

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

Қўл ёзмхукукида:

УДК 616-006.36.08:618.14.

Ибрагимов Рамзжон Темирович

**Метроррагия билан асоратланган бачадон миомаси
булган беморларни олиб боришни
такомиллаштириш**

5A510101-АКУШЕРЛИК ВА ГИНЕКОЛОГИЯ

Магистр академик даражасини олиш учун ёзилган

Магистрлик диссертацияси

Илмий раҳбар:

т.ф.д.проф.Негмаджанов Б.Б.

Самарқанд-2015

МУНДАРИЖА

Шартли кискартмалар.....	3
Кириш.....	4
I.БОБ. Бачадон миомаси ва уни даволаш усулларига янгича ёндашувлар (адабиётлар шархи).....	7
I.1.Бачадон миомасининг патогенези.....	9
I.2.Бачадон миомасининг классификацияси:.....	11
I.3.Бачадон миомасининг асосий белгилари:.....	14
I.4.Бачадон миомасини ташхислаш.....	18
I.5.Бачадон миомасини даволашнинг асосий принциплари.....	20
II.БОБ.Текшириш материаллари ва усуллари.....	30
II.1. Текширув утказилган беморларнинг умумий тавсифи.....	30
II.2.Текшириш усуллари.....	30
II.2.1. Клиник ва лаборатор текширишлар.....	30
II.2.2. Бактероскопик текшириш.....	32
II.2.3. Ультратовуш текшируви.....	32
II.2.4.Кольпоскопия текшируви	32
III БОБ. Олинган натижалар	35
III.1. Текширилган беморларнинг умумий характеристикаси.....	35
III.2.Бачадон миомасини ташхислашда инструментал ва лаборатор текширувларининг роли.....	40
III.3.Бачадон миомаси натижасида кон кетишида оптимал даво усулини танлаш.....	47
IV БОБ. Олинган натижалар муҳокамаси.....	52
Хулоса.....	59
Амалий тавсиялар.....	61
Фойдаланилган адабиётлар.....	62

Шартли кискартмалар

АПТВ-активлашган парциал тромбопластин вакти

аГнРГ-гонадотропин рилизинг гормон агонисти

БАЭ-бачадон артериялари эмболизацияси

БМ-бачадон миомаси

ГнРГ-гонадотропин рилизинг гормон

ИФА-иммунофермент анализ

КОК-комбинирланган орал контрацептив

МРТ-магнит резонансли томография

ОИТ-ошкозон-ичак тизими

ПР-прогестерон рецепторлари

ПТИ-пртромбин индекси

УТТ-ультратовуш текшируви

ЭЧТ-эритроцитларнинг чукиш тезлиги

ЮИК-юракнинг ишемик касаллиги

Кириш

Мавзунинг долзарблиги. Охирги йилларда акушерлик ва гинекология амалётида бачадон миомаси энг долзарб муаммолардан бирига айланиб бормокда. Чунки охирги йилларда бачадон миомаси ёшларда ва хатто жуда хам ёш кизларда ривожланмокда. Бу эса репродуктив ёшдаги хотин-кизларнинг менструал ва репродуктив вазифаларининг бузилишига олиб келмокда. Хозирги кунда бачадон миомаси билан касалланиш 27-45% ни ташкил этиши аниқланган (Кулаков В.И., Сидорова И.С.,2006).

Бачадон миомаси аёллар жинсий аъзоси тизимида энг куп учровчи яхши сифатли усмасидир. Е.М. Вихляев (2004) маълумотларига кура бачадон миомаси 32-33 ёшларда хам учрайди. 20-30 ёшдан кичик аёлларда бачадон миомаси 0,9-1,5% ҳолатларда учрайди (Сидорова И.С., 2007). Охирги вақтларда утказилган масшабли патологоанатомик текширишларда бу касаллик 85% ҳолатларда тарқалганлиги аниқланди (Тихомиров А.Л., 2010).

Бачадон миомаси гинекологик стационарларда асосий контингентни ташкил этади. Бир неча марта хирургик ва медикаментоз даволаш ва диагностикани талаб этиши, баъзи пайтларда такрорланувчи кон кетишлар, тургун оғрик синдроми туфайли радикал операция утказилишига сабаб булади (Савицкий Г.А.,2000). Хозирги вақтда бу муаммо аёлни репродуктив фаолиятининг бузилишига олиб келишини хам инобатга олганда нафакат тиббий балки ижтимоий муаммога хам айланиб бормокда. Хозирги вақтгача бачадон миомасининг бепуштликдаги роли тулиқ урганилмаган, аммо 20% ҳолатларда бепуштликка сабаб булиши кузатилган (Краснопольский В.И., 2003; Кулаков В.И.,2006; Holloway R.W.,2009).

Бачадон миомасини даволаш ҳақидаги саволлар жуда кийин масала булиб хозиргача уз ечимини топмаган. Мазкур патология гетероген гуруҳли патологиядир. Касалликнинг аста-секин яққол ифодаланган клиник белгиларсиз кечиши, шу асосда клиник белгилари юзага чикмагунча беморни пассив кузатиш, кейинчалик оператив даво утказишга сабаб булмокда. Бу

муаммо эса бачадон миомасининг патогенезини охиригача урганилмаганлиги, репродуктив вазифасини тулик адо этганидан кейин бачадонни «фойдасиз» аъзо сифатида каралганлиги билан тушунтириш мумкин. Бачадон миомасини даволашда даво усулини танлаш бир неча омилларга, қисман бачадон миомаси патогенезининг хусусиятларига, усманинг усиш темпи ва усма шаклига, беморнинг ёши ва генератив вазифанинг бузилишига қараб белгиланади. Мазкур касалликда даво муолажасининг эффективлиги куп ҳолатларда тугри клиник баҳолашга боғлиқ (Адамян Л.В., Ткаченко Э.Р., 2003; Савицкий Г.А., 2006; Тихомиров А.Л., Лубнин Д.М., 2006).

Бачадон миомасини даволаш усмани олиб ташлаш (хирургик даволаш), усма усишини тормозлаш (консерватив даволаш)дан иборат. Гормонотерапиянинг афзалликлари(гонадотропин-рилизинг-гормон) чегараланган ва бир қатор нозуя таъсирларни келтириб чиқариши мумкин. Ҳозирги кунда бачадон миомаси менометроррагия билан асоратланиши кузатишган беморларда нишон туқимага танлаб таъсир этувчи пргестерон рецепторларининг модулятори ҳамқулланилмокда

Ишнинг максади:Бачадон миомаси ва метроррагия билан асоратланган беморларни кузатиш, даволаш самарадорлигини ошириш.

Ишнинг вазифалари:

- Бачадон миомаси булган метроррагия билан асоратланган беморларни ретроспектив ва проспектив урганиш
- Метроррагияни миоматоз тугуннинг жойлашган жойи, васкуляризация даражаси ва гемостаз тизимидаги узгаришларга боғлиқлигини урганиш
- Олинган натижаларга қура касалликни эрта диагностика қилиш ва даволашнинг оптимал усулини таклиф қилиш.

- Улипристал ацетат припаратини эффективлигини урганиш.

Илмий янгилик: Самарканд шаҳар №3-туғруқ мажмуасида бачадон миомаси ва метроррагия билан асоратланган беморларни консерватив даволашнинг янги йуналишларини ургандик ҳамда бу усулнинг самарадорлигини тадқиқот давомида қўлладик.

Амалий аҳамияти. Бу мавзунинг амалий аҳамияти шундан иборатки, бачадон миомаси ва метроррагия билан асоратланган беморларни даволашда амалёт врачларига оптимал усулларини танлаб олиш.

Ишнинг структураси ва ҳажми: Диссертация 69 бетдан иборат бўлиб, кириш, адабиётлар шарҳи, текшириш материаллари ва усуллари, олинган натижалар ва беморлар клиник муҳокамаси, хулоса, амалий тавсиялар ва фойдаланилган адабиётлар рўйхати каби боб ва қисмлардан тузилган бўлиб, 7та жадвал, 9 та расмни ўз ичига олади.

Бачадон миомаси ва уни даволаш усулларига янгича ёндашувлар (адабиётлар шархи)

Бачадон миомаси аёллар жинсий аъзолари тизимининг энг куп учрайдиган хавфсиз усмаларидан биридир. Бачадон миомасининг учраб туриши турли муаллифларнинг маълумотларига кура 24 дан 50% гача учрайди. (2,6,35,60,64,103,114)

Бу клиник муаммонинг долзарблиги шундан иборатки, хозирги вақтда гинекологик стационарларда оператив даво муолажаларнинг 50-70%и бачадон миомаси бўйича утказилмоқда.

Бачадон миомаси мезенхимал усмалар гурухига киради. Бачадон миомаси бачадоннинг камбиал бириктирувчи тукима каркасининг маълум бир қисмидан юзага келувчи учокли пролиферация махсулотидир. (9,10,74,76,88,89,99)

Бачадон миомасининг асосий манбаи периадвентициал тукимадир. Периадвентициал тукима таркибида кам дифференциаллашган фибро- ва миобластлар, перицитлар булади. Булардан ташқари, майда томирларнинг интима қаватида томир деворидаги миоцитларнинг регенерацияси учокли пролиферация жараёнида холинергик ва адренергик нерв тизимининг назоратини тулик йуқолиши натижасида кузатилиши мумкин. (6,9,10,60,65,73,74,76,78,102)

Бачадон миомасининг этиологияси ва патогенезига замонавий қарашлар цитогенетика, молекуляр биология, эндокринология, иммунология, хужайралар уртасида таъсирланиш сферасини урганишга асосланади. (19,103)

Бачадон миомаси тукумаси биоптатини цитогенетик тахлили натижаларига кура 40-50% ҳолатларда беморларда кариопикнотик анамнезида турли хил хромосома нуксонлари аникланди.(9,10,74,76,78,88) Бачадон миомасининг пролифератив активлигини дисрегуляцияси 12 ва 6 хромосомаларда жойлашган HMGIK ва HMGIY генларининг дисрегуляцияси билан боғлиқ. HMGIK ва HMGIY генларининг экспрессияси маҳсулоти юқори ҳаракатли оксиллар гуруҳига киритилган. HMGIK ва HMGIY оксилларининг абберант экспрессияси купрок ёмон сифатли жараёнларга ҳосдир. Хромосоманинг қайта қурилиши натижасида бу оксилларнинг дисрегуляцияси бир вақтнинг ўзида турли хил яхши сифатли усмаларнинг ҳосил бўлишига олиб келади. HMGIK ва HMGIY оксилларининг экспрессияси эмбрионал тукумаларнинг ва культура тукумаларининг тез ўсишига таъсир қилиши аникланди. (10,78,89,99,102)

Миометрийнинг силлиқ мушакли хужайрасини моноклонал пролиферацияси нормал гормонал фонда ҳам HMGIK генларининг дисрегуляцияси натижасида тукумаларнинг клонал пролиферацияси программаси активлашган бўлади. Бу вақтда узгармаган миометрий нисбатан тинч ҳолатдалиги аниқланган. (10,78,89,99,102)

Бачадон миомасининг ривожланишида жинсий гормонлар, эстроген ва прогестерон рецепторлари ролининг муҳимлиги ҳам аниқланган. Миометрийга эстрогенлар, ўсиш омили ва иммунореактив инсулиннинг синергик таъсири натижасида бачадон миомасининг ўсиши ва ривожланиши айтиб ўтилган. Бошқа бир томондан турли клиник текширишларда эса прогестеронлар таъсирида миометрийнинг митотик активлиги ўсишига олиб келганлиги аниқланган.(9,10,74,76,88,89,99)

Ўсиш омили маҳаллий таъсир курсатади ва хужайралараро муносабатларни таъминлайди, натижада миоматоз тугуннинг ўсишига гормонал таъсир курсатади. Бачадон миометрий каватининг пролиферацияси ва апоптоз жараёнлари балансининг бузилиши натижасида миометрийнинг учокли (локал) гиперплазияси кузатилади. Лейомиомада

протоонкоген bcl-2 (апаптознинг ингибитори) ва ki-67 (хужайравий пролиферациянинг регулятори) экспрессиясининг ортиши бунинг исботидир. Пролиферация ва апаптозни асосий бошқарувчи тизим бу эндокрин ва иммун тизимдир. (10,78,89,99,102)

Качонки бачадон миомасининг сабаблари хақида суз борар экан наслий омилни ҳам алоҳида айтиб утиш керак. Бачадон миомаси билан бир оилада касалланиш курсаткичининг бошқаларга нисбатан куплиги бачадон миомасининг ривожланишига гинетик омилнинг роли борлигини курсатиб бермокда.

Бачадон миомасининг ривожланишига олиб келувчи юкорида айтиб утилган сабаблардан ташқари яна бир катор омилларнинг таъсири ҳам айтиб утилган. Булар куйидагилардан иборат:

Механик омиллар ва гинекологик касалликлар:

- Бачадон бушлигини кириш операциялари;
- Тугруклар(травматик);
- Абортлар(асосан куп сонли);
- Хомилани тушиши (муддатидан олдин тугрук);
- Бачадон эндометриози;
- Тухумдонларда яллигланиш жараёнлари.

Хаёт тарзи ва сурункали касалликлар:

- Кандли диабет
- Калконсимон без патологиялари
- Артериал гипертензия
- Семизлик ёки ортикча тана вазни
- Кам харакатлилик
- Норегуляр жинсий хаёт ёки жинсий хаётни кеч бошланиши (25 ёш ва ундан юкори)

•30 ёшдан кейинги биринчи марта хомиладорлик ва тугрук.(19,60,64,65,73,74,76,78,102,103)

I.1.Бачадон миомасининг патогенези.

Бачадон миомасининг морфогенезида 3 та стадия фаркланади:

1. Миометрийда периваскуляр хужайравий муфта куринишида актив усиш зонасининг хосил булиши, силлик мушак хужайраларининг кучли пролиферацияси ва хужайравий метаболизмнинг активланиши;
2. Усманинг дифференцировка белгиларисиз усиши;
3. Усманинг усиши, дифференцировкаси, етилиши ва аста-секин фиброзланиши билан.(9,10,74,76,88,89,99)

Бачадоннинг миометрий каватини локал гипертрофиясига олиб келувчи асосий омилларидан бири бу микроциркуляциянинг бузилиши натижасида гипоксияни кузатилишидир. Бу жараёнлар силлик мушак хужайраларида компенсатор жараёнларга олиб келади ва кейинчалик силлик мушак хужайраларидаги компенсатор узгаришлар дистрофик жараёнларга ривожланиб натижада унинг компонентларини экстрацеллюляр матриксга секрециясига олиб келади.(99,102)

Шундай қилиб менструация пайтида спирал артерияларнинг спазми натижасидаги маҳаллий ишемия, яллигланиш жараёнлари, тиббий муолажалар пайтида бачадон каватларининг механик жароҳатланиши ёки учокли эндометриоз бачадонга зарарловчи таъсир курсатади. Хар бир менструал циклда зарарланган хужайралар микдори ошиб боради. Хужайраларнинг бир қисми миометрий томонидан боғлаб олинади, бошқа қисмларидан эса турли усиш потенциалига эга миоматоз тугун илдизлари пайдо булади. Активланган усиш илдизлари илк босқичларда менструал цикл вақтидаги гормонлар концентрациясининг физиологик узгариши ҳисобига усади. Кейинчалик ҳосил булган хужайралар кооперацияси аутокрин ва паракрин механизмларни ишга туширади, яъни усиш омил ишга тушатди. Натижада миоматоз тугунларнинг шаклланишида жинсий гормонларнинг физиологик узгариб туришининг аҳамияти камаёди.(8,9,10,75,76,89,103)

Нисбий локал гиперэстрогения миоматоз тугунда эстрадиол ва прогестерон рецепторларининг узгармаган миометрийга нисбатан ошганлиги кузатилади. Бундан ташкари секретор фазада прогестеронга рецепторлар микдорининг ортиши ва пролифератив фазада эстрогенга рецепторларнинг доимий ортиши фонида унинг камайиши сабаб булади.(74,88)

Бачадон миомасининг ривожланишига 80% ҳолатларда майда томирларда асосан артериолаларда куп сонли усиш зонасининг пайдо булиши хос. Бу миометрий толаларининг турли хил гипертрофияси усувчи усма тугунининг тортилиши билан характерланади, бу миома тугунининг локализацияси, тугуннинг улчами ва тугунларнинг сонини белгилайди.(10,19,76,99,103)

Миометрийда веноз синусларнинг шаклланиши билан капилляр турнинг нормал архитектоникасининг узгариши куп микдорда коннинг деполанишига олиб келади. Бачадонда кон айланишининг бундай бузилиши унинг кузгалиши ва кискариш фаолиятининг кучайишига олиб келади.(89,102)

I.2.Бачадон миомасининг таснифи:

Жойлашиш жойига кура:

- Интрамурал миома-турли адабиётлардаги маълумотларга кура 95% ҳолатлар кузатилади. Миоматоз тугуннинг мушаклар орасида жойлашиши менструал циклнинг бузилишига олиб келади. Беморларни кичик чанок соҳасидаги огрик ва босим сезгисининг пайдо булиши безовта килади.

- Субсероз миома- тугуннинг улчами ва атроф тукимага босимига кура чанок соҳасидаги дискомфортга сабаб булади.

- Субмукоз(шиллик ости) миома куп ҳолатларда огир ва узок муддатли кон кетишларга сабаб булади.

- Педундукуляр миома.

- Интралигаментар.

Куп ҳолатларда (80%) бачадонда куп сонли миоматоз тугунлар учрайди. Бундай тугунлар турлича катталиқда ва шаклда бўлади. 95% ҳолатларда миоматоз тугун бачадоннинг танасида, 5% ҳолатларда тугунлар бачадоннинг бўйнида ривожланади.

Сантиметрлар ва ҳомиладорлик муддатларига кура миоматоз тугуннинг улчамлари бўйича (турли адабиётлар турли рақамларни кўрсатади):

- Кичик улчамдаги миома. Бу гуруҳга улчами 15 мм гача бўлган миоматоз тугунлар киритилади. Бундай тугунлар ҳеч қандай клиник белгиларсиз кечади.

- Куп сонли кичик бачадон миомаси. Бу гуруҳга куп сонли улчами 2 см дан ошмайдиган миоматоз тугунлар киради. Бундай улчамдаги миомада беморларни оғрик, мено-, метроррагия, бепуштлиқ безовта килади.

- Урта улчамдаги бачадон лейомиомаси. Бу гуруҳга ягона, улчами 4 смдан ошмайдиган миоматоз тугунлар киради.

