

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ
ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ
ВАЗИРЛИГИ
САМАРҚАНД ДАВЛАТ МЕДИЦИНА ИНСТИТУТИ

Қўлёзма ҳуқуқида

УДК: 618.19-002:616-037.071

АХАДОВА ФЕРУЗА АСАТИЛЛАЕВНА
« ГИНЕКОЛОГИК КАСАЛЛИКЛАРИ БОР АЁЛЛАРДА СУТ
БЕЗИ ФИБРОЗ-КИСТОЗ КАСАЛЛИГИНИ ЭРТА
ТАШХИСЛАШ ВА ПРОГНОЗЛАШ »

Мутахасислик: 5А510101 Акушерлик ва гинекология
МАГИСТР АКАДЕМИК ДАРАЖАСИНИ ОЛИШ УЧУН
ЁЗИЛГАН ДЕССЕРТАЦИЯ

Илмий раҳбар: Тиббиёт фанлари доктори,
профессор: Зокирова Нодира Исламовна.

САМАРҚАНД 2014

МУНДАРИЖА

Кириш. Тадқиқотнинг долзарблиги.....	5
I. БОБ. ГИНЕКОЛОГИК КАСАЛЛИКЛАРИ БОР АЁЛЛАРДА СУТ БЕЗИ ФИБРОЗ – КИСТОЗ – КАСАЛЛИГИ (МАСТОПАТИЯ)НИНГ РИВОЖЛАНИШИ ВА КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ (АДАБИЁТЛАР ШАРҲИ).....	10
I.1. Гинекологик касалликлар аёлларда мастопатияни ривожланти рувчи асосий омилдир.....	10
I.2. Мастопатия патогенезида гормонларнинг роли.....	15
I.3. Мастопатиянинг клиник белгилари ва асосий диагностик методлари.....	17
II. БОБ. КЛИНИК МАТЕРИАЛЛАР ТАВСИФНОМАСИ ВА ТАШХИСОТ ТАДҚИКОТ УСЛУБЛАРИ	
2.1. Текширув ўтказилган беморларнинг умумий тавсифи	22
2.2. Клиник текшириш усуллари	23
2.2.1. Материални статистик қайта ишлаш усуллари.....	30
III БОБ. ЎТКАЗИЛГАН ТАДҚИКОТ НАТИЖАЛАРИ.....	31
3.1. Текширилаётган аёлларнинг соматик ва репродуктив соғломлигини баҳолаш.....	31
3.2. Кузатувимиздаги аёлларнинг репродуктив фаолиятини таҳлили.....	39
3.3. Гинекологик касалликлар билан мастопатияси бор аёлларнинг сут безини текшириб ҳолатини баҳолаш.....	52

ХОТИМА.....	60
ХУЛОСА.....	66
АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР.....	67
ИЛОВА.....	68
ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР.....	76

ШАРТЛИ ҚИСҚАРТМАЛАР

ГК	-	Гинекологик касалликлар
ЖАЯК	-	Жинсий аъзоларнинг яллиғланиш касалликлари
КЧБА	-	Кичик чаноқ бўшлиғи аъзолари
ЛГ	-	Лютеинловчи гормон
СБ	-	Сут бези
СБЯК	-	Сут безининг яхши сифатли касалликлари
ТТГ	-	Тиреотроп гормон
УССТ	-	Умумжаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти
УТТ	-	Ультратовуш текшируви
ФСГ	-	Фолликулостимулловчи гормон
ҲОС	-	Ҳайз олди синдроми
ҚД	-	Қандли диабет

КИРИШ

Тадқиқотнинг долзарблиги. Сут безининг яхши сифатли касалликлари аёллар касалликлари орасида кенг тарқалган касалликлардан бири бўлиб, 30-40% гача учрайди, гинекологик касалликлари бор аёлларда бу кўрсаткич 58%ни ташкил этади [Кулаков В.И., Савельева Г.М., 2005]. Бугунги кунда аёллар касалликлари орасида сут безидаги ўзгаришлар юқори даражада намоён бўлиб, улар 30% дан -70% гача учраяпти. Шунга мувофиқ равишда ҳар йили сут безининг касалликлари 3%га жуда тез суръатда ўсиб бориши давом этаяпти [Зотов А.С., Белик Е.О. 2005]. Бутун дунёда авж олиб бораётган кўкрак саратони сут безининг яхши сифатли касалликларидан кейин кўп учраши амалиётда ўз аксини топиб, шулардан асосан фиброз-кистоз мастопатиядан сўнг кўкрак беи саратони 30-40 карра кўп юзага келиши кузатилаяпти [Горюшина О.Г. 2009].

Бачадон ва унинг ортиқларининг турли хил патологик ўзгаришлари билан кўпинча сут безидаги ўзгаришлар қўшилиб келади. Тагиева Т.Г. (2005 й) ўз текширувларида репродуктив ёшдаги нейроэндокрин-гинекологик касалликлари (эндометриоз, миома, эндометрий полипи, тухумдонлар поликистози синдроми, гиперпролактинемия, гиперандрогения, гипо гипергонадотроп аменорея) бор касалларнинг 97,8% да сут безида паталогик бузилишларни аниқлаган.

Пиддубный М.И. бачадонда миомаси бўлган репродуктив ёшдаги касалларнинг кўкрагини текшириб, уларнинг 82% да ўзгаришларни топган. Постменопауза ёшидаги бачадонда миомаси бор аёлларнинг 92%ида сут безида паталогия аниқланган. Мастопатияни келиб чиқишида яна экстрагенитал касалликлар ҳам аҳамиятга эга. Жумладан, сурункали жигар ва ўт йуллари касалликлари, колитлар, наслий омил, зарарли одатлар ва бошқалар [28.29].

Бугунги кунга келиб нафакат нейроэндокрин гинекологик касалликлар билан, балки кичик чанок бўшлиги аъзоларининг яллиғланиш касалликлари, бачадон бўйни псевдоэрозиялари билан мастопатия биргаликда келиши кузатилаяпти. Бу касалликлардан кайси бири мастопатияни ривожланишида асосий ўринни эгаллаши, мастопатияни эрта ташхислаш ва прогнозлашда қандай диагностик мезонлари борлиги, текшириш ва даволаш алгоритмлари тўғрисида аниқ маълумотлар йўқ. Шунинг учун биз, юқорида кўрсатиб ўтилган ҳолатларни эътиборга олиб илмий ишимиз мақсад ва вазифаларни қуйидагича белгиладик .

Мазкур илмий иш мақсади:

Гинекологик касалликлари бор аёлларда мастопатияни эрта ташхислаш ва прогнозлаш алгоритмини ишлаб чиқиш.

Вазифалар:

1. Мастопатияни келтириб чиқарувчи асосий гинекологик касалликларни аниқлаш.
2. Гинекологик касалликлар бор аёлларда мастопатияни келтириб чиқарувчи асосий гормонал мезонларни ўрганиш.
3. Олинган натижалар асосида гинекологик касалликлар билан мастопатияси бор аёлларнинг маммологик текшириш ва даволаш алгоритмини ишлаб чиқиш.

Тадқиқот материали ва усуллари: Текширувга қўйилган мақсадни амалга ошириш учун 75 нафар гинекологик касалликлари бор аёллар танлаб олиниб, 2 гуруҳга бўлиб текширилди. Текширилувчилар 18 ёшдан 35 ёшгача бўлган, 2011 ва 2013 йиллар давомида Самарқанд шаҳар 1- сон туғруқ мажмуаси ва вилоят онкология диспансерига мурожаат қилган аёллардан иборат.

Текширув усуллари: клиник ва лаборатор текширувлар, сут беги, бачадон ва унинг ортикларининг ультратовуш текшируви, кольпоскопия, рентгенографик маммография, пункцион биопсия.

Ишнинг илмий янгилиги: Минтакамиз шароитида илк бор гинекологик касалликлари бор аёлларда мастопатияни ривожлантирувчи асосий хавф гурухлари хақида маълумот берилиб, уларнинг прогностик аҳамияти ўрганилди.

Гинекологик касалликлари бор аёлларда мастопатияни келтириб чиқарувчи ва ривожлантирувчи гормонлар таҳлил қилинди. Жумладан, жинсий аъзоларнинг яллиғланиш касалликлари бўлган аёлларда гиперпролактинемия, кортизол,тироксин, тестостерон гормонларининг микдорининг ошиши, лютеинловчи гормоннинг камайиши. Бачадонда миомаси бор, эндометриоз билан хасталанган аёлларда гиперэстрогения, прогестерон етишмовчилиги ва ФСГ микдорининг камайиши мастопатия ривожланишига асосий таъсир кўрсатувчи омиллар эканлиги ўрганилди.

Олинган натижалар асосида гинекологик касалликлар билан мастопатияси бор аёлларнинг текшириш ва даволаш алгоритми ишлаб чиқилди.

Ишнинг амалий аҳамияти: Гинекологик касалликлари бор аёлларда мастопатияни эрта ташхислаш, прогнозлаш учун “хавф омилларини баллик баҳолаш шкаласи”, текшириш ва даволаш алгоритми ишлаб чиқилиб, амалиётда қўлланилди. Фойдаланилган алгоритм натижаларига кўра, 20 нафар (26,6%) аёлларда касаллик белгилари бошқа кузатилмади, 55 нафар (73,3%) ида касалликнинг белгилари камайди, асоратлар олди олинди. Аёлларнинг репродуктив ва соматик саломатлиги яхшиланди.

Илмий иш натижаларини амалиётга жорий этиш

Мазкур алгоритм Самарканд вилоятидаги барча тугрук мажмуалари, поликлиникалари гинекология бўлимида, вилоят онкология диспансери

муассасаларида, соғломлаштириш марказларида амалиётида қўлланилса, аёлларнинг репродуктив ва соматик соғломлигини яхшилаш имконини беради.

Ҳимояга тақдим этиладиган диссертациянинг асосий қисмлари.

1. Гинекологик касалликлари бор аёлларда мастопатия келиб чиқиш хавфи жуда юқори бўлиб, уларни вақтида ташхислаш касалликнинг кейинги босқичига ўтишига тусқинлик қилади.
2. Мастопатияси бор аёллар асосан ҳайздан олдин кўкракдаги оғриқ, таранглашиш, шишларнинг кўчайишига шикоят қилиб, бу безовталиклар баъзан ҲЦДнинг иккинчи фазаси ўрталарида бошланганлиги кузатилди.
3. Мастопатияни келтириб чиқарувчи ва ривожлантирувчи прогностик омиллар асосида “хавф омилларини баллик баҳолаш шкаласи” жорий этиш масалаларининг долзарблиги кўриб чиқилади.

Нашр қилинган мақолалар. Диссертация маълумотлари асосида 3 та мақола чоп этилган бўлиб, улар қуйидагилардан иборат : «Доброчаственные заболевания молочных желез у женщин с гинекологическими заболеваниями» номли мақола “Доктор ахборотномаси”, Самарқанд 2013, № 4 сонда; «Прогнозирование и ранняя диагностика мастопатии у женщин с гинекологической патологией» номли мақола “Доктор ахборотномаси”, Самарқанд 2014, №1сонда нашр этилган. Ушбу илмий ишга доир навбатдаги мақола “Состояние молочных желез у женщин с гинекологическими заболеваниями” деб номланиб, Проблемы экологии, здоровья, фармации и паразитологии, Москва-2014.

Диссертация хажми ва таркиби. Диссертация Pentium IV шахсий компьютерда, Times New Roman 14 шрифтли матнда ёзилган 84 варақдан иборат бўлиб, кириш, адабиётлар шарҳи, текшириш материаллари ва

усуллари, шахсий изланишлар, хотима, хулосалар, амалий тавсиялар қисмларидан таркиб топган. Илмий ишда 95 та фойдаланилган адабиётлар бўлиб, шулардан 63 тасини МДХ давлатлари адабиётлари ва 32 таси узок чет давлатлар манъбаларидан ташкил килади. Диссертацияда 8 та жадвал ва 17 та расм иллюстрация қилинган.

I БОБ.

ГИНЕКОЛОГИК КАСАЛЛИКЛАРИ БОР АЁЛЛАРДА МАСТОПАТИЯНИНГ РИВОЖЛАНИШИ ВА КЕЧИШ

ХУСУСИЯТЛАРИ

(адабиётлар шарҳи)

1.1 Гинекологик касалликлар аёлларда мастопатияни ривожлантирувчи асосий омилдир.

Мастопатия – бу сут безининг яхши сифатли касаллиги бўлиб, эпителий ва бириктирувчи тўқиманинг патологик муносабати натижасида сут беzi тўқималарида кенг тарқалган пролифератив ўзгаришлар билан намоён бўладиган фиброз-кистоз касалликдир [УССТ 1984 маълумотига кўра].

Маълумотларга кўра 80% репродуктив ёшдаги аёлларда сут безининг яхши сифатли касалликлари учраб, булар орасида энг кўп тарқалгани фиброз-кистоз мастопатиядир (ФКМ), у 43-58%ни ташкил этади [1,3,7,43]. ФКМ кўпинча гинекологик касалликлар билан яъни бачадон миомасида (40%), аденомиозда (14%), эндометрий гиперплазиясида (15%), жинсий аъзоларнинг яллигланиш касалликларида (30%) биргаликда келади [13,36,59,61,64]. Мастопатия асосан 35-44 ёшдаги аёлларда юқори даражада учраб, 25 ёшдан бошлаб кучайиб, 45 ёшдан сўнг учраши секин-аста камайиб бораяпти [11,13,38].

Гипоталамо-гипофизар-тухумдон бошқаруви тизими асосида сут беzi (СБ) даги физиологик ўзгаришлар репродуктив тизимдаги циклик жараёнлар билан узвий боғлиқдир. Шунга мувофиқ турли хил гинекологик касалликларда СБда патологик ўзгаришлар юқори даражада учрайди [17,21,24]. Муаллифларнинг фикрига кўра, КЧБА касалликлари билан СБ касалликлари 76%-97,6%гача биргаликда келади [17,31,36.40.41].

Тагиева Т.Г. (2005 й) текширувларида бачадон ва унинг ортиқларининг яллигланиш касалликлари бор 85% аёлларда мастопатия борлигини аниқлаган. КЧБАдаги яллигланиш жараёни гипоталамо-гипофизар-тухумдон бошқарув тизимига таъсир қилиб, функционал ва структуравий бузилишларга олиб келади, бунинг натижасида СБ да дисгормонал касалликлар ривожланади [7,10,25,85]. Мастопатиянинг тугунли шакли кўпинча КЧБАнинг яллигланиш касалликларидан сўнг келиб чиқади [21,28,31,34].

Бурдина Л.М. ўз текширувларида КЧБА яллигланиш касалликлари СБ паталогик ўзгаришларни келтириб чиқаришда асосий ўринни эгалламайди, бу касалликларда СБ паталогик ўзгаришлар учраш ва намоён бўлиш даражаси нейроэндокрин касалликларга нисбатан камроқдир дейди. У турли хил нейроэндокрин касалликларда СБнинг ҳолатини ўрганиб СБ касалликларини келтириб чиқарувчи хавф гуруҳларини ажратган. Бунда асосан КЧБА гиперпластик жараёнлари (эндометриоз, бачадон миомаси,эндометрий гиперплазияси) кўпроқ мастопатияга сабаб бўлади [7,10,13,22]. Эндометриозда мастопатиянинг турли шакллари оғир кўринишда ривожланганлиги кузатилади [50]. КЧБАдаги эндометриоз ўчоқлари тухумдон овулятор ва гормонал функциясига салбий таъсири билан боғлиқ бўлиб, бу ановулятор ва лютеин фазасининг етишмовчилиги билан намоён бўлади деб кўрсатган [14,18].

Маълумотларига кура, бачадонда миомаси бор аёлларда мастопатия без туқимаси устунлиги билан кечадиган пролифератив шакли куп учраши аниқланган [10,19,21].

Аёлларнинг репродуктив тизимида СБ алоҳида уринни эгаллайди. Шунинг учун репродуктив тизимга таъсир қиладиган ҳар қандай салбий таъсир СБда турли хил паталогик ўзгаришлар келиб чиқишига бевосита сабаб бўлади [19,29,32].

Организмда хайз циклига боғлиқ ҳолда СБда доимий гармонал узғаришлар циклик равишда кечади[6,11,13,14]. Агар репродуктив тизимда хайз цикли (ХЦ) бузилса, СБ туқимасида эпителий, бириктирувчи туқима ва ёғ туқимасининг усиши ва ривожланиши бузилади, улар уз навбатида СБда паталогик узғаришларнинг шаклланишига қулай шароит яратади [15,39,44].

Аёллар репродуктив саломатлигининг асосий курсаткичи, яъни «ойнаси» бу ХЦдир. Бир қатор муаллифлар эрта ХЦ бошланиши (12 ёшгача) мастопатия ривожлантирувчи асосий омиллардан биридир деб ҳисоблайди [2,6,11,14,55]. Горюшина О.Г. (2000 й) мастопатия келиб чиқишида нафакат эрта ХЦ бошланганлиги, балки кеч ХЦ (16 ёшдан кейин) бошланиши ҳам аҳамиятли деб таъкидлайди. СБ дисгормонал гиперплазиясининг ривожланиш даражаси ХЦ хусусиятларига боғлиқ.

Лютеин фаза етишмовчилиги натижасида мастопатиянинг қуплаб шакллариинг учрашини қўпчилик муаллифлар кўрсатиб ўтган [22,24,28,32,61,74]. Овуляциясиз ХЦ булган беморларда СБ узғаришлар бўлиб, 6 марта қуп ёғ туқимасининг инволюцияси учраб, гиперпластик узғаришлар 2.5 марта қамрок қузатилади. Сурункали овуляциясиз ХЦ бор аёлларнинг 93.3%да СБ да паталогик узғаришлар борлиги аниқланган. [9,10,14]. ХЦ бузилмаган аёллардан кўра, ХЦ бузилган аёлларда мастопатия 7 марта қўп учрайди [12,20,26,45].

Дисменорея, лютеин фазасининг етишмовчилиги, овуляциясиз ХЦ, хайз олди синдроми (ХОС) СБда паталогик жараёнларни қучайтириш хусусиятига эга. Булар орасидан асосан ХОС яна «хайз олди циклик мастопатияси» деб аталиб, мастопатияни ривожлантирувчи етакчи омиллардан бири ҳисобланади [10,26,55,56,67].

Бизга маълумки, сунгги йилларда тугилиш даражаси пасайиб бормокда, бу аҳолининг репродуктив саломатлигини яхшилаш, соғлом

бола кўрсаткичини кўпайтириш мақсадида амалга оширилаётган ҳаракатлар натижаси сифатида намоён бўлмокда, лекин бу ўз навбатида СБ касалликларини кўпайтирувчи сабаблардан бири бўлиб ҳам хизмат қилиши мумкин [45,54,57,78]. Тугилиш даражаси турли хил бўлган минтакаларда аёллар касалликлари ўрганилганда, туғилиш даражаси паст бўлган ҳудудларда бачадоннинг гормонал касалликлари ва мастопатия кўп учраши аниқланади [18,57,88]. Тугрукнинг йуклиги ёки 35 ёшдан кейинги тугруклар мастопатия ривожлантирувчи асосий омиллардан биридир. Адабиётлардаги маълумотларга кўра, 25 ёшгача 2та тукканлар, 1та боласи борларга нисбатан 2 марта камроқ СБ касалликлари билан касалланади деб кўрсатилган. Баъзи муаллифлар эса, 20 ёшгача хомиладор бўлиб, туғиш ҳам мастопатияга олиб келувчи сабаблардан биридир деб ҳисоблайдилар. Тугруқдан кейинги лактация даври ҳам СБ ҳолатига таъсир қилади. Гипогалактия ёки лактация йўқлиги, лактация даври қисқа бўлиши (1 ойдан кам), узоқ бўлиши (1,5 йилдан кўп) ҳолатларида ҳам СЯСК лари юзага келади [18,28,45].

