

**САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ ХУЗУРДАГИ  
ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ DSc.04/30.12.2019.Tib.102.01  
РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШИ**

---

**САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ**

**АСАТУЛАЕВ АКМАЛ ФАРХАТОВИЧ**

**ЎСМИРЛАРДА ТУХУМДОНЛАРНИНГ КИСТОЗЛИ ВА ЎСМАГА  
ЎХШАШ ҲОСИЛАЛАРИНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШНИ  
ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

**14.00.35 – Болалар хирургияси**

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БУЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)  
ДИССЕРТАЦИЯ АВТОРЕФЕРАТИ.**

**Самарқанд – 2023 йил**

**Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси**

**Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)**

**Contents of the Dissertation Abstract of the Doctor of Philosophy (PhD)**

**Асатулаев Акмал Фархатович**

Ўсмирларда тухумдонларнинг кистозли ва ўсмага ўхшаш  
ҳосилаларини ташхислаш ва даволашни такомиллаштириш..... 3

**Асатулаев Акмаль Фархатович**

Совершенствование диагностики и лечения кистозных и  
опухолевидных образований яичников у подростков..... 25

**Asatulaev Akmal Farxatovich**

Improvement of diagnostics and treatment of cystic and tumoral forms of  
the ovaries in adolescents..... 47

**Эълон килинган ишлар руйхати**

Список опубликованных работ  
List of published works..... 51

**САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ ХУЗУРДАГИ  
ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ DSc.04/30.12.2019.Tib.102.01  
РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШИ**

---

**САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ**

**АСАТУЛАЕВ АКМАЛ ФАРХАТОВИЧ**

**ЎСМИРЛАРДА ТУХУМДОНЛАРНИНГ КИСТОЗЛИ ВА ЎСМАГА  
ЎХШАШ ҲОСИЛАЛАРИНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШНИ  
ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

**14.00.35 – Болалар хирургияси**

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БУЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)  
ДИССЕРТАЦИЯ АВТОРЕФЕРАТИ.**

**Самарқанд – 2023 йил**

**Тиббиёт фанлари бўйича фалсафа доктори (PhD) диссертатсияси мавзуси Олий таълим, фан ва инноватсиялар вазирлиги хузуридаги Олий аттестатсия комиссиясида В2022.1.PhD/Tib2573-сон билан рўйхатга олинган.**

Диссертатсия Самарқанд давлат тиббиёт университетида яқунланган.

Диссертатсия автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (хулоса)) илмий кенгашнинг веб-саҳифаси ([www.sammu.uz](http://www.sammu.uz)) ва “Ziyonet” ахборот-таълим порталида ([www.ziyonet.uz](http://www.ziyonet.uz)).

**Илмий раҳбар:**

**Шамсиев Азамат Мухитдинович**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Расмий аппонентлар:**

**Минаев Сергей Викторович.**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Негмаджанов Баходур Болтаевич**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Етакчи ташкилот:**

**Абуали ибни Сино номидаги Тожикистон Давлат Тиббиёт Университети.**

Диссертация ҳимояси Самарқанд давлат тиббиёт университети хузуридаги илмий даражалар берувчи DSc.04/05.06.2020.Tib.102.02 рақамли илмий кенгашнинг 2023 йил «\_\_» \_\_\_\_\_ соат \_\_\_\_\_ даги мажлисида бўлиб ўтади. Самарқанд давлат тиббиёт университетида (Манзил: Самарқанд ш., М.Улуғбек кўчаси, 70а, СамДТУ Ихтисослаштирилган болалар жарроҳлик клиникаси. тел.: 0(366) 233-58-92, 0(366) 233-79-03, e-mail: shodikulovagulandon@mail.ru).

Диссертатсия билан Самарқанд давлат тиббиёт университети ахборот-ресурс марказида (\_\_\_\_\_-сон билан рўйхатга олинган) танишиш мумкин. Манзил: 140100, Самарқанд шаҳар А. Темур куч., 18. Тел./факс: (+99866) 233-30-34.

Диссертация автореферати 2023 йил «\_\_» \_\_\_\_\_ юборилган.

(2023 йил «\_\_» \_\_\_\_\_ даги \_\_\_\_\_ рақамли реестр баённомаси).



**Ж.О. Атақулов**

Илмий даражаларни бериш бўйича илмий кенгаш раиси, тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Г.З. Шодикулова**

Илмий даражаларни бериш бўйича илмий кенгаш илмий котиби, тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Н.М. Шавази**

Илмий даражалар бериш бўйича илмий кенгаш хузуридаги илмий семинар раиси, тиббиёт фанлари доктори, профессор

## **КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертациясининг аннотацияси)**

**Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати.** Бугунги кунда ўсмирларда тухумдон кистаси ва ўсмасимон ҳосилаларни тез-тез учраши сабабли ушбу патология болалар жарроҳлиги ва гинекологиясининг мураккаб ва долзарб муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда. Турли муаллифларнинг фикрига кўра, «...гинекологик касалликлар таркибида болалар ва ўспиринларда тухумдон кистаси ва ўсмасимон ҳосиласининг частотаси 1 дан 4,6% гача учрайди ва йилига 2,6 минг қизга 100 та ҳолат кузатилади...»<sup>1</sup>. Ўз навбатида ушбу патологияни ўз вақтида ташхислаш қийинчиликлар туғдиради, чунки касаллик симптомсиз кечиб ўткир қорин клиникаси ривожланишига қадар клиник кўринишнинг кенг ўзгарувчанлиги билан намоён бўлади. Кўпгина ҳолларда тухумдон ўсмалари клиник кўринишнинг ўткир жарроҳлик ва гинекологик патология билан ўхшашлиги диагностик хатоларнинг келиб чиқишига сабаб бўлиб қолмоқда. Айни пайтда амалиётга янги замонавий технологияларни жорий этиш, илмий асосланган, терапевтик ва диагностика алгоритмларини яратилишига қарамадан ўсмирларда ушбу патологияни эрта ташхислаш ва даволашнинг энг мақбул усулларини танлаш, уларни қўллашнинг оптимал вақтини белгилаш ҳамда даволаш натижаларини баҳолаш болалар жарроҳлиги амалиётида ечими топилиши зарур бўлган муаммо ҳисобланади.

Жаҳонда тухумдонларнинг кистаси ва ўсмасимон ҳосиласи бўлган ўспиринларда диагностик чора-тадбирлар мажмуасини ва жарроҳлик даволашнинг мақбул тактикасини ишлаб чиқиш, ҳамда асоратларни олдини олишга қаратилган қатор илмий татқиқотлар олиб борилмоқда. Бу борада ўсмирларда тухумдонларнинг кистаси ва ўсмасимон ҳосиласи эрта ташхислаш, даволаш усулларини оптималлаштириш, касалликни даволашдан сўнг асоратларнинг пайдо бўлишига таъсир қилувчи омилларни аниқлаш ва мақбул даволаш усулини ишлаб чиқишга қаратилган илмий татқиқотларни олиб бориш муҳим аҳамият касб этмоқда.

Мамлакатимизда соғлиқни сақлаш тизими олдига аҳолига кўрсатилаётган тиббий хизматлар сифатини ошириш ҳамда жаҳон андозаларига мослаштириш, жумладан болалар ва ўсмирлар саломатлигини сақлаш, уларда учрайдиган касалликларни эрта ташхислаш ва асоратларини камайтиришга қаратилган қатор вазифалар юклатилган. Бу борада соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича «...мамлакатимизда аҳолига кўрсатилаётган тиббий ёрдамнинг самарадорлиги, сифати ва оммабоплигини ошириш, шунингдек, касалликларни эрта ташхислаш ва даволашнинг юқори технологик усулларини жорий қилиш, патронаж хизматини яратиш, соғлом турмуш тарзини қўллаб-қувватлаш ва касалликларни олдини олиш ва

---

<sup>1</sup> Артымук Н.В., Ламонова С.С., Чернова О.О. Доброкачественные новообразования яичников у девочек-подростков: классификация, особенности клинической картины, тактика // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2021.

самарали ташхислаш...»<sup>2</sup> каби вазифалар белгиланган. Ушбу вазифалардан келиб чиқган ҳолда, ўспиринларда тухумдон кистаси ва ўсмасимон ҳосиласини касалликнинг частотаси, шакллари ва асоратларнинг тури беморларнинг ёшига қараб аниқлаш, қондаги лейкоцитларнинг спонтан агрегацияси кўрсаткичи (ЛСАК) таҳлил қилиш, ультросонография ва ЛСА кўрсаткичларига асосланиб терапевтик ва диагностик чора тадбирларни ишлаб чиқиш орқали касаллик натижасида келиб чиқадиган асоратларни олдини олиш ва ногиронлик кўрсаткичини камайтириш имконини беради.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги ПФ-60-сон “2022-2026 йилларга мўлжалланган янги ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси тўғрисида”, 2018 йил 7 декабрдаги ПФ-5590-сон “Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида”ги фармонлари, 2021 йил 29 июлдаги ПҚ-5199-сон “Соғлиқни сақлаш соҳасида ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатиш тизимини янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги Қарори ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишда ушбу диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

**Тадқиқотнинг республика ва фан технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига боғлиқлиги.** Мазкур тадқиқот республика фан ва технологиялар ривожланишининг VI. «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишига мувофиқ бажарилган.

**Муаммонинг ўрганилганлик даражаси.** Жаҳон адабиётидаги маълумотларга кўра, ўсма касалликлари частотасида тухумдон ўсмалари етакчи ўринлардан бирини эгаллайди-6-25%. Ёш жиҳатига кўра, болалар ва ўсмирларда ушбу патологиянинг тарқалиши 1,0-4,6%, репродуктив даврда - 7,8% ва постменопаузада – 2,5-18,0% (Смирнова А.В. ва бошқ., 2023). Болалар ва ўсмирларда бачадон ортиқларининг ўсмалари ва ўсмасимон ҳосилалари этиологик омилларининг кўплаб тавсифлари мавжуд (Адамян Л.В. ва бошқ., 2020). Бироқ, уларнинг ривожланишининг этиопатогенетик механизмлари учун ишончли мезонлар мавжуд эмас. Этиологик касалликларга ирсият, соматик касалликлар, гормонал бузилишлар, гипоталамус – гипофиз – тухумдон нейроэндокрин регуляциясидаги муаммолар, яллиғланиш касалликлари, тос аъзоларидаги жарроҳлик аралашувлари киради (Артымук Н.В. ва бошқ., 2021).

Тухумдон ўсмаларининг халқаро гистологик таснифига (ЖССТ) кўра, тухумдон кистоз ҳосиласининг хилма-хиллиги уларни морфологик тузилиши бўйича ўсма ёки ўсмасимон жараёнлар гуруҳига ажратишга имкон беради, ўз навбатида тухумдон ўсмалари яхши сифатли, чегарадаги ва ёмон сифатлига бўлинади (Давидова И.Ю. бошқ. 2019). Ўсмирлик даврида тухумдонларнинг кистаси ва ўсмасимон ҳосилаларининг асоратланмаган кечиши билан клиник

---

<sup>2</sup> Ўзбекистон Республикаси Президентининг Фармони 2022—2026 йилларга мўлжалланган «Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси тўғрисида»

кўриниш кўпинча симптомсиздир, аммо ёнбош-чов минтақасида турли хил оғриқлар пайдо бўлиши ва улар жисмоний зўриқиш бўлганда кучайиши мумкин (Артимук Н.В ва бошқ., 2021; Адамян Л. V. ва бошқ., 2018). Шу сабаб, ушбу касаллик асорат ривожлангач ташхисланади, бу эса ушбу муаммонинг аҳамиятини янада оширади, чунки бу каби шошилиш ҳолатлар репродуктив тизим функциясида қайтмас патологик ўзгаришларга олиб келиши мумкин (Дьяконова Е.Ю. 2021).

Мамлакатимизда ўспиринларда тухумдон кистаси ва ўсмасимон ҳосиласини клиник белгиларни эрта аниқлашга, текширув ва жарроҳлик даволаш усуллари тақомиллаштиришга бағишланган қатор тадқиқотлар амалга оширилган (Шамсиев А.М. 2023; Негмаджанов Б.Б. 2023; Норкузиев Ф.Н. 2018). Шу билан бирга Самарқанд вилояти ҳудудида ўспиринларда тухумдон кистаси ва ўсмасимон ҳосиласини унинг учраши ҳамда самарали ва эрта ташхислаш усуллари тақомиллаштириш ва даволашни мақбул усуллари, ҳамда оптимал вақтини белгилаш, даволашнинг узок муддатли натижаларини ўрганиш орқали келиб чиқадиган асоратларни олдини олишга қаратилган даволаш амалиёти ишлаб чиқилмаган.

Ушбу муаммоларни ҳал қилиш, соғлиқни сақлашнинг асосий вазифаларидан бири бўлган болалар жарроҳлиги амалиётида тухумдон кистаси ва ўсмасимон ҳосиласи бўлган болалар ва ўспиринларда терапевтик ва диагностика воситаларини танлашга ёрдам беради. Юқорида айтилганларга асосланиб, тухумдон кистаси ва ўсмасимон ҳосиласи бўлган ўсмирларда ушбу патологияни ташхислаш мезонларини қайта кўриб чиқиш, даволаш ва реабилитация босқичларини тўғри ташкил этиш касалликларининг қайталаниши ва мумкин бўлган асоратларининг олдини олишга қаратилган илмий тадқиқотлар ўтказиш ва консерватив ва жарроҳлик даволашнинг янги усуллари тақомиллаштириш имконини беради.

**Тадқиқотнинг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги.** Диссертация тадқиқоти Самарқанд Давлат тиббиёт университети илмий тадқиқот ишлари режасига мувофиқ, № ПЗ 01980006703-сонли «Диагностика, даволаш ва олдини олишнинг замонавий усуллари ишлаб чиқиш» (2020-2023) мавзуси доирасида бажарилган.

**Тадқиқотнинг мақсади** диагностика ва жарроҳлик даволаш тактикасини оптималлаштириш орқали ўсмирларда тухумдон кистаси ва ўсмасимон ҳосиласини даволаш натижаларини яхшилашдан иборат.

**Тадқиқотнинг вазифалари:**

тухумдон кистаси ва ўсмасимон ҳосиласи бўлган ўсмирларда беморларнинг ёшига қараб касалликнинг частотаси, шакллари ва асоратлар турларини аниқлаш;

тухумдон кистаси ва ўсмасимон ҳосиласи мавжуд ўсмирларда касаллик клиник кечишининг хусусиятларини эътиборга олган ҳолда инструментал, лаборатория, патоморфологик усуллارнинг диагностик аҳамиятини аниқлаш;

касалликнинг шаклига, беморларнинг ёшига ва асоратлар турига қараб ўсмирларда тухумдон кистаси ва ўсмасимон ҳосиласини жарроҳлик даволаш тактикасини ишлаб чиқиш;

касалликнинг муддати, беморларнинг ёши, ҳосиланинг ҳажми ва асоратларнинг хусусиятига қараб тухумдон кистаси ва ўсмасимон ҳосиласининг турли шакллари учун терапевтик ва диагностика алгоритмини ишлаб чиқиш ва узоқ муддатдали жарроҳлик даволаш натижаларини таҳлил қилиш.

**Тадқиқотнинг объекти** сифатида Самарқанд давлат медицина университети ихтисослаштирилган болалар жарроҳлик клиникасига (бош шифокор проф. Ж.А. Шамсиев) мурожаат қилган 168 нафар тухумдон кистаси ва ўсмасимон ҳосиласи бўлган ўсмирлар олинган.

**Тадқиқотнинг предмети** умумий клиник ва биокимёвий тадқиқотлар учун олинган беморларнинг периферик қони, шунингдек патоморфологик тадқиқотлар учун тухумдон кистаси ва ўсмасимон ҳосиласи бўлган беморларнинг жарроҳлик материали ташкил этган.

**Тадқиқотнинг усуллари.** Тадқиқотда умумклиник, лаборатор (лейкоцитларнинг спонтан агломерацияси кўрсаткичи), биокимёвий, инструментал, патоморфологик ва статистик тадқиқот усулларидан фойдаланилган.

**Тадқиқотнинг илмий янгилиги** қўйидагилардан иборат:

илк бор тухумдон кистаси ва ўсмасимон ҳосиласи бўлган ўсмирларда касалликнинг частотаси, шакллари ва асоратларнинг тури беморларнинг ёшига қараб аниқланган;

ўсмирларда тухумдон кистаси ва ўсмасимон ҳосиласини ўз вақтида ташхислаш ва жарроҳлик даволаш тактикасини белгилаш учун қондаги лейкоцитларнинг спонтан агломерацияси кўрсаткичи (ЛСАК) дифференциал диагностика маркери эканлиги аниқланган;

беморларнинг ёшига, ҳосиланинг ҳажмига, асоратларнинг хусусиятига, ҳамда ультрасонография ва ЛСА кўрсаткичларига қараб ўсмирларда тухумдон кистаси ва ўсмасимон ҳосиласининг турли шакллари учун терапевтик ва диагностик чора тадбирлари такомиллаштирилган;

тухумдон кистаси ва ўсмасимон ҳосиласи бўлган беморларни даволашнинг узоқ муддатли натижаларини таҳлили асосида ишлаб чиқилган жарроҳлик тактикасининг 87,5% гача юқори самарадорлиги исботланган.

**Тадқиқотнинг амалий натижалари** қуйидагилардан иборат:

ўсмирларда тухумдон кистаси ва ўсмасимон ҳосиласини асоратларнинг тури, ҳажми ва мавжудлигига қараб жарроҳлик даволаш учун кўрсатмалар белгиланган;

олинган натижалар асосида ўсмирларда тухумдон кистаси ва ўсмасимон ҳосиласи учун диагностик ва даволаш чора тадбирларни такомиллаштириш бўйича тавсиялар ишлаб чиқилган;

амалдаги соғлиқни сақлаш тизимига ўсмирларда тухумдон кистаси ва ўсмасимон ҳосиласини ташхислаш ва жарроҳлик даволашнинг самарали ва мақбул усули жорий этилган;

клиник амалиёт учун асоратларнинг тури, ҳажми ва хусусиятига қараб ўсмирларда тухумдон кистаси ва ўсмасимон ҳосиласининг терапевтик ва диагностик алгоритми ишлаб чиқилган.