- Куп сонли урта улчамдаги доминант тугунли бачадон миомаси. Бу гуруҳга биз бачадонда куп сонли тугунли, доминант миоматоз тугуннинг улчами 6 смдан ошмайдиган бачадон миомасини киритдик.

- Катта улчамли бачадон миомаси. Катта улчамли бачадон миомасига биз улчами 6 см дан ошмаган миоматоз тугунни киритдик. Катта миома 10-15 ҳафталик ҳомиладорликдан катта эмас.

- Бачадоннинг мураккаб миомаси. Бу категорияга куп сонли катта улчамдаги ва қушма локализациядаги усмаларни киритдик. Усманинг тез ўсиши ҳос (1 йилда 4-5 ҳафтадан ортиқ).

Ультратовуш текширувимаълумотлари ва клиник белгиларига асосланган миоматоз тугуннинг жойлашган жойи, сони ва тугуннинг улчами бўйича классификацияси:

- Тип I-майда куп сонли интрамурал тугунлар ёки субсероз тугуннинг булиши (<3см). Субмукоз тугун йук.

- Тип II-бир ёки куп сонли интрамурал ёки субсероз тугунлар (3-6 см). Субмукоз тугун йук.

- Тип III-Бирёки куп сонли интрамурал ёки субсероз тугунларнинг булиши (>6 см). Субмукоз тугун йук.

- Тип IV-бир ёки бир неча интрамурал ёки субсероз тугунлар. Субмукоз тугунга шубха.

Европалик эндоскопист гинекологлар ассоциациясининг классификацияси.

Субмукоз миомани бачадон бушлигини деформацияга олиб келиш даражасига кура 3 типи фаркланади:

0 тип-шиллик ости тугуни тулик бачадон бушлигида, миометрийга умуман утмаган.

I тип-миоматоз тугуннинг 50% кам кисмимушаклар орасида жойлашган, куп кисми бачадон бушлигида жойлашган.

II тип-миоматоз тугуннинг 50% дан ортик кисми миометрийга утган, унинг кам кисми бачадон бушлигида жойлашган.

Субсероз тугунлар

0 тип-миоматоз тугун оёкчасида, тулик корин бушлигида жойлашган.

I тип-тугуннинг 50% дан кам кисми мушаклар орасида жойлашган, унинг куп кисми корин бушлигида жойлашган.

II тип-миоматоз тугуннинг 50% дан куп кисми мушаклар орасида жойлашган, унинг кам кисми корин бушлигида жойлашган.

Бачадон миомасининг гистологик классификацияси:

- Оддий;
- Хужайравий;
- Митотик актиа;
- Ноодатий;(причудливая)

- Атипик;
- Липолейомиома;
- Эпителиоидли;
- Геморрагик;
- Томирли;
- Миксоид;
- Миома гематопозитик элементлар билан.

I.3.Бачадон миомасининг асосий белгилари:

Бачадон миомасининг клиник курилиши турли хил булиб, бу миоматоз тугуннинг жойлашган жойига, улчамига, тугундаги дегенератив жараёнларга, касалликнинг давомлилигига боғлиқ булади.

Бачадон миомасининг асосий симптомларидан бири бу менструал кон кетишнинг купайиши ва вақтининг ортишидир (меноррагия). Бачадон миомасида менструал кон кетиш вақтининг ортиши ва куп кон кетиши миометрийни усма натижасида кискариш кобилиятининг пасайиши, бундан ташқари бачадоннинг ички юза майдонининг ортиши натижасида менструал кон кетиш вақтида шиллик пардасининг десквамацияси натижасида кузатилади.

Миоматоз тугуннинг бачадон деворида жойлашган жойи ҳам муҳим аҳамиятга эга. Субсероз миоматоз тугун бўлганда кон кетиш куп ҳолларда уртача менструация кузатилади, 42,6% ҳолатларда кон куп келади ва 1,1% ҳолатларда жуда кам миқдорда келади. Миоматоз тугун мушаклар орасида жойлашганда 44,5% ҳолатларда менструация пайтида куп кон кетиш аниқланган.

Бачадон миомасига ҳос хусусиятларидан бири тухумдон фаолиятининг узок вақт давомида давом эттиришидир. Менопауза бошланганда ҳам 50-53 ёшларда менструациясимон, баъзан циклик характердаги консимон ажралма келади. Бундай беморларда усманинг регрессияси ҳос эмас.

Менопауза даврида бачадон миомасининг усма тукималарида дистрофик ва некробиотик узгаришлар кузатилади., бундай узгаришлар куп вақтларда касалликнинг белгиларини мураккаблаштиради.

Постменопауза даврида бачадон миомасининг асосий белгилари коринпасти ва бел соҳасидаги огрикларга, жинсий йулдан кон келишига ва бачадон билан кушни аъзоларнинг вазифалари бузилишидир.(3,7,34,78,108). Касаллик баъзи вақтларда безли-кистоз гиперплазия, полипоз, эндометриоз, кам ҳолларда эндометрий раки, саркома артериал гипертензия, семизлик, ЮИК, нафас аъзолари касалликлари билан кушилиб келиши мумкин. Бачадон миомаси билан касалланган бундай касалларда постменопауза даврида ҳам актив диспансер кузатувиға олиш керак.

Постменопауза даврида куп кузатиладиган дегенеративузгаришлар ёш, миоматоз тугуни катта булган беморларда ҳам кузатилиши мумкин. Тугуннинг озикланишини уткир бузилиши натижасида касалликнинг яккол белгилари ривожланади(тана хароратининг кутарилиши, кучли огрик, корин парда таъсирланиш белгилари, ЭЧТ нинг ортиши,лейкоцитлар сонининг ортиши). Бачадон миомаси бундай асоратли кечганда ва консерватив терапия самарасизбулганда хирургик даво муолажалари утказилади.

Циклик кон кетиш фонида тезда бачадондан ациклик кон кетиш ҳам кушилади. Кучли ациклик кон кетиши асосан миоматоз тугун центрипетал усганда ёки субмукоз миоматоз тугунлар натижасида кузатилади. Бундан ташкари кушилиб келган тухумдон фаолиятининг бузилиши метроррагияга сабаб булади. Миоматоз тугун шиллик кават остида жойлашганда ацикликкон кетиш юзада жойлашган кенг ковузлокли томирларнинг енгил жарохатланиши натижасида кузатилади, бундай миоматоз тугунларда бириктирувчи тукима куп ривожланмаган булади. Бундан ташкари томирга бой усмани капсуласининг юпкаланиши натижасида усмани чикиб колиши кон кетишга олиб келади.

Узок муддатли бачадондан циклик ва ациклик кон кетиши натижасида постгеморрагик анемия ривожланади.

Бачадон миомасида кон кетиши ва анемиядан ташкари беморларни огрик безовта килади. Огриклар менструал цикл билан боглик ва менструал циклга боглик булмаган холда булиши мумкин. Огрик белгиси усманининг улчами, миоматоз тугун оёкчасининг буралиши, миоматоз тугунни озиклантирувчи томирлар тромбози, шиллик ости миоматоз тугунининг тугилиши, миоматоз тугуннинг некрози натижасида юзага келади.

Огриклар купгина беморларда турлича характерда булади. Огриклар корин пасти ва бел сохасида кузатилади. Доимий, симилловчи огриклар субсероз ва интрамурал миоматоз тугунлар марказга караб усганда кузатилади, бу тугунни коплаб турган корин парданинг тортилиш натижасида кузатилади. Узок вакт кечувчи огриклар усманинг тез усиши билан боглик. Тугунда кон айланишининг уткир бузилиши натижасида огриклар уткир характерда булади ва уткир корин белгилари кузатилади.

Огрикларнинг характери турлича булиб, катта улчамдаги ва аста-секин усувчи бачадон миомасида огриклар тортувчи, симилловчи ва барча менструал цикл давомидаги доимий огриклар билан кечади.

Менструация пайтидаги дардсимон огриклар купрок шиллик ости миоматоз тугунларда кузатилади.

Миоматоз тугун бачадоннинг олдинги юзасида булса огрик сийдик пуфагига, корин олдинги деворининг пастки кисмига таркалади; агар миоматоз тугун бачадоннинг орка юзасида ривожланганда огрик тугри ичакка таркалади. Миоматоз тугун интралигаментар жойлашганда кучли огрик бачадоннинг ички бугзи сохасидаги нерв чигалининг босилиши натижасида кузатилади.

Бачадон миомасидаги огриклар кушилиб келган гинекологик касалликлар: эндометриоз, бачадон ортикларининг яллигланиш касалликлари ва бошкаларда хам кузатилиши мумкин.

Бачадон миомасида аёл организмнинг репродуктив функцияси хам бузилади. Бунда репродуктив ёшдаги аёлларни бепуштлик, муддатидан олдин тугрук ватугрукдан кейинги даврни асоратлар билан кечиши безовта

килади. Репродуктив вазифани чуқур текширишлар шуни курсатдики, бачадон миомаси натижасида 17,7% ҳолатларда бирламчи бепуштлиқ, 27% ҳолатларда эса иккиламчи бепуштлиқ кузатишган. Бачадон миомасига чалинган репродуктив ёшдаги аёлларда 44,7% да бепуштлиқ кузатишган.

Хомиладорлик даврида (10-40%) – хомилани тушишига, хомилани гипотрофияси ва анатомик зарарланишига, муддатидан олдин тугруқ, тугруқдан кейинги даврда қон кетиши кузатилади. Адабиётлардаги маълумотларга қара 4% хомиладорлик бачадон миомаси фонида кечади. (8,35,42,43,44,47,56,57,61,62,63,92,104,115). Бунда 50-60% беморларда миоматоз тугунларда узгаришлар кузатилди, 22-32% ҳолатларда тугунлар ўси, бу вақтда 8-27% ҳолатларда миоматоз тугуннинг ўлчами кичрайд. Катта тугунлар бутун хомиладорлик даврида ўртача 12% катталашган, бутун хомиладорлик давомида 25% дан ортиқ катталашмади. Кичик миоматоз тугунларни эса ўлчами катталашмаганлиги адабиётларда қўрилган. (35,56,63,92,104,109,115,117)

Миоматоз тугуннинг катталашиб қўшни аъзоларни босиши натижасида қўшни аъзоларнинг функциялари бузилади (сийишнинг тезлашиши, сийдик тутилиши, пиелонефрит, гидронефроз, гидроуретер, кабзият).

Ўсманинг ўлчами 14 ҳафталик хомиладорлик ўлчамигача катталашганда миелопатик ва радикулалгик синдромлар кузатилади. Миелопатик синдром спинал ишемия билан тушунтирилади. Бунда бемор оёқларидаги қўчқизликка ва оғирлик сезгисига, парестезияларга шикоят килади. Бу белгилар юргандан 10-15 дақиқадан кейин пайдо бўлади ва қисқа муддатли дам олишдан кейин ўтиб кетади. Радикулалгик синдром катталашган бачадон кичик чанокнинг нерв чигалини ёки алоҳида нервларини босиши натижасида кузатилади. Бунда беморлар бел-думгаза ва оёқларида оғрикка, парестезия ёки гиперпатия қўрилишидаги сезгирликнинг бузилишига шикоят килади.

Бачадон миомаси 50-60% ҳолатларда симптомларсиз кечади. Бачадонмиомаси симптомларсиз кечганда беморларни ҳеч қандай

узгаришлар безовта килмайди ва врачга мурожаат килмайди. Бу усмани тезда катталашиб кетганлиги аникланади. Бунда хирургик даво утказишни талаб этади. Миоматоз тугуннинг тез усишига усма улчамининг йилига ёки киска вақт ичида 5 ҳафталик хомиладорлик улчамидан катталашганлигини киритамиз.(6,24,38,50,78).

Усма улчамининг тезда катталашиб кетиши бачадон миомасининг нафакат ёмон сифатлига утганлиги(0,7-3,1% беморларда) балки, миоматоз тугунда уткир кон айланишининг бузилишидан шиш кузатилиши натижасида ривожланади.

Миоматоз тугунлар купрок бачадоннинг олдинги деворида, кам ҳолатларда орқа девори ва тубида, 0,2-0,5% беморлардабойлам орасида ривожланади.(9,27,43,56,78,97,104).

Бачадон миомаси узок муддат кечиб усма улчамининг катта улчамларга етиши натижасида беморда гемостазнинг умумий бузилиши, ҳаётий муҳим аъзо ва тизимларнинг шикастланиши кузатилади.(9,22,43,67,89,103).

I.4.Бачадон миомасини ташхислаш.

Бачадон миомасини ташхислашда беморнинг шикоятлари ва анамнезига алоҳида аҳамият бериш керак. Физикал текширишлардан умумий курик, гинекологик курик, кольпоскопия, стандарт клиник лаборатор текширишлар утказилади.

Кушимча текшириш усулларида: калконсимон без дисфункцияси скрининги (конда ТТГ, Т4, Т3 микдори, сийдикда йод текширилади) утказилади. Бундан ташқари эндемик зоналарда эндокринолог билан ҳамкорликда текшириш усуллари утказилади.

Онкомаркерлар, усиш факторлари ва пролиферацияни аникланади. Гистероскопия утказилади. Эндометрий рецепторлари экспрессиясини аниклаш мақсадида бачадон бушлигини кириш операцияси утказилади.

Гистероскопик текшириш усули субмукоз миоматоз тугунини ташхислашда олтин стандарт усулидир. Бу текшириш усули орқали

тугуннинг типи, жойлашган жойи, улчамлари ва эндоскопик назорат остида кин оркали миомэктомия утказишга кулайлик тугдиради.

Хозирги вақтда гинекологияда бачадон миомасини аниқловчи энг кучли диагностик восита бу магнит резонанс текшириш усулидир. МРТ бачадон миомасини турли куринишларини аниқлайди, оптимал даво муолажаларини танлаш ва утказишга ёрдам беради (хирургик, операциясиз, таргет терапия). МРТ текшириш усулида бачадон миомаси бачадоннинг бошқа патологияларидан яққол ажралиб туради (бачадон раки, бачадон саркомаси, аденомиознинг диффуз ва тугунли шакллари ва бошқалар).

Миоматоз тугунни аниқлашда УТТ ҳам муҳим урин эгаллайди. (3,4,6,12,14,24,29,31,32,33,34,45,48,51,87,111,116) Хозирги вақтларда кенг тадбик этилаётган кин оркали ультрасонография текшириш усули беморда семизлик, метеоризм, чандикли жараёнлар булганда ҳам трансабдоминал датчиклар оркали текшириш кийин булганда касалликни аниқлашни осонлаштиради. (3,24,29,32,58,66,87,107,108,116) Бу текшириш усули айниқса субмукоз жойлашган бачадон миомасининг аниқ жойлашган жойини, бачадон бурчакларини, бачадоннинг сероз каватигача бачадоннинг калинлигини, бундан ташқари эндометрийдаги қушилиб келган патологияларни аниқлашда кулайлик тугдиради. Катта миоматоз тугунларни аниқлашда бу усул унчалик кийинчилик тугдирмайди. Бу усулнинг ҳам эффективлиги 95%. (4,51,108,111) Аммо ультрасонография кичик улчамдаги миоматоз тугунларни (диаметри 2 см гача) аниқлашда турли муаллифларнинг фикрича 62,5-88% ни ташкил этиши айтиб утилган. (12,14,24,29,45,58,66) Уз-уздан кичик миоматоз тугунлар билинмасдан қолиб қетиши мумкин.

БМ ни даволашда бачадон артериялари эмболизацияси (БАЭ) каби янги даволаш усулидан фойдаланишда миоматоз тугунда қон айланишининг хусусияти доплерография текшириш усулининг маълумотларига таянади. Яхши сифатли миоматоз тугунда узига хос радиал ёки ёйсимон артериялардан перифиброид чигал шаклланади, улардан тугуннинг ичига

майда калибрли терминал артериялар кетади. Допплерография текшириш усулида пролиферацияланувчи ва оддий миомада кон окиш тезлиги ($V_{\max}$) унчалик юкори эмас ва 0,12 дан 0,25 $\text{см}^3/\text{с}$, резистентлик индекси эса (РИ) 0,50-0,56($\pm 0,86$)-0,58-0,69($\pm 0,34$) ни ташкил этади. Бачадон саркомасининг ультратовуш белгиси бу миометрийдаги тугунли хосила эхоструктурасининг бир хил булмаслиги ва унда артериал кон окиш тезлиги юкори ($V_{\max} \geq 0,40 \text{ см}^3/\text{с}$) резистентлиги эса паст булади $\text{РИ} \leq 0,40 \text{ см}^3/\text{с}$). Допплерография текшириш усули БАЭ нинг эффективлигини баҳолашда хам кулланилади.(5,7,33,45,67,76,88,109).

Бачадонда ва миоматоз тугунда кон айланишини визуал баҳолашда кулланиладиган яна бир текшириш усули бу ангиография текшириш усулидир. Бу текшириш усули ҳозирги вақтгача кенг кулланилмади, аммо бачадонда эндоваскуляр аралашувларнинг кириб келиши билан БАЭ утказишдан олдин албатта бу текшириш усулидан фойдаланилмоқда. Ангиографияда кичик чанок аъзоларининг кон билан таъминланиши хусусиятлари баҳоланади ва миомада патологик кон айланиш характери аникланади. Ангиография текшириш усули маълумотларига кура бачадон саркомасида кон билан таъминланиш патологик дихотомик типда булади. Бачадон саркомасининг аниқ белгилари: бетартиб жойлашган кенг томирли зона ва кон билан контрастланган майда лакунар тупламдан иборат. Узилган томирлар некротик тукимада томирли кулни ҳосил қилади ва тез усувчи, марказий некрозга мойил ёмон сифатли усма эканлигидан далолат беради.

Ноинвазив визуал ташхислашнинг кенг тарқалишига қарамадан БМни ташхислашда диагностик лапароскопия ҳозирги вақтгача уз долзарблигини йукотмаган. Бу текшириш усули асосан тухумдоннинг солид усмаларини, корин парда орти усмаларини ва субсероз миоматоз тугунларни ташхислашда кулланилади.

I.5.Бачадон миомасини даволашнинг асосий принциплари.

Тухумдонга таъсир этиб биринчи навбатда эстрадиол хосил булишини камайтириш бачадон миомасини даволашнинг энг самарали патогенетик асосланган даволаш усулидир.