Хомиладорликни 1 ёки 2-триместрида узиш СБда паталогик ўзгаришларни ривожлантиради. Агар аёл анамнезида 3 ёки ундан кўп аборт бўлган бўлса, аборт утказмаган аёлларга нисбатан уларда мастопатия 7.2 марта кўп учрайди [13]. Сунъий хомиладорликни узганда СБда пролифератив жараёнлар тухтаб, гиперплазияланган без туқимаси тесқари ривожланиб, қисман ёғ ва БТ уларнинг ўрнини эгаллайди, унинг гидрофиллиги ва васкулиразация қамаяди. СБдаги регрессив жараёнлар ҳам бир текисда бир хил кечмайди, улар СБда диффуз ёки тугунли ўзгаришларни ривожланишига хизмат қилади[5]. Хомиладорликни сунъий узиш қанча эрта муддатда амалга оширилса, гормонлар таъсирида шунча кўп СБда паталогик ўзгаришлар ривожланиб, без туқимасининг гиперплазиясига олиб келади[1,23,25,44,77].

Тухумдонлар поликистози бор аёлларнинг ҳар иккинчисида мастопатия учрайди [10,15,25]. Уларнинг иккита асосий сабаби бор:

1.Прогестрон етишмовчилиги: СБда пролифератив жараёнларни чуқурлаштиради.

2.Инсулинга резистентлиги булган беморларда инсулин СБ хужайраларига таъсир килиши билан боғлиқ бўлади. Бундан ташқари, кортизол СБда пролактин рецепторларини ҳосил булишини таъминлаб, пролактин синергист ҳисобланиб, эпителий хужайраларининг усишини стимуллайди [26,28].

Контрацепция воситаларидан (орал ва инъекцион гормонал воситалар, бачадон ичи воситалари) нотугри қўллаганда ҳам мастопатия келиб чиқиши хавфи ошади [11,12,31,58]. Бачадон ичи воситаларини қўллаганда мастопатия ривожланишида КЧБАларининг яллиғланиш касалликларининг кучайиши билан боғлиқ бўлиб, тухумдонларнинг гормон ишлаб чиқариш функциясининг бузилиши мастопатия ривожланишига туртки бўлади [21,24].

Нокулай турмуш шароити (оилавий ҳолатидан қониқмаслик, жамиятда ва ишдаги келишмовчиликлар, рухий зўриқишлар, жинсий ҳаётдан қониқмаслик, эрта турмушдан ажралганлик, турмуш ўртоғи узоқ вақт бирга яшамаслиги, яъни номунтазам жинсий ҳаёт ҳам мастопатия келиб чиқишида муҳим ўрин эгаллайди[28,29,76]. Купгина муаллифларнинг фикрига қўра диспареуния мастопатияси бор аёлларнинг 12%дан-70%гача учрайди. «Диспареуния» тушунчаси жуда қўп бузилишларни ўз ичига олиб, жинсий майл ва қониқишнинг паст ва умуман бўлмаслиги, турли хил генитальгия ва мушаклар спазми туфайли жинсий алоқанинг қийинлашуви каби белгилар билан намоён бўлади[6,9,10,32,59,62].

Эндокрин бепуштлиқ (овуляциясиз ХЦ), кечки менопауза даври (55 ёшдан катта булган) аёлларда ҳам гормонал ўзгаришлар туфайли мастопатия келиб чиқади.

Мастопатия келиб чикишида наслий омил ҳам ахамиятли булиб, асосан она томондан якин кариндошларида СБЯК ёки усма касаллиги борлиги эътиборга лойикдир [65,72,92].

Эндокрин касалликлар жумладан, семизлик, КД, калконсимон без дисфункцияси ҳам мастопатияни ривожлантиради. КДнинг I-типида узок вақт СБга гипергликемия таъсирида 70% ҳолларда диабетик мастопатия ривожланади. Бу аутоиммун табиатга эгадир. Калконсимон без дисфункцияси асосан гипотиреоз касаллигида мастопатия 3карра купрок учрайди [26,32]. Зарарли одатлар: спиртли ичимликлар, метил ксантин сакловчи махсулотлари: кофе, чой, какао, шоколад куп микдорда истеъмол килиш касалликни кузгатиш хусусиятига эга [9,25,29,54,80,92].

Экстрагенитал касалликлар ҳам мастопатия келиб чикишида муҳим роль уйнайди. Жигар ва ут йуллари патологик жараёнлари, сурункали колит, АГ касалликлари ахамиятли булиб, бу касалликлар натижасида эстрогенларнинг утилизацияси сусайиб, сурункали гиперэстрогения ривожланади [28,29,46]. Бу эса уз навбатида мастопатияни ривожлантиради. Сут безининг жароҳатлари (кучли босилиш, зарба), TORCH-инфекция ҳам мастопатияни келтириб чиқарувчи сабаблардан бири ҳисобланади. Текширувларда мастопатия билан касалланган беморлардан олинган текширув материаларида ЦМВ ҳам топилган. Трихомонадали кольпити бор аёлларда мастопатия касаллиги ҳам учраб, бунинг сабаби трихомонадалар сут бези эпителийсининг дисплазиясини келтириб чиқариши мумкин деган тушунча бор, лекин бу узгаришларнинг таъсир механизми ҳозир тулик урганилмаган [11,17,24].

Радзинский В.Е.(2010 йил.) маълумотиға кўра мастопатияси бор аёлларда асосий гинекологик касалликларнинг учраши қуйидагича: бепуштлиқ 4%, тухумдонлар кистаси 5,4%, аденомиоз 12%, эндометрий гиперплазияси 15%, яллиғланиш касалликлари 30%, бачадон миомаси 39%, бачадон бўйни касалликлари 45% ҳолда учраши мумкин экан.

Хулоса килиб айтганда, гинекологик касалликлар яъни ЖАЯК, хайз циклининг бузилиши, тухумдонларнинг кистоз ўзгариши, бачадон миомаси, эндометриозлар мастопатия ривожланишига тўғридан-тўғри таъсир килиб, буларнинг асосида асосан гормонал бузилишлар ётади.

I.2.Мастопатия патогенезида гормонал бузилишларнинг роли.

Сут беги гармонлар учун куплаб рецепторлар тутадиган, нишон орган хисобланиб, унинг пубертант давр, репродуктив,хомиладорликда узгариши постменопаузада инволюцияга учрашини бошқаришда 15дан зиёд гармонлар иштирок этади [26,38]. Сут бегида хомиладорликда куйидаги гармонлар таъсир килади: плацентар эстроген, прогестерон, пролактин. Хомиладорлик булмаганда эстроген, прогестерон, пролактин, соматотроп гормон, инсулин, тиреоид гормонлар таъсир килади[10,12,16,18,24,34].

Нисбий ёки мутлок гиперэстрогемия ва прогестерон етишмовчилиги ФКМ патогенезида мухим урин эгаллайди [43,57,81].

Эстрогенлар орасидан асосан эстрадиол СБга купрок таъсир килади. Унинг концентрацияси кон плазмасидан кура СБ тукумасида 20 марта купрокдир. Эстрадиол – сут бегининг йулларини ривожлантириб, таксимланишини кучайтиради, ацинусларни шакллантириб, эпителийнинг митотик активлигини оширади. БТнинг гидратациясини ошириб, васкулеризациясини кучайтиради [12,29].

Прогестерон-бу жараёнларга карама-карши таъсир курсатиб,пролиферацияни ривожлантириб,эпителийнинг таксимланишини таъминлайди. Эпителий хужайраларининг митотик активлигини тормозлайди. Эстрогенлар таъсирида юзага келган БТда капиллярлар утказувчанлиги ошишига каршилиқ килиб, шишни камайтиради [15,17.21,28].

Прогестерон таъсири етишмовчилиги - СБнинг бириктирувчи тўкима (БТ) ва эпителий компонентларининг пролиферациясига олиб келади. Прогестерон концентрацияси СБда 2-10 марта плазмага караганда купрок.

Айрим холларда эпителий пролиферацияси туфайли альвеолаларда секреция функцияси сакланиб турган холда, йулакчаларнинг ажралмалари билан бекилиб қолиши кузатилади [8,17,29]. Бу вақт утган сари альвеолалар кенгайиши, кистоз бушликларнинг ҳосил бўлишига олиб келади. Прогестерон эстрогеннинг СБ туқимасига маҳаллий таъсирини чеклайди. СБ эпителийсида 17-гидрокситиреоиддегидрагеназа-2 ферменти бўлиб, у эстроген, эстрадиол ва эстронни метаболизмга учрашини таъминлайди [28]. Прогестерон таъсирида ушбу фермент фаоллиги ошиб, эстрадиол фаоллиги пасаяди.

СБнинг ёғ туқимасида жуда кўплаб рецепторлар бўлиб, уларнинг қўйсими эстрогенга сезувчан, қўйсими прогестеронга сезувчан бўлади. Адипоцитлар эстроген, прогестерон, андрогенлар учун депо ҳисобланади. Ароматаза таъсирида андрогенлар - эстрадиол ва эстрогенга айланади. Бу жараён ёшга боғлиқ ҳолда кўчарлиб беради. СБдаги гиперпластик жараёнларнинг патогенезида пролактин ҳам ўз ўрнига эга бўлиб, у СБда эстрадиол рецепторлар микдорини ошириш хусусияти билан боғлиқ [29,37,41]. Пролактин микдорининг ошиши бачадон ва СБ паталогияларининг биргаликда қилиши билан боғлиқ бўлиб, прогестерон ҳосил бўлиши қамаяди, паталогик жараёнларни янада чуқурлаштиради. Репродуктив тизим билан тиреоид тизимнинг ўзаро боғлиқлиги, аёл организмида турли даврларда активлиги ўзгариши билан тушунтириш мумкин. Пубертант даври, ҳомиладорлик лактация, климакс даврларида Тиреотроп – рилизинг гормони нафакат ТТГ балки пролактин секрециясини ҳам стимуллайди [3,14,22,31,53,57].

Тиреоид гормонлар эстрогенларга ҳужайра даражасида таъсир қилиб, гормонга боғлиқ бўлган тузилмавий бузилишларни ошириб, эндометрийдa гиперпластик жараёнларни шакллантиради [26,57,83,92].

Кортикостероидлар таъсири натижасида пролактин рецепторларининг микдори ошиб, СБда гиперпластик жараёнлар ривожланади [8,39,79,85].

Простогландинлар СБнинг қон томирларига таъсир қилиб, томир девори ўтказувчанлигини оширади. Сув-туз мувозанати, қон айланиши бузилиб, утқима гипоксиясига олиб келади. Рg E 2 миқдори ФКМ бор беморларда, соғлом одамларга караганда 7-8 марта кўп булади[26,44,62,81].

I.3. Мастопатиянинг клиник белгилари ва асосий диагностик методлари.

Мастопатияси бор аёлларни асосан масталгия ва мастодиния безовта қилади. Масталгия яъни кўкракда оғриқ, ХЦнинг ўртасида ёки ХЦдан олдин бўлиб, СБнинг таранглашуви, баъзан сўргичдан ажралма келиши билан характерланади[1,4,12,14,22,30]. Оғриқ симилловчи, санчувчи, ўткир бўлиб, буйинга, елкага, курак остига таркалади. Бу БТнинг шиши, кистоз узгаришлар, каттиклашган туқиманинг нерв охирларини босиши натижасида юзага келади. Оғриқлар ХЦдан кейин купинча утиб кетади[18,28,36,47,64].

Мастодиния – СБнинг улчами катталашиши, таранглашуви бўлиб, аёлларда бош оғриши, шишлар, қорин соҳасида ноқулайлик хисси, (тўлишиш, метеоризм, қорин дам бўлиши), асабий, кўзгалувчанлик, тез чарчаш каби симптомлар билан биргаликда кечади[12,18,29,33].

Мастопатиянинг клиник 3 фазаси тафовут қилинади:

1 фаза: 20-30 ёшларда учраб, ХЦдан 1 ҳафта олдин, СБ таранглашиб, оғриқли бўлиб, пальпацияда СБ каттиклашиб сезувчанлиги ошади. ХЦ мунтазам, баъзан 20-21 кунлик ХЦ бўлиши мумкин.

2 фаза: купинча 30-40 ёшлиларда бўлиб, ХЦдан 2-3 ҳафта олдин кўкракда доимий оғриқ булади. Пальпацияда СБ каттиклашган, кистасимон хосилалар аниқланади.

3 фаза: 40-45 ёшда ривожланиб, СБда доимий бўлмаган бироз оғриқлар бўлиб, куплаб кистасимон хосилалар аниқланади. Сургични қисиб қурганда малла – яшил рангли ажралма ажралиши кузатилади [29,46,54].

Сут беи ва махаллий лимфа тугунларини пайпаслаш оркали СБнинг ҳолати баҳоланади. Бунда ХЦга ҳам эътибор бериш керак. Асосан ХЦнинг 1-ярмида хайз тугагандан сунг 2-3 кунлари текшириш керак. Агар 2-ярмида текширилса жуда кўп хатоликларга йўл қўйишимиз мумкин[1,3,9,16]. Ёш аёлларда СБ таранглашганлиги туфайли, кичик улчамдаги узгаришларни пайпаслаш иложи бўлмаслиги мумкин ёки каттик огрик туфайли пайпаслашга қўймайдилар. СБни пайпаслаш оркали касалликнинг 80-90%и аниқланади. Текширув вақтида аёл танасининг бел қисмигача ечилган бўлиб, текширув ёруғ хонада амалга оширилади. Пайпаслаш икки хил ҳолатда текширилувчи аёл тик турган ва чалканча ётган ҳолатида текширилади[25,29,33]. Текшириш дастлаб СБни куздан кечириш билан бошланиб, кукракни ташки қуриниши, асимметрия бор ё йуклиги СБнинг улчами, ранги, сургич ҳолати, деформация, веноз тур бор ёки йуклигига эътибор берилади. Сунг текширилувчи қулини юқорига қутаради ва кукрак яна куздан кечирилиб, СБни пайпаслаш бошланади. Пайпаслаганда кукракнинг консистенцияси, таранглашуви, каттклашуви, ҳосилалар ҳажми, улчами, юзаси, зичлиги, ҳаракатчанлиги, тери билан боғлиқлигига аҳамият берилади. Текшириш ташки юқори чоракдан бошланиб, соат йуналиши бўйлаб, икки қул билан кейин ички юқори, ички пастки, ташки пастки чорак пайпаслаб текширилади. СБда фиброз узгариш бўлса, кукрак каттиклашиб, атрофидаги туқима билан зичлашган бўлади. Тугунли шаклида бўлса, зичлашган БТ фонида тугунсимон ҳосила аниқланиб, у сургич, тери билан боғланмаган, ҳаракатчан. Фиброаденомада узи алоҳида тугун бўлиб, атрофида зичлашган туқима бўлмайди [14,29,37,46].

Мастопатияни Рожкова Н.М. бўйича клинко-рентгенологик таснифи:

1. Диффуз фиброз-кистоз мастопатия:

- Диффуз ФКМ без таркиби устунлиги билан;
- Диффуз ФКМ фиброз туқима устунлиги билан;

-Диффуз ФКМ кистоз таркиби устунлиги билан;

-Диффуз ФКМ аралаш шакли;

2. Тугунли ФКМ.

Диффуз ФКМ без тукима устунлиги билан: без тукималарида дифференциялашган гиперплазия булиб, атрофидаги тукиманинг каттиклашуви билан намоён булади. Бу шакли асосан ёшларда учрайди. Рентгенологик тасвири: тугри шаклдаги, чегаралари ноаник, куплаб соялар булиб, булак ва булакчаларнинг гипертрофиясига мос келади. Баъзан соялар бутун сут безини эгаллайди.

Диффуз ФКМ фиброз компонент устунлиги билан шаклида СБда йуллари ичида БТнинг фиброз узгариши булиб, Сб йуллариинг торайишидан то бекилиб колишигача кузатилади. Бу шакли купрок пременопауза ёшидаги аёлларда учраши характерли. Рентгенологик тасвири: зич гомоген сохалар. («хира ойнадек»).

Диффуз ФКМ кистоз компонент устунлиги билан: атроф тукимадан аник чегараланган, атрофияга учраган булакчалардан ва кенгайган йулакчаларни интерстициал тукимасининг фиброз узгаришидан хосил булган эластик консистенциали, куп сонли кистоз структуралар аникланади. Киста эпителийсида папилляр хосилалар пайдо булишига олиб келувчи, пролифератив жараёнлар содир булиши мумкин. Бу купрок пери- ва постменопауза давридаги аёлларда ривожланади. Рентгенологик: куп сонли ёругланишлар, чегараси аник соялар бор. Кисталарнинг ранги ва консистенцияси турли хил, баъзан кисталарнинг кальцинацияга учраганлиги аникланади.

Аралаш шакли: Мастопатиянинг бу шаклида булакларнинг гиперплазияси, БТнинг булакларичи, булаклараро склерози, альвеолаларнинг атрофияси, йулаклар кенгайиб уларнинг кистасимон хосилага айланиши кузатилади[16,20,29,43,44,50,51].

Маммография – Сбнинг рентгенологик текширув усули бўлиб, 95-97% холларда кўкракдаги патологик жараённинг ҳолати, унинг ривожланиш интенсивлиги тўғрисида аниқ маълумот беради. Маммография орқали пальпация қилиб аниқланмаган узгаришларни аниқлаш мумкин[2,14,29,46]. Даволаниш давомида динамикада қандай узгариш бўлаётганини солиштириш мақсадида ҳам маммография текширув усулидан фойдаланилади. Қўшимча диагностик усулларни ва даволаш жараёнларини амалга ошириш давомида маммографик рентгенография кенг қўлланилиб, икки вазиятда яъни ён ва олд вазиятда маммография қилинади. Фиброзли мастопатияда сут безида ўрта ва паст интенсивликда ногомоген тартибсиз фиброз қалинлашув, БТ зичлашганлиги кузатилади [33,37,48,52].

Сут безининг ультратовуш текшируви ХЦнинг 5-9 кунларида қилинади. Бу қўшимча текшириш усули бўлиб, касалликка аниқ ташхис қўйишда ёрдам беради. Асосан кўкракдаги кичик улчамдаги киста ва тугунли узгаришларни эрта ташхислашда, диффуз узгаришларни баҳолашда асқотади. Антонова Л.В. УТТ ёрдамида сут безидаги диффуз ўзгаришлар, пролифератив жараёнлар БТ ёки стромада устунлигини аниқлаш мумкин деб ҳисоблайди. СБдаги хажмли жараёнларни аниқлашда қуйидаги эхографик белгиларга эътибор бериш керак: шаклига, ички ва орқа эхосигнал характери, чегараси, йуллари бушлигига усманинг канчалик тарқалганлиги. УТТ 1смдан кичик усмаларни 58%, пайпасланмайдиган хосилаларни – 80%гача ташхислашда самарали усул ҳисобланади. Сут бези касалликларини ташхислаш алгоритми учун УТТ ва рентгенологик маммография бир-бирини тулдирувчи текширув усуллари деб ҳисобласак мақсадга мувофиқ бўлади. Уларнинг биргаликда қўлланилиши СБ касалликларига 97%гача аниқ ташхислаш имконини беради[46,50,51,74,78].

Пункцион биопсия усули: Тугунли ва кистоз мастопатияда, фиброаденомада қўлланилиб, олинган материал цитологик ва гистологик текшируви ўтказилади. Олинган натижага асосланиб даволаш усули танланади.

Бу текширув усулларида ташкари ташхисни аниклаштариш учун қўшимча текширув усуллари термография, КТ, МРТ, дуктография, доплерография пневмокистографиядан фойдаланилади.

Хулоса килиб айтганда, гинекологик касалликлар сут беи касалликлари келиб чикишида ва ривожланишида мухим ахамият касб этади. Шунинг учун, гинекологик касалликларни ўз вақтида даволаса, мастопатия ривожланиш хавфи камайиб, унинг олди олинади.