**Тадқиқот натижаларининг ишончилиги.** Тадқиқотда қўлланилган назарий ёндашувлар ва усуллар, олиб борилган тадқиқотларнинг услубий жиҳатдан тўғрилиги, етарли даражада беморлар сони танланганлиги, қўлланилган усулларнинг замонавийлиги, уларнинг бири иккинчисини тўлдирадиган клиник-лаборатор, инструментал, жарроҳлик ва статистик тадқиқот усуллари тухумдон кистаси ва ўсмасимон ҳосиласи бўлган ўсмирларни даволашга қаратилган чора тадбирларнинг ўзига хослиги халқаро ҳамда маҳаллий тажрибалар билан таққослангани, хулоса, олинган натижаларнинг ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқланганлиги билан асосланади.

**Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти.**

Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти касалликнинг частотаси, шакли, беморларнинг ёши ва ўсмирларда тухумдон кистаси ва ўсмасимон ҳосиласининг асоратлари табиатини ўрганиш, беморларда муқобил жарроҳлик даволаш тактикасини белгилаш учун қондаги лейкоцитларнинг спонтан агрегацияси кўрсаткичи (ЛСАК) аниқлаш, ультрасонография ва ЛСА кўрсаткичларига қараб терапевтик, диагностик чора тадбирлари такомиллаштириш ва бу соҳада мамлакатимизда ўтказиладиган кейинги чуқур изланишлар учун асос бўлиши билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти ўсмирларда тухумдон кистаси ва ўсмасимон ҳосиласини асоратларнинг тури, ҳажми ва мавжудлигига қараб жарроҳлик даволаш учун кўрсатмалар, ҳамда диагностик ва даволаш чора тадбирларни такомиллаштириш бўйича ишлаб чиқилган тавсияларни қўллаш орқали юзага келиши мумкин бўлган асоратларнинг олдини олиш ва узоқ муддатли даво натижаларини яхшилаш билан изоҳланади.

**Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши.** Бухоро вилояти туман тиббиёт бирлашмаси бўйича 26.11.2022 йилдаги 18/1-сонли буйруқ, Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий амалий тиббиёт марказининг Қашқадарё ҳамда Самарқанд филиаллари бўйича 02.11.2022 йилдаги 71/1- сонли ва 05.12.2022 йилдаги 32/1- сонли буйруқлари билан амалиётга жорий этилган.

Ўсмирларда тухумдон патологияларини ташхислаш ва даволаш бўйича ишлаб чиқилган тавсиялардан фойдаланиш беморларнинг 95 фоизда патологияни ўз вақтида ташхислаш, 74% бирламчи тиббий-профилактика муассасаларида тегишли тиббий ёрдам кўрсатиш ва амбулатория шароитида даволанишни жорий этишга ёрдам берди. Тухумдонларнинг кистозли ва

Ўсмасимон ҳосила шаклланиши билан хавф гуруҳини аниқлаш, ўз вақтида ташхис қўйиш ва оптимал даволаш тактикасини танлаш имконини беради, бу эса беморнинг касалхонада стационар даволаниш муддатини қисқартиради.

Ўсмирларда тухумдонларнинг кистоз ва ўсмага ўхшаш ҳосиласини ўз вақтида даволаш касаллик натижасида келиб чиқиши мумкин бўлган асоратларни ривожланишини олдини олиш, бу органни сақлаб қолувчи операцияларини бажаришга шароит яратади, ушбу касаллик билан оғриган беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилайти, шунингдек, ўсмир қизларнинг репродуктив саломатлигини сақлашга имкон беради.

Ўсмирларда тухумдонларнинг кистоз ва ўсмага ўхшаш ҳосилаларини ўз вақтида ташхислаш ва даволаш натижасида беморнинг шифохонада қолиш муддатини 2 кунга қисқариб, шифохонадаги ётоқ кун миқдорини камайтириш ва шифохонада бўлиш даврининг қисқартирилиши ҳисобига доридармон кам талаб этилган (1 кунга ўртача 80 000 сўм дори воситалари сарфланади). Янги даволаш-профилактик алгоритмининг қўлланилиши 1 нафар бемор ҳисобига бюджет маблағларини 160000 сўмга ва бюджетдан ташқари маблағларни 137 000 сўмга иқтисод қилиш имконини берди.

Ўсмирлик даврида кистоз ва ўсмага ўхшаш тухумдон ҳосиласининг турли шакллари бошдан кечирган беморларда узок муддатли даво натижаларини 20 йилгача ўрганилган, уларнинг репродуктив саломатлик ҳолати қиёсий баҳоланган ва ишлаб чиқилган диагностик-даволаш комплексининг юқори самарадорлигини аниқланган. Узок муддатли даволашда яхши натижалар сони назорат гуруҳидаги 82,7% дан асосий гуруҳда 87,5% гача ўсганлиги ва қониқарли натижалар сони мос равишда 13,5% дан 12,5% гача камайганлиги, ҳамда қониқарсиз натижалар назорат гуруҳидаги 3,8% дан асосий гуруҳдаги 0% гача камайганлиги аниқланган.

«Ўсмирларда тухумдонларнинг кистозли ва ўсмага ўхшаш ҳосилаларини ташхислаш ва даволашни такомиллаштириш» мавзусида илмий янгиликларни бошқа соғлиқни сақлаш муассасаларига жорий этиш бўйича Соғлиқни сақлаш вазирлигига Самарқанд Давлат тиббиёт университетининг 2023 йил 13 ноябрдаги 314-сонли хати юборилган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2022 йил 11 ноябрдаги 8н-з/1273-сон маълумотномаси).

**Тадқиқот натижаларининг апробацияси.** Мазкур тадқиқот натижалари 5 та илмий конференцияларда, жумладан 2 та республика ва 3 та халқаро илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

**Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги.** Диссертация мавзуси бўйича жами 16 та илмий иш, жумладан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертацияларни асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 6 та мақола, жумладан 5 таси республика ва 1 таси хорижий журналларда нашр этилган.

**Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми.** Диссертация таркиби кириш, тўрта боб, хотима, хулосалар ва амалий тавсиялар ҳамда фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертациянинг ҳажми 120 бетни ташкил этади.

## ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

**Кириш қисми** тадқиқотнинг долзарблигини, тадқиқотнинг мақсади ва вазифаларини асослайди, тадқиқот объекти ва предметини тавсифлайди, диссертация ишининг Ўзбекистон Республикаси фан ва янги технологияларини ривожлантиришнинг устувор йўналишларига мувофиқлигини кўрсатади, илмий янгилиги ва амалий натижаларини баён қилади тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти ва бажарилишини, нашр этилган ишлар тўғрисидаги маълумотларни ва диссертациянинг тузилишини очиқ беради.

Диссертациянинг «**Ўсмирларда тухумдон кистаси ва ўсмасимон ҳосиласи муаммосининг ҳозирги ҳолати**» номли биринчи бобида ўсмирларда тухумдон касалликларининг ривожланиши ва хусусиятлари муаммосининг ҳозирги ҳолати, ушбу патология кечишининг хусусиятлари ва касалликнинг диагностикаси ва жарроҳлик даволаш тактикаси долзарб масалалари тасвирланган. Ўсмирларда тухумдон кистаси ва ўсмасимон ҳосиласининг лаборатория, инструментал ва морфологик диагностикаси хусусиятлари келтирилган. Ушбу тоифадаги беморларда турли хил даволаш усулларини қўллаш ва юзага келиши мумкин бўлган асоратларни олдини олиш жиҳатлари таҳлил қилинади.

«**Тадқиқот материаллари ва усуллари**» номли диссертациясининг иккинчи бобида клиник материалларнинг умумий хусусиятлари, лаборатория, инструментал ва морфологик тадқиқот усуллари мавжуд.

Тадқиқотда 10 ёшдан 19 ёшгача бўлган тухумдон кистаси ва ўсмасимон ҳосиласи бўлган 168 бемор иштирок этди. Ўрганилаётган патологиянинг ёшга боғлиқлигини ҳисобга олган ҳолда, ЖССТ тавсияларига кўра (2019) беморлар икки ёш гуруҳига бўлинган: кичик ўсмирлик (10-14 ёш) ва катта ўсмирлик (15-19 ёш).

Белгиланган вазифаларга мувофиқ барча беморлар икки гуруҳга бўлинган: назорат гуруҳи 84 бемордан иборат бўлиб, уларнинг 86,9% тухумдон кистаси ва 13,1% тухумдон ўсмалари билан 2000 йилдан 2011 йилгача анъанавий даволаш усулида стационар даволанган. Кечаю кундуз УТТ бажарилмаган. Кириш ўнг ёнбош минтақасидан эди, аппендектомия ўтказилган, асосий патологияга киришни осонлаштириш учун жарроҳлик ярасини кенгайтириш керак эди. Асосий гуруҳ, шунингдек, 84 бемордан иборат бўлиб, 83,3% тухумдон кистаси билан ва 16,7% тухумдон ўсмалари билан 2011 йилдан 2021 йилгача стационар даволанган. Даволаш усулини танлашда ҳосиланинг ҳажми, асоратларнинг мавжудлиги, лаборатория ва инструментал тадқиқот усуллари маълумотлари ҳисобга олинган. Дифференциал ташхис қўйиш учун кечаю кундуз ултратовуш текшируви ўтказилди, лейкоцитларнинг ўз-ўзидан агрегацияси кўрсаткичи аниқланди, камдан-кам ҳолларда ташхис қўйиш қийин бўлганда МРТ ишлатилди. Жарроҳлик тактикаси кенг қамровли ташхисдан сўнг аниқланди, ўрта кесма ишлатилди ва патология мақсадли равишда бартараф қилинди, баъзи ҳолларда видео-лапароскопик операциялар қўлланилди (1-жадвал).

## Даволаш усулига қараб тухумдон кистаси ва ўсмасимон ҳосиласи

Касаллик шакли	Назорат гуруҳи (2000-2010 гг)	Асосий гуруҳ (2011-2021 гг)
Тухумдонларнинг кистоз ҳосиласи	73 (86,9%)	70 (83,3%)
Тухумдонларнинг ўсмасимон ҳосиласи	11(13,1%)	14 (16,7%)
Жами	84 (100%)	84 (100%)

168 бемордан 146 (87,0%) ҳолатда операция қилинган ва 22 (13,0%) да болалар гинекологининг кузатуви ва консерватив даво тавсия этилган. Консерватив даво қилинган 22 (13,0%) беморнинг барчасида тухумдонларда киста бор эди. Операция қилинган 146 (87,0%) ўсмирлар орасида 121 (72,2%) тухумдонларида киста ва 25 (14,8%) ўсмасимон ҳосила бор эди.

Объектив тавсифлаш, диагностика ва дифференциал диагностика, шунингдек тухумдонлардаги киста ва ўсма жараёнларини даволашда оптимал ёндашувни танлаш ва баҳолаш учун шикоятлар ва анамнез диққат билан тўпланди ва таҳлил қилинди. Тадқиқот усуллари шикоятларни тўлиқ тўплаш ва гинекологик анамнезни таҳлил қилишни ўз ичига олган (менархэнинг бошланиш ёши, тухумдон-ҳайз даврининг хусусиятлари ва бошқалар). Лаборатория тадқиқот усуллари баҳолаш (лейкоцитоз, лейкоцитларнинг спонтан агрегацияси кўрсаткичи, умумий қон таҳлили, биокимёвий қон таҳлили, умумий сийдик таҳлили) ва биопсия материалининг гистологик текшируви ўтказилди.

Қўлланиладиган инструментал тадқиқот усулларида: ултратовуш (УТТ) ва қийин клиник ҳолатларда қорин бўшлиғининг МСКТ фойдаланилди. Биопсия материалининг гистологик тадқиқотлари ўтказилди.

Барча статистик процедуралар Statistica 6.0 (StatSoft) дастурий таъминот тўплами ёрдамида амалга оширилди. Иш давомида ўрганилган қийматлар ўртача намуна ва ўртача стандарт хато шаклида келтирилган. Намуналардаги фарқларнинг ишончилиги Стюдентнинг мезони (t) ёрдамида, тарқатиш шакли нормал ҳолатга яқин бўлган ҳолда баҳоланди. Фарқлар  $p < 0.05$  да муҳим деб ҳисобланган. Категорик хусусиятлар параметрик бўлмаган хи-квадрат мезони ( $\chi^2$ ) ёрдамида баҳоланди. Кичик қийматлар Фишернинг аниқ бир томонлама мезони ёрдамида таққосланди.

Диссертациянинг «**Ўсмирларда тухумдон кистаси ва ўсмасимон ҳосиласини жарроҳлик даволаш тактикаси ва диагностикасининг замонавий жиҳатлари**» номли учинчи боби ўсмирларда тухумдон кистаси ва ўсмасимон ҳосиласининг клиник кечишининг ўзига хос хусусиятларига, инструментал, лаборатория, патоморфологик тадқиқот усуллари диагностик аҳамиятига, касалликнинг шакли, беморларнинг ёши ва асоратларнинг турига қараб жарроҳлик даволаш тактикасига бағишланган.

Тухумдон кистаси ва ўсмасимон ҳосиласи бўлган 168 бемордан 143 (85,1%) беморда тухумдон кисталари, қолган 25 (14,9%) тухумдон ўсмасимон ҳосиласи бўлган. Тухумдонларнинг кистоз ўзгариши 143 беморда, 94 (55,9%)

беморда касалликнинг мураккаб кечиши, 49 (29,2%) беморда асоратланмаган тухумдон кисталари аниқланган (2-жадвал).

### 2-жадвал

#### Асоратларнинг мавжудлиги ёки йўқлигига қараб тухумдон кистаси

Тухумдонларнинг кистоз ҳосилалари тури	Беморнинг ёши, йил		Жами
	10-14 ёш	15-19 ёш	
Асоратланмаган	22 (39,2%)	27 (60,8%)	49 (34,3%)
Асоратланган	44 (86,7%)	50 (13,3%)	94 (65,7%)
Жами	66 (46,2%)	77 (53,8%)	143 (100%)

Дастлабки босқичларда тухумдон кистоз ҳосиласининг асоратланмаган кечишида касаллик асимптоматик ёки кичик ноқулайлик белгилари билан бўлиши мумкин. Бизга келган барча беморлар ўртача ва енгил қорин оғриғидан шикоят қилишди – 41 (83,7%), дисменорея 15 (30,6%), палпация пайтида маҳаллий оғриқ 27 (55,1%), иштаҳанинг пасайиши, кўнгил айнаши, қусиш, диарея шаклида диспептик касалликлар – 16 (32,6%) ҳолатлар қайд этилди. Қорин олд девори мушакларнинг кучланиши 3 (6,1%) беморда аниқланган. 8 (25,8%) ўсмирларда касалхонага боришнинг сабаби қориннинг катталаниши ва ассиметрияси, шунингдек қорин бўшлиғида сезиладиган ўсманинг аломати эди. Барча беморлар орасида тана ҳароратининг кўтарилиши атиги 2 (4,1%) беморда кузатилган.

Асоратланмаган тухумдон кистаси бўлган беморлар назорат гуруҳида 12 (24,5%), асосий гуруҳда 37 (75,5%) бемордан иборат эди.

Ультратовуш маълумотларига кўра, кистоз ҳосиланинг ўлчамлари кўйидагича эди: 1 дан 3 см гача – 20 (42,6%); 5 дан 10 см гача – 15 (31,9%); 10 дан 30 см гача – 12 (25,5%) беморлар (3-жадвал).

### 3-жадвал

#### Ёш ва кистанинг ҳажмига қараб асоратланмаган тухумдон кистаси

Беморнинг ёши	Кистанинг ўлчами (см) ва даволаш усули			Жами
	Консерватив	Хирургик		
	1-3 см	5-10 см	10-30 см	
Кичик ўсмирлик ёши (10-14 лет)	11 (50,0%)	7 (31,8%)	4 (18,2%)	22 (44,9%)
Катта ўсмирлик ёши (15-19 лет)	11 (40,7%)	8 (29,6%)	8 (29,6%)	27 (55,1%)
Жами	22 (44,9%)	15 (30,6%)	12 (24,5%)	49 (100%)

Қорин бўшлиғининг йирингли-яллиғланиш касалликлари билан тухумдон кистасининг дифференциал диагностикаси учун ўткир аппендицит билан оғриган 30 бемор текширилди (таққослаш гуруҳи). Ушбу беморларда қондаги лейкоцитлар сони ва лейкоцитларнинг спонтан агрегацияси (ПСАЛ) кўрсаткичи ўрганилди. Клиник маълумотлар, ультратовуш текшируви ва лаборатория параметрлари асосида болаларда тухумдонларнинг ҳажмли ҳосилаларининг диагностик мезонлари аниқланди. Бундан ташқари, 30 та деярли соғлом болаларни текшириш орқали ҳар бир лаборатория тадқиқот

узули учун меъерий кўрсаткичлар аниқланди. Ёш таркиби кузатувларнинг бир хиллиги учун асосий гуруҳга ўхшаш тарзда танланган. Норматив ПСАЛ  $-3.72 \pm 0.4\%$  эди.

