

**ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ ХУЗУРИДАГИ
ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ DSc.04/30.12.2019.Tib.30.03.
РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

ЯКУББЕКОВА СОХИБАХОН САДИК ҚИЗИ

**ТУХУМДОН КИСТАЛИ ТУЗИЛМАЛАРИНИ МОРФОЛОГИК
ТУЗИЛИШИНING ЎЗИГА ХОСЛИГИ**

14.00.15 – Патологик анатомия

**ТИББИЙ ФАНЛАР БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

ТОШКЕНТ -2021

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)

Якуббекова Сохибахон Садик қизи

Тухумдон кистали тузилмаларини морфологик тузилишининг
ўзига хослиги..... 3

Якуббекова Сохибахон Садик кизи

Особенности морфологической характеристики кистозных
образований яичников..... 21

Yakubbekova Sokhibakhon Sadik kizi

Peculiarities of morphological characteristics of cystic
formations of the ovaries..... 39

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ
List of published works..... 42

**ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ ХУЗУРИДАГИ
ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ DSc.04/30.12.2019.Tib.30.03.
РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

ЯКУББЕКОВА СОХИБАХОН САДИК ҚИЗИ

**ТУХУМДОН КИСТАЛИ ТУЗИЛМАЛАРИНИ МОРФОЛОГИК
ТУЗИЛИШИНING ЎЗИГА ХОСЛИГИ**

14.00.15 – Патологик анатомия

**ТИББИЙ ФАНЛАР БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

ТОШКЕНТ -2021

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2018.1.PhD/Tib490 рақам билан рўйхатга олинган.

Докторлик диссертацияси Андижон давлат тиббиёт институтида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгашнинг веб-саҳифасида (www.tma.uz) ва «ZiyoNet» ахборот-таълим порталида (www.ziynet.uz) жойлаштирилган.

Илмий раҳбар:

Исраилов Ражаббай

тиббиёт фанлари доктори, профессор

Расмий оппонентлар:

Донияр Анарбоевич Нишонов

тиббиёт фанлари доктори

Жўраева Гулбахор Бахшиллаевна

тиббиёт фанлари номзоди, доцент

Етакчи ташкилот:

Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Диссертация химояси Тошкент тиббиёт академияси ҳузуридаги DSc.04/30.12.2019.Tib.30.03 рақамли Илмий кенгашининг 2021 йил «___» _____ соат _____ даги мажлисида бўлиб ўтди. (Манзил: 100109, Тошкент шаҳри, Олмазор тумани, Форобий кўчаси 2-уй. Тел./факс: (+99878) 150-78-25, e-mail: tta2005@mail.ru).

Диссертация билан Тошкент тиббиёт академияси Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (___ рақами билан рўйхатга олинган). (Манзил: 100109, Тошкент шаҳри, Олмазор тумани, Форобий кўчаси 2-уй. Тел./факс: (+99878) 150-78-14).

Диссертация автореферати 2021 йил «___» _____ да тарқатилди.

(2021 йил «___» _____ даги _____ рақамли реестр баённомаси)

Г.И. Шайхова

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш раиси, тиббиёт фанлари доктори, профессор

Д.Ш. Алимухамедов

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш илмий котиби, тиббиёт фанлари доктори

А.Б. Саидов

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш қошидаги илмий семинар раиси, тиббиёт фанлари доктори