П.БОБ.

**КЛИНИК МАТЕРИАЛЛАР ТАВСИФНОМАСИ ВА
ТАШХИСОТ ТАДҚИҚОТ УСЛУБЛАРИ**

2.1. Текширув ўтказилган беморларга умумий клиник тавсифнома

Биз Самарқанд шаҳар №1 сон тугруқ мажмуаси ва вилоят онкология диспансерида 2011-2013 йиллар давомида келиб даволанган, гинекологик касалликлари бор 75 нафар аёлларнинг амбулатор картаси, касаллик тарихини ретро- ва проспектив маълумотлари таҳлилинини ўтказдик. Барча беморларни 2 гуруҳга бўлиб ўргандик. Беморларнинг 50 таси асосий гуруҳ, 25 таси назорат гуруҳидир (2.1 Расм).



2.1 Расм. Асосий ва назорат гуруҳи

Асосий гуруҳ 50 нафар гинекологик касалликлар билан мастопатияси бор аёллар. Бу гуруҳ асосий тадқиқот гуруҳи бўлиб, ҳар бир аёл учун махсус хронокарта варақаси юритилган ва бевосита текширилиб

ўрганилган. Хронокарта жами 30 параметрдан иборат бўлиб, унда паспорт маълумотларидан ташкари аёлнинг жисмоний кўрсаткичлари, анамнез (ўтказган соматик ва гинекологик касалликлари), шикоятлари, ўтказилган оператив аралашувлар, диагноз, акушерлик статуси ва ўтказилган даво муолажалари, тугрук натижалари, маммолог куриги, лаборатор тахлиллар (умумий кон ва биохимик тахлил, гормонал текширувлар), СБ, бачадон ва унинг ортикларининг УТТ, цитологик текширувлар, кольпоскопия , маммография текширув натижаларидан ташкил топган.

Назорат гурухи учун 25 нафар гинекологик касалликлари бор, лекин мастопатия аниқланмаган аёллар текширувга киритилди. Ретроспектив гуруҳдаги аёлларда гинекологик касалликлар билан мастопатия биргаликда келиши, этиологияси, клиник кечиши, олиб бориш тактикаси, фақат амбулатор карта ва касаллик тарихидаги маълумотлар асосида ўрганилган. Текшириш изчиллиги хронокарта ёрдамида таъминланган.

II.2.2. Текшириш усуллари

Барча гинекологик касалликларда ўтказиладиган зарурий умумтиббий клиник, лаборатор текширишлар ўтказилди. Ушбу текширувлар 2.1 жадвалда кўрсатилган бўлиб уларга: умумий физикал текшириш, гинекологик текширув, бачадон ва унинг ортикларнинг ультратовуш текширув, умумий кон тахлили, эндокрин тизим функционал ҳолатини ўрганиб, баҳолаш мақсадида қуйидаги текширувлар ўтказилди: қондаги гормонлар миқдорини аниқлаш, қоннинг биохимик тахлили, қин ва бачадон бўйни ажралмаларини бактериоскопик текшириш, сут беги рентгенографияси, сут беги УТТ, кольпоскопия текшируви, пункцион биопсия, цитологик текширув, маммолог кўриги каби текширувлар ўтказилди. 2.1 Жадвалда кўрсатилгандек, гинекологик касалликлари бор аёлларда жами 12 та клиник, лаборатор ва инструментал текшириш усуллари ўтказилган.

2.1 жадвал

Ўтказилган текширув усуллари

№	Текшириш усуллари	сони	%
1	Умумий физикал текшириш	75	100%
2	Гинекологик текширув	75	100%
3	Бачадон ва унинг ортиқларнинг ультратовуш текширув	75	100%
4	Умумий кон тахлили	75	100%
5	Кондаги гормонлар миқдорини текшириш	34	45%
6	Коннинг биохимик тахлили	50	66,6%
7	Кин ва бачадон бўйни ажралмаларини бактериоскопик текшириш	75	100%
8	Сут беги рентгенографияси	65	86,6%
9	Сут беги УТГ	75	100%
10	Кольпоскопия текшируви	75	100%
11	Пункцион биопсия, цитологик текширув	50	66,6%
12	Маммолог кўриги	75	100%

Умумий кон тахлили-1 мл кон хажмида эритроцитлар сони, гемоглобин концентрация аникланади. 1мл конда лейкоцитлар сони,

лейкоцитар формула (лейкоцитлар турли фракцияларнинг фоиздаги нисбати) текширилади. 1с да эритроцитларнинг чўкиш тезлиги аникланади. Бу текшириш усули Самарканд шаҳар №1 сонли тугрук комплекси ва Онкология диспансери лабораториясида фотоэлектрик калорометр ФЭК ўтказилди.

Эндокрин тизим функционал ҳолатини ўрганиб, баҳолаш мақсадида қуйидаги текширувлар ўтказилди: қондаги гормонлар миқдорини (ФСТГ, ЛГ, тиреотроп, пролактин,), эстрадиол, прогестерон, трийодтиронин, тироксин, кортизол) иммунофермент усули билан анализатор «УНИПЛАН» (Россия)дан фойдаланиб, махсус наборлар ёрдамида «EVROMEDIK» фирмасида текширув ўтказилди.

Текширув учун қон 2 марта олиниб, бир ҲЦнинг эрталабки соат 8 - 9 ларда биринчи фазасида 9-12 кунлари, иккинчи фазада 21-23 кунларида текширув ўтказилди.

Бактериоскопик текшириш учун сурма уретра, цервикал канал, киннинг орқа ён деворларидан олинди. Материал предмет ойнасига суртилди, хона ҳароратида қуритилди. Натив суртмалар Романовский ва Грамм услида бўялди. Суртмани микроскопиясида шаклли элементлар (лейкоцит, эритроцитлар), эпителий ва флораси аникланди. Бундан ташқари суртмада махсус флора трихоманадалар, замбуруғларлар аникланди. Кўрув майдонида саналди. Суртма йиғиш бемор мурожаат қилиб келганда ва динамикада терапия фонида аникланди. Бактериоскопик текшириш Самарканд шаҳар №1 сонли тугрук комплексида ўтказилди.

Сут безини текшириш мақсадида СБ ва маҳаллий лимфа тугунларини пайпаслаш, УТТ, маммография, маммолог кўриги, кўрсатма билан пункцион биопсия ўтказилди.

Сут беи ва маҳаллий лимфа тугунларни пайпаслаш: Сут безини пайпаслаш энг қулай ва касалликни эрта ташхислашда катта аҳамиятга эга бўлган асосий текширув усули ҳисобланади. Бунда ХЦга ҳам эътибор бердик. Асосан ХЦнинг 1-ярмида ҳайз тугагандан сўнг 2-3 кунлари текширдик. Агар 2-ярмида текширилса жуда қу хатоликларга йул қуйишимиз мумкин. Ёш аёлларда СБ таранглашганлиги туфайли, кичик ўлчамдаги узгаришларни пайпаслаш иложи бўлмаслиги мумкин ёки каттик огрик туфайли пайпаслашга қуймайдилар. СБни пайпаслаш оркали касалликнинг 80-90%и аниқланади. Текширув вақтида аёл танасининг бел қисмигача ечилган бўлиб, текширув ёруғ хонада амалга оширилади. Пайпаслаш икки хил ҳолатда текширилувчи аёл тик турган ва чалқанча ётган ҳолатида текширилади. Масалан, ФКМ бор аёлларда кичик ўлчамдаги каттиқлашишлар, ёки тугунлар тик турганда унча аниқ пайпасланмайди, ётган ҳолда текширганимизда улар яхши пайпасланиб, аниқланади. Текшириш дастлаб СБни қуздан кечириш билан бошланиб, қуқракни ташқи қуруниши, ассиметрия бор ё йуқлиги СБнинг улчами, ранги, сургич ҳолати, деформация, веноз тур бор ёки йуқлигига эътибор берилади. Сўнг текширилувчи қулини юқорига қутаради ва қуқрак яна қуздан кечирилиб, СБни пайпаслаш бошланади. Пайпаслаганда қуқракнинг қонсистенцияси, таранглашуви, қаттиқлашуви, қосилалар ҳажми, улчами, юзаси, зичлиги, ҳаракатчанлиги, тери билан боглиқлигига аҳамият берилади. Текшириш ташқи юқори чорақдан бошланиб, соат йуналиши бўйлаб, икки қўл билан кейин ички юқори, ички пастки, ташқи пастки чорақ пайпаслаб текширилди. СБда фиброз узгариш бўлса, қуқрак каттиқлашиб, атрофидаги туқима билан зичлашган бўлади. Тугунли шаклида бўлса, зичлашган БТ фонида тугунсимон қосила аниқланиб, у сургич, тери билан богланмаган, ҳаракатчан. Фиброаденомада узи алоҳида тугун бўлиб, атрофида зичлашган туқима бўлмайди.

Шунинг учун, туғиш ёшидаги аёлларда ФКМ ташхислаш учун иккита муҳим шарт бор:

1. Сут безини кўздан кечириш ва пайпаслаш ҲЦнинг 1-ярмида ўтказиш.
2. Текширувни бемор тик турган ва ётган ҳолатида амалга ошириш.

Албатта, текширув давомида қўлтиқ ости, ўмров усти ва ости лимфа тугунлари ҳам кўздан кечирилди.

Рентгенологик маммография: СБнинг рентгенологик текширув усули бўлиб, 95-97% ҳолларда кўкракдаги патологик жараённинг ҳолати, унинг ривожланиш интенсивлиги тугрисида аниқ маълумот беради. Маммография орқали пальпация қилиб аниқланмаган ўзгаришларни аниқлаш мумкин.

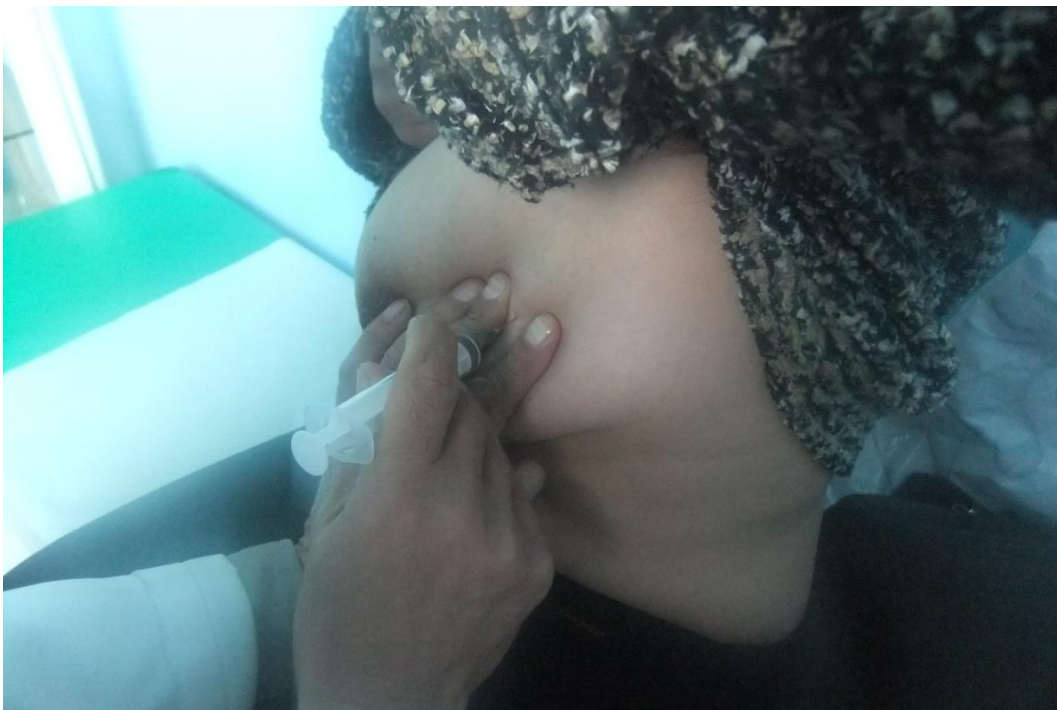
Даволаниш давомида динамикада қандай ўзгариш бўлаётганини солиштириш мақсадида ҳам маммография текширув усулидан фойдаландик. Кўшимча диагностик усулларни ва даволаш жараёнларини амалга ошириш давомида маммографик рентгенография кенг қўлланилди. Икки вазиятда яъни ён ва олд вазиятда маммография қилинди. Текширилган аёллардан фиброзли мастопатияда сут безида ўрта ва паст интенсивликда ногомоген тартибсиз фиброз қалинлашув, БТ зичлашганлиги, кистозли мастопатияда сояланишлар аниқланди.

Ультратовуш текшируви (УТТ): Барча мастопатияси бор аёлларда ҳайз циклининг 4-9 кунгача бўлган вақт мобайнида УТТ ўтказилди. Текширув УТТ аппарати « EDAN DUS -6» (Хитой)дан трансабдоминал усулда 3,5 мгц кучда секториал конвексиал датчик ёрдамида бачадон ва унинг ортиқлари, СБни эса ишлаш частотаси 7,0 мгцли датчикдан фойдаланиб амалга оширилди. Текширув давомида бачадон ва унинг ортиқлари ўлчами, шакли, ҳолати, патологик ўзгаришлар аниқланди. Сут безини текшириш давомида унинг тузилиши, БТ ва эпителий нисбати, сўргич йўллариининг ҳолати, киста, тугун бор – йўқлигини аниқлаш, лимфа тугунларининг ҳолатини баҳолашга аҳамият бердик. УТТ Самарқанд

шаҳар 1– сон туғруқ мажмуасида, вилоят онкология диспансерида ўтказилди.

Пункцион биопсия: Бу текширув усули 75 нафар аёллардан 50 нафарида ўтказилиб, асосан мастопатиянинг тугунли, кистоз шаклида, кўкрак саратонига гумон қилинганда, СБ пункция қилиниб, олинган материал цитологик ва гистологик текширишга юборилиб, даволаш тактикаси танланди. Бунинг учун дастлаб СБ кўздан кечирилиб, пайпасланиб, патологик ўзгаришлар соҳаси аниқланиб, бармоқлар ёрдамида фиксацияланиб, асептик шароитда 5 ёки 10 млли шприц билан пункция қилинади. Кўп маротаба шприц поршини ҳаракатлантирилиб, хужайравий материал олинади. Олинган материал игна учидек ёки ундан кўпроқ бўлиши мумкин. Пунктант буюм ойначасига босиб чиқарилиб, бир текис қилиб игна ёрдамида суртилади. Материал хона ҳароратида ҳеч қандай воситаларсиз қурилади (2-5 минут). Сўнг спирт билан фиксацияланиб, 10-15 минут фиксацияланган материал дастлаб гематоксилин билан бўялиб, 30 дақиқада туради. Кейин оқар сувда ювилиб, эозин билан бўялади.

Текширувга тайёр бўлган материал микроскоп остида текширилиб, жараён баҳоланади.



2.2 Расм. Пункцион биопсия жараёни

Кольпоскопия: 63 нафар аёлларда кольпоскопик текширув SEILER instrument 935 Colposcope CE №0265 (30- марта катталаштириб кўрсатади) жиҳози ёрдамида вилоят онкология диспансерида, СЭВ с 150 “ЛИНЗА” (Санкт Петербург) (15 -20 марта катталаштиради.) аппарати билан Самарқанд шаҳар 1 сон туғруқ мажмуасида ўтказилди. Кольпоскопик текширув бачадон бўйнининг қин қисмида цилиндрик ва ясси эпителий чегарасидаги патологик ўзгаришларни жойлашган жойи, ўлчами, ҳолатини баҳолашда ва инвазив рақни инкор этиш мақсадида фойдаланилади. Кольпоскопик тасвирни таснифлаш учун, асосан 1990 йил Римда ўтказилган бачадон бўйни касалликлари бўйича 7- Бутун жаҳон конгрессида қабул қилинган, 2003 йил қайта кўриб чиқилган таснифлаш бўйича қилинади. Кольпоскопик тасвир 5 синфга ажратилади: нормал, аномал, аниқ бўлмаган (қоникарсиз кольпоскопия), рақка шубҳа бўлган ва аралаш (турли хил). Нормал тасвир — кўп қаватли ясси ва цилиндрик эпителий, зона трансформация соҳасида. Аномал кольпоскопик тасвирга қуйидагилар қиради: ацетобелый ва йоднегатив эпителий, мозаика, пунктация, атипик қон томирлар, шохланувчи безлар.

Бачадон бўйни видеокольпоскопияси 12 нафар аёлларда ўтказилиб, махсус дастурлаштирилган компьютер орқали амалга оширилди.

Кенгайтирилган видеокольпоскоп билан қуйидагилар баҳоланди: рангги, томирлар тасвирининг ҳолати, кўп қаватли ясси эпителий юзаси ва даражаси, без шакли ва характери, 3% уксус кислота ва Шиллер синамасига эпителийнинг жавоб реакцияси. 3% уксус кислота билан ўтказилган синамада: қопловчи эпителийда қисқа муддатли шиш, эпителий ости томирларининг қисқариши, тўқималарда қон айланишининг камайиши, эпителийда патологик тўқима билан соғлом тўқима чегарасини демаркацион чизик билан ажратиб, ўзгаришларни аниқлашга ёрдам беради (АБЭ). Шиш фонида шиллиқ қаватдаги ўзгармаган томирлар тораяди, атипик томирлари янада кучайиб, аниқроқ кўринади. 3% уксус кислотали синамадан сўнг Шиллер синамасини ўтказдик. Бу усул эпителий ҳужайраларида гликоген тутишига асосланган бўлиб, етилган ясси эпителий гликогенга бой бўлиб, йод билан яхши тўқ малла рангга бўялади (синама мусбат). Цилиндрик ёки патологик эпителийда гликоген кам миқдорда бўлиб, ўзгариш бўлмайди яъни йодни ўзига олмайди. (йод манфий синама). Шиллер синамаси учун 3% Люголя эритмаси (йод - 1г, калий йодид - 2г, дистилланган сув – 300 мл).

Кўрсатма билан онкология диспансерида оператив даво (секториал резекция) ва олинган материалнинг гистологик текшируви ўтказилди.

2.2.2. Материални статистик қайта ишлаш усуллари.

Олинган статистик маълумотлар Pentium-IV шахсий компютерида «Microsoft Excel» дастурини қўлланган ҳолда қайта ишланди.

III БОБ ШАХСИЙ КУЗАТУВ

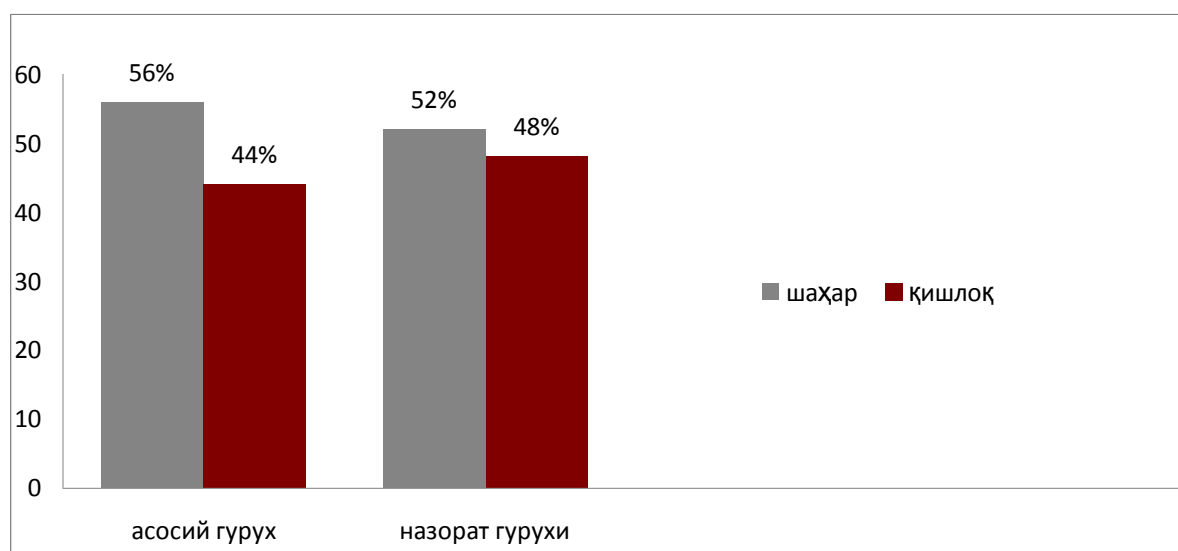
3.1. Гинекологик касалликлар билан мастопатияси бор аёлларнинг соматик ва репродуктив соғломлигини баҳолаш.