Ўткир аппендицитда қон лейкоцитларининг агломерация хусусиятлари одатдагидан сезиларли даражада ( $p < 0.005$ ) юқори бўлиб,  $7.55 \pm 1.2\%$  га етди. Беморларда асоратланмаган тухумдон кисталари кузатилган ҳолларда, ПСАЛ олдинги қиймати даражасида қолди, яъни қорин бўшлиғида йирингли-яллиғланиш жараёни йўқлигини билдиради. Шу муносабат билан, ўткир аппендицит ( $7.55 \pm 1.2\%$ ) ва асоратланмаган кисталар билан ( $3.72 \pm 0.2\%$ ) қизларда лейкоцитлар агломерацияси натижалари ўртасида сезиларли фарқлар ( $p < 0.005$ ) мавжуд. Қон лейкоцитлар сони ҳам сезиларли даражада ( $p < 0.01$ ) асоратланмаган бачадон кисталари билан беморларга нисбатан ўткир аппендицит билан оғриган беморларда юқори, мос равишда  $6.59 \pm 1.5 \cdot 10^9/\text{л}$  ва  $6.68 \pm 0.9 \cdot 10^9/\text{л}$ , (4-жадвал).

#### 4-жадвал

#### Ўткир аппендицит ва асоратланмаган тухумдон кистаси билан оғриган беморларда қоннинг лаборатор кўрсаткичлари

Кўрсаткичлар	Тухумдонлар кистаси	Ўткир аппендицит	Норма
Қон лейкоцитлари, $10^9/\text{л}$	$6,59 \pm 1,5^*(n=49)$	$10,67 \pm 1,1^{(n=30)}$	$6,68 \pm 0,9(n=30)$
ПСАЛ, % “	$3,78 \pm 0,2^{**}(n=37)$	$7,55 \pm 1,2^{(n=30)}$	$3,72 \pm 0,4(n=30)$

*Изоҳ:*  $^{\wedge}$  - нормага нисбатан сезиларли фарқлар ( $n < 0.01$ ),  $^{\wedge\wedge}$  - нормага нисбатан сезиларли фарқлар ( $n < 0.005$ ), \* - таққослаш гуруҳи билан сезиларли фарқлар ( $n < 0.05$ ), \*\* - таққослаш гуруҳи билан сезиларли фарқлар ( $n < 0.005$ ).

Кистанинг асосий ултратовуш белгиси тухумдоннинг проекциясида капсула билан ўралган суюқликли ҳосилани аниқлаш. Ултратовуш текширувидаги фолликуляр кисталар ингичка, текис деворга эга сферик суюқликли ҳосиллага ўхшайди. Сарик тананинг кисталари турли хил ички тузилиши билан ажралиб турарди, баъзиларида қон қуйқалари туфайли зич қўшимчалар бор эди. Сероз кисталар шакли бўйича фолликуляр кисталарга жуда ўхшаш эди. Улар кўпинча бачадон устида жойлашган бўлиб, датчик билан босилганда осонгина силжийди.

Ҳажми, локализацияси, ултратовуш маълумотлари, ПСАЛ ва қон таҳлилларига қараб, асоратланмаган тухумдон кистаси бўлган беморларни даволаш тактикаси ишлаб чиқилган. Тухумдон кистаси 1 дан 5 см гача бўлган ўспиринларга 22 (44,9%) ҳолатда болалар гинекологи томонидан назорат қилиниши ва консерватив даво тавсия этилган. Қизлар  $2,8 \pm 1,3$  койка-кун давомида касалхонага ётқизилган.

Қолган 27 (55,1%) та 5 см ва ундан ортиқ ўлчамдаги тухумдон кистаси бўлган беморларга жарроҳлик аралашуви ўтказилди: органларни сақлаш билан кистани кесиб олиб ташлаш операцияси. Назорат гуруҳидаги 2 (7,4%) ҳолатда беморлар тунда Волкович-Диаконов кесими ёрдамида операция қилинган, чунки навбатчи жарроҳлар қорин бўшлиғидаги ўткир жараённи

истисно қила олмадилар. 21 (77,8%) ҳолларда ультратовуш ва ПСАЛ асосида операциядан олдин тўғри ташхис қўйилган ва режали равишда операция пастки ўрта тери кесмаси орқали амалга оширилган. Органларни сақловчи лапароскопик операция 4 (14,8%) ҳолатда амалга оширилди. Барча операция қилинган ўспиринларда операциядан кейинги давр муаммосиз давом этди, жароҳатни битиши бирламчи кучланиш билан. Беморлар ўртача  $8,1 \pm 0,1$  койка-кун давомида касалхонага ётқизилган.

Касалликнинг асоратли кечиши фақат тухумдон кисталарида қайд этилган, улар орасида энг кўп ташхис қўйилгани кистанинг ёрилиши 79 (84,0%) ҳолатни ташкил этган ва 15 (16,0%) ҳолатда кистоз тухумдоннинг буралиши аниқланган (5-жадвал).

#### 5-жадвал

#### Асоратланган тухумдон кистаси бўлган беморларни асоратлар турига қараб тақсимлаш

Асоратлар тури	Беморнинг ёши, йил		Жами
	10-14 лет	15-19 лет	
Тухумдон кистасининг ёрилиши ва қон кетиши (апоплексия)	31 (39,2%)	48 (60,8%)	79 (84,0%)
Тухумдон кистасининг бурилиб қолиши	13 (86,7%)	2 (13,3%)	15 (16,0%)
Жами	44 (46,8%)	50 (53,2%)	94 (100%)

Тухумдон кистоз ҳосиласи билан оғриган 143 беморнинг 94 (65,7%) тасида асоратли кечиши кузатилган. Улардан қон кетиши билан асоратланган тухумдон кистасининг ёрилиши (тухумдон апоплексияси) энг кенг тарқалган – 79 (84,0%) ҳолат. Улар орасида ўнгдаги апоплексия 68 (86,1%) ҳолатда, чапда эса 11 (13,9%) ҳолатда аниқланган. 3 (3,8%) беморда иккала томондан патология аниқланди, бир томондан тухумдон кистасининг апоплексияси қайд этилди, бошқа томондан– ёрилишсиз киста ўзгариши аниқланди. Тухумдон апоплексияси 15-19 ёшдаги ўсмирларда 10-14 ёшдаги қизларга қараганда тез-тез аниқланган: мос равишда 48 (60,8%) га 31 (39,2%) кузатувлар. 15 (16,0%) ҳолларда касалликнинг асоратли кечишига кистоз ўзгарган тухумдоннинг бурилиши сабаб бўлган. 9 (60,0%) ҳолларда органдаги қон айланишининг бузилиши тухумдон некрозига сабаб бўлди, бу овариэктомия қилиш учун сабаб бўлди. Апоплексияда ҳам, буралишда ҳам кўп ҳолларда бу асорат ўнг тухумдонда – 9 (60,0%) ҳолларда кузатилган. 9 ҳолатдан ўнгда тухумдон буралиши билан 7 (77,8%) беморда, чапда – олтитадан 2 (33,3%) беморда некротик ўзгаришлар кузатилди. Шу билан бирга, тухумдон кистасининг буралиши, апоплексиядан фарқли ўлароқ, 15-19 ёшдаги беморларга нисбатан ёш ўсмирлик давридаги беморларда жарроҳлик пайтида сезиларли даражада кўп қайд этилган: мос равишда 13 (86,7%) ва 2 (13,3%). 10-14 ёшдаги ўспиринларда 5 дан 10 см гача ўлчамлардаги кистоз ўзгарган тухумдоннинг буралиш хавфи сезиларли даражада юкори (6, 7-жадвал).

**6-жадвал****Ёш ва кистанинг ҳажмига қараб буралиш билан асоратланган тухумдон кистасини даволаш**

Беморнинг ёши	Буралиш билан асоратланган тухумдоннинг ўлчами		Жами
	5-10 см	10-30 см	
Кичик ўсмирлик ёши	10 (66,7%)	3 (20,1%)	13 (86,8%)
Катта ўсмирлик ёши	1 (6,6%)	1 (6,6%)	2 (13,2%)
Жами	11 (73,3%)	4 (26,7%)	15 (100%)

**7-жадвал****Кистанинг тури ва ҳажмига қараб тухумдон кистасининг хусусиятлари**

Тухумдонлар кистоз ҳосиласининг тури	5-10 см	10-30 см	Жами
Асоратланмаган	15 (57,7%)	12 (75%)	27 (64,3%)
Буралиш билан асоратланган	11 (42,3%)	4 (25%)	15 (35,7%)
Жами	26 (61,9%)	16 (38,1%)	42 (100%)

7-жадвалдан кўришиб турибдики, 42% ҳолларда 5-10 см ўлчамдаги тухумдон кистаси бурилиш билан асоратланди, бу асоратларнинг ривожланишига йўл қўймаслик ва овариэктомияларнинг олдини олиш учун ўсмирларда тухумдон кистасини эрта аниқлаш зарурлигини кўрсатади.

Барча асоратланган тухумдон кисталаридан 94 бемор ҳам икки гуруҳга бўлинди: асосий ва назорат гуруҳидагиларга. Асосий гуруҳга 33 (35,1%) та 2011 йилдан 2021 йилгача клиникамизда даволанган беморлар киритилган. Асосий гуруҳда клиникада ишлаб чиқилган ушбу патологияни ташхислаш ва даволаш тактикаси, шу жумладан қорин бўшлиғи органларининг ўткир йирингли яллиғланиш касалликлари билан, айниқса, ўткир аппендицит билан асоратланган тухумдон кисталарини дифференциал ташхислаш мақсадида кечаю кундуз ўтказилган қорин бўшлиғининг ультратовуш текшируви ва ПСАЛни аниқлаш қўлланилган. Назорат гуруҳи 2000-2010 йилларда даволанган мураккаб кистик тухумдон патологияси бўлган 61 (64,9%) ўспиринлардан иборат эди. Ушбу беморларга клиник текширув, физик маълумотлар ва қорин бўшлиғининг ультратовуш текшируви асосида фақат иш вақтида ташхис қўйилган, анъанавий даволаш усуллари қўлланилган. Назорат гуруҳида беморлар сони асосий гуруҳга қараганда деярли 2 баравар кўп. Бу сўнгги ўн йил ичида тухумдон кистаси асоратланган шакллариининг нисбатан камайганлигини кўрсатади.

Тухумдон кистаси асоратланган шакллариининг клиник белгилари симптомлар тетрадасидир: қоринни палпация қилишда маҳаллий сезувчанлик (100%), оғриқ соҳасидаги Шчеткин-Блумберг аломатининг мусбатлиги (91,5%), дисменорея (41,5%) ва диспептик бузилишлар (84,0%). 94 бемор орасида 25 (26,5%) қиз қоринининг пастки қисмида енгил (ўртача) оғриқни қайд этди. СВО кўра, тухумдон кистоз ҳосиласи билан беморларнинг аксарияти қаттиқ қорин оғриғидан шикоят қилди– 69 (73,4%) кузатувлар.

Ўткир аппендицитда (таққослаш гуруҳи) ПСАЛ сезиларли даражада ( $p < 0.005$ ) одатдагидан юкори эди  $7.55 \pm 1.2\%$  га етди. Асосий гуруҳда (асоратланган тухумдон кисталари) қон лейкоцитларининг агломерация хусусиятлари стандарт кўрсаткич даражасида қолди, яъни қорин бўшлиғида йирингли-яллиғланиш жараёни йўқлигидан далолат беради. Шу муносабат билан, таққослаш гуруҳи ( $7.55 \pm 1.2\%$ ) ва асосий гуруҳ ( $3.72 \pm 0.4 \cdot 10^9/\text{л}$ ) қизлар лейкоцитлар агломерация натижалари ўртасида муҳим фарқлар ( $0.005$ ) бор (8-жадвал).

#### 8-жадвал

#### Асоратланган тухумдон кистаси ва ўткир аппендицит билан оғриган беморларда қоннинг лаборатор кўрсаткичлари

Кўрсаткичлар	Асосий гуруҳ	Таққослаш гуруҳи	Норма
лейкоцитлар, * $10^9/\text{л}$	$7,3 \pm 1,2^*(n=33)$	$10,67 \pm 1,1^\wedge (n=30)$	$6,68 \pm 0,9(n=30)$
ПСАЛ, %	$3,9 \pm 0,3^{**}(n=33)$	$7,55 \pm 1,2^\wedge(n=30)$	$3,72 \pm 0,4(n=30)$

**Изоҳ:**  $^\wedge$  - нормага нисбатан сезиларли фарқлар ( $n < 0.01$ ),  $^\wedge^\wedge$  - нормага нисбатан сезиларли фарқлар ( $n < 0.005$ ), \* - таққослаш гуруҳи билан сезиларли фарқлар ( $n < 0.05$ ), \*\* - таққослаш гуруҳи билан сезиларли фарқлар ( $n < 0.005$ ).

Операциясидан олдин УТТ назорат гуруҳидаги апоплексияси бўлган 29 (47,5%) бемор ва кистоз ўзгарган тухумдонлар бурмаси бўлган 2 (3,3%) бемор бўлимга қабул қилинганда ўтказилмаган, чунки бу беморлар ўткир аппендицитга шубҳа қилиниб операция учун қабул қилинган. Асосий гуруҳда, бўлимга қабул қилинганда барча беморлар ултратовуш текширувидан ўтдилар. Асосий гуруҳда кечаю кундуз ултратовуш текшируви туфайли 81,8% ҳолларда тўғри ташхис қўйиш мумкин эди, назорат гуруҳида эса бу кўрсаткич атиги 26,2% ни ташкил этди.

Асосий гуруҳда кечаю кундуз ултратовуш текшируви ва ПСАЛни аниқлаш туфайли 23 (69,7%) ҳолларда жарроҳлик аралашуви пастки ўрта кесма орқали амалга оширилди, бунда тос суягига кириш энг кам шикастланиш ва энг мос визуализация кузатилади. Сўнгги йилларда тос аъзоларида операциялар Лапароскопик кириш орқали амалга оширилади, асосий гуруҳда 4 та бундай аралашувлар (12,1%) мавжуд эди. 6 (18,2%) беморда диагностик қийинчиликлар туфайли операция ўнг ёнбош минтақасида қийшиқ кесма билан амалга оширилди. Тухумдон апоплексиясининг барча ҳолатларида кистани олиб ташлаш тухумдон тўқимасини сақлаб қолган ҳолда амалга оширилди. Асосий гуруҳнинг 5 (15,2%) беморларидан 3 (9,1%) қиз ўнгда 2 (6,1%) ва чапда 1 (3,0%) операция пайтида таъсирланган жинсий безларда некротик ўзгаришлар бўлган ва шунинг учун киста билан бирга ўлик тухумдонларни олиб ташлаш керак эди. Қолган ҳолатларнинг 2 (6,1%) тасида орган сақланиб қолди ва киста олиб ташланди. Асосий гуруҳда операция давомийлиги ўртача  $45,9 \pm 1,4$  минутни ташкил этди. Асосий гуруҳнинг барча беморларида операциядан кейинги давр муаммосиз давом этди, операциядан кейинги ҳароратнинг ошиши ўртача  $2,5 \pm 0,5$  кун, оғриқ синдроми  $2,9 \pm 1,6$  кун давом этди, бирламчи кучланиш билан

яраларни даволаш, беморлар касалхонада ўртача  $8,05 \pm 0,1$  ётоқ кунини ўтказгандан сўнг жавоб берилди.

61 бемордан иборат назорат гуруҳида лапаротомия 45 (73,8%) ҳолатда Волкович-Диаконов кесмаси орқали амалга оширилди. Барча ҳолатларда, бачадон ортиқларининг патологияси аниқлангандан сўнг, жарроҳлик ярасини пастга қараб кенгайтириш керак эди, кичик тосда ишлаш жарроҳга катта ноқулайлик туғдирди, жарроҳлик майдонининг визуализацияси, айниқса чап тухумдонни манипуляция қилишда камайди. Бу сабабларнинг барчаси органларнинг катта травматизациясига ва илгакларнинг кучли тортилиши туфайли қорин олд деворига, шунингдек жарроҳлик ва анестезия давомийлигининг ошишига олиб келди. Фақат назорат гуруҳидаги 16 (26,2%) беморларда жарроҳлик даволаш паст ўрта кириш орқали амалга оширилди. Тухумдон бурмаси бўлган 10 (16,4%) бемор орасида 6 (9,8%) беморда (3 (4,9%) ўнгда ва 3 (4,9%) чапда) зарарланган органнинг некротик ўзгаришлари аниқланган. Худди асосий гуруҳда бўлгани каби, некротик тухумдонни киста билан бирга олиб ташлаш керак эди ва 3 (4,9%) ҳолатда некротиз, деторсия ва қон айланиши тиклангандан сўнг, орган сақланиб қолди ва киста олиб ташланди. Назорат гуруҳида операция давомийлиги ўртача  $55,8 \pm 1,3$  минутни ташкил этди. Назорат гуруҳининг барча беморларида операциядан кейинги давр нисбатан силлиқ давом этди, иситманинг давомийлиги  $3,5 \pm 0,8$  кунни ташкил этди, оғрик синдроми  $4,0 \pm 0,8$  кунни ташкил этди, 59 (96,7%) ҳолларда жароҳатни битиши бирламчи кучланишдан эди, 2 (3,3%) беморда – иккиламчи, касалликнинг ўртача давомийлиги. касалхонада қолиш  $9,1 \pm 0,15$  ётадиган кун эди.

Қизлар ва ўсмир қизларда асоратланган тухумдон кистасини ташхислаш ва жарроҳлик даволашнинг такомиллаштирилган тактикаси операция давомийлигини  $55,8 \pm 1,3$  дан  $45,9 \pm 1,4$  минутгача, операциядан кейинги ҳарорат давомийлигини 1кун, оғрик синдроми даврини 1,6 кунга қисқартириши, касалхонадаги беморлар  $9,1 \pm 0,15$  дан  $8,05 \pm 0,1$  кунгача қисқартириш ва лапаротомия ярасидан асоратларни истисно қилишлари мумкин.

168 беморнинг 25 (14,9%) таси тухумдон ўсмалари билан касалланган. Шу билан бирга, 20 (80,0%) ҳолларда кисталар, 3 (12,0%) тада дермоид кисталар ва 2 (8,0%) тада тератомалар аниқланди, бу кейинчалик патоморфологик текширув билан исботланди (9-жадвал).

