

**Ўзбекистон Республикаси
ОЛИЙ ВА ЎРТА ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ
ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ**

САМАРҚАНД ДАВЛАТ МЕДИЦИНА ИНСТИТУТИ

**Қўл ёзма ҳуқуқида
УДК 618.4:616-006.36**

НАСИМОВА НАФИСА ОЛИМОВНА

**Бачадон миомаси бор аёлларда бачадон бўйни
патологиясининг ташхиси ва даволаш мезонлари**

**Магистр
Академик даражасини олиш учун ёзилган
Диссертация**

**Илмий раҳбар:
Доц. А.Т.Сафаров**

САМАРҚАНД-2014 йил

Мундарижа

Кискартмалар руйхати.....	3
Кириш.....	4
I-БОБ (АДАБИЁТЛАР ШАРХИ).....	8
1.1 Бачадон миомасини замонавий даволаш усуллари.....	8
1.2 Бачадон бўйни физиологияси ва патологияси.....	15
II-БОБ МАТЕРИАЛЛАР ВА ТЕКШИРУВ УСУЛЛАРИ.....	21
2.1 Текширилган аёллар клиник характеристикаси.....	21
2.2 Бачадон бўйнини махсус текшириш усуллари.....	33
III БОБ ТЕКШИРИШ НАТИЖАЛАРИ.....	36
3.1. Бачадон миомаси билан операция қилинган аёллар касаллик тарихининг репроектив таҳлили.....	36
3.2. Проектив гуруҳдаги беморларнинг гинекологик ҳолати.....	46
3.3 Кольпоскопик тадқиқот натижалари.....	49
3.4. Цитологик тадқиқот натижалари.....	58
IV-БОБ	
ХОТИМА.....	68
ХУЛОСАЛАР.....	74
АМАЛИЙ КЎРСАТМАЛАР.....	75
Адабиётлар.....	77

Кискартмалар руйхати

БМ - бачадон миомаси

ФСГ - фолликуляри стимуляри гармон

ЛГ - лютеинланган гармон

ЛТГ - Лютеитроп гармон

КСЭ - купкавтли силлик эпителий

ЦЭ - цилиндрсимон эпителий

ОШ - отношение шансов

СМХ - силлик мушакли хужайралар

CIN – цервикал интерэпителиал неоплазия

ВТД – вегето томирли дистания

ДЭК - диатермозэлектрокоагуляция

ПВИ-папилома вирусли инфекция

ПЗР – полимер занжирли реакция

ЖЙОБИ - жинсий йўл орқали бериладиган инфекция

Кириш

Мавзунинг долзарблиги. Миома билан касалланган беморларнинг бачадон бўйни ҳолатини ўрганиш долзарб муаммо ҳисобланади. Чунки бачадон миомаси ҳамда бачадон бўйнининг касаллиги аёллар жинсий аъзоларнинг энг кўп учрайдиган касаллиги ҳисобланади. Профилактик кўрикларда бачадон миомаси 30 ёшдан катта аёлларда 15% учраса, гинекологик касалликлар структурасида 27% га етади (П.А.Базанов, Н.И.Волков.,2010;). Бачадон бўйни касалликлари частотаси популяцияси 30 % га етади ва гинекологик касалликлари бор аёлларда бу фоиз кўпаяди(П.А.Базанов, Н.И.Волков.,2009;). Гинекологик стационарда ҳар йили бачадон миомаси бўйича операция қилинади. Операция вақтида бачадон бўйнининг ҳолатига қараб операция ҳажмининг кенгайтириш актуал муаммо ҳисобланади. Агарда гистерэктомия қилиш зарурати бўлса ва бачадон бўйнида ўзгариш бўлса шу пайтда бачадон экстирпация қилинади, агар гистерэктомия операцияси қилинмаса бу савол дискутабел бўлиб қолади. (Адамян, Л.В., 2000).

Радикал операциялар тарафдорлари (бачадон экстирпацияси) агар бачадон бўйни соғлом бўлса ҳам экстирпация қилиш керак, чунки баъзи ҳолларда бачадон бўйни чўлтоғидан рак келиб чиқиши мумкин. Бошқа авторлар (Knoll,G.A., 2005; Bergmann, S., 2005;) фикрича бачадоннинг қин усти ампутациясидан кейин бачадон бўйни чўлтоғидаги рак бачадон бўйни ҳамма рак ҳолатининг 0,28 - 3,6 % да учрашини таъкидлашадилар.

Бачадон миомасидаги бачадон бўйни яхши сифатли ўзгаришлар частотаси юқори, баъзида 36 % га етади (Покровский, В.А., 2001). Бачадон миомаси бор беморларни профилактик кўриклардан ўтказилганда кольпоскопияда рак олди ҳолатлари 3 - 16,2 % учрайди (Романова, Н.П., 2001; Мякушева - Френкель Н.Г., 2001). Маълумки бачадон бўйни ҳам бачадон каби гармонларга тоъбе аъзо бўлиб, унинг ривожланиш асосида

патологик ўзгаришлар ётади, лекин бачадон бўйни ўзига автоном, у анатомик ва функционал жиҳатдан фарқ қилади. Шунинг учун унинг ривожланишидаги патологиялар унчалик ўрганилмаган.

Аммо ҳозирги кунгача бачадон миомасидаги аёлларнинг бачадон бўйни касалликлари структураси, субтотал гистерэктомия ўтказилган аёллар бачадон бўйни ҳолати, ҳамда операция қилинмаган диспансер кузатувда бўлган аёлларнинг бачадон бўйни касалликлари, турли хил даволаш методларнинг эффективлиги ва шу гуруҳдаги беморларнинг даволашдан кейинги реабилитацияси етарлича ўрганилмаган.

Шунинг учун биз бачадон миомаси туфайли тотал гистерэктомия операцияси ўтказилган ва операция қилинмаган аёлларнинг бачадон бўйни ҳолатини ва бачадон бўйни паталогиясини олиб бориш тактикасини ўрганишни ўзимизга **мақсад** қилиб қўйдик.

Ишнинг вазифалари:

1. Бачадон миомаси бор беморларнинг бачадон бўйни ҳолатини клиник, цитологик, кольпоскопик ва морфологик текшириш усулларини кўллаб баҳолаш.
2. Операцияга муҳтож бўлмаган аёлларнинг бачадон бўйни касалликлари структурасини ўрганиш
3. Миома туфайли бачадон экстирпацияси қилинган материалларда бачадон бўйни морфологик хусусиятларни ретроспектив ўрганиш.
4. Олинган натижалар хулосасига кўра, бачадон миомаси билан бир вақтда бачадон бўйни паталогияси бор аёлларда хирургик ва хирургик бўлмаган даволаш усулларини аниқлаш.

Илмий янгиликлар. Бу ишда биринчилардан бўлиб, бачадон миомаси бор аёлларнинг бачадон бўйни ҳолати ҳозирги замон текшириш

усулларини қўллаб, ўрганилган. Бачадон миомаси бор аёлларда бачадон бўйнининг ҳолати кольпоскопик, цитологик ва морфологик хусусиятлари баҳоланади. Операция қилинган аёлларнинг бачадон бўйни ҳолати ретроспектив ўрганилиб, радикал операцияга кўрсатма мезонлари ишалаб чиқарилган.

Амалий аҳамияти. Бу мавзунинг амалий аҳамияти шундан иборатки, бачадон миомаси бор аёлларда бачадон бўйни патологияси хавф гуруҳига киради. Амалиёт врачига бачадон миомасида бачадон бўйни патологияси учраган касалларни олиб бориш, текшириш учун тавсиялар берилади.

Бачадон бўйнининг ҳозирги замон текшириш усулларни қўллаб ташхислаш алгоритми ишлаб чиқарилади.

Диссертациянинг ҳимояга олиб чиқиладиган асосий тамойиллари:

1. Миомаси бор аёллар ҳам худди миома туфайли субтотал гистерэктомия ўтказган аёллар каби бачадон бўйни потологик процесслари вужудга келиши бўйича хавф гуруҳига киради.

2. Бачадон миомаси бор аёлларнинг бачадон бўйни касалликлари структураси турлича, лекин сурункали цервицит (75%) устунлик қилиши бачадон бўйни патологияси генезида ялиғланиш процесслар ўрни ҳақида дарак беради.

3. Бачадон миомаси бор аёлларнинг бачадон бўйни касалликлари учун касаллик анамнезининг давомийлиги, ноадекват ва ноэффектив терапия хос. Субтотал гистерэктомиядан кейин патологик процесслари рецидив хос. Бу эса бачадон бўйнининг рак олди ва ўсма касалликларига олиб келади, шунинг учун тотал гистерэктомия ўтказиш мақсадга мувофиқ.

4. Бачадон миомаси ҳамда бачадон бўйни патологияси бор аёлларни обдон текшириш, бачадон бўйни ва қин экосистемасига қараб инфекцион ялиғланиш касалликларни этиотроп даволашдан кейин экзоцервиксининг патологик ўзгаришларга деструктив таъсир қилиш керак. Агар бачадон миомаси бор аёлларни хирургик даволаш керак бўлса бачадон бўйни ўзгаришлар бўлмаса ҳам тотал гистерэктомия ўтказиш керак.

Олинган натижаларнинг амалиётга тадбиқ этиши

Олинган натижалар 2-чи туғруқхона гинекология бўлимида Самарқанд шаҳар 2 сон поликлиника ишига тадбиқ этилди. Олинган натижалар 3 та мақола ва битта тезис чоп этилди.

Диссертациянинг структураси ва ҳажми 87 бет Times New Roman шрифтда № 14 чоп этилди ва қўйидаги боблардан иборат:

Кириш, 3та боб, Хотима, Хулоса, Амалий кўрсатмалар ва ишлатилган адабиётлардан фойдаланилган руйхатидан иборат. Диссертацияда 12та расм 10 та таблица ва 12 та диаграмма бор.

Апробация

Диссертация СамТИ ВМОФ акушер ва гинекология кафедрасининг № 10 йиғилишида ва СамТИ проблем ҳайатининг №8 йиғилишида кўриб чиқилди.

I-БОБ

БАЧАДОН МИОМАСИ ВА БАЧАДОН БУЙНИ КАСАЛЛИКЛАРИ. (АДАБИЁТЛАР ШАРХИ)

1.1 Бачадон миомасини замонавий даволаш усуллари.

Бачадон миомаси аёллар жинсий касалликлар орасида энг кенг тарқалган патологик касаллик ҳисобланади (3,5). Охирги йилларда ўтказилган тадқиқотлар куйидаги касалликнинг ёшариб бораётганини тасдиқлайди (2,3,5). Бачадон миомаси репродуктив ёшдаги аёлларда жуда кўп учрайди: 13-27% ҳолатларда бачадон миомаси мавжуд ҳар бешинчи беморда бирламчи бепуштлиқ учрайди, иккиламчи бепуштлиқ бўлса ҳар тўртинчи беморда кузатилади (1-5). Бачадон миомаси жарроҳлик йўли билан даволанган репродуктив ёшдаги беморларнинг 60% дан 95% гача бўлган қисми радикал жарроҳликни бошдан кечиради ва бу нафақат репродуктив ва менструал функцияни йўқотади, балки яна вегето-томир ва психоэмоционал ўзгаришларга олиб келади. Бачадон миомаси аёл организмидаги энг кенг тарқалган касаллик бўлишига қарамасдан, бу касалликнинг даволаниши мураккаб ва комплекс муаммо бўлиб қолмоқда. Даволашнинг ҳамма усуллари икки гуруҳга ажратиш мумкин: консерватив, жарроҳлик. Бачадон миомасининг консерватив даволаниши асосий мақсади ўсма ўсишининг тўхтатилиши ёки қайта сўрилишига, мено-метроррагия ва камқонликнинг олдини олиш учун қўлланилади. Бачадон миомасининг консерватив даволашнинг асосий патогенетик усулларида бири Тихомиров А.Л нинг гормонал терапияси ҳисобланади (2000). Бир неча вақт олдин ҳар хил турдаги андроген (тестостерона пропионат, метилтестостерон), гестоген (прогестерон, прегнин) ва тономотор (питуитрин, гифотоцин, маммофицин) препаратларининг қўллаш тавсия этилган. Охирги вақтда андрогенларнинг ноўза таъсири (вирил синдром, аменорея, товуш дағаллашуви) сабабли, уларни ишлатиш чегараланган. Ҳозирги норэтистерон, оргометрил, гестринон, неместран)

тавсия этилади. Бу препаратлар таъсири остида миома ва бачадоннинг ўзи ҳам ўртача 1-2 ҳафталик ҳомиладорлик ўлчамигача кичраяди, ҳайз вақтида қон йўқотиш камаяди ва гемоглобин миқдори нормаллашади. Лекин агар миома 8 ҳафталик ҳомиладорлик ўлчамигача бўлсагина клиник самарадорликка эга бўлади (3,6,7). Стероид тузилишга эга антигонадотропинлар (даназол, гестринон) ва гонадолиберин агонистлари (золодекс, диферилин, бусерелин) миома тугунларининг ўлчамига таъсир қилади уларнинг таъсири остида миома тугунларининг ўлчами 55% га камайиши мумкин. Лекин уларнинг таъсири вақтинчалик, препарат қабул қилишининг тўхтатилиши ва ҳайз функцияларининг тикланиши билан 67% беморларда трофик бузилиши белгилари билан миоманинг экспансив ўсиши кузатилади (2,3,5). Бачадон миомасининг консерватив даволаниш борасидаги катта ютуқларга қарамасдан медикаментоз даволаниш (биринчи навбатда гормон билан даволашга) иккинчи даражали ҳисобланади. Бу препаратлар касаллик белгилари корекция қилишга, ўсимтанинг ўсишини тўхтатиш учун тавсия этилади. Ҳаттоки энг замонавий препаратлар ҳам вақтинчалик таъсирга эга (4,6,7,8,12).

Одатда, миома катта бўлмаган ҳолатларда гормон билан даволашнинг самарадор ҳисобланади. Қолган ҳолатларда ГнЛГ режалаштирилган миомэктомиядан олдин жарроҳлик операциясига тайёгарлик сифатида тугунлар ўлчамининг кичайтириш ва қон билан таъминланишини камайитириш мақсадида ишлатилади (2,3,6).

Жарроҳлик даволаниш ҳам икки турга бўлинади: консерватив – пластик операция ва радикал операция.

Миомани олиб ташлаш (Миомэктомия)

Миомэктомия миоматоз тугунларни олиб ташланиши ва бачадон танасининг сақлаб қолиниши мақсадида ўтказилиб, лапаротомик, лапароскопик ва гистероскопик йўллар билан бажарилади. Миомэктомия

умумий наркоз билан бажарилади ва 3-7 кунлик стационар даволашни талаб қилади. Умумий тикланиш (операциядан кейинги ҳолатнинг асоратсиз кечиши) 2-3 ҳафта давом этади. Миомэктомия гистерэктомиядаги баъзи камчиликларидан кутулишга ёрдам беради. Биринчидан, бу органни сақлаб қолувчи жарроҳлик амалиёти бўлиб, фертиллиكنинг сақланиб қолишига кенг самара беради. Иккинчидан, жарроҳлик бу турида СПГ дан қутилиш мумкин (4,5,8). Бир вақтнинг ўзида, миомэктомия идеал услуб ҳисобланмайди. Бу жарроҳлик ҳар доим ҳам бажарилмайди. Катталиги, сони ва миома тугунларининг жойлашишидан қатъий назар миомэктомиянинг бажарилиши жарроҳнинг тажрибасига ҳам боғлиқ. Миомэктомиянинг яна бир камчилиги – бу жарроҳлик пайтида қон кетишнинг ҳосил бўлиши ва гистерэктомияга (бачадоннинг олиб ташланиши) олиб келиши мумкин. Бундан ташқари, миомэктомияни бошдан кечирган 30% беморларда кассаллик рецидиви ҳосил бўлади. Чунки, жарроҳлик пайтида ҳамма тугунлар олиб ташланмайди, баъзи кичик ҳажмдаги тугунлар қолиб кетиши ва келгусида яна ўсишни давом эттириши мумкин. Бундан ташқари, бачадоннинг механик шикастланишининг ўзи ҳам янги миомаларнинг пайдо бўлишига олиб келувчи фактор бўлиб хизмат қилиши мумкин (4,12,15). Юқорида кўрсатилганлардан хулоса қилиб шуни айтиш мумкинки, то ҳозирги кунгача бачадон органловчи операцияси замонавий гинекологиянинг долзарб муаммоларидан бири ҳисобланади (5,7,9,15).

Бачадонни олиб ташлаш операцияси (гистерэктомия).

Ҳозирги кунга қадар Бачадон миомасини даволанишнинг энг кенг тарқалган усулларида бири бу радикал жарроҳлик амалиёти – гистерэктомия ҳисобланади. Гистерэктомия –бу бачадонни бутунлай олиб ташланишига айтилади. Бу ҳам лапаротомик ҳам лапароскопик усулда бажарилиши мумкин. Умумий наркоз ва 7 кундан кам бўлмаган ҳолда

стационар даволашни талаб қилади. Умумий тикланиш (жарроҳликдан кейин даврининг асоратларсиз кечиши ҳолатида) 3 -6 ҳафтани ташкил этади (7,8,12,18).

Шуни айтиб ўтиш лозимки, бачадон миомасининг радикал даволаниш усули камчиликлардан ҳоли эмас. Бизга маълумки, репродуктив ёшда бўлган беморларда бачадоннинг олиб ташланиши ачинарли ҳол ҳисобланади. Бундан ташқари, наркоз талаб қилувчи бошқа жарроҳлик операциялари каби, гистерэктомия ҳам анестезиологик хавф ва кўп асоратлар билан боғлиқ бўлиб, асосан юқори даражадаги камқонлик касаллиги мавжуд беморларда намоён бўлади (4,6,8). Ҳар йили касалхоналарда гистерэктомия оқибатида бир неча ўнлаб ўлим ҳолатлари кузатилади ва бу ҳолатларнинг 95% и наркоз асоратлари билан боғлиқдир (12,14,8). Гистерэктомиянинг яна бир асосий жиҳатларидан бири бу жарроҳликдан кейинги даврда постгистерэктомик (СПГ ёки ПГС) синдромнинг пайдо бўлиши хавфидир-бу гормонал, вегето-томир ва психологик бузилишлар бўлиб, бемор ҳаётига салбий таъсир кўрсатади. СПГ гистерэктомиядан кейин 50% беморларда учрайди ва гормонал, психоэмоционал, вегето-томир ўзгаришлари билан характерланади (2,3,4,6). Бундай ҳолатларда сут безларида ўсмаларнинг пайдо бўлиши, юракда ишемик касалликнинг ривожланиш хавфи ўсиб боради (4,6,7,8). Бачадон миомаси билан кўпроқ ёшларнинг касаланишини ҳисобга олинганда, шу нарса маълум бўлдики, кўпчилик ҳолатларда гистерэктомия ногиронликка олиб келувчи жарроҳлик ҳисобланиб, психологик ва жисмоний асоратларга олиб келади (5,7,8,10).

Маълумки, бачадоннинг олиб ташланишидан сўнг ўсманинг ривожланишининг бузилиши четлатилмайди ва баъзи ҳолларда улар чуқурлашади ва узоқ вақт давом этувчи реабилитацион даволанишларни талаб қилади (4,6,9,10). Ўзининг характерли клиник белгилари билан

миоманинг ривожланиши аёл организмига кўп ҳолатларда тизимли ўзгаришларга сабаб бўлади ва уларнинг кўрсатиш даражаси касаллик белгиси кам бўлган ҳолатда ҳам касалликнинг давомийлигига бориб тақалади. Кўрсатилган даврий фактор ривожланаётган функционал ўзгаришларнинг чуқурлигини белгилайди. Ўсманинг тез сураатларда ўсиши иккиламчи функционал ва метаболик ўзгаришлар намоён бўлган клиник кўринишларда тез ривожланади ва бундай ҳолатларда патологик қон йўқотишлар катта роль ўйнайди (6,8,12,13). Шунинг учун жарроҳлик операциясига кўрсатмалар ўсманинг маълум бўлиши билан биринчи ойларда ва йилларда белгиланади. Ўсманинг нисбатан секин ўсиши ва бачадон бўшлиғининг деформациясиз қолиши ҳолатида иккиламчи систематик ўзгаришлар секин –аста ривожланади ва касаллик бошланганидан 4-5йил ўтиб аниқ куринишга эга бўлади. Даволаш тактикаси ўсма аниқланган вақтда репродуктив тизимнинг функционал ҳолатига қараб танланади (13,12,4,17).

Оператив даволашга оид курсатмаларни аниқ қилиб белгилаш жуда муҳимдир. Кўпгина авторларнинг фикрича, миомэктомия бачадоннинг кичик ўлчамларида ва асоратлар бўлмаганда энг мақбул оператив амалиёт бўлиб, бунда бачадон сақланади, деб ҳисоблашади. Лекин баъзи ҳолатлада кўп тугунларнинг аралаш жойлашуви сабабли органнинг сақлаб қолиши жуда мураккабдир (5,6,7,12). Аммо, бошқа муаллифларнинг айтишича, миомэктомия гистерэктомияга нисбатан қон йўқотиш жуда юқори бўлади ва бу вақтда гемотрансфузияга талаб пайдо бўлади (ва бу табиийки, жарроҳликнинг умумий хавфини оширади) (11,14,16). Кўп сонли тугунлардан иборат ҳолатларда консерватив жарроҳликни бошдан кечирган 25% гача бўлган бемор аёлларда ўсманинг қайта ривожланиши сабабли келгусида гистерэктомияга зарурат туғилади. Ҳатто энг яхши ҳолатларда ҳам, миомэктомияда бачадон ва кичик чанок аъзоларида чандикли жараён ривожланиб, келгусида бепуштликка олиб келади

(4,5,7,8,9). Жарроҳликдан кейин ҳомиладорлик пайдо бўлса, бу бачадон ёрилиши хавфини туғдиради (11,13,14). Бачадон миомасининг оператив даволашига кўрсатмалар умумий ҳолатда аниқ белгиланган (12,13,17,18).