Биз Самарқанд шаҳар №1 сон тугрук мажмуаси ва вилоят онкология диспансерига 2011-2013 йиллар давомида келиб даволанган, гинекологик касалликлари бор 75 нафар аёлларнинг амбулатор картаси, касаллик тарихини ретро- ва проспектив маълумотлари тахлилини ўтказдик. Барча беморларни 2 гуруҳга бўлиб ўрганилди. Беморларнинг 50 таси асосий гуруҳ, 25 таси назорат гуруҳидир. 1-гуруҳ (асосий гуруҳ)га 50 нафар (66%) гинекологик касалликлар билан мастопатияси бор аёллар, 2-гуруҳ (назорат гуруҳи)да 25 нафар (34%) гинекологик касалликлари бор лекин мастопатия аниқланмаган аёллардан ташкил топди (Расм №3.1.)



Расм №3.1 Текширилаётган аёллар гуруҳи

Текширилган жами 75 нафар аёлларнинг яшаш жойи буйича: асосий гуруҳнинг 22 (44%) нафари кишлоқ аҳолиси, 28 (56%) нафари шаҳар аҳолисига, назорат гуруҳининг эса 12 (48%) нафари кишлоқ аҳолиси, 13 (52%) нафари шаҳар аҳолисига тўғри келди (Расм №3.2.).



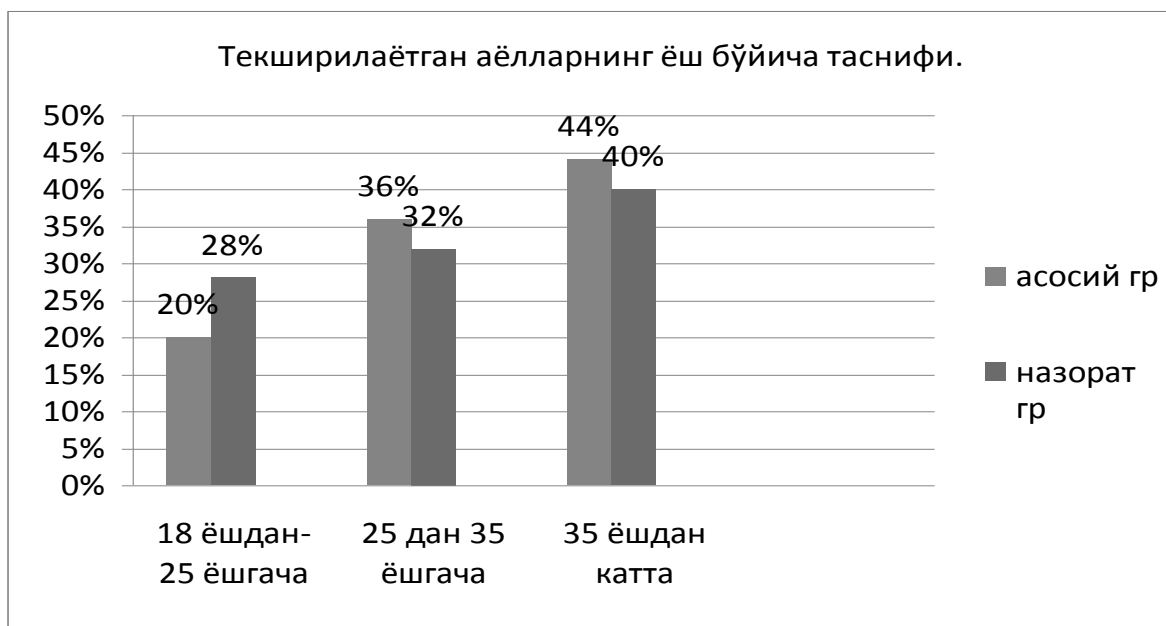
Расм 3.2 Текширилаётган беморларнинг яшаш жойи бўйича тақсимланиши

Маълумотлар шуни кўрсатадики, текширилувчиларнинг кўпчилиги шаҳар аҳолисини ташкил этади.

Текширилаётган гуруҳдаги аёлларнинг ижтимоий ҳолати ва ёши бўйича таҳлил қилганда қуйидаги натижаларни олдик:

Текширилаётган асосий ва назорат гуруҳидаги аёлларни ёши бўйича қуйидагича тақсимланди. Асосий гуруҳда 18-25 ёшгача булганлар 10 нафар (20%), назорат гуруҳида 7 нафарни (28%), 25-35 ёшгача булганлар 18 нафар (36%), назорат гуруҳида 8 нафарни (32%), 35 ёшдан катта булганла 22 нафар(44%), назорат гуруҳида 10 нафарни (40%) ташкил этди (расм 3.3).

Натижалар шуни кўрсатадики, 25 ёшдан 35 ёшгача бўлган аёлларда (36%) СБнинг яхти сифатли касалликлари, 18-25 ёшгача (20%) бўлганлардан караганда, кўпроқ учрайди, лекин 35 ёшдан катталарда (44%) мастопатия жуда кўп кузатилади.



Расм №3.3 Текширилаётган аёлларнинг ёш бўйича таснифи

Маълумки, аёлларда кузатиладиган кўпчилик гинекологик касалликлар, шу жумладан мастопатиялар гормонал бузилишлар оқибати бўлиши мумкин. Гормонал бузилишларга нафақат яллиғланиш касалликлари, балки асаб тизимида бўладиган ўзгаришлар сабаб бўлиши мумкин. Аёлларнинг асаб тизими ҳолатига уларнинг ижтимоий ҳолати ҳам катта таъсир кўрсатилиши тиббиётда тасдиқланган фактдир. Шунинг учун биз текширилаётган гуруҳлардаги аёлларнинг ижтимоий ҳолатини ўргандик. Аёлларнинг ижтимоий ҳолати ўрганилганда (иккала гуруҳ учун) улардан 11 нафари (15%) олий маълумотли, 21 нафари (28%) маълумоти ўрта махсус, 43 нафари (57%) эса ўрта маълумотга эга эканлиги

аниқланди. Уларни касби бўйича тақсимланиши куйидагича: 58 (78%) нафари уй бекалари, 6 (8%) нафари давлат ташкилоти ходимлари, 7 (9%) нафари хамширалар, 4(5%) нафари оддий ишчиларни ташкил этди. Текширилаётган аёлларнинг ижтимоий ҳолати куйидаги 3.4 Расмда кўрсатилган.



Расм №3.4 Текширилаётган аёлларнинг ижтимоий ҳолати бўйича таснифи

Аёлларнинг оилавий аҳволи: Асосий гуруҳдан 22 (44%) нафар аёлнинг оилавий никоҳи қайд қилинган ва улар турмуш ўртоғи билан бирга яшайди, назорат гуруҳидан эса 16 (64%) нафар аёл оилада тушмуш ўртоғи билан яшайди. Турмуш қурмаган аёллар асосий гуруҳдан 8 нафар (16%)ни, назорат гуруҳидан эса 2 нафар (8%)ни ташкил қилди. Турмушидан ажрашганлар асосий гуруҳдан 15 та (30%), назорат гуруҳидан 5 та (20%) ташкил қилади. Қайта турмуш қурганлар асосий гуруҳдан 5 (10%)нафарни, назорат гуруҳидан 2 (8%) нафарни ташкил қилди.



Расм №3.5 Асосий гуруҳ аёлларнинг оилавий аҳволи



Расм №3.6 Назорат гуруҳидаги аёлларнинг оилавий аҳволи

Юқорида келтирилган ушбу расмларда ГК билан мастопатия асосан аёлларнинг оилавий анамнезидан турмуш қурмаган, ажрашган ва қайта турмуш қурганларда кўп учраши ўз аксини топган.

Акушерлик ва гинекологик анамнез таҳлили

Текширилаётган аёлларнинг ҳайз цикли тўғрисидаги маълумотларни таҳлил қилсак: асосий гуруҳда менархия 11 ёшгача 7(14%) аёлга, 11-15 ёш оралиғида 33 (66%) та аёлга, 16 ёшдан кейин 5 (10%)та аёлда кузатилган. Назорат гуруҳида эса менархия 11 ёшгача 2(8%) аёлга, 11-15 ёш оралиғида 15 (60%) та аёлга, 16 ёшдан кейин 6 (24%)та аёлда кузатилган. Аменорея асосий гуруҳдан 5 (10%) та аёлда, назорат гуруҳидан 2 (8%) аёлда мавжуд. Ҳайз цикли давомийлиги: асосий гуруҳда: 20 кунлик ҳайз цикли 10 (20%) та аёлда, 21-35 кунлик ҳайз цикли 20(40%) аёлда, 35 кундан кўп ҳайз цикли 15 (30%)та аёлда кузатилади. назорат гуруҳида: 20 кунлик ҳайз цикли 2 (8%) та аёлда, 21-35 кунлик ҳайз цикли 18(72%) аёлда, 35 кундан кўп ҳайз цикли 3(12%)та аёлда кузатилади. Полименорея асосий гуруҳдан 10 (20%) аёлда, назорат гуруҳидан 2 (8%) аёлда, гиперменорея асосий гуруҳдан 12 (24%) аёлда, назорат гуруҳидан 4 (16%) аёлда, опсоменорея асосий гуруҳдан 5 (10%) аёлда, назорат гуруҳидан 1 (4%) аёлда, альгоменорея асосий гуруҳдан 18 (36%) аёлда, назорат гуруҳидан 4 (16%) аёлда учрайди (3.1 жадвал).

Текширилаётган аёлларнинг ҳайз циклининг ўзига хосликлари

Омиллар	Асосий гуруҳ п=50		Назорат Гуруҳи п=25	
	Абс.	%	Абс.	%
Биринчи ҳайз:				
-11 ёшгача	7	14	2	8
-11-15 ёшда	33	66	15	60
-16 ёшдан кейин	5	10	6	24
Аменорея	5	10	2	8
Ҳайз цикли давомийлиги:				
-20 кунлик	10	20	2	8
-21-35 кун	20	40	18	72
- 36 кундан кўп	15	30	3	12
Полименорея	10	20	2	8
Гиперменорея	12	24	4	16
Опсоменорея	5	10	1	4
Альгоменорея	18	36	4	16

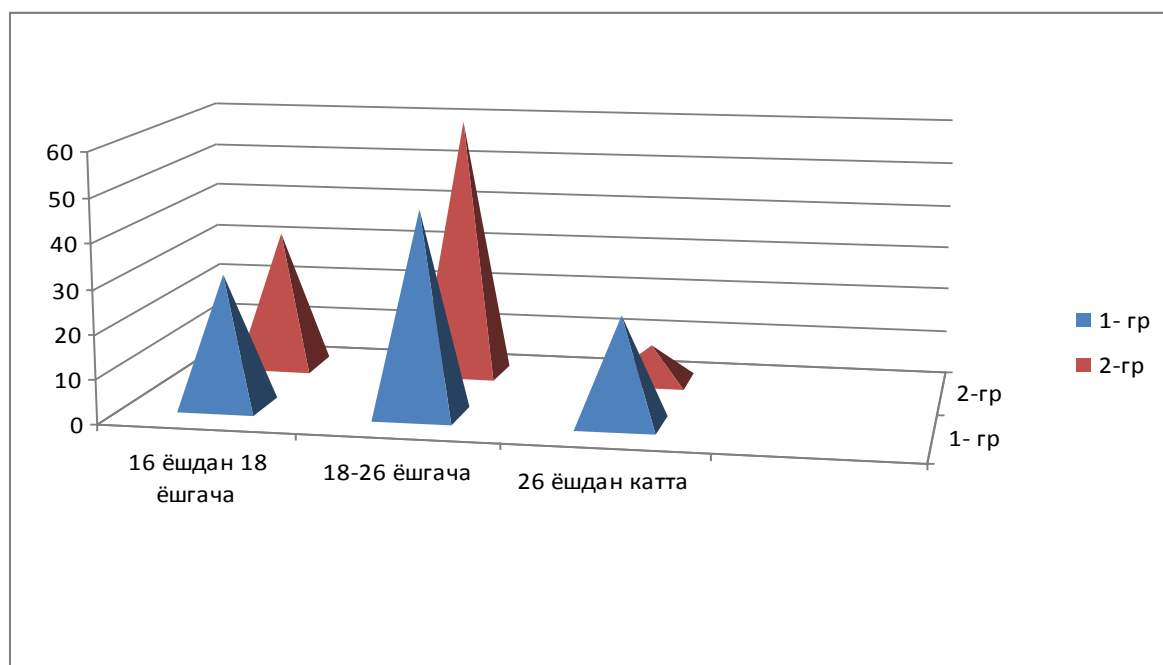
Дастлабки ҳайзнинг эрта келиши кўпроқ гинекологик касалликлар билан мастопатияси бор аёлларда, кечки менархия (16 ёшдан сўнг) эса асосан назорат гуруҳидаги аёлларда кузатилди.Текширилаётган аёлларнинг кўпчилигида ХЦ 21-35 кунлик - 66% асосий гуруҳ, 60% назорат гуруҳидагиларда учрайди.

ҲҚ 21 кун ва ундан кам бўлиши гинекологик касалликлари билан мастопатияси бор 10 нафар аёлларда (20%) кузатилди.

Текширилаётган аёлларнинг асосий қисмида ҳайз 7 ва ундан купроқ кун давом этган: асосий гуруҳдан 10 нафарида (20%), назорат гуруҳидан 2 нафар (8%) да. Альгоменорея 18(36%) асосий гуруҳдан, 4 нафар (16%) назорат гуруҳдаги аёлларда аниқланди.

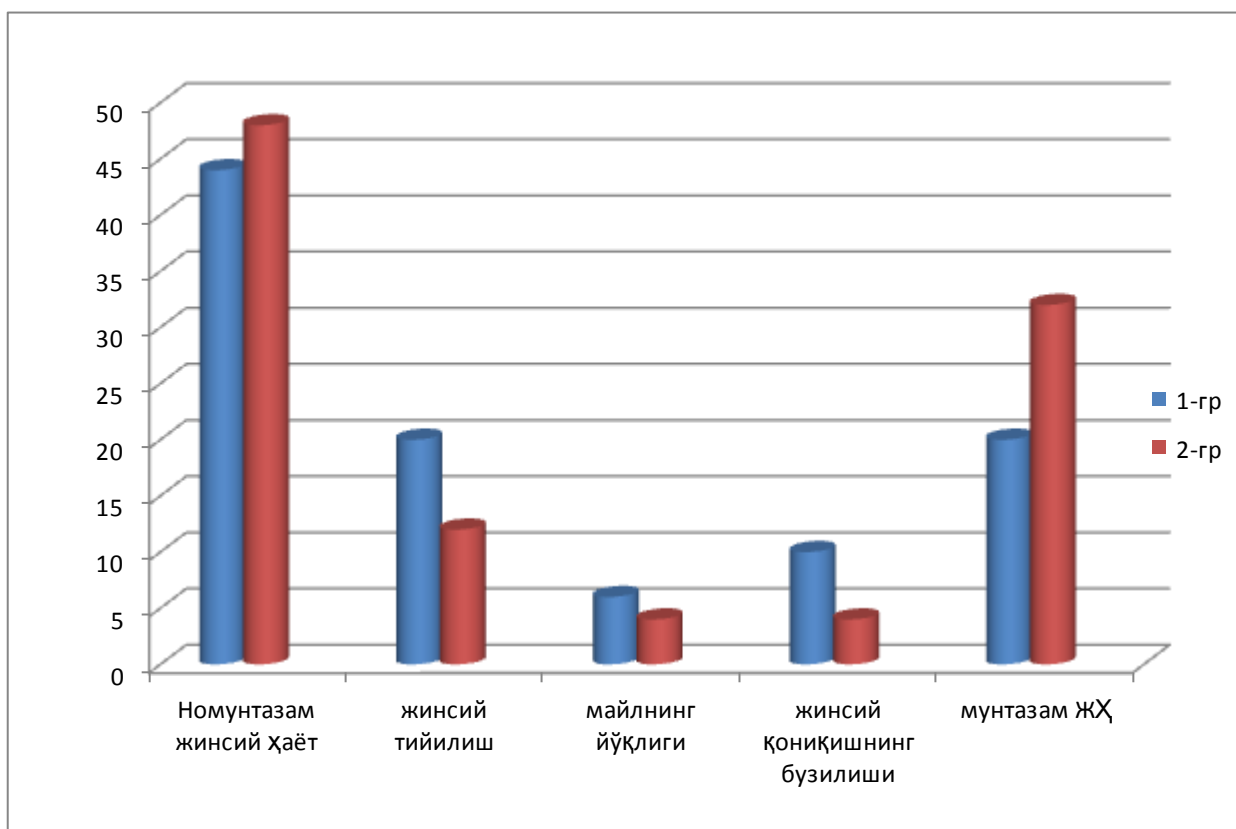
Демак, жадвалда кўрсатилгандек, гинекологик касалликлар билан мастопатияси бор аёлларда кўпроқ эрта биринчи ҳайзнинг келиши, узоқ муддат ҳайзнинг давом этиши ва альгодисменорея кузатилади.

3.2 Кузатувимиздаги аёлларнинг репродуктив фаолиятини таҳлил қилсак: жинсий ҳаётни 16-18 ёшгача бошлаганлар 15 нафар (30 %) асосий гуруҳда, 8 нафар (32%) —назорат гуруҳидаги аёллар зиммасига тўғри келди. Кўпчилик аёллар жинсий ҳаётни 18 ёшдан бошлаганлар: 23 аёл (46%) -1-грудан, 15 (60%) -2 гуруҳдан. 26 ёшдан сўнг жинсий ҳаётни бошлаганлар 12 нафар (24%) ГК билан мастопатия бор аёллар, 2 та аёл (8%) назорат гуруҳида аниқланди (3.7 расм).



3.7 Расм Кузатувимиздаги аёлларнинг репродуктив фаолияти

Жинсий ҳаёт (ЖХ) мунтазам бўлмаган асосий гуруҳдан 22 аёлда (44%), назорат гуруҳидан 12 та аёлда (48%) . 3-йилдан кўп муддатга жинсий тийилиш 10 нафар (20%) 1- гуруҳдан, 3 киши (12%) назорат гуруҳидан. Майлнинг йўқлиги асосий гуруҳдан 3 аёлда (6%) , назорат гуруҳидан 1 аёлда (4 %) .Жинсий қониқишнинг пасайиши ва йўқлиги кўринишида бузилиши ГК билан мастопатияси бор аёлларнинг 5 тасида (10%), назорат гуруҳида 1 кишида (4%). Мунтазам ЖХ 10 нафар (20%) 1-гуруҳда, 8 нафар (32%) – 2 гуруҳда аниқланди(3.8 Расм).