#### 9-жадвал

#### Патологиянинг тури ва ҳажмига қараб тухумдон ўсимтасимон ҳосиласи бўлган беморларни даволаш

Ўсманинг ўлчами	Тухумдон ўсимтасимон ҳосиласининг тури			Жами
	Кистома	Дермоид киста	Тератома	
5-10 см	15 (60,0%)	-	-	15 (60,0%)
10-30 см	5 (20,0%)	3 (12,0%)	2 (8,0%)	10 (40,0%)
Жами	20 (80,0%)	3 (12,0%)	2 (8,0%)	25 (100%)

Кўпинча ўсмасимон ҳосилалар даврий қорин оғриғи (100%), дисменорея (60,0%) ва пайпасланадиган ўсма билан қориннинг катталашishi аломати қайд этилган. Бачадон ортиғи кисталарида санаб ўтилган аломатларга кўшимча равишда диспептик бузилишлар (20,0%), палпация пайтида маҳаллий оғриқ (20,0%) ва қорин олд деворининг мушакларнинг кучланиши (20,0%) кабилар кўшилиши янада ёрқинроқ клиник кўринишни намоён этди.

Асосий гуруҳдаги қон лейкоцитларининг агломерация хусусиятлари (тухумдон ўсмасимон ҳосиласи) стандарт кўрсаткич даражасида қолди, бу қорин бўшлиғида йирингли-яллиғланиш жараёнининг йўқлигини англатади. Шу муносабат билан, таққослаш гуруҳи ( $7.55 \pm 1.2\%$ ) ва асосий гуруҳ қизлар ( $3.76 \pm 0.2\%$ ) ПСАЛ натижалари ўртасида муҳим ( $p < 0.01$ ) фарқлар бор. Қон лейкоцитлар сони ҳам сезиларли даражада ( $p < 0.005$ ) ҳажми катта тухумдон ҳосилалар билан беморларга нисбатан ўткир аппендицит билан оғриган беморларда юқори, мос равишда  $10.67 \pm 1.1 \cdot 10^9/\text{л}$  ва  $6.63 \pm 0.7 \cdot 10^9/\text{л}$  (10-жадвал).

#### 10-жадвал

#### Тухумдон ўсмаси ва ўткир аппендицит билан оғриган беморларда қоннинг лаборатор кўрсаткичлари

Кўрсаткичлар	Тухумдон ўсмаси	Ўткир аппендицит	Норма
лейкоцитлар, * $10^9/\text{л}$	$6,63 \pm 0,7^{**}(n=25)$	$10,67 \pm 1,1^* (n=30)$	$6,68 \pm 0,9 (n=30)$
ПСАЛ, %	$3,76 \pm 0,2^{**}(n=14)$	$7,55 \pm 1,2^* (n=30)$	$3,72 \pm 0,4 (n=30)$

*Изоҳ:* \* - нормага нисбатан сезиларли фарқлар ( $n < 0.01$ ), \*\* - таққослаш гуруҳи билан сезиларли фарқлар ( $n < 0.005$ ).

Тухумдонлардаги ўсмасимон жараёнларни баҳолашда қуйидаги мезонлар баҳоланди: тузилиш тури, зарарланишнинг тарқалиши, ўсмалар ҳажми, ҳосила тузилишида тўсиқлар мавжудлиги, ўсимта капсуласининг тузилишини баҳолаш, яъни капсуланинг ички ёки ташқи юзасида ўсимталарнинг мавжудлиги, капсуланинг ўз юзаси. Ультрасонографияга кўра, тухумдонлардаги ҳосилаларнинг ўлчамлари 5 дан 10 см гача 15 (60,0%) ҳолларда (уларнинг барчаси кистома эди) ва 10 дан 30 см гача – 10 (40,0%) тада қайд этилган. Бачадон ортиқларидаги 10-30см ли ҳосилалар орасида 5 (20,0%) таси кистомалар, 3 (12,0%) таси дермоид кисталар ва 2 (8,0%) ҳолларда тератома касалиллиги ташкил этди. 2 (8,0%) клиник жиҳатдан мураккаб ҳолатларда қорин бўшлиғининг мултиспирал компьютер томографияси ўтказилди.

Ультратовушли сонография ва ПСАЛни аниқлаш туфайли қорин бўшлиғининг йирингли-яллиғланиш касалликларини истисно қилиш ва Волкович-Диаконов кесмаси орқали кераксиз лапаротомиядан қочиш мумкин. 20 (80,0%) беморларда Лапароскопик усулда 5 (20,0%) та паст ўрта лапаротомия қилинган. 13 (52,0%) ҳолларда ўсмани олиб ташлаш билан органни сақловчи операция ўтказилди, 7 (28,0%) беморда биз кистома билан бирга овариэктомия қилишга мажбур бўлди. Дермоид кисталар ва тухумдон

тератомалари бўлган 5 (20,0%) ҳолатда операция ўтказилди: "ўсимта билан бирга овариэктомия". Барча 25 беморда операциядан кейинги давр муаммосиз давом этди, яраларнинг битиши бирламчи кучланиш билан. Беморлар ўртача  $8,2 \pm 0,7$  койка-кун давомида касалхонага ётқизилган.

### 11-жадвал

#### Тухумдон кистаси ва ўсмасимон ҳосиласини даволаш натижалари

Даволаш усули	Даволаш усули	
	Операция давомийлиги (дақиқа)	Койка кунига
Назорат гуруҳи	$55,8 \pm 1,3$	$9,1 \pm 0,15$
Асосий гуруҳ	$45,9 \pm 1,4$	$8,05 \pm 0,1$

11-жадвал шуни кўрсатадики, тухумдон кистаси ва ўсмасимон ҳосиласини даволаш натижаларини баҳолашда назорат гуруҳида операция давомийлиги  $55,8 \pm 1,3$  дақиқани ташкил этган, асосий гуруҳда у  $45,9 \pm 1,4$  дақиқа га қисқартирилди, бу ўртача 10 дақиқани ташкил этди. Назорат гуруҳида ётоқ кунлари (касалхонада ётиш) сони  $9,1 \pm 0,15$  кунни ташкил этди, асосий гуруҳда эса  $8,05 \pm 0,1$  га камайди.

Тўртинчи боб «ўсмирларда тухумдон кистаси ва ўсмасимон ҳосиласини даволашнинг узоқ муддатли натижалари» деб номланиб, унда ўспиринларда тухумдон кистаси ва ўсмасимон ҳосиласининг узоқ муддатли натижалари 2000 йилдан 2021 йилгача даврда даволанган 168 (100,0%) беморлардан 116 (69,0%) тасида ўрганилди. Узоқ муддатли натижаларни баҳолаш шартлари 1 йилдан 5 йилгача, 5 йилдан 10 йилгача, 10 йилдан 15 йилгача ва 15 йилдан 20 йилгача бўлган (12-жадвал).

### 12-жадвал

#### Касаллик шаклига қараб узоқ муддатли натижаларни ўрганиш вақти

Касаллик шакли	1-5 йил	5-10 йил	10-15 йил	15-20 йил	Жами
Тухумдон кистоз ҳосиласи	17 (16,8%)	39 (38,6%)	15 (14,9%)	30 (29,7%)	101 (100%)
Тухумдон ўсмасимон ҳосиласи	4 (26,7%)	4 (26,7%)	1 (6,6%)	6 (40%)	15 (100%)
Жами	21 (18,1%)	43 (37,1%)	16 (13,8%)	36 (31,0%)	116 (100%)

Консерватив даврдан сўнг 22 бемор орасида 18 (81,8%) ҳолларда беморлар узоқ муддатли даврда текширилди. Улардан 5 нафари (27,8%) турмуш қурган, 13 нафари (72,2%) турмуш қурмаган. Никоҳдаги аёлларда бепуштлик йўқ, ҳар бирининг фарзанди бор. УТТ тухумдонларда патологияни аниқламади. Ҳайз даврининг бузилиши 7 (38,9%) беморда альгодисменорея шаклида намоён бўлди, дисменорея– 4 (22,2%) та, 4 (22,2%) тада менархэ бузилиши ҳолатлари қайд этилмаган ва 3 (16,7%) – ҳайз кўриш ҳали бошланмаган (текширув вақтида ёши 13-14 ёш эди).

Жарроҳлик муолажасидан ўтган 27 (55,1%) беморнинг асоратланмаган тухумдон кисталари ҳажми 5 см дан ошгани учун узок муддатда 20 (40,8%) бемор текширилди. 17 (85,0%) турмуш қурган, 3 (15,0%) турмушга чиқмаган. Никоҳдаги аёллардан назорат гуруҳидаги биттасида бепуштлик кузатилади, қолганларининг болалари бор. УТТда тухумдонларда патология йўқ. Ҳайз даврининг бузилиши 10 (50,0%) беморда альгодисменорея шаклида намоён бўлди, дисменорея – 5 (25,0%) ва 5 (25,0%) ҳолатда аёлларда ҳайз кўриш бузилиши бўлмаган.

Асоратланган тухумдон кистаси назорат гуруҳидаги 61 бемордан 35 (57,4%) узок муддатли даврда, 10-15 ва 15-20 йилдан кейин текширилди. Асосий гуруҳнинг 33 ўспиринидан 1 йилдан 5 йилгача ва операциядан кейинги 5 йилдан 10 йилгача катамнестик маълумотлар 28 (84,8%) ҳолатда ўрганилган. Яъни, асоратланган тухумдон кистаси билан 94 бемордан 63 (67,0%) одамда узок муддатли даволаш натижалари ўрганилди.

Асосий гуруҳдаги апоплексия билан оғриган 28 беморнинг 25 нафари (89,3%) катамнестик текширувдан ўтди. Шу билан бирга, 18 (72,0%) турмуш қурган, 7 (28,0%) турмуш қурмаган. Никоҳдаги аёлларда бепуштлик йўқ, уларнинг ҳаммаси фарзандли ёки ҳомиладор. УТТда тухумдонларда патология аниқланмайди. Ҳайз даврининг бузилиши 12 (48,0%) беморларда альгодисменорея шаклида намоён бўлди, дисменорея – 5 (20,0%) ва 8 (32,0%) аёлларда ҳайз кўриш бузилиши бўлмаган.

Назорат гуруҳидаги тухумдон ёрилиши бўлган 51 беморнинг 30 нафари (58,8%) катамнезда текширилди, шу жумладан 24 нафари (80,0%) турмуш қурган, 6 нафари (20,0%) турмуш қурмаган. Никоҳдаги аёлларда бепуштлик йўқ, уларнинг ҳаммаси фарзандли ёки ҳомиладор. УТТда тухумдонларда патология аниқланмайди. Ҳайз даврининг бузилиши 18 (60,0%) беморларда альгодисменорея шаклида намоён бўлди, дисменорея – 8 (26,7%) ва 4 (13,3%) аёлларда ҳайз кўриш бузилиши бўлмаган.

Катамнезда ўралган тухумдон кистаси шаклида асоратлари бўлган 15 бемор орасида 8 (53,3%) таси текширилди. Асосий гуруҳдан 5 беморнинг даволашнинг узок муддатли натижалари 3 (20,0%) тасида ўрганилди. 10 бемордан иборат назорат гуруҳида 5 (50,0%) таси текширилган.

Узок муддатли даврда асосий гуруҳда тухумдон буралиши бўлган 3 бемордан 1 (33,3%) аёл турмуш қурган, текширув вақтида ҳомиладор; 2 (66,7%) қиз турмушга чиқмаган. Улардан 1 (33,3%) дисменорея, 1 (33,3%) ҳали ҳайз кўришни бошламаган ва 1 (33,3%) менархэ бузилиши йўқ. УТТда генитал органлардан патология йўқ.

Барча 5 (5,3%) аёлларнинг тухумдон кистасининг бурилишидан кейин назорат гуруҳидаги беморларни текшириш, 15-20 йилдан кейин ўтказилди. Текширув 28 ёшдан 32 ёшгача бўлган беморларда ўтказилди. Барча аёллар турмуш қурган ва фарзандлари бор. УТТ тухумдонларда патологияни аниқламади. 2 (40,0%) беморда альгодисменорея шаклидаги ҳайз даврининг бузилиши, дисменорея – 1 (20,0%) ва 2 (40,0%) ҳолатда менархэ бузилиши қайд этилмаган.

Асосий гуруҳ беморларида репродуктив тизимнинг ҳолати назорат гуруҳига қараганда анча яхши: альгодисменорея билан оғриган беморлар сони 12,6% камроқ, дисменорея билан – 3,5% ва ҳайз даврининг бузилишисиз, албатта мос равишда, сезиларли даражада юқори 16,2% га тенг. Ультратовуш текширувида жинсий аъзолар томонидан бепуштлик ва патология иккала гуруҳда ҳам мавжуд эмас.

Тухумдон ўсмалари бўлган 25 беморнинг узок муддатли натижалари 15 (60,0%) да ўрганилди. Улардан 13 (86,7%) аёл турмуш қурган, уларнинг ҳаммаси фарзандли, яъни бепуштлик йўқ, шу жумладан 3 (20,0%) тасида битта тухумдон билан (ўткир даврда улар бир томонлама органи олиб ташловчи операция қилинган). Турмуш қурмаган – 2 (13,3%) та. 15 бемордан 7 (46,7%) тасида оғриқли ҳайз қайд этилган, 7 (46,7%) дисменорея ва 1 (6,6%) қизда ҳайз цикли бузилмаган эди.

Шундай қилиб, жарроҳлик даволаш тактикасидан фойдаланиб мураккаб диагностиканинг узок муддатли натижаларни ўрганишда уч балли тизим томонидан баҳоланди: Яхши натижалар-шикоятлар йўқ, операциядан кейинги кўпол чандиқлар. Тос аъзоларининг ултратовуш текшируви патологияни аниқламади. Дисменорея йўқ эди ёки унинг енгил кўринишлари мавжуд эди. Турмуш қурган аёлларда ҳомиладорлик ёки болалари бор эди.

Қониқарли натижалар- беморлар қориннинг пастки қисмида камдан-кам учрайдиган, даврий оғриқлар, ўртача дисменорея ҳақида шикоят қилганда деб ҳисобланди. Операциядан кейинги тери чандиқларини текширишда уларнинг енгил гипертрофияси қайд этилган. Турмуш қурган аёллар ҳомиладорликни бошдан кечиришган ёки фарзанд кўришган.

Қониқарсиз натижалар- беморлар тез-тез қорин оғриғи, қаттиқ дисменорея ҳақида шикоят қилганда кўриб чиқилди. Операциядан кейинги чандиқлар деформацияланган ва келоид характериға эға эди. Турмуш қурган аёлларда ҳомиладорлик бўлмаган.

Олинган натижалардан кўриниб турибдики, узок муддатда яхши натижалар сони назорат гуруҳидаги 82,7% дан асосий гуруҳда 87,5% гача ўсди ва қониқарли натижалар сони мос равишда 13,5% дан 12,5% гача камайди. Асосий гуруҳда қониқарсиз натижалар кузатилмади (13-жадвал).

### 13-жадвал

#### Даволаш усулиға қараб узок муддатли натижалар

Текширилувчилар гуруҳи	Яхши	Қониқарли	Қониқарсиз	Жами
Назорат гуруҳи	43 (82,7%)	7 (13,5%)	2 (3,8%)	52 (44,8%)
Асосий гуруҳ	56 (87,5%)	8 (12,5%)	-	64 (55,2%)
Жами	99 (85,4%)	15 (12,9%)	2 (1,7%)	116 (100%)

Ўтказилган тадқиқотлар асосида биз асоратларнинг тури, ҳажми, тарқалиши ва мавжудлиғига қараб ўсмирларда тухумдон кистаси ва ўсмасимон ҳосиласини ташхислаш ва даволаш тактикаси алгоритмини ишлаб чиқдик.



*1-расм. Ўсмирларда тухумдон кистаси ва ўсмасимон ҳосиласини таъхислаш ва даволаш тактикаси алгоритми*

## ХУЛОСАЛАР

**«Ўсмирларда тухумдонларнинг кистозли ва ўсмага ўхшаш ҳосилаларини ташхислаш ва даволашни такомиллаштириш»** мавзuidaги тиббиёт фанлари бўйича фалсафа доктори (PhD) илмий даражасини олиш учун бажарилган диссертация иши натижалари бўйича қуйидаги хулосалар шакллантирилган:

1. Ўсмирлик даврида қизларда тухумдон кистаси(14,9%) тухумдон ўсмасимон ҳосилаларидан (85,1%) 6 барабар кўп. 65,7% ҳолларда тухумдон кистаси ёрилиш ва қон кетиш билан – 55,2% ва бурилиш – 10,5% билан асоратланади. Тухумдонларнинг ўсмасимон ҳосиласи камроқ учрайди, улардан: кисталар – 11,9%, дермоид кисталар – 1,8% ва тератомалар - 1,2%.

2. Касалликнинг клиник кечишининг хусусиятлари ва тухумдонларнинг киста ва ўсмасимон ҳосиласини ўрганиш учун инструментал, лаборатория, патоморфологик усулларнинг диагностика аҳамияти аниқланди, улардан фойдаланиш ўз вақтида ташхис қўйиш ва жарроҳлик даволаш тактикасини сезиларли даражада яхшилади.

3. Тухумдон кистаси ва ўсмасимон ҳосиласи бўлган беморларни диагностика қилиш ва даволашнинг жарроҳлик тактикасининг ишлаб чиқилган комплекс ёндашуви касалликнинг шаклига, асоратларнинг турига ва ўсмирларнинг ёшига қараб ( $p < 0.05$ ) беморларнинг касалхонада қолиш муддатини назорат гуруҳидаги  $9,1 \pm 0,15$  дан асосий гуруҳидаги  $8,05 \pm 0,1$  гача қисқартирди ва операция давомийлигини мос равишда  $55,8 \pm 1,3$  дан  $45,9 \pm 1,4$  минутгача қисқартирди.