Шуни айтиб ўтиш лозимки, жарроҳлик операцияси ҳажмини аниқлаш учун жарроҳлар бачадон буйни ҳолатининг ўрганишади ва патологик ўзгаришлар бўлмаган тақдирда субтотал гистерэктомия жарроҳлик йўлини (бачадоннинг қин усти ампутациясини) танлашадилар (3,5,6,8,9).

1979 йилдан бошлаб, туғруқ ва бачадондаги жарроҳлик амалиётидан сўнг пайдо бўладиган бачадон қон кетишини бачадон артериялари эмболизацияси (БАЭ) усули билан тўхтатилиш бошланган (7,8,11,16). Шундай қилиб, бу усул жарроҳлик гинекологиясига анча олдин кириб, кенг қўлланиладиган лапароскопик жарроҳликдан ҳам олдин пайдо бўлган (4,7,9,10). Шунга қарамай, бачадон миомасини даволаш учун БАЭ усулини 90-чи йилларнинг бошларида қўллай бошлашди (11,15,16). Аввалига БАЭ миомэктомиядан олдин қон кетишни камайтириш учун қўлланиладиган усул сифатида куриб чиқилди. Лекин, кейинчалик маълум бўлишича, БАЭ дан кейин миомэктомияга ҳожат қолмас экан (5,7,8,9). 1-чи кузатилган яхши натижаларга таяниб БАЭ усули АҚШ, Европа, Осиё ва яқин Шарқ давлатларнинг кўп тиббиёт муассасаларида қўллана бошланди (13,14,15,16).

БАЭ усулининг асосий хусусияти бу – жарроҳликдан кейин кассалик рецидивининг йўқлигидир. БАЭ усули пайтида, ҳажмидан қатъий назар ҳамма тугунларга таъсири бўлади. Ҳозирги пайтда жуда кўп сонли беморлар таҳлил қилинди- БАЭ усулидан сўнг 98% беморлар бачадон миомаси учун қўшимча даволашга мухтож эмас (11,12,15,17). Эмболизациянинг афзалликлари:

- Жарроҳлик 98% ҳоллатда юқори эффективликка эга (БАЭ дан сўнг бачадон миомаси даволаниши масаласига қайтиш керак эмас);
- Касаллик белгилари тезда бартараф этилади;
- Миомалар қайта пайдо бўлмайди (миомэктомиядан фарқли равишда);
- Стационарда бор йўғи 1-3 кун давомида даволашни талаб қилади;
- БАЭ жарроҳлик операцияси ҳисобланмайди, маҳаллий анестезия остида 15-40 дақиқа давомида ўтказилади;
- Бачадон олиб ташланмайди;
- Фертилик хусусиятлари сақланиб қолинади.

БАЭ - хавфсиз жарроҳлик бўлиб, жарроҳлик даволанишларига нисбатдан асоратлари ўн барабар кам ва бор йўғи 1% ни ташкил қилади (11,12,17). Шунини айтиб ўтиш лозимки, асоратларнинг пайдо бўлиши ва жарроҳлик даволанишларга қайта мурожаат қилиш 400 ЭМА дан 1та ҳолатида намоён бўлиши мумкин (15,14,16).

Бачадон миомасини даволашнинг яна бир янги усули бу фокусли ультратовушли таъсирдир, яъни, ФУТ- абляция. ФУТ- абляция усулининг мақсади- Магнит – Резонанс Томография (МРТ) назорати остида миома тўқималарига фокусив ультратовуш тўлқинлар билан даволашдир. Бу усул аввалига ошқозон ости беши ва жигардаги чуқур жойлашган ўсмаларни даволашга мулжалланган эди (12,13,16). Бачадон миомасининг даволаш учун бу методиканинг қўлланилиши экспериментал характерга эга, чунки баъзи техник муаммолар ҳалигача ҳал қилинмаган (14,15,16). Адабиётларда кўрсатилишича, бачадон миомасини даволашнинг асосий усули ҳалигача жарроҳлик усули саналади (12,14,17). Шунини айтиш лозимки, жарроҳлик операциясининг ҳажмининг аниқлаш учун жарроҳлар

бачадон бўйни ҳолатини ҳисобга олишади ва паталогия йўқ бўлган ҳолатда субтотал гистерэктомия (бачадоннинг қин усти ампутацияси) жарроҳлиги ўтказилади. Бачадон миомасида жарроҳлик операциясининг ҳажмини аниқлаш учун бачадон бўйни ҳолати ҳал қилувчи омил ҳисобланади. Миомаси бор аёлларнинг бачадон бўйни паталогиясининг ўзгаришлари тўлиқ ҳолатда ўрганилмаган, бачадон бўйни паталогиясининг структураси адабиётларда тўлиқ кўрсатилмаган ва бундай беморларнинг ўрганилиши алгоритми ишлаб чиқилмаган.

1.2 Бачадон бўйни физиологияси ва паталогияси.

Бачадон бўйни ҳомиланинг 12-16 ҳафтасида мюллер каналчаларининг кўшилишидан пайдо бўлади. Қин гумбазлари бирлашиш жойида бачадон бўйни қин усти ва қин қисмларига бўлинади. Бачадон бўйни мушак, фиброз ва эластик тўқималардан иборат. Мушак тўқима асосан циркуляр жойлашган мушак толалардан ва улар орасида эластик ва коллаген бириктирувчи тўқима толаларидан ташкил топкан. Бириктирувчи тўқима асосий компонент ҳисобланади. Бачадон бўйни тўқималарнинг функционал фаоллиги иккиламчи симпатик ва парасимпатик иннервация орқали таъминланади. Бачадон бўйин қисми (экзоцервикс) кўп қаватли ясси мугузланмайдиган эпителий билан қопланган бўлиб, қалинлиги 150-200 мкм ни ташкил қилади. Кўп қаватли ясси эпителий (КҚЯЭ) репродуктив ёшдаги аёлларда пролиферация-етилиш десквамация йўли орқали доимий ўзгаришларга учрайди ва ҳар 4-5кунда янги хужайралар билан алмашинади. Постменопаузада КҚЯЭ атрофияга учрайди. КҚЯЭда 4 қават хужайралар мавжуд: 1) базал, 2) парабазал, 3) оралик ва 4) юзаки қават.) (Хемр.К 2002; Хекер.Н 2002).

Эндоцервикс (цервикал каналнинг шиллиқ қавати) бир қаватдан иборат жойлашган муцин ишлаб чиқарувчи цилиндрик эпителийдан (ЦЭ) ташкил топган бўлиб, цервикал безларнинг устки ва таркибий қисмида

жойлашган. Бачадон бўйни эпителий канали кўп сонли бурмачалар ва тукчалар ҳосил қилади. ЦЭ ҳужайралари думалоқ шаклдаги базал жойлашган ядро ва юқори цитоплазмадан иборат ва улар муцин томчилари билан тўлдирилган. ЦЭ сектор ва барьер функцияларини бажаради ва шиллиқ қаватда ҳосил бўладиган сифат ва физик- кимёвий хусусиятлар ҳайз даври фазасига боғлиқдир. Эстрогенлар таъсири остида резерв ҳужайралар КҚЯЭ тақсимланса, прогестерон ва андрогенлар таъсири остида ЦЭ га ўтади.

Ташқи бўғиз- КҚЯЭ ва ЦЭ нинг тўқнашиш жойидир. ЦЭ нинг КҚЯЭ га ўтиш жойи ўтиш зонаси (яъни, трансформация) ҳисобланиб, унинг жойлашуви аёл ҳаёти давомида ўзгаради. Янги туғилган чақалоқларда у бачадон бўйнининг қин қисмида жойлашган бўлади, ёш ўтиши билан эпителийнинг ясси ҳужайрали метаплазияси содир бўлади (ЦЭ КҚЯЭ га айланади) ва ўтиш зонаси бачадон ташқи бўғиз билан бирлашади. Метаплазия содир бўлган қисм ўзгариш (трансформация) зонаси ҳисобланади. Трансформация зонаси ташқи (янги туғилган чақалоқларда) ва фаол (тадқиқот давомида КҚЯЭ ва ЦЭ ўртасидаги чегарага мос) ўтиш зоналари билан чегараланган (Хемт.К 2002; Хекер.Н 2002). Метапластик эпителий ЦЭ нинг ўзак ҳужайраларидан ривожланади ва метаплазия жараёни тукчаларнинг юқори қисмидан бошланади.

Метаплазия жараёнининг бузилиши натижасида ЦЭ нинг чуқур қатламларида секрет ажратувчи шиллиқ модда сақланиб қолади. Агар бурмача метапластик эпителий билан бутунлай қопланса, наботов беи пайдо бўлади, тўлиқ қопламаса, безнинг очик йўли пайдо бўлади. Шундай қилиб, туб ўтиш зонаси КҚЯЭ участкаларининг чегараларига мос келади ва уларда очик безлар йўли ва наботов безлари мавжуд бўлади. Репродуктив ёшдаги аёлларда эпителий чегаралари аниқ кўринади, ёш ўтиши билан бу чегара цервикал каналга ўтади. Туғмаган аёлларда ЦЭ ва

КҚЯЭ ўтиш жойи ташқи бўғиз жойи билан мос тушади, баъзи пайтда эса бачадон бўйинининг қин қисмида жойлашган бўлиши ҳам мумкин. Эпителиал чегаранинг пастга силжиши натижасида эндоцервикал эктопия вужудга келади, бу репродуктивёшдаги аёллар учун нормал физиологик ҳолат бўлиб ҳисобланади (Минкина.Т.Н 2001; Бауэр.Г 2002).

Трансформация зонаси неоплазия ва саратон касаллигининг асосий локализация жойи ҳисобланади (Бахмал.Я.В 2002; Бауэр.Г 2002). Яна қизиқ томони шундаки, бачадон бўйинининг олдинги лаби орқа лабга нисбаттан 2 баравар кўпроқ зарарланади. Бундан ташқари, неоплазия участкалари шартли циферблатнинг 3 ва 9-соатларида камдан-кам учрайди (Хемт.К 2002; Хекер.Н 2002).

Кўп ҳолатларда цервикал интраэпителиал неоплазия ўтиш зоналари чегараларида содир бўлиб, аниқ ташқи чегараларга эга бўлади.

Бачадон бўйни касалликлари диагностикаси ва даволаниши замонавий акушерлик ва гинекологиянинг долзарб муаммоларидан бири саналади, чунки бачадон бўйни саратон касаллигини профилактикаси ва патологияси кўп учрайди, ҳамда бачадон бўйни саратон касаллигини олдини олиш мумкин. Охирги йилларда бачадон бўйни касалликлари структурасига оид, экто-ва эндоцервикс шикастланиши патогенезида юқумли ва иммунологик факторларнинг таъсири борлиги, цервикал патологияда содир бўлган касалликлар жинсий йўл билан ўтадиган касалликлар сабаб бўлиши тўғрисида янги маълумотлар олинган. Бу бачадон бўйни касалликларини профилактикаси, диагностикаси ва даволаш усуллариининг ривожланишига ёрдам беради, бундан ташқари ташхиснинг кольпоскопик ва бошқа критерияларининг ишлаб чиқишига, соғлиқни сақлаш амалиётига даволашнинг янги усуллариини киритишга ёрдам беради.

Маълумки, бачадон бўйни касалликларининг даволаниши уларнинг этиологияси ва патогенези билан чамбарчас боғлиқдир. Шу билан бирга, ҳозирги вақтда бачадон бўйни касалликлари ва рак олди касалликлари пайдо бўлиши сабаблари тўғрисидаги аниқ бир фикр мавжуд эмас. Адабиётларда кўрсатилган кўп сонли фикрлар экто ва эндоцервикс патологик процесслари полиэтиологик характерга эканлигидан далолат беради. Кўп ҳолатларда клиник амалиётда эктопия 25 ёшгача бўлган аёлларнинг 25% да учрайди (Ваганова Н.Г 2002; В.Н Примская, Рудакова Е.Б 1996). Охирги маълумотларга кўра эктопия физиологик ҳолат ҳисобланади. Эктопия ва ялиғланиш процесси билан бирга келганда цервикал эпителийда патологик ўзгаришлар содир бўлиши мумкин ва улар даволанишни талаб қилади (Бохман Я.В 2002; Хмельницкий О.К 2000; Wright T.C. et al 1994). Эктопия 72% беморда қиннинг ялиғланиш жараёни билан бирга кечади. Ёш туғмаган аёлларда туғма эктопияни даволашга эҳтиёж йўқ. Асоратсиз эктопияси бор ёш туғмаган аёлларда, агар ҳайз цикли бузилмаган бўлса олдин уч фазали орал контрацептив препаратлари, масалан “три-регол” тавсия қилинган, Н.И Кондрикова; Н.М Назарова (2000) фикрича, бунда цилиндрик эпителий кўп қаватли ясси эпителийга айланган.

Бачадон бўйни патологияси структурасида қўйидалар киради:

ЛЕЙКОПЛАКИЯ – бачадон бўйнининг патологияси бўлиб, бунда бачадон бўйнининг кўп қаватли ясси эпителиясининг дисплазияси ва атипик трансформацияси тушунилади. Папуляцияда 1,1% ташкил этса, бачадон бўйни касалликлари структурасида 5,2% ни ташкил қилади (Рудакова Е.Б 1996). Бачадон бўйни лейкоплакияси дискератозларга хос бўлиб, клиник жихатдан аниқ чегараларга эга оқ доғ шаклида намоён бўлади.

ЦЕРВИКАЛ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛ НЕОПЛАЗИЯ (Бачадон бўйни дисплазияси) –бу потологик жараён бўлиб, метапластик эпителийнинг ўтиш сохасидан бошланиб, базал ва парабазал хужайраларнинг юқори пролиферацияси натижасида атипик хужайраларнинг пайдо бўлиши билан характерланади. Дисплазиянинг енгил, ўрта ва оғир даражалари мавжуд. Замонавий адабиётда дисплазияни бачадон бўйни эпителияси шикастланиши сифатида ўрганишади ва CIN I, CIN II, CIN III даражалари ёки SIL паст ва юқори кўринишга эга ясси хужайрали интраэпителий шикастланишлари деган атамалар билан кўрсатилади. (Беест классификациясига биноан). Оғир даражали дисплазия ва преинвазив карцинома цервикал эпителийнинг ўзгариши сифатида кўриб чиқилади. Профилактик кўрик вақтида бачадон бўйни дисплазияси 0,2 – 2,2 % ҳолатларда намоён бўлади (Роговская С.И. 1997). Енгил даражадаги дисплазия кўпинча бачадон бўйининг ялиғланишида намоён бўлади ва қайта ривожланиш хусусиятига эга.

СУРУНКАЛИ ЭКЗОЦЕРВИТЛАР ВА ЭНДОЦЕРВИТЛАР.

Бу ўткир ва сурункали ялиғланиш жараёни ҳисобланади. Бачадон бўйни паталогиясини даволашда ҳар хил турдаги: медикаментоз (ялиғланишга қарши, гормонал ва бошқа даволанишлар), деструктив (кўрсатмага биноан бачадон бўйни диатермокоагуляцияси, диатермоэксцизияси, криодеструкцияси, лазерокоагуляцияси) ва аралаш усуллардан фойдаланилади.

Охирги йилларда бачадон паталогиясини даволашда энг кўп тарқалган даволаш усули бу- лазер билан даволаш усули саналиб келинмоқда. СО₂- лазернинг қўланишга хос кўрсатмалар (Зуев В.М. 1988): эктропион, посткоагуляцион синдром; бачадон бўйни ва қин лекоплакияси; I – II даражали бачадон бўйни дисплазияси; бачадон бўйининг ўткир учли папилломаси; бачадон бўйни ва қиннинг ретенцион кистаси; бачадон

бўйни ва қиннинг чандиқли деформацияси; атрезия, цервикал канал стенози; бачадон бўйни эндометриози ҳисобланади.

Шундай қилиб, замонавий адабиётда ҳалигача миомаси бор беморларда бачадон бўйни касалликларининг частотаси, бачадон миомасининг бачадон бўйни ҳолатига таъсири, бачадон миомасининг бачадон бўйни патологияси билан бирга келиши ҳақида аниқ маълумот берилмаган. Кўпчилик тадқиқотлар асосан бачадон миомаси бор беморларнинг бачадон бўйни патологиясининг аниқ бир аспекти устида олиб борилган. Бачадон бўйни ривожланишининг паталогик жараёнлари нуқтаи назаридан субтотал гистерэктомиянинг натижалари кераклича ўрганилмаган. Миомаси бор аёлларда бачадон бўйни касалликлари структураси ва уларни олиб бориш тактикаси чуқур ўрганилмаган.

Мана шу маълумотларнинг ҳаммаси қуйидаги тадқиқотни ўтказишга туртки бўлди.

II-БОБ

МАТЕРИАЛЛАР ВА ТЕКШИРУВ УСУЛЛАРИ

2.1 Текширилган аёллар клиник характеристикаси.

Назорат остида ёши 26 дан 55 гача бўлган, ўртача ёши $37,3 \pm 0,8$ ёшни ташкил қиладиган икки гуруҳдаги бачадон миомаси мавжуд 100 та бемор аёл таҳлил қилинди.

1 гуруҳга- бачадон миомаси жарроҳлик йўли билан даволанган 70 та аёл:

2 гуруҳга- бачадон миомаси билан диспансер назоратида кузатиладиган 30 та аёл ташкил қилди.

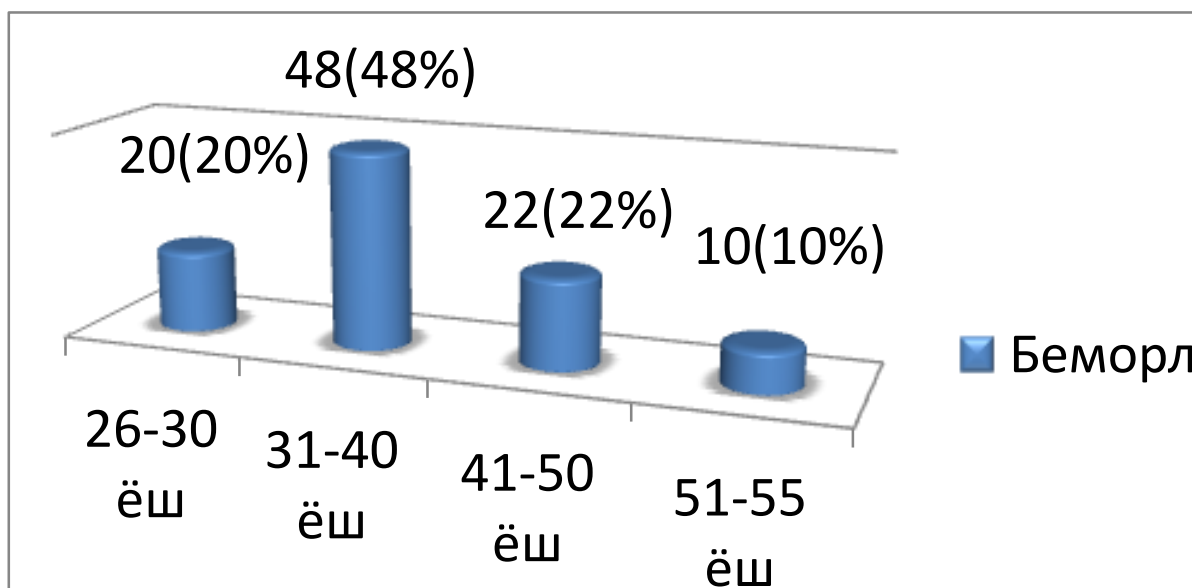
Назорат гуруҳини бачадон танасида патологияси йўқ ўртача ёши $38,2 \pm 0,8$ ёшда бўлган 25 та аёл ташкил этди.

Беморларни кўриқдан ўтказиш вақтида асосий урғу ананезида бачадон танаси ва бўйнида патологиянинг мавжудлигига қаратилди. Бемор томонидан қўлланилган контрацепция воситалари ва усуллари ҳам урганилди. Асосий эътибор беморларнинг шикоятларига қаратилди, бачадон танаси ва бўйни касалликларнинг ривожланиш омиллари кўриб чиқилди. Аввал ўтказилган муолажанинг самарадорлиги ниҳоятда чуқур ўрганилди.

Беморларнинг ўртача ёши $37,3 \pm 0,8$ ёшни ташкил қилиб, 26 ёшдан 55 ёшгача беморлар кўриқдан ўтказилди. 1-жадвалда беморларнинг ёшга қараб характеристикаси келтирилган.

1- жадвал

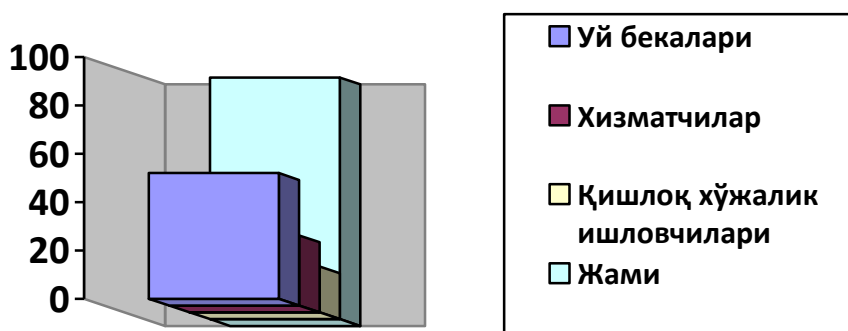
Беморларнинг ёшга қараб таснифланиши



Кўриқдан ўтказилган беморларнинг умумий сонидан 61 (61%)- шаҳарда яшовчи аёллар, 39 (39%) таси қишлоқда яшовчилар ташкил этди. Кўриқдан ўтказилганларнинг ижтимоий тузилиши 2 жадвалда кўрсатилган.

2- жадвал

Кўриқдан ўтказилган беморларнинг ижтимоий тузилиши



	Беморлар сони	%
Уй бекалари	52	52
Хизматчилар	29	29
Қишлоқ хўжалик ишловчилари	19	19
Жами	100	100

Кўриқдан ўтказилган аёлларни анамнез хулосалари шуни кўрсатадики, улар болаликда, усмирликда ва ўрта ёшда кўп касаллик ва жарроҳлик амалиётини бошдан кечирилган, II гуруҳдаги 30та аёлни текширилганда, улардан 25таси ёшлигида юқумли касалликлар билан оғригани маълум бўлди.