3.8 Расм Жинсий ҳаёт маълумотлари

Текширилаётган аёлларнинг жинсий функциясини таҳлил қилиш натижасида, ГК билан мастопатияси бор аёлларда қуйидаги ўзига хос кўрсаткичлар намоён бўлди:

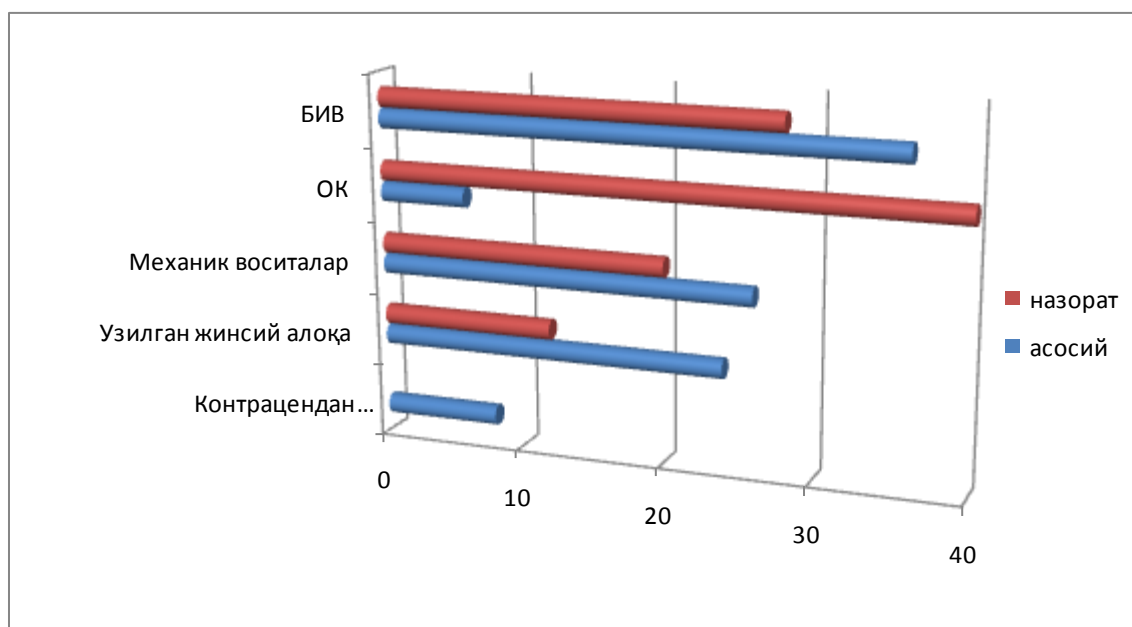
- Жинсий ҳаёт 18-26 ёшларда ва ундан сўнг бошлаганлиги;
- Жинсий қониқиш ва майлнинг бузилганлиги;
- Қониқарсиз жинсий ҳаёт.

Контрацепция усуллари: Текширилаётган аёллар қуйидаги контрацепция усулларида фойдаланишган:

- БИВ – 18 нафар (36%) аёл 1-гурухдан, 7 нафар (28%) - 2-гурухдан;

* Гормонал контрацепция – 3 та аёл (6%) - асосий гурухдан, назорат гурухидан 10 нафар (48%);

- Механик усулдаги контрацепциядан - асосий гуруҳдан 13 та аёл (26%), назорат гуруҳидан 5 та аёл (20%);
- Тугалланмаган жинсий алоқадан— 12 нафар (24%) - 1-гуруҳдан, 3аёл (12%) назорат гуруҳидан;
- Контрацепция воситаларидан фойдаланмаганлар – 4 (8%) .
- Шундай қилиб,ГК билан мастопатия бор аёллар контрацепция воситаларидан фойдаланиш тартиби қуйидача: БИВ (1-ўрин), механик воситалар (2- ўрин), тугалланмаган жинсий алоқа (3- ўрин) и орал контрацептив воситалар (4-ўрин), ГК бор лекин мастопатия йўқ аёлларда: орал ҳомиладорликка қарши воситалар (1-ўринни), БИВ (2-ўринни), механик воситалар (3- ўринни), тугалланмаган жинсий алоқа (4-ўринни) эгаллади (3.9 Расм).



3.9 Расм Контрацепция усуллари

Текширувдаги аёлларнинг туғиш функциясини баҳолашда шу аниқландики, биринчи ҳомиладорлик барча аёлларда ўртача 21 ёшда

бўлган. Асосан 21-25 ёшлар орасида кўп учрайди. 26 ёшдан-30 ёшгача биринчи ҳомиладорлик асосий гуруҳда 11 кишида (22%), назорат гуруҳида 1 кишида (4%). ГК билан мастопатияси бор аёлларнинг 1 нафарида (9%) , биринчи ҳомиладорлик 31 ёшдан сўнг вужудга калган.Бундай ҳолат назорат гуруҳида кузатилмади. Ҳар бир текширилаётган аёлларнинг 3 тадан 1 тасида уч ва ундан кўп марта ҳомиладорлик узилган (аборт).

Битта ҳомиладорлик асосан ГК билан мастопатияси бор аёлларнинг 23,6% учради Асосий гуруҳдан туғмаганлар 7 та аёл (14%) , назорат гуруҳидан 2 нафарида (8%) бу ҳолат кузатилди.

Хулоса қилиб айтганда, ГК билан мастопатияси бор аёлларнинг туғиш функцияси таҳлил қилиниб, қуйидаги ўзига хосликлар аниқланди:

- аборт, биринчи ҳомиладор оқибати сифатида;
- бир туғруққа 2 та аборт тўғри келади;
- ҳомиладорликни узишни юқори даражада учраш;
- анамнезида туғруқ йўқлиги;
- туғруқдан кейинги лактация йўқлиги;

Қисқа муддатли (1 ойдан 6 ойгача) ёки узоқ (1 йилдан кўп) кўкрак билан озиклантириш кўпинча асосий гуруҳдаги аёлларда кузатилди (3.2 жадвал).

Репродуктив фаолият маълумотлари

№	Туғиш функцияси	Асосий гурух (n=50)	%	Назорат гурухи (n=25)	%
1	Биринчи ҳомиладорлик 18ёшдан-21ёшгача 21-25 ёшда 26дан 30 ёшгача ва катта Ҳомиладарлик йўқ	14 18 11 7	28 36 22 14	9 13 1 2	36 52 4 8
2	Аборт -1марта -3 ва ундан кўп	42 15 27	84 30 54	16 5 11	64 20 44
3	Бола сони 1 – 3 та 3 тадан кўп Бола йўқ	28 12 10	56 24 20	14 9 2	56 36 8
4	Лактация давомийлиги - лактация йўқ -5-6 ой - 1 йилдан кўп	5 16 8	10 32 16	5 3 7	20 12 28

Гинекологик текширув натижалари таҳлили: Текширилаётган аёлларда турли хил ГК аниқланди. Асосан бу касалликлар орасидан ҳайз

олди синдроми (ҲОС) кўп учраши 39 нафар (52%) аёлда етакчи ҳисобланади. Кейинги ўринларда бачадон бўйни эрозияси 34 нафар (45,3%) аёлда, ЖАЯК – 22та аёлда (29,3%) , 12 нафар аёлда (16%) бачадон миомаси, эндометрийнинг гиперплазияси 14 та аёлда (18,6%)ида, бепуштлик текширилувчиларнинг 10 нафарида (13,4%) аниқланди.Шу билан бирга Эндометриоз 5та аёлда (6,9%), тухумдонлар кистаси 15 нафар (20%) аёлларда ушбу ГК борлиги кузатилди.Кўпгина гинекологик касалликлар биргаликда келган. Масалан ЖАЯК бор аёлларда бачадон бўйни эрозияси, ҲОС бўлиши.Бачадон бўйни эрозияси билан тухумдонлар кистаси қўшилиб келган.

Хулоса қилиб айтганда, бу кўрсаткичлар шуни кўрсатадики, 98% текширилувчилар ГКлари бор. Бу эса ўз навбатида мастопатия келиб чиқишида гинекологик касалликлар катта аҳамиятга эга эканлигини исботлайди.

Қуйидаги (3.10 Расм)дан кўриниб турибдики, ГК билан мастопатияси бор аёллар анамнезидан қуйидаги гинекологик касалликларнинг кўп учраши ўзига хос хусусиятларидан биридир:

- Ҳайз олди синдром;
- Бачадон бўйни эрозияси;
- Эндометрит ва сальпингоофорит;
- Бачадон миомаси;
- Эндометрий гиперплазияси ;
- Бепуштлик;
- Тухумдонлар кистаси



3.10 Расм Аниқланган гинекологик касалликлар

Текширилаётган аёлларнинг 6 нафари (8%) бачадондан ташқари ҳомиладорлик, тухумдонлар кистаси ташхиси билан операция қилинган.

Экстрагенитал касалликлар. 90% текширилувчиларда экстрагенитал касалликлари борлиги аниқланди. Бу касалликлар орасида энг кўп тарқалгани анемия – у 42 нафар (56%) аёлларда, кейинги ўринларда ОИТ касалликлари– (сурункали гастрит, сурункали колит, ичаклар дисбактериози) – 8 та аёлда (10,6%), Сийдик ажратиш тизимидаги касалликлар 4 нафар (5.3%) аёлда, қалқонсимон без касалликлари 10 тасида (13.3%), ҚД 2 нафар аёлда (2.6%). Юқори нафас йўллари касалликлари 6 нафар (8%) текширилувчида. Текширилувчиларнинг 20%ида экстрагенитал касалликларнинг биргаликда келганлиги кузатилади. Масалан, сурункали гастрит ва анемия, сурункали пиелонефрит ва анемия. Экстрагенитал касалликлар қуйидаги (3.11 Расм)да ифодаланган.

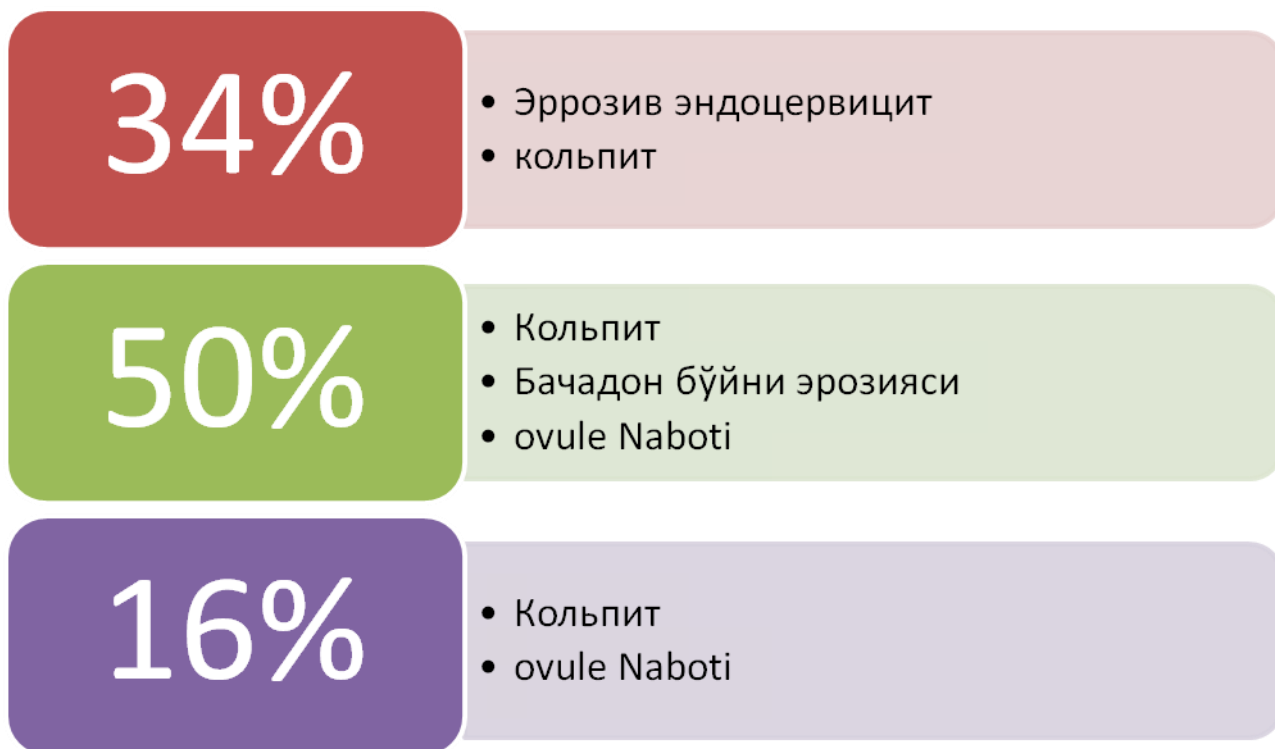


3.11.Расм Текширилаётган аёллардаги экстрагенитал касалликлар

Ушбу расмда ифодаланган кўрсаткичлар аёлларни соғломлаштириш, текшириш ва даволаш ишларини поликлиника шароитида, пунктларда етарлича олиб борилмаётганлигидан далолат беради.

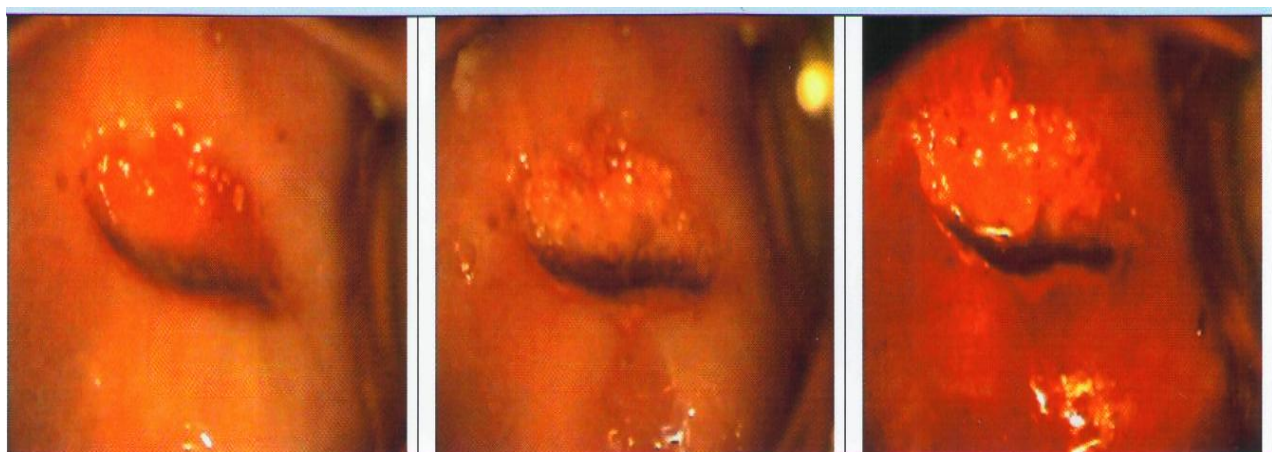
Кольпоскопик текширув: Кольпоскопик текширув натижаларига кўра асосий гуруҳдан 17 нафар (34%) аёлларда эрозив эндоцервицит ва кольпит, 25 та аёлда (50%) бачадон бўйни эрозияси, Nabotî кисталари, кольпит, текширилувчиларнинг 8 нафарида (16%) кольпит, Nabotî текширув давомида аниқланди (3.4 жадвал). Назорат гуруҳидагиларнинг 9 тасида (36%) бачадон бўйни эрозияси, 12 нафар (48%) аёлларда кольпит, текширилувчиларнинг 4 нафарида (16%) эндоцервицит, кольпит аниқланди.

Асосий гуруҳ аёлларда кольпоскопик текширув натижалари



Кольпоскопик тасвирлар.

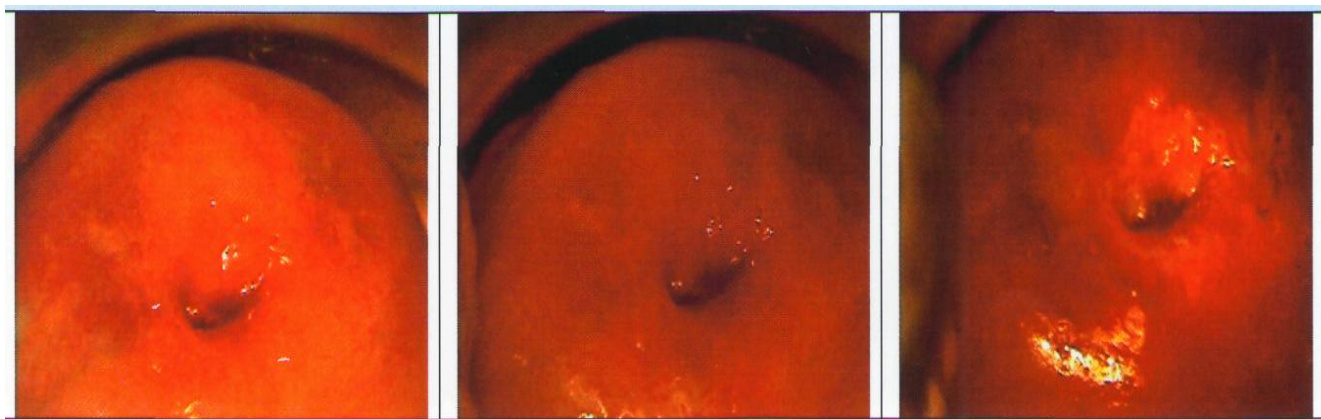
Бемор Х.29 ёш. Диагноз: Бачадон бўйни эрозияси . Кольпит. Ўнг СБ фиброз мастопатияси..



3.12 Расм Бемор Х нинг кольпоскопик тасвири

Бачадон бўйни цилиндрик, юзасида 1,0 x 0,8 см ли эрозияланган ўчоқ аниқланади. Тугалланмаган трансформация соҳасида 10 билан 3 оралигида йирик сўргичсимон эпителийнинг эктопияси 3% ли уксус синамаси ва Шиллер синамаси мусбат.

Бемор А. 31 ёш. Диагноз: Сурункали эндометрит, кўзиш даври. Эндоцервицит. ретенцион киста. Кольпит. Иккала СБларининг ФКМ.



3.13 Расм Бемор А. нинг кольпоскопик тасвири

- Бемор К. 30 ёш. Диагноз: Сур. Аднексит. Бачадон бўйни эрозияси. Овуле наботи. Йирингли кольпит. Чап СБнинг тугунли мастопатияси. Бачадон бўйни цилиндрик, юзасида ўлчами 2,0 x 2,0 см ли эрозия аниқланади. Бачадон бўғзи ёриқсимон. Призматик эпителийнинг эктопияси, соат 10 ва 2 соҳасида тугалланмаган зона трансформация. Бачадон бўйни цилиндрик, сўргичсимон эпителий билан қопланиб, наботи кистаси соат 9 да аниқланади. 3% ли уксус синамаси ва Шиллер синамаси мусбат.*



3.14 Расм Бемор К. нинг кольпоскопик тасвири

Демак, текширилаётган аёлларнинг аксарият қисмида кольпоскопик текширув орқали бачадон бўйни эрозияси, эндоцервицит, кольпит ва ретенцион кисталар аниқланди.

Гормонал текширув: Қондаги гормонлар миқдорини (ФСГ, ЛГ, тиреотроп, пролактин), эстрадиол, прогестерон, трийодтиронин, тироксин, кортизол) иммунофермент усули билан анализатор «УНИПЛАН» (Россия)дан фойдаланиб, махсус наборлар ёрдамида «EVROMEDIK» фирмасида текширув ўтказилди. Текширув учун қон 2 марта олиниб, бир ҲЦнинг эрталабки соат 8 - 9 ларда биринчи фазасида 10-14 кунлари, иккинчи фазада 21-23 кунларида текширув ўтказилди.

Текширув учун 34 нафар (асосий гуруҳ) гинекологик касалликлар билан мастопатияси бор аёллардан 5мл қон олиниб, ҲЦлига боғлиқ ҳолда текширилди. Аёлларнинг 18 нафарида (52,94%) ҲЦ овуляциясиз, 16 тасида - овуляцияли ҳайз цикли эканлиги (47,59%) текширувлар давомида аниқланди

Гинекологик касалликлари билан мастопатияси бор ҲЦ овуляцияли аёлларда, қуйидаги текширув натижалари олинди: биринчи фазада лютеинловчи гормон (ЛГ) юқори миқдорда бўлиши ($15,6 \pm 23,08$ мМЕ/мл).