Гормонга боглик массани бачадондан ажратиш(миома тугуни, эндометрий гиперплазияси) бачадонда махаллий гипергормонемияни пасайиши ва гипертрофияланган миометрийни инволюциясига олиб келади.(5,7,17,66,70,98,101).

Репродуктив ёшдаги аёлда бачадон миомасини даволашнинг замонавий принциплари куйидагича шакллантирилди:

- Усмани эрта ташхислаш;
- Комплекс консерватив терапияни эрта куллаш, антистресс, адаптоген, яллигланишга карши, иммунитетни мустахкамловчи, антиоксидант терапияни куллаш;
- Гормонал бузилишларни ва менструал цикл бузилишларини эрта коррекция килиш;
- Кушилиб келган экстрагенитал патология ва эндокрин бузилишларини коррекция килиш;
- Гормонал терапияни уз вактида тавсия килиш;
- Даволашга индивидуал ёндашиш;
- Аъзони саклаб қолишга, репродуктив функцияни тиклаш ва хомиладорликни асоратлардан асраш учун кам инвазив усулларни эрта ва уз вактида куллаш.(20)

Бачадон миомасини консерватив даволашга курсатмалар:

- Репродуктив ёшдаги миомаси булган аёллар;
- Касалликни кам симптомли кечиши;
- Улчами 12 хафталик хомиладорликдан катта булмаган бачадон миомаси;
- Миоматоз тугунни субсероз(кенг асосли) ёки интерстициал жойлашиши;

- Экстрагенитал касалликлари булган, юкори анестезиологик ва хирургик хавфи булган аёллар.(15,18,19,73,89,91)

Усманинг тез усиб кетишини утказиб юбормаслик учун бачадон миомаси булган аёлларда доимий равишда динамик гинекологик текширишлар утказиб туриш керак. Хар бир куриктан кейин амбулатор картага бачадон танасининг улчами, алохида тугунларнинг жойлашган жойи кайд этиб борилиши керак.(20,30,37) Бачадон миомаси 12 хафталик хомиладорлик улчамида ёки ундан катта булса беморга гистерэктомияга йуланма берилади.

Охирги йилларда клиник жихатдан билинмайдиган миоматоз тугунлари булган аёлларни олиб бориш учун янгича карашлар пайдо булди. Бачадон миомасини даволашда хар доим аникланган бачадон миомаси улчами кандай улчамда булмасин кутиб турмасдан чора-тадбирлани куллаш ёддан чикмаслиги керак.

Клиник амалиётни енгиллаштириш учун бачадон миомасининг янги классификацияси ишлаб чикилди(клиник жихатдан билинмайдиган, кичик, уртача катталиктаги, катта улчамдаги, гигант ва бошқалар), мазкур классификация ёрдамида бу касалиикни даволаш усулини енгил танлаб оламиз.

Консерватив даволашга операцияга тайёргарлик этапи сифатида ва операциядан кейинги даврда реабилитацияси сифатида куп холатларда мурожаат этилади.

Бачадон миомаси гормонларга боглик усма булганлиги учун бу касалликни даволашда гипофизни гонадотроп функциясини блокловчи препаратлар кулланилади, натижада гипоэстерогения ва прогестерон ишлаб чикарилиши блокланишига олиб келади. Замонавий медикаментоз даволаш усулларида гонадотропин рилизинг гормонини агонистлари (аГнРГ) ва ГнРГ лар кулланилади.(11,13,59)

Бачадон миомасида ГнРГ нинг кулланилишидан асосий максад БМ улчамларини ва белгиларининг огирлигини камайтиришдан иборат. Бунда

ГнРГ ни кулланилганда тухумдонларнинг функциялари вақтинча ва даврий йуколади (предменопауза ҳолати), натижада усмалар усиши тормозланади ва усманинг улчамлари кичраяди. Препарат менструал циклнинг биринчи 5 кунлигида юборилади. Диферелин ҳар 4 ҳафтада 3,75 мг дозада юборилиши керак. Даволаш курсининг давомлилиги 3 ойдан 6 ойгача. Аммо бу даволашнинг узига хос ноҳужа таъсирлари мавжуд. Булар қуйидагилардан иборат:

- Операция вақтида майда миоматоз тугунларни «Яширади»;
- Препаратнинг таъсири вақтинчалик характерга эга (уни берилмай қуйилганда усманинг усиши ва рецидивланишига олиб келади;
- Индуцирланган менопауза белгилари кузатилади (исиб кетиш, қуп терлаш, таъсичанлик, артериал қон қосимининг қутарилиши, дизурия, киннинг қуруқлиги, либидонинг пасайиши, хотира, диққатнинг пасайиши, бош оғриги). (28,97,98,99)

Клиник жихатдан билинмайдиган миоматоз тугунлар

Бунда даволашнинг асосий максади клиник жихатдан билинмайдиган миоматоз тугуннинг улчамини тургун ҳолатда максимал узок муддат ушлаб туришдан иборат (интерстициал тугунлар 1-1,5 смгача димаетрда УТГ да аникланади). Бунинг учун замонавий микродозаланган қомбиниранган қормонал қонтрацептивлардан ва бачадон ичи қилизинг қизимидан қойдаланилади.(3,10,20,30)

Уртача улчамдаги миоматоз тугунлар

Бу қатегорияга улчами 1,5дан 3 см диаметргача бўлган миоматоз тугунлар қиради. Мазкур қатегориядаги беморларни даволашдан қосий мақсад миоматоз тугунларнинг улчамини максимал даражада клиник жихатдан билинмайдиган тугуннинг улчамигача қамайтиришдан иборат. Медиқаментоз даволаш учун қулланиладиган препаратилардан: қонадотропин-қилизинг қормон ақонистлари (аГнРГ), антиқонадотропинлар,

прогестерон рецепторлари антогонистлари, гонадотропин-рилизинг гормон антогонистлари (антГнРГ), ароматаза блокаторлари, интерферонлар, антифибротиклар кулланилади.

Гонадотропин-рилизинг гормон агонистлари

Клиник амалиётда ГнРГ агонистлари кенгрок кулланилмоқда, ҳозирги вақтда 2000 дан ортиқ ГнРГ агонистлари синтезланган ва 12 дан ортиги сотувда мавжуд. Бу препаратни узлуксиз куллаш натижасида гипоэстерогения, бачадон улчамларини кичрайиши ва унчалик катта бўлмаган миоматоз тугунларнинг кичрайиши аниқланган.(уртача 52,6%).

Гипофизнинг гонадотроп вазифасининг пасайиши эстрадиол микдорининг пасайишига, прогестеронни ишлаб чиқарилишини блоклаганишига олиб келади, бу ГнРГ агонистларининг асосий таъсир механизмидир. Бу препаратлар эстрадиол ва прогестероннинг медиатори бўлган ушшнинг инсулинсимон 1 факторининг ишлаб чиқарилишини ва эпидермал ушш факторининг ишлаб чиқарилишини камайтиради.

Бу препаратни 3 хил: интраназал, тери ости, ва мушак орасига юбориш усуллари мавжуд. Терапия менструал циклнинг 2-4 кунларидан бошланади(30). ГнРГ агонистлари билан бачадон миомасини даволаш патогенетик асосланган. Аммо ёш аёлларда даволаниш тухтатилганидан кейин усманинг яна катталашиши кузатилган. Ножуя таъсирларидан яна эстроген дефицит ҳолати, исиб кетиш, терлаш, кинда куруклик, бош оғриги, депрессия кузатилади. Асосан пременопауза ёшидаги аёлларда узок муддат кулланилганда (6 ойдан ортиқ) суяк туқимасининг зичлиги пасаяди.(13,97,98,113)

Ҳозирги кунда ГнРГ агонистларини 6 ой ва ундан кўп куллаш аёл соғлиги учун хавфли эканлигини кўпчилик тадқиқотчилар таъкидламоқда.

ГнРГ агонистлари билан бирга эстрогенларни куллаш идеяси ҳам юзага келди. Бунда эстроген статусининг тикланиши ҳисобига ножуя таъсирларининг камайишига ёки тулик йуқолишига ва суяк туқимасининг камайиб кетмаслигига олиб келади, миоматоз тугун

катталашмайди(59,97,99). Эстроген статусининг кisman тикланиши ГнРГ агонистлари билан даволанишни бошлагандан 2 ойдан кейин ГнРГ агонистлари фонида кам дозада прогестерон ва эстрогенларни куллаш ГнРГ билан даволанишнинг давомийлигини оширади, миоманинг рецидивланишига олиб келмайди. Бачадон миомасини даволашнинг бундай усули адабиётларда «компенсирловчи» ёки «add-back» режим деб кайд этилган(13,28,97,99,114).

ГнРГ агонистларини куллашнинг яна бир усули «танаффусли» терапия принципи асосида 3 ой ГнРГ агонистларини юбориб 3 ой танаффус берилади. ГнРГ агонистларини паст дозаларда куллаш ГнРГ агонистларини яна бир куллаш усулларида биридик, бунда жинсий гормонлар кisman камаяди ва миоматоз тугун усишини хам тормозлайди. Охирги йилларда «2 погонали» терапия принципи кулланилмокда(11,28,59,97). Бунда ГнРГ агонистлари юкори дозаларда кулланилади, кейинчалик эса паст дозага утилади.

Аммо бу усулларнинг афзалликлари амалиётда исботланмаган(113).

Антигонадотропинлар

Бачадон миомасида бачадондан аномал кон кетиши унинг усиш характер ива гормонлар нисбатига боглик булмасдан балки аденомиоз ва эндометрийдаги гиперпластик жараёнлар натижасида хам кузатилади. Бундай патологияларнинг куплаб холатларда кушилиб келишидасинтетик стероид гормонларни куллаш фойдали, булар антигонадотроп хусусиятга эга препаратлар-антигонадотропинлар(даназол, ниместран) кулланилади.

Клиник текширишлар шуни курсатдики, аденомиоз ва эндометрийнинг гиперпластик жараёнларида бу препаратлар терапевтик фойда берди. Бачадон миомасини даволашда бу препаратлар кам эффект берди (18,19,28,59).

Гонадотропин-релизинг гормон антагонистлари(ант-ГнРГ)

Мазкур препаратнинг фармакологик таъсири ГнРГ агонистларидан фаркли равишда гипофизнинг гонадотроп хужайраларининг хужайра

мембранасида эндоген гонадотропинлар рецепторларининг давомли стимуляция фазасисиз классик конкурент блокадасига олиб келади. Бир неча соатлар давомида гонадотроп гормонлар секрецияси камаяди. Мазкур даволаш усули даволаш муддатининг кискалиги, бундан ташкари даволаш тугаганидан кейин тухумдонлар вазифасининг тез тикланиши билан афзал (98,114).

антГнРг преаратига цетроликс киради. Препаратнинг бошлангич дозаси 60 мг менструал циклнинг 2-кунида, иккинчи инъекция-30-60 мг циклнинг 21-28 кунларида юборилади.

Ароматаза ингибиторлари

Ароматаза ингибиторлари бачадон миомасини даволашда янги авлод препаратларидан булиб кириб келмокда. Текширишларга кура 5 мг/сут 3 ой летрозолни куллаш натижасида миоматоз тугуннинг улчами кичрайган ва кушилиб келган меноррагия хам йуколган. Мазкур препаратни куллашнинг хавфсизлиги ва эффективлиги хакида тулик текширишлар утказиш керак (106).

Интерферонлар

Интерферонлар миоматоз тугунга цитотоксик таъсир курсатади, бу препаратни куллаш тухтатилгандан кейин хам тугуннинг улчамлари прогрессив кичраяди. Утказилган тадкикотларга кура интерферон *in vitro* bFGF ва TGF оксилларини йукотувчи таъсир килади, бу бачадон миомасини патогенетик даволашда мухим.

Интерферон билан даволанишни беморлар огир утказишади, бундан ташкари киммат туради. Бачадон миомаси хавфсиз касаллик, альтернатив даволаш усуллари мавжуд, интерферон миоматоз тугунлар улчамини кичрайтирса хам бу препаратни куллаш унчалик шарт эмас (83,110).

Антифибротиклар

Миомада куп микдорда хужайрадан ташкари матрикс булади, бу протеонгликан, фибронектин ва мРНК нинг I ва III коллаген типининг экспрессия даражасининг ошганлиги кузатилади. Пирфенидон препарати

хужайравий пролиферацияни яъни, фибробластларнинг асосий усиш омили, тромбоцитар омиллар ва усишнинг а-трансформирловчи омилиниингибирлайди. Миома ва миометрийдаги силлик мушак хужайраларига антипролифератив таъсир курсатади, силлик мушак хужайраларида коллаген ишлаб чиқарилишини йукотади (30,55,87,93,113).

Прогестерон рецепторларининг антогонистлари

Антипрогестинлар прогестеронни рецепторлар даражасида таъсирини камайтирувчи стероид бирикмалардир. Хужайра мишен даражасида эндоген гормон билан ракобатлашади рецепторларнинг эффектсиз конформациясини чакиради ва уларни прогестерон билан боғланишига қаршилик қилади. Мифепрестон прогестерон рецепторлари (ПР) билан юкори боғланиш хусусиятига эга булиб, прогестеронга нисбатан 2-10 марта ортиқ ПР билан бирикиш хусусиятига эга. Биринчи марта мазкур препарат хомиладорликни кичик муддатларида тухтатиш учун тадбик этилган. Кейинги вақтларда мифепрестонни бачадон миомасида ҳам эффективлиги аниқланди. Прогестерон бачадон миомаси усишининг кучли индуктори саналади. Бачадон миомаси овулятор менструал циклда ҳам ривожланиши тухумдонларнинг гормонал активлигини функционал тестлар ёрдамида бир қатор текширишларда, қондаги жинсий гормонларни текшириш ва бачадон миомаси туфайли утказилган операция вақтида тухумдонни олиб ташлаш ёки резекциясини гистологик текширганда қўп сонли сарик таналарнинг ва оқ таналарнинг аниқланиши бунинг исботидир. Қўп сонли иммуногистохимик текширишлардан маълум бўлдики пролиферацияловчи бачадон миомасида 90% хужайралар эпидермал усиш омилининг ва антиапоптик протоонкоген BLC-2 стимулятори бўлган прогестеронни актив рецепторларини сақлайди.

Эсмия прогестерон рецепторларини модулятори ҳисобланади. Бу препарат ўз таркибида 5мг улипристал ацетат(УПА) сақлайди. Улипристал ацетат миоматоз туқималар рецепторларини қайтар блоклайди. Бу препаратни 12 ҳафта давомида 1 таблеткадан 1 маҳал қабул қилиш

бачадондан кон кетишини тухтатган, анемияни коррекция килган ва миоматоз тугуннинг кичрайиши кузатилган. Кабул килган беморларнинг хаёт сифати яхшиланган ва ГнРГ агонистларидан фаркли менопаузал ноужа таъсирлар кузатилмаган.

Шундай килиб, прогестерон рецепторларининг блокаторлари миоматоз тугунларнинг усишига тускинлик килади ва усманинг регрессиясига олиб келади.

Ёш репродуктив ёшдаги аёлларни даволашда (24 ёшдан 40 ёшгача) антиэстероген, антигестаген, антигонадотроп ва антиандроен таъсир курсатувчи гестринон кулланилади. Антипрогестаген мифепрестонни куллаш перспектив саналади.(58,81,82,83). Мифепрестон синтетик стероид препарат булиб, прогестероннинг конкурент ингибиторидир. БМ бачадоннинг гиперпластик жараёнлари билан бирга келганда гестагенлар кулланилади. Клиник жихатдан билинмайдиган усмалар (диаметри 3 см гача)да паст дозали комбинирланган эстроген-гестагенли препаратлар контрацептив схема курси буйича 3-4 ой куллаш самаралидир (58,81,82,114). КОК майда миоматоз тугунларни бир маромда ушлаб туради.

Бачадон миомасини даволашда медикаментоз даволашга карамасдан хозирги кунда бу касалликни даволашда хирургик даволаш усули асосий даволаш усулларида бири булиб колмокда.(7,15,40,98). Бунди консерватив ва хирургик даволашни бир-бирига карши куйиб булмайди. Бу касалликни патогенетик асосланган даволаш концепциясида комбинирланган таъсир курсатилади яъни консерватив ва хирургик усул кулланилади.

Бачадон миомасини хирургик даволаш миомага чалинган аёлларнинг 70% ида кулланилади(9,49,50,75,116). Шунини алохида кайд этиб утиш керакки, бачадон миомасини даволашда оператив аралашувларнинг структурасида радикал операциялар асосий улушни ташкил этади (60,9-95,3%). Бу усул эса аёлга хирургик жарохат, кон йукотиш, репродуктив ва менструал функциянинг йуколиши, постгистерэктомик синдромнинг ривожланишига сабаб булади. Постгистерэктомик синдром тухумдон

гормонларининг етишмаслиги тухумдонлар сакланиб колинганди хам операция вақтида бачадон артериясининг тухумдонга боровчи тармогининг кесилиши ва тухумдоннинг маълум бир кисмининг кон билан таъминланишининг уткир бузилиши натижасида кузатилади.(57). Шунинг учунасосан ёш аёлларда бачадонни саклаб қолиш ва миомани рецидивланишининг олдини олиш замонавий гинекологиянинг асосий йуналишларидан биридир.

II БОБ

МАТЕРИАЛЛАР ВА ТЕКШИРУВ УСУЛЛАРИ

II.1. Текширув утказилган беморларнинг умумий тавсифи

Бизнинг уз текширув ишларимиз давомида Самарканд шаҳар №3 сонли туғрукхонасида 2012-2015 йиллар давомида бачадон миомасига чалинган ва

гинекологияга мурожаат килган 60 нафар аёлларни ва уларнинг касаллик тарихларини ретроспектив ва проспектив ургандик. Барча аёлларни 2 гуруҳга бўлиб ургандик.

Гуруҳларга бўлиниш критериялари:

Асосий гуруҳ -30 нафар бачадон миомасига чалинган, бачадон миомаси кон кетиши билан асоратланган аёлларни киритдик.

Назорат гуруҳи-30 нафар бачадон миомасига чалинган, менометрорагия билан асоратланмаган аёлларни киритдик.

II.2.Текшириш усуллари

II.2.1. Клиник ва лаборатор текширишлар

Барча аёлларда зарурий умумтиббий клиник, лаборатор текширишлар утказилди.

Умумий кон тахлили-1 мл кон хажмида эритроцитлар сони, гемоглобин концентрация аникланади. 1мл конда лейкоцитлар сони, лейкоцитар формула (лейкоцитлар турли фракцияларинг фоиздаги нисбати) текширилади. 1с да эритроцитларнинг чуқиш тезлиги аникланади. Бу текшириш усули Самарканд шаҳар №3 сонли тугрук комплексининг лабораториясида утказилди.