4. Касалликнинг муддати, беморларнинг ёши, ҳосиланинг ҳажми ва асоратларнинг табиатига қараб, тухумдон кистаси ва ўсмасимон ҳосиласининг турли шакллари даволашнинг диагностика ва жарроҳлик тактикаси алгоритми ишлаб чиқилди. Улардан амалий соғлиқни сақлаш тизимида фойдаланиш ўсмирларда репродуктив органларининг функционал ҳолатини сақлаб қолишга сезиларли таъсир кўрсатади.

5. Ўсмирлик даврида тухумдон кистаси ва ўсмасимон ҳосиласининг турли шакллари бошдан кечирган, узоқ муддатли даврда 20 йилгача ўрганилган беморларнинг репродуктив саломатлик ҳолатини қиёсий баҳолаш ишлаб чиқилган терапевтик-диагностика комплекси ва жарроҳлик даволаш тактикасининг юқори самарадорлигини кўрсатди.

6. Узоқ муддатли истиқболли яхши натижалар сони назорат гуруҳидаги 82,7% дан асосий гуруҳда 87,5% гача ўсди ва қоникарли натижалар сони мос равишда 13,5% дан 12,5% гача камайди. Қоникарсиз натижалари назорат гуруҳидаги 3,8% дан асосий гуруҳда 0% гача камайди.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ ПО ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ  
DSc.04/30.12.2019.Tib.102.01 ПРИ САМАРКАНДСКОМ  
ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ**

---

**САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ**

**АСАТУЛАЕВ АКМАЛЬ ФАРХАТОВИЧ**

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ  
КИСТОЗНЫХ И ОПУХОЛЕВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ У  
ПОДРОСТКОВ**

**14.00.35 – Детская хирургия**

**АВТОРЕФЕРАТ ДИССЕРТАЦИИ  
ДОКТОРА ФИЛОСОФИИ (PhD) ПО МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ**

**Самарканд – 2023**

Тема диссертации доктора философии (PhD) по медицинским наукам зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Министерстве высшего образования, науки и инноваций Республики Узбекистан за № В2022.1.PhD/Tib2573

Диссертация выполнена в Самаркандском государственном медицинском университете.

Автореферат диссертации на трех языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице научного совета ([www.sammu.uz](http://www.sammu.uz)) и информационно-образовательном портале «ZiyoNet» ([www.ziynet.uz](http://www.ziynet.uz)).

**Научный руководитель:** Шамсиев Азамат Мухитдинович  
доктор медицинских наук, профессор

**Официальные оппоненты:** Минаев Сергей Викторович  
доктор медицинских наук, профессор

Негмаджанов Баходур Болтаевич  
доктор медицинских наук, профессор

**Ведущая организация:** Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино.

Защита диссертации состоится «\_\_» \_\_\_\_\_ 2023 г. в \_\_ часов на заседании научного Совета DSc.04/30/12.2019.Tib.102.01 при Самаркандском государственном медицинском университете (Адрес: г. Самарканд, ул. М.Улугбека, 70а, Специализированная детская хирургическая клиника СамГМУ тел.: 0(366) 233-58-92, 233-79-03, e-mail: shodikulovagulandon@mail.ru).

С диссертацией можно ознакомиться в информационно-ресурсном центре Самаркандского государственного медицинского университета (зарегистрирована за № \_\_\_\_). Адрес: 140100, г. Самарканд, ул. А.Темура, д. 18. Тел./факс: (+99866) 233-30-34.

Автореферат диссертации разослан «\_\_» \_\_\_\_\_ 2023 года.

(Реестр протокола рассылки № \_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 2023 года).



**Ж.О. Атакулов**

Председатель научного совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, профессор

**Г.З. Шодикулова**

Ученый секретарь научного совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, профессор

**Н.М. Шаваз**

Председатель научного семинара при научном совете по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, профессор

## **ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))**

**Актуальность и востребованность темы диссертации.** На сегодняшний день кистозные и опухолевидные образования яичников у подростков в связи с высокой частотой встречаемости является сложной и актуальной проблемой детской хирургии и гинекологии. По данным различных авторов «...частота кистозных и опухолевидных образований яичников у детей и подростков в структуре гинекологических заболеваний, колеблется от 1 до 4,6%, опухолевидные образования встречаются в 2,6 случаев на 100 тыс. девочек в год...».<sup>1</sup> Своевременная диагностика данной патологии представляет собой сложную задачу. Трудности диагностики обусловлены широкой вариабельностью клинической картины, от бессимптомного течения до клиники острого живота. В большинстве случаев сходство клинической картины опухолевидных образований яичников с острой хирургической и гинекологической патологией является причиной диагностических ошибок. До настоящего времени не разработано надежных клиничко-лабораторных тестов для ранней диагностики и контроля за эффективностью лечения. В настоящее время не определена хирургическая тактика лечения в зависимости от формы заболевания, возраста больных и вида осложнений. Внедрение в практику новых современных технологий, создание научно-обоснованных, лечебно-диагностических алгоритмов позволяет успешно решить ряд проблем при данной патологии.

Во всем мире проводится ряд научных исследований, направленных на разработку комплекса лечебно-диагностических мероприятий и выбора оптимальной тактики хирургического лечения, а также профилактику осложнений у подростков с кистозными и опухолевидными образованиями яичников. В связи с этим проведение научных исследований, направленных на, раннюю диагностику, оптимизацию методов и разработку оптимального метода лечения, выявление факторов влияющих на возникновение осложнений после лечения у подростков с кистозными и опухолевидными образованиями яичников.

На систему здравоохранения нашей страны возложен ряд задач, направленных на повышение качества медицинских услуг, оказываемых населению, и адаптацию их к мировым стандартам, в том числе сохранение здоровья детей и подростков, ранняя диагностика возникающих у них заболеваний, уменьшение их осложнений. В связи с этим поставлены такие задачи по коренному совершенствованию системы здравоохранения, как «...повышение эффективности, качества и популярности медицинской помощи, оказываемой населению в нашей стране, а также внедрение высокотехнологичных методов ранней диагностики и лечения заболеваний, создание патронажной службы, поддержка здорового образа жизни,

---

<sup>1</sup> Артымук Н.В., Ламонова С.С., Чернова О.О. Доброкачественные новообразования яичников у девочек-подростков: классификация, особенности клинической картины, тактика // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2021.

профилактика и эффективная диагностика заболеваний...»<sup>2</sup>. Во исполнение этих задач, целесообразно проведение исследований по определению частоты, формы и вида осложнений в зависимости от возраста пациенток, проанализировать полученные результаты спонтанной агломерации лейкоцитов в крови (ПСАЛ), разработать лечебно-диагностические мероприятия на основе показателей УЗИ и ПСАЛ, что позволит предотвратить развитие осложнений и снизить процент инвалидизации у больных с кистозными и опухолевидными образованиями яичников.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, предусмотренных в Указах Президента Республики Узбекистан № УП-60 «О стратегии развития Нового Узбекистана на 2022 — 2026 годы» от 28 января 2022 года, № УП-5590 «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» от 7 декабря 2018 года, Постановлением Президента Республики Узбекистан № ПП- 5199 от 29 июля 2021 года «О мерах по дальнейшему совершенствованию системы оказания специализированной медицинской помощи в сфере здравоохранения», а также в других нормативно-правовых документах, принятых в данной сфере.

**Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий Республики Узбекистан.** Диссертационное исследование выполнено в соответствии с приоритетными направлениями развития науки и технологий Республики Узбекистан по разделу VI «Медицина и фармакология».

**Степень изученности проблемы.** Согласно сообщениям мировой литературы из общего числа пациенток гинекологического стационара удельный вес больных с острыми гинекологическими заболеваниями составляет 26%. Одну из лидирующих позиций по частоте поражений среди опухолевых образований занимают опухоли яичников – 6-25%. По возрастному аспекту встречаемость данной патологии у детей и подростков составляет 1,0-4,6%, в репродуктивном периоде - 7,8 % случаев, а в постменопаузе – 2,5-18,0% (Смирнова А.В. и соавт., 2023).

Имеются многочисленные описания этиологических факторов возникновения опухолей и опухолевидных образований придатков матки у детей и подростков. Однако, достоверных критериев по этиопатогенетическим механизмам их развития нет (Адамян Л.В. и соавт., 2020). К этиологическим можно отнести наследственность, соматические заболевания, гормональные нарушения, сбой гипоталамус–гипофизарно–яичниковой нейроэндокринной регуляции, воспалительные заболевания, оперативные вмешательства на органах малого таза (Артымук Н.В. и соавт., 2021). Согласно Международной гистологической классификации опухолей яичников (ВОЗ от 2014 года), разнообразие кистозных образований яичников позволяет по морфологической структуре отнести их в группу опухолевых либо опухолеподобных процессов, в свою очередь опухоли яичника

---

<sup>2</sup> Указ Президента Республики Узбекистан «О Стратегии развития нового Узбекистана» на 2022-2026 годы

подразделяются на доброкачественные, пограничные и злокачественные (Давыдова И.Ю. и соавт. 2019; Адамян Л.В. и соавт., 2018).

В подростковом возрасте клиническая картина при неосложненном течении кистозных и опухолеподобных образований яичников чаще бессимптомная, но возможно появление в подвздошно-паховой области разного характера болей и усиление их при физической нагрузке (Артымук Н.В. и соавт., 2021; Адамян Л.В. и соавт., 2018). В связи с этим данное заболевание диагностируется при развившемся осложнении, что еще больше повышает значимость данной проблемы, так как неотложные состояния могут приводить к необратимым патологическим изменениям функции репродуктивной системы (Дьяконова Е.Ю.2021).

В нашей стране проведен ряд исследований по раннему выявлению подростков с кистозными и опухолевидными образованиями, совершенствованию методов диагностики и тактики хирургического лечения (Шамсиев А.М. 2023; Негмаджанов Б.Б. 2023; Норкузиев Ф.Н. 2018). В то же время на территории Самаркандской области практика лечения направлена на профилактику осложнений, возникающих при кистозных и опухолевидных образованиях яичников у подростков, совершенствование эффективных и ранних методов диагностики и оптимальной тактики лечения.

Решение этих проблем способствует выбору оптимального лечебно-диагностического подхода у подростков с кистозными и опухолевыми образованиями яичников в практике детской хирургии, что является одной из основных задач здравоохранения. На основании вышеизложенного пересмотр диагностических критериев данной патологии у подростков с кистозными и опухолевыми образованиями яичников, правильная организация лечебно-реабилитационных мероприятий позволит провести научные исследования направленные на предупреждение рецидивов и возможных осложнений, а также совершенствованию новых методов консервативного и хирургического лечения.

**Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация.** Диссертационное исследование выполнено в рамках плана научно-исследовательских работ Самаркандского государственного медицинского университета №01980006703 «Разработка современных методов диагностики, лечения и профилактики» (2020-2023 гг.).

**Цель исследования** улучшение результатов лечения кистозных и опухолевидных образований яичников у подростков путем оптимизации диагностики и хирургической тактики лечения.

**Задачи исследования:**

определить частоту, формы заболевания и виды осложнений у подростков с кистозными и опухолевидными образованиями яичников в зависимости от возраста больных.

изучить особенности клинического течения заболевания и диагностическую ценность инструментальных, лабораторных,

патоморфологических методов исследования кистозных и опухолевидных образований яичников.

разработать тактику хирургического лечения доброкачественных образований яичников у подростков в зависимости от формы заболевания, возраста больных и вида осложнений.

разработать лечебно-диагностический алгоритм при различных формах кистозных и опухолевидных образованиях яичников в зависимости от давности заболевания, возраста больных, размера образования и характера осложнений, а также изучить результаты хирургического лечения кистозных и опухолевидных образований яичников у подростков в отдаленные сроки.

**Объектом исследования** послужили 168 подростков с кистозными и опухолевидными образованиями яичников, находившихся на стационарном лечении в Специализированной детской хирургической клинике СамГМУ (главный врач проф. Ж.А. Шамсиев) за период с 2000 по 2021 год.

**Предметом исследования** явились: кровь обследованных больных для общеклинических, лабораторных, биохимических исследований и для определения показателя спонтанной агломерации лейкоцитов (ПСАЛ), а также операционный материал от больных с кистозными и опухолевидными образованиями яичников для патоморфологических исследований.

**Методы исследования.** В данной диссертационной работе были использованы анамнестические, общеклинические, инструментальные, лабораторные, патоморфологические и статистические методы исследования.

**Научная новизна исследования:**

впервые определена частота, формы заболевания и вид осложнений в зависимости от возраста больных с кистозными и опухолевидными образованиями яичников у подростков;

установлено, что показатель спонтанной агломерации лейкоцитов в крови (ПСАЛ) является дифференциально-диагностическим маркером для своевременной диагностики и определения тактики лечения у подростков с кистозными и опухолевыми образованиями яичников;

оптимизирована тактика хирургического лечения кистозных и опухолевидных образований яичников у подростков в зависимости от формы заболевания, возраста больных, вида осложнений, а также результатов УЗИ и ПСАЛ.

доказана высокая эффективность разработанной хирургической тактики до 87,5% на основании изучения отдаленных результатов лечения больных с кистозными и опухолевыми образованиями яичников.

**Практические результаты исследования** заключается в следующем:

определены показания к хирургическому лечению кистозных и опухолевидных образований яичников у подростков в зависимости от вида, размера и наличия осложнений;

на основании полученных результатов разработаны рекомендации по совершенствованию диагностических и лечебно-тактических мероприятий при кистозных и опухолевидных образованиях яичников у подростков;

внедрен в практическое здравоохранение эффективный и оптимальный способ диагностики и хирургического лечения кистозных и опухолевидных образований яичников у подростков;

предложен в клиническую практику лечебно-диагностический алгоритм при кистозных и опухолевидных образованиях яичников у подростков в зависимости от вида, размера и характера осложнений.

**Достоверность результатов исследования** подтверждается использованием взаимодополняющих результатов и теоретических выводов, методически правильным проведением современных клинко-инструментальных, лабораторных, патоморфологических методов исследования и изучением ближайших и отдаленных результатов оперативного лечения на достаточном количестве обследованных больных. Полученные результаты и выводы исследования основаны на принципах доказательной медицины, достоверность которых подтверждена статистической обработкой.

#### **Научная и практическая значимость результатов исследования.**

Научная значимость результатов исследования заключается в изучении частоты, формы заболевания, возраста больных и характера осложнений кистозных и опухолевидных образований яичников у подростков, которые заложили основу для дальнейших углубленных исследований в стране по изучению особенностей течения заболевания, диагностики, хирургической тактики лечения подростков с данной патологией.

Практическая значимость результатов исследования заключается в том, что на основании изучения возрастных особенностей течения различных форм кистозных и опухолевидных образований яичников, а также их осложнений составлен лечебно-диагностический алгоритм и тактика хирургического лечения подростков; результаты данного научного исследования будут способствовать улучшению клинко-инструментальной диагностики, хирургической тактики, ближайших и отдаленных результатов лечения больных с кистозными и опухолевидными образованиями яичников.

**Внедрение результатов исследования.** Полученные научные результаты диагностики и лечения применяются в сфере практического здравоохранения, в районном медицинском объединении Бухарской области (Приказ №18/1 от 26.11.2022 года), Кашкадарьинском (Приказ №71/1 от 26.11.2022 года) и Самаркандском (Приказ №32/1 от 26.11.2022 года) филиалах Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии.

Использование разработанных рекомендаций по диагностике и лечению кистозных и опухолевидных образований яичников у подростков позволило своевременно диагностировать патологию у 95% пациенток, оказать соответствующую медицинскую помощь 74% в первично-лечебно-профилактических учреждениях, внедрить лечение в амбулаторных условиях. При данной патологии можно выявить группу риска, своевременно поставить диагноз и выбрать оптимальную тактику лечения, что сокращает сроки пребывания в стационаре.

Своевременное лечение кистозных и опухолевидных образований яичников у подростков предупреждает развитие осложнений, которые могут возникнуть вследствие данной патологии, создает условия для проведения органосохраняющих операций, улучшает качество жизни больных, а также позволяет сохранить репродуктивное здоровье.

В результате своевременной диагностики и лечения кистозных и опухолевидных образований яичников у подростков срок пребывания больных в стационаре сокращается на 2 дня, сокращается количество дней пребывания в стационаре, а за счет сокращения периода пребывания в стационаре требуется меньше затрат на лекарственные средства (в среднем за сутки расходуется 80 000 сум). Использование нового лечебно-диагностического алгоритма позволило сэкономить бюджетные средства на 160 000 сум и внебюджетные средства на 137 000 сум за счет 1 пациента.

Сравнительная оценка состояния репродуктивного здоровья пациенток перенесших различные формы кистозных и опухолевидных образований яичников в подростковом возрасте, изученных в отдаленном периоде сроком до 20 лет, показала высокую эффективность разработанного лечебно-диагностического комплекса и хирургической тактики лечения. В отдаленные сроки лечения количество хороших результатов повысилось с 82,7 % в контрольной группе до 87,5% в основной группе, а число удовлетворительных результатов уменьшилось с 13,5% до 12,5% соответственно. Неудовлетворительные результаты снизились с 3,8% в контрольной группе до 0% в основной.

Проректором Самаркандского государственного медицинского университета направлено письмо № 314 от 13 ноября 2023 года в Министерство здравоохранения на тему «Совершенствование диагностики и лечения кистозных и опухолевидных образований яичников у подростков» для внедрения научных инноваций в другие учреждения здравоохранения страны (справка Минздрава от 11 ноября 2022 года 8н-з/ 1273).

**Апробация результатов исследования.** Результаты данного исследования были обсуждены на 5 научно-практических конференциях, в том числе 3 международных и 2 республиканских с международным участием.

**Публикация результатов исследования.** По теме диссертационной работы опубликованы 16 научных работ, из них 6 статей в научных изданиях, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикаций основных научных результатов диссертаций: 5 - в республиканских и 1 - в зарубежных научных журналах.

**Структура и объем диссертации.** Диссертация состоит из введения, обзора литературы, главы, включающей материалы и методы исследования, двух глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка использованной литературы. Текстовый объем диссертации 120 страница.

## ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

**Во введении** обоснованы актуальность и востребованность проведенного исследования, цель и задачи исследования, дана характеристика объекта и предмета исследования, показано соответствие диссертационной работы с приоритетным направлением развития науки и новых технологий Республики Узбекистан, изложены научная новизна и практические результаты исследования, раскрыты научная и практическая значимость и внедрение в практику результатов исследования, сведения по опубликованным работам и структуре диссертации.

В первой главе диссертации **«Современное состояние проблемы кистозных и опухолевидных образований яичников у подростков»** представлено современное состояние проблемы развития и особенностей течения заболеваний яичников у подростков, описаны особенности течения данной патологии и современные вопросы диагностики и тактики хирургического лечения. Представлены особенности лабораторной, инструментальной и морфологической диагностики кистозных и опухолевидных образований яичников у подростков. Проанализированы аспекты по применению различных методов лечения и профилактики возможных осложнений у больных этой категории.

Во второй главе диссертации **«Материалы и методы исследования»** приводятся сведения, включающие общую характеристику клинического материала, лабораторных, инструментальных и морфологических методов исследования.

В исследовании приняли участие 168 больных с кистозными и опухолевидными образованиями яичников в возрасте от 10 до 19 лет. Учитывая возрастную зависимость изучаемой патологии, согласно рекомендациям ВОЗ (2019) больные были разделены на две возрастные группы: младший подростковый возраст (10-14 лет) и старший подростковый возраст (15-19 лет).

В соответствии с поставленными задачами все больные были разделены на две группы: контрольную группу составили 84 пациентки, из них 86,9% с кистозными и 13,1% с опухолевидными образованиями яичников, находившиеся на стационарном лечении с 2000 по 2011 года, которым был применён традиционный метод лечения. Отсутствие круглосуточного УЗИ. Доступ был в правой подвздошной области, проводилась аппендэктомия, приходилось расширять операционную рану для облегчения доступа к основной патологии. Основную группу также составили 84 пациентки, 83,3% с кистозными и 16,7% с опухолевидными образованиями яичников, находившиеся на стационарном лечении с 2011 по 2021 года. При выборе метода лечения учитывались размер образования, наличие осложнений, данные лабораторных и инструментальных методов исследования. Для дифференциальной диагностики было внедрено круглосуточное УЗИ, определение показателя спонтанной агломерации лейкоцитов, в редких случаях при затруднительной диагностике применялось МРТ исследование. Хирургическая тактика определялась после комплексной диагностики, применялся срединный разрез и целенаправленно устранялась

патология, в ряде случаев были применены видео-лапароскопические операции (таблица 1).

**Таблица 1**

**Кистозные и опухолевые образования яичников в зависимости от метода лечения**

<b>Форма заболевания</b>	<b>Контрольная группа (2000-2010 гг)</b>	<b>Основная группа (2011-2021 гг)</b>
Кистозные образования яичников	73 (86,9%)	70 (83,3%)
Опухолевые образования яичников	11(13,1%)	14 (16,7%)
Всего	84 (100%)	84 (100%)

Из 168 больных в 146 (87,0%) случаях произведено оперативное вмешательство, а в 22 (13,0%) – было рекомендовано наблюдение у детского гинеколога и консервативное лечение. Из 22 (13,0%) пациенток, которых лечили консервативно, у всех выявлены кисты яичников. Среди 146 (87,0%) подростков, подвергшихся хирургическому вмешательству, у 121 (72,2%) в яичниках обнаружены кистозные образования и у 25 (14,8%) – опухолевидные.

Для объективной характеристики, диагностики и дифференциальной диагностики, а также для выбора и оценки оптимального подхода к лечению при кистозных и опухолевых процессах в яичниках были тщательно собраны и проанализированы жалобы и анамнез. Методы исследования включали тщательный сбор жалоб и анализ гинекологического анамнеза (возраст наступления менархе, характеристика овариально-менструального цикла и т.д.). Проводилась оценка лабораторных методов исследования (лейкоцитоз, определялся показатель спонтанной агломерации лейкоцитов, общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи) и гистологическое исследование биопсийного материала.

Из инструментальных методов исследования применялись: ультразвуковое исследование (УЗИ) и в трудных клинических случаях МСКТ брюшной полости и малого таза. Проводилось гистологические исследования биопсийного материала.

Все статистические процедуры выполнялись с использованием пакета программ Statistica 6.0 (StatSoft). В работе изучаемые значения были представлены в виде выборочного среднего и стандартной ошибки среднего. Достоверность различий выборок оценивалась с помощью критерия Стьюдента (t), при форме распределения близкого к нормальному. Различия считали достоверными при  $p < 0,05$ . Категориальные признаки оценивали непараметрическим критерием Хи-квадрат ( $\chi^2$ ). Малые величины сравнивали с помощью точного одностороннего критерия Фишера.

Третья глава диссертации «**Современные аспекты диагностики и тактики хирургического лечения кистозных и опухолевидных образований яичников у подростков**» посвящена особенностям клинического течения кистозных и опухолевидных заболеваний яичников у подростков,

диагностической ценности инструментальных, лабораторных, патоморфологических методов исследования и тактики хирургического лечения в зависимости от формы заболевания, возраста больных и вида осложнений.

Из 168 больных, с кистозными и опухолевидными образованиями яичников у 143 (85,1%) больных выявлены кисты яичников, у оставшихся 25 (14,9%) – опухолевые образования яичников. У 143 больных с кистозными изменениями яичников у 94 (55,9%) пациенток отмечалось осложненное течение заболевания, неосложненные кисты яичников выявлены у 49 (29,2%) пациенток (таблица 2).

**Таблица 2**

**Кистозные образования яичников в зависимости от наличия или отсутствия осложнений**

Вид кистозных образований яичников	Возраст больных, лет		Всего
	10-14 лет	15-19 лет	
Неосложненные	22 (39,2%)	27 (60,8%)	49 (34,3%)
Осложненные	44 (86,7%)	50 (13,3%)	94 (65,7%)
Итого	66 (46,2%)	77 (53,8%)	143 (100%)

При неосложненном течении кистозных образований яичников на ранних стадиях болезнь может протекать бессимптомно или с незначительными явлениями дискомфорта. Все обратившиеся к нам больные предъявляли жалобы на боли в области живота умеренной и слабой выраженности (согласно шкале вербальной оценки боли (ШВО)) – 41 (83,7%) , дисменорея отмечалась в 15 (30,6%), локальная болезненность при пальпации в 27 (55,1%), диспепсические расстройства в виде снижения аппетита, тошноты, рвоты, диареи – в 16 (32,6%) случаях. Напряжение мышц передней брюшной стенки выявлено у 3 (6,1%) пациенток. У 8 (25,8%) подростков причиной обращения в стационар послужило увеличение и асимметрия живота, а также симптом пальпируемой опухоли в брюшной полости. Среди всех пациенток повышение температуры тела наблюдалось всего у 2 (4,1%) больных.

При кистозных образованиях яичников с неосложненным течением контрольную группу составили 12 (24,5%) больных, а основную 37 (75,5%).

По данным УЗИ размеры кистозных образований были следующие: от 1 до 3 см – 20 (42,6%); от 5 до 10 см – 15 (31,9%); от 10 до 30 см – 12 (25,5%) больных (таблица 3).

Для дифференциальной диагностики кистозных образований яичников с гнойно-воспалительными заболеваниями брюшной полости обследовано 30 больных с острым аппендицитом (группа сравнения). У этих больных исследовали количество лейкоцитов в крови и показатель спонтанной агломерации лейкоцитов (ПСАЛ). На основании клинических данных, ультразвукового исследования и лабораторных показателей определялись диагностические критерии объемных образований яичников у детей. Кроме этого, для каждого лабораторного метода исследования определены нормативные показатели путем обследования 30 практически здоровых детей.

Возрастной состав выбран аналогично основной группе для однородности наблюдений. Нормативный ПСАЛ составил -  $3,72 \pm 0,4\%$ .

**Таблица 3**

**Неосложнённые кистозные образования яичников в зависимости от  
возраста и размера кисты**

Возраст больных	Размер кисты (см) и способ лечения			Всего
	Консервативное	Хирургическое		
	1-3 см	5-10 см	10-30 см	
Младший подростковый возраст (10-14 лет)	11 (50,0%)	7 (31,8%)	4 (18,2%)	22 (44,9%)
Старший подростковый возраст (15-19 лет)	11 (40,7%)	8 (29,6%)	8 (29,6%)	27 (55,1%)
Итого	22 (44,9%)	15 (30,6%)	12 (24,5%)	49 (100%)

При остром аппендиците агрегационные свойства лейкоцитов крови были достоверно ( $p < 0,005$ ) выше нормы, достигая  $7,55 \pm 1,2\%$ . В тех случаях, когда у пациенток наблюдались неосложненные кисты яичников ПСАЛ оставался на уровне референтной величины, что означает отсутствие гнойно-воспалительного процесса в брюшной полости. В связи с этим отмечаются достоверные отличия ( $p < 0,005$ ) между результатами агрегации лейкоцитов у девушек с острым аппендицитом ( $7,55 \pm 1,2\%$ ) и неосложненными кистами яичников ( $3,78 \pm 0,2\%$ ). Количество лейкоцитов крови также было достоверно ( $p < 0,01$ ) выше у больных с острым аппендицитом по сравнению с пациентками с неосложненными кистами яичников,  $6,59 \pm 1,5 \cdot 10^9/\text{л}$  и  $6,68 \pm 0,9 \cdot 10^9/\text{л}$  соответственно (Таблица 4).

**Таблица 4**

**Лабораторные показатели крови у пациенток с неосложненными кистозными образованиями яичников и острым аппендицитом**

показатели	кисты яичников	острый аппендицит	Норма
лейкоциты крови, $10^9/\text{л}$	$6,59 \pm 1,5^*(n=49)$	$10,67 \pm 1,1^{\wedge}(n=30)$	$6,68 \pm 0,9(n=30)$
ПСАЛ, % “	$3,78 \pm 0,2^{**}(n=37)$	$7,55 \pm 1,2^{\wedge\wedge}(n=30)$	$3,72 \pm 0,4(n=30)$

**Примечание:**  $\wedge$  - достоверные отличия по сравнению с нормой ( $p < 0,01$ ),  $\wedge\wedge$  - достоверные отличия по сравнению с нормой ( $p < 0,005$ ), \* - достоверные отличия с группой сравнения ( $p < 0,05$ ), \*\* - достоверные отличия с группой сравнения ( $p < 0,005$ ).

Основным ультразвуковым признаком кисты является обнаружение жидкостного образования в проекции яичника, ограниченного капсулой. Фолликулярные кисты при УЗИ выглядели как шаровидные жидкостные образования с тонкой ровной стенкой. Кисты желтого тела отличались разнообразным внутренним строением. Серозные кисты очень напоминали по своей форме фолликулярные. Они чаще располагались над маткой, легко смещались при надавливании датчиком.

В зависимости от размеров, локализации, данных УЗИ, ПСАЛ и анализов крови разработана тактика лечения больных с неосложненными кистозными образованиями яичников. Подросткам при кистах яичников от 1 до 5 см в 22 (44,9%) случаях было рекомендовано наблюдение у детского гинеколога и консервативное лечение. Девушки находились в стационаре  $2,8 \pm 1,3$  койко-дней.

Остальным 27 (55,1%) больным с кистозными образованиями яичников с размерами 5 см и более было проведено оперативное вмешательство: органосохраняющая операция с иссечением кисты. В 2 (7,4%) случаях в контрольной группе больные оперированы в ночное время доступом по Волковичу-Дьяконову, так как дежурные хирурги не смогли исключить острый процесс в брюшной полости. В 21 (77,8%) наблюдении на основании УЗИ и ПСАЛ установлен правильный диагноз до операции, и целенаправленно операция произведена через нижнесрединную лапаротомию. В 4 (14,8%) случаях проведена лапароскопическая органосохраняющая операция. У всех оперированных подростков послеоперационный период протекал гладко, заживление раны первичным натяжением. Больные находились в стационаре в среднем  $8,1 \pm 0,1$  койко-дней.

Осложненное течение заболевания отмечалось только при кистозных образованиях, среди них наиболее часто диагностировался разрыв кисты - 79 (84,0%) случаев, а в 15 (16,0%) выявлен перекрут кистозного яичника (таблица 5).

**Таблица 5**

**Распределение больных с осложненными кистозными образованиями яичников в зависимости от вида осложнений**

<b>Вид осложнения</b>	<b>10-14 лет</b>	<b>15-19 лет</b>	<b>Всего</b>
Разрыв и кровотечение кистозного яичника (апоплексия)	31 (39,2%)	48 (60,8%)	79 (84,0%)
Перекрут кистозного яичника	13 (86,7%)	2 (13,3%)	15 (16,0%)
Итого	44 (46,8%)	50 (53,2%)	94 (100%)

Из 143 пациенток с кистозными образованиями яичников осложненное течение отмечалось у 94 (65,7%) подростков. Из них наиболее часто встречались разрыв кистозных образований яичника с кровотечением (апоплексия яичников) – 79 (84,0%) случаев. Среди них апоплексия справа выявлена в 68 (86,1%) наблюдениях, а слева – в 11 (13,9%). У 3 (3,8%) пациенток патология определялась с обеих сторон, с одной – отмечалась апоплексия кистозного яичника, с другой – обнаружено кистозное изменение без разрыва. Апоплексия яичников чаще выявлялась у подростков 15-19 лет, чем у девочек 10-14 лет: 48 (60,8%) против 31 (39,2%) наблюдений соответственно. В 15 (16,0%) случаях осложненное течение заболевания было вызвано перекрутом кистозно-измененного яичника. В 9 (60,0%) случаях нарушение кровообращения в органе вызвало некроз яичников, что послужило поводом для выполнения аднексэктомии. Как при апоплексиях, так и при перекруте в большинстве случаев данное осложнение наблюдалось в правом яичнике – в 9 (60,0%) наблюдениях. При перекруте яичника справа из 9 случаев некротические изменения отмечались у 7 (77,8%) пациенток, слева – у 2 (33,3%) из шести. При

этом перекрут кистозного яичника в отличие от апоплексии значительно чаще находили во время операции у больных младшего подросткового возраста по сравнению с пациентками 15-19 лет: 13 (86,7%) и 2 (13,3%) соответственно. Риск перекрута кистозно-измененного яичника значительно выше у подростков 10-14 лет при размерах кисты от 5 до 10 см (таблица 6).

**Таблица 6**

**Лечение кистозных образований яичников, осложненных перекрутом, в зависимости от возраста и размера кисты**

<b>Возраст больных</b>	<b>5-10 см</b>	<b>10-30 см</b>	<b>Всего</b>
Младший подростковый возраст	10 (66,7%)	3 (20,1%)	13 (86,8%)
Старший подростковый возраст	1 (6,6%)	1 (6,6%)	2 (13,2%)
Итого	11 (73,3%)	4 (26,7%)	15 (100%)

**Таблица 7**

**Особенности течения кистозных образований яичников в зависимости от вида и размера кисты**

<b>Вид кистозных образований яичников</b>	<b>5-10 см</b>	<b>10-30 см</b>	<b>Всего</b>
Неосложненные	15 (57,7%)	12 (75%)	27 (64,3%)
Осложненные перекрутом	11 (42,3%)	4 (25%)	15 (35,7%)
Итого	26 (61,9%)	16 (38,1%)	42 (100%)

Как видно из таблицы 7. в 42% случаях кистозные образования яичников размерами 5-10 см осложнились перекрутом, что свидетельствует о необходимости раннего выявления кистозных образований яичников у подростков с целью профилактики развития осложнений и предупреждения овариоэктомий.

Из всех кистозных образованиях яичников Кистозные образования яичников с осложнениями 94 больных так же разделены на две группы: основную и контрольную. В основную группу вошли 33 (35,1%) больных, пролеченных в нашей клинике в период с 2011 по 2021 годы. В основной группе использована разработанная в клинике тактика диагностики и лечения данной патологии, включающая в себя УЗИ брюшной полости и малого таза, определение ПСАЛ, которые проводились круглосуточно с целью дифференциальной диагностики осложненных овариальных кист с острыми гнойно-воспалительными заболеваниями органов брюшной полости, в частности с острым аппендицитом. Контрольную группу составили 61 (64,9%) подростков с осложненной кистозной патологией яичников, находившихся на лечении в 2000 – 2010 годах. Этим больным диагноз устанавливался на основании клинического осмотра, физикальных данных и УЗИ брюшной полости только в рабочее время, применялись традиционные методы лечения. В контрольной группе количество пациентов почти в 2 раза больше, чем в основной. Это говорит об уменьшении осложненных форм кистозных образований яичников за последнее десятилетие по сравнению с предыдущим.

Клиническими признаками осложненных форм кистозных образований яичников является тетрада симптомов: локальная болезненность при пальпации живота (100%), положительный симптом Щеткина-Блюмберга в

зоне болезненности (91,5%), дисменорея (41,5%) и диспепсические расстройства (84,0%). Среди 94 пациенток 25 (26,5%) девушек отмечали умеренную (среднюю) боль в нижних отделах живота. Согласно ШВО большинство больных с кистозными образованиями яичников жаловались на сильную боль в животе – 69 (73,4%) наблюдений.

При остром аппендиците (группа сравнения) ПСАЛ был достоверно ( $p < 0,005$ ) выше нормы, достигая  $7,55 \pm 1,2$  %. В основной группе (осложненные кисты яичников) агрегационные свойства лейкоцитов крови оставались на уровне нормативного показателя, что означает отсутствие гнойно-воспалительного процесса в брюшной полости. В связи с этим отмечаются достоверные отличия ( $p < 0,005$ ) между результатами агрегации лейкоцитов у девушек в группе сравнения ( $7,55 \pm 1,2\%$ ) и основной группы ( $3,72 \pm 0,4 \cdot 10^9/\text{л}$ ) (таблица 8).