1-гуруҳда юқумли касалликларни 66та бемор (94,3%) бошидан кечирган.

Назорат гуруҳидаги 25та бемордан 19 таси (76%) болаликда юқумли касалликлар билан касалланган. Аввалда экстрагенитал касалликлар билан касалланганлар ўрганилаётган ҳамма гуруҳларга кўрсатилган: 1 гуруҳда 70 та бемордан 61 таси (87,1%);

2-гуруҳда 30та беморлардан 25 таси (83,3%) анамнезида экстрагенитал патологияни бошидан кечирган; назорат гуруҳида бу кўрсаткич 25та бемордан 9 тасида (36%) намоён бўлган. 3-жадвалда асосий экстрагенитал касалликлар билан касалланганлар ҳақида маълумот кўрсатилган.

3- жадвал

Кўриқдан ўтказилган беморларда касаллик кўрсаткичлари

Касалликлар	II гуруҳ (n=30)		I гуруҳ (n=70)		Назорат гараҳи (n=25)	
Камқонлик	10	23,3	57	81,4	7	35
Юрак қон томир системаси гипертоник касаллик ИБС томир	6	20	13	18,5	1	5

касалликлари						
Сийдик чиқариш системаси сурункали цистит, уретрит теллонефрит	3	10	6	8,5	1	5
Нафас олиш органлари сурункали бронхит бронхиал астма	2	6,6	-	-	-	-
Овқат хажм қисми органлар гастрит ошқозон яраси касаллик холецистит энтероколит	4	13,3	3	4,2	-	-

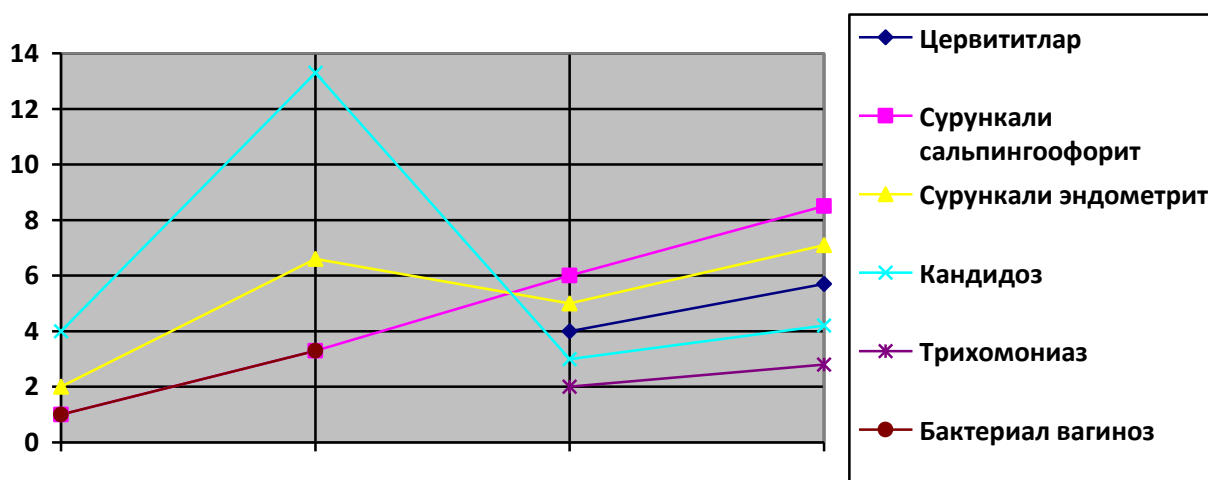
16 (16%) аёллар олдин акушер ва гинекологик касалликлар туфайли турли хил оператив амалиётларни бошидан кечирган булар: тухумдон кистаси (4); найдаги ҳомиладорлик бўйича (4); тухумдон апоплексияси бўйича (2); кесар кесиш операцияси (2), I гуруҳдаги 1 та аёлда ва II

гуруҳдаги 3 та аёлда консерватив миомэктомия операцияси ўтказилган. Текшириш натижалари шуни кўрсатадики, учта гуруҳдаги аёлларнинг 35 тасида (35%) ўткир аппендицит ва холецистит операциялари ўтказилган.

Кўрик давомида шу нарса аниқландики, 1 ва 2 гуруҳдан 28та беморда (28%) гениталий паталогияси мавжуд бўлиб, улардан ярми гениталийнинг сурункали ялиғланиш жараёнидир. Аниқроғи, уларда гениталийнинг ялиғланиш касалликлари асосий касаллик (бачадон миомаси) аниқлангандан олдин ташхис қўйилган. Беморларнинг бошидан ўтказган инфекцион-ялиғланиш касалликлари ҳақида маълумот 4-жадвалда келтирилган.

4- жадвал

Беморларнинг бошидан ўтказган инфекцион- ялиғланиш касалликлари



Касалликлар	I гуруҳ (n=30)		II гуруҳ (n=70)	
	Нисбий	%	Нисбий	%
Цервититлар	-		4	5,7
Сурункали сальпингоофорит	1	3,3	6	8,5

Сурункали эндометрит	2	6,6	5	7,1
Кандидоз	4	13,3	3	4,2
Трихомониаз	-		2	2,8
Бактериал вагиноз	1	3,3	-	

Аввалда беморларда учраган юқумли- ялиғланиш гинекологик касалликлари:

Афсуски, ҳозирги замон ташхислашга имконият йўқлиги натижасида, биз папиломавирус, герпетик ва цитомегаловирус инфекциялари частотаси тўлиқ ва аниқ маълумот олмадик.

Иккита гуруҳдаги 67та беморда (67%) аввалдан бачадон бўйни паталогияси мавжудлиги маълум бўлди.

Ҳайз функциясининг таҳлили шуни кўрсатадики, кўрикдан ўтказилган аёлларда менархенинг ўртача ёши $15,5 \pm 3,5$ ёш бўлиб 12 дан 16 гача бўлган оралиқни ташкил этган. 12-14 ёшдаги менархе 55та беморда (55%), 15 ёш ва ундан катта ёшда 26 (26%) та бемор ва 19 беморда (19%) ҳайзнинг эрта келиши кузатилган. Шундай қилиб, 45% кўрикдан ўтказилган беморларда ҳайз функциясида ўзгаришлари кузатилиб ва шу ҳолат жинсий етилиш даврида гипоталамус - гипофиз- тухумдон- бачадон системасида бузилишларга сабаб бўлган. 56та беморда (56%) жинсий ривожланиш даврида ҳайз ўртача қон кетиш билан кузатилса, 18 беморда (18%) кўп қон кетиш ҳолати кузатилган, 14та беморда (14%) қон кетиш кам миқдорда ва 8та беморда (8%) -оғриқли ҳайз қон кетиш ҳолати кузатилган. Аёл умри давомида, айниқса репродуктив ёшда, менструал қон

кетиш характери ўзгарган, 68та (68%) беморда ҳайз кўп қон кетиш ва қон лаҳталари билан келиш кузатилган бўлиб ўн кундан ортиқ давом этган, яъни гиперменструал синдром кузатилган. Яна шу нарса фикрни ўзига жалб қиладики, 38та (38%) аёлда, ўртача гинекологик патология кузатилгандан олдин ўртача 2,2йил илгари номунтазам ва кўп қон йўқотишли менструациялар кузатилган. Гинекологик патология аниқлангач, бу патологик жараён 58% беморда янада яққол кўрина бошланди.

Кўриқдан ўтказилганларнинг кўпчилигини менструация характери вужудга келган гинекологик патологияга боғлиқ бўлган. Миоматоз тугунларнинг мушаклар орасига жойлашувида 40та аёлда (40%)-гиперменструация синдром кузатилган. Шиллиқ остида жойлашган миоматоз тугунли 23та аёлнинг ҳаммасида, менструацияси кўп миқдорда қон кетиш билан бирга, ациклик ва оғриқли кузатилган. 18та беморда (18%) бачадон миомасининг кўп сонли аралаш формаси худди шундай белгилар билан аниқланган. 9 беморда бачадон миомаси генитал эндометриоз билан биргаликда кечган. Уларда оғриқли белгилар кўп қон кетиши ва узоқ давом этувчи ҳайз билан бирга намоён бўлган.

5та беморда жинсий ҳаёт ва 10та аёлда 1 тадан ортиқ жинсий партнёри бўлган, 3та бемор умуман жинсий алоқада бўлмаган, шундай қилиб, 18% беморда жинсий алоқанинг кеч бошланиши ва доимий бўлмаган ҳолатда эканлиги аниқланди.

Репродуктив функция таҳлили шуни кўрсатдики, биринчи гуруҳда бирламчи бепуштлиқ 4та (13,3%), иккиламчи бепуштлиқ 3та (10%) беморда белгиланган. 8та (26,6%) беморнинг анамнезида 1 дан 6 тагача бола олдириш (аборт) ҳолати кузатилган. Кузатув остида анамнезида 3 тадан ортиқ туғруқ ҳолати мавжуд 8та бемор (26,6%) ва 7та аёл (23,3%) 1 тадан 5 тагача сунъий аборт қилган. Шундай қилиб, оператив амалиётга

муҳтож бўлмаган аёллар анамнезида кўп сонли сунъий ва ўз-ўзидан содир бўлган абортлар сони юқори бўлган.

Иккинчи гуруҳда бирламчи ва иккиламчи бепуштлиқ билан 15та (21,4%) аёл ташкил қилган. Бу гуруҳдаги ҳомиладорлик ва туғруқ сонлари ҳақидаги маълумот 5-жадвалда намоиш этилган

5- жадвал

Кўрикдан ўтказилганларнинг акушерлик анамнези

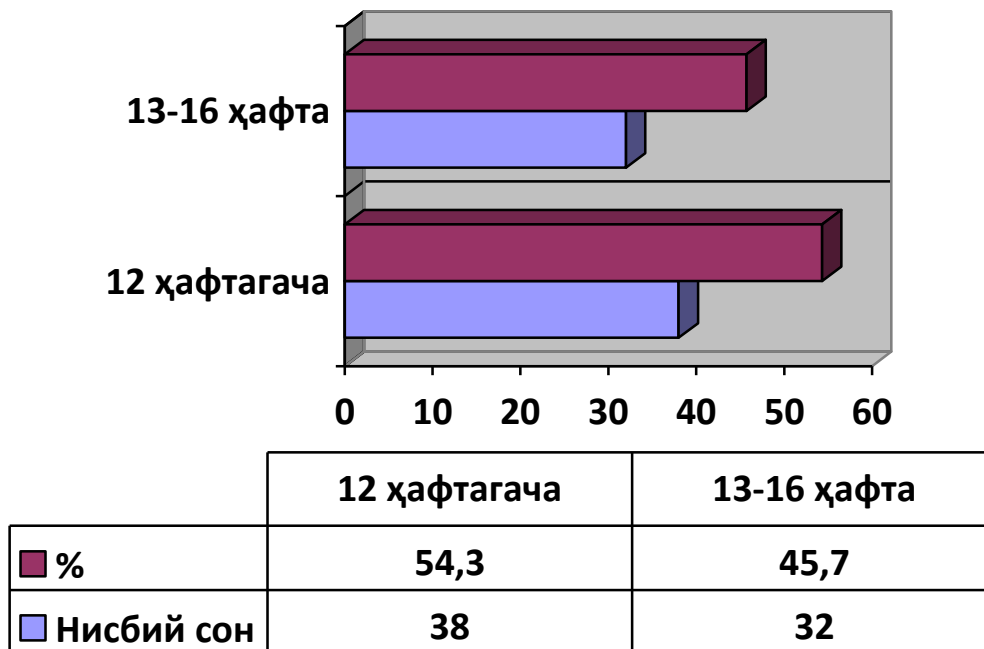
Кўрсаткичлар	Нисбий	%
Туғруқлар		
1	12	9,6
2-3	88	70,4
3тадан кўп	25	20
Бола олдириш суний йўл билан		
2-4	92	73,6
4 тадан ортиқ	8	6,4
Кесарча кесиш	11	8,8
Акушерлик қисқичлари	7	5,6
Қон кетиш	10	8
Эклампсия и преэклампсия	6	4.8
Туғруқдан сўнг ва бола олдиришдан сўнг септик асоратлар	8	6,4

Операциядан олдин беморлардаги асосий шикоятлар: қон кетиш (64-64%), улардан 33 (51,6%) тасида даврий, 31 тасида (48,4%) даврий бўлмаган қон кетиш, оғриқ (35-35%), қўшни органларнинг қисилиши белгилари (32-32%). Бачадон миомаси мавжуд 8та (8%) беморда касаллик клиник белгиларсиз ўтган, фақатгина ўсманинг катталиги сабабли уларда жарроҳлик операцияси ўтказилган.

6-жадвалда кўриқда гистерэктомия даврида беморлар бачадоннинг ўлчамлари берилган. Кўриниб турибдики, шу пайтда бачадон ўлчамлари 13-16 ҳафталик ҳомиладорликни ташкил этган. 12 ҳафталик ҳомиладорлик ўлчамидаги бачадон миомаси билан 35 ёшгача бўлган беморлар операция қилинган.

6- жадвал

Операция қилинган беморларнинг бачадон ўлчами



7-жадвалда ўтказилган жарроҳлик операциялар ҳажми кўрсатилган. 70та беморларнинг ҳаммасида гистерэктомия операцияси билан бирга бачадон ортиқларида ҳам жарроҳлик амалиёти ўтказилган. Тухумдонларнинг кистозли ўзгаришларда- 24та беморда, тухумдонлар

кистаси ва кистомаларда -17та аёлда, тухумдон эндометриозида -9та касалда, кичик чанок чандикли жараёнларда -20та касалда оператив амалиётлар ўтказилган.

7- жадвал

Жарроҳлик операциялар ҳажми

Жарроҳлик номи	Беморлар сони	%
Бачадон суправагинал ампутацияси		
А) Бир томонлама ортиқлари билан	10	14,3
Б) Икки томонла ортиқлари билан	14	20
В) Ортиқларсиз	2	2,8
Гистрэктомия:		
А) Бир томонлама ортиқлари билан	17	24,3
Б) Икки томонла ортиқлари билан	24	34,3
В) Ортиқларсиз	3	4,3
Жами	70	100

Жарроҳлик операциясининг ўтказилиш ҳажми бир қатор кўрсатмалар: беморлар ёши, бачадон ўлчами, бачадон бўшлиғини диагностик қиришдаги эндометрий ҳолати, бачадон бўйни ва бачадон ортиқлари ҳолати орқали аниқланган.

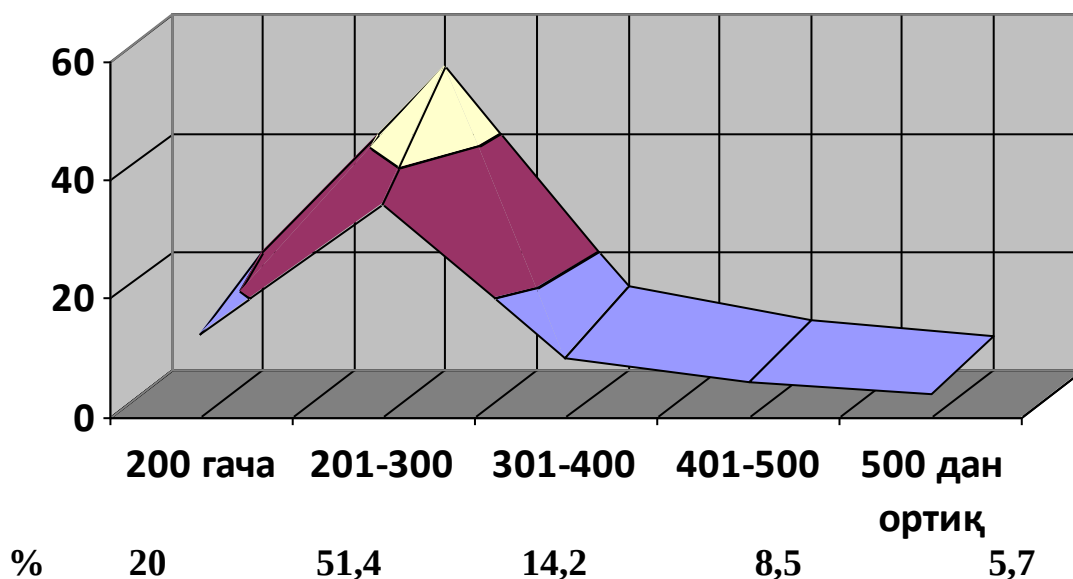


35 ёшгача бўлган беморларда асосан бачадон ампутацияси ўтказилган. Асосий радикал жарроҳлик асосан 36 ёш ва ундан катталарда ўтказилган.

Операциядан олдинги тайёргарлик жараёнида ҳамма беморда комплекс текширув ўтказилган: қон ва сийдикнинг клиник ва биокимёвий таҳлили, қин ажралмасининг таҳлили, қон гуруҳи ва резус- мослигининг аниқланиш таҳлили, кўкрак қафаси органларининг рентгеноскопияси, электрокардиография. Жарроҳликдан олдин ҳамма беморлар терапевт ва анестезиолог кўригидан ўтказилган.

Жарроҳлик йўли билан даволашга кўрсатмалар қўйидагича бўлган: гиперменструал синдром туридаги менструал цикл бузилиши ациклик қон кетиш, бачадон миомасининг катта улчамлари ёки тез суратларда ўсиши, ички ва ташқи эндометриоз, эндометрийнинг аципик гиперплазияси. Жарроҳликнинг амалиёти ўртача давомийлиги $60,0 \pm 20,5$ дақиқани ташкил қилган. Жарроҳлик амалиёти пайтида қон кетиш гравиметрик усулда ўрганилган. 8-жадвалда жарроҳлик пайтида қон йўқотиш миқдори ҳақидаги маълумотлар ёритилган.

8- жадвал

Жарроҳлик пайтида беморларда қон кетиш ҳажми

Ҳамма беморларда қон йўқотиш тезда бартараф этилган. Жарроҳликдан сўнги давр 62та (88,6%) беморларда силлиқ кечган. 8та беморда асоратлар пайдо бўлган: (2- 2,9%) беморларда ўпка ялиғланиши (пневмония), (68,5%) беморларда қорин бўшлиғи олди деворларидаги чок очилиши. Жарроҳликдан кейинги стационар даволаниш ўртача $3,2 \pm 2,5$ кунни ташкил этган. 3та бемор чок очилиши сабабли яшаш жойига даволанишга жўнатишган.

Шундай қилиб биз, бачадон миомаси жарроҳлик йўли билан даволанган 70та гинекологик беморни кўриқдан ўтказдик. Ҳамма ҳолатларни бирлаштирувчи факт -бу гистерэктомия операцияси ҳисобланади. Ҳамма беморларда нохуш преморбид асосий касалликнинг кўзга кўрилган белгилари, экстрагенитал патология мавжуд бўлган. Ҳамма беморларда типик гинекологик жарроҳликлар ўтказилган. Кўпчилик беморларда жарроҳликдан кейинги давр асоратларсиз кечган. Жавоб бериш даврида беморларнинг ҳолати қониқарли деб баҳоланган.

2.2 Бачадон бўйнини махсус текшириш усуллари.

Кенгайтирилган кольпоскопия.

Бачадон бўйни, қин ва вулванинг ҳолатини кўриш ва ревезияси бўлиб, бунда бачадон бўйни эпителиал қавати микроскоп остида 15 марта катталаштириб кўрилади. Кольпоскопия “Leisegang” кольпоскопи орқали кўрилади, бунда эпителиал қават ҳолати 15 марта катталаштирилган ҳолатда бажарилади. Кенгайтирилган кольпоскопия умум қабул қилинган методика бўйича ўтказилди: бачадон бўйни шиллиқ қаввати аввалига ишлов берилмасдан, кейин 3% сирка кислотаси билан ишлов берилиб, охирида 2% люголь (Шиллер пробаси)нинг сувли эритмаси ёрдамида текширилади. Кольпоскопик суртмаларни баҳолаш учун биз 2003й Барселонада бачадон бўйни паталогияси ва кольпоскопияни ўрганувчи халқаро кольпоскопик ассоциацияси (ташкилот) томонидан қайта кўриб чиқилган халқаро кольпоскопик терминологиядан фойдаландик. (9-жадвал)

9- жадвал

Оценка кольпоскопических картин

НОРМАЛ КОЛЬПОСКО ПИК ТАСВИР	АНАРМАЛ КОЛЬПОСКО ПИК ТАСВИР	ҚОНИҚАРСИЗ КОЛЬПОСКО ПИЯ	БОШҚА ТАСВИР	ЎСМАГА ГУМОН КОЛПОСКОПИ К ТАСВИР
- кўп қаватли ясси эпителий асл кўриниши - Цилиндрик эпителий - трансформация зонаси (ЗТ)	- Ацетобел эпителий - Пунктация - Мозаика - Йод-негатив зона	Эпителий бирикиши имкони йуқ Кўринади: а) травма б) ялиғланиш жараёни	- Кондилома - Кератоз - Эрозия (отсутствие покровного эпителия, т.е. истинная эрозия)	Бир хил бўлмаган юза эрозия, изъязвление зич ацетобел эпителий - Широкая неоднородная пунктуация и мозаика

	- Атипик томирлар	в) атрофии г) бачадон бўйни йўқ	-ялиғланиш - Атрофия (обусловленная гипоэстрогение й) - Децидуоз) - Полиплар	
--	----------------------	---	--	--

Цитологик тадқиқот учун материал цервикал канал, ўтиш зонаси ва эндроцервиксининг устки қисмидан олинади. Таёрланган суртмалар НИКОФОРОВ (1:1 мостликдаги спирт ва эфир) аралашмасига 20 дақиқа ёрдамида қотирилади. Преператларга Папаниколау услуби асосида бўёк берилади: гемотоксилин бўёғи, фосфорли вольфрам кислотаси ва сабзиранг G, кейин яшил, жигарранг бисмарк ва Y эозин билан бўялади.