Умумий сийдик тахлили-сийдикнинг микдори, таркиби, тиниклиги, нисбий зичлиги текширилди. 1мл сийдикда бактериялар, эритроцитлар, лейкоцитлар сони саналди. Сийдик ажратиш тизимида инфекцион асоратлари билан кечган хомиладорларда Зимницкий синамаси утказилди. Бунда суткалик сийдик микдори, суткага таксимланиши, сийдикнинг нисбий зичлиги текширилди. 1мл сийдикда эритроцитлар, лейкоцитлар, бактериялар аникланди. Мазкур текшириш усули ҳам Самарканд шаҳар №3 сонли тугрук комплексида утказилди.

Конда умумий оксил биурет усулида аникланди. Кон ивиш вакти Сухарев буйича текширилди.

Кондаги билирубинни аниклаш Ендрассик-Клеггорн усулида утказилди.

Гемостаз тизимининг бирламчи ҳолати ва гемограмма курсаткичлари бемор стационарга мурожаат этганда даво муолажаларини бошлашга қадар утказилди. Коннинг ёпишқоклиги кон анализатори реологик АКР-2 да аниқланди.

Конда гематокрит курсаткичини аниқлаш кондаги капиллярда стабилизирланган натрий цитратни центрифугаланиши йули билан аниқланди.

Гемостаз тизимини текшириш пробирка усулида, бундан ташқари экспресс диагностика учун планшетли қурилмалар ёрдамида текширилди.

Гемостаз тизимининг тромбоцитар бугинининг тахлили тромбоцитларнинг агрегацион хусусияти ва уларни микдорий баҳолашга асосланади.

Гемостазни коагуляцион хусусиятини текширишда қуйидаги усуллардан фойдаланилди:

1.Кон ивиш жараёнининг I-фазасини узида акс эттирувчи умумий коагуляцион тестлар-протромбиназа ҳосил бўлиш фазаси: Ли-Уайт бўйича кон ивиш вақти.

2.Тромбин ҳосил бўлишини яъни кон ивишининг иккинчи фазасини узида акс эттирувчи текшириш усуллари: протромбин индекси (ПТИ); активланган парциал тромбопластин вақти (АПТВ).

3.Кон ивишининг учинчи фазасини, яъни фибрин ва прокоагуляция маҳсулотларининг(коннинг патологик томир ичи ивиши) шаклланишини белгиловчи фазани текшириш учун плазмадаги фибриноген кинетик усулда аниқланди.

4.Фибринолиз тизимининг ҳолати коннинг фибринолитик активлигининг курсаткичларини баҳолаш йули билан урганилди.

II.2.2. Бактероскопик текшириш

Бактериоскопик текшириш учун сурма уретра, цервикал канал, киннинг орқа ён деворларидан олинди. Материал предмет ойнасига суртилди, ҳона хароратида қурилди. Натив суртмалар Романовский ва Грамм усулида

буялди. Сурмани микроскопиясида шаклли элементлар(лейкоцит, эритроцитлар), эпителий ва флораси аникланди. Бундан ташкари суртмада махсус флора гонококклар, трихомонадалар, хламидиялар аникланди. Курув майдонида саналди. Суртма йиғиш бемор мурожаат килиб келганда ва динамикада терапия фонида аникланди. Бактериоскопик текшириш Самарканд шаҳар №3 сонли тугруқ комплексида утказилди.

II.2.3. Ультратовуш текшируви

Барча аёлларда ультратовуш текшируви утказилди. Текшириш ультратовуш аппарати ёрдамида трансабдоминал усулда 2,45 МГц кучда секторал(конвексал) датчик ёрдамида утказилди. Текшириш давомида бачадон танасининг вазияти, ҳолати, миоматоз тугунларнинг жойлашиш жойи, миоматоз тугунларнинг улчами ва сони, уларнинг контурлари аникланди.

УТ текшируви Самарканд шаҳар №3 сонли тугруқ комплексида утказилди. Бундан ташкари миоматоз тугунда қон айланиш характери доплерографик текшириш усули ёрдамида баҳоланди.

Инструментал текширишлардан барча беморларда ЭКГ текшируви утказилди.

II.2.4. Кольпоскопия

Бачадон буйнининг ҳолатини баҳолаш, бачадон буйнида учрайдиган фон ва рақ олди касалликларини аниклаш учун аёлларда кольпоскопия текширишлари утказилди. Кольпоскопик текширишлар Самарканд шаҳар 2 сон тугруқхонасида утказилди.

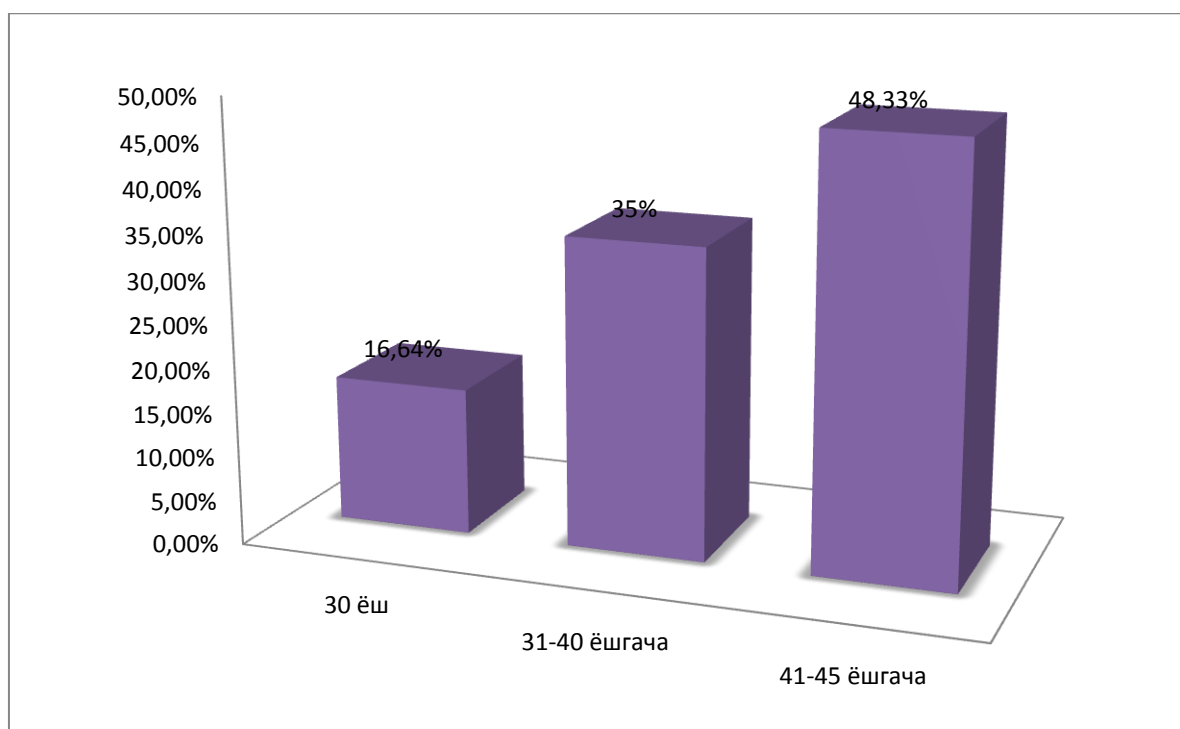
1-жадвал. Беморларда утказилган клиник-лаборатор текширишлар

№	Текшириш усуллари	Микдори
	Умумий қон таҳлили	60(100%)

	Умумий сийдик тахлили	60 (100%)
	Кон гурухи ва резус омилини аниклаш	60 (100%)
	Коннинг биохимик тахлили	60 (100%)
	Сухарев буйича кон ивиш вақтини аниклаш	60 (100%)
	Протромбин вақти ва индекси	60 (100%)
	Киннинг тозалик даражасини аниклаш	60 (100%)
	Электрокардиография	60 (100%)
	Ультратовуш текшируви	60 (100%)
	Терапевт куриги	60 (100%)
	Анестезиолог куриги	60 (100%)
	Кольпоскопия	60 (100%)

Биз текширган аёлларнинг ёши 30 ёшдан 45 ёш уртасини ташкил килди. 30 ёшли 10 аёлда, 31 ёшдан 40 ёшгача 21 нафар аёлда, 41 ёшдан 45 ёшгача 29 нафар аёллар мурожаат килишган.(1-расм)

1-расм. Аёлларни ёшига кура тахсимланиши.



Энг куп 41 ёшдан 45 ёшгача булган аёллар мурожаат этишган.

III БОБ

Олинган натижалар

III.1. Текширилган беморларнинг умумий характеристикаси

Олдимизга куйган мақсадимиз ва вазифаларимиздан келиб чиққан ҳолда биз бачадон миомасининг тарқалишини, бачадон миомаси метрорагия билан асоратланганда оптимал даволаш усулини танлашни ургандик.

Самарканд вилоятида бачадон миомаси репродуктив ёшдаги аёллар уртасида гинекологик касалликлари орасида асосий уринини эгаллайди. 3-сон тугруқхонасидаги касаллик тарихларини ретроспектив таҳлил қилганимизда ушбу касалликнинг йилдан-йилга ортиб бораётганини аниқладик.

Бунда бачадон миомасининг ривожланишида бир катор хавф омиллар: гинетик анамнези, 30 ёшдан 49 ёшгача бўлган ёш, ноқулай экологик муҳитда(ишлаб чиқариш жойлари) истикомат қилиш, оғирлашган акушерлик ва гинекологик анамнези, оғирлашган соматик анамнези, ноадекват схемалар ва даволаш усуллариининг таъсири аниқланди. Бачадон миомаси ташхиси билан стационарга ётган 365 аёлнинг 243 тасида лапаротомия йули билан бачадоннинг субтотал гистерэктомия операцияси ўтказилган. Касаллик тарихини таҳлил қилиш натижалари шуни курсатадики, бунда операциядан кейинги инфекцион асоратлар (4,2%) ва оғир тромбоэмболик асоратлар (0,8%) ҳолатларда қўзғатилган.

Олдимизга қўйилган мақсадимиздан амалга оширишимиз учун бачадон миомасига чалинган ва касаллик менометрорагия билан асоратланган 30 нафар беморларни асосий гуруҳга ва бачадон миомасига чалинган ва касаллик менометрорагия билан асоратланмаган 30 нафар аёлларни назорат гуруҳига қиритиб, клиник ва лаборатор текширувлар ўтказдик. Қўзғатувларимиз шуни курсатадики, асосий ва назорат гуруҳидаги аёллар асосан кечки репродуктив ёшда ва пременопаузал ёшдаги аёллардан иборат эди.

Текширилган аёлларнинг менструал фаолиятини таҳлил қилганимизда қўйидагилар аниқланди.(2-жадвал). Бачадон миомасига чалинган беморларда менархеянинг уртача бошланиш ёши $13,9 \pm 0,5$ ёшларни ташкил қилди.

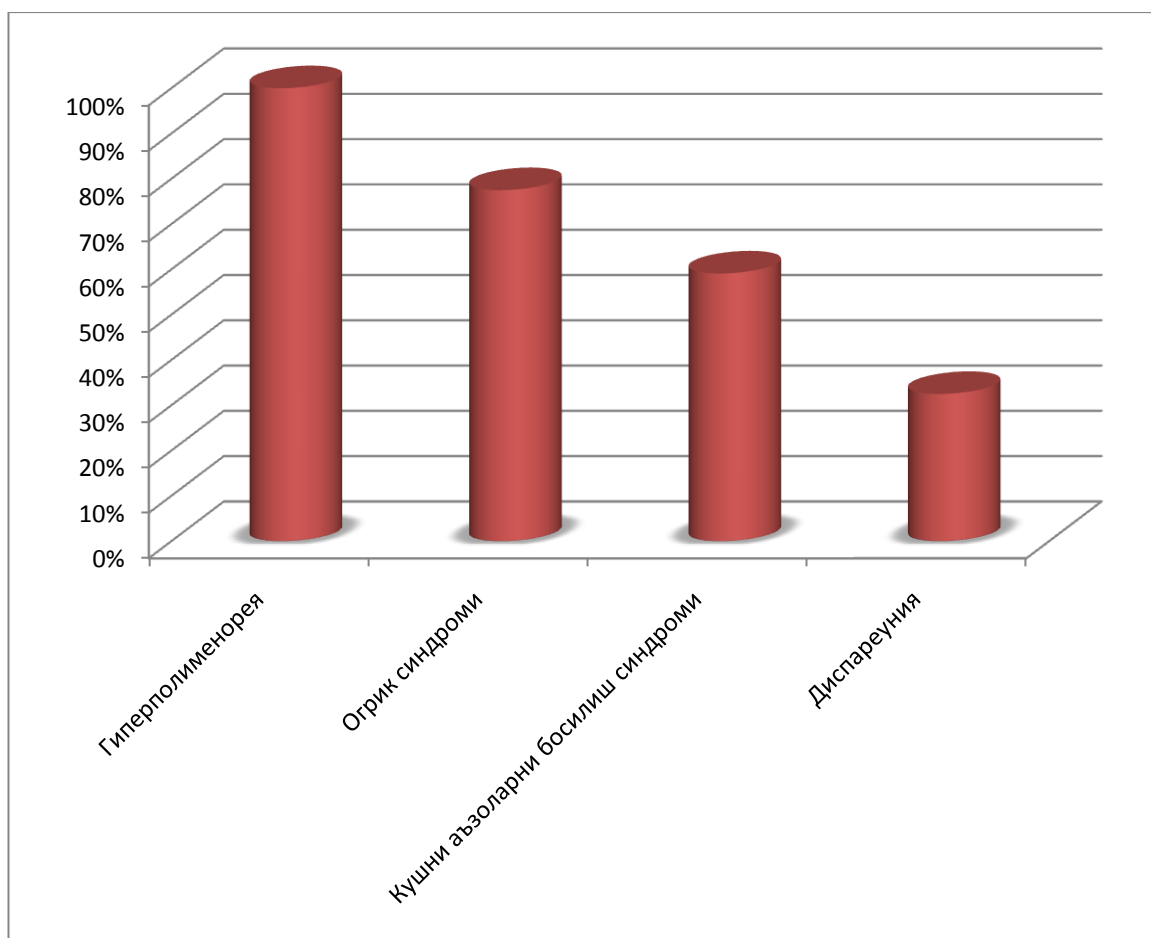
Бачадон миомасига чалинган аёлларда ҳар 2 аёлнинг бирида полименорея кузатилган, менструал цикл давомлилиги 21 кундан кискарган ва кон лахтали бўлиб келган. Шиллик ости марказга қараб усувчи миоматоз усмалар натижасида қуп ҳолларда ациклик қон кетиш кузатилган.

Жадвал №2. Менструал фаолиятнинг таҳлили

Менструация характери	Асосий гуруҳ n=30		Назорат гуруҳи n=30	
	абс	%	абс	%
Ёши				
11-12	8	26,67	7	23,33
13-14	13	43,33	13	43,33
15 ёш ва ундан қатта	9	30	10	33,33
Гиперполименорея	30	100	-	-
Менструация- нинг характери				
Регуляр	11	36,67	23	76,67
Нерегуляр	19	63,33	7	23,33

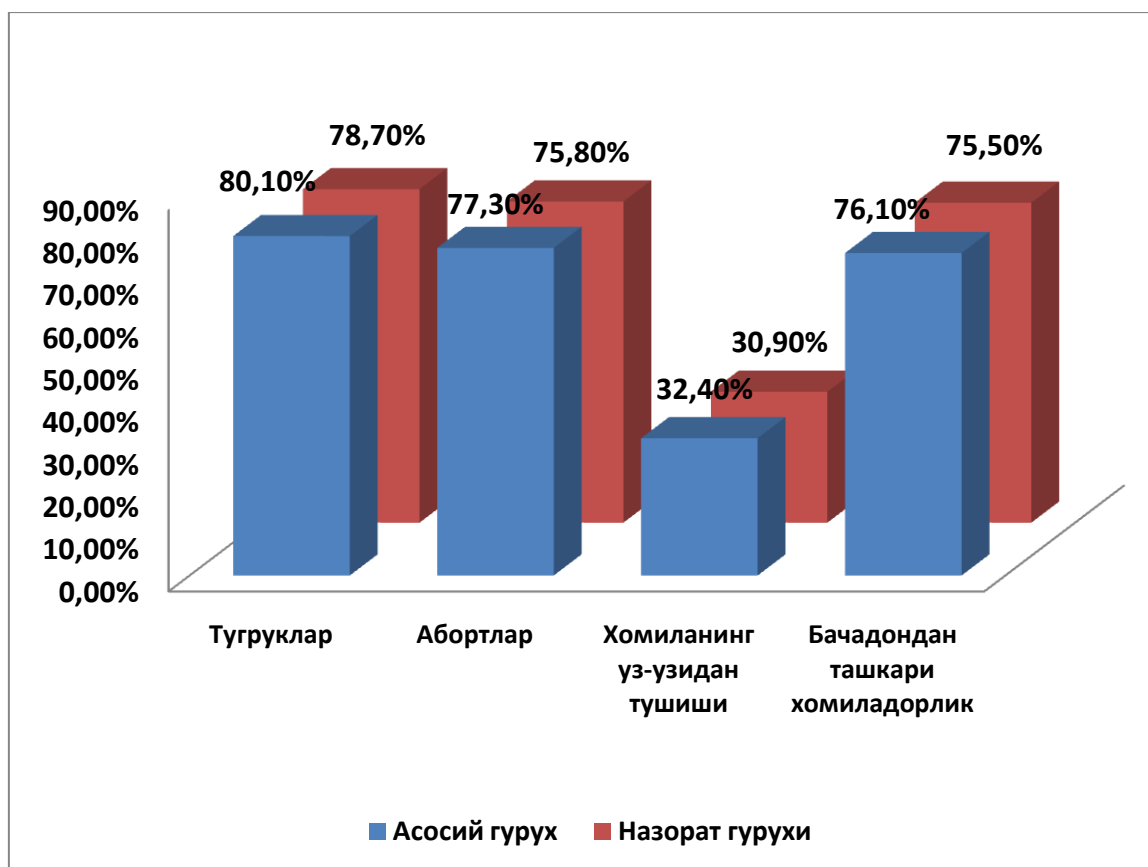
Бачадон миомасига чалинган аёлларнинг анамнезини урганганимизда анамнезининг оғирлигини аниқладик. Хайз циклининг гиперполименорея типига бўзилиши қузатувларимизда асосий гуруҳдаги аёлларда 94% ҳолатларда қузатилди, оғрик синдроми асосий гуруҳда 71% ҳолатларда қузатилди. Бу белгилардан ташқари асосий ва назорат гуруҳдаги аёлларда қушни аъзоларнинг босилиш симптоми 52% ва 60% ҳолатларда, диспареуния 29% ҳолатларда қузатилган.(2-расмга қаранг).