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Дунёда тухумдон кисталари тузилмалари кўплиги, патогенезининг мураккаблиги, эрта ташхис кўйишнинг қийинлиги, ўлим даражасининг юқорилиги билан белгиланади. Қатор олимлари маълумотлари бўйича «...80% аёллар анамнезининг репродуктив даврида ҳеч бўлмаса бир марта тухумдон кистаси аниқланади, бунда, фақат $\frac{1}{4}$ да клиник белгилар билан намоён бўлади...»¹. Аёлларнинг менопаузадан кейинги даврда тухумдон ўсмали тузилмалари 3%-дан 18%-гача учраб туради. Аёллар репродуктив тизими аъзолари патологиялари таркибда тухумдоннинг хавфсиз ва хавфли ўсмалар чегара ҳолатини ташкил қиладиган ўсмалар алоҳида ўрин эгаллайди. «...морфологик жиҳатдан ўзига хослиги эпителий хужайраларининг пролиферацияланиши, атрофи строма тўқимасига инвазияланмагани ҳисобланади, шунинг учун уларни саратон олди жараёнларига киритилиши қайт қилинган...»². Ушбу ўсмаларда хавфли жараённинг белгилари бўлгани билан клиник жиҳатдан нисбатан хавфсиз кечади. Тухумдон ўсмали тузилмаларининг сабаблари охиригача ўрганилмаган. Бир қанча назариялар мавжуд, улардан асосийлари гормонлар алмашинувининг бузилиши, тухумдон бошқарувининг бузилиши, гипофизнинг ЛГ ва ФСГ ишлаб чиқарилишининг издан чиқиши ва бош мия назоратининг бузилиши ҳисобланади. Доимий стресслар, парҳезнинг бузилиши, жинсий аъзолар инфекцияси албатта тухумдон ишига ҳам таъсир кўрсатади. Ҳозирги кунда ушбу касалликни даволашда юқори даражадаги ютуқларга эришилган бўлсада, тухумдон кисталари муаммолигича долзарб бўлиб қолмоқда.

Жаҳонда тухумдон кисталари тузилмалари патоморфологик ўзгаришларини оптималлаштириш борасида қатор илмий тадқиқотлар амалга оширилмоқда. Бу борада аёллар ёш гуруҳлари бўйича ўсмасимон кисталар ва чин кистали эпителий ўсмаларининг учраш даражасини, тухумдон ретенцион табиатли ўсмасимон кисталари, яъни, фолликуляр, сарик тана, текалютеинли, параовариал, эндометриоид кисталар гистогенезини, тухумдон чин ўсмали кисталари, яъни, цистаденома турли вариантларининг гистогенези, морфогенези ва морфологик хос тузилишини ҳамда тухумдон кисталарини патоморфологик кўрсаткичларни таҳлил қилиш тартибини ишлаб чиқиш алоҳида аҳамият касб этади.

Мамлакатимизда соғлиқни сақлаш тизимини сифат жиҳатдан, жумладан, тухумдондан турли касалликлари натижасида юзага келадиган ўсма касалликларини самарали ташхислаш асоратларини олдини олишга катта эътибор қаратилмоқда. 2017–2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналиши бўйича Ҳаракатлар стратегиясига мувофиқ аҳолига тиббий хизмат кўрсатиш даражасини янги босқичга кўтаришда «...ихтисослаштирилган тиббий хизмат кўрсатиш

¹ Адамьян Л. В., Колтунов И. Е. Особенности дифференциальной диагностики опухолей яичников у девочек: Детская хирургия. - М., 2018. - Том 22 №4. - С. 205-208

² Зенкина В. Г., Солодкова О. А. Молекулярно-генетические механизмы организации и развития яичника: обзор : научное издание // Бюллетень сибирской медицины. - Томск, 2018. - Том 17 N2. - С. 133-142

кулайлиги ҳамда сифатини ошириш, тез ва шошилишч тиббий ёрдам тизимини янада ислоҳ қилиш, ногиронликнинг олдини олиш...»³ каби вазифалар қўйилган. Шундан келиб чиққан ҳолда тухумдон кистали тузилмалари морфологик тузилишнинг самарали ташҳислаш ва бартараф этиш долзарб илмий йўналишлардан бири бўлиб ҳисобланади.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги ПФ–4947-сон «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида», 2018 йил 7 декабрдаги ПФ–5590-сон «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида»ги фармонлари, 2017 йил 20 июндаги ПҚ–3071-сон «Ўзбекистон Республикаси аҳолисига 2017–2021 йилларда ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги Қарори ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга мазкур диссертация тадқиқоти муайян даражада ҳизмат қилади.