Цитологик тадқиқотнинг натижаларини баҳолаш учун Папаниколау классификациясидан фойдаланди. Натижада 1-синф учун нормал хужайра асосли цитограмма хос, 2-синф учун морфологик ўзгарган эпителиал хужайралар хос бўлиб, унда ядронинг катталашган ҳолатида ёки метаплазиялашган эпителий хужайраларнинг пайдо бўлиши намоён бўлади, 3-синфда яққол морфологик ўзгарган ядроларнинг пайдо бўлиши “дискариоз” дейилади, 4-синф атипик хужайраларнинг пайдо бўлиши билан характерланса, 5-синф саратон касаллигини мусбат баҳоланиши сифатида тақсимланади. Бачадон бўйни биоптатлари ва чуқур жойлашган ўсмаларнинг морфологик тадқиқотлари патоморфология лабораториясида ўтказилди.

Ультратовушли тадқиқот.

Ультратовушли тадқиқот ҳамма беморларда бачадон ўлчамларини аниқлаш мақсадида ўтказилди. Асосий эътибор миоматоз тугунларнинг борлиги, жойлашуви ва ўлчамига қаратилган эди.

Биз томонда бачадон миомаси мавжуд беморларда дифференцион ва поғонама поғона кўрикдан ўтказиш усули тавсия этилган бўлиб, бачадон миомаси мавжуд бўлганда бачадон бўйни патологиясини даволашга кўйидагича ёндашув таклиф этилади:

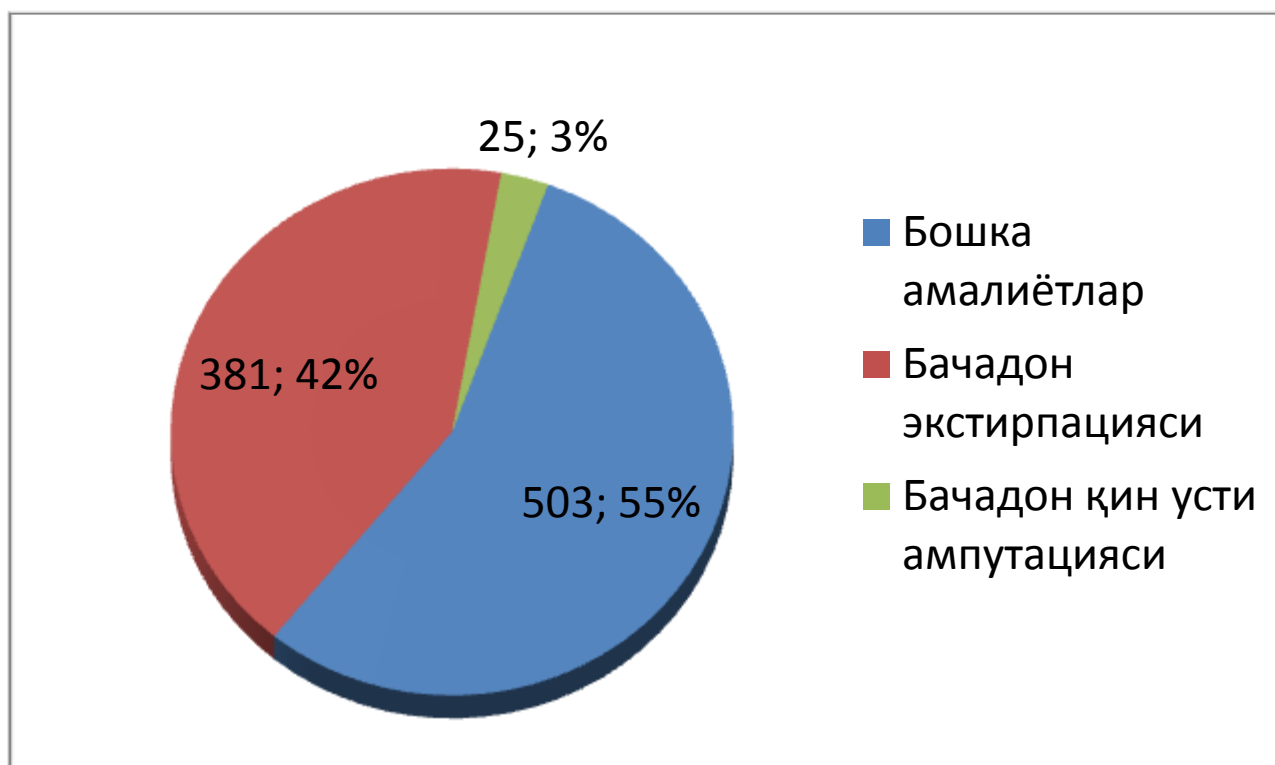
- Гинекологик кўрик
- УТТ (ГСГ ГС эндометрит биоспияси)
- Ташхис мақсади.
- Динамикани кузатиш.
- Суртманинг цитологик тадқиқоти ва кольпоскопия.
- Бачадон бўйни паталогияси аниқланганда бачадон бўйни биопсиясини ўтказиш ва биоптатни морфологик тадқиқотдан ўтказиш.
- Бачадон миомасини радикал жарроҳлик йўли билан даволаш лозим бўлганда ва бачадон бўйни паталогияси аниқланганда пангистерэктомия усулини қуллаш лозим.
- Жарроҳлик йули билан даволанишга муҳтож бўлмаган бачадон миомасини ва репродуктив ёрдам аёлларда бачадон бўйни паталогик жараёнлари аниқланганда кўйидаги усулларни қуллаш мумкин:
 - бачадон бўйни (яхши сифатли) жараёнларида лазерли коагуляция,
 - яллиғланишли касалликлар диагностикасида цервицитларда қабул қилинган умумий стандартга мос кинниг юкумли яллиғланиш касалликларини этиотроп даволаш.

III БОБ

ТЕКШИРИШ НАТИЖАЛАРИ

3.1. Бачадон миомаси билан операция қилинган аёллар касаллик тарихининг репроспектив таҳлили.

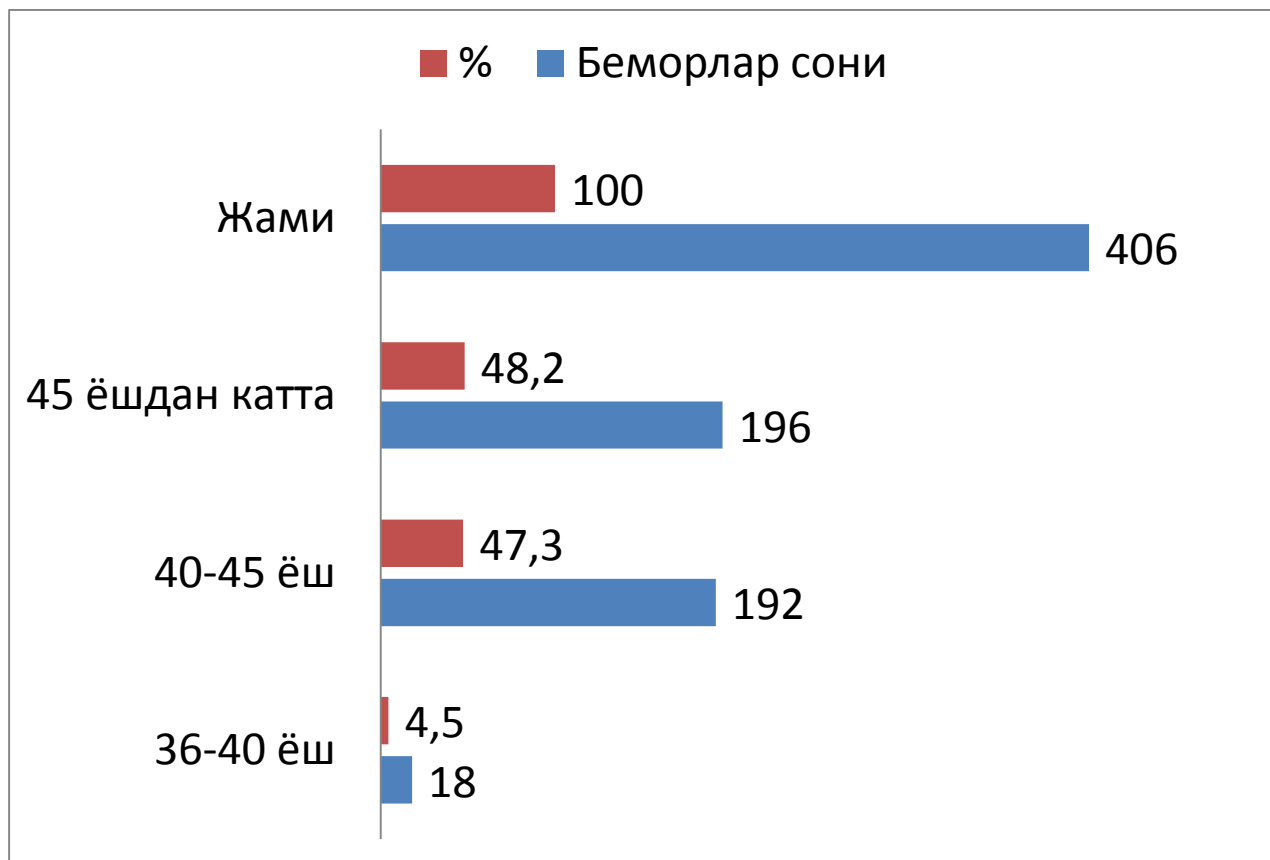
Репроспектив таҳлилга 2008-2012йил давомида №2 туғруқ комплексида бачадон миомаси билан операция қилинган 406 беморларнинг касаллик тарихи ўрганилди. Шу давр мобайнида гинекология бўлимида 809та жарроҳлик ўтказилган бўлиб, бачадон миомаси билан қилинган жарроҳлик 50,2% ташкил қилган. Оператив жарроҳлик ҳажми бўйича 381та (93,9%) беморда бачадон экстирпацияси, 25та (6,1%) беморда бачадон қин усти ампутацияси ўтказилган. Бу давр мобайнида консерватив миомэктомия ўтказилмаган.



Беморларнинг ўртача ёши $40,3 \pm 2,1$ ёшни ташкил қилиб, 36 ёшдан 47 ёшгача бўлган беморларнинг ёшга қараб таснифланиши 10-жадвалда кўрсатилган.

10-жадвал

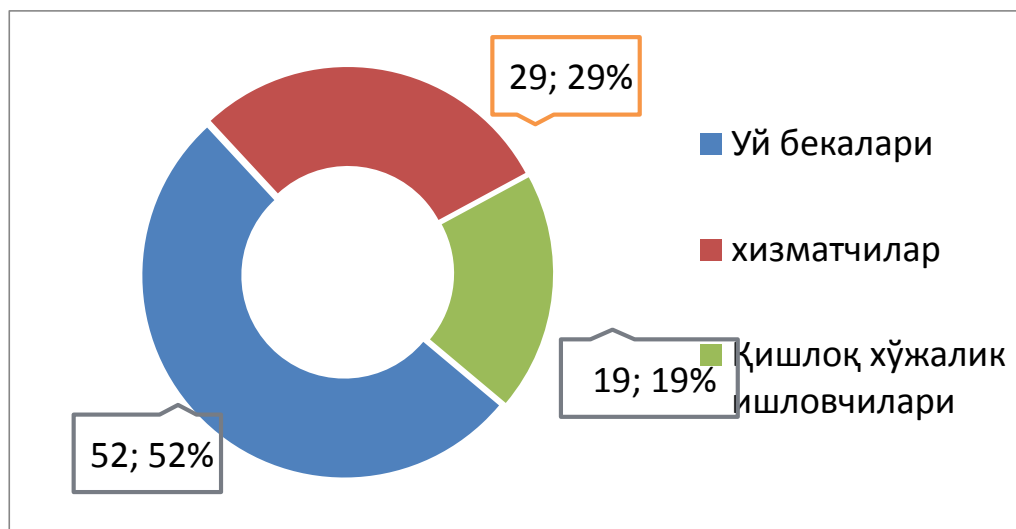
Беморларнинг ёшга қараб таснифланиши



Кўриқдан ўтказилганларнинг умумий сонидан 310 таси (76,4%) шаҳар аҳолиси, 96 таси (23,6%) қишлоқ аҳолиси бўлган. Кўриқдан ўтказилганларнинг ижтимоий тузилиши 11-жадвалда намоиш этилган.

11-жадвал

Кўриқдан ўтказилган беморларнинг ижтимоий тузилиши



Кўриқдан ўтказилган аёлларнинг анамнези шуни кўрсатадики, улар болаликда, ўсмирликда ва ўрта ёшда кўп сонли касаллик ва жарроҳликларни бошдан кечирган (12-жадвал). Сўзсизки, бундай омилларнинг организмга таъсири жавобсиз қолмаган.

12-жадвал

Текширилаётган беморларда касалланиш кўрсаткичлари

Кўрсаткичлар	Беморлар сони	%
Болалар касалликлари	399	98,3
Катта ёшдаги инфекцион касалликлар	406	100

Юрак қон- томир касалликлари	88	21,7
Нафас олиш аъзолари касалликлари	91	22,4
Сийдик ажратиш тизими касалликлари	107	26,3
Эндокрин касалликлар:	74	18,2
Қалқонсимон без дисфункцияси	23	5,6
Қандли диабет	25	6,2
Семириш	26	6,4
Ошқозон ичак тизими касалликлари	68	16,7

Текширилган ҳар учунчи яъни 123та 30,2% аёлда гинекологик касалликлар ва акушерлик ҳолатлар: тухумдон кистаси (20), най ҳомиладорлиги (31), тухумдон апоплексияси(31), кесар-кесиш (38), консерватив миомэктомия(3), сабабли ҳар хил жарроҳликлар ўтказилган. Бундан ташқари 127та беморда (31,3%) ўткир аппендицит ва холецистит борасида оператив амалиёт ўтказилган. 341та беморда (84%) кўрик пайтида гениталий патологияси борлиги аникланди, улардан ярмида-гениталий жараёнининг сурункали ялиғланиши бўлиб, у орган олиб ташлангандан куйин гистологик тадқиқотда аниқланган. Табиийки, жинсий аъзоларнинг ялиғланиш касалликлари бачадон миомаси аниқлангандан олдинроқ аниқланган.

13-жадвал

Кўриқдан ўтказилган беморларда гинекологик касалликлар (анамнези асосида)

Касалликлар	Беморлар сони	%
Сурункали эдометрит	104	25,6
Сурункали аднексит	58	14,3
Тухумдон кистомаси ва кисталари	20	4,9
Найдаги ҳомиладорлик	31	7,6
Тухумдон апоплексияси	31	7,6
Жами	244	60

Ҳайз функциясининг таҳлили шуни кўрсатдики, кўриқдан ўтказилган аёлларда менархе ўртача $14,3 \pm 3,7$ ёшда бошланиб, 11 ёшдан 17 ёшгача даврни ўз ичига олган. Менархе 11-12 ёшда 49та (12%) беморда, 13-15 ёшда 226 (55,7%) беморда ва 131та бемор (32,3%) 15 ёшдан кейин ҳайз функциясининг бошланишини бошдан кечирган. Шундай қилиб, 44,3% кўриқдан ўтказилган беморлар ҳайз функцияси бузилишларига дучор бўлган ва бу жинсий ривожланиш даврида гипоталамус-гипофиз-тухумдон-бачадон системасида манфий ўзгаришларига сабаб бўлган. Жинсий ривожланиш даврида 320та беморда (79%) ҳайз даври кам қон кетиш, 32та беморда (7,9%) кўп қон кетиш 19та беморда (4,6%) ритмик бўлмаган ва 35та беморда (8,5%) оғриқли ҳайз даври кузатилган. Бутун ҳаёти давомида, асосан репродуктив ёшда ҳайз қон кетиш характери ўзгарган, 233та беморда (57,3%) қон парчалари

мавжуд кўп қон кетиш кузатилган ва бу ҳайз даври 7 кундан кўпроқ давом этган ва гиперменструал синдром белгилари билан намоён бўлган. Яна бир факт фикрни ўзига қаратадики, 131та (32,2%) беморда гинекологик патология белгилари фош этилмасдан, ритмик бўлмаган кўп қон кетиш ҳайз даври кузатилган. Гинекологик патология фош этилгандан кейин ва гистерэктомия ўтказилгандан сўнг бу ўзгаришлар 240та (59,1%) беморда аниқроқ кўрина бошланган.

Кўрикдан ўтказилганларнинг ҳайз кўриш характери фош этилган гинекологик патологияга боғлиқ бўлган. Ўрганилган 406та касаллик тарихидан 215(53%)та беморда бачадон миомасидан 215(53%)та беморда бачадон миомасининг аралаш формаси, 129та (32%) беморда интерстициал формаси, 62та (15%) беморда бачадон субмукоз миомаси формалари борлиги аниқланган. Миоматоз тугунларининг мушак орасидан локализация даврида ҳамма беморларда кўп қон кетиши белгиланган ва бу қон кетиши ҳар хил даражадаги анемия (камқонликка)га олиб келган. 62та беморларнинг (15%) ҳаммасида бачадон миомаси тугунларининг шиллик ости локализацияда ҳайз фақатгина кўп қон кетиш билан эмас, балки ациклик оғриқ белгилари билан бўлиб ўтган. Бачадоннинг кўп сонли миоманинг аралаш формасида беморларда ўзига хос симптоматика мавжуд бўлиб, 50та беморда (12,3%) қўшни органлар қисилиши мавжуд бўлган, 39та беморда (9,6%) оғриқ синдроми кузатилган.

Жинсий алоқанинг кеч бошланишини (30ёшдан кейин) 77та бемор (19%) бемор қайд этган бўлса, 7та бемор (1,7%) ҳеч қачон жинсий муносабатда бўлмаган, 20та бемор (4,9%) доимий равишда жинсий муносабатда бўлмаган ва 12та бемор (3%) жарроҳлик пайтида ажралиш ёки турмуш ўртоғи вафоти сабабли жинсий алоқада бўлмаган. Шундай қилиб 28,6% бемор жинсий муносабатининг кеч бошланиши ёки доимий бўлмаган жинсий муносабатда бўлган.

Репродуктив функция таҳлили шу нарсани кўрсатдики, бирламчи бепуштлиқ 32та (7,8%) ва иккиламчи бепуштлиқ 56 (13,8%) та беморда аниқланган. 117та (28,8%) беморнинг анамнезида 1 тадан 5 тагача ўзидан-ўзи аборт бўлганкузатилган. 113та (27,8%) беморнинг анамнезида 3 тадан кўп туғруқ бўлган ва 118та (29%) беморнинг анамнезида 1 тадан 7 тагача сунъий бола олдириаборт кузатилган. Шундай қилиб, бачадон миомаси билан касалланган беморларнинг анамнезида кўп сонли сунъий бола олдириш ҳолатлари ўтказилган.

Беморларнинг жарроҳликдан олдин асосий шикоятлари қўйидагича: қон кетиш 243 (60%), улардан даврий қон кетиш(циклик) -130 (53,5%), даврий бўлмаган қон кетиш (ациклик) тури -113 (46,5%), оғриқ -203 (50%), кўшни органларни қисиши белгари -90 (22,1%), 45та беморларда (11%) бачадон миомаси касаллик клиник кўринишларсиз кечган, жарроҳликда уларни етаклаган нарс-бу ўсманинг катта ўлчамлари бўлган.

14-жадвалда гистерэктомия пайтида кўрикдан ўтказилган аёлларнинг бачадон ўлчами ҳақида маълумот берилган. Жадвалдан кўриниб турибдики, кўпчилик беморларнинг бачадон ўлчами 12 ҳафталик ҳомиладорликгача бўлган ва бу кўпчилик шифокорларнинг бачадон миомасини даволашда консерватив усуллардан тўғри фойдаланмаганлигидан далолат беради.

14-жадвал

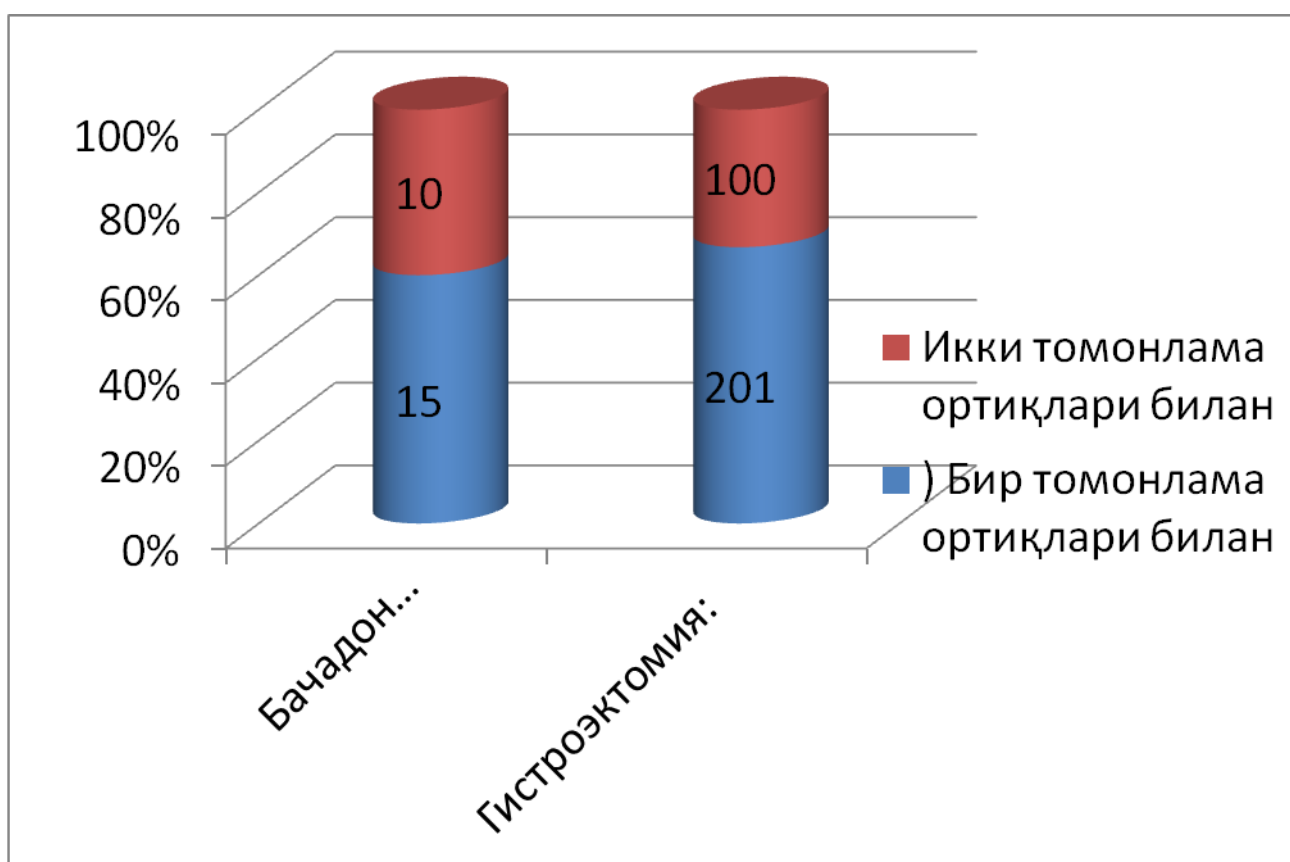
**Жарроҳлик операциясини бошдан кечирган
беморларнинг бачадон ўлчами**

Бачадон ўлчами	Беморлар сони	
	Нисбий сон	%
12 ҳафтагача	232	57,2
13-16 ҳафта	174	42,8

15-жадвалда ўтказилган жарроҳликлар ҳажми ҳақида маълумот берилган. 50та беморнинг ҳаммасида гистерэктомия билан биргаликда бачадон ортиқларда ҳам жарроҳлик ўтказилган. Кичик кистали ўзгаришли тухумдонлар 14та беморда, тухумдон кистаси ва киста 17та беморларда қайд қилинган.