**Таблица 8**

**Лабораторные показатели крови у пациенток с осложненными кистозными образованиями яичников и острым аппендицитом**

показатели	основная группа	группа сравнения	Норма
лейкоциты, $\cdot 10^9/\text{л}$	$7,3 \pm 1,2^*(n=33)$	$10,67 \pm 1,1^\wedge (n=30)$	$6,68 \pm 0,9(n=30)$
ПСАЛ, %	$3,9 \pm 0,3^{**}(n=33)$	$7,55 \pm 1,2^\wedge^\wedge (n=30)$	$3,72 \pm 0,4(n=30)$

**Примечание:**  $^\wedge$  - достоверные отличия по сравнению с нормой ( $p < 0,01$ ),  $^\wedge^\wedge$  - достоверные отличия по сравнению с нормой ( $p < 0,005$ ), \* - достоверные отличия с группой сравнения ( $p < 0,05$ ), \*\* - достоверные отличия с группой сравнения ( $p < 0,005$ ).

До операции УЗИ в контрольной группе при поступлении не проведено 29 (47,5%) больным с апоплексией, 2 (3,3%) – с перекрутом кистозно-измененных гонад, эти пациентки взяты на операцию с подозрением на острый аппендицит. В основной группе при поступлении всем больным было проведено УЗИ. Благодаря круглосуточному УЗИ, удалось установить правильный диагноз в 81,8% случаев, тогда как в контрольной группе этот показатель составил всего – 26,2%.

В основной группе, благодаря круглосуточному УЗИ и определению ПСАЛ, в 23 (69,7%) случаях оперативное вмешательство выполнено через нижнесрединный разрез, при котором доступ к малому тазу наименее травматичный и визуализация наиболее адекватная. В последние годы операции на органах малого таза производятся лапароскопическим доступом, в основной группе таких вмешательств было – 4 (12,1%). У 6 (18,2%) пациенток в связи с трудностями диагностики операция проведена косым разрезом в правой подвздошной области. Во всех случаях при апоплексии гонад проводилось удаление кисты с сохранением ткани яичника. Из 5 (15,2%) пациенток основной группы - с перекрутами придатков у 3 (9,1%) девушек (у 2 (6,1%) справа и у 1 (3,0%) слева) во время операции выявлены некротические изменения пораженных гонад, в связи с этим пришлось выполнить удаление погибших яичников вместе с кистой. В 2 (6,1%) оставшихся случаях удалось

сохранить орган, а кистозное образование удалено. В основной группе длительность операции составила в среднем  $45,9 \pm 1,4$  минут. У всех больных основной группы послеоперационный период протекал гладко, повышение температуры после операции в среднем наблюдалось  $2,5 \pm 0,5$  дней, болевой синдром держался  $2,9 \pm 1,6$  суток, заживление раны первичным натяжением, больные выписывались, проведя в стационаре в среднем  $8,05 \pm 0,1$  койко-дней.

В контрольной группе из 61 больных в 45 (73,8%) случаях выполнена лапаротомия через разрез по Волковичу-Дьяконову. Во всех случаях после обнаружения патологии придатков матки операционную рану приходилось расширять вниз, при этом работа в малом тазу доставляла большие неудобства хирургу, визуализация операционного поля снижена, особенно при манипуляциях с левым яичником. Все эти причины вели к большой травматизации органов и, в связи с сильным оттягиванием крючками, передней брюшной стенки, а также увеличению длительности операции и наркоза. Лишь у 16 (26,2%) больных в контрольной группе оперативное лечение проведено через нижнесрединный доступ. Среди 10 (16,4%) пациенток с перекрутом яичников у 6 (9,8%) во время выявлены некротические изменения пораженного органа (в 3 (4,9%) случаях справа и 3 (4,9%) – слева). Также как в основной группе пришлось выполнять удаление некротизированного яичника вместе с кистой, а в 3 (4,9%) наблюдениях без некроза после деторсии и восстановления кровообращения удалось сохранить орган, а кистозное образование удалено. В контрольной группе длительность операции составила в среднем  $55,8 \pm 1,3$  минут. У всех больных контрольной группы послеоперационный период протекал относительно гладко, продолжительность лихорадки была  $3,5 \pm 0,8$  дней, болевой синдром сохранялся  $4,0 \pm 0,8$  суток, заживление раны в 59 (96,7%) наблюдениях первичным натяжением, в 2 (3,3%) – вторичным, средняя длительность пребывания в стационаре составила  $9,1 \pm 0,15$  койко-дней.

Усовершенствованная тактика диагностики и хирургического лечения осложненных кистозных образований яичников у девочек и девушек-подростков позволяет сократить продолжительность операции с  $55,8 \pm 1,3$  до  $45,9 \pm 1,4$  минут, длительность температуры после операции – на 1 сутки, период болевого синдрома – на 1,6 суток, сократить сроки пребывания больных в стационаре с  $9,1 \pm 0,15$  до  $8,05 \pm 0,1$  дней и исключить осложнения со стороны лапаротомной раны.

Из 168 больных у 25 (14,9%) диагностированы опухолевидные образования яичников. При этом в 20 (80,0%) случаях выявлены кистомы, в 3 (12,0%) – дермоидные кисты и 2 (8,0%) – тератомы, что в последствие доказано патоморфологическим исследованием (таблица 9).

При опухолевидных образованиях наиболее часто отмечались периодические боли в животе (100%), дисменорея (60,0%) и симптом пальпируемой опухоли при увеличении живота. Более яркой клинической картиной проявлялись кистомы придатков матки, когда кроме перечисленных симптомов присоединялись диспепсические расстройства (20,0%), локальная болезненность при пальпации (20,0%) и напряжение мышц передней брюшной стенки (20,0%).

Таблица 9

**Лечение больных с опухолевидными образования яичников в зависимости от вида и размера патологии**

Размеры образования	Вид опухолевидного образования яичников			Всего
	Кистома	Дермоидная киста	Тератома	
5-10 см	15 (60,0%)	-	-	15 (60,0%)
10-30 см	5 (20,0%)	3 (12,0%)	2 (8,0%)	10 (40,0%)
Итого	20 (80,0%)	3 (12,0%)	2 (8,0%)	25 (100%)

Агломерационные свойства лейкоцитов крови в основной группе (опухолевидные образования яичников) оставались на уровне нормативного показателя, что означает отсутствие гнойно-воспалительного процесса в брюшной полости. В связи с этим отмечаются достоверные отличия ( $p < 0,01$ ) между результатами ПСАЛ у девушек в группе сравнения ( $7,55 \pm 1,2\%$ ) и основной группы ( $3,76 \pm 0,2\%$ ). Количество лейкоцитов в крови также было достоверно ( $p < 0,005$ ) выше у больных острым аппендицитом по сравнению с пациентками с объемными образованиями яичников,  $10,67 \pm 1,1 \cdot 10^9/\text{л}$  и  $6,63 \pm 0,7 \cdot 10^9/\text{л}$  соответственно (Таблица 10).

Таблица 10

**Лабораторные показатели крови у пациенток с опухолевидными образованиями яичников и острым аппендицитом**

Показатели	Опухоли яичников	Острый аппендицит	Норма
лейкоциты, $\cdot 10^9/\text{л}$	$6,63 \pm 0,7^{**}(n=25)$	$10,67 \pm 1,1^* (n=30)$	$6,68 \pm 0,9 (n=30)$
ПСАЛ, %	$3,76 \pm 0,2^{**}(n=14)$	$7,55 \pm 1,2^* (n=30)$	$3,72 \pm 0,4 (n=30)$

**Примечание:** \* - достоверные отличия по сравнению с нормой ( $p < 0,01$ ), \*\* - достоверные отличия с группой сравнения ( $p < 0,005$ ).

При оценке опухолевидных процессов в яичниках оценивались следующие критерии: тип строения, распространенность поражения, размеры образований, наличие перегородок в структуре образования, оценка строения капсулы опухоли, а именно наличие разрастаний по внутренней или наружной поверхности капсулы, поверхность самой капсулы. По данным ультрасонографии размеры образований в яичниках от 5 до 10 см отмечены в 15 (60,0%) случаях (все они были кистомами), а от 10 до 30 см – в 10 (40,0%). Среди опухолевидных образований придатков матки размерами 10-30 см - 5 (20,0%) пришлось на долю кистом, 3 (12,0%) – на долю дермоидных кист и в 2 (8,0%) наблюдениях диагностированы тератомы. В 2 (8,0%) клинически сложных случаях проведена мультиспиральная компьютерная томография брюшной полости.

Благодаря ультразвуковой сонографии и определению ПСАЛ, удалось исключить гнойно-воспалительные заболевания органов брюшной полости и избежать напрасной лапаротомии через разрез по Волковичу-Дьяконову. У 20 (80,0%) пациенток проведена нижнесрединная лапаротомия, лапароскопическим способом – 5 (20,0%). В 13 (52,0%) случаях удалось

выполнить органосохраняющую операцию с удалением опухоли, у 7 (28,0%) пациенток мы были вынуждены провести овариоэктомию вместе с кистой. В 5 (20,0%) случаях с дермоидными кистами и тератомами яичников выполнена операция: «Овариоэктомию вместе с опухолевидным образованием». У всех 25 пациенток послеоперационный период протекал гладко, заживление раны первичным натяжением. Больные находились в стационаре в среднем  $8,2 \pm 0,7$  койко-дней (Таблица 11).

**Таблица 11**

**Результаты лечения кистозных и опухолевидных образований яичников**

Метод лечения	Длительность операции (минут)	Койко-день
Контрольная группа	$55,8 \pm 1,3$	$9,1 \pm 0,15$
Основная группа	$45,9 \pm 1,4$	$8,05 \pm 0,1$

Из таблицы 8 видно, что при оценке полученных результатов лечения кистозных и опухолевидных образований яичников длительность операции в контрольной группе составляла  $55,8 \pm 1,3$  мин, а в основной сократилась до  $45,9 \pm 1,4$  минут, что в среднем составило 10 мин. Количество койко-дней (пребывание больных в стационаре) в контрольной группе составляло -  $9,1 \pm 0,15$  день, а в основной сократилась до  $8,05 \pm 0,1$ .

В четвертой главе «Отдаленные результаты лечения кистозных и опухолевидных образований яичников у подростков» приведены отдаленные результаты кистозных и опухолевидных образований яичников у подростков. Были изучены у 116 (69,0%) из 168 (100,0%) больных, находившихся на лечении в период с 2000 по 2021 года. Сроки оценки отдаленных результатов составили от 1 до 5 лет, от 5 до 10 лет, от 10 до 15 лет и от 15 до 20 лет (Таблица 12).

**Таблица 12**

**Сроки изучения отдаленных результатов в зависимости от формы заболевания**

Форма заболевания	1-5 лет	5-10 лет	10-15 лет	15-20 лет	Всего
Кистозные образования яичников	17 (16,8%)	39 (38,6%)	15 (14,9%)	30 (29,7%)	101 (100%)
Опухолевидные образования яичников	4 (26,7%)	4 (26,7%)	1 (6,6%)	6 (40%)	15 (100%)
Итого	21 (18,1%)	43 (37,1%)	16 (13,8%)	36 (31,0%)	116 (100%)

Среди 22 пациенток после консервативного лечения в 18 (81,8%) случаях пациентки обследованы в отдаленном периоде. Из них 5 (27,8%) замужем, 13 (72,2%) незамужние. Женщины в браке не имеют бесплодия, у всех есть дети. На УЗИ патологии в яичниках не выявлено. Нарушения менструального цикла проявлялись в виде альгодисменореи у 7 (38,9%) пациенток, дисменореи – у 4 (22,2%), в 4 (22,2%) случаях нарушений менархе не

отмечалось и в 3 (16,7%) – менструация еще не началась (возраст на момент обследования составлял 13-14 лет).

Из 27 (55,1%) больных, которым было проведено хирургическое лечение, так как величина неосложненных кист яичников составляла более 5 см, в отдаленные сроки было обследовано 20 (40,8%) пациенток. 17 (85,0%) замужем, 3 (15,0%) незамужние. В одном случае наблюдается бесплодие – у женщины в браке из контрольной группы, у остальных есть дети. На УЗИ патологии в яичниках нет. Нарушения менструального цикла проявлялись в виде альгодисменореи у 10 (50,0%) пациенток, дисменореи – у 5 (25,0%) и у 5 (25,0%) женщин нарушений менструации не отмечалось.

При осложненном течении кистозных образований гонад из 61 пациенток контрольной группы в отдаленном периоде обследовано 35 (57,4%) человек, спустя 10-15 и 15-20 лет. Из 33 подростков основной группы в сроки от 1 до 5 лет и от 5 до 10 лет после операции катamnестические данные изучены в 28 (84,8%) случаях. То есть из 94 больных с осложненными кистозными образованиями яичников отдаленные результаты лечения изучены у 63 (67,0%) человек.

Из 28 больных с апоплексиями основной группы катamnестическое обследование проведено у 25 (89,3%). При этом 18 (72,0%) оказались замужем, 7 (28,0%) незамужем. Женщины в браке не имеют бесплодия, у всех есть дети или беременны. На УЗИ патологии в яичниках не определяется. Нарушения менструального цикла проявлялись в виде альгодисменореи у 12 (48,0%) пациенток, дисменореи – у 5 (20,0%) и у 8 (32,0%) женщин нарушений менструации не отмечалось.

Из 51 пациентки с разрывами яичников контрольной группы, обследовано в катamnезе 30 (58,8%), в том числе 24 (80,0%) замужем, 6 (20,0%) незамужние. Женщины в браке не имеют бесплодия, у всех есть дети или беременны. На УЗИ патологии в яичниках не определяется. Нарушения менструального цикла проявлялись в виде альгодисменореи у 18 (60,0%) пациенток, дисменореи – у 8 (26,7%) и у 4 (13,3%) женщин нарушений менструации не отмечалось.

Среди 15 пациенток с осложнениями в виде перекрута кистозно-измененного яичника в катamnезе было обследовано 8 (53,3%). Из основной группы из 5 больных отдаленные результаты лечения изучены у 3 (20,0%). В контрольной группе из 10 пациенток найдено 5 (50,0%).

В основной группе при перекруте яичника в отдаленном периоде из 3 больных 1 (33,3%) женщина замужем, беременная на момент осмотра; 2 (66,7%) девушки не состоят в браке. Из них у 1 (33,3%) отмечается дисменорея, у 1 (33,3%) менструация еще не началась, и в 1 (33,3%) наблюдении нарушения менархе нет. На УЗИ патологии со стороны половых органов нет.

Обследование больных контрольной группы после перекрута кистозного яичника всех 5 (5,3%) женщин было проведено, спустя 15-20 лет. Осмотр проведен в возрасте пациенток от 28 до 32 лет. Все женщины замужем имеют детей. На УЗИ патологии в яичниках не выявлено. Нарушения менструального цикла в виде альгодисменореи у 2 (40,0%) пациенток, дисменореи – у 1 (20,0%), и в 2 (40,0%) наблюдениях нарушений менархе не отмечалось.

Состояние репродуктивной системы у пациенток основной группы значительно лучше, чем в контрольной группе: количество респонденток с альгодисменореей меньше на 12,6%, с дисменореей – на 3,5%, а без нарушения менструального цикла соответственно значительно больше, на 16,2%. Бесплодия и патологии со стороны половых органов на УЗИ нет в обеих группах.

Из 25 больных с опухолевидными образованиями яичников отдаленные результаты изучены у 15 (60,0%). Из них замужем 13 (86,7%) женщин, все они имеют детей, то есть бесплодия не отмечается, в том числе 3 (20,0%) с одним яичником (в остром периоде перенесли органо-уносящую операцию, с одной стороны). Не состоят в браке – 2 (13,3%). Из 15 респонденток 7 (46,7%) отмечают болезненные менструации, у 7 (46,7%) наблюдалась дисменорея и у 1 (6,6%) девушки нарушений менструального цикла не выявлено.

В отдаленные сроки результаты оценивали по трех бальной системе: Хорошие результаты – когда отсутствовали жалобы, грубые послеоперационные рубцы. При ультразвуковом исследовании органов малого таза патологии не выявлялось. Отсутствовала дисменорея или имелись её легкие проявления. Имело место наступление беременности у замужних женщин или наличие у них детей.

Удовлетворительными считались, когда пациентки предъявляли жалобы на нечастые, периодические боли внизу живота, умеренно выраженную дисменорею. При осмотре послеоперационных кожных рубцов отмечалась их легкая гипертрофия. У замужних женщин имело место наступление беременности или наличие у них детей.

Неудовлетворительными результаты считались, когда пациентки предъявляли жалобы на частые боли в животе, выраженную дисменорею. Послеоперационные рубцы были деформирующими и имели характер келоидных. У замужних женщин отсутствовало наступление беременности.