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

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Халқаро илмий тадқиқотлар шарҳи шуни кўрсатдики, аёлларда учрайдиган тухумдон кисталари тузилмаларини бутун жаҳонда касалланиш ва ўлимнинг асосий сабабчиси бўлиб, соғлиқни сақлаш учун ортиқча молиявий муаммо туғдирмоқда. Хорижлик олимлар томонидан олиб борилган замонавий тадқиқотларда тухумдонда бўладиган ўзгаришларни ўрганишга бағишланган илмий ишларда асосан оч ҳужайрали киста ва ўсмаларнинг мезонефрал гистогенезини инкор этиб, унинг эндематриоз билан боғлиқлик томони кўп деб тасдиқлашган (Scully R.E., Barlow J.F et. al., 2016). Клиник-морфологик тадқиқотлар натижаси кўрсатишича оч ҳужайрали ўсма кўпинча эндометриоз ўчоқларидан бошланади ва кўпинча эндометриоз билан бирга ривожланади (Kurman K.J., Craig J.M., Czernoblsky V. ҳаммуаллиф). Эндометриод касаллигининг клиник ва морфологик хусусиятлари: аденомиёз, тухумдон эндометриози, экстагенитал эндометриоз ўзгаришларни кўриб чиқилган (Аничков. Н.М. ҳаммуаллиф, 2007).

Мамлакатимизда яхши сифатли тухумдон ўсмаларининг гистологик хусусиятлари, патоморфологик ўзгаришларни баҳолашда қатор муаллифлар иш олиб боришган (Р.И. Исраилов 2018; М.С.Абдуллаходжаева 2015; Х.З.Турсунов, Б.А.Магруппов, 2016; Абдуллаева Л.М.,2009) бироқ, тухумдон кисталарининг учраш даражаси, ёшга ва репродуктив анамнезга боғлиқлиги, хавфли омиллари, гистогенези, морфогенези ва кистанинг пайдо бўлишидаги морфологик ўзгаришлари тўлиқ ўрганилмаган.

Касалликни олдини олишга қаратилган усулларни баҳолашга доир қўлланмалар мавжуд эмас, бундан ташқари ўз ечимини кутаётган аёлларда

³Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги ПФ–4947 сон «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида»ги Фармони.

тухумдон кистали тузилмалари шошилишч ёрдамни ташкил этиш масалалари бугунги кунда тиббиётда муҳим ҳал қилиниши лозим бўлган муаммолардан бири ҳисобланади. Шу сабабдан ушбу илмий тадқиқотларни амалга ошириш зарурлигини тақозо этади.

Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Андижон давлат тиббиёт институтининг илмий тадқиқот ишлари режасига мувофиқ №005.01.1500216 «Инсон ва тажриба хайвонлар организми ҳаёт фаолияти кўрсаткичларининг ҳар хил патологик омиллар таъсиридаги функционал, метаболик ва структур ўзгаришларнинг ўзига хослиги ва уларни коррекциялаш йўллари ҳамда эксперт баҳолашнинг янги имкониятлари» (2018–2022 йй.) мавзуси доирасида бажарилган.

Тадқиқотнинг мақсади тухумдон кистали тузилмаларининг аёллар ёш динамикаси бўйича учраш даражаси, гистогенези, морфогенези ва морфологик ўзига хос тузилишларини баҳолашни такомиллаштиришдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

аёллар ёш гуруҳлари бўйича ўсмасимон кисталар ва чин кистали эпителий ўсмаларининг учраш даражасини баҳолаш;

тухумдон ретенцион табиатли ўсмасимон кисталари: фолликуляр, сариқ тана, текалютеинли, параовариал, эндометриоид кисталар гистогенези, морфогенези ва морфологик хос тузилишини баҳолаш;

тухумдон чин ўсмали кисталари, яъни, цистаденома турли вариантларининг гистогенези, морфогенези ва морфологик хос тузилишини баҳолаш;

тухумдон кисталарини патоморфологик ўзгаришларини баҳолаш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида 2011-2021 йилларда Республика патологик анатомик марказининг биопсия ташҳислаш бўлимида текширувдан ўтган аёллар тухумдонининг 1182 та тухумдон ўсмаси ва 310 та чин кистали ўсмалар олинган.

Тадқиқотнинг предмети сифатида тухумдоннинг ўсмасимон кисталари ва чин кистали ўсмаларининг аёллар ёш гуруҳлари бўйича учраш даражаси, гистогенези, морфогенези ва патоморфологик ўзгаришларини баҳолаш материаллари олинган.