15-жадвал

Жарроҳлик операциялар ҳажми



Жарроҳлик операциясининг ҳажми бир қатор комплекс кўрсатмалар асосида аниқланди, булар: беморларнинг ёши, бачадон ўлчами, бачадон бўшлиғидаги диагностик қиришдаги эндометрий ҳолати, бачадон бўйни ва қўшимча қисмлар ҳолати.

Жадвалдан кўриниб турибдики, 326 (80%)та беморда бачадон ортиқларини олиб ташлаб борасида жарроҳлик ўтказилган. Касаллик тарихи маълумотларига кўра бачадон ортиқларининг олиб ташлашга кўрсатмалар кўйидаги ҳолатларда бўлган: тухумдонда кичик ҳажимдаги кисталарнинг қайта пайдо бўлиши (168та ҳолатда), тухумдондаги эндометриод киста борлиги (41та ҳолат), бачадон ортиқларида ўсма борлиги (5та ҳолат), бачадон ортиқларида чандикли жараёни (5та ҳолатда) акс этган. Шундай қилиб, 219та беморда бачадон миомаси бачадон ортиқлари патологияси билан биргаликда қайд этилган. Қизиқ томони шундаки, 107та касаллик тарихида бачадон ортиқларининг олиб ташланиш сабаблари кўрсатилмаган.

Жарроҳликка таёргарлик жараёнида ҳамма беморларда қоннинг ва сийдикни клиник ва биохимик таҳлили, қиндан чиқадиган суюқлик, қон гуруҳи ва резус фактор, кўкрак қафаси органлари рентгеноскопияси ва электрокардиография таҳлиллари комплекс ўрганилган. Жарроҳликдан олдин ҳамма беморлар терапевт ва анестезиолог кўригидан ўтказилган.

Жарроҳлик кўрсатмалар кўйидагича бўлган: гиперменструал синдром ёки ациклик қон кетишли ҳайз функциясининг бузилиши, бачадон миомасининг катта ўлчами ёки миомани тез ўсиши сурати. Жарроҳлик давомийлиги ўртача 50 ± 25 дақиқани ташкил қилган. Жарроҳлик давридаги қон кетиш гравиметрик услубда ўлчанган. 16-жадвалда жарроҳлик пайтида қон кетиш ҳажми ҳақида маълумот кўрсатилган.

16-жадвал

Беморларда жарроҳлик пайтида қон кетиши ҳажми

Кўрсаткичлар	Қон кетиш (мл)да				
	200 гача	201-300	301-400	401-500	500 дан ортиқ

Беморлар сони	-	202	113	79	12
%	-	49,8	27,8	19,5	2,9

Ҳамма беморларда қон кетиш адекват тўлдирилган. Жарроҳликдан кейинги давр 369 (91%)та беморда силлиқ кечган, 8та беморда (1,9%) ўпка ялиғланиши, 3та беморда (0,7%) бачадон бўйни чўлтоғининг ялиғланиши, 26та беморда (6,4%) қорин бўшлиғи олд деворида чокларнинг очилиб қолиш ҳолати кузатилган.

Жарроҳликдан кейинги стационар даволаш ўртача $5,1 \pm 1,5$ кунни ташкил этган. 20та бемор тери чокларини очилиб қолиш ҳолати сабабли турар жойга даволашни давом эттириш учун касалхонадан жўнатилган, қолган беморлар қониқарли аҳволда уйига жўнатилган.

Ҳамма ҳолатларда олиб ташланган преператларнинг гистологик тадқиқоти ўтказилган ва бачадон миомаси ташҳиси тасдиқланган.

Шундай қилиб, биз бачадон миомаси сабабли 2-чи сонли туғруқ комплексининг гинекологик бўлимида жарроҳлик операцияси ўтказилган 406та беморнинг касаллик тарихини ўрганиб шундай хулосага келдик. Ҳамма беморларда нохуш преморбид асос мавжуд бўлиб, асосий касаликнинг симптомлари консерватив даволаш орқали даволанмаган. Баъзи аёлларда экстрагенитал патология ҳам мавжуд бўлган. Ҳамма беморларга типик гинекологик жарроҳликлар ўтказилган. Кўпчилик беморларда жарроҳликдан кейинги давр асоратларсиз кечган. Ҳамма беморларнинг ҳолати касалхонадаги чиқиш пайтида қониқарли бўлган.

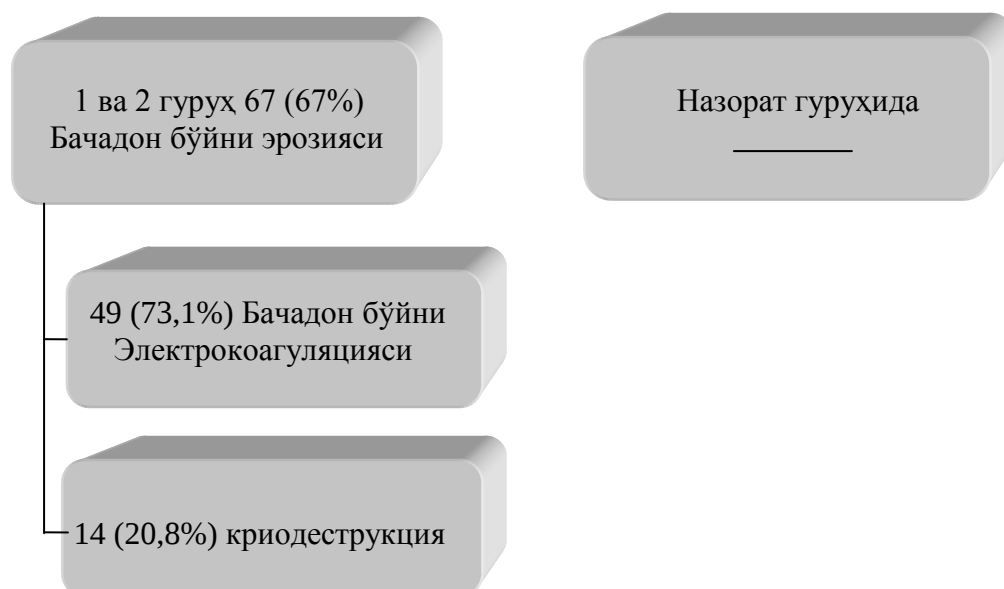
3.2. Проспектив гуруҳдаги беморларнинг гинекологик ҳолати.

Икки гуруҳдаги 100та беморларнинг ҳаммасида ва назорат гуруҳидаги 10та (40%) беморда бачадон бўйни патологияси кўрсатилган (маълумотлар келгуси материалда тўлалигича акс этирилган).

Объектив гинекологик тадқиқотда ҳамма беморларда ташқи жинсий органлар тўғри ривожланган. Уретра, парауретрал йўллар, кин олди катта безлар йўли патологик ўзгаришларсиз кечган 100 бемордан 12 тасида (12%) бачадон нормал ўлчамда қаттиқ, кам сонли миоматоз тугунли, 78та (78%) беморда бачадон ҳажми катталашган, миоматоз тугунлар сабабли бачадон танаси деформацияга учраган 22та беморда (22%) ўтказилган яллиғланиш жараёнининг қолдиқ кўринишлари сифатида чандиқлар қайд этилган. Назорат гуруҳидаги ҳамма беморларнинг бачадон ўлчами тўғри, фақатгина 3та бемор (12%) нинг анамнезида туғилган боланинг катта вазндалиги сабабли бачадон ўлчами озгина катталашган. УТТ маълумотлари бўйича бачадонда патология мавжуд бўлмаган. Назорат гуруҳидаги 6 та (24%) беморларда яллиғланиш жараёнидан қолган қолдиқ кўринишлари қайд қилинган.

Текширилаётган бачадон бўйни патологияси анамнези.

Олдин айтиб ўтганимиздек, 1ва 2-гуруҳдаги 67 (67%) та беморнинг анамнезида бачадон бўйни эрозияси бўлганлиги маълум бўлган ва уларда даволашнинг деструктив усули қўлланилган: 49 (73,1%) беморларда бачадон бўйни паталогик қисмининг электрокоагуляцияси ва 14 (20,8%) беморларда криодеструкция ўтказилган.



Назорат гуруҳидаги беморларда бачадон бўйни “эрозияси” сабали даволанишнинг деструктив усулларида фойдаланилмаган.

Ўрганилаётган бачадон миомали аёлларнинг анамнези.

1 гуруҳдаги аёлларда миома амбулатор ҳолатда ташхис қилинган. Шу сабабли улар яшаш жойида аёллар маслаҳатхонасида диспансер назоратида бўлган, ва улар гинекологик кўрик ва УТТ дан ўтказилган. Миоманинг тез суратларда ўсиш жараёни 3та (4,3%) беморларда кузатилган. Шу гуруҳдаги 31та бемор (44,2%) гормонал даволашни ўз ичига олган, миомани даволашга қаратилган консерватив даволанган. 4та бемор (5,7%) нинг анамнезида консерватив миомэктомия ўтказилганлиги ҳақида маълумот мавжуд. Касалликнинг давомийлиги $2,1 \pm 3,3$ йилни ташкил этган. Жарроҳлик даволанишига оид кўрсатмалар 2-бобда ёритилган.



Иккинчи гуруҳдаги 30та беморнинг ҳаммаси бачадон миомаси сабабли диспансер назоратида $1,5 \pm 2,1$ йил давомида турган, улардан 8 (26,6%) таси консерватив даволашни бошдан кечирган.

Назорат гуруҳидаги беморларда бачадон танасининг патологияси бўлмаган.

УТТ маълумотлари.

Биринчи гуруҳдаги 70та беморнинг ҳаммасида УТТ ердамида бачадон миомаси борлиги аниқланган.

- 57та беморларда (81,4%) 10дан 16 ҳафтагача хомиладорлик ҳолатидаги катта улчамдаги кўп сонли бачадон миомаси,

- 6та беморда (8,6%) бачадон миомасининг аденомиоз билан бирга учраши;

- 7та беморда (10%) кичик ўлчамли бачадон миомаси;

- 3та беморда (4,2%) -бачадон бўйни миомаси;

2та беморда (2,8%) бачадон танаси ва бўйни миомаси.

2-чи гуруҳдаги ҳамма беморларда бачадон танаси 4-6 ҳафталик хомиладорликка мос бўлиб, бачадон бўйни миомаси акс этмаган.

Тухумдонлар патология қайд қилинмаган.

Назорат гуруҳидаги ҳамма беморларда УТТжараёнида бачадон танаси патологияси (бачадон ўлчами, миометрий нормага мос бўлган)қайд қилинмаган. Эндометрий ҳайз даври фазасига мос келган. Тухумдонлар паталогияси қайд қилинмаган.

3.3 Кольпоскопик тадқиқот натижалари.

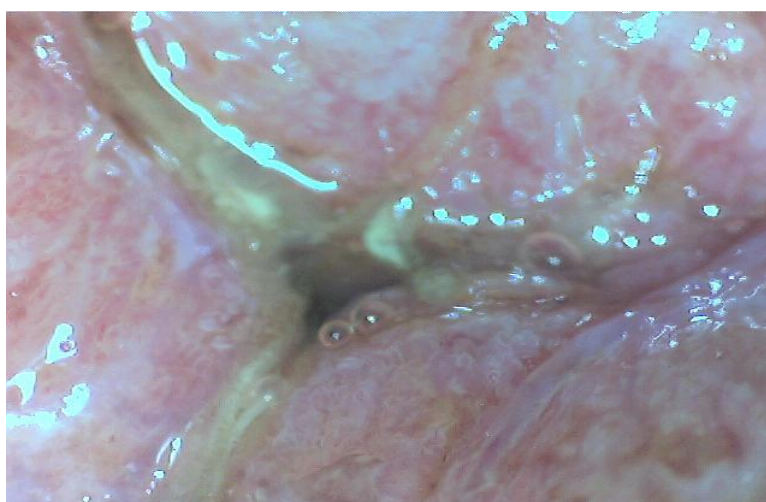
Кольпоскопик тадқиқот натижасида 1-гуруҳдан 22та (31,4%) беморда, 2-гуруҳдан 10та (33,3%) беморда ва назорат гуруҳидан 8та (32%) беморда бачадон бўйни ва цервикал каналнинг шиллиқ қисмида ялиғланиш жараёни, экзо-ва эндоцервицит белгилари қайд қилинган. Бу беморларда гипермия ва шиш пайдо бўлиши асосида сирка кислотасининг 3% ли эритмаси билан ишлаб чиқилгандан кейин пайдо бўлган қизил тошмалар қайд этилган. Шиллер (синама)си ўтказилгандан кейин бу тошмаларнинг силлиқ эмаслиги ва зичлиги маълум бўлган. Цервицитнинг намоён бўлишига гипермия ва сарғиш суюқлик ажралиб чиқаётган цервикал канал атрофидаги кўзга кўринарли шиш сабаб бўлган. Эктопик элементлар билан биргаликда намоён бўлган экзоцервитнинг кольпоскопик кўриниши 1-гуруҳдаги 2 (2,8%)та беморда ва 2-гуруҳдаги 1 (3,3%) беморда намоён бўлган. Шу жараён давомида кўзга кўринарли гипермия ва бачадон бўйни ташқи шиллиқ қаватида шиш, шунингдек секрет безининг кўпайиши ҳолати кузатилган. Бундан ташқари кўзга

кўринмайдиган тошмали ҳолат кузатилган. Люголь эритмаси билан ўтказилган таҳлилда шиллиқ қаватда текис бўлмаган доғ аниқланган.

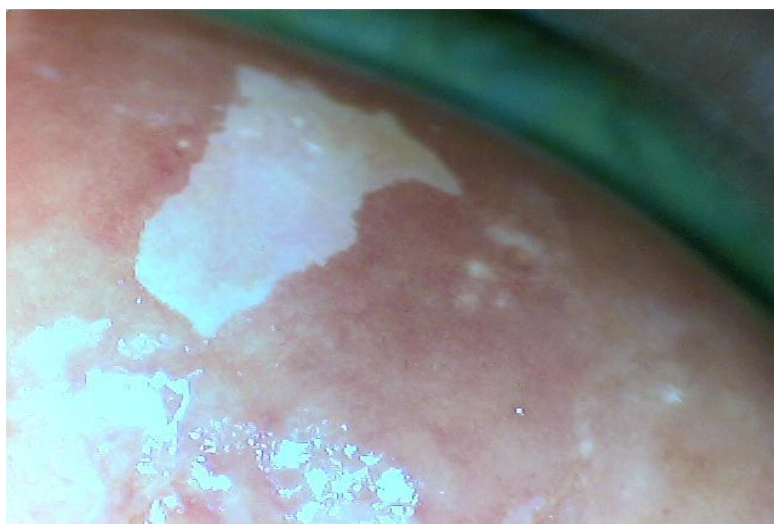
	1 гуруҳ	2 гуруҳ	Назор.гуруҳи
Экзо ва эндоцервицит	22 (31,4%)	10 (33,3%)	8 (32%)
Эктопик экзоцервикс	1 (1,4%)	2 (6,6%)	1 (5%)
Экзоцервикс-нинг наботив кистаси	32 (45,7%)	22 (73,3%)	10 (40,0%)
Экзоцервит	27 (38,5%)	6 (20%)	4 (16%)
Цервикал канал полипи	7 (10%)	2 (6,6%)	3 (12%)
Лейкоплакия	4 (5,7%)	1 (3,3%)	1 (4%)
Эктопия	30 (42,8%)	11 (36,6%)	7 (28%)
CIN I-II	5 (27,8%)		
Саратон кас-ги	1 (5,5%)		

Кольпоскопик тадқиқотда трансформация зонали эктопия экзоцервикс ва қиннинг шиллиқ қаватидаги ялиғланиш жараёни 1-гуруҳда 1та (1,4%) иккинчи гуруҳда 2 (6,6%) ва назорат гуруҳидаги 1та (5%) беморда кузатилган. Жарроҳликдан кейин капиллярларнинг кенгайишидан ҳосил бўлган, сирка кислотаси эритмаси билан синовдан кейин оқиш тус

олувчи аниқ кўринишга эга бўлмаган қизниш ранг доғлар пайдо бўлган. Қиннинг шиллиқ қавати шиш борлиги, таҳлил қилинаётган жараёнда енгил оғриқли бўлиши ва баъзида қон кетиши билан фарқланган. Шиллер синамаси ўтказилгандан кейин яллиғланиш жараёнини ривожланишида экзоцервикс ва қиннинг шиллиқ қавватида эпителийнинг баъзи қисмларида десквамация ва қуриш натижасида силлиқ бўлмаган, йодонегатив ва йодопозитив қисмларида тошмаларнинг пайдо бўлиши кузатилган (1,2,3 расмлар).



1-расм. Жарроҳликдан олдинги тадқиқот: бемор И.нинг (49ёш) кольпоскопик кўриниши, 8 марта катталаштирилган. Ташхис: Бачадон танаси миомаси. Гиперемия ва бачадон бўйни шиллик қавати устки қисмида шиш мавжуд, секретия безининг ҳажми ошган.



2-расм. Бемор М (32ёш) (II-гурух) нинг кольпоскопик тадқиқот натижаси: амбл. Картаси №27 Ташхис: бачадон танаси миомаси.

Эктопиянинг трансформация (ўтиш) зонасидаги кольпоскопик кўриниши, шиш мавжуд.



3-расм. Бемор В, (30ёш) амбл.картаси №254 (назорат гурухи) Шиллер синамаси ўтказилгандан кейин экзоцервикснинг шиллик қаватида эпителийнинг баъзи қисмларида десквамация ва қуриш натижасида силлик бўлмаган, йодонегатив ва йодопозитив қисмларида тошмаларнинг пайдо бўлиши.

Экзоцервикснинг наботив кистаси 1-гуруҳда 32та (45,7%) беморларда эндо ва экзоцервикс белгилари ўтиш йўлининг эктопик элементар зонасида пайдо бўлган. Худди шундай кольпоскопик кўриниш 2-гуруҳда 22та (73,3%) ва назорат гуруҳининг 10та (40,0%) беморда мавжуд бўлган. Факатгина 2-гуруҳдан битта беморда (0,8%) эндоцервицит ва эктопия белгилари билан мавжуд экзоцервикснинг ретенцион кистаси ташхиси қуйилган. Бу вақтда бачадон бўйни устки қавати диффузияли гипермик ҳолатда бўлган. Бундан ташқари цервикал каналнинг олд қисмида шиш бўлиб, бу каналдан тиниқ бўлмаган суюқлик ҳосил бўлган ва Шиллер синамасидан сўнг унда нотекис бўлган тасвир ҳолати акс этган. Ёпиқ безлар (наботив кистаси) атрофдаги тўқима устида ярим сферик ҳолатда

оқиш-сарғиш рангда мавжуд бўлиб, кистанинг устки қисмида қон-томирларнинг узунасига жойлашган суратини топиш мумкин.

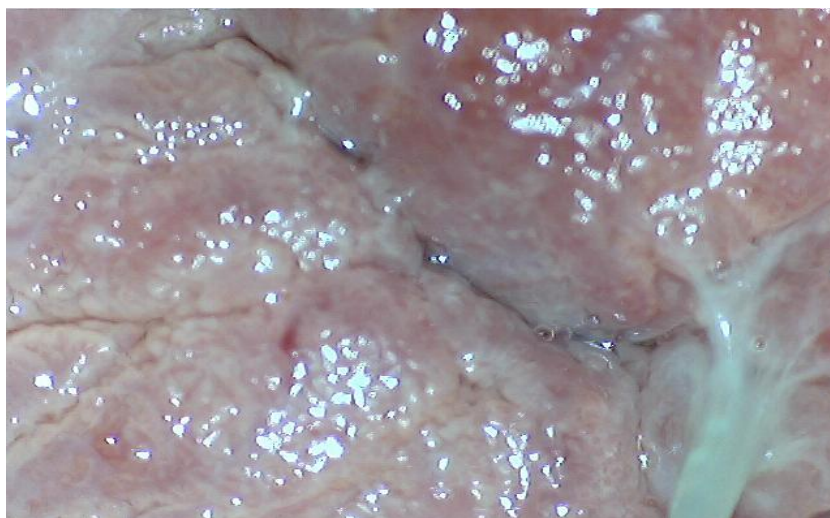
Силлиқ кондиломаларнинг юзасида (3-1 гуруҳ, 4-2 гуруҳ, 2-назорат гуруҳи, умумий ҳисобда 7та бемор 7%) бачадоннинг бўйин қисмида сирка кислотаси билан синама қилинганда марварид ранг ҳолатида ва Люголь эритмасидан кейин бўлса ўзгармас ҳолатда бўлган. Йодонегатив қисмлар Люголь эритмаси билан тозаланганда аниқ ва равон чегараларга эга бўлиб, атрофдаги тўқималардан фарқ қилмаган.