2-Расм. Асосий гуруҳдаги беморларда кузатилган синдромлар.



Касалликка чалинган асосий гуруҳдаги аёлларнинг репродуктив системани вазифасига хос анамнездан тугруклар-80,1%, абортлар-77,3%, хомиланинг уз-уздан тушиши-32,4%, бачадондан ташқари хомиладорлик-76,1% ҳолатларда кузатилган, назорат гуруҳида эса тугруклар-78,7%, абортлар-75,8%, хомиланинг уз-уздан тушиши-30,9%, бачадондан ташқари хомиладорлик-75,5% ҳолатларда кузатилган(3-расмга қаранг). Репродуктив фаолиятининг бузилиши назорат гуруҳида 26,7% беморларда асосий гуруҳда эса ҳар уч аёлнинг бирида кузатилди. Асосий ва назорат гуруҳидаги аёлларда 67,3% ва 64,4% жинсий аъзоларининг яллигланиш касалликлари, 30,3% ва 26,7% ҳолатларда эса бачадон бўйнининг фон касалликлари аниқланди.(4-расмга қаранг).

3-расм. Бачадон миомасига чалинган аёлларнинг репродуктив анамнезининг тахлили.

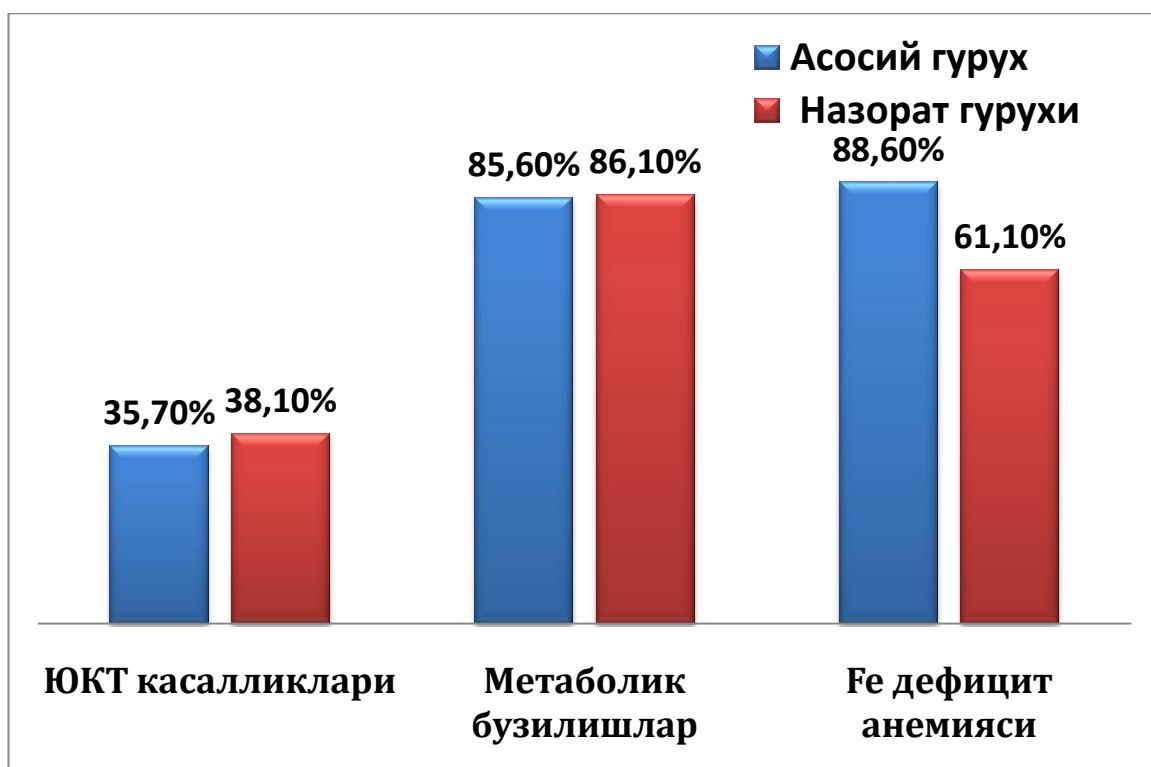


4-Расм. Текширилган беморларда жинсий аъзолардаги учрайдиган патологиялар



Биз уз текширувларимиз давомида асосий ва назорат гурухидаги аёлларда юрак-кон томир тизими касалликлари 35,7% ва 38,1%, моддалар алмашинувининг бузилиши асосий гурухда 85,6% ва назорат гурухда 86,1% ҳолатларда кузатилди. Темир етишмовчилиги камконлиги асосий касалликнинг асорати сифатида асосий гурухда 88,6% беморларда ва назорат гурухда 61,1% беморларда ривожланган.(5-расмга қаранг).

5-расм. Текширилган аёлларда экстрагенитал касалликларнинг учраши



Шундай килиб бачадон миомаси билан сурункали соматик касалликларнинг кушилиб келиши ушбу касалликнинг ривожланишида ва авж олишида унчалик катта аҳамиятга эга эмас.

Бачадон миомасига чалинган аёллар куп ҳолатларда бачадондан циклик ва ациклик кон кетишига, огрикларга, диспареунияга шикоят килишди. Бачадондан циклик ва ациклик кон кетиши 7 кун ва ундан куп муддатларда кузатилди, лахтали кон кетиши кузатилди. Купгина беморлар корин пастидаги ва бел соҳасидаги турлича характердаги огрикларга шикоят килди. Доимий, симилловчи огриклар куп ҳолатларда корин парда ости ва мушаклараро жойлашган миоматоз тугунларда кузатилди. Кучли узок муддатли огриклар тез усувчи усмаларда кузатилди. Бутун менструал цикл давомида беморларни безовта киладиган симилловчи, тортувчи огриклар аста-секин усиб борувчи миоматоз тугунлар натижасида кузатилди. Менструация вактида кузатиладиган дардсимон огриклар куп ҳолатларда шиллик ости миоматоз тугунларида кузатилган. Бачадоннинг олдинги деворида жойлашган миоматоз тугунлар натижасида беморларни ковуқ соҳасига таркалувчи огриклар, бачадоннинг орка деворидан усувчи тугунлар

натижасида эса беморлар тугри ичак сохасига таркалувчи огрикларга шикоят килишди. Интралигаментар жойлашган миоматоз тугунлар натижасида беморлар кучли огрикларга шикоят килишди, бундай огрикларни кузатилиши бачадон буйнининг ички бугзи сохасида жойлашган нерв чигалларининг босилиши натижасида кузатилган. Бачадон миомасига чалинган аёлларни безовта киладиган огриклар кушилиб келган гинекологик касалликлар: эндометриоз, бачадон ортикларидаги яллигланиш касалликлари натижасида ҳам кузатилди.

Текширувларимиз давомида бачадоннинг улчамлари 8 хафталикдан 20 ва ундан катта хафталик гестация муддатигача катталашган эканлиги аникланди.

III.2.Бачадон миомасини ташхислашда инструментал ва лаборатор текширувларининг роли.

Бачадон миомасида УТТ доплерографияда миомадаги томирларнинг микдорига кура тугунларни гипervasкуляр ва гиповаскуляр тугунларга булдик. Бачадон миомасининг кон кетиши билан асоратланишигипervasкуляр тип усмаларда асосий гурухда 70% (7), назорат гурухида 30 %(3) кузатилди. Гиповаскуляр тип усмалар асосий гурухда 40% (4), назорат гурухида 60% (6) кузатилди.(3-жадвал ва 6-расмда схематик тасвирланган).

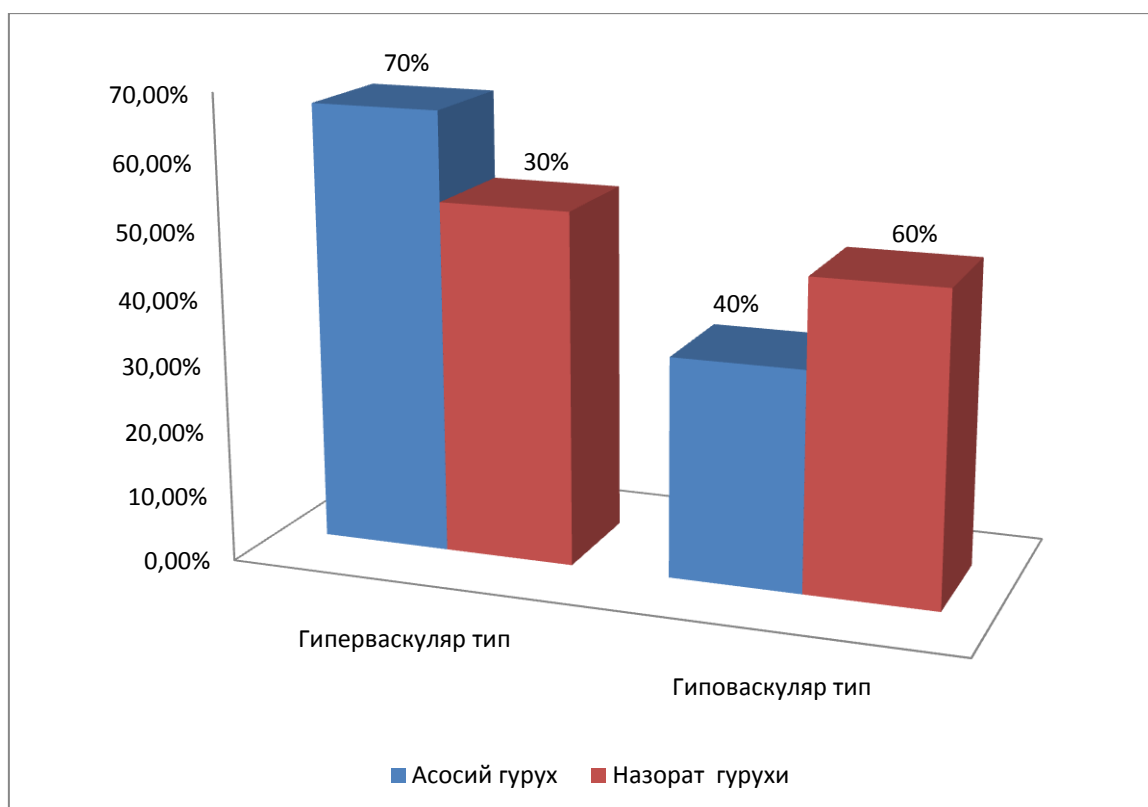
Кон билан таъминланиши «бой» булган усмалар интерстициал субмукоз ва субмукоз жойлашган тугунларда 77,4% холатларда учради. Интерстициал субсероз тугунларда кон билан кам таъминланган тугунлар 66,7% аникланди, кон билан куп таъминланган тугунлар 33,3% аникланди.

Жадвал №3

Ультратовушли доплерография текширувида миоматоз тугуннинг васкуляризация характери

Усманинг васкуляризация даражаси	Асосий гурух		Назорат гурухи	
	Асосий сони	%	Асосий сони	%
Гиповаскуляр тип	3	30	6	60
Гиперваскуляр тип	7	70	4	40
Барчаси:	10	100	10	100

6-Расм. Ультратовушли доплерография текширувида миоматоз тугуннинг васкуляризация характери



Бачадон миомасига чалинган, касаллик кон кетиши билан асоратланган беморларнинг текшириш натижасига кура систолик кон айланишининг

максимал тезлиги ва резистентлик индексининг назорат гурухидаги курсаткичларга нисбатан ошганлиги аникланди. Гиперваскуляр тип усмалардан эса бачадон миомаси куп ҳолатларда менометроррагия билан асоратланди.

Олдимизга қуйган мақсад ва вазифаларга эришишимиз учун биз коннинг клиник курсаткичларини комплекс текширишлар утказдик. Тромбогеморрагик муаммоларни аниклаштириш учун коагуляцион гемостазнинг бузилиш характери ва коагуляцион гемостазнинг ҳамда, коннинг реологик хусусиятларининг бузилишларини ургандик.

Беморларда коннинг умумий таҳлили утказилганда асосий гуруҳда назорат гурухидагига нисбатан гемоглобин курсаткичларининг камлиги аникланди. Бунда гемоглобин миқдори асосий гуруҳда $74,6 \pm 1,16$ г/л, назорат гуруҳида эса $98,2 \pm 2,25$ г/л эканлиги аникланди.

Гематокрит курсаткичлари(Ht) асосий гуруҳда $34,67 \pm 1,41\%$, назорат гуруҳида $36,2 \pm 1,25\%$ гача булган.

4-Жадвалдан қуришиб турибдики коннинг ёпишқоклиги барча текширилган аёлларда текшириш курсаткичларида катта фаркни курсатмади.

Утказилган гемостазиограмма курсаткичларининг натижалари шуни курсатдики, бунда асосий гуруҳдаги аёлларда коннинг томирларда тарқалган ивиш синдромининг сурункали формаси борлиги аникланди. Гемостаз тизимининг прокоагулянт звеноси курсаткичлари текширилганда фибриноген концентрациясининг 2,4 дан 4,0 г/л гача ортганлиги аникланди, бу курсаткичларнинг уртача миқдори нормадаги курсаткичдан фарк қилмади($3,5 \pm 0,04$ г/л) ва асосий гуруҳда $3,74 \pm 0,05$ г/л, назорат гуруҳида $3,59 \pm 0,03$ г/л ни ташкил қилганлиги қуринди. Активланган парциал тромбопластин вакти (АПТВ) назорат гуруҳидагига нисбатан бачадон миомасига чалинган беморларда ошганлиги аникланди, асосий гуруҳда $29,47 \pm 0,15$ сек., назорат гуруҳида $30,3 \pm 0,46$ сек.ни курсатмоқда.

Бачадон миомасига чалинган беморларда протромбин вакти текширилганда бир катор узгаришлар аникланди. 4–жадвалдан куруниб турибдики асосий гуруҳда бу курсаткич $105,3 \pm 0,40\%$, назорат гуруҳида $103,9 \pm 0,27\%$ ни ташкил килди.

Жадвал №4

Текширилган аёлларда гемоглобин, гематокрит курсаткичлари ва коннинг ёпишкоклиги курсаткичлари.

Курсаткичлар	Асосий гуруҳ	Назорат гуруҳи
Гемоглобин г/л	$74,6 \pm 1,16$	$98,2 \pm 2,25$
Гематокрит %	$34,67 \pm 1,41$	$36,2 \pm 1,25$
Коннинг ёпишкоклиги (Сухарев)	Б.2,50 Т.3.15	Б.3,05 Т.3,40

Гемостаз тизимининг тромбоцитлар бугини текширилганда беморларда тромбоцитлар сонининг камайганлиги аникланди. 5–жадвалда курсатилганидек асосий гуруҳда $203,6 \pm 2,61 \times 10^9/\text{л}$, назорат гуруҳида эса $219,5 \pm 3,16 \times 10^9/\text{л}$ ни ташкил этди.

Жадвал №5

Текширилган аёлларда гемостазиограмманинг асосий курсаткичлари.

Курсаткичлар	Асосий гуруҳ	Назорат гуруҳи
Фибриноген концентрацияси г/л	$3,74 \pm 0,06$	$3,59 \pm 0,03$
Активланган парциал		

тромбопластин вакти(АПТВ) сек.	29,46±0,16	30,3±0,46
Протромбин индекси %	105,3±0,42	103,9±0,27
Тромбоцитлар сони 10 ⁹ /л	210,6±2,61	225,5±3,16
Фибринолиз (мин)	12,35±0,29	13,14±0,40
АДФ 1×10 ⁻³ М билан стимуляцияда тромбоцитлар агрегацияси (%)	35,64±1,32	66,5±2,12

Жадвал №6.

Бачадон миомасига чалинган аёлларда хирургик муолажагача ва хирургик аралашувдан кейинги гемоглобин, гематокрит ва кон ёпишкоклигининг динамикаси.

Курсаткичлар	Асосий гуруҳ		Назорат гуруҳи	
	Операцияда н олдин	Операцияд ан кейин	Операцияд ан олдин	Операцияд ан кейин
Гемоглобин г/л	74,6±1,16	78,2±2,34	98,2±2,25	101,3±2,23
Гематокрит (%)	34,67±1,41	36,06±1,13	36,2±1,25	37,08±1,15
Коннинг ёпишкоклиги (Сухарев)	Б.2,50 Т.3,15	Б.3,00 Т.3,30	Б.3,05 Т.3,40	Б.3,13 Т.3,50

Гемоглобин, гематокрит ва коннинг ёпишкоклиги курсаткичларининг динамикада узгариши 6–жадвалда келтирилган.

Асосий гуруҳда гемоглобиннинг концентрацияси 74,6±1,16 дан 78,2±2,34 г/л гача динамикада узгарганлиги аникланди. Гематокрит курсаткичи асосий гуруҳда 34,67±1,41 дан 36,06±1,13% гача узгарганлиги аникланди.(6-жадвал).

Гемоглобин курсаткичи 70 г/лдан паст курсаткичларда операциядан олдин ва операциядан кейин эритроцитар масса куйилди ва плазмотрансфузия утказилди. Асосий гуруҳдаги аёлларда гемоглобин курсаткичларининг паст булиши анамнезидан куп кон кетганлиги билан тушунтирилади. Бачадон миомасига чалинган аёлларда барчасида кон ёпишқоклиги курсаткичларининг камайганлиги аникланди.

Гемостазиологик параметрларни баҳолаш купгина курсаткичларида аник бир фаркларни курсатмади. Фибриноген, АПТВ, ПИ ни операциядан кейинги даврда концентрациясининг ошганлиги аникланди.(7-жадвал).

Жадвал №7. Бачадон миомасига чалинган аёлларда гемостазиограмманинг хирургик аралашувгача ва хирургик аралашувидан кейинги ҳолати.

