Акушерство, гинекология и репродукция. – 2014. – Т. 8, № 4. – С. 65.

17. Бреусенко В.Г., Карева Е.Н., Голухов Г.Н. и др. Проллиферативные процессы в эндометрии у пациенток в пре- и

постменопаузе. Влияние патологической пролиферации на стероидно-рецепторный профиль эндометрия // Российский вестник акушера-гинеколога. -2016.- Т. 16, № 4.- С. 25-31.

18. Валеева Ф.В., Зубаирова Л.Д., Тагирова А.А. Клинико-диагностическое значение микровезикуляции клеток крови при аномальных маточных кровотечениях. // Практическая медицина. 2009; 34: С. 109-111.

19. Вдовиченко Ю. П., Гопчук Е. Н., Герасимова Т. В. Аномальные маточные кровотечения репродуктивного возраста – современное состояние проблемы, средства коррекции [Текст] // Здоровье женщины. – 2012. – № 9 (75). – С. 032–036.

20. Веселова Н. М., Мартюшов А. Н. Роль психологического тестирования у девочек-подростков с кровотечениями пубертатного периода // Матер. VI рос. форума «Мать и дитя». — М., 2016.— С. 314–315. 18.

21. Вихляева Е. М., Железнов Б. Ю., Запорожан В. Н. Руководство по эндокринной гинекологии. Гиперпластические процессы эндометрия / Под ред. Е. М. Вихляевой.— М.: Мед. информ. агентство, 2017.— С. 684–710.

22. Вовк И.Б., Горбань Н.Е., Борисюк О.Ю. Гиперплазия эндометрия (Клиническая лекция) // Здоровье женщины. — 2016. — №5. — С. 10-18.

23. Выдрыч А.Н. Ожирение в практике врача-гинеколога: клинический случай // Consilium medicum. - 2015. - N 6. - С. 49-55.

24. Горных О. А. и др. О тактике ведения больных с атипической гиперплазией эндометрия // Проблемы репродукции. - 2014. - № 1. - С. 20-23.

25. Григоренко А.Н., Астахова Е.В. Смена парадигм: возможности применения монофазных комбинированных оральных контрацептивов при аномальных маточных кровотечениях и гиперплазии эндометрия // Жшочий лшар.-2016.- Т.68, №6 -С 28-39.

26. Дамиров, М. М. Современные подходы к патогенезу лейомиомы матки, осложненной маточным кровотечением (обзор

литературы) // Неотложная медицинская помощь: журнал им. Н. В. Склифосовского. – 2015. – № 2. – С. 11–15.

27. Доброхотова Ю. Э., Сапрыкина Л. В. Гиперплазия эндометрия. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 90 с.

28. Дубоссарская З. М. Репродуктивная эндокринология: Учебно-метод. пособие.— Днепропетровск: Лира ЛТД, 2018.— С. 416.

29. Думановская М. Р. Клиническое значение экспрессии молекулярногенетических маркеров опухолевого роста при гиперплазии эндометрия и оптимизация гормонотерапии: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.01 /– М., 2015. – 24с.

30. Есенева Ф.М., Шалаев О.Н., Оразмурадов А.А., Радзинский В.Е., Киселев В.И., Салимова Л.Я. Влияние эпигенетических процессов на экспрессию генов стероидных рецепторов при миоме матки. // Трудный пациент №1-2. Том 15. 2017. С. 23-26.

31. Есенева Ф.М., Киселев В.И., Салимова Л.Я. Эпигенетика и эпигенетические абберации при миоме матки // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. — 2016. — № 2. — С. 160-170.

32. Заварыкина Т.М., Тюляндина А.С., Хохлова С.В., Хабас Г.Н., Асатурова А.В., Носова Ю.А., Бреннер П.К., Капралова М.А., Аткарская М.В., Ходырев Д.С., Бурденный А.М., Логинов В.И., Стенина М.Б., Сухих Г.Т. Связь молекулярно-генетических маркеров генов TP53, MDM2 и CDKN1A с длительностью времени без прогрессирования рака яичников после платиносодержащей химиотерапии. // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. 2020, 169 (4). С. 472-476.