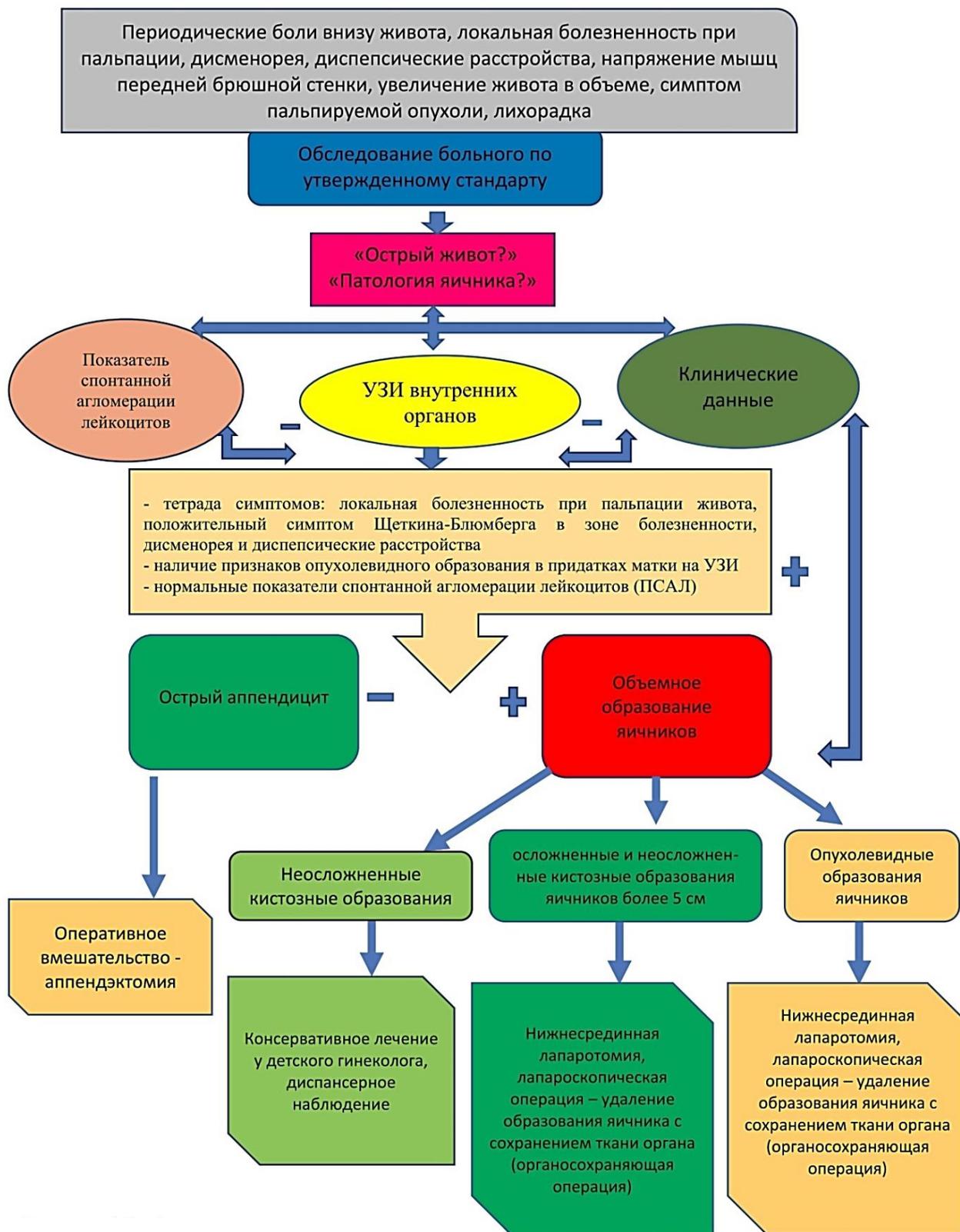
Из полученных результатов видно, что в отдаленные сроки количество хороших результатов повысилось с 82,7 % в контрольной группе до 87,5% в основной группе, а число удовлетворительных результатов уменьшилось с 13,5% до 12,5% соответственно. Неудовлетворительных результатов в основной группе не наблюдалось (Таблица 13).

**Таблица 13**

**Отдаленные результаты в зависимости от метода лечения**

<b>Группы обследованных</b>	<b>Хорошие</b>	<b>Удовл.</b>	<b>Неудовл.</b>	<b>Всего</b>
Контрольная группа	43 (82,7%)	7 (13,5%)	2 (3,8%)	52 (44,8%)
Основная группа	56 (87,5%)	8 (12,5%)	-	64 (55,2%)
Итого	99 (85,4%)	15 (12,9%)	2 (1,7%)	116 (100%)

На основании проведенных исследований нами разработан алгоритм тактики диагностики и лечения кистозных и опухолевидных образований яичников у подростков в зависимости от вида, размера, распространенности и наличия осложнений (Рисунок 1).



**Рисунок 1.** Алгоритм тактики диагностики и лечения кистозных и опухолевидных образований яичников у подростков

## ВЫВОДЫ

На основании проведенных исследований диссертации на соискание учёной степени доктора философии (PhD) по медицинским наукам на тему **«Совершенствование диагностики и лечения кистозных и опухолевидных образований яичников у подростков»** сделаны следующие выводы:

1. В подростковом возрасте у девочек кистозные образования яичников встречаются в 6 раз чаще (85,1%) опухолевидных образований яичников (14,9%). Кистозные образования яичников в 65,7% случаев осложняются разрывом и кровотечением – 55,2%, и перекрутом – 10,5%. Опухолевидные образования яичников встречаются реже, из них: кистомы – 11,9%, дермоидные кисты – 1,8% и тератомы – 1,2%.

2. Определены особенности клинического течения заболевания и диагностическая ценность инструментальных, лабораторных, патоморфологических методов исследования кистозных и опухолевидных образований яичников, использование которых значительно улучшает своевременную диагностику и выбор тактики оперативного лечения.

3. Разработанный комплексный подход диагностики и хирургической тактики лечения больных с кистозными и опухолевидными образованиями яичников в зависимости от формы заболевания, вида осложнений и возраста подростков позволил достоверно ( $p < 0,05$ ) сократить сроки пребывания больных в стационаре с  $9,1 \pm 0,15$  в контрольной группе, до  $8,05 \pm 0,1$  дней в основной группе и уменьшить продолжительность операции с  $55,8 \pm 1,3$  до  $45,9 \pm 1,4$  минут соответственно.

4. Разработанный алгоритм диагностической и хирургической тактики лечения при различных формах кистозных и опухолевидных образований яичников в зависимости от давности заболевания, возраста больных, размера образования и характера осложнений, применение которого в практическом здравоохранении оказывает существенное влияние на сохранение функционального состояния репродуктивных органов у подростков.

5. Сравнительная оценка состояния репродуктивного здоровья пациенток перенесших различные формы кистозных и опухолевидных образований яичников в подростковом возрасте, изученных в отдаленном периоде сроком до 20 лет, показала высокую эффективность разработанного лечебно-диагностического комплекса и хирургической тактики лечения.

6. В результате применения разработанного лечебно-диагностического комплекса в отдаленные сроки позволило повысить количество хороших результатов с 82,7 % в контрольной группе до 87,5% в основной группе, а число удовлетворительных результатов уменьшить с 13,5% до 12,5% соответственно. Неудовлетворительные результаты снизить с 3,8% в контрольной группе до 0% в основной.

**SCIENTIFIC COUNCIL FOR AWARDING THE SCIENTIFIC  
DEGREES DSc.04/30.12.2019.Tib.102.01  
AT SAMARKANDSTATE MEDICAL UNIVERSITY**

---

**SAMARKAND STATE MEDICAL UNIVERSITY**

**ASATULAEV AKMAL FARXATOVICH**

**IMPROVEMENT OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF  
CYSTIC AND TUMORAL FORMS OF THE OVARIES IN  
ADOLESCENTS**

**14.00.35 – Pediatric surgery**

**DISSERTATION ABSTRACT  
OF DOCTOR OF PHILOSOPHY (PhD) ON MEDICAL SCIENCES**

**Samarkand – 2023**

The topic of the Doctor of Philosophy (PhD) dissertation in medical sciences is registered with the Higher Attestation Commission under the Ministry of Higher Education, Science and Innovation under No. B2022.1.PhD/Tib2573.

The dissertation was completed at Samarkand State Medical University.

The abstract of the dissertation in three languages (Uzbek, Russian, English (summary)) is posted on the web page of the scientific council (www.sammu.uz) and the information and educational portal "ZiyoNet" (www.ziyo.net.uz).

**Scientific adviser:** Shamsiev Azamat Mukhitdinovich  
Doctor of Medical Sciences, Professor

**Official opponents:** Minaev Sergey Viktorovich  
Doctor of Medical Sciences, Professor  
Negmadzhanov Bakhodur Boltaevich  
Doctor of Medical Sciences, Professor

**Lead organization:** Tajik State Medical University named after Abuali ibni Sino.

The defense of the dissertation will take place «\_\_» \_\_\_\_\_ 2023 at \_\_ hours at a meeting of the Scientific Council DSc.04/30/12.2019.Tib.102.01 at Samarkand State Medical University (Address: Samarkand, M.Ulugbek St., 70a, Specialized Children's Surgical Clinic of SamSMU tel.: 0(366) 233-58-92, 233-79-03, e-mail: shodikulovagulandon@mail.ru).

The dissertation can be found in the information and resource center of Samarkand State Medical University (registered under No. \_\_\_\_). Address: 140100, Samarkand, st. A. Temura, 18. Tel./fax: (+99866) 233-30-34.

The abstract of the dissertation was sent out «\_\_» \_\_\_\_\_ 2023.

(Register of mailing protocol No. \_\_\_\_ dated \_\_\_\_\_ 2023).



**J.O. Atakulov**

Chairman of the scientific council for awarding academic degrees, doctor of medical sciences, professor

**G.Z. Shodikulova**

Scientific secretary of the scientific council for awarding academic degrees, doctor of medical sciences, professor

**N.M. Shavazi**

Chairman for the awarding of academic degrees, doctor of medical of the scientific seminar at the scientific council sciences, professor

## **INTRODUCTION (abstract of Doctor of Philosophy (PhD) dissertation)**

**The aim of the study is** improving the results of treatment of cystic and tumor-like formations of the ovaries in adolescents by optimizing diagnostics and surgical treatment tactics.

**The object of study** was 168 adolescents with cystic and tumor-like formations of the ovaries who were hospitalized at the Specialized Children's Surgical Clinic of SamSMU (chief physician Prof. Zh.A. Shamsiev) for the period from 2000 to 2021 served.

**The scientific novelty of the research consists of the followings:**

for the first time, the frequency, form of the disease and type of complications were determined depending on the age of patients with cystic and tumor-like formations of the ovaries in adolescence;

it has been established that the indicator of spontaneous agglomeration of leukocytes in the blood (ISAL) is a differential diagnostic marker for correct diagnosis and determination of treatment tactics in adolescents with cystic and tumor formations of the ovaries;

long-term tactics of surgical treatment of cystic and tumor-like formations of the ovaries in adolescence, depending on the form of the disease, the age of the patient, the type of complications, as well as the results of ultrasound and ISAL.

the developed surgical tactics have been shown to be highly effective, up to 87.5%, based on a study of long-term results of treatment of patients with cystic and tumor formations of the ovaries.

**Implementation of the research results:**

The obtained scientific results of diagnosis and treatment are used in the field of practical healthcare, in the district medical association of the Bukhara region (Order No. 18/1 of November 26, 2022), Kashkadarya (Order No. 71/1 of November 26, 2022) and Samarkand (Order No. 32 /1 dated November 26, 2022) branches of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology.

The use of developed recommendations for the diagnosis and treatment of cystic and tumor-like formations of the ovaries in adolescents made it possible to timely diagnose the pathology in 95% of patients, provide appropriate medical care to 74% in primary care institutions, and introduce treatment on an outpatient basis. With this pathology, it is possible to identify a risk group, make a timely diagnosis and choose the optimal treatment tactics, which reduces the length of hospital stay.

Timely treatment of cystic and tumor-like formations of the ovaries in adolescents prevents the development of complications that may arise as a result of this pathology, creates conditions for organ-preserving operations, improves the quality of life of patients, and also helps preserve reproductive health.

As a result of timely diagnosis and treatment of castous and tumor-like formations of the ovaries in adolescents, the length of stay of patients in the hospital is reduced by 2 days, the number of days in the hospital is reduced, and due to the shortening of the period of stay in the hospital, less expenditure on medicines is required (on average per day, 80,000 soum). The use of a new diagnostic and

treatment algorithm made it possible to save budgetary funds by 160,000 soums and extra-budgetary funds by 137,000 soums at the expense of 1 patient.

A comparative assessment of the state of reproductive health of patients who underwent various forms of cystic and tumor-like formations of the ovaries in adolescence, studied in the long-term period for up to 20 years, showed the high effectiveness of the developed diagnostic and treatment complex and surgical treatment tactics. In the long-term treatment period, the number of good results increased from 82.7% in the control group to 87.5% in the main group, and the number of satisfactory results decreased from 13.5% to 12.5%, respectively. Unsatisfactory results decreased from 3.8% in the control group to 0% in the main group.

The Vice-Rector of Samarkand State Medical University sent letter No. 314 dated November 13, 2023 to the Ministry of Health on the topic “Improving the diagnosis and treatment of cystic and tumor-like formations of the ovaries in adolescents” for the introduction of scientific innovations in other health care institutions of the country (certificate of the Ministry of Health dated November 11, 2022 8n -z/ 1273).

**Structure and scope of the dissertation.** The dissertation consists of an introduction, a literature review, a chapter including materials and research methods, two chapters of own research, a conclusion, conclusions, practical recommendations and a list of references, four chapters, a conclusion, a list of references. Text volume of the dissertation 120 page.

**ЭЪЛОН КИЛИНГАН ИШЛАР РУЙХАТИ**  
**СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ**  
**LIST OF PUBLISHED WORKS**

**I булим (I часть; Part I)**

1. Шамсиев А.М., Асатулаев А.Ф., Шамсиев Ж.А., Юсупов Ш.А. Особенности диагностики и тактики хирургического лечения кист и опухолеподобных образований яичников // Проблемы биологии и медицины. №6.1(133) – 2021. – С. 499-502.
2. Шамсиев А.М., Асатулаев А.Ф., Шамсиев Ж.А., Юсупов Ш.А. Современные взгляды на диагностику и хирургическое лечение кистозных и опухолевидных образований яичников // Бюллетень Ассоциации врачей Узбекистана. №1(106) – 2022. – С.135-140.
3. Шамсиев А.М., Асатулаев А.Ф., Шамсиев Ж.А., Юсупов Ш.А. Особенности осложненного течения кистозных и опухолеподобных образований яичников у подростков // Бюллетень Ташкентской медицинской академии №3.-2022. - С.167-169.
4. Шамсиев А.М., Асатулаев А.Ф., Юсупов Ш.А. Морфологические особенности кистозных и опухолеподобных образований яичников у подростков // Биомедицины и практики. №3 – 2022. Том – 7. С.130-134.
5. Шамсиев А.М., Асатулаев А.Ф. Особенности клинкоморфологического течения апоплексии яичников у подростков на фоне опухолеподобных образований // Биомедицины и практики №2 – 2023. – Том 8; С.221-223.
6. Shamsiev A.M., Asatulaev A.F. Complicated Course of Cystous and Tumor-Like Ovarian Formations in Adolescents // American Journal of Medicine and Medical Sciences. 13(8). – 2023. – P. 1065-1067.

**II булим (II часть; Part II)**

7. Asatulaev A.F., Shamsiev A.M., Yusupov Sh.A. Modern diagnosis and treatment of cystic and tumor-like ovarian formations in adolescents // Art of Medicine International Medical Scientific journal. Vollum 2. – 2022. – P. 90-98.
8. Shamsiev A.M., Asatulaev A.F., Yusupov Sh.A. Ultrasound diagnostics of cystic and tumor-like ovarian formations in adolescents // TJE - Thematic journal of Education. Vollum 7. – 2022. – P. 42-47.
9. Shamsiev A.M., Asatulaev A.F., Yusupov Sh.A. Pathomorphological characteristics of cystous and tumor-like ovarian formations in adolescents. // TJE - Thematic journal of Education. Vollum 7. – 2022. – P. 205-211.
10. Асатулаев А.Ф., Шамсиев А.М., Юсупов Ш.А. Осложненное течение кистозных и опухолеподобных образований яичников // Евразийский онкологический журнал. XIII Съезд онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии. № 2. – Том 10. 27-29 апреля 2022. С.230.

11. Асатулаев А.Ф., Шамсиев А.М., Юсупов Ш.А. Особенности диагностики и тактики хирургического лечения кистозных и опухолеподобных образований яичников // Евразийский онкологический журнал. XIII Съезд онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии. № 2. – Том 10. 27-29 апреля 2022. С.231.

12. Асатулаев А.Ф., Шамсиев А.М., Юсупов Ш.А. Применение ультразвуковой диагностики при кистозных и опухолеподобных образованиях яичников у подростков // 70-юбилейная научно практическая конференция с международным участием. Современная медицина: традиции и инновации. Том – 1. Душанбе 25 ноября 2022. С.46-47.

13. Шамсиев А.М., Юсупов Ш.А., Асатулаев А.Ф. Современные методы исследования подростков с кистозными и опухолеподобными образованиями яичников // Методическая рекомендация. Ташкент – 2022.

14. Шамсиев А.М., Асатулаев А.Ф., Юсупов Ш.А. Оптимизация тактики лечения кистозных и опухолеподобных образований яичников у подростков // Методическая рекомендация. Ташкент – 2022.

15. Шамсиев А.М., Асатулаев А.Ф., Юсупов Ш.А. Диагностические критерии распознавания характера образования в яичниках у подростков // Электрон хисоблаш машиналари учун яратилган дастурнинг расмий рўйхатдан ўтказилганлиги тўғрисидаги ГУВОХНОМА. Ўзбекистон республикаси адлия вазирлиги. 2022. DGU 15750.

16. Шамсиев А.М., Асатулаев А.Ф., Юсупов Ш.А. Ўсмир қизларда тухумдонларнинг кистаси ва ўсмага ўхшаш ҳосилаларининг ривожланишида хавф гуруҳларини аниқлаш // Электрон хисоблаш машиналари учун яратилган дастурнинг расмий рўйхатдан ўтказилганлиги тўғрисидаги ГУВОХНОМА. Ўзбекистон республикаси адлия вазирлиги. 2022. DGU 17693.

Автореферат «Биология ва тиббиёт муаммолари» журнали таҳририятида таҳрирдан ўтказилиб, ўзбек, рус ва инглиз тилларида (резюме) даги матнлар ўзаро мувофиқлаштирилди.

**Отпечатано в типографии “SARVAR MEHROJ BARAKA” 140100.**

**г. Самарканд, ул. Мирзо Улугбек, 3.**

**Подписано в печать 7.12.2023 Формат 60x84<sup>1/16</sup>.**

**Гарнитура “Times New Roman”. усл. печ. л. 3,14**

**Тираж: 60 экз. Заказ № 228/2023**

**Тел/фах: +998 94 822-22-87. e-mail: [sarvarmehrojbaraka@gmail.com](mailto:sarvarmehrojbaraka@gmail.com)**