Фолликуляр фазада эстрадиол ошган ($184,0 \pm 0,47$ пг/мл); лютеинловчи фазада пролактин миқдори (ЛФ) норманинг юқори чегараси ($19,2 \pm 1,76$ нг/мл), прогестероннинг фолликуляр фазада кўп миқдорда бўлиши ($9,06 \pm 2,56$ нмоль/л).

Текширилаётган аёлларнинг 18 нафарида ХЦ овуляциясиз цикл бўлиб, лютеинловчи фазада ЛГнинг миқдори бироз ошганлиги ($17,6 \pm 1,17$ мМЕ/мл); прогестерон етишмовчилиги ($5,3 \pm 1,5$ нмоль/л). Кортизол кўпайганлиги ($728 \pm 61,0$ нмоль/л); аниқланди (3.5 жадвал).

Демак, ХЦли овуляцияли бўлган аёлларда ЛГ кўп ишлаб чиқарилиши, гиперэстрогения, пролактиннинг бироз юқори миқдорда бўлиши, овуляциясиз ХЦли аёллар қонида гипоэстрогения, прогестерон етишмовчилиги, кортизол кўп миқдорда ишлаб чиқарилиши аҳамиятли.

ЖАЯК бўлган 20 нафар (59%) аёлларда ЛГ миқдорининг камайганлиги, гиперпролактинемия, кортизол, тестостерон, ТТГ миқдори ошиши аниқланди. Бачадон миомаси, эндометриоз бор аёлларнинг 14 нафари (41%)да, гиперэстрогения, гипопрогестеронемия, ФСГнинг камайиши кузатилди (3.4 Жадвал)

3.4 Жадвал

Гинекологик касалликлар билан мастопатияси бор аёлларнинг гормонал ҳолати

Гинекологик касалликлар	ЖАЯК n=20	Бачадон миомаси, эндометриоз n=14
ЛГ (мМЕ/мл)	$0,60 \pm 0,20$	$0,46 \pm 1,96$
ФСГ (мМЕ/мл)	$10,07 \pm 0,54$	$3,75 \pm 0,85$

Эстрадиол(пг/мл)	210,5±42,5	268,75±54,0
Прогестерон (нмоль/л)	5,3±2,6	4,8±0,3
Пролактин мМЕ/л	825±6,4	768±2,53
Кортизол (нмоль/л)	728±61,0	528,0±111,8
Тестостерон (нмоль/л)	8,2±0,21	9,1 ±0,22

3.5 Жадвал

Мастопатия билан ГК бўлган аёлларда қалқонсимон без гармонларининг миқдори.

Гинекологик касалликлар	N	Тиреотроп гормон (ммоль/л)	Трийодтирон ин(ng/ml (Т-4)	Тироксин (нмоль/л) (Т-4)
ЖАЯК	3	4,5±0,6	2,7=1,0	14,2±6,7
Бачадон миомаси эндометриоз	1	0,2±0,4	0,28±0,20	28,61±4,8

Ўтказилган текширувлар натижасида, гинекологик касалликларда мастопатияни келтириб чиқарувчи ва ривожлантирувчи гормонлар аниқланди.

3.3 Гинекологик касалликлар билан мастопатияси бор аёлларнинг сут безини текшириб ҳолатини баҳолаш.

Текширилаётган аёлларнинг барчасида сут безининг умумий текшируви ўтказилди. Умумий текширув ўз ичига қуйидагиларни олади: сут беzi ва маҳаллий лимфа тугунларини пайпаслаш, рентгенологик маммография, УТТ, онколог маммолог кўриги. Кўрсатма асосида сут безининг пункцияси ва цитологик текшируви олиб борилди.

Мастопатияси бор аёллар асосан ҳайздан олдин кўкракдаги оғриқ, таранглашиш, шишларнинг кўчайишига шикоят килиб, бу безовталиклар баъзан ҲЦнинг иккинчи фазаси урталарида бошланганлиги кўзатилди. Сут безининг палпацияси кўпинча оғриқли бўлиб асосан ташқи юқори квадратлар соҳасида битта ёки кўплаб зичлашишлар аниқланди. Бу зичлашиш жараёнига тери, тери ости ёғ қавати, сўрғич ва ариолалар соҳаси иштирок этмади.

Сут безининг УТТ ҳайз циклининг 4-9 кунгача бўлган вақт мобайнида ўтказилди. Текширув УТТ аппарати « EDAN DUS -6» (Хитой)дан, СБни ишлаш частотаси 7,0 мгцли датчикдан фойдаланиб амалга оширилди. Сут безини текшириш давомида унинг тузилиши, БТ ва эпителий нисбати, сўрғич йўллариининг ҳолати, киста, тугун бор – йўқлигини аниқлаш, лимфа тугунларининг ҳолатини баҳолашга аҳамият бердик. УТТ Самарқанд вилоят онкология диспансерида ўтказилди.

Сут безининг УТТ текшируви барча текширилаётган аёлларда ўтказилди. Кўкракдаги диффуз ўзгаришлар асосан биринчи гуруҳдаги аёлларнинг кўпчилигида кузатилиб, бир хил бўлмаган без туқимаси кестоз туқимаси билан алмашинадиган кўплаб зичлашишлар, шакли ноаниқ бўлган, эхоген зичлиги юқори сохаларнинг булиши характерлидир. Фиброз ўзгаришлар асосан бачадон миомаси, эндомитреоз, эндомитреоз гиперплазиясида кўпроқ учрайди. УТТ текшируви ёрдамида сут безидаги

кистоз ўзгаришлар аниқроқ ташхисланди. Киста юмалоқ шаклли бўлиб чегаралари аниқ тасвирланади. Кистоз ўзгаришлар асосан ЖАЯКда (34%), бироз камроқ бачадон миомасида (22%), эндометриозда (22%), эндометрий гиперплазиясида (22%) аниқланди (3.15 Расм).



3.15 Расм СБ даги кистоз ўзгаришлар

УТТ асосида тугунли ўзгаришлардан асосан фиброаденоама аниқланиб, эхогенлиги паст, бир хил текисликдаги эхо товушларга эга бўлган, контурлари аниқ ўсмалар - 62,5% бачадонда миомаси борлада, 37,5% - эндометрий гиперплазияси бор бўлган аёлларда кузатилди.

Демак, СБнинг ультратовушли текшируви мастопатияси бор аёлларнинг барчасида ўтказилиб, натижаси қуйидагича: бачадонда миомаси бор аёлларда, эндометриоз, эндометрий гиперплазияси борларда **фиброзли** ва **кистозли** ўзгаришлар кўпроқ учрайди, жинсий аъзоларнинг яллиғланиш касалликлари фонида, бачадон бўйни эрозиясида кўпинча **тугунли** ҳосилалар, **кистоз, фиброз - кистоз** ўзгаришлар СБда аниқланди.

Маммографик текширув ГК билан мастопатияси бор аёлларнинг ҳаммасида (50 нафар), назорат гуруҳидагилардан 15- нафарида ўтказилди.

Мастопатияси бор аёлларнинг рентгенологик маммографияси тасвири аралаш таркибли хусусиятга эга бўлиб, яъни бир тасвирда — фиброз, кистоз ёки тугунли ўзгаришлар аниқланди.

Кўпинча СБда фиброз ўзгаришлар устун туриб, контурлари аниқ, тортишмали соялар кўринишида намоён бўлди. Тортишмалар аниқ локализацияли ёки бутун СБ бўйлаб тарқалган эди. Асосан жуда кучли ривожланган ўзгаришлар бачадон миомасида (38,4%), эндометриозларда (23%), эндометрий гиперплазиясида (23%). ЖАЯКларида фиброз ўзгаришлар бирмунча камроқ (22%) кузатилди. Бу касалликлар гуруҳидаги аёлларда асосан маммограммада кистоз (39,3%) ва фиброз – кистоз (40.5%) ўзгаришлар устун туради. Кисталар юмалоқ ва овал шаклда бўлиб, сояланиш кузатилади. Агар киста суюқлик билан тўлган бўлса, ҳосила гомоген зичликда намоён бўлади, бундай ўзгаришлар асосан ЖАЯК бор аёлларда аниқланди. Назорат гуруҳидаги аёлларда бундай ўзгаришлар кузатилмади.

Без тўқимасининг гиперплазияси (аденоз) маммограммада куйидагича кўринди: бир хил бўлмаган ногомоген (гиперплазия кучли ривожланган бўлса гомоген) зичланишли, чегараси ноаниқ, баъзан аниқ, нотўғри шаклдаги, бир хил бўлмаган майда ўчоқли сояланишлардан иборат. Тугунлар кўпинча СБнинг юқори ташқи квадрант соҳасида, баъзан ареолалар атрофида аниқланди. Кўкракдаги тугунли ўзгаришлар асосан ЖАЯК 5 нафарида (62,5%) ва эндометрий гиперплазиясида 3 нафар (37.5%) аёлда кузатилди (3.16 Расм).



3.16 Расм Кўкракдаги тугунли ўзгаришлар

Шундай қилиб, маммография қилинган аёллардан, бачадон миомаси, эндомириозда, эндо метрий гиперплазиясида аралаш турдаги СБда ўзгаришлар бўлиб, фиброз ва без тўқимасининг устунлиги билан намоён бўлди. Жинсий аъзоларнинг яллиғланиш касалликлари бор аёлларда кистоз ёки фиброз-кистоз тўқиманинг устунлиги характерли бўлиб, ҳар учинчи аёлда СБда тугунли ўзгариш аниқланди(3.6 жадвал).

Гинекологик касалликлари билан мастопатияси бор аёлларда СБ касалликларининг учраши.

Мастопатия	n=50		Текширилаётган гуруҳлар							
			Бачадон миомаси n=12		Эндометриоз n=5		Жинсий аъзоларнинг яллиғланиш касалликлар		Эндометрия гипер- плазияси n=14	
	Абс,	%	Абс. ■	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.^	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Фиброз-кистоз мастопатия	15	30	5	41,6	0		6	31,5	4	28,5
Фиброз мастопатия	13	26	5	41,6	3	60	2	10,5	3	21,4
Кистоз мастопатия	9	18	2	16,7	2	40	3	15,7	2	14,2
Тугунли мастопатия	8	16	0	0	0		5	26,3	3	21,4
Фиброаденома	5	10	0	0	0		3	15,7	2	14,2
Жами	50	100	12	100	5	100	19	100	14	. 100

Текширилаётган барча аёллар вилоят онкология диспансерида маммолог кўригидан ўтишди. Кўрсатма билан 50 нафар(66,6%) аёллардан СБ пункция қилиниб, пункционная биопсия ўтказилди. 5 нафар (6,66%) аёлда СБнинг секториал резекцияси қилиниб, гистологик текширувга юборилди.

Олинган пунктуантларнинг цитологик текширув натижаси қуйидагича: 13 нафар аёлларда кубсимон эпителий пролиферацияси, 22 нафарида ёғ тўқимали фиброз тузилмалар, 15 нафар аёлларда кистоз суюқлик аниқланди. Олинган материалларнинг гистологик текшируви ўтказилиб,булардан 1 нафарида (20%), йўлакчалар эпителийси пролиферацияси, 2 нафарида (40%) бўлакчалар эпителийсининг пролиферацияси, 2 тасида (40%) фиброаденома аниқланди.

Операциядан кейинги даврда барча касаллар Самарқанд вилоят Онкология диспансерида назоратга олиниб, ҳар 3 ойда бир марта Маммолог кўригига келиш тавсия этилиб назорат қилинди.

Гинекологик касалликлар билан мастопатияси бор аёллар анамнезидан асосан, кўкракда оғриққа (масгалгия) шикоят қилиши кузатилди. Ҳайз олди синдроми (ҲОС) асосий гуруҳдан – 28 кишида (56%); 2-гуруҳдан - 11кишида (44%); аниқланди. Текширилаётган аёлларнинг асосий қисмида ҲОСнинг аралаш шакли яъни, масталгия, психологик ноқулайлик, бош оғриғи безовта қилади. Асосий ва назорат гуруҳидаги аёлларда ҲОС шакллари деярли бир хил намоён бўлди. Асосан СБда оғриқ, таранглашиш, оғирлик ҳиссининг бўлиши бачадонда миомаси бор (40%), эндометриозларда (33,3%), ЖАЯК бор аёлларда (27,7%) учради.

Ҳайз олди синдромининг аралаш шакли бачадонда миомаси бор аёлларда (42%), ЖАЯК борларда (35.7%), эндометриозда (21.4%) кузатилди.

Ҳайз олди синдромининг аралаш шакли бошқа гинекологик касалликларга караганда бачадонда миомаси бор аёлларда кўпроқ аниқланди(3.7 Жадвал).

3.7 Жадвал

Мастопатияси бор аёлларда ҳайз олди синдромининг клиник шакллари учраши.

Гуруҳлар	№=28	Цефалгик		Нейропси-хик		Масталгия		Аралаш	
			%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Бачадон миомаси	12	0	0	2	66,6	4	44.4	6	42
эндометриоз	5	0		0		2	22.2	3	21.4
ЖАЯК	11	2	100	1	33.3	3	33.3	5	35.7
Жами	28	2	100	3	100	9	100	14	100

Шундай қилиб, ҳайз олди синдромининг аралаш шакли мастопатияси бор аёлларда энг кўп учрайдиган тури эканлиги аниқланди.

Демак, ГК билан мастопатияси бор аёлларнинг СБнинг текшируви натижалари куйидагича тавсифланди. Ультратовушли текшируви натижаси: бачадон миомаси, эндометриоз, эндометрий гиперплазияси бор аёлларда **фиброзли** ва **кистозли** ўзгаришлар кўпроқ учради, жинсий аъзоларнинг яллиғланиш касалликлари фонида, бачадон бўйни эрозиясида кўпинча **туғунли** ҳосилалар, **кистоз**, **фиброз** - **кистоз** ўзгаришлар СБда аниқланди. Маммография қилинган аёллардан, бачадон миомаси, эндометриозда, эндометрий гиперплазиясида аралаш турдаги СБда ўзгаришлар бўлиб,

фиброз ва без тўқимасининг устунлиги билан намоён бўлди. Жинсий аъзоларнинг яллиғланиш касалликлари бор аёлларда кистоз ёки фиброз-кистоз тўқиманинг устунлиги характерли бўлиб, ҳар учинчи аёлда СБда тугунли ўзгариш кузатилади.

Тугунлар кўпинча СБнинг юқори ташқи квадрант соҳасида, баъзан ареолалар атрофида аниқланиб, кўкракдаги тугунли ўзгаришлар асосан ЖАЯК (62,5%) ва эндометрий гиперплазиясида (37.5%) учради.

Олинган пунктуантларнинг цитологик текширув натижаси қуйидагича: 13 нафар аёлларда кубсимон эпителий пролиферацияси, 22 нафарида ёғ тўқимали фиброз тузилмалар, 15 нафар аёлларда кистоз суюқлик.

Гистологик текшируви ўтказилиб, булардан 1 нафарида (20%), йўлакчалар эпителийси пролиферацияси, 2 нафарида (40%) бўлакчалар эпителийсининг пролиферацияси, 2 тасида (40%) фиброаденома аниқланди.

Асосан СБда оғриқ, таранглашиш, оғирлик ҳиссининг бўлиши бачадонда миомаси бор (40%), эндометриозларда (33,3%), ЖАЯК бор аёлларда (27,7%) учради.

Ҳайз олди синдромининг аралаш шакли бачадонда миомаси бор аёлларда (42%), ЖАЯК борларда (35.7%), эндометриозда (21.4%) кузатилди. Аралаш шакли бошқа гинекологик касалликларга қараганда бачадонда миомаси бор аёлларда кўпроқ аниқланди.

Хулоса қилиб айтганда, гинекологик касалликлардан асосан ҳайз олди синдромида, жинсий аъзоларнинг яллиғланиш касалликларида, бачадон миомаси ва эндометриозларда сут безида кўплаб ўзгаришлар кузатилади. Бу касалликлар билан аёлларни назоратга олиб, ўз вақтида даволаш аёлларнинг соғломлик кўрсаткичини яхшилашда самаралидир.

ХОТИМА

Текширув натижаларига кўра мастопатия кўпроқ гинекологик касалликлари бор аёлларда асосан 35 ёшларда ва ундан катталарда (44%) кузатилди яъни адабиётлардаги маълумотлар- 35-44 ёшлиларда (34,9%) учраши билан мос келади[11,13,38]. Аёлларнинг асосий қисми шаҳар аҳолиси ҳисобланиб, кўпчилиги ўрта маълумотга эга. Сут беги касалликлари келиб чиқишида, касбий омиллар ҳам аҳамиятга эга бўлиб, жисмоний ва эмоционал зўриқиш билан ишлаш, тунги навбатчиликлар, юқори даражада маъсулиятни талаб этадиган иш вақтлар, кучли ақлий зўриқишлар, кимёвий воситалар билан алоқада бўлиш текширилаётган аёлларнинг аксарият қисмида кузатилди.

Гинекологик касалликлар билан мастопатияси бор аёлларда кўпроқ эрта менархия, узоқ муддат ҳайз келиши ва альгодисменорея кузатилади. Бир катор муаллифларнинг фикри, эрта ХЦ бошланиши (12 ёшгача) мастопатия ривожлантирувчи асосий омиллардан биридир деб ҳисоблайди[11,19,25,28,55]. Горюшина О.Г. (2000 й) мастопатия келиб чиқишида нафакат эрта ХЦ бошланганлиги, балки кеч ХЦ (16 ёшдан кейин) бошланиши ҳам аҳамиятли деб таъкидлайди. СБ дисгормонал гиперплазиясининг ривожланиш даражаси ХЦ хусусиятларига боғликлиги ўз ифодасини топди.

Текширилаётган аёлларнинг жинсий функциясини таҳлил қилиш натижасида, ГК билан мастопатияси бор аёлларда қуйидаги ўзига хос кўрсаткичлар намоён бўлди:

- Жинсий ҳаёт 18-26 ёшларда ва ундан сўнг бошлаганлиги;
- Жинсий қониқиш ва майлнинг бузилганлиги;
- Қоникарсиз жинсий ҳаёт

Текширувларимиз В. Andersen (2005) нинг жинсий фаолият тўғрисидаги маълумотларни тасдиқлайди [67].

ГК билан мастопатия бор аёллар контрацепция воситаларидан фойдаланиш тартиби қуйидача: БИВ (1-ўрин), механик воситалар (2-ўрин), тугалланмаган жинсий алоқа (3- ўрин) и орал контрацептив воситалар (4-ўрин), ГК бор лекин мастопатия йўқ аёлларда: орал ҳомиладорликка қарши воситалар (1-ўринни), БИВ (2-ўринни), механик воситалар (3- ўринни), тугалланмаган жинсий алоқа (4-ўринни) эгаллади.

БИВ куллаганда мастопатия ривожланишида КЧБАларининг яллигланиш касалликларининг кучайиши билан боғлиқ бўлиб, тухумдонларнинг гормон ишлаб чиқариш функциясининг бузилиши мастопатия ривожланишига туртки бўлади [11,12,31,58].