33. Запорожан В. Н., Вихляева Е. М., Железнов Б. И. Дисфункциональные маточные кровотечения // Руководство по эндокринной гинекологии / Под ред. Е. М. Вихляевой.— М.: Мед. информ. агентство, 2015.— с.768

34. Зайдиева Я.З. Аномальные маточные кровотечения в перименопаузе // Российский вестник акушера-гинеколога 5, 2018г. с. 92-99.
35. Инструкция по применению препарата Визанна.
36. Инструкция по применению препарата Мирена, версия 12/09/2016.
37. Каппушева Л. М. и др. Выбор метода терапии гиперплазии эндометрия в перименопаузе // Акушерство и гинекология. - 2005. - № 6. - С. 37-42.
38. Киселев В.И., Радзинский В.Е., Шалаев О.Н., Есенева Ф.М. и др. Особенности ДНК-метилирования при миоме матки // Молекул. мед. 2017. Т. 15, № 3. С. 45–50.
39. Киселев В.И.1, Муйжнек Е.Л.2, Ашрафян Л.А.1, Сухих Г.Т. Эпигенетика в гинекологии и онкогинекологии: WIF и реальность. // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. 2018. № 1. С. 18–26.
40. Клишо Е.В. Кондакова И. В. Чойнзонов Е. Л. Матриксные металлопротеиназы в онкогенезе // Сибирский онкологический журнал. — 2003. — № 2. — С. 63-70.
41. Ковалева Л.А. Маточные кровотечения в климактерии, онкологические риски // Гинекология. - 2013. - N 2. - С. 26-29.
42. Коваль Е. Ю., Уткин Е. В. Хронический эндометрит как одна из причин формирования гиперпластического процесса эндометрия [Текст] / // Инновационные технологии в акушерстве и гинекологии: междисциплинарное взаимодействие в сохранении репродуктивного здоровья: сборник научных трудов, посвященный 40-летию образования кафедры акушерства и гинекологии № 2 Самарского государственного медицинского университета. – Самара, 2014. – С. 120–127.
43. Кочетов А.Г, Лянг О.В., Масенко В.П., Жиров И.В., Наконечников С.Н., Терещенко С.Н. Методы статистической обработки медицинских данных. // Методические рекомендации. – Москва 2012.

44. Краснопольский В. И. и др. Новая технология противорецидивной гормональной терапии гиперпластических процессов эндометрия у женщин позднего репродуктивного возраста // Лечащий врач. - 2012. - № 11. - С. 12-16.

45. Леваков С.А., Шешукова Н.А., Большакова О.В. Предоперационная терапия миомы матки. // Проблемы репродукции. 2014; 2: С. 57-58.

46. Манухин И.Б., Тумилович Л.Г., Геворкян М.А. Гинекологическая эндокринология. Клинические лекции: руководство для врачей – 3-е изд., перераб. / – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 272 с.: ил. – (Серия «Библиотека врача-специалиста»).

47. Нажмутдинова Д. К., Юлдашева Д. Ю. Клиническое значение определения матриксных металлопротеиназ и их ингибиторов при гиперплазии эндометрия сочетанной с патологией шейки матки // Вест. Ташкентской мед. академии. — Ташкент, 2014.- №4. — С. 86-89.

48. Нажмутдинова Д. К., Юлдашева Д. Ю. Изучение частоты аллельных вариантов и генотипов полиморфизма RS 1042522 гена TP53 у больных с интраэпителиальными неоплазиями шейки матки // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. – Ташкент, 2015. — №2. — С. 98-99.

49. Новикова О. В. и др. Самостоятельная гормонотерапия предрака и начального рака эндометрия: за и против // Вопросы онкологии. — 2014. -№ 3. - С. 306-312.

50. Озолия, Л.А., Патрушев Л.И., Болдина Е. Современные представления о патогенезе гиперпластических процессов эндометрия и возможности их лечения Лечение и профилактика, 2013.-№2.-С. 106-112.

51. Сабдулаева Э. Х. Клиническое значение молекулярных маркеров при папилломавирусной инфекции: автореф. дис.... канд. мед. наук : - М., 2013. – С. 20.