Қин деворининг патологик ўзгаришларига гипермия қиндан чиқаётган суюқликнинг кўп бўлиши ва Люголь эритмаси билан синама ўтказганда қўнғир рангга кириши кузатилган.

Биринчи гуруҳдаги 27та (38,5%) беморда, 2-гуруҳдаги 6 (20%)та беморда ва назорат гуруҳидаги 4та (16%) беморда яллиғланиш жараёни асосан экзоцервиксда мавжуд бўлган. Экзоцервитнинг колькоскопик кўриниши секретция безлари ва гипермия ҳажмининг кўплиги ва шиллиқ каватда шиш мавжудлиги билан фарқланган. Бундан ташқари экзоцервикснинг аниқ суратга эга бўлмаган, лекин пайпаслаш пайтида қизғиш тошмали диффузияли доғлар жойлашган қисмини кўришимиз мумкин. Беморларнинг бир қисмида бундай доғлар ичида бириктирувчи тўқимага таалуқли лимфали фолликуларнинг шишганлигига гувоҳ бўламиз. Бундан ташқари 1-гуруҳдаги 27та (38,5%) беморда Люголь эритмаси билан қайта тозаланганда қизғиш тус олган ҳолатдан қиннинг яллиғланиш жараёни аниқланиб, бунда кинда жуда кўп суюқлик ажратилган. Цервикал каналда жойлашган яллиғланиш жараёни, яъни эндоцервит 1-гуруҳдан 14та (20%), 2-гуруҳдан 6та (20%) ва назорат гуруҳидаги 2та (8%) беморда аниқланган.

Колькоскопик тадқиқот давомида бачадон бўйни ташқи атроф каналида гипермия кўзга кўринади ва бу қисмдан тиниқ бўлмаган сарғиш ранг суюқлик ажралиб чиққан. Бачадон бўйни усти қисми пушти рангда бўлган. Цитологик тадқиқот учун цервикал каналдан материал олиниш вақтида кам ҳолларда енгил оғриқ пайдо бўлган. Кўпчилик беморларда сирка кислотаси ва Люголь эритмаси билан синама таҳлил натижалари манфий бўлган. 1-гурухда 7та (10%) беморда, 2-гурухда 2та (6,6%) беморда ва назорат гуруҳидаги 3та (12%) беморларда цервикал канал полиплари аниқланиб, улар дарахтсимон ўсимталар шаклида бўлиб, каналининг кириш қисми ва ташқи бўғизга чирмашган ҳолда бўлган. (4 расм). Булардан: 1 гуруҳдан 3та (4,3%) беморда, 2-гурухдаги 1та (3,3%) беморда ва назорат гуруҳидаги 1та (4%) беморларда полип цилиндрик эпителий билан қопланган бўлиб, сирка кислотаси билан ишланганда оқиш тусга кирган. Люголь эритмасидан кейин бўлса, тус жиҳатдан ўзгармаган. Фақатгина 1-гурухдан 1та беморда (1,4%) цервикал канал полипи яхши ривожланмаган кўп қаватли силлиқ эпителий билан қопланган бўлиб, сирка кислотаси билан синама ўтказганда оқиш ҳолатга тушган, Шиллер синамасидан сўнг ранг жиҳатдан баланд тусга кирган.





4 расм. Н. Беморнинг цервикал каналидаги полип.

42ёш к/в № (1гурух) Цилиндрик эпителий билан қопланган, каналнинг кириш қисми ва ташқи бўғизга чирмашган дарахтсимон (шохсимон) ўсимталар мавжуд.

Кольпоскопия жараёнида Лейкоплакия аниқ чегараларга эга йодонегатив зоналардан иборат бўлиб, сарғиш-оқ тусда ва силлиқ бўлмаган рельефга эга. Бу зоналарда томир кўринишлари мавжуд эмас. Лейкоплакия зоналари сирка кислотаси билан қайта ишланганда оқиш тусга кирган, Люголь эритмаси билан қайта ишланганда гликогеннинг призмасимон эпителийи мавжуд бўлмаганлиги сабабли ҳеч қандай тусга кирмаган. Бачадон бўйни лейкоплакияси 1-гуруҳда 4та (5,7%) 2-гуруҳда 1та (3,3%) ва назорат гуруҳида 1 (4%)та беморда аниқланган.

Бачадон бўйни эктопияси-физиологик ҳодиса бўлиб, бачадон бўйни касалликларига кирмайди. Кольпоскопияда цилиндрлик эпителий аниқ ва равон чегараларга эга, устки қисми бўртиб чиққан оч пушти ёки кизил тусда бўлиб, кўп каватли текис эпителий билан қопланган. Цилиндрсимон эпителийнинг кўп каватли текис эпителийга ўтиш жойида ялиғланиш жараёнининг белгилари йўқ. Бунда эндоцервиксдан оқадиган суюқлик шиллиқ, тиниқ ва кам эди. 3% сирка кислотаси билан қайта

ишланганда эктопиянинг устки қисми аниқ кўриниб, оқиш рангга кирган. Люголь эритмаси билан Шиллер тахлили ўтказилганда таркибида гликоген бўлмаганлиги сабабли эпителийнинг ранги ўзгармаган, аммо унинг атрофидаги кўп қаватли текис эпителий равон тўқ жигар ранг тус олган. Эктопия 1-гурухдан 30та (42,8%), 2-гурух 11та (36,6%) ва назорат гуруҳидан 7та (28%) беморда аниқланган. Тадқиқот қилинаётган гуруҳлардан кўрсатма асосида 18та беморда бачадон бўйни биопсияси ўтказилган ва олинган материал патоморфологик бўлимда таҳлил қилинган.

Гистологик тадқиқот натижалари 17-жадвалда тасвирланган.

17-жадвал

Бачадон бўйни биопсиясининг гистологик тадқиқот натижалари (Ҳаммадан бўлиб 18 та бемор)

Бачадон бўйни патологияси тузилиши	Кўрикдан ўтганлар гуруҳи					
	I (n=16)		II (n=7)		III (n=3)	
	Текш.	%	Текш.	%	Текш.	%
Сурункали цервицит	2	20	-	-	-	-
Лейкоплакия	6	60	2	40	1	33,3
Ретенцион киста	2	20	1	20	2	66,7
Бачадон бўйни эндометриози	3	30	2	40	-	-

CIN III	2	20	2	40	-	-
Бачадон бўйни саратон касаллиги	1	10	-	-	-	-

Таҳлил натижалари шуни кўрсатдики 3та гуруҳ беморларнинг бачадон бўйни патологияларини аниқлашда қўлланилган клиник, кольпоскопик ва морфологик хусусиятлар касалликнинг аниқ нозологик формаси белгилари аниқлашда ёрдам берди. Асосан эпителизация жараёнинг бузилиши сабабли сурункали цервицит ва бачадон бўйни ретенцион кистаси борлиги аниқланди. Баъзи ҳолларда бачадон бўйни лейкоплакияси (1-гуруҳ 60%, 2-гуруҳ 40%, назорат гуруҳи- 33,3%) ҳам аниқланди. Бу лейкоплакия асосан аввал бачадон бўйни патологиясининг кўп даволанганлиги сабабли ҳосил бўлганлиги маълум бўлди.

Яна шу нарса эътиборни жалб қиладики, CIN I-II 5та (27,8%) беморда ва бачадон бўйни саратон касаллиги 1та (5,5%) беморларда аниқланган.

Ҳар иккинчи беморда бачадон бўйни патологияси яна бошқа бир касаллик билан учраганлигини айтиб ўтиш лозим. Масалан, лейкоплакия эктропион касаллиги билан, бачадон бўйни деформацияси, сурункали цервицит, эндометриоз билан биргаликда учраган.

3.4. Цитологик тадқиқот натижалари.

Экзо ва эндоцервиксдан олинган суртманинг цитологик тадқиқот натижаларининг баҳолаш учун биз Папаниколау таснифидан фойдаландик:

1-синф ҳеч қандай шубҳа уйғотмайдиган нормал цитологик тасвир (МПЭ +парабазал ҳужайралар).

2-синф яллиғланиш натижасида хужайра элементлари морфологиясидаги ўзгаришлар (лейкоцитлар сони кам).

3-синф цитоплазма ва ядро аномалияларнинг кам сонли хужайралари мавжуд.

4-синф ҳар хил даражадаги дискариознинг комплекс хужайралари (анамал цитоплазма, ўзгаришли ядролар, хроматин абберрация, ядро массасининг катталашуви).

5-синф нормал ҳолатдаги хужайралардан ташқари атипик ҳолдаги хужайралар ҳам учрайди, ёмон сифатли ўсма жараёни ташхиси ҳам этибордан ҳоли эмас.

Бачадон бўйни устки қисми ва цервикал каналдан олинган суртманинг хужайрали таркиби тадқиқоти қўйидаги натижаларини кўрсатади.

125та бемордан 31 тасида (24,8%) нормал ҳолатдаги цитологик сурат кўринди. Суратмалар кўпқаватли текис эпителий хужайралари асосида кўрсатилиб, уларнинг устки ва оралиқ қаватлари танланган эди. Баъзи алоҳида ҳолларда ҳар хил даражали ривожланишдаги метапластик хужайралар аниқланган. Бачадон бўйни каналида олинган суртма базал жойлашган ядронинг цилиндрик эпителий комплексидан ташкил топган бўлиб, оқиш ранг цитоплазманинг кўп келиши билан характерланган. Цитологик суртма фони нейтрофил лейкоцит, лимфоцитлар билан характерланган. Папаниколау классификациясига биноан бундай суртмалар 1-синфга киритилган. Цитологик тадқиқот ёрдамида аниқланган патологик ўзгаришлар 94та (75,2%) беморда кузатилган. Асосий этибор бачадон бўйни яллиғланишининг ҳар хил даражадаги жараёнлари белгиларининг борлигидадир. Бачадон бўйни устки қисмидаги суртмаларда кўпқаватли текис эпителийнинг устки ва оралиқ турлари

хужайралари мавжуд бўлган. Бундан ўткир цервицитнинг кўринишлари, ядро ва цитоплазманинг дистрофик ўзгаришлари алоҳида ва комплекс хужайраларда намоён бўлган, баъзида бўлса лимфоцит ва гистиоцит цитолизи кўзга кўринган, хужайраларнинг бир қисми таркиби жиҳатдан бузилган, майда метапластик хужайралар комплекси, эритроцитлар, лейкоцитлар борлиги ҳам аниқланган.

Сурункали цервицитда ядросиз хужайралар, парабазал ва шохланувчи хужайралар, псевдодискариозли хужайралар мавжуд бўлиб, унда хужайралар ва уларнинг ядросининг катталашгани аниқланган. Цервикал каналдан олинган суртманинг цитологик тадқиқоти шуни кўрсатадики, комплексли ва ҳар томонлама жойлашган цервикал хужайралар орасида МПЭнинг кам сонли хужайралари, гистиоцитлар, эритроцитлар, ядроси бўлмаган хужайралар комплекси учраган. 33та бемор (35,1%)нинг суртмасида баланд цилиндрсимон эпителийнинг хужайраларида дистрофик ўзгаришларнинг кўплиги маълум бўлган. Баъзи ҳолларда дистрофик ўзгаришли цилиндрсимон хужайраларнинг майда пластинкалари орасида икки ядровий текис хужайрали метаплазия, “яланг” ядролар, эритроцитлар, чўпчали флора, кўп ҳажмдаги лейкоцитларнинг йиғилиб қолганлиги маълум бўлган. Баъзи суртмаларда цитоллиз мавжудлиги ҳам аниқланган.

Цитологик хусусиятлар экзо-ва эндоцервицитларнинг колькоскопия тасвирига яллиғланиш асосидаги йодонегатив зоналарга ва Папаниколаунинг 2 ва 3-синф цитограммасига мос тушади.

1-гурухдаги 1та (5,5%) аёлнинг суртмасида нотўғри чизмали ва нотекис формали гиперхромли ядролар хужайраси аниқланиб, уларда бу хужайраларнинг атипик белгилари топилган. Бу бемор суртмаси бачадон бўйни саратон касаллигидан далолат беради ва Папаниколаунинг 5-синф

цитограммасига мос тушади. Қўйидаги цитограммалар 18-жадвалда намойиш этилган.

18-жадвал

3 та гуруҳ беморларнинг цитологик тадқиқот натижалари

Олинган материал	Киёсланувчи гуруҳлар								
	I (n=70/62)			II (=30/20)			III (n=25/12)		
	Папаниколау бўйича суртмалар								
Даволашдан олдин	I	II	V	I	II	II I	I	II	II I
	20	41	1	5	11	4	4	9	

Даволаш усуллари аниқлаш мақсадида олинган таҳлиллар натижасида бачадон миомаси ва бачадон бўйни паталогиясини ташхис қилиш учун кўрикнинг қўйидаги алгоритмини ишлаб чиқдик.

■ Гинекологик кўрик

■ УТТ ГСГ, ГС, эндрометрий биопсияси, лапароскопия, МРТ (кўрсатмага ва шароитга нисбатан)

■ Кўриқдан ўтказиш мақсадлари:

- Ҳайз даври бузилиши сабабларини аниқлаш;
- Бепуштлиқ сабабларини аниқлаш;
- Режалаштирилган ҳомиладорлик ва антенатал скрининг олдидан кўриқдан ўтказиш;
- Динамикада назорат қилиш;

■ Суртманинг кольпоскопияси ва цитологик тадқиқоти;

■ Бачадон бўйни патологияси аниқланганда - бачадон бўйни биопсияси ва биоптатнинг морфологик тадқиқоти;

■ Бачадон миомасининг радикал жарроҳлик даволаниши кўрсатмаси бўлганда ва бачадон бўйни патологияси аниқланганда пангистрэктомия жарроҳлиги тавсия этилади;

■ Бачадон миомасини жарроҳлик йўли билан даволаш мумкин бўлмаган ва бачадон бўйни патологияси жараёнлари аниқланганда репродуктив ёшдаги аёлларга тавсиялар:

-Бачадон бўйни яхши сифатли жараёнда диатермакоагуляциядан фойдаланиш;

-Яллиғланиш касалликлари, яъни цервицит, диагностикасида қиннинг юқумли -яллиғланиш касалликларини этиотроп усулда умумстандартлар асосида даволаш.

Юқорида кўрсатганлар қўйидаги клиник мисол билан тасвирланади.

Бемор С, к/в № 61, 45ёш, Самарқанд шаҳрида яшайди, №2 туғруқ комплексининг гинекологик бўлимига 21.04.2011 бир ой давомида жинсий йўллар орқали қон суртмасининг келиши шикояти билан ётқизилди. Анамнезидан -бачадон миомаси сабабли 2йилдан буён аёллар маслаҳатхонасида рўйхатда туради, ҳайз даврида даврий қон кетишлар безовта қилган. Гестогенлар ёрдамида консерватив даволаш белгиланган бўлиб, бу даволанишни бемор доимий тарзда ўтказган. Қориннинг пастки қисмида оғриқ пайдо бўлганлиги сабабли яшаш жойидаги врачга мурожаат қилган, (катталиги жиҳатидан 13-14 ҳафталик ҳомиладорликка мос) бачадон миомаси ташхиси қўйилган. Жарроҳлик даволаниш тавсия этилган.

Умумий анамнези: болалигида ва катта ёшига ҳеч қандай касалликларни бошидан кечирмаган. Ҳайз даври 15ёшдан, 3-5 кун давом этади, давий, оғриқсиз. Жинсий ҳаётни 20ёшдан бошлаган. 7та ҳомиладорликни бошдан кечирган: 4та туғруқ, 1та ўз -ўзидан бўлган ва 2та тиббий аборт. Охирги ҳомиладорлик ўсма борлиги маълум бўлишидан олдин тиббий бола олдириш билан якунланган.

Ички органлар патологиясини кўриқдан ўтказилганда ўрта даражали гипохром анемия аниқланган. Бошқа патология аниқланмаган. Гинекологик кўрик натижаси: ойна орқали - бачадон бўйни гипертрофик ҳолатда: Бачадон танаси 13-14 ҳафталик ҳомиладорлик ҳажмида катталашган, қалин консистенция, усти ғадир - бидир, силлиқ бўлмаган, ҳаракатчан, оғриқсиз. Олд қисмлар жойи бўш, оғриқсиз. Суртмалар -кам ҳажмда, шиллиқ оқиш клиник ташхис: бачадон танаси миомаси.

Сурункали гипохром анемия.

Кольпоскопия: гипермия ва шишли асосида бачадон бўйни шиллиқ каватида диффузли жойлашган қизил тошмалар бўлиб, 3% сирка кислотаси билан қайта ишланганда ранг жиҳатдан оқиш тусга кирган. Шиллер таҳлилидан кейин рангнинг ўзгариши ва силлиқ бўлмаган ҳолати аниқланган. Цервикал каналнинг ташқи кириш қисмида ва эктопиянинг ўтиш жойида гипермия ва шиш борлиги аниқланган. Эндо -экзоцервицитнинг кольпоскопик кўринишлари (5 расмга қаранг)



Кольпоскопия. Бемор С, и/б № 61, 45ёш. Клиник ташхис: Бачадон танаси миомаси. Сурункали эндоцервицит. Ўрта даражали сурункали камконлик.

25.04.2011 режали лапаротомия ўтказилди ва икки томонлама олд қисмларини олиб ташлаш билан гистерэктомия қилинди. Жарроҳликдан кейинги давр бир текисда ўтди. Патоморфологик таъхис: аралаш формали бачадон лейомиомаси. Тухумдонлар поликислотози. Эндометрит асосидаги темир гиперплазияли эндометрий. Пролифератив эндоцервикоз. Ovule Naboti (6 расмга қаранг)

Бачадон бўйнининг гистологик қисми. Бемор С., 45ёшда и/б № 61, Эндоцервикоз.

Шундай қилиб, олинган маълумотларни таҳлил қилганда шундай хулоса қилиш мумкинки, ҳамма гуруҳдаги беморларнинг анамнезида ўтказилган юқумли ва экстрагенитал касалликлари мавжуд бўлган. Уларнинг динамикаси гуруҳларга ажратилмаган. Акушерлик анамнези беморларда кўп сонли бола олдиришлар мавжудлигини кўрсатади. Яна шу нарса эътиборга мойилки, 1 ва 2 гуруҳ беморларда бачадон миомаси наслий касаллик ҳисобланган. Ҳамма гуруҳда беморларнинг анализида цервицит ва сурункали салпингоофорит каби гинекологик юқумли касалликлар борлиги аниқланган. Бачадон бўйни патологияси анализи шуни кўрсатдики, 1 ва 2 гуруҳдан 67% беморда ҳар хил касаликлар аниқланган. Бу аниқланган касалликлар бачадон бўйни эрозияси номи билан аталган. Маълумки бачадон бўйни эрозияси кам учрайди ва эпителий десквамацияси билан кечади, бу ҳолатда деструктив даволанишга мурожаат қилинмасдан этиотроп терапия қўлланилади. Кўпчилик беморларда даволаниш турли хил деструктив усуллар билан ўтказилган бўлиб, улар аниқ таъхис қўйилмаган ва қўшимча курикдан ўтказилмаган ҳолда қўлланилган. Кенгайтирилган колпоскопия натижалари шуни кўрсатдики, бачадон миомаси мавжуд беморларда ҳар хил даражали экзо ва эндоцервиксни яллигланиш жараёнлари юқори даражада мавжуд бўлган. Бундан ташқари ҳамма гуруҳдаги беморларда олдин бошдан

кечирилган экзо ва эндоцервикс асоратлари сифатида бачадон бўйни ретенцион кистаси ва эктропион касалликлари аниқланган. Ҳамма гуруҳ беморларда жуда кам ҳолатда цервикал канал полиплари топилган. Бачадон бўйни яллиғланиш жараёни асосида баъзи беморларда аномал кольпоскопик ўзгаришлар атипик ўтиш (трансформация) зоналари, йодонегатив зоналар, лейкоплакия ясси кондиломалар ва бошқа потологик ўзгаришлар аниқланган.

Бу беморларнинг бир қисми узок вақт давомида (2 йилдан 5 йилгача) гинеколог кўригидан ўтмаган. Ҳеч қайси беморга цитологик тадқиқот таҳлили ўтказилмаган. Шунинг таъкидлаб ўтиш лозимки саратон олди жараёни (C I N- 1-3) 5та (4%)беморда бачадон бўйни саратон касаллиги 1та (10%) кўрикдан ўтказилган беморда аниқланган. УТТ қилинганда иккала гуруҳдаги 100та беморларда бачадон миомаси аниқланган. Назорат гуруҳидан ҳамма беморларда УТТ натижасида бачадон танаси патологияси аниқланмаган. Эндометрий хайз даври фазасига мос тушган тухумдонлар патологияси ҳам аниқланмаган.

Биз, ушбу илмий тадқиқот натижасида субтотал гистерэктомиyani бошдан кечирган беморларнинг бачадон бўйни ҳолатини баҳоламокчи эдик. Лекин афсуски, 25та кўрикка таклиф этилган беморлардан атиги 3 таси кўрикка келди. 3та бемор таҳлилидан илмий тадқиқот хулосасини чиқариш мушкул.

Бачадон бўйни ҳолатини ва цитологик визуал колпоскопик ва морфологик тадқиқотлар орқали текширдик. Сенчук А.Я (1988)нинг айтишига кўра, бачадон бўйни патологияси ва саратон олди жараёнларининг кольпоскопик ва цитологик тадқиқотларнинг маълумотига асосан 95.5% ва 67,8% гистологик томондан тасдиқланган. Кондриков Н.И ва Прилепская В.Н (2005)нинг фикрича бачадон бўйни қин

қисмидан олинган материал цитологик хулоса ва морфологик тадқиқот
79,2-93,4% ҳолатларда мос келади.