Аёлларнинг репродуктив тизимида СБ алохида уринни эгаллайди.Шунинг учун репродуктив тизимга таъсир киладиган ҳар қандай салбий таъсир СБда турли хил паталогик узгаришлар келиб чиқишига бевосита сабаб бўлади Гипоталамо-гипофизар-тухумдон бошқаруви тизими асосида СБдаги физиологик узгаришлар репродуктив тизимдаги циклик жараёнлар билан узвий боғлиқдир[17,21,24,40]. Шунга мувофиқ турли хил гинекологик касалликларда СБда паталогик узгаришлар юқори даражада учрайди. Муаллифларнинг фикрига қура, КЧБА касалликлари билан СБ касалликлари 76%-97,6%гача биргаликда келади[31,36,41]. ГК билан мастопатияси бор аёлларнинг туғиш функцияси таҳлил қилиниб, қуйидаги ўзига хосликлар аниқланди:

- аборт, биринчи ҳомиладор оқибати сифатида;
- бир тугруққа 2 та аборт тўғри келади;
- ҳомиладорликни узишни юқори даражада учраш;
- анамнезида туғруқ йўқлиги;

туғруқдан кейинги лактация йўқлиги

сунгги йилларда тугилиш даражаси пасайиб бормокда, бу аҳолининг репродуктив саломатлигини яхшилаш,соғлом бола курсаткичини

купайтириш мақсадида амалга оширилаётган ҳаракатлар натижаси сифатида намоён бўлмоқда, лекин бу уз навбатида СБ касалликларини купайтирувчи сабаблардан бири бўлиб ҳам хизмат қилиши мумкин. Тугилиш даражаси турли хил бўлган минтакаларда аёллар касалликлари урганилганда, тугилиш даражаси паст бўлган ҳудудларда бачадоннинг гармонал касалликлари ва мастопатия куп учраши аниқланади. Тугруқнинг йуклиги ёки 35 ёшдан кейинги тугруқлар мастопатия ривожлантирувчи омиллардан бири. 25 ёшгача 2та тукканлар, 1та боласи борларга нисбатан 2 марта камроқ СБ касалликлари билан касалланади. 20 ёшгача хомиладор бўлиб, тугиш ҳам мастопатияга олиб келувчи сабаблардан бири ҳисобланади. Тугруқдан кейинги лактация даври ҳам СБ ҳолатига таъсир қилади. Гипогаляктия ёки лактация йуклиги, лактация даври қиска бўлиши (1 ойдан кам), узок бўлиши (1,5 йилдан куп) ҳолатларида ҳам Сут беzi касалликлари юзага келади[9,25,28,37].

Хомиладорликни 1 ёки 2-триместрида узиш СБда паталогик узғаришларни ривожлантиради. Агар аёл анамнезида 3 ёки ундан куп аборт бўлган бўлса, аборт утказмаган аёлларга нисбатан уларда мастопатия 7.2 марта куп учрайди. Сунъий хомиладорликни узганда, СБда пролифератив жараёнлар тухтаб, гиперплазияланган без туқимаси тесқари ривожланиб, қисман ёғ ва БТ уларнинг урнини эгаллайди, унинг гидрофиллиги ва васкулиразация қамаяди. СБдаги регрессив жараёнлар ҳам бир текисда бир хил кечмайди, улар СБда диффуз ёки тугунли узғаришларни ривожланишига хизмат қилади.(5). Хомиладорликни сунъий узиш қанча эрта муддатда амалга оширилса, гормонлар таъсирида шунча куп СБда паталогик узғаришлар ривожланиб, без туқимасининг гиперплазиясига олиб келади[1,25,44,77].

Ноқулай турмуш шароити (оилавий ҳолатидан қоникмаслик, жамиятда ва ишдаги қелишмовчиликлар, рухий зуриқишлар, жинсий ҳаётдан қоникмаслик, эрта турмушдан ажралганлик, турмуш уртоғи узок вақт бирга яшамаслиги, яъни номунтазам жинсий ҳаёт ҳам мастопатия қелиб

чикишида муҳим урин эгаллайди. Текширилаётган аёлларда турли хил ГК аниқланди. Асосан бу касалликлар орасидан ҳайз олди синдроми (ХОС) кўп учраши 39 нафар (52%) аёлда етакчи ҳисобланади. Кейинги ўринларда бачадон бўйни эрозияси 34 нафар (45,3%) аёлда, ЖАЯК – 22та аёлда (29,3%) , 12 нафар аёлда (16%) бачадон миомаси, эндометрийнинг гиперплазияси 14 та аёлда (18,6%)ида, бепуштлиқ текширилувчиларнинг 10 нафариди (13,4%) аниқланди.Шу билан бирга Эндометриоз 5та аёлда (6,9%), тухумдонлар кистаси 15 нафар (20%) аёлларда ушбу ГК борлиги кузатилди, гинекологик касалликлар яъни ЖАЯК,хайз циклининг бузилиши,тухумдон усмаси,бачадон миомаси,эндометриозлар мастопатия ривожланишига тугридан-тугри таъсир қилиб,буларнинг асосида асосан гармонал бузилишлар ётади [1,2,23,34,47,56]. Экстрагенитал касалликлари 90% текширилувчиларда борлиги аниқланди. Бу касалликлар орасида энг кўп тарқалгани анемия – у 42 нафар (56%) аёлларда, кейинги ўринларда ОИТ касалликлари– (сурункали гастрит, сурункали колит, ичаклар дисбактериози) – 8 та аёлда (10,6%), Сийдик ажратиш тизимидаги касалликлар 4 нафар (5.3%) аёлда, қалқонсимон без касалликлари 10 тасида (13.3%) ,ҚД 2 нафар аёлда (2.6%). Юқори нафас йўллари касалликлари 6 нафар (8%) текширилувчида. Текширилувчиларнинг 20%ида экстрагенитал касалликларнинг биргаликда келганлиги кузатилади.Экстрагенитал касалликлар ҳам мастопатия келиб чиқишида муҳим роль уйнайди. Жигар ва ут йуллари патологик жараёнлари,сурункали колит, артериал гипертензия касалликлари ахамиятли бўлиб, бу касалликлар натижасида эстрогенларнинг утилизацияси сусайиб, сурункали гиперэстрогения юзага келиб, ўз навбатида мастопатияни ривожлантиради [1,5,7,10,28,29,46].

СБнинг ультратовушли текшируви мастопатияси бор аёлларнинг барчасида ўтказилиб, натижаси қуйидагича: бачадонда миомаси бор аёлларда,эндометриоз, эндометрий гиперплазияси борларда **фиброзли** ва

кистозли ўзгаришлар кўпроқ учрайди, жинсий аъзоларнинг яллиғланиш касалликлари фонида, бачадон бўйни эрозиясида кўпинча **тугунли** ҳосилалар, **кистоз, фиброз - кистоз** ўзгаришлар СБда аниқланади.

Маммография қилинган аёллардан, бачадон миомаси, эндометриозда, эндометрий гиперплазиясида аралаш турдаги СБда ўзгаришлар бўлиб, фиброз ва без тўқимасининг устунлиги билан намоён бўлди. Жинсий аъзоларнинг яллиғланиш касалликлари бор аёлларда кистоз ёки фиброз-кистоз тўқиманинг устунлиги характерли бўлиб, ҳар учинчи аёлда СБда туғунли ўзгариш кузатилади. Текширув натижалари Бурец И.В. (2001) маълумотларини тасдиқлайди [28]. Туғунлар кўпинча СБнинг юқори ташқи квадрант соҳасида, баъзан ареолалар атрофида аниқланиб, кўкракдаги туғунли ўзгаришлар асосан ЖАЯК (62,5%) ва эндометрий гиперплазиясида (37.5%) учради. Олинган пунктуантларнинг цитологик текширув натижаси қуйидагича: 13 нафар аёлларда кубсимон эпителий пролиферацияси, 22 нафарида ёғ тўқимали фиброз тузилмалар, 15 нафар аёлларда кистоз суюқлик. Гистологик текшируви ўтказилиб, булардан 1 нафарида (20%), йўлакчалар эпителийси пролиферацияси, 2 нафарида (40%) бўлакчалар эпителийсининг пролиферацияси, 2 тасида (40%) фиброаденома аниқланди. Асосан СБда оғриқ, таранглашиш, оғирлик ҳиссининг бўлиши бачадонда миомаси бор (40%), эндометриозларда (33,3%), ЖАЯК бор аёлларда (27,7%) учради. Ҳайз олди синдромининг аралаш шакли бачадонда миомаси бор аёлларда (42%), ЖАЯК борларда (35.7%), эндометриозда (21.4%) кузатилди. Аралаш шакли бошқа гинекологик касалликларга қараганда бачадонда миомаси бор аёлларда кўпроқ аниқланди.

Демак, ҲОС гинекологик касалликлар мастопатияси бор аёлларда кўп учраши Plu-Bureau G. (2002) циклик масталгия СБнинг эстрогенларга таъсирини оширади деган фикрини ифодалайди. [63].

ҲЦли овуляцияли бўлган аёлларда ЛГ кўп ишлаб чиқарилиши, гиперэстрогения, пролактиннинг бироз юқори миқдорда бўлиши, овуляциясиз ҲЦли аёллар қонида гипоестрогения, прогестерон етишмовчилиги, кортизол кўп миқдорда ишлаб чиқарилиши аҳамиятли.

ЖАЯК бўлган 20 нафар (59%) аёлларда ЛГ миқдорининг камайганлиги, гиперпролактинемия, кортизол, тестостерон, ТТГ миқдори ошиши аниқланди. Бачадон миомаси, эндометриоз бор аёлларнинг 14 нафари (41%) да, гиперэстрогения, гипопрогестеронемия, ФСГнинг камайиши кузатилди. Эстрогенлар орасидан асосан эстрадиол СБга купрок таъсир қилади. Унинг концентрацияси қон плазмасидан кура СБ туқимасида 20 марта купрокдир. Эстрадиол – сут безининг йулларини ривожлантириб, таксимланишини кучайтиради, ацинусларни шакллантириб, эпителийнинг митотик активлигини оширади. БТнинг гидратациясини ошириб, васкуляризациясини кучайтиради [12,15,17,21,28,29,83,92].

Хулоса

1. Гинекологик касалликлари бор аёлларда мастопатияни эрта ташхислаш ва прогнозлаш учун асосий ГК гуруҳи аниқланди. Асосан бу касалликлар орасидан ҳайз олди синдроми (ХОС) кўп учраши 39 нафар (52%) аёлда етакчи ҳисобланади. Кейинги ўринларда бачадон бўйни эрозияси 34 нафар (45,3%) аёлда, ЖАЯК – 22та аёлда (29,3%), тухумдонлар кистаси 15 нафар (20%), эндометрийнинг гиперплазияси 14 та аёлда (18,6%)ида, 12 нафар аёлда (16%) бачадон миомаси, бепуштлиқ текширилувчиларнинг 10 нафариди (13,4%), эндометриоз 5та аёлда (6,9%), аниқланди.

2. Гинекологик касалликлари бор аёлларда мастопатияни келтириб чиқарувчи ва ривожлантирувчи асосий гормонал мезонлар ўрганилди. ЖАЯК бўлган аёлларда ЛГ миқдорининг камайганлиги, гиперпролактинемия, кортизол, тестостерон, ТТГ миқдори ошиши аниқланди. Бачадон миомаси, эндометриоз бор аёлларда гиперэстрогения, гипопрогестеронемия, ФСГнинг камайиши кузатилди.

3. Олинган текширув натижаларига асосланиб, хавф омилларини баллиқ баҳолаш шкаласи ишлаб чиқилиб, гинекологик касалликлари бор аёлларда мастопатияни эрта ташхислаш, текшириш ва даволаш алгоритми амалиётга тавсия этилди.

Амалий тавсиялар.

1. Гинекологик касалликлари бор аёлларда мастопатияни эрта ташхислаш ва прогнозлаш учун ишлаб чиқилган “хавф омилларини баллик баҳолаш шкаласи”дан фойдаланиб, аёлларни назоратга олиш.

2.Текширув натижаларига асосланиб жорий этилган аёлларда мастопатияни эрта ташхислаш , текшириш ва даволаш алгоритмини Самарқанд вилоятидаги барча туғруқ мажмуалари, поликлиникалари гинекология бўлимларида, вилоят онкология диспансерида амалиётда фойдаланишларини тавсия этамиз.

3. Куйида келтирилган алгоритмдан сут беи касалликларини вақтида даволаш ва кўкрак саратонини олдини олиш, аёлларнинг репродуктив ва соматик соғломлигини яхшилаш учун самарали қўлланмалардан бири сифатида фойдаланиш мақсадга мувофиқдир.

СУТ БЕЗИ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ ДИАГНОСТИК АЛГОРИТМИ.

Биз ўз текширувимиз олдига қўйилган асосий мақсадимиз ва вазифаларни ҳал қилиш учун илмий ишимиз натижаларига асосланган ҳолда, хавф омилларини патогенетик аҳамиятини ўрганиб, қуйидаги алгоритмни ишлаб чиқдик.

Мастопатияни келтириб чиқарувчи ва ривожлантирувчи прогностик омиллар асосида “хавф омилларини баллик баҳолаш шкаласи” тақдим этилади.

Гинекологик касалликлар фонида мастопатияни келтириб чиқарувчи ва ривожлантирувчи хавф омилларининг баллик баҳолаш шкаласи

Омилнинг номи	Баллик баҳолаш
1	2
А. Умумий анамнез.	
1. Социал-экономик ҳолати:	
• ўрта маълумотли	3
• олий	2
* ажрашган	2
* қайта турмуш қурган	1
• турмушга чиқмаган	2
• талаба	1
• ишчи	2
• хизматчи	3
• қониқарсиз уйда яшайдиган	1
* қониқарсиз овқатланиш	2

2. Ёш:	
• 19 ёшгача	0
• 20-29 ёш	2
• 30-39 ёш	1
• 40-49 ёш	3
3. Зарарли одатлар:	
• чекиш	2
* спиртли ичимликлар ичиш	1
4. Кундалик зўриқишлар:	
• компьютерда ишлаш	1
* химик воситалар билан алоқада бўлиши	1
• мажбурий ҳолат	1
* жисмоний зўриқиш	2
• ақлий зўриқиш	3
• асабийлашиш	3
• елвизак	2
• биринчи туғруқ:	
- 20 ёшгача	1
- 26-60 ёш	2
- 31 ёш ва ундан катта	2
• биринчи ҳомиладорлик мед. аборт	1
• уч ва ундан кўп аборт	2
• туғруқ йўқ	1
• анамнезида 1 та туғруқ	2
• лактация йўқлиги	1
* қисқа муддат кўкрак билан эмизиш (1-6 ой)	1
• узоқ муддат (1,5 йилдан кўп)	2
6. Туғруқдан кейинги инфекциялар;	
• мастит	1
* СБнинг жароҳати	2

7. контрацепция усуллари:	
• сақланмайди	1
* Тугалланмаган ЖА	1
• БИВ	2
8. Гинекологик касалликлар:	
• Ҳайз олди синдроми	3
• Бачадон миомаси	2
• эндометриоз	1
• эрозия	2
• лейкоплакия	1
• эндометрит, сальпингоофорит	2
• эндометрий гиперпластик жараёнлари	1
• Тухумдон кисталари	1
* бепуштлик	1
• галакторея	1
1.Экстрагенитал касалликлар:	
• Эндокрин касалликлар	2
• анемия	1
• Овқат ҳазм қилиш тизими	2
• сийдик ажратиш тизими касалликлари	1
2.Уйқуси:	
• ваҳимали	1
Оғирлашган онкологик анамнез	
• яқинларида кўкрак саратони бор	1
• Бачадон раки бор	1
• бачадон бўйни раки	1

Мастопатия ривожланиш хавфи:

Ривожланиш эҳтимоли камроқ: 1-32 балли

Ўртача ривожланиш хавфи : 33-65 балли

Ривожланиш хавфи кўп: 66-90 баллик

Аёлларнинг диспансер назоратини ташкиллаштириш.

Бу диспансер назорати орқали аёлларни эрта рўйхатга олиш, соматик ва репродуктив саломатлигини яхшилашда муҳим аҳамият касб этади .Бунинг учун биз хавф гуруҳидаги аёлларни эрта аниқлаб, назоратга олиш учун маммологик текшириш ва даволаш алгоритмининг, босқичли қулай усулини тақдим этамиз.

1 босқичда: Аналитик босқич.

Аёллар маслаҳатхонасининг врачлари аёлларни, уларнинг анамнестик маълумотлари,шикоятлари ва кўрик натижаларига асосланиб, 3 уруҳга ажратилади.

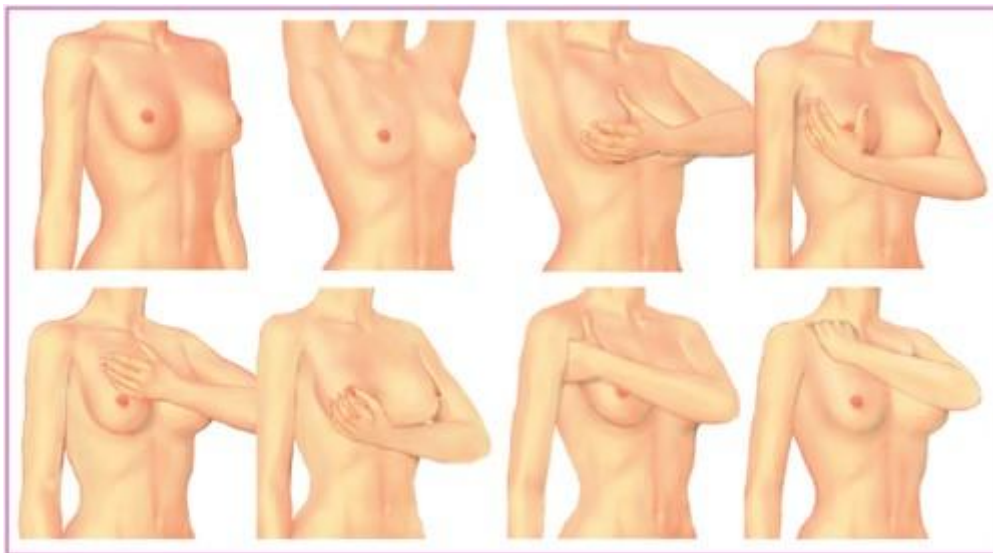
I- соғломлик гуруҳи, гинекологик касалликлари бўлмаган,мастопатия ривожланиш хавфи кам бўлганлар;

II- хавф гуруҳи, бу гуруҳдагиларда анамнезида бирор бир ГК бор аёллар;

III – хавф гуруҳи ГК билан мастопатияси бор аёллар.

Соғломлик гуруҳидаги аёлларда профилактик кўрик 1 йилда 2 марта Акушер - гинеколог томонидан ўтказилади.Шу билан бирга аёлга шахсий гигиена қоидаларига ,овқатланиш режимига , жинсий ҳаётига эътибор бериб, соғлом турмуш тарзи шакллантириш тўғрисида суҳбат ўтказилади.

Аёлларга ҳар ой ҲЦдан сўнг ўзини текшириш яъни кўкракларини пайпаслаш, УТТ 2 йилда 1 марта ўтказиш тавсия этилади.



Расм. Ўз ўзини текшириш

II- гуруҳдагиларнинг гинекологик касалликлари даволаниб, репродуктив саломатлиги тикланади. Бу гуруҳдага аёлларга 1 йилда 2 марта гинеколог ва маммолог кўриги, ҳар ой ҳайздан сўнг (7-9 кунлар) ўзини текшириш яъни кўкракларини пайпаслаш, бачадон ва унинг ортиқлари, сут безининг УТТ 2 йилда 1 марта ўтказиш тавсия этилади.

III- гуруҳдаги гинекологик касалликлар билан мастопатияси бор аёлларда қуйидаги босқичлар ёрдамида текшириш ва даволаш ишлари олиб борилади.

Иккинчи босқич - Ташхисни такомиллатириш.

Маммологик текширув ўз ичига қуйидагиларни олади: СБни пайпаслаш, СБ УТТ, маммография текширувлари ўтказилиб, ташхис аниқлаштирилади (кўрсатма билан: тугун, киста, фиброаденома, ракка гумон қилинганда). Бу текширувлар барча гинекологик касалликлари бор аёллар учун тавсия этилади.

Учинчи босқич –Қўшимча текширув усуллари.