52. Савельева Г.М., Сухих Г.Т., Серов В.Н., Манухин И.Б., Радзинский В.Е. Гинекология. Национальное руководство. ГЭОТАР-Медиа. 2017, 1048 с.
53. Савилова А. М., Юшина М. Н., Рудимова Ю. В. и др. Сравнительная характеристика мультипотентных мезенхимных стромальных клеток, выделенных из очагов эндометриоза человека и из эндометрия // Клеточные технологии в биологии и медицине. 2016. № 2. С. 132–137.
54. Саидова Р.А., Макацария А.Д. Принципы патогенетической терапии аномальных маточных кровотечений в разные периоды жизни женщины. // Акушерство, гинекология и репродукция. 2014; 8 (4) С. 82-83.
55. Сидорова И. С., Шешукова Н. А., Федотова А. С. Современный взгляд на проблему гиперпластических процессов в эндометрии // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2008. - № 5. - С. 19-22.
56. . Сметник В. П., Тумилович Л. Г. Неоперативная гинекология.— М.: Мед. информ. агентство, 2016.— С. 632.
57. Сабирова Р. А., Юлдашева Д. Ю., Турсунов Д. Х., Касимов Э. Р. Роль матриксных металлопротеиназ в развитии патологических состояний // Вест. Ташкентской мед. академии. — Ташкент, 2015. — №2. — С. 16-25.
58. Стрижаков А.Н. и др. Дифференцированный подход к диагностике и тактике ведения больных с гиперпластическими процессами эндометрия в постменопаузе // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2014. -№ 1. - С. 5-14.
59. Тананакина Е.Н. Эффективность мелатонина в комплексной терапии аномальных маточных кровотечений. // Акушерство, гинекология и репродукция. 2015; 4, С. 25-30.
60. Тарасова М. А., Ярмолинская М. И. Дисфункциональные маточные кровотечения // Журн. акушерства и женских болезней.— 2018.— № 1.— С. 77–81.

61. Тихомиров А.Л., Казенашев В.В., Манухин И.Б. Курсовое лечение миомы матки улипристала ацетатом. Проблемы репродукции. 2014; 6. С. 54-60.
62. Толибова Г.Х., Траль Т.Г., Клещев М.А. Эндометриальная дисфункция: алгоритм клиническо-морфологического исследования: учебное пособие для врачей // Санкт-Петербург: ГБУЗ «Городское патолого-анатомическое бюро», 2016. – С. 42.
63. Трубникова Л.И., Вознесенская Н.В., Таджиева В.Д., Корнилова Т.Ю., Албутова М.Л., Тихонова Н.Ю. // Актуальные вопросы гинекологии. Учебно-методическое пособие. Ульяновск - 2019. 266 с.
64. Унанян А.Л., Сидорова И.С., Коган Е.А., Бабурин Д.В. Прогнозирование рака тела матки у женщин с гиперпластическими процессами эндометрия в пременопаузальном возрасте. // Акушерство, гинекология и репродукция. 2012; 2. С. 18-24
65. Усманова А. О., Юлдашева Д. Ю., Турбанова У. В. Сравнительная характеристика дисфункциональных маточных кровотечений у женщин в пременопаузальном периоде // Сб. матер. Респуб. научн.-практ. конф. — Бухара, 2015. – С 72.
66. Чернуха Г.Е., Ильина Л.М. Воспаление - биологическая основа обильного менструального кровотечения. Гинекологическая эндокринология 2015; 20-7.
67. Чернуха Г.Е., Думановская М.Р., Бурменская О.В., Шубина Е.С., Коган Е.А., Трофимов Д.Ю. Экспрессия генов, регулирующих апоптоз, при разных типах гиперплазии эндометрия и эндометриоидной карциноме // Акушерство и гинекология. - 2013. - №1. — С. 63-69.
68. Чернуха Г.Е., Ильина Л.М., Иванов И.А. Аномальные маточные кровотечения: ставим диагноз и выбираем лечение. Гинекология 2018, №4.

69. Щербина Н. А., Танько О. П., Раков А. В. Лечение дисфункциональных маточных кровотечений // Эксперимент. і клінічна медицина.— 2015.— № 1.— С. 135–136.

70. Юлдашева Д.Ю. Роль матриксных металлопротеиназ и их ингибиторов при развитии гиперплазии эндометрия // Фундаментальные исследования. – 2015. – № 1-4. – С. 845-847.

71. Юлдашева Д. Ю., Усманова А. О. Медико-социальная значимость гиперпластических процессов эндометрия у женщин пременопаузального периода // Дерматовенерология и эстетическая медицина. Научн.-практ. журн. — Ташкент, 2015. — №2(26). — С. 78-79.

72. Юлдашева Д. Ю., Каримов Х. Я., Бобоев А. Т., Комилова И. А., Садикова Д. Р. Способ прогнозирования неоплазии шейки матки у женщин с гиперпластическими процессами эндометрия // IAP 2015 0492 Ўзбекистон Республикаси интеллектуал мулк агентлиги 29.01.2016. — №1(177). — С. 38.

73. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 121. Long-acting reversible contraception: implants and intrauterine devices. Obstet Gynecol. 2011; 118:184-196.