Курсаткичлар	Асосий гуруҳ		Назорат гуруҳ	
	операциягача	Операцияда н кейин	Операцияда н олдин	Операцияда н кейин
Фибриноген концентрацияси (г/л)	3,74±0,06	4,31±0,26	3,59±0,03	3,89±0,09
АПТВ (сек.)	29,46±0,16	30,76±0,42	30,3±0,46	30,67±0,40
ПТИ (%)	105,3±0,42	104,8±0,31	103,9±0,27	104,6±0,52
Тромбоцитлар (×10 ⁹ /л)	210,6±2,61	254±2,12	225,5±3,16	251±2,55
АДФ билан стимуляцияда тромбоцитлар агрегацияси 1×10 ⁻³ м (%)	35,64±1,32	38,42±0,13	66,5±2,12	62,6
Фибринолиз	14,35±0,29	18,36±0,52	13,14±0,40	19,02±0,45

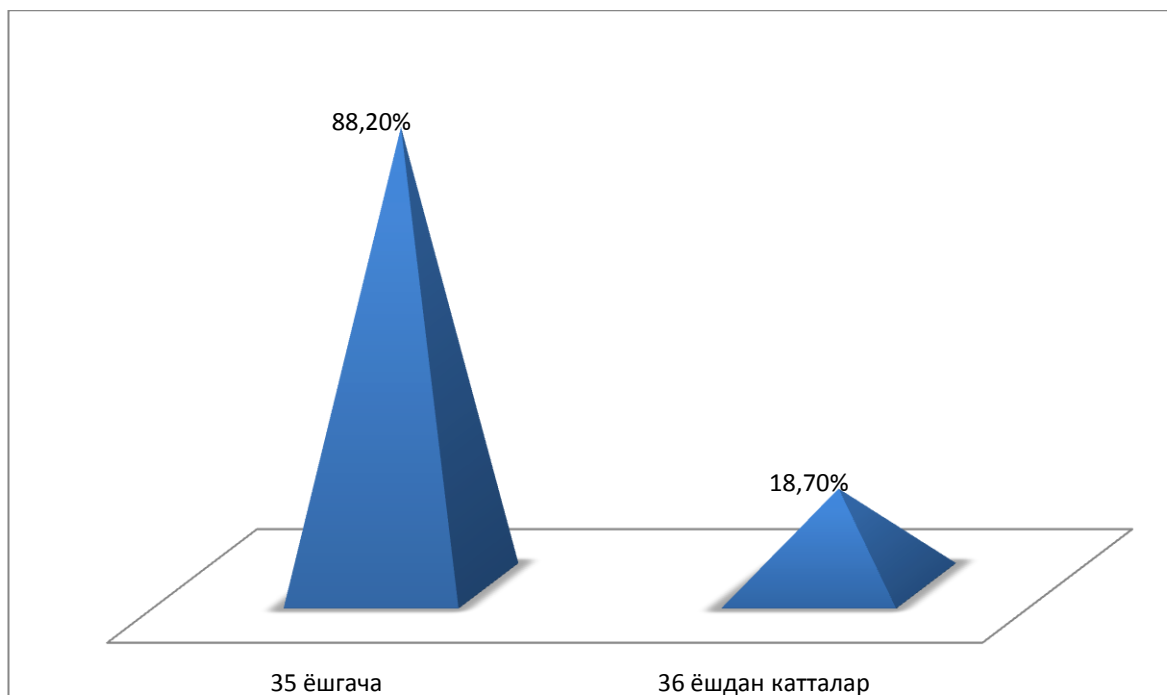
Эритроцитларнинг чукиш тезлиги (ЭЧТ) бачадон миомасига чалинган беморларда ошганлиги аникланди. Бачадон миомасига чалинган аёлларда умумий кон тахлилида ЭЧТнинг ошганлиги сурункали анемизация, яъни асосий касалликнинг асорати сифатида изоҳланади.

Операциядан кейин эса ЭЧТнинг яна ошганлиги ва лейкоцитлар микдори ҳам операциядан кейин ошганлигини кузатдик. Коннинг хужайравий таркиби тахлил килинганда даво муолажаларидан кейин асосий гуруҳда $9,2 \pm 0,5\%$ ни ташкил этди.

III.3.Бачадон миомаси натижасида кон кетишида оптимал даво усулини танлаш.

Утказилган текширувларимиз давомида 60 нафар бачадон миомасига чалинган аёлларга (30 ёшдан 45 ёшгача) бачадон миомасини даволашнинг оптимал даволаш муолажалари тавсия этилди. Хирургик даволаш усуллари танлашга таъсир этадиган факторлар ва курсатмалар структураси урганилди. Консерватив миомэктомия операцияси 12(30%) ҳолатларда утказилди. Аммо бу курсаткич 35 ёшгача 15(88,2%)ни, 36 ёш ва ундан катталарда эса 8(18,7%) бу курсаткични пасайганлиги кузатилди.(7-расмга қаранг). Хирургик даволаш ҳажмига тиббий курсатмалар билан бир қаторда ижтимоий омиллар ҳам уз таъсирини курсатди (беморни репродуктив ва менструал фаолиятини саклашни хоҳлаши). Ижтимоий омилларнинг таъсири 35 ёшгача аёлларда 100% ҳолатларгача, 36 ёшдан катталарда эса 53,4% ни ташкил этди. Репродуктив ёшдаги аёлларда бачадон миомасининг улчами хирургик аралашувга асосий курсатма бўла олиши инобатга олинди.

7-Расм. Консерватив миомэктомия операциясини утказилиши

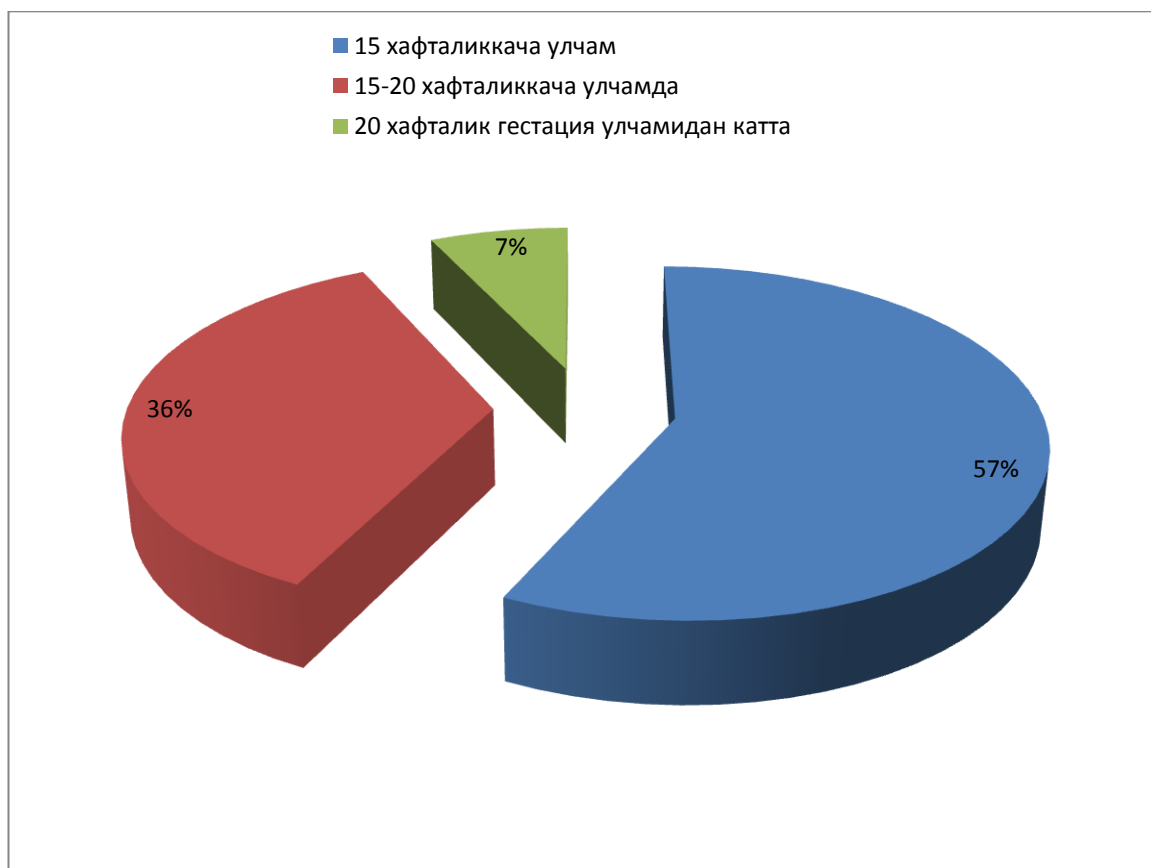


Хирургик даволашга курсатмалар турли ёшда турлича курсаткичларни курсатди. 35 ёшгача аёлларда операция купрок бачадоннинг «симптомли» миомаси туфайли (42,9%) утказилди, 36-45 ёшгача аёлларда эса бачадон миомасининг улчами 12 хафталик гестация улчамидан катта булганида, анемия ва усманинг тез усиши кузатилганида утказилди(33,2%).

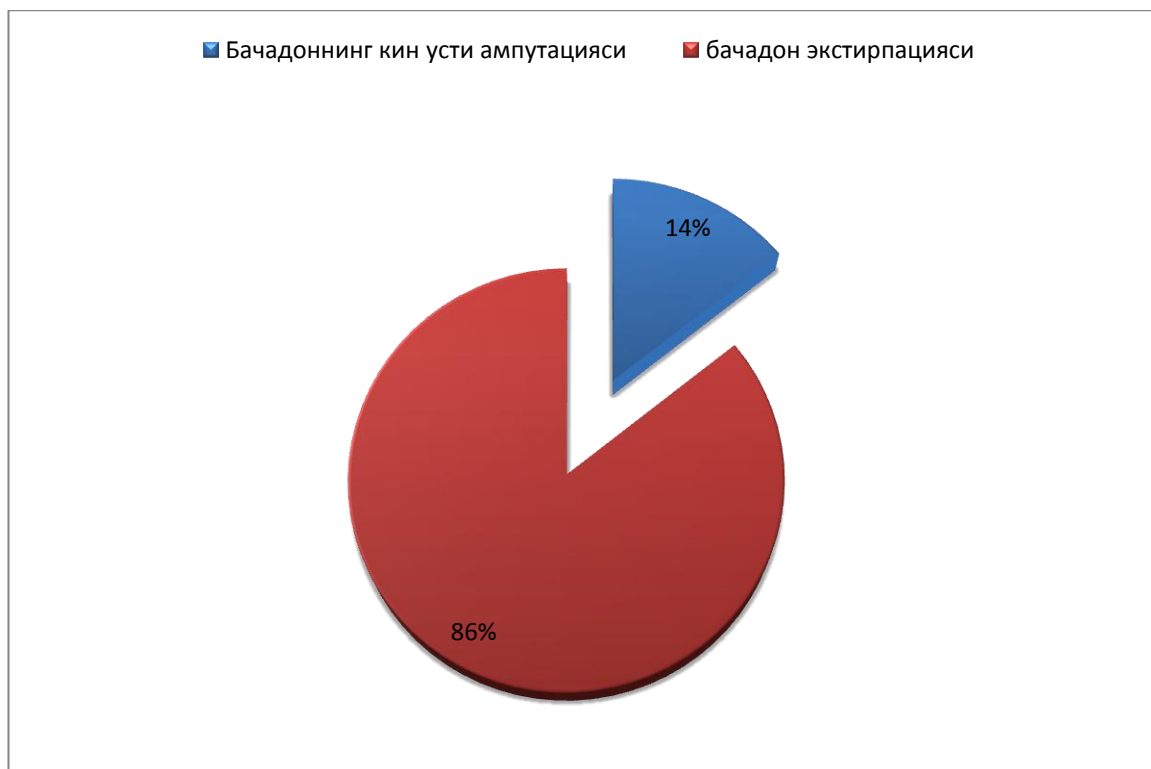
Бачадон миомасини радикал хирургик даволашга курсатмалар. Текширувларимиз давомида бачадон миомасига чалинган 28 нафар аёлларда радикал хирургик операциялар утказилди, олиб ташланган усманинг улчами нормадан 28 хафта хомиладорлик муддатигача етди. Радикал хирургик оператив даво муолажалари утказилган аёлларнинг 16(57,1%) нафарида усманинг улчами 15 хафталик гестация улчамигача етган, 10(35,7%) нафар аёлда эса 15 хафталикдан 20 хафталиккача улчамга етган, 2(7,1%) нафар аёлда эса 20 хафталик гестация муддати улчамидан катта булган холатларда утказилди.(8-расмга каранг). Бачадон миомаси уткир метроррагия билан асоратланиб келган аёллар стационарга ёткизилди, тулик клиник лаборатор текширишлардан утказилди. Клиник лаборатор текшириш натижаларига кура беморларни операциягача тайёрланди. Огир даражали анемияларда кон урнини босувчи суюкликлар, эритроцитар масса, плазма куйилди. Генитал ва

экстрагенитал аъзоларидаги яллигланиш жараёнлари даволанди. Операция килинган аёлларда 18(64,3%) нафарида бачадон ортиклари саклаб қолинган. 4(14,3%) ҳолатларда бачадоннинг кин усти ампутация операцияси, 24(85,7%) ҳолатларда эса бачадон экстирпация операцияси утказилди. (9-расмда келтирилган). (15)53,6% кузатувларимизда хирургик операциянинг ҳажми қушилиб келган бачадон ортикларининг патологиялари, гениталий пролапси, чандикли жараёнлар туфайли кенгайтирилди. (5)17,8% беморларда бачадон ортикларининг яллигланиш жараёнлари ва аввал утказилган оператив муолажалар туфайли турли даражада чандикли жараёнлар кузатилди, бу эса уз навбатида операцияни утказилишини техник жихатдан огирлаштирди.

8-Расм. Радикал хирургик операциялар утказилган беморларни гестация муддати улчамига кура тақсимланиши



9-расм. Утказилган радикал хирургик операциялар ҳажми



Кон кетиши билан келган барча беморларда тугрукхонага мурожаат этганида бачадон бушлигини кон кетишини тухтатиш мақсадида даволовчи-диагностик кириш операцияси утказилди. Кон тухтатувчи терапия эффектсиз бўлганда гистерэктомия операцияси утказилди.

33,3% аёлда репродуктив фаолиятни саклаш учун бачадонни саклаб қолишга хоши бўлди. Хомиладорликни режалаштирмаган аёлларнинг қучилиги эса «аёлликни саклаб қолиш» ва психологик қомфорт туфайли гистерэктомиядан қатъий бош қортди. Бу беморларга улипристал ацитат препаратини 1 таблетқадан 1 мақал 12 ҳафта давомида ичишни тавсия қилдик ва уз назоратимизга олдик. Бу препаратини қабул қилган 90% беморларда бачадондан кон кетиши тухтаганини қузатдик. Миома ҳажмининг 63% беморларда қичрайганлиги қузатилди. 67,5% ҳолатда эса огрикларнинг қамайганлиги қузатилди. Аменорея уртача 7 қундан кейин юзага қелди. Бу препарат қабул қилиш тухтатилгандан 4 ҳафта ичида менструация қузатилган. Бу препаратнинг ноқуя таъсирлари сифатида 5% беморларда бош огриги қузатилди. Баъзи аёлларда тана вазнининг ошганлиги қузатилди. Қам ҳолларда қунгил айниши, қушиш қузатилди. 15% ҳолатларда

эндометрийнинг калинлашиши кузатилди, бу беморларни яна кузатганимизда эндометрийнинг калинлашиши барча беморларда учой ичида утиб кетганлигини аниқладик.

Гистерэктомияга курсатмалар:

- бачадондан кушма кон кетиши,
- яккол огрик синдроми,
- кушни аъзоларнинг босилиш синдроми,
- консерватив даволаш усулларининг самарасизлиги,
- миоматоз узгарган тугунларнинг 12 ҳафталик гестация улчамидан катта улчамдалигидир,
- субмукоз тугуннинг булиши,
- субсероз тугуннинг ингичка оёкчада булиши (оёкчасини буралиб қолиш хавфи булганлиги учун),
- усманинг тез усиши (1 йилда 4-5 ҳафталик улчам ва ундан ортик),
- Бачадон миомаси эндометрий ва тухумдоннинг усма олди патологиялари билан кушилиб келиши,
- Бачадон миомаси натижасида бепуштлиқ оператив даво муолажасига курсатма булди.

Операциядан кейин асосий гуруҳдаги аёлларга йирингли-септик асоратларни олдини олиш учун антибиотикотерапия буюрилди. Бундан ташқари инфузион терапия, умумқувватловчи терапия, витаминотерапия ва шулар билан бир каторда темир препаратларидан буюрилди. Операциядан кейинги тромбоэмболик асоратларнинг олдини олиш учун беморларга профилактик тарзда паст молекуляр гепарин билан тавсия килинган стандарт дозировкада антикоагулянт терапия утказилди. Операциядан кейин огрикларни камайтириш учун аналгетиклар буюрилди.

IV БОБ.

Олинган натижаларнинг муҳокамаси

Охирги йилларда акушерлик ва гинекология амалиётида бачадон миомаси энг долзарб муаммолардан бирига айланиб бормокда. Хозирги кунда бачадон миомаси билан касалланиш 27-45% ни ташкил этмокда (Кулаков В.И., Сидорова И.С.,2006).

Бачадон миомасининг ривожланишига таъсир курсатувчи бир катор хавф омиллар: гинетик мойиллик, 30 ёшдан 49 ёшгача булган ёш, нокулай экологик мухитда (ишлаб чиқариш жойлари) истикомат қилиш, огирлашган акушерлик ва гинекологик анамнез, огирлашган соматик анамнез, ноадекват схемалар билан даволаш усулларининг таъсири.

Биз текширган аёлларнинг ёши 30 ёшдан 45 ёш уртасини ташкил қилди. 30 ёшли 10 аёлда, 31 ёшдан 40 ёшгача 21 нафар аёлда, 41 ёшдан 45 ёшгача 29 нафар аёллар муружаат қилишган. Энг куп 41-45 ёшли аёллар муружаат қилишди.

Текширувимиздаги барча аёллар умумий кон тахлили, умумий сийдик тахлили, кон гурухи ва резус омилини аниқлаш, коннинг биохимик тахлили, Сухарев буйича кон ивиш вақтини аниқлаш, протромбин вақти ва индекси, кинннинг тозалик даражасини аниқлаш, электрокардиография, ультратовуш текшируви, доплерографик текширувлар, терапевт куриги, анестезиолог куриги, кольпоскопия текшириш усуллари утқазилди.