Сут безида тугунли ўзгаришлар бўлса, диагностик пункция қилиниб, цитологик ва гистологик текширув ўтказилади..

Гинекологик текширувлардан қуйидагилар амалга оширилади:

-гистероскопия, бачадон бўшлиғини қириш ва уни гистологик текшируви

- Кольпоскопия: бачадон бўйни ҳолатини тешириб, рак олди ҳолати ва рақни эрта ташхислаш.

- Гормонал текширувлар: қондаги эстроген, прогестерон, ЛГ, кортизол, пролактин,тестостерон,ТТГ, тироксин.

Экстрагенитал касаллилар аниқланганда мутахассислар кўриги албатта ўтказилиши шарт.

Тўртинчи босқич - Даволаш усулини танлаш: консерватив ёки жарроҳлик.

Консерватив даво – асосан сут безининг диффуз фиброз - кистоз мастопатиясида ўтказилади. Мастопатиянинг тугунли шаклида, СБда кальцификатлар бўлганда, пролифератив ўзгаришлар бўлса онколог кўриги ва кўкракнинг пункцион биопсияси хулосасига кўра консерватив давони ўтказиш мумкин.

Жарроҳлик усули билан даволаш мастопатиянинг тугунли ,кистоз шаклларида, фиброаденомада қўлланилиб, секториал резекция амалга оширилади. Киста диаметри 20ммдан кичик бўлса, консерватив давога кўрсатма ҳисобланади.

СБ репродуктив тизимнинг бир қисми бўлгани учун, уни даволашда албатта гинекологик касалликларни даволаш лозим. Экстрагенитал касалликларда терапевт кўриги; қалқонсимон без касалликларида, ҚДда, семизликлари бор аёлларда эндокринолог кўриги; рухий зўриқиши бор, тез асабийлашадиганлар психоневропатолог кўригидан ўтказиш мақсадга мувофиқдир.

Бешинчи босқич- диспансер назорати.

Диспансер кузатуви асосан гинекологик касалликлари бор аёлларда мастопатиянинг кистоз, тугунли, кистоз - фиброз шаклларида, сут безининг фиброаденомасида назоратга олиниб, даврий равишда текширилиб назорат қилинади.

1. Мастопатияси бор аёллар диспансер назоратда гинеколог кўриги йилда 2 марта, операциядан сўнг 1-йили, 1 йилда 4 марта, 2-йил бир йилда 2 марта ўтказиш.

2. Сут безининг УТТ ва маммография 1 йилда 2 марта.

Фойдаланилган адабиётлар.

1. Антипов М.С., Костенко Т.И. Фиброзно-кистозная мастопатия.// Журнал практического врач акушер- гинеколога 2003 №1. 3-6-бет.
2. Антонова А.В., Титченко Л.И., Габуня М.С. Ультразвуковая характеристика доброкачественных изменений молочных желез у гинекологических больных. Акушерство и гинекология. 2006 №6
3. Беспалов В.Г. Лечебно-профилактические препараты из морских водорослей. СПб.: Изд во Политехн. ун та, 2005. - 160 бет.
4. Беспалов В.Г., Бараш Н.Ю., Иванова О.А., и др. Изучение лекарственного препарата "Мамоклам" для лечения больных с фибroadеноматозом молочных желез // Вопр. онкол. - 2005. - Т. 51, № 2. 241-246 бет.
5. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. - СПб.: ООО "Издательство Фолиант", 2002. 476-489 бет.
6. Бубликов И.Д., Куликов Е.Л., Варенов Б.М. Гормональный статус у больных мастопатией. // Вопросы онкологии. - 2000. - Том, 46, №2.72-бет.
7. Бурдина Л.М. Диагностика и лечение доброкачественных изменений молочных желез.// Терапевтический архив, - 1998. - Т.70. №10.37-43-бетлар.
8. Волков Н.А. Патология лактации и мастопатия. — Новосибирск. - 2006.20- бет.
9. Волченко Н.Н., Славнова Е.Н., Гладунова З.Д. и др. Цитоморфологическая характеристика дисплазий молочной железы // Рос. онкол. журн. - 2006. - № 1 21-24-бет.
10. Волобуев А.И., Синицын А.И., Малышева В.А., Руднева Т.В., Козаченко А.В., Руднев СВ. Результаты обследования женщин с сочетанными доброкачественными гиперпластическими процессами молочных желез и половых органов. // Акушерство и гинекология, - 2008. -№5.27-30-бет.

11. Высоцкая И.В., Летягин В.П., Ким Е.А. Дисгормональные дисплазии молочных желез // Маммология. - 2006. - № 2. 9-12-бет.
12. Высоцкая И.В., Кушлинский Н.Е., Погодина Е.М. и др. Семинар по клинической маммологии / Под ред. М.И. Давыдова, В.П. Летягина. - М.: АБВ пресс, 2006. 4-29 бет.
13. Габуния М.С., Братик А.В., Мишиева О.Л. Состояние молочных желез у больных с генитальным эндометриозом и миомой матки при лечении антагонистами гонадотропинов. // Вестник Российской ассоциации акушеров и гинекологов. - 2009.- №3, 76-79-б.
14. Горюшина О.Г. Мастопатия. Под редакцией В.Ф. Семиглазова. СПб.: Карэ, 2009. 109-бет.
15. Гурьева В.А. Фиброзно-кистозная болезнь (патогенез, классификация, диагностика, лечение). - Барнаул, 2000. - 212 б.
16. Демидов В.Н., Зыкин Б.И. Ультразвуковая диагностика в гинекологии. 2009. 74-бет
17. Зотов А.С., Белик Е.О. Мастопатии и рак молочной железы. - М.: МЕДпресс-информ, 2005. - 112 бет.
18. Иванов В.Г. Эпидемиологические факторы риска, ранняя диагностика рака молочной железы // Практическая онкология. - 2002. - Т. 3, № 1. 1-5-бет.
19. Ильин А.Б., Бескровный С.В. Молочная железа орган репродуктивной системы женщины. Журнал Акушерства и женских болезней. 2000. Т. XIX, вып. 2. 51-53-бет.
20. Камышников В.С. Клинические лабораторные тесты от А до Я и их диагностические профили: Справочное пособие. - М.: МЕДпресс-информ, 2005. 320-бет.
21. Кириллов В.С. Патогенетический подход к лечению различных вариантов мастопатии // Лечащий врач. - 2005. - № 1. 69-71-б.

22. Коган И.Ю., Полянин А.А., Мясникова М.О. и др. Мастопатия (фиброзно-кистозная болезнь): диагностические подходы // Журнал акуш.жен.болезней.-2004.-Т.№2.60-65-б.
23. Корженкова Г.П. Комплексная рентгено-сонографическая диагностика заболеваний молочной железы: Атлас. М.,2004.45-47-б.
24. Краснопольский В.И., Серова О.Ф., Туманова В.А., Зароченцева Н.В. Современный подход к лечению дисменореи // Рос. вестн. акуш. гин. - 2004.Т.4,№6.77-80-бет..
25. Кулаков В.И., Волобуев А.И., Сеницын В.А. и др. Тактика ведения больных с сочетанными доброкачественными гиперплазиями молочных желез и женских половых органов // Маммолог. - 2005. - №3. 4-7-бет.
26. Кулаков В.И. Практическая гинекология // В.И.Кулаков, В.Н. Прилепская.-М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 735-бет.
27. Кулаков В.И. Валобуев А.И. Сеницын В.А. тактика видение болных с сочетанными добракачественными гиперплазиями молочный желез и женских половых органов. Маммолог 2005 № 3 4-7-бет.
28. Кулаков В.И. Гинекология национальное руководство. Под ред. В.И.Кулаков. Москва.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 940 -955 бет.
29. Лихачев В.К. Практическая гинекология. Руководство для врачей. Москва 2007. 232-243 бетлар.
30. Макаренко Н.П., Корженкова Г.П. Фиброзно-кистозная болезнь // Современная онкология.2004.Т.6,№1.5-8-бет.
31. Манушарова Р.А., Черкезова Э.И. Лечение диффузной фиброзно-кистозной мастопатии // Лечащий врач. - 2006. - № 3. 44-47-бет.
32. Межеветинова Е.А., Прилепская В.Н. Дисменорея // Гинеколог. - 2004. - № 12. 18-24-бет.
33. Нейштадт Э.Л., Воробьева О.А. Патология молочной железы // СПб.: ООО "Издательство Фолиант", 2003.137-166-бет.

34. Овсянникова Т.В. Дисгормональные заболевания молочных желез у пациенток репродуктивного возраста // Рос. вестн. акуш. гин. - 2005. - Т. 5, №6. 49-52-бет.
35. Онкогинекология: Руководство для врачей. Под редакцией Михайлова М.К. М.: Мед пресс, 2000. – 384-бет.
36. Пак Д. Мастопатия // Врач. - 2002. - № 8. 25-27-бет.
37. Пашов А.И., Дыхно Ю.А., Егорова А.Т., Базина М.И. Мастопатия в практике акушера-гинеколога (этиопатогенез, клиника, алгоритмы диагностики и терапии): Учебно-методическое пособие для врачей акушеров-гинекологов, клинических ординаторов и интернов - Красноярск. - 2003. 48 с.
38. Певгова Г.Л., Брюхина Е.В., Вшшїин А.В. Возрастная структура гиперпластических процессов молочных желез.// Гинекология. - 2002. - Т.4.-№5,- С.224-226.
39. Практическое руководство по гинекологической эндокринологии. М. -2005. 403-414-бет.
40. Прилепская В.Н.Предменструальный синдром. Гинекология -2005. №4. 210-214-б.
41. Прилепская В.Н., Швецова О.Б. Доброкачественные заболевания молочных желез: принципы терапии.// Гинекология. - 2000, Т.№2.- № 6. 201-204-б.
- 42.Прилепская В.Н., Швецова О.Б. Доброкачественные заболевания молочных желез: принципы терапии // Маммолог. - 2005. - № 4. 19-25-бет.
- 43.Пушкарев С.В., Скуридина И.В., Ткачук О.А. и др. Клинические аспекты мастопатии // Маммолог. - 2005. - № 1. - С. 4-11.
44. Радзинский В,Е,, Зубкин В Л., Золичев Г.Е. и др. Скрининг - маммографическое и гинекологическое исследование женщин репродуктивного возраста // Сборник научных

трудов "Онкологический скрининг, канцерогенез и ранние стадии рака в практике гинеколога". -Ижевск. - 2000.201-203-б.

45. Радзинский В.Е., Ордянец И.М Комплексный подход к диагностике и лечению гинекологических и маммологических заболеваний и нарушений.//Гинекология.-2003. -Т.5. -№4. 1-6-б.
46. Серов В.Н., Тагиева Т.Т., Прилепская В.Н. Диагностика заболеваний молочных желез. // Гинекология. 2009. - №1.6-10-бет.
47. Серова О.Ф. Антонова Е.Г. Факторы риска развития фиброзно кистозной мастопатии в репродуктивном возрасте и современные подходы к её лечению. Вопр. Гинекол. Акуш и перинато, 2003 №.5. 75-79-бет.
48. Сидиренко Л.Н. Мастопатия. Гиппократ 2007. 432-бет.
49. Сидорова И.С., Пиддубный М.И., Хасханова Л.Х. и др. Состояние молочных желез по данным ультразвукового сканирования у больных с эндометриозом кистами яичников. // Акушерство и гинекология.-2007 №4.40-44-бет.
50. Сидорова И.С., Пиддубный М.И., Хасханова Л.Х. Характер патологических изменений молочных желез у больных эндометриозом.// Вестник российской ассоциации акушеров и гинекологов.-2006.- №1.18-21-б.
51. Сидорова И.С., Пиддубный М.И., Макаров И.О. Ультразвуковая характеристика состояния молочных желез у гинекологических больных. // Акуш. и гин. 2005. - №4. 77-79-бет.
52. Сидорова И.С., Пиддубный М.И., Макаров И.О. Ультразвуковая характеристика состояния молочных желез у гинекологических больных. // Акушерство и гинекология. 2005.- №2.46-48-бет.
53. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. Руководство для врачей. М.: Медицинское информационное агентство, 2009. 592-бет.

54. Семиглазов В.Ф., Айламазян Э.К., Байлюк Е.Н. и др.
Профилактика рака молочной железы у больных пролиферативными процессами репродуктивной системы // Вопр. онкол. - 2006. - Т. 52, № 3. 247-257-бет.
55. Синицын В.А., Руднева Т.В. Диагностика заболеваний молочных желез // Рос.вестн. акуш.гин.-2003.-Т.3,№4.64-66-бет.
56. Сметник В.П. Предменструальный синдром // Лечащий врач. - 2003. - №7. 46-49-бет.
57. Тагиева Т.Г. Мастопатия: негормональные методы лечения // Гинекология. - 2004. - Т. 6, № 5. 228-230-бет.
58. Тагиева Т.Г. Доброкачественные заболевания молочных желез у женщин позднего репродуктивного возраста: возможности трансдермальной гестагенной терапии // Гинекология. - 2005. - Т. 7, № 4. 196-199-бет.
59. Тагиева Т.Г. Фиброзно-кистозная мастопатия // Гинекология. - 2005. - Т. 7, № 3. 141-144-бет.
60. Тарасова М.А., Лекарева Т.М. Гормональные методы терапии предменструального синдрома // Гинекология. - 2005. - Т. 7, № 4. 214-219-бет.
61. Тумилович Л.Г., Самойлова Т.Е. Фиброзно-кистозная мастопатия (патогенез, клиника и терапия). // Акушерство и гинекология. 2008. - №3.70-74-б.
62. Филиппов О.С., Глебова Т.К., Селезнева С.С. Физиология и патология молочных желез в практике акушера-гинеколога: Руководство для врачей. - М.2005. 45-бет.
63. Чистяков С.С., Гребенникова О.П., Шикина В.Е. Комплексное лечение фиброзно-кистозной болезни // Маммолог. - 2005. - № 2. 21-24-бетлар.
64. Anastasiadis P., Romanidis K., Polychronidis A. et al. Proliferative

- breast disease: epidemiologic aspects, and cytologic diagnosis // Eur. J. Gynaecol. Oncol. - 2003. - Vol. 24. - P. 547-551.
65. Andersen D.E., Badzioch M. Risk of familial breast cancer. // Cancer. 2005. - Vol. 56, № 2. - P. 383 - 387.
66. Allred D.C., Mohsin S.K., Fuqua S.A.W. Histological and biological evolution of human premalignant breast disease // Endocr. Relat. Cancer. - 2001. - Vol. 8. - P. 47-61.
67. Armstrong K., Eisen A., Weber B. Assessing the risk of breast cancer // N. Engl. J. Med. - 2000. - Vol. 342. - P. 564-571.
68. Arpino G., Laucirica R., Elledge R.M. Premalignant and in situ breast disease: biology and clinical implications // Ann. Intern. Med. - 2005. - Vol. 143. - P. 446-457.
69. Aubry C., Descamps J. Concours med. 2010. - №5. - P.434-437.
70. Burstein H.J., Polyak K., Wong J.S. et al. Ductal carcinoma in situ of the breast // N. Engl. J. Med. - 2004. - Vol. 350. - P. 1430-1441.
71. Celis J.E., Gromov P., Moreira J.M. et al. Apocrine cysts of the breast: biomarkers, origin, enlargement, and relation with cancer phenotype // Mol. Cell Proteomics. - 2006. - Vol. 5. - P. 462-483.
72. Dumitrescu R.G., Cotarla I. Understanding breast cancer risk - where do we stand in 2005? // J. Cell Mol. Med. - 2005. - Vol. 9. - P. 208-221.
73. Dunn B.K., Wickerham D.L., Ford L.G. Prevention of hormone-related cancers: breast cancer // J. Clin. Oncol. - 2005. - Vol. 23. - P. 357-367.
74. El-Wakeel H., Umpleby H.C. Systematic review of fibroadenoma as a risk factor for breast cancer // Breast. - 2003. - Vol. 12. - P. 302-307.
75. Fabian C.J., Kimler B.F., Mayo M.S., Khan S.A. Breast-tissue sampling for risk assessment and prevention // Endocr. Relat. Cancer. - 2005. - Vol. 12. - P. 185-213.
76. Galvan-Portillo M., Torres-Sanchez L., Lopez-Carrillo L. Dietary and reproductive factors associated with benign breast disease in Mexican women // Nutr. Cancer. - 2002. - Vol. 43. - P. 133-140.

77. Garcia-Closas M., Brinton L.A., Lissowska J. Established breast cancer risk factors by clinically important tumour characteristics // Br. J. Cancer. - 2006. - Vol. 95. - P. 123-129.
78. Guray M., Sahin A.A. Benign breast diseases: classification, diagnosis, and management // Oncologist. - 2006. - Vol. 11. - P. 435-449.
79. Hartmann L.C., Sellers T.A., Frost M.H. et al. Benign breast disease and the risk of breast cancer // N. Engl. J. Med. - 2005. - Vol. 353. - P. 229-237.
80. Klein S. Evaluation of palpable breast masses // Am. Fam. Physician. - 2005. - Vol. 71. - P. 1731-1738.
81. Krishnamurthy S., Sneige N. Molecular and biologic markers of premalignant lesions of human breast // Adv. Anat. Pathol. - 2002. - Vol. 9. - P. 185-197.
82. Levine P.H., Cangiarella J. Cytomorphology of benign breast disease // Clin. Lab. Med. - 2005. - Vol. 25. - P. 689-712.
83. Marchant D.J. Benign breast disease // Obstet. Gynecol. Clin. North. Am. - 2002. - Vol. 29. - P. 1-20.
84. Markopoulos C., Kouskos E., Mantas D. et al. Fibroadenomas of the breast: is there any association with breast cancer? // Eur. J. Gynaecol. Oncol. - 2004. - Vol. 25. - P. 495-497.
85. Masood S. Cytomorphology of fibrocystic change, high-risk proliferative breast disease, and premalignant breast lesions // Clin. Lab. Med. - 2005. - Vol. 25. - P. 713-731.
86. Olawaiye A., Withiam-Leitch M., Danakas G., Kahn K. Mastalgia: a review of management // J. Reprod. Med. - 2005. - Vol. 50. - P. 933-939.
87. Ozanne E.M., Klemp J.R., Esserman L.J. Breast cancer risk assessment and prevention: a framework for shared decision-making consultations // Breast J. - 2006. - Vol. 12. - P. 103-113.
88. Plu-Bureau G., Le M.G., Sitruk-Ware R., Thalabard J.C. Cyclical mastalgia and breast cancer risk: results of a French cohort study // Cancer

- Epidemiol. Biomarkers Prev. - 2006. - Vol. 15. - P. 1229-1231.
89. Santen R.J., Mansel R. Benign breast disorders // N. Engl. J. Med. - 2005. - Vol. 353. - P. 275-285.
90. Schnitt S.J. Benign breast disease and breast cancer risk: morphology and beyond // Am. J. Surg. Pathol. - 2003. - Vol. 27. - P. 836-841.
91. Smith R.L., Pruthi S., Fitzpatrick L.A. Evaluation and management of breast pain // Mayo Clin. Proc. - 2004. - Vol. 79. P. 353-372.
92. Smyth P.P. The thyroid, iodine and breast cancer // Breast Cancer Res. - 2003. - Vol.5.-P.235-238.
93. Wang J., Costantino J.P., Tan-Chiu E. et al. Lower-category benign breast disease and the risk of invasive breast cancer // J. Natl. Cancer Inst. - 2004. - Vol. 96. - P. 616-620.
94. Webb P.M., Byrne C., Schnitt S.J. et al. A prospective study of diet and benign breast disease // Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev. - 2004. - Vol. 13. - P. 1106-1113.
95. Yenen M.C., Dede M., Goktolga U. et al. Hormone replacement therapy in postmenopausal women with benign fibrocystic mastopathy // Climacteric. - 2003. - Vol. 6. - P. 146-150.