74. AlHilli MM, Hopkins MR, Famuyide AO. Endometrial cancer after endometrial ablation: systematic review of medical literature. J Minim Invasive Gynecol. 2011; 18:393-400.

75. Andersson M., Lidbrink E., Bjerre K. et al. Phase III randomized study comparing docetaxel plus trastuzumab with vinorelbine plus trastuzumab as first-line therapy of metastatic or locally advanced human epidermal growth factor receptor 2-positive breast cancer: the HERNATA study. J. Clin. Oncol., 2011, 29(3): 264–71.

76. Asaturova A., Dumanovskaya M., Chernukha G., Kogan E., Fayzullina N. The innovative approach to PI3/AKT-signalling pathway unbalance in endometrial hyperplasia and it's modulation with micronized progesterone // Abstracts of the 20th World Congress on Controversies in Obstetrics, Gynecology & Infertility (COGI) (Paris, December 04-07, 2014) // Abstract book - 2014. - P. 44.

77. Basila D, Yuan CS. Effects of dietary supplements on coagulation and platelet function. *Thromb Res.* 2015; 117:49-53.
78. Bosteels J, Kasius J, Weyers S. Hysteroscopy for treating subfertility associated with suspected major uterine cavity abnormalities. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;2:CD009461.
79. Gupta JK, Sinha A, Lumsden MA, Hickey M. Uterine artery embolization for symptomatic uterine fibroids. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;12:CD005073.
80. Fernandez-Cuesta L., Anaganti S., Hainaut P. et al. (2010) p53 status influences response to tamoxifen but not to fulvestrant in breast cancer cell lines. *Int. J. Cancer*, 128(8): 1813–21.
81. Fernández-Cuesta L., Oakman C., Falagan-Lotsch P. et al. (2012) Prognostic and predictive value of TP53 mutations in node-positive breast cancer patients treated with anthracycline- or anthracycline/taxane-based adjuvant therapy: results from the BIG 02-98 phase III trial. *Breast Cancer Res.*,14(3).
82. Kim H.S., Yom C.K., Kim H.J. et al. (2010) Overexpression of p53 is correlated with poor outcome in premenopausal women with breast cancer treated with tamoxifen after chemotherapy. *Breast Cancer Res. Treat.*, 121(3): 777–88.
83. Kim W.-U. et al. Elevated matrix metalloproteinase-9 in patients with systemic Sclerosis // *Arthritis Res. Ther.* — 2005. — Vol. 7. — P. R71-R79.
84. Kongnyuy EJ, Wiysonge CS. Interventions to reduce haemorrhage during myomectomy for fibroids. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(2):CD005355.
85. Lacey J. V. Jr. et al. Absolute risk of endometrial carcinoma during 20-year follow-up among women with endometrial hyperplasia // *J. Clin. Oncol.* - 2010. -Vol. 28 (5).-P. 788-792.
86. Lee D.S., Kim H. S., Suh Y.J. et al. (2011) Clinical implication of p53 overexpression in breast cancer patients younger than 50 years with a triple-negative subtype who undergo a modified radical mastectomy. *Jpn. J. Clin. Oncol.*,41: 854–66.

87. Lehmann-Che J., André F., Desmedt C. et al. (2010) Cyclophosphamide dose intensification may circumvent anthracycline resistance of p53 mutant breast cancers. *The Oncologist*, 15(3): 246-252.
88. Le N. T. et al. The dual personalities of matrix metalloproteinases in inflammation // *Front Biosci.* — 2007. — Vol. 12. — P. 1475-1487.
89. Lumsden MA, Wedisinghe L. Tranexamic acid therapy for heavy menstrual bleeding. *Expert Opin Pharmacother.* 2011; 12:2089-2095.
90. Maata M., Soini Y., Liakka A., Autio-Harminen H. Localisation of MT1- MMP, TIMP-1, TIMP-2 and TIMP-3 messenger RNA in normal, hyperplastic and neoplastic endometrium Enhanced expression by endometrial adenocarcinomas is associated with low differentiation. // *Am. J. Clin. Pathol.* — 2000.-Vol.114.-P.402-411
91. Malcolm G. Munro, Hilary O.D. Critchley, Michael S. Broder, Ian S. Fraser; for the FIGO Working Group on Menstrual Disorders. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nonpregnant women of reproductive age. *Int J Gynaecol Obstet.* 2017; 113:3-13.
92. Manyonda IT, Bratty M, Horst JS, Banu N, Gorti M, Belli AM. Uterine artery embolization versus myomectomy: impact on quality of life—results of the FUME (Fibroids of the Uterus: Myomec Russian bulletin of obstetrician-gynaecologist 5, 2018 99 tomy versus Embolization) Trial. *Cardiovasc Intervent Radiol.* 2012; 35:530-536.
93. Malamou-Mitsi V., Gogas H., Dafni U. et al. (2006) Evaluation of the prognostic and predictive value of p53 and Bcl-2 in breast cancer patients participating in a randomized study with dose-dense sequential adjuvant chemotherapy. *Ann. Oncol.*, 17: 1504-1511.
94. Miles D.W., Chan A., Dirix L.Y. et al. (2010) Phase III study of bevacizumab plus docetaxel compared with placebo plus docetaxel for the first-line treatment of human epidermal growth factor receptor 2-negative metastatic breast cancer. *J. Clin. Oncol.*, 28(20): 3239-3247.