Бизнинг уз текширув ишларимиз давомида Самарканд шаҳар №3 сонли тугруқхонасида 2012-2015 йиллар давомида бачадон миомасига чалинган ва гинекологияга муружаат қилган 60 нафар аёлларни ва уларнинг касаллик тарихларини ретроспектив ва проспектив ургандик. Барча аёлларни 2 гуруҳга бўлиб ургандик.

Гуруҳларга бўлиниш критериялари:

Асосий гуруҳ -30 нафар бачадон миомасига чалинган, бачадон миомаси кон кетиши билан асоратланган аёлларни киритдик.

Назорат гурухи-30 нафар бачадон миомасига чалинган, менометрорагия билан асоратланмаган аёлларни киритдик.

Бачадон миомасига чалинган асосий гурухдаги 30 ва назорат гурухидаги 30 нафар беморларда клиник ва лаборатор текширувлар утказдик. Кузатувларимиз шуни курсатадики, асосий ва назорат гурухдаги аёллар асосан кечки репродуктив ёшда ва пременопаузал ёшдаги аёллардан иборат. Бизнинг текширувимиздаги бачадон миомасини учрашининг «пик» даврлари Е.М. Вихляев (2002), И.С. Сидоров (2002)ларнинг текширувлари билан мутаносиблиги аникланди.

Бачадон миомасига чалинган аёлларнинг анамнезини урганганимизда анамнезининг огирлигини аникладик. Хайз циклининг гиперполименорея типига бузилиши кузатувларимизда 94% ҳолатларда, огрик синдроми асосий гурухда 71% ҳолатларда кузатилди. Бу белгилардан ташқари асосий ва назорат гурухидаги аёлларда қушни аъзоларнинг босилиш симптоми 52% ва 60,2% ҳолатларда, диспареуния 29% ҳолатларда кузатилган.

Касалликка чалинганларнинг репродуктив системанинг вазифасига ҳос анамнезидан тугруклар-80,1%, абортлар-77,3%, хомиланинг уз-уздан тушиши-32,4%, бачадондан ташқари хомиладорлик-76,1% ҳолатларда кузатилган. Уз текширувларимиз давомида репродуктив фаолиятининг бузилиши назорат гурухида 26,7% беморларда асосий гурухда эса ҳар уч аёлнинг бирида кузатилди. Асосий ва назорат гурухидаги аёлларда 67,3% ва 64,4% жинсий аъзоларининг яллигланиш касалликлари, 30,3% ҳолатларда эса бачадон бўйнининг фон касалликлари кузатилди. Юқорида келтирилган натижалар А.Л. Тихомиров, Д.М. Лубнин (2006), В.Vollenhoven (1990) текширувларида уз исботини топган.

Г.И. Брехман (1987), Е.М. Вихляев (1996) маълумотларига қура, бачадон миомасига чалинган ва оператив даво муолажаси утказиш режалаштирилган 75% дан 96,6% беморларда сурункали экстрагенитал касалликлари бўлганлиги аникланди, улар орасида юрак қон томир тизими касалликларининг устунлик қилиши кузатилган. Биз уз текширувларимиз

давомида асосий ва назорат гуруҳидаги аёлларда юрак-кон томир тизими касалликлари 35,7% ва 38,1%, моддалар алмашинувининг бузилиши асосий гуруҳда 85,6% ва назорат гуруҳида 86,1% ҳолатларда кузатилди. Темир етишмовчилиги камконлиги асосий касалликнинг асорати сифатида асосий гуруҳда 88,6% беморларда ва назорат гуруҳида 61,1% беморларда ривожланган. Текширувларимиз давомидаги натижалар юқоридаги келтирилган авторларнинг маълумотлари билан мос келиши кузатилди.

Кушилиб келган сурункали соматик касалликлар бачадон миомасининг ривожланиши ва асосий касалликнинг авж олиб кетишига таъсир курсатмаслиги ҳам уз текширувларимизда уз тасдиғини топди.

Бачадон миомасида УТТ доплерография текширувида миомадаги томирларнинг микдорига кура тугунларни гиперваскуляр ва гиповаскуляр тугунларга бўлди. Бачадон миомасининг кон кетиши билан асоратланган асосий гуруҳдаги беморларда гиперваскуляр тип усмалар 70% (7), назорат гуруҳида 30% (3) кузатилди. Гиповаскуляр тип усмалар асосий гуруҳда 40%(4), назорат гуруҳида 60% (6) кузатилди.

Бачадон миомасига чалинган, касаллик кон кетиши билан асоратланган беморларнинг текшириш натижасига кура систолик кон айланишининг максимал тезлиги ва резистентлик индексининг назорат гуруҳдаги курсаткичларга нисбатан ошганлиги аникланди. Гиперваскуляр тип усмалардан эса бачадон миомаси куп ҳолатларда менометроррагия билан асоратланганлиги аникланди.

Тромбогеморрагик муаммоларни аниклаштириш учун коагуляцион гемостазнинг ҳамда коннинг реологик хусусияти бузилишларинихам ургандик.

Беморларда коннинг умумий таҳлили утказилганда асосий гуруҳдаги беморларда назорат гуруҳидагига нисбатан гемоглобин курсаткичларининг камлиги аникланди. Бунда гемоглобин микдори асосий гуруҳда $74,6 \pm 1,16$ г/л, назорат гуруҳда $98,2 \pm 2,25$ г/л эканлиги аникланди.

Гематокрит курсаткичлари (Ht) асосий гуруҳда $34,67 \pm 1,41\%$, назорат гуруҳида $36,2 \pm 1,25\%$ гача булган.

Утказилган гемостазиограмма курсаткичларининг натижалари шуни курсатдики, бунда асосий гуруҳдаги аёлларда коннинг томирларда таркалган ивиш синдромининг сурункали формаси борлиги кузатилди.

Гемостаз тизимининг натижаларини таҳлил қилганимизда бачадон миомаси билан касалланган ва бу касаллик кон кетиши билан асоратланган беморларда гемостатик тизимнинг гиперкоагуляцион-гиперагрегацион томонга силжиганлиги ва фибринолитик активликнинг пасайганлигини кузатдик. Олинган натижаларни биз бачадонда узок булган патологик жараён натижасида кон ивиш тизимининг бузилиши сифатида баҳоладик. Гемостаз тизимидаги бундай бузилишлар Е.А.Винокуров (2008), В.Ф.Савченко (1983) ларнинг бачадон миомаси натижасида менометроррагия билан асоратланган беморларни текширувларида ҳам тасдиқланган. Натижада операциядан кейинги даврда тромбофлебитлар ва тромбоземболик асоратларга сабаб булишини, буни олдини олиш учун эса албатта профилактик чора-тадбирлар утказиш ва лаборатор назоратни йулга қуйиш кераклигини айтиб утишган.

Операциядан кейин тромбоземболик асоратлар хавфини юкорилигини инобатга олиб профилактик тарзда паст моекуляр гепаринни стандарт тавсия этилган дозировкасида беморларга буйрилди.

Гемостаз тизимининг тромбоцитлар бугини текширилганда беморларда тромбоцитлар сонининг камайганлиги аниқланди. Асосий гуруҳда $203,6 \pm 2,61 \times 10^9/\text{л}$, назорат гуруҳида эса $219,5 \pm 3,16 \times 10^9/\text{л}$ ни ташкил этди.

Асосий гуруҳда гемоглобиннинг концентрацияси $74,6 \pm 1,16$ дан $78,2 \pm 2,34$ г/л гача динамикада узгарганлиги аниқланди. Гематокрит курсаткичи асосий гуруҳда $34,67 \pm 1,41$ дан $36,06 \pm 1,13\%$ гача узгарганлигини кузатдик.

Гемоглобин курсаткичи 70 г/лдан паст курсаткичларда операциядан олдин ва операциядан кейин эритроцитар масса қуйилди ва плазмотрансфузия утказилди. Асосий гуруҳдаги аёлларда гемоглобин

курсаткичларининг паст булиши анамнезидан куп кон кетганлиги билан тушунтирилади.

Гемостазиологик параметрларни баҳолаш купгина курсаткичларида аник бир фаркларни курсатмади. Фибриноген, АПТВ, ПИ ни операциядан кейинги даврда концентрациясининг ошганлиги аникланди.

Эритроцитларнинг чукиш тезлиги (ЭЧТ) бачадон миомасига чалинган беморларда назорат гурухидагиларга нисбатан ошганлиги аникланди. Бачадон миомасига чалинган аёлларда умумий кон тахлилида ЭЧТнинг ошганлиги сурункали анемизация, яъни асосий касалликнинг асорати сифатида изоҳланади.

Операциядан кейин эса ЭЧТнинг яна ошганлиги кузатилган. Лейкоцитлар микдори ҳам операциядан кейин ошганлиги кузатилган. Коннинг хужайравий таркиби тахлил килинганда даво муолажаларидан кейин асосий гурухда $9,2 \pm 0,5\%$ ни ташкил этди. Бундай кон тахлилидаги кузатилган анологик узгаришлар О.И.Мишиев, В.Г.Брусенко(2008), S.C.Goodwineetal. (1990) текширувлари натижаларида ҳам кузатилган.

Утказилган текширувларимиз давомида 60 нафар бачадон миомасига чалинган аёлларда (30 ёшдан 45 ёшгача) бачадон миомасини даволашда оптимал даволаш муолажалари тавсия этилди. Хирургик даволаш усулларини танлашга таъсир этадиган факторлар ва курсатмалар структураси урганилди. Консерватив миомэктомия операцияси 12(30%) ҳолатларда утказилди. Хирургик даволаш хажмига тиббий курсатмалар билан бир каторда ижтимоий омиллар ҳам уз таъсирини курсатди (беморни репродуктив ва менструал фаолиятини саклашни хоҳлаши). Ижтимоий омилларнинг таъсири 35 ёшгача аёлларда 100% ҳолатларгача, 36 ёшдан катталарда эса 53,4% ни ташкил этди.

Текширувларимиз давомида бачадон миомасига чалинган 28 нафар аёлларда радикал хирургик операциялар утказилди, олиб ташланган усманинг улчами нормадан 28 ҳафталик хомиладорлик муддатигача катталашканлиги аникланди. Операция килинган аёлларда 18(64,3%)

нафарида бачадон ортиклари саклаб колинди. 4(14%) ҳолатларда бачадоннинг кин усти ампутацияси, 24(86%) ҳолатларда эса бачадон экстрипацияси утказилди.

33,3% аёлда репродуктив фаолиятни саклаш учун бачадонни саклаб қолишга хоҳиш бўлди. Хомиладорликни режалаштирмаган аёлларнинг қўчилиги эса «аёлликни саклаб қолиш» ва психологик қўфорт туфайли гистерэктомиядан қатъий бош тортди. Бу беморларга Улипристал ацитат (эсмия) препаратини 1 таблеткадан 1 маҳал 12 ҳафта давомида ичишни тавсия қилдик ва уз назоратимизга олдик. New England Journal of Medicine (2012) журналида бу препаратни бачадондан қон қетишини тўхтатиши, анемияни қўррекция қилиниши ва миома ҳажмининг қичрайишига олиб қелиши (ГнРГ агонистлариға нисбатан) қўп этилган. Улипристал ацитат препаратини қабул қилган 90% беморларда аменорея қўзатилди. 63% беморларда миома ҳажмининг қичрайганлиги аниқланди. 67,5% ҳолатда огрикларнинг қамайганлигини қўзатдик. Бу препаратнинг ноҳуя таъсирлари сифатида 5% беморларда бош огриги қўзатилди. Баъзи аёлларда тана вазнининг ошганлиги қўзатилди. Қам қолларда қўнгил айниши, қўсиш қўзатилди. 15% ҳолатларда эндометрийнинг қалинлашиши қўзатилди. 10% ҳолатларда исиб қетиш қаби ноҳуя таъсири намоён бўлди. Бу беморларни яна 3 ой давомида қўзатдик ва эндометрийнинг қалинлашиши барқа беморларда 3 ой ичида утиб қетди.

Қичик қанок аъзоларидан огир қон қетганида асосий даволаш усули хирургик даволаш усулидир. 50 йил давомида гистерэктомиянинг сони ортиб қўрганлиги қўзатилди ва ҳозирги даврда нафакат гинекологик операциялар балки умумий хирургик операциялар орасида ҳам қўп утқазиладиган операциялардан бири бўлиб қолмоқда. Ярим асрлик қўлланилган ушбу гинекологик оператив даволаш усулининг қўлланилишиға қарамасдан, ушбу операциядан улимни қамайтириш ёки оширишға, операциядан қейин асоратлар сонини қамайтириш, гистерэктомиядан қейин бемор ҳаёт сифатининг бутунлигининг ва соғлигининг ҳолатиға қаратилган бир

йуналиш сифатида каралмаслиги керак.(2,20,40,51). Бачадон миомаси натижасида кон кетишларида янгича даволаш усуллари уз амалиётимизга тадбик этишимиз керак. Бачадон артерияларини рентгеноэндоваскуляр окклюзияси методининг пайдо булганлиги бачадон миомасида кон кетишида беморларни даволашда клиник медицинанинг янги йуналишининг ривожланаётганлиги билан боглик.(77,86,116).

Бачадон миомаси натижасида гемостазнинг прокоагулянт звеносини активацияси купгина адабиёт манбаларда ва клиник текширувларда тасдикланган.(1,4,8)

Хулоса

- Кон кетиши (метроррагия) билан мурожат килган беморларда, кон кетишини тухтатиш мақсадида бачадон бушлигини даволовчи диагностик кириш операцияси утказилди. Бу муолажалар эффектсиз бўлганидан кейин хирургик ёндашилди.
- Опертив даводан олдин ва кейин тромбоэмболик асоратлар хавфини юкорилигини инобатга олиб профилактик тарзда паст моекуляр гепаринни стандарт тавсия этилган дозировкасида беморларга тавсия килдик
- Гемостаз тизимининг натижаларини тахлил килганимизда бачадон миомаси билан касалланган ва бу касаллик кон кетиши билан асоратланган беморларда гемостатик тизимнинг гиперкоагуляцион-гиперагрегацион томонга силжиганлиги ва фибринолитик активликнинг пасайганлигини кузатдик. Олинган натижаларни биз бачадонда узок бўлган патологик жараён натижасида кон ивиш тизимининг бузилиши сифатида баҳоладик.
- Оператив даво муолажаларидан катъий бош тортган репродуктив ва менструал фаолиятни саклаб қолишни хоҳлаган 33,3% беморларга улипристал ацетатни 5 мг дан 3 ой давомида ичиш буюрилди. 90% беморларда бачадондан кон кетиши тухтаганини кузатдик. 63% беморларда миома хажмининг кичрайганлигини аникладик. 67,5% огрикларнинг камайганлиги кузатдик.

Амалий тавсиялар

- ◎ Даволашда индивидуал ёндашиш;
- ◎ Фертил вазифани саклаб қолиш ва хомиладорлик асоратларини олдини олиш учун, аъзони саклаб қолувчи ва кам инвазив даволаш усулларини эрта ҳамда уз вақтида қўллаш;
- ◎ Бачадон миомасига чалинган репродуктив ёшдаги аёлларда хирургик даво муолажасини утказиш режалаштирилаётганда операциянинг хажмига қўра ижтимоий омилларнинг таъсирини албатта инобатга олиш;
- ◎ Улипристал ацетатни 5 мг дан 1 маҳал 3 ой давомида қабул қилиш тавсия қилинади. Препарат буйрилганда контрацепция мақсадида барьер усулларида фойдаланилади. Улипристал ацетат қабул қилинганда гестаген препаратлар тавсия қилинмайди.

Адабиётлар руйхати

1. Аверьянов В.Н., Колесникова В.В. // Гигиена и санитария. 2002. - №5.1. С.35-37.
2. Адамян Л.В., Ткаченко Э.Р. Современные аспекты лечения миомы матки // Медицинская кафедра. – М., 2003. – № 4(8). – С. 110-118.
3. Адамян, Л.В. Гистероскопическая и эхографическая диагностика аденомиоза Текст.:/ Л.В. Адамян, В.Н. Демидов; А.К. Хачатрян// материалы межд. конгресса "Эндоскопия в диагностике и лечении патологии матки".- М., 1999 Т. I. - С.54.
4. Адамян, Л.В. Гистероскопия в диагностике и лечении патологии полости матки Текст.: монография / Л.В. Адамян, Г.Е. Белоглазова. М: Медицина.-1997. - с. 63-70.
5. Адамян, Л.В. Диагностическая и хирургическая гистероскопия Текст.г методические рекомендации/ Л.В: Адамян, С.Е. Белоглазова. — Москва:[б.и.], 1997.- 36 с.
6. Адамян, Л.В. Современные методы диагностики и альтернативные методы лечения гиперпластических процессов и опухолей матки Текст.:/ Э.Р. Ткаченко, С.И. Киселёв, А.Х. Гайдарова // Практическая гинекология, — М., МЕДпресс-информ, 2001, С.89 115.
7. Айламазян, Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии Текст.: библи. практ. врача/ Э.К. Айламазян, И.Т. Рябцева. — М.: Медиц. Книга, 2003, 184с. - Библиогр.: с.97-99
8. Бабунашвили Е.Л. Репродуктивный прогноз при миоме матки // Автореф. дис... канд. мед.наук. – М. – 2004. – 24 с.
9. Ботвин М.А. Современные аспекты реконструктивно-пластических операций у больных миомой матки репродуктивного возраста. Вопросы патогенеза, техника операции, система реабилитации, ближайшие и отдаленные результаты. // Автореф. дис... докт. мед.наук. – М.,1999. – 51 с.
10. Бохман, Я.В: Миома матки в пре- и постменопаузе как маркёр онкогинекологической патологии Текст.: (обзор) / Я.В. Бохман// Акуш и гинекол., -М.: 1987, №7, С. 12-16.