Тадқиқотнинг усуллари. Тадқиқотда ҳал этиш ва мақсадга эришиш учун ишда морфологик, гистологик, гистокимёвий ва статистик тадқиқот усулларидан фойдаланилган.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

тухумдон фолликуляр киста пайдо бўлиш морфогенези, унинг атрофидаги тека тўқиманинг фиброзланиши, гранулез хужайралар гидротацияси, базал мембранасининг гиалинозланиши, оқ парданинг фиброматозланишига боғлиқлиги асосланган;

сариқ тана таркибида лимфа ва қон айланиши бузилиши, васкуляризация ривожланиши ва қон қуйилиш ўчоқларининг пайдо бўлиши, сариқ танадан киста пайдо бўлиш морфогенези исботланган;

тухумдоннинг фолликуляр эпителийси, ички ва ташқи тека тўқима хужайраларининг кучли лютеинланиши, аномал ҳолда пролиферацияланиши текалютеин киста пайдо бўлишининг морфогенези сифатида исботланган;

параовариал кистанинг пайдо бўлиш механизмида тухумдон ва бачадон найи атрофида эмбрионал тўқима қолдиғи борлиги ва унинг суюқликга бойлиги, ретенцияланиши оқибатидан сероз бўшлиқ пайдо бўлиши исботланган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

тухумдоннинг ретенцион ўсмасимон кисталаридан фолликуляр киста ўсмир ва фертил ёшлиларда юқори даражада учраши, 50-60 ёшлиларда жуда кам, бор-йўғи 3,6% учраши, бунга аксинча, эндометриоид киста ёш аёлларда кам, ёш ўтган сари учраш даражаси ортиб бориши бу хасталикларни даволаш ва профилактика муолажаларини ўтказишда асосий фундаментал маълумотлар ҳисобланган;

аёлларда тухумдон кистали эпителий ўсмалари учраш даражаси ҳақидаги маълумотлар, яъни серозли цистаденома ўсмир ва фертил ёшлиларда нисбатан кам учраши, 50-60 ёшга бориб 3 баробар кўпайиши, аксинча муцинозли цистаденома ёшларда кўпроқ, ёши ўтганларда деярлик 2 баробар кам учрашлиги уларнинг клиник диагностикасига асос бўлиб хизмат қилади;

тухумдонда учрайдиган ўсмасимон кисталар ва чин ўсмали кисталар гистогенези, морфогенези ва аниқланган патоморфологик ўзгаришларини ретроспектив ва проспектив баҳолаш усули ишлаб чиқилган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги ишда қўлланилган назарий ёндашув ва усуллар, олиб борилган тадқиқотларнинг услубий жиҳатдан тўғрилиги, етарли даражада материал танланганлиги, қўлланилган усулларнинг замонавийлиги, уларнинг бири иккинчисини тўлдирадиган морфологик, гистологик, гистокимёвий ва статистик тадқиқот усуллари асосида тухумдон кистали тузилмалари морфологик тузилишининг ўзига хослиги халқаро ҳамда маҳаллий тажрибалар билан таққослангани, хулоса, олинган натижаларнинг ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқлаганлиги билан асосланади.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти тухумдонда учрайдиган ўсмасимон кисталар ва чин ўсмали кисталарни клиник-морфологик баҳолашда ва бу касалликларни патогенетик даволаш усуллари ишлаб чиқишда асос бўлиб хизмат қилиши мумкин. Тухумдон фолликуляр киста пайдо бўлиш морфогенезида, унинг атрофидаги тека тўқиманинг фиброзланиши, гранулез хужайралар гидротацияси, базал мембранасининг гиалинозланиши, оқ парданинг фиброматозланиши каби патологик ўзгаришлар ҳақидаги маълумотлар, тухумдон кистали тузилмаларини клиник-морфологик баҳолашда ва бу касалликнинг гинеколог ва хирурглар томонидан патогенетик давосини режалаштиришда фойдаланиши мумкинлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти биопсия материалидан фойдаланиб тухумдонда учрайдиган ўсмасимон кисталар ва чин ўсмали кисталарни морфологик ва морфометрик ўзгаришлар асосида тухумдон кистали ўсмаларининг ретроспектив ва проспектив баҳолаш усули ишлаб чиқилганлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Тухумдон кистали тузилмалари морфологик тузилишининг ўзига хослигини оптималлаштириш бўйича олинган илмий натижалар асосида:

тухумдонда учрайдиган ўсмасимон кисталарнинг патологик ўзгаришларни баҳолаш бўйича олинган илмий тадқиқотнинг натижалари асосида ишлаб чиқилган «Тухумдон кистали тузилмалари морфологик тузилишини ўрганиш усули» номли услубий тавсиянома ишлаб чиқилган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 6 майдаги 8н-д/158 сони маълумотномаси). Натижада тухумдон кистали тузилмалари морфологик тузилишининг ва морфометрик ўзгаришларини ташҳислаш, касалликни олдини олиш ва беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилаш имконини берган;

тухумдон кистали тузилмаларининг ўзига хос хусусиятларини морфологик ташҳислаш ва даволаш тартибини такомиллаштириш асосида олинган илмий натижалар соғлиқни сақлаш амалиётига, жумладан, Республика патологик анатомия марказининг Андижон, Фарғона ва Наманган вилоятлари патологик анатомия бюрolarига тадбиқ қилинган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 3 ноябрдаги 08-09/16348-сон маълумотномаси). Олинган натижаларнинг амалиётга жорий қилиниш натижасида тухумдон кистали эпителий ўсмалар ривожланишидаги хавф омилларини эрта ташҳислаш, касалликнинг кечиши ва асоратлар хавфини ўз вақтида баҳолаш, касалликни даволашда уни олдини олишга самарали ёндашув ва беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилаш имконини берган.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари 4 та илмий анжуманда муҳокама қилинган, жумладан, 2 та халқаро ва 2 та республика илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 11 та илмий иш чоп этилган бўлиб, шулардан, Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертацияларни асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 7 та мақола, жумладан, 4 таси республика ва 3 таси хорижий журналларда нашр этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация таркиби кириш, бешта боб, хулоса, фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертациянинг ҳажми 113 бетни ташкил этган.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисми ўтказилган тадқиқотларнинг долзарблиги ва заруратини асослашга, текшириш мақсади ва вазифалари, объект ва предметларини тавсифлашга бағишланган, тадқиқотнинг республика фан ва технологияларининг устувор йўналишларига мувофиқлиги кўрсатилган. Тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий натижалари баён қилинган, олинган натижаларнинг илмий ва амалий аҳамияти очиб берилган, тадқиқот натижаларини амалиётга жорий қилиш, нашр этилган ишлар ва диссертация тузилиши бўйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг «Тухумдоннинг эмбриогенези, такомил топиши, дифференцировкаси, ўсмасимон ва ўсмали кисталари ҳақида замонавий маълумотлар» деб номланган биринчи бобида мавзуга тегишли хорижий ва маҳаллий илмий манбалар таҳлили келтирилган. Тухумдон ўсмасимон ва ўсмали кисталари морфологик тузилишининг ўзига хос хусусиятлари муаммоси

бўйича маҳаллий ва хорижий муаллифлар илмий иш нашрларининг таҳлилий натижалари келтирилган. Ушбу патологиянинг ривожланиши, патогенези, морфогенетик механизмлари таҳлил қилиниб, илмий ва амалий аҳамияти баён этилган. Мазкур муаммо бўйича охириги йилларда чоп этилган илмий мақолалар асосида тухумдон ўсмасимон ва ўсмали кисталарида ривожланадиган морфологик ўзгаришлар ёритилган. Кенг қўлламдаги илмий тадқиқотлар мавжудлигига қарамай, тухумдон ўсмасимон ва ўсмали кисталарида морфологик ўзгаришлари ҳақидаги маълумотларнинг ҳозирги кундаги ҳолати, мазкур муаммони ҳал этиш бўйича илмий ишланишларни давом эттириш заруратини кўрсатиб беради.