95. Nergiz S., Demircan-Sezer S., Kucuk M. et al. Comparison of diagnostic methods for evaluation of postmenopausal bleeding. *Eur J Gynecol Oncol.* 2014; 35 (2): 292-297.
96. Robertson J.F., Llombart-Cussac A., Rolski J. et al. (2009) Activity of fulvestrant 500 mg versus anastrozole 1 mg as first-line treatment for advanced breast cancer: results from the FIRST study. *J. Clin. Oncol.*, 27(27): 4530–35.
97. Seravalli V., Linari S., Peruzzi E.E. et al. Prevalence of hemostatic disorders in adolescents with abnormal uterine bleeding. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2013 Oct; 26 (5): 285-289.
98. Stovall TG, Photopoulos GJ, Poston WM, Ling FW, Sandlers LG. Pipelle endometrial sampling in patients with known endometrial carcinoma. *Obstet Gynecol.* 2011; 77:954-956.
99. Senol T, Kahramanoglu I, Dogan Y, Baktiroglu M, Karateke A, Suer N. Levonorgestrel-releasing intrauterine device use as an alternative to surgical therapy for uterine leiomyoma. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2015; 42:224-227.
100. Upson K. et al. Biomarkers of progestin therapy resistance and endometrial hyperplasia progression // *Am. J. Obstet. Gynecol.* - 2012. - Vol. 207. - P. 36.e1-e8.
101. Vassilev V. et al. Response of Matrix Metalloproteinases and tissue inhibitors of metalloproteinases messenger ribonucleic acids to ovarian steroids in human endometrial explants mimics their gene-and phase-specific differential control in vivo // *J. Clin. Endocrinol. Metab.* — 2005. — Vol. 90. — P. 5848-5857.
102. Vousden K.H., Prives C. (2009) Blinded by the light: the growing complexity of p53. *Cell*, 137: 413–431.
103. Wheeler H. E. et al. Sequential use of transcriptional profiling, expression quantitative trait mapping and gene association implicates MMP20 in human kidney aging // *PLoS Genet.* — 2009. — Vol. 10. — e1000685.
104. World Cancer Report (2008) International Agency for Research on Cancer. Retrieved 2011-02-26.

105. Zhang H. et al. Role of Matrix Metalloproteinases and Therapeutic Benefits of Their Inhibition in Spinal Cord Injury // Neurotherapeutics. — 2011. — Vol. 8. — P. 206-220.

Z.Z. Askarova., M.Z. Kurbanliyazova, S.A. Tilyavov

BACHADONDAN ANOMAL QON KETISHLAR

O'quv qo'llanma

Guvohnoma raqami: G/000158-2023

Nashriyot litsenziya raqami: 143413

“SAMARQAND” nashriyoti

Mas'ul muharrir — Dildora TURDIYEVA

Musahhih — Anvar UMRZOQOV

Texnik muharrir — Akmal KELDIYAROV

Sahifalovchi — Dilshoda ABDLAXATOVA

Dizayner — Davron NURULLAYEV

“SARVAR MEXROJ BARAKA” bosmaxonasida chop etildi.

Guvohnoma raqami — 704756. Pochta indeksi 140100.

Samarqand shahar, Mirzo Ulug'bek ko'chasi, 3-uy.

Bosishga 1.11.2023 ruxsat etildi. Bayonnoma raqami: 3

Bichimi 60x841/16. “Times New Roman” garniturasida. 5,12 bosma taboq.

Adadi: 200 nusxa. Buyurtma raqami: 241/2023

Tel/faks: +998 94 822-22-87, e-mail: sarvarmexrojbaraka@gmail.com