11. Броксманс Ф. (Brockmans F.S.) Агонисты ГнРГ и лейомиома матки// Аналоги ГнРГ в репродуктивной медицине.-М.:МедПресс, 1997.-С. 7-33.
12. Брусенко, В.Г. Опыт применения гистероскопии в практике гинекологического стационара Текст.:// В.Г. Брусенко, Л.М. Каппушева, О.И. Мишиева, Н.В. Иванова. Вестник Рос. Ассоц. Акуш.- гинекол. 1995. — № 3. — С.54-58.
13. Бурлев В.А. Тезисы докладов VIII Российского национального конгресса "Человек и лекарство". М 2001; 447—448.
14. Буянова С.Н., Титченко Л.И., Титченко И.П. и др. Возможности современных ультразвуковых технологий в определении клинко-патогенетического варианта миомы // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2007. — Т. 7, № 5. — С. 36-38.
15. Вихляева Е.М. Руководство по диагностике и лечению лейомиомы матки. — М.: МЕДпресс-информ, 2004.
16. Вихляева Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии. М: МИА 2000; 427—439.
17. Вихляева, Е. М. Патогенез, клиника, и лечение больных; лейомиомой матки Текст.: Е. М. Вихляева; Ж.А: Палладис- Кишинёв: Штиница^19821 — 186 С. \
18. Вихляева, Е.М. Консервативное: лечение: миомы, матки Текст.:/ Е.М. Вихляева// акуш. Гин. 1987- №111-с. 63-67.:
19. Вихляева, Е.М. Руководство по гинекологической эндокринологии Текст.: монография/ Е.М. Вихляева - М., МИА. —1998;- 765с.
20. Вихляева Е.М.: О стратегии и тактике ведения больных с миомой матки; Текст.: Е.М. Вихляева // Вестник РАМН: -М.: 1997., №2 с. 16-20?
21. Вихляева; Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии Текст.; Е.М. Вихляева. М.: МИА, 2002. - 768с. -Библиогр.: с.432-437.
22. Воронин А.А. Значение энтеросорбентов в профилактике гнойно-воспалительных осложнений после хирургического лечения миомы матки: Дис. канд. мед.наук. М 2000; 5—6.

23. Воронин, А.А. Значение энтеросорбентов в профилактике гнойно-воспалительных осложнений после хирургического лечения миомы матки Текст.: / А.А. Воронин. Дисс.канд. мед. наук. Москва, 2000:
24. Г.М. Савельева // Эндоскопия в диагностике и лечении гинекологических патологий. — Москва, 1997 (ч).с. 170-171.
25. Гельман В.Я. Медицинская информатика Текст.: практикум / В.Я. Гельман. Спб; Питер; 2002. - 480с. — Библиогр.: С.87-265;.
26. Гилязутдинова З.Ш. Миома матки // Онкогинекология: рук.для врачей. — М: МЕДпресс, 2000. — 383 с.
27. Гинекология по Эмилю Новаку/ Под ред. Д. Берек Д., И. Адаши, П. Хиллард; Пер. с англ.-М.:Пантори, 2003.
28. Голан А. Аналогии ГнРГ в репродуктивной медицине Текст.:/ А. Голан/. Москва. МедПресс. 1997. С.39-49.
29. Гус А.И. Значение эхографии в выявлении патологии эндометрия
30. Давыдов А.И: Оперативная гистероскопия Текст.: Малоинвазивная хирургическая гинекология/ А.И. Давыдов, А.Н.Стрижаков, К.Р. Бахтияров -М.: Медицина, 2001.-с. 135-189.
31. Демидов, В.Н. Ультразвуковая диагностика в гинекологии Текст.: В.Н. Демидов, Б.И. Зыкин. М.Медицина, 1990. - 224с.
32. Демидов, В.Н. Эхографическая характеристика сарком матки Текст. / В.Н. Демидов, А.В. Струпов; Е.И. Каверина, С.П. Красикова // Акуш. и гинек.- 1995.-ЖЗ.-С.56-58.
33. Демидов, В.Н. Эхография органов малого таза у женщин Текст.: практ. пособие / В.Н. Демидов, А.И. Гус, И.Т.В. Адамян. М.: Скрипто, 1997.^60 с.
34. Доронин, Г.Л. Ультразвуковая диагностика саркомы матки Текст. / Г.Л. Доронин //Ультразвук, диагност, акуш. гин. педиатр-1993. №1-С.55-59.
35. Дуда, Вл.И. Гинекология Текст.: Учебное пособие для вузов// Вл.И. Дуда, И.В. Дуда, В.И. Дуда. — Минск: Интерпрессервис, 2002, 592с. -Библиограф.: с. 302-325.
36. Ефремова, Е.Г., Факторы окружающей среды и распространенностьмиомы матки Текст.: / Е.Г. Ефремова, В.Н. Дунаев, В.Ф.Куксанов,
37. Ищенко А.И., Кудрина Е.А., Ланчинский В.И. Лапароскопическая миомэктомия // Новые технологии и малоинвазивная хирургия в гинекологии / Под ред. И.И. Ищенко. — 2004. — С. 48-56.

38. Ищенко, А.И. Гистерорезектоскопия и лазерная хирургия в коррекции внутриматочной патологии Текст.: / А.И. Ищенко [и др.] // Акуш. и гин. -Москва.- 1997.-N1.- с. 14-16.
39. Каппушева, Л.М. Трансцервикальная миомэктомия Текст.: / Л.М. Каппушева, В.Г. Бреусенко, С.А. Анисимова // Акуш. и гинекол. 2000. -№ 2—С.29-35.
40. Киселев С.И. Современные подходы к хирургическому лечению больных миомой матки // Дис... докт. мед.наук. – М., 2003. – 255 с.
41. Корсак В.С., Щербина Л.А., Шелаева Е.В. Полный разрыв матки во время беременности после лапароскопической миомэктомии (описание случая) // Журнал акушерства и женских болезней. – 2005. – № 2: LIV. – С. 108-112.
42. Краснопольская К.В., Сичинава Л.Г., Калугина А.С. Использование ЭКО и ПЭ у больных миомой матки небольших размеров. Акуш. и гин. 2000; 1: 56—58.
43. Краснопольская, К.В. Использование экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона у больных миомой матки небольших размеров Текст.: // К.В. Краснопольская, Л.Г. Сичинава, А.С. Калугина/ Акуш. и гинекол. — 2000 — 1, С.56 — 58.
44. Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А. и др. Хирургическая коррекция репродуктивной функции при миоме матки // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2005. – № 5: 2: 74-76.
45. Кулаков В.И., Адамян Л.В. Эндоскопия в гинекологии. – М.: Медицина, 2000. – 384 с.
46. Кулаков В.И., Кира Е.Ф. Термическая абляция миоматозных узлов фокусированным ультразвуком – новый метод неинвазивной хирургии // Акуш. и гинекол. – 2006. – № 5. – С. 3-5.
47. Кулаков В.И., Шмаков Г.С. Миомэктомия и беременность. – М.: МЕДпресс-информ, 2001. – 344 с.
48. Кулаков, В.И. Диагностическая и хирургическая гистероскопия Текст.: / В.И. Кулаков, Л.В. Адамян, С.Е. Белоглазова // Акуш. и гин.-1993.- №4. с. 55-59.
49. Кулаков, В.И. Оперативная гинекология Текст.: / В.И. Кулаков, Н.Д. Селезнева, В.И. Краснопольский // Н.Новгород, НГМА - 1997.
50. Кулаков, В.И. Оперативная гинекология хирургические энергии Текст.: монография/ В.И. Кулаков, Л.В. Адамян, О.А. Мынбаев.- М.: Антидор, 2000. - 650с.

51. Кулаков, В.И. Роль новых медицинских технологий в гинекологии Текст.: Эндоскопия в гинекологии/ В.И. Кулаков, Л.В. Адамян. — М.: Медицина, 1999. с.5-12.
52. Кулаков, В.И. Ультразвуковая диагностика в гинекологии детского и подросткового возраста Текст.: / В.И. Кулаков, М.Н. Кузнецова, Н.С. Мартыш // Н.Новгород, 1997 - 112 с.
53. Кулаков, В.И. Хирургическая лапароскопия в гинекологии Текст.:/ В.И. Кулаков, Л.В. Адамян // Акуш. и гин. 1995. - №5. с.3-6.
54. Курашвили Ю.Б., Мышенкова С.А., Шиповская Е.В. и др. Патогенез воздействия ФУЗ-абляции на миому // Материалы IX всероссийского научного форума «Мать и дитя». Сб. научн. тр. — М., 2007. — 696 с.
55. Лайонс, Т. Эндоскопическая миомэктомия Текст.: / Т. Лайонс // Эндоскопия в диагностике и лечении патологии матки: тезисы междунар. конгресса. — 1997—т.1, -с. 176.
56. Логутова Л.С., Буянова С.Н, Левашова И.И. Акушерская тактика при ведении беременных с миомой матки // Акушерство и гинекология. — 1999. — №3. — С. 21-23.
57. Макаров О.В., Доброхотова Ю.Э., Любченко Н.В. Некоторые аспекты отдаленных результатов гистерэктомии у женщин репродуктивного возраста // Акуш. и гин. — 2000. — № 3. — С. 12-14.
58. Медведев, М.В. Эхогистеросальпингоскопия Текст.: / М.В. Медведев, В.Л. Хохолин, И.А. Озерская / Ультразвуковая, диагностика,— 1996—№2 — с.6-13.
59. Мехеукс Р.(MaheuxR.) Агонист ГнРГ: альтернатива хирургическому лечению // Аналоги ГнРГ в репродуктивной медицине.- М.:МЕДпресс,1997.-С.-45-59.
60. Миома матки Текст.: / современные проблемы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения // Под ред. И.С. Сидоровой. М: Медицинское информационное агентство, 2002; -256с.
61. Мишиева Н.Г. Бесплодие у женщин позднего репродуктивного возраста: принципы диагностики и лечения в зависимости от овариального резерва // Дис. докт. мед.наук — М., 2008.
62. Мишиева Н.Г., Назаренко Т.А. Актуальные проблемы поздней репродукции женщин // Репродуктивное здоровье женщины и гормоны: Сб. науч. трудов. — М., 2004. — С. 13-16.
63. Нерсисян, Р.А. Вспомогательные репродуктивные технологии у больных с гинекологической патологией Текст.:/ Р.А. Нерсисян // Проблемы репродукции, 1998 - 2, С.22-28.

64. Пальцев А.А., Иванов А.А. Межклеточные взаимодействия. – М: Медицина, 1995. – 224 с.
65. Прилепская В.Н. Гинекология Текст.: монография/ В.Н. Прилепская. — Москва, 2000. с. 145-146.
66. Савельева Г.М. Значение гистероскопии для диагностики и лечения внутриматочных патологий у женщин в период постменопаузы Текст./129
67. Савельева Г.М., Курцер М.А., Бреусенко В.Г. и др. Эндоскопическая миомэктомия: за и против // Вопр. акуш. гин. и перинатол. – 2007; 6: 1: 57-60.
68. Савельева, Г.М. Гистероскопия Текст. монография/ Г.М. Савельева, В.Г. Бреусенко, Л.М. Каппушева Москва: Гэотар - Медицина, 1999 - с.85-89.
69. Савельева, Г.М. Гистероскопия Текст.:/ Г.М.Савельева, В.Г. Бреусенко, Л.М. Каппушева //-М.: ГЭОТАР Медицина, 1999. 176с.
70. Савельева, Г.М. Итоги и перспективы отечественной эндоскопии в гинекологии Текст./ Г.М. Савельева//Акуш. и гинекол. 1996. -№ 5.С.3-5.
71. Савельева, Г.М. Роль гистероскопии в оперативной гинекологии Текст.: II Российская научно-практическая конф. гинекологов - эндоскопистов: тез. докл./ Г.М. Савельева [и др.].- Москва, 1995. с. 113-114.
72. Савельева, Г.М. Эндоскопия в современной гинекологии Текст./ Г.М. Савельева // Новый медицинский журнал. 1997. - №1. - с. 3 -5.
73. Савицкий Г.А. Миома матки. Проблемы патогенеза и патогенетической терапии. Ст-Петербург: МедПресс 2000; 14—30.
74. Савицкий Г.А. Миома матки. Ст-Петербург: МедПресс 1994; 214.
75. Савицкий Г.А. О хирургическом лечении миомы матки у женщин младшей возрастной группы // В сб.: Актуальные вопросы физиологии и патологии репродуктивной функции женщин. – СПб. – 1997. – С 160-161.
76. Савицкий Г.А., Савицкий А.Г. Миома матки. Проблемы патогенеза и патогенетической терапии. – СПб.: «Элби», 2003. – 236 с.
77. Савицкий, Г.А. Изменение сосудистого русла матки человека при миомах Текст.:/ Г.А.Савицкий, В.Г. Савицкий //Арх.патол. 1992 - №4, С.27-30.

78. Савицкий, Г.А. Миома матки — проблемы патогенеза и патогенетической терапии Текст.: монография/ Г.А. Савицкий, А.Г. Савицкий. Санкт — Петербург, 2000. - 235с.
79. Савицкий, Г.А. Миома матки — проблемы патогенеза и патогенетической терапии Текст.: / Г.А.Савицкий, А.Г.Савицкий // Санкт-Петербург: ЭЛБИ. - 2000.
80. Савицкий, Г.А. Миома матки Текст.:/ Г.А.Савицкий // -Санкт-Петербург. Путь, 1994.
81. Самойлова Т. Е., Гус А.И., Аль-Сейкал Т.С. Применение мифепрестона в лечении лейомиомы матки// Тезисы 2-го Российского конгресса по менопаузе и гинекологической эндокринологии 14-17 сентября 2004 г.-М., 2004.
82. Самойлова Т. Е. Миома матки. Обоснование неоперативного лечения (обзор литературы) // Проблемы репродукции. – М., 2003. – 236 с.
83. Самойлова, Т.Е. Миома матки. Обоснование неоперативного лечения
84. Саркисов, С.Э. Первый опыт применения внутриматочной эхографии Текст./ С.Э. Саркисов, Р.Э. Кузнецов // Ультразвуковая диагностика. -1998.- № 3. — с.33-35.
85. Саркисов, С.Э. Применение гистероскопической деструкции эндометрия в лечении гиперпластических процессов Текст.: сб. науч. тр., РМАПО к 850 -лет. Москвы / С.Э. Саркисов, Р.Э. Кузнецов. М., 1997.
86. Саркисов, С.Э. Эндохирургия матки Текст.: дис. . докт. мед. наук: 14.00.01 / Саркисов Сергей Эдуардович. М., 1999.-215с.
87. Семенов Н.С. Возможности эхографии, ЦДК и доплерометрии в диагностике миомы матки и оценке восстановления репродуктивной системы при консервативной миомэктомии: Автореф. дис. канд. мед.наук. — М., 2000. – 21 с.
88. Сидорова И.С. Миома матки.-М.: МИА, 2005.
89. Сидорова И.С. Миома матки: современные проблемы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения. – Медицинское Информационное Агентство, 2003. – 256 с.
90. Сидорова И.С., Зайратьянц О.В., Леваков С.А. Роль факторов роста и экстрацеллюлярного матрикса в патогенезе простой и пролиферирующей миомы матки // Врач. – 2004. – № 1. – С. 32-34.
91. Сметник, В.П. Неоперативная гинекология Текст.: монография/ В.П. Сметник, Л.Т. Тумилович. М.: МИА, 2001.-с. 556- 574.
92. Текст.: / Т.Е. Самойлова, // Проблемы репродукции. -2003. -№4,, С.32-36.130

93. Текст.: автореф. дис. . канд. мед. наук: 14.00.01/ Гус Александр
94. Тихомиров А.Л. Патогенетическое обоснование ранней диагностики, лечения и профилактики миомы матки: Дис. д-ра мед.наук. М 1998; 12—14.
95. Тихомиров А.Л. Рациональное использование современных возможностей в
96. Тихомиров А.Л. Там же; 43—46.
97. Тихомиров А.Л., Олейник Ч.Г., Лубнин Д.М. Современный алгоритм комплексного консервативного лечения больных миомой матки // Гинекология. – 2002. – С. 7-9.
98. Тихомиров А.Л., Лубнин Д.М. Оптимизация лечения больных миомой матки // Вопр. Гин., акуш. и перинатол.-2005.-Т.4,№ 5-6.-С.105-112.
99. Тихомиров А.Л., Лубнин Д.М. Миома матки.- М.: МИА, 2006.
100. Тихомиров А.Л., Залеева Е.В. Роль левоноргестрел-рилизинг системы в комплексном лечении миомы матки // Актуальные вопросы клинической транспортной медицины.-2006.
101. Фаткуллин И.Ф., Баканова А.Р. Применение антипрогестинов для профилактики рецидивов после консервативной миомэктомии// Акуш. и гинек.-2011.-№1.-С.101-104.
102. Berek Jonathan S. Novak's Gynecology. NewYork 1996; 359—361.
103. Cunningham F.Gary. William's Obstetrics. NewYork 1997; 647—650.
104. Darai F., Dechaud H. Fertility after laparoscopic myomectomy: preliminary results. Hum Reprod 1997; 12: 1931—34.
105. Edelman R., Zlatkin M., Hesselink J.R. Clinical MRI, W.B. Saunders company 1996; 1449.
106. Gurates B., Parmaksiz C., Kilic G. et al. Treatement of symptomatic uterine leiomyoma with letrozole// Reprod. Biomed. Online.-2008.-Vol.17.№4.-P. 569-574.

107. Hurst B.S., Tucker K.E. Endoscopic ultrasound. A new instrument for laparoscopic surgery. J Reprod Med 1996; feb: 41(2): 67—70.
108. Letterie G.S. Ultrasound guidance during endoscopic procedure. Obstet Gynek Clin North Am 1999; Mar: 26(1): 63—82.
109. Li T.C., Mortimer R. Myomectomy: a retrospective study to examine reproductive performance before and after surgery. Hum Reprod 1999; 14: 7: July 1735—1740.
110. Murphy A.A., Castellano P.Z. RU486: pharmacology and potential use in the treatment of endometriosis and leiomyoma uteri // Curr. Opin. Obstet. Gynecol/-1994.- Vol.6, №3/- P/ 269-278.
111. Rau B., Hunerbein M., Schlag P.M. Laparoscopic sonography with an ultrasound endoscope. Chirurgia 1994; Apr: 65 (4): 400—2.
112. Seiner P., Gaglioti P., Volpi E. Ultrasound evaluation of uterine wound healing following laparoscopic myomectomy: preliminary results. Hum Reprod 1999; 14: 10: Oct. 2460—63.
113. Spitz I.M., Chwalisz K. Progesterone receptor modulators and progesterone antagonists in women health// Steroids.- 2000.-Vol.65, №10-11.- P.807-815.
114. Spitz I.M. Progesterone receptor modulators and progesterone antagonists: an overview // Steroids.- 2003.-Vol.68, №10-13.- P.981-993.
115. Stovall D.W., Parrish S.B. Uterine leiomyomas reduce the efficacy of assisted reproduction cycles. Hum Reprod 1997; 13: 192—197.
116. Tandan V.R., Asch M., Margolis M. Laparoscopic versus intraoperative ultrasound of the liver: A controlled study. J Gastrointest Surg 1997; Mar: 1(2): 146—151.