IV-БОБ

ХОТИМА

Адабиётлар маълумотиغا кўра, ҳар йили 500 мингга яқин аёлларда бачадон бўйни саратон касаллиги ташхиси қўйилган. Бунда бачадон бўйни саратон касаллиги билан касалланганлар ва шу оқибатида вафот этаётган беморларнинг сони ҳар йили 4-5 % га кўпаймоқда ва охириги 10 йил ичида бу кўрсаткич ўртача 40-45%га ошди. Охириги пайтларда бутун дунё бўйлаб бачадон бўйни паталогик муаммолари чуқур маъно касб этмоқда. Бунга ҳар хил касалликларга тўғри ташхис қўйиш, профилактика ва даволаш шароитларининг замонавий технологиялар билан бойитиш сабаб бўлмоқда. Ўсиш жараёнида янги замонавий технологияларнинг ишлаб чиқишда, одам папилома вируси ўрнининг бачадон бўйни саратон ва саратон олди касалликлари келиб чиқишига бўлган роли сабаб бўлди ва шу муносабат билан янги вакциналар ишлаб чиқилиб улар ҳаётга татбиқ этилиб борилмоқда. Шундай узиш суратлари билан биргаликда бачадон бўйни патологиясининг барвақт пайдо бўлиши ва даволаниши муаммолари ҳозирги кунгача асосий муаммолардан бири саналиб келмоқда.

Шу сабаб тадқиқотнинг асосий мақсади сифатида бачадон миомаси мавжуд беморларнинг бачадон бўйни ҳолатини ўрганиш бўлди. Бу тадқиқотни ўтказишда жарроҳлик йўлини қўлламаган ҳолда беморларнинг касаллик хусусиятлари ўрганилди. Олдимизга қўйилган мақсадни бажариш учун 2008-2012 йилларда Самарканд шаҳридаги 2-сон тугруқ комплексида жарроҳлик йўли билан даволанган 406 та беморнинг касаллик тарихи ретроспектив ўрганилди. Будан ташқари проспектив жиҳатдан бачадон миомаси билан касалланган 100та бемор кўрикдан ўтказилди. Беморлар ташхис қўйишни кенг информатив услублари, умумклиник ва гинекологик тадқиқот, УТТ, кенгайтирилган кольпоскопия лаборатория

ташхис услублари, цитологик, гистологик текшириш ёрдамида комплекс кўриқдан ўтказилди.

Олинган маълумотларни таҳлил қилганда, шу хулосага келиш мумкинки, ҳамма гуруҳдаги беморларнинг анализида болалар юқумли касалликлари ва экстрагенитал касаллиги билан касалланганликлари ва уларнинг частотаси гуруҳга таълуқли эмаслиги аниқланди. Бачадон миомаси мавжуд беморларнинг анализида юқумли яллиғланувчи гинекологик касалликлар асосан цервицит ва сурункали салпингоофарит касалликларининг кўплиги эътиборни жалб қилади. Бачадон бўйни патологияси мавжуд беморларнинг анализи шу нарсани кўрсатдики 2та асосий гуруҳдан 67% беморларда бачадон бўйни эрозияси атамаси билан маълум кўплаб касалликлар аниқланган. Маълумки, бачадон бўйни эрозияси жуда кам учрайдиган ва эпителий десквамациясини кўрсатадиган касаллик бўлиб, бу ҳолатда деструктив даволаш ўрнига этиотроп даволаш тавсия этилади. Кўпчилик беморларда қўшимча кўриқдан ўтказилмасдан ва аниқ ташхис қўйилмасдан ҳар хил деструктив усуллар ёрдамида даволаш курслари ўтказилган. Кенгайтирилган кольпоскопия натижаларини ўрганиш давомида шу нарса маълум бўлдики, факатгина баъзан миомаси мавжуд беморларга хос бўлган бачадон бўйни кольпоскопик хусусиятлари аниқланмади. Яна шу нарса эътиборни ўзига жалб қилдики, ҳамма гуруҳдаги беморларнинг бачадон бўйни патологияси структурасида ҳар хил даражали экзо ва эндоцервикснинг яллиғланиш жараёнлари юқори бўлган. Назорат гуруҳидаги беморларга нисбаттан асосий гуруҳ беморларида цервитит белгилари кўпроқ бўлган. Цервикал канал полиплари ҳамма гуруҳ беморларида нисбатан кам учраган. Бачадон бўйни яллиғланиш жараёни асосида баъзи беморларда ҳар хил патологик ўзгаришлар, яъни аномал кольпоскопик атипик трансформация зонаси, йодонегатив зоналар, лейкоплакия, силлиқ кондиломалар каби касалликлар аниқланган. Ҳеч қайси беморга цитологик тадқиқот ўтказилмаган. Яна шу

нарсани таъкидлаб ўтиш лозимки, саратон олди жараёнлари (CIN 1-3) 5та беморда (4%) ва бачадон бўйни саратон касаллиги 1та беморда (0,8%) аниқланган.

25та беморда ретроспектив тадқиқот ўтказилиб, уларнинг бачадон танаси жарроҳлик йўли орқали олиб ташланган ва фақатгина бу гуруҳдаги 3та беморга кўрик-ташхис ишлари ўтказилган. УТТ натижасида бачадон бўйни тугри ўлчамларда бўлган.

Назорат гуруҳидаги ҳар бир аёлда УТТ натижасида бачадон танаси патологияси аниқланмаган. Эндометрит хайз даври фазасига мос тушган. Тухумдонлар патологияси аниқланмаган.

Шу нарсани таъкидлаб ўтиш лозимки, гинекологик касалликлари мавжуд беморларда бачадон бўйни патологик жараёнлари жуда кам ўрганилган. Аниқроқ айтганда репродуктив система патологияси билан бирга учрайдиган бачадон бўйни касалликлари хусусиятлари ва частотасига оид тадқиқот ишлари жуда камчиликни ташкил этади. Гинекологик патология билан касалланган беморларнинг дифференциал даволаш борасида аниқ кўрсатмалар мавжуд эмас. Адабиётларини таҳлил қилганда шу нарсага гувоҳ бўламизки, бачадон бўйни худди бачадоннинг ўзи каби гормон талаб қилувчи орган бўлиб, патологик ўзгаришлар ривожланиш асосида аниқ патогенетик механизмлар умумийлигини кўрсатади. Лекин анатомик ва функционал нуктаи назардан, бачадон бўйни автоном ҳолатдаги орган бўлиб, шу сабабли уларда ривожланадиган патология хусусан гинекологик патологиялар ҳозирги кунгача тўлиқ ўрганилмаган. Хусусан бачадон муаммоси мавжуд беморларда бачадон бўйни касалликлари структураси субтотал гистерэктомия ўтказилгандан кейин беморларда бачадон бўйни ҳолати диспансер назоратига киритилган жарроҳлик йўли билан даволанмаган беморларнинг касаллик структураси тўлиқ ўрганилмаган. Бачадон бўйни даволаниш усуллари сермахсулиги ва

ўтказилган даволанишдан кейинги реабилитацион принциплар ҳам аниқланмаган. Ўзининг юқори сифатлари билан тадқиқотнинг юқори усули диагностика қилиниши билан ривожланган усуллардан бири саналади. Лекин ташхис қўйишда агар кўрсатма берилган бўлса, бачадон бўйни биоптатининг морфологик тадқиқот усули хал қилувчи усул ҳисобланади.

Бизнинг тадқиқотда бачадон миомаси мавжуд беморларнинг ўртача ёши $37,3 \pm 0,8$ бўлиб, бачадон миомаси сабабли субтотал гистерэктомия (ретроспектив тадқиқот маълумотларига кўра) ўтказилган беморларнинг ўртача ёши $40,3 \pm 2,1$ назорат гуруҳидан беморларнинг ўртача ёши бўлса $38,2 \pm 0,8$ ни ташкил этди. Яна шу нарса эътиборни ўзига жалб қилдики иккита асосий гуруҳдаги 44та беморларнинг анализида қариндошларида ўсма жараёнлари юқори бўлган. Бизнинг маълумотларимиз таҳлили ҳам бачадон бўйни ва бачадон танаси патологиясида юқумли ялиғланиш касалликларининг ривожланиши тўғрисида ўз нуқтаи назаримизни киритишимиз мумкин. 2та гуруҳдан назорат гуруҳига нисбаттан жинсий органларда жарроҳлик операцияларининг кўп сонлилиги эътиборимизни ўзига жалб қилади. Яна шу нарсани таъкидлаб ўтиш лозимки бачадон бўйни патологияси 67та (67%) беморда аниқланиб, уларнинг ярми бачадон бўйни эрозияси ташхиси остида даволанган. Рудокова В.Б (1999) Быковская О.В(2003) Роговская С.И(2005) Козаченко В.П(2004) тадқиқотларида цервицит куринишидаги бактериал ва вирусли омиллар остида бачадон бўйнида содир бўладиган ўзгаришлар кўриб чиқилган. Биз томондан аналогик ўзгаришлар 96,7% беморда ташхис қилинган ва улар бачадон миомаси мавжуд беморларда бачадон бўйни патологик ўзгаришлари структурасида олдинги поғонани эгаллайди. Сурункали экзо ва эндоцервицитлар учта гуруҳдаги 19,1% беморда ташхис қилинган лекин бу патологиянинг частотаси назорат гуруҳида бошқа гуруҳга нисбаттан (5%га) пастрок, чунки уларда бачадон танаси патологияси учрамайди. Кўринишича инфекция остида миометрийнинг ўзгариши бачадон бўйни

яллигланиш жараёнлари учун яхши асос яратади. Экзо ва эндоцервицитларда кольпоскопик тасвир секреция безлари сонининг кўплиги, экзоцервикс ва цилиндрсимон эндоцервиксдаги кўп қаватли текис эпителийда гиперемиянинг мавжудлиги ва Шиллер тахлили ўтказилганда шиллиқ қаватнинг ранг ўзгариши ва шиш пайдо бўлиши ва шу шиллиқ қаватда йодонегатив ва йодопозитив зоналарнинг пайдо бўлиши билан характерланади. Шу нарсани таъкидлаб ўтиш лозимки, C1N 1-3 5та беморда ва 1та беморда бачадон бўйни саратон касаллиги аденокарцинома (I A I поғонаси) ташхис қилинган. Ташхис жарроҳлик даволаниш ўтказилгандан кейин тасдиқланган. Олинган тадқиқот натижалари асосида шуни айтиш мумкинки, бачадон миомаси мавжуд беморларни субтотал гистерэктомияда кейин ҳам бачадон бўйни патологияси ривожланадиган хавфли гуруҳга киритиш лозим. Бунда шу нарсани таъкидлаб ўтиш лозимки, саратон олди жараёнларининг ривожланиш частотаси 1 гуруҳ беморлари бачадон бўйни патологик ўзгаришлари оғирлик даражаси юқоридир. Маълумотлар тахлили яна шу нарсани таъкидлайдики бачадон ва бачадон бўйни касалликлари ҳар томонлама, жумладан наслий юқумли касалликлар, кўп сонли бола олдиришлар ва репродуктив система органларига жарроҳлик даволанишлар сабаб бўлади.

Ҳозирги кунда бачадон бўйни патологиясининг скрининг қилиш ташҳиси ишлаб чиқилган. (133, 190, 214). Ташхис кўйишнинг янгидан янги усуллари шу жумладан цитологик (эндо ва экзоцервиксда суртмаларнинг тахлили, суюқлик цитологияси, видеофлюоросцент кольпоскопия) кабилари ривожлантирилмокда.

Шундай қилиб ўтказилган тадқиқот натижасида биз жарроҳлик даволанишни талаб этмайдиган, бачадон миомаси мавжуд беморларда бачадон бўйни патологияси характери ва частотаси, бундан ташқари

гистерэктомия ўтказилган беморларни ўрганишда ва бачадон бўйни патологик жараёнларига жарроҳлик даволанишларнинг қулланилиши каби кўплаб амалий масалаларни ҳал қилишга эришдик.

ХУЛОСАЛАР

1. Бачадон миомаси мавжуд беморларнинг 65,6% бачадон бўйни патологияси мавжуд.
2. Бачадон миомаси мавжуд беморларга хос бўлган махсус бачадон бўйни кольпоскопик хусусиятлари мавжуд эмас. Оператив даволаш тавсия этилмаган бачадон миомаси мавжуд беморларни жаррохлик йўли билан, яъни субтотал гистерэктомия ўтказилгандан кейин ҳам бачадон бўйни патологик жараён ривожланадиган хавфли гуруҳга киритиш лозим.
3. Бачадон миомаси мавжуд беморларга оператив даволаш кўрсатмалари ва оператив даволашнинг хажми аниқ бўлиши лозим. Бачадон миомаси мавжуд беморларни саратон олди касаллиги ривожланишни бошламасдан, бачадон бўйни касалликларининг оғирлиги ва частотасининг юқорилигини ҳисобга олган ҳолда тотал гистерэктомия ўтказилиши тавсия этилади.
4. Оператив даволаш тавсия этилмаган бачадон миомаси мавжуд беморларнинг ўсмалари яхши сифатли бўлиб, улар орасида сурункали экзоцервицит (64,7%) бачадон бўйни ретенцион кистаси (59,5%) бачадон бўйни полиплари (16,6%) лейкоплакия (9%) каби касаликлар ҳисобланади.

АМАЛИЙ КЎРСАТМАЛАР

1. Бачадон миомаси мавжуд беморларни кўриқдан ўтказиш учун уларда бачадон бўйни замонавий усуллар ёрдамида тадқиқотдан ўтказиш лозим.

Булар

- Маълумотларни тўлиқ таҳлил қилган ҳолда клиник тадқиқотдан ўтказиш
- Микроскопик ва микробиологик тадқиқот, ПЦР ташхис
- Экзо ва эндоцервиксдан суртма олиб тадқиқ қилиш
- Бачадон бўйни ва қинни кальпоскопик текшириш
- Биоптатни морфологик тадқиқ қилиш орқали бачадон бўйни биопсияси

2. Жарроҳлик даволанишга муҳтож бўлмаган бачадон миомаси мавжуд беморларни диспансер кўригидан ўтказиш ва лозим бўлса керакли тадқиқот усуллари қўллаш. Бачадон бўйни эителийсининг цитологик скрининг ҳолатини бир йилда 1 мартаба ўтказиш

3. Жарроҳлик йўли билан даволашга мос бачадон миомаси мавжуд беморларда жарроҳлик ҳажмини аниқлаб, тотал гистерэктомия йўлини танлаш.

4. Бачадон миомаси мавжуд беморларда функционал даволанишни танлаш мақсадида қўйидаги алгоритмга мурожаат этмоқ керак.

Бачадон миомаси мавжуд беморларни кўриқдан ўтказиш алгоритми

- Гинекологик кўрик
- УТТ (ГСГ ГС эндометрит биопсияси)
- Ташхис мақсади.
- Хайз функцияси бузилишининг сабабларини аниқлаш
- Бепуштлиқ сабабларини аниқлаш
- Режалаштирилган ҳомиладорлик олдидан кўриқдан ўтказиш ёки антенатал скрининг
- Динамикани кузатиш.
- Суртманинг цитологик тадқиқоти ва кольпоскопия.

- Бачадон бўйни паталогияси аниқланганда бачадон бўйни биопсиясини ўтказиш ва биоптатни морфологик тадқиқотдан ўтказиш.
- Бачадон миомасини радикал жарроҳлик йўли билан даволаш лозим бўлганда ва бачадон бўйни паталогияси аниқланганда пангистерэктомия усулини қўллаш лозим.
- Жарроҳлик йўли билан даволанишга муҳтож бўлмаган бачадон миомасини ва репродуктив ёрдам аёлларда бачадон бўйни паталогик жараёнлари аниқланганда қўйидаги усулларни қўллаш мумкин:
 - бачадон бўйни (яхши сифатли) жараёнларида лазерли коагуляция,
 - яллигланишли касалликлар диагностикасида цервицитларда қабул қилинган умумий стандартга мос қинниг юқумли яллигланиш касалликларини этиотроп даволаш.

Адабиётлар

1. Айламазян, Э.К. Гинекология от пубертата до менопаузы Текст. / Э.К. Айламазян. М.: МЕДпресс - информ, 2006. — с.491. — ISBN 5-98322-235-X.
2. Аполихина, И.А. Папилломавирусная инфекция гениталий у женщин Текст. / И.А. Аполихина. — М.: Гэотар-мед, 2002. -111с.
3. Аполихина, И.А. Возможности кольпоскопии в диагностике папилломавирусной инфекции гениталий Текст. / И.А. Аполихина // Человек и лекарство: материалы науч.- практ. конф., (9-11 апр. 2000г.). Москва, 2000. - С. 327.
4. Арутюнян, А.Г. Современные взгляды на этиологию и диагностику фоновых заболеваний шейки матки Текст. / А.Г.Арутюнян, Г.Г. Окоев // Вестник хирургии Армении. — 2001.-№2.- С.171-184.
5. Базанов, П.А. Миома матки и нарушение репродуктивной функции Текст. / П.А. Базанов, Н.И. Волков // Проблемы репродукции 2002.-Т.8, №4.-С. 16-18.
6. Бауэр, Г. Цветной атлас по кольпоскопии Текст.: Г.Бауэр: пер. с нем./ Под ред. Роговской С.И., М., ГЭОТАР-МЕД, 2002. -288с. -Библ. с.258-287. ISBN 5-9231-0192-0.
7. Бохман, Я.В. Руководство по онкогинекологии Текст. / Я.В. Бохман. СПб.: Фолиант, 2002. - 435 с. - Библиогр.: с. 433-476.
8. Ваганова, И.Г. Хронический экзоцервицит: морфогенез, клиника, принципы терапии Текст.: автореф. дис. . канд. мед. наук: 14.00.01/ Ваганова Ирина Геннадьевна; [Омская гос. мед. акад.]. Омск, 2000. - 36 с. - Библиогр.: с.34-36.
9. Вихляева Е.М. Руководство по диагностике и лечению лейомиомы матки. М.: МЕДпресс-информ, 2004.
10. Вихляева, Е.М. Руководство по диагностике и лечению лейомиомы матки Текст. / Е.М. Вихляева. — М.: МЕДпресс-информ, 2004. 400 с.
11. Вишнякова, С.В. Этиопатогенетические аспекты псевдоэрозий шейки матки Текст. /С.В. Вишнякова [и др.] // Журнал акушерства и женских болезней.- 2000. №2.- С 30-32.

12. Вишнякова, С.В. Особенности клиники кольпитов и экзоцервицитов в климактерическом периоде Текст. / С.В. Вишнякова, О.Г. Пекарев, А.В. Ефремов // Актуал. пробл. акушерства и гинекол.- 2002.- Т.1, №1.- С.21.
13. Волков, В.Г. Опыт применения CO₂-лазера Текст. / В.Г. Волков, Т.В. Захарова // Вестник новых медицинских технологий.- 2000.- Т.7, №1.- С. 95-97.
14. Волков, В.Г. Папилломавирусная инфекция шейки матки у женщин старшего возраста Текст. /В.Г. Волков, Е.В. Кузина // Вестник новых медицинских технологий. 2001. - Т. 8, №2.1. С. 30-32.
15. Гальченко, А.И. Особенности состояния эктоцервикса и влагалищного эпителия у больных с посткастрационным синдромом на фоне ЗГТ Текст. / А.И. Гальченко, Т.С. Таранина, Е.И. Голикова // Актуал. проб, акушер, и гинекол.-2002.- Т.1, №1.- С.65.
16. Гилязутдинова, З.Ш. Онкогинекология: Руководство для врачей Текст. / З.Ш. Гилязутдинова, М.К. Михайлова. М.: МЕД-пресс, 2000.- 384 с.
17. Голубкова, О.В. Оптимизация тактики ведения женщин репродуктивного возраста с доброкачественными заболеваниями шейки матки Текст. / О.В. Голубкова [и др.] // Проблемы репродукции. 2003. - №1. - С. 53 — 57.
18. Голубкова, О.В. Отдаленные результаты лечения фоновых заболеваний шейки матки Текст. / О.В. Голубкова // Проблемы репродукции. 2003. - №2. - С. 48 — 51.
19. Дубенский, В.В. Урогенитальная папилломавирусная инфекция Текст.: (обзор) / В.В. Дубенский // Рос. журнал кожн. и венер. болезней.- 2000.- №5.- С.52.
20. Демина, Л.М. Отдаленные результаты лапароскопической консервативной миомэктомии Текст. /Л.М. Демина, О.В. Азиев //Вестник российской ассоциации акушеров -гинекологов.- 2000.- №4. С. 17-19.
21. Долгушин, И.И. Гормональная коррекция резидентной микрофлоры влагалища и шейки матки у женщин с хроническими цервицитами Текст. /И.И. Долгушин, В.Ф. Черных // ЖМЭИ.- 2001.- №4.- С. 100 104.

22. Доброхотова Ю.Э. Ливил, как средство реабилитации после гистерэктомии // Гинекология. Журнал для практикующих врачей/ т.5, №2, 2003
23. Каунов, Л.А. Клинико-морфологические параллели при доброкачественных заболеваниях шейки матки Текст. /Л.А.Каунов [и др.] // Проблемы репрод. -2000.- №5.- С.18-21.
24. Каухова, Е.Н. Современные методы лечения эктопии шейки матки у молодых женщин Текст. / Е.Н. Каухова, А.Ю. Лугуева // Акушерство и гинекология. Инфо.- 2002.- №3.-С.25-26.
25. Каухова, Е.Н. Радиохирургическое лечение фоновых заболеваний шейки матки Текст. / Е.Н. Каухова, Л.Н. Богинская, Ю.А. Голова // Акт. пробл. акуш. и гинекол. -2002.- Т.1, №1.- С.65.
26. Кононов, А.В. Очерки клинической патологии шейки матки Текст. / А.В. Кононов, И.Г. Ваганова. Омск. - 2000. - 224 с.
27. Костава, М.Н. Лечение заболеваний шейки матки, обусловленных или сочетающихся с воспалительными процессами нижнего отдела генитального тракта Текст. / М.Н. Костава // Гинекология. 2000. - Т. 2, №3. - С. 89-91.
28. Костава, М.Н. Современные методы лечения доброкачественных заболеваний шейки матки Текст. / М.Н.Костава, В.Н. Прилепская // Materia medica.- 2001.-№1(29).- С.53-59.
29. Краснова, И.А. Диагностика и оперативное лечение миомы матки Текст. / И.А. Краснова, В.Г. Бреусенко // Акушерство и гинекология.- 2003.- № 2.- С.45-50.
30. Кропанева, В.В. Некоторые особенности клинического течения и лечения дисплазии шейки матки в зависимости от возраста Текст. / В.В. Кропанева, Д.Ф. Костючек, СЛ. Максимов // Журнал акуш. и женск. болезней . 2001.- №1.-С.47-49.
31. Кулаков, В.И. Оперативная гинекология Текст. / В.И. Кулаков. М., 2001.- с. 167-198.
32. Кулаков, В.И. Миомэктомия и беременность Текст./ В.И.Кулаков, С.Г. Шмаков. М.: МЕДпресс-информ, 2001. -344 с.