Диссертациянинг «Тадқиқот ишларини илмий асослаш мақсадида тухумдон кистали тузилмаларининг морфогенези ва морфологик белгиларини баҳолаш материал ва усуллари» деб номланган иккинчи бобда текширишнинг материал ва усуллари баёнига бағишланган. Таҷриба материалларнинг умумий таърифи берилган бўлиб, тадқиқотларда фойдаланилган усуллар баён этилган. Тадқиқот объекти сифатида 2011-2021 йилларда Республика патологик анатомия марказининг биопсия ташхислаш бўлимида текширувдан ўтган, аёллар тухумдонининг 1182 та тухумдон ўсмаси ва 310 та чин кистали ўсмалар олинган.

Ҳар бир ҳолатда амбулатор харитаси, касаллик тарихи ва аутопсия баённомаси ҳар томонлама ўрганилди. Касаллик тарихидан паспортга таалуқли маълумотлар, яъни яшаш жойи, отасининг ва онасининг исми шарифи, ёши, касби, боланинг нечанчи ҳомиладорликдан туғилгани, туғилган вақтидаги барча маълумотлар кўчириб олинди. Амбулатор харитасидан касалхонага тушишдан олдин қандай касалликлар билан оғриганлиги, даво олганганлиги каби маълумотлар олинди.

Охириги 10 йил давомида 2011-2021 йиллар Республика патологик анатомия маркази (РПАМ) биопсия ташхислаш бўлимида текширувдан ўтган гинекологик биопсия, яъни тухумдон кисталари ретроспектив усулда таҳлил қилинди. Бунда, биопсия йўлланмасидаги клиник-анамнестик ва патологоанатомик маълумотлар ўрганилди. тадқиқотимизга ажратиб олдик. 10 йил давомида Республика патологик анатомия марказидан текширувдан ўтган жами 1492 та тухумдон кистаси бўйича жарроҳлик операциясида олиб ташланган материал ҳар томонлама таҳлил қилинди. 1492 та ҳолат барчасининг йўлланма варағи, парафинли ғишталари ва гистологик препаратлари йиғиб олиниб ўрганилди. Аксариятининг парафинли ғишчаларидан қайтадан гистологик препаратлар тайёрланиб, гематоксилин-эозин бўёғида бўялди ва микроскоп остида ўрганилди. Улардан 1182 тасида (79,2%) ўсмасимон кисталар ва 310 тасида (20,8%) ўсмали кисталар мавжудлиги аниқланди. Уларнинг ҳар бир гуруҳини аёллар ёши бўйича тақсимлаб ўрганилди.

Бу ҳолатларни барчасида клиник-анамнестик таҳлил ўтказилди, жарроҳликда олинган тухумдон кисталари тўқима бўлакчалари формалиннинг 10% нейтралланган эритмасида 48 соат давомида қотирилди.

Бўлакчалар оқар сувда 4 соат ушланганидан кейин, концентрацияси ошиб борадиган спиртли идишларда сувсизлантирилди. Хлороформдан

ўтказилгандан кейин парафин қуйилиб, парафин ғиштчалар тайёрланди. Парафинли ғиштчалардан 5-8 мкмли гистологик кесмалар тайёрланиб, улардан парафини кетказилиб, гематоксилин эозин бўёғида бўялди. Шу парафинли блоклардан тайёрланган гистологик кесмаларда иммуногистохимёвий текширувлар ўтказилди.

Иммуногистохимёвий усуллар ўтказилиш тартиби.

Ушбу тадқиқот: Лабораторияда олиб борилган тадқиқотлар: Premium Diagnostics Маъсулияти чекланган жамият. Манзил: Тошкент Учтепа тумани, 618а Уйғур кўчаси. № Гувоҳнома № 004973-01 08.02.2012 йил Учтепа туман ҳокимияти. Лицензия № 02388 26.09.2019 йил Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги. Моноклонал антителаларни ишлаб чиқарувчи фирма DAKO Denmark. Дания Республикаси.

Тухумдон ўсма олди жараёнларини топиш мақсадида ҳар томонлама ўрганиш натижасига асосланиб тухумдон кисталарининг 2 хил тури танлаб олинди. Яни папилляр сероз кисталари ва муциноз сероз кисталари билан касалланган 20