33. Кулаков В.И. Оперативная гинекология. М., 2001; с. 167–98.
34. Ш.Кустаров, В.Н. Миома матки Текст. / В.Н. Кустаров, В.А. Линде, Н.В. Ананезова . СПб.: МАПО, 2001. - 32 с.
35. Кустаров, В.Н. Патология шейки матки Текст. / В.Н Кустаров, В.А. Линде. Спб.: Гиппократ, 2002.
36. Ландеховский, Ю.Д. Отраслевой стандарт (протокол) ведения больных миомой матки Текст. / Ю.Д. Ландеховский, И.Е. Фадеев // Акушерство и гинекология. 2002.- №5.- С.39-42.
37. Лебедев, В.А. Урогенитальный хламидиоз Текст. / В.А. Лебедев, А.И. Давыдов // Вопр. гинекологии, акушерства и перинатологии.- 2002.- Т.1, №2.- С. 25-31.
38. Легков, В.А. Радиохирургическое лечение доброкачественных заболеваний шейки матки Текст. / В.А. Легков.- М.: Гозтар-мед, 2002.- 138с.
39. Манухин, И.Б. Проллиферативная активность при плоскоклеточных поражениях шейки матки Текст. / И.Б. Манухин, Г.Н. Минкина // Журнал акушер, и женских болезней.- 2001.- №1.- С. 34-36.
40. Мартынчук, Н.В. Клиника, диагностика и лечение кандидозного кольпита у больных миомой матки Текст. / Н.В.Мартынчук.- М., 2000. 143с.
41. Матевосян, С.М. Состояние культи шейки матки и качество жизни женщины после различных видов гистерэктомии Текст.: автореф. дис. . канд. мед. наук: 14.00.01 / Матевосян Сатеник Маратовна; [Смол. гос. мед. акад.]. Смоленск, 2005.-21с.- Библиогр.: с.21.
42. Минаев, В.П. Лазерные аппараты для хирургии и силовой терапии на основе мощных полупроводниковых и волоконных лазеров Текст. / В.П. Минаев // Лазерная медицина.2000.- Т.9, вып. 4.- С.50 59.
43. Минкевич, К.В. Применение диодного лазера в гинекологии Текст. / К.В. Минкевич, Н.Е. Проценко. СПб.: СПбГМУ, 2001.- 150с.
44. Минкина, Т.Н. Лечение плоскоклеточных интраэпителиальных поражений шейки матки методом электроконизации Текст. / Т.Н.

Минкина, И.Б. Манухин, Р.Г. Левченко // Информ. журн. по акушерству и гинекологии. -2000.-№1.-С. 41-42.

45. Минкина, Т.Н. Предрак шейки матки Текст. / Т.Н. Минкина, И.Б. Манухин, Г.А. Франк .- М.: Аэрограф-медиа, 2001. 112с. ISBN 5-94393-001-9.

46. Мирчева, Т.Ф. О применении криогенного воздействия Текст. / Т.Ф. Мирчева, А.П. Павлова // Проблемы репродукции.- 2000.- Т.6, №6.- С.34-35.

47. Назарова, Н.М. Трехфазная контрацепция и патология шейки матки Текст. / Н.М. Назарова, Н.И. Кондриков // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. 2000. - №3. -С. 122-124.

48. Новиков, А.И. Инфекции, передаваемые половым путем, и экзоцервикс Текст. / А.И. Новиков, А.В. Кононов, И.Г. Ваганова.- М.: Медицина, 2002. -76 с. Библиогр.: с.8-70.

49. Новикова, М.Ю. Лейкоплакия шейки матки особенности течения и функциональное состояние репродуктивной системы Текст. / М.Ю. Новикова.- М., 2000.- 87с.

50. Подистов, Ю.И. Эпителиальные дисплазии шейки матки (диагностика и лечение) Текст. / Ю.И. Подистов [и др]. М.: ГЭОТАР - Медиа. - 2006.- 136 с. - Библиогр.: с. 115 - 133. -ISBN 5-9704-0134-X

51. Прилепская, В.Н. Значение вируса папилломы человека в развитии диспластических процессов шейки матки Текст. / . В.Н. Прилеп екая, Н.И. Кондриков, Т.Н. Бебнева // Гинекология. 2000. - Т. 2, №3. - С. 80-82.

52. Ражаева, Л.Е. Обоснование метода световой терапии в лечении эктопии шейки матки Текст.: автореф.дис. . дис. канд.мед. наук: 14.00.01/ Ражаева Лариса Евгеньевна; [Иван, мед.акад.]. Иваново, 2002.- - 23 с. — Библиогр.: с. 21-22.

53. Роговская, С.И. Апоптоз при патологии шейки матки, ассоциированной с вирусом папилломы человека Текст. / С.И Роговская // Гинекология. 2000. -Т. 2, №3. - С. 91-93.

54. Русакевич, П.С. Заболевания шейки матки Текст. / П.С. Русакевич. IvIhhsk: Выш. Школа, 2000.

55. Савицкий, Г.А. Миома матки. Проблемы патогенеза и патогенетической терапии Текст. / Г.А. Савицкий, А.Г. Савицкий. СПб.: «Элби», 2000. - 221с.
56. Салиева, Д.К. Миома матки Текст. / Д.К. Салиева, А.М. Усунбеков, С.Б. Назаралиева // Азиатский вестник акуш. и гинек.- 2000.- Т. 7, №1-2.- С. 47-49.
57. Самойлова, Т.Е. Миома матки Текст. / Т.Е. Самойлова // Проблемы репродукции.- 2003.- Т.9, №4.- С.32-36.
58. Серов, В.Н. Новые технологии в местной терапии инфекционно-воспалительных заболеваний гениталий Текст. / В.Н. Серов, Э.З. Рабинович, А.З. Хасин // Информационный журнал по акушерству и гинекологии. 2000. - №1. - С. 28.
59. Сидорова, И.С. Миома матки Текст. / И.С. Сидорова // Мед. информационное агентство. — 2002.
60. Стрижаков, А.Н. Клиническая кольпоскопия Текст. / А.Н. Стрижаков, А.И. Давыдов, Л. Д. Белоцерковцева.- М.: Медицина, 2002.- с.8-11.
61. Стругацкий, В.М. Физиотерапия при гинекологических заболеваниях, при патологии шейки матки Текст. / В.М. Стругацкий, В.Н. Прилепская // Российский Вестник акушера — гинеколога.- 2001.- Т.1, №3 .- С. 61-62.
62. Тихомиров, А.Л. Современные принципы диагностики, лечения и профилактики лейомиомы матки Текст. / Тихомиров, А.Л. Серов В.Н. // Рус. мед. журн. 2000. - Т.8. -№11. -С. 473-475.
63. Фролова, И.И. Цервикальные интраэпителиальные неоплазии и дискератозы шейки матки Текст. / И.И. Фролова, И.И. Бабиченко.- М.: Династия, 2004.
64. Фролова, И.И. Дискератоз шейки матки при системной гинекологической патологии Текст. / И.И. Фролова [и др.] // Вестник Росс. Университета Дружбы народов. — М.: 2002. — с. 82 -86.
65. Хмельницкий, О.К. Цитологическая и гистологическая диагностика заболеваний шейки матки Текст. / О.К. Хмельницкий.- СПб.: SOTIS, 2000.- 120 с. — Библиогр.: с. 82100.
66. Шиляев А.Ю.Лейомиома матки // Гинекология, т. 7, № 1, 2005

67. Шинелева, Н.Н. Комплексное лечение патологии шейки матки и влагалища, вызванных вирусом папилломы человека Текст. / Н.Н. Шинелева // Гинекология.- 2002.- Т.4, №5.-С.208-209.
68. Шипицина, Е.В. Папилломавирусная инфекция: факторы риска цервикальной неопластической прогрессии Текст. / Е.В. Шипицина [и др.] // Журнал акуш. и женск. болезней — 2004.-Т.ЛIII, вып.3.-С.34-42.
69. Экстирпация культи м/м: безопасная техника операции лапароскопическим доступом Текст.: тез. докл. VII съезда РОЭХ./ Инст. хирург, им. Вишневского. Москва: [Н.М. Высоцкий], 2004.
70. Явишева, Т.М. К вопросу о возникновении и развитии дисплазии эпителия шейки матки Текст. / Т.М. Явишева, Е.Г. Хлынина, И.Г. Богущ // Бюллетень эксперимент, биол. и мед.-2000.- Т.129, №3.- С.329-333.
71. Adamopoulos, D.A. Sex steroids in cervical mucus of spontaneous or induced ovulatory cycles Text. / D.A. Adamopoulos [et al.] // J. Steroids. 2002. - Jan; 65(1).
72. Asbill, K.K., Detection of Neisseria gonorrhoeae and Chlamydia trachomatis colonization of the gravid cervix Text. / K.K. Asbill [et al.] // Amer. J. Obstet. Gynecol. 2000. - Vol. 183(Suppl. 2). -P. 340-344.
73. Baggish, M.S. Carbon dioxide laser treatment for condylomata venereal infection Text. / M.S. Baggish // J. Obstet. Gynecol. -2000. Vol. 55. - № 6. - P. 711-715.
74. Balas, C. A novel optical imaging method for the early detection, quantitative grading, and mapping of cancerous and precancerous lesions of cervix Text. / C. Balas // IEEE Trans Biomed. Eng. 2001, Jan. - Vol. 48 (Suppl. 1). - p. 96-104.
75. Barbieri, R.L. Uterine leiomyomas: the somatic mutation theory. Text. / R.L. Barbieri, J. Andersen // Seminars in reproductive endocrinology. New York. Thyme Medical Publishers. - Nov., 2002. - V. 10. - № 4. - P. 301-309.
76. Bedaiwy, M.A. Recurrent osseous metaplasia of the cervix after loop electrosurgical excision Text. / M.A. Bedaiwy, J.M. Goldberg, C.V. Biscotti // Obstet. Gynecol. 2001. - Nov. - Vol. 98 (Suppl. 2). - P. 968-970.

77. Birner, P. Hybrid capture based human papillomavirus typing in cervical screening compared to cytology and histology Text. / M. Birner, M. Schindl, J. Stani // Wien. Klin. Wochenschr . 2000. -Vol. 112, No. 17. - P. 761-766.
78. Bosch, F.X. Prevalence of human papillomavirus in cervical cancer: a worldwide perspective Text. / Bosch F.X., Munoz N., M.M. Manos // J. Natl. Cancer Inst. 2005. - Vol. 87, №11.-P. 796802.
79. Broders, A. C. Carcinoma in situ contrasted with benign penetrating epithelium Text. / A.C. Broders // JAMA. 2002. -Vol. 99. - P. 1670-1674.
80. Burroughs, K.D. Overcoming unsatisfactory colposcopy Text. / K.D. Burroughs, K. Kiguchi, R.J. Fuchs -Young // J. Reprod. Med. 2001. - Jul. V. 138. №7. P. 3056-3064.
81. Cabrera, J. Uterine leiomyoma Text. / J. Cabrera // J. Clin. Obstet. Ginecol. 2004. - №9. - P.39-43.
82. Carlucci, M. The Pap test in HIV-positive women Text. / M. Carlucci, A. Cimmino, M.G. Fiore // J. Pathologica. - 2001, Dec. -Vol. 93 (Suppl. 6). -P. 651-653.
83. Chan, R.A. A comparative study of cervical cytology, colposcopy and PCR for HPV in female sex workers Text. / R.A. Chan [et al] //Int. J. STD.AIDS. 2001 - V. 48 P. 193-216.
84. Compel, A. Polymerase chain reaction based methods for the detection of human papillomavirus DNA Text. / A. Compel, P.E. Gravitt, M.M. Manos. // IARC Sei. Publ. - 2002. — P. 121-133.
85. Coupez, F. Colposcopie des viroses du col Text. /F. Coupez // J. Gynecologie. 2003. -Vol. 34. -№3.- P. 177-178.
86. Dalgic, H. Laser therapy in chronic cervicitis Text. / H. Dalgic, N.K. Kuscu //J. Arch. Gynecol. Obstet. 2001. - Vol. 2651. Suppl. 2). P. 64-66.
87. Davies, P. Current methods of testing for human papillomavirus Text. / P. Davies, J. Kornegay, T. Iftner // Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol. 2001. - V.15 - No. 5. -P. 677-700.
88. Eschenbach D.A. Vaginitis section of Pelvic infections and sexually transmitted diseases Text. / D.A. Eschenbach // J. Danforth's Obstetrics and Gynecology. 2003 - 9th ed. - p. 585589.

89. Gravitt, P.E. Polymerase chain reaction based methods for the detection of human papillomavirus DNA Text. / P.E. Gravitt, M.M. Manos // IARC Sei. Publ. - 2002. - P. 121-133.
90. Hordnes, K. What is the purpose of mucosal antibodies? Text. / K. Hordnes // Arc. An. Cytol. Pathology. 2001. - V. 39. - № 3. - P. 94-102.
91. Kurachi, O. Tumor Necrosis Factor- Expression in Human Uterine Leiomyoma and Its Down-Regulation by Progesterone Text. / O. Kurachi, M. Hiroya, S. Takashi // J. Clin. Endocrinol. Metab. 2001. - V.86 - P. 2275 - 2280.
92. Laconi, S. Simultaneous detection and typing of human papillomaviruses in cervical biopsies using PCR-reverse hybridization Text. / S. Laconi, M. Greco, G. Milia // J. Pathologica. 2000, Dec. - Vol. 92 (Suppl. 6). -P. 524-529.
93. Lin, P.C. Human Cervix Contains Functional Luteinizing Hormone /Human Chorionic Gonadotropin Receptors Text. / P.C. Lin, X. Li, Z. M. Lei // J. Clin. Endocrinol. Metab. 2003 - V.88 -P. 3409 - 3414.
94. Lundeen, S.J. Abnormal cervicovaginal smears due to endometriosis: a continuing problem Text. / S.J. Lundeen, C.A. Horwitz, C.J. Larson, M.W. Stanley // J. Diagn. Cytopathol. 2002. -Vol. 26 (Suppl. 1). - P. 35-40.
95. Malik, S.N. Benign cellular changes in Pap smears. Causes and Acta significance Text. / S.N. Malik, E.J. Wilkinson, P.A. Drew, N.S. Hardt // J. Cytol. 2001. - Vol. 45 (Suppl. 1). - P. 5-8.
96. McDelland, R.S. Treatment of cervicitis is associated with decreased cervical shedding of HPV-1 Text. /R.S. McDelland, C.C. Wang, K. Mandaliya // AIDS. 2001 -Vol. 15 (Suppl. 1). - P. 105-110.
97. Meyer, M.P. Detection of human papillomavirus DNA in genital lesions by using a modified commercially available in situ hybridization assay Text. / M.P. Meyer, C.A. Markiw, R.R. Matuscak // J. Clin. Microbiol. 2001. -Vol. 29. - №7. - P. 1308-1311.
98. Melkert, E.A. Prevalence of HPV in cytomorphologically normal cervical smears, as determined by the polymerase chain reaction, is age-dependent Text. / E.A. Melkert // Int. J. Cancer. — 2003. Vol. 53. - P. 919.
99. Miller, J.F. M. A comparison of electrocautery and cryocautery for the treatment of cervical erosion and chronic cervicitis Text. /

100. Murphy, A.A. Regulation by E of the transforming growth factor- β . Text. / A.A. Murphy, J.C. Tsibris // Society for the Study of Gynecological Investigation. Chicago, IL, USA, 2004. March 22-26.
101. O'Shaughnessy, J.A. Treatment and prevention of intraepithelial neoplasia: an important target for accelerated new agent development Text. / J.A. O'Shaughnessy, G.J. Kelloff, G.B. Gordon // J. Clin. Cancer. Res. 2002. - Vol. 8 (Suppl. 2). - P. 3143-46.
102. Parker, M.F. Discrepancy in the interpretation of histology by gynecologic pathologists Text. / M.F. Parker, C.M. Zahn, K.M. Vogel // J. Obstet. Gynecol. — 2002. Vol. 100 (Suppl. 2). - P. 277-280.
103. Pasetto, N. Role of microcolposcopy in the diagnostic evaluation of cervical preinvasive lesions Text. / N. Pasetto, E. Piccione, T. Sesti // Int. J. Gynaecol. Obstet. — 2004. №34. - P. 249-252.
104. Prakash, M. Macrophages are increased in cervical epithelium of women with cervicitis Text. / M. Prakash, S. Patterson, M.S. Kapembwa // J. Sex Transm. Infect. — 2001. Vol. 77 (Suppl. 5). -P. 366-369.
105. Reed, M.D. An evaluation of the treatment of cervical ectopia using Solcogyn a randomized comparative study with cryotherapy Text. / M. Reed // Akush. Ginek. (Sofia). 2000. - Vol. 39. -(Suppl 1). - P. 25-27.
106. Renshaw, A.A. Qualification of ASCUS Text. / A.A. Renshaw // Amer. J. Clin. Path. 2002. -Feb. - Vol. 117 (Suppl. 2). - P. 333
107. Rees, M. C. The uterus and the menopause Text. / M.C. Rees // J. Curr. Obstet. Gynecol. 2002. №10(3) - P. 419-32.
108. Reid, R. Physical and surgical principles governing expertise with the carbon dioxide laser Text. / Reid R. // J. Obstet. Gynecol. Clin. North Am. 2001. - Vol. 14/ - No. 2. - P. 513-535.
109. Robert, L.B., Andersen. J. Uterine leiomyomas: the somatic mutation theory. Text. / L.B. Robert, J. Andersen. // J. Reprod. endocrinology. 2002. - V. 10. - № 4. - P. 301-309.
110. Rock, C.L. Prevention of cervix cancer Text. / C.L. Rock, C.W. Michael, R.K Reynolds, M.T. Rufflin // J. Crit. Rev. Oncology Haematology. 2000. - Vol. 33 (Suppl. 3). - P. 169-185.

111. Sahoo, B. Role of the male partner in the lower genitourinary tract infection of female Text. / B. Sahoo, H. Bhandari, M. Sharma // Indian J. Med. Rep. — 2000 Vol. 1 (Suppl. 12). - P. 9-14.
112. Schwartz SM. Epidemiology of uterine leiomyomata. Clin Obstet Gynecol 2001; 44 (2): 316–26.
113. Schneider, A. The Epidemiology of Human Papillomavirus and Cervical Cancer Text. / A. Schneider, L.A. Koutsky // J. Obstet. Gynecol. 2002. - V. 56. - P. 11 - 13.
114. Shozu, M. Overexpression of Aromatase P450 in Leiomyoma Tissue Is Driven Primarily through Promoter 1.4 of the Aromatase P450 Gene (CYP19) / M. Shozu, H. Sumitani, T. Segawa // J. Clin. Endocrinol. Metab.- 2002 87: 2540 - 2548.
115. Staler, M.H. Human papillomavirus and cervical neoplasia: a model for carcinogenesis Text. / M.H. Staler // Int. J. Gynecol. Pathol. 2000. - Vol. 19. - No. 1. - P. 16-28.
116. Stewart EA, Faur AM, Wisw LA et al. Predictors of subsequent surgery for uterine leiomyomata after abdominal myomectomy. Obstet Gynecol 2002; 99 (3): 426–32.
117. Vaganova, I.G. Apoptosis and proliferation of epithelial cells in papillomaviral and chlamydial cervicitis Text. / I.G. Vaganova // J. Vopr. Onkol. 2000. - Vol. 46 (Suppl. 5). - P. 578-582.
118. Volk, E. Cytologic findings in cervical smears in patients using intramuscular medroxyprogesterone acetate Texn. / E. Volk, J. Jax, T. Kuntzman // J. Diagn. Cytopathol. 2000. - № 23 (3). - P. 1017 -1031.
119. Wang, N. Histologic follow-up of atypica endocervical cells Liquid-based, thin-layer preparation vs. conventional Pap smear Text. / N. Wang, P. Rose // J. Acta Cytol. 2002. - Vol. 46 (Suppl. 3). -P. 453-457.
120. Weingandt, H. Autofluorescence spectroscopy for diagnosis of cervical intraepithelial neoplasia Text. / H. Weingandt, H. Stepp , R. Baumgartner // BJOG. — 2002, Aug. Vol. 109 (Suppl. 8). - P. 947-951.
121. Writley, R.S. Optimizing the management of genital herpes Text. / R.S. Writley // Ed. Royal Society of Medicine, Ltd. 2000. - P. 24-27.

122. Wu, X. Sex Steroid Receptors in Human Myometrium and Fibroids: Changes during the Menstrual Cycle and Gonadotropin-Releasing Hormone Treatment Text. / X. Wu, A. Blanck, M. Olowsson // J. Acta Obstet. Gynecol. Scand. May 2000. 79(5):397-404.

123. Yang, Y.C. Possible cofactor in cervical carcinogenesis: proliferation index of the transformation zone in cervicitis / Y.C. Yang, C.L. Chang, Y.W. Huang //J. Chang. Gung. Med. 2001, Oct. Vol. 24 (Suppl. 10). -P. 615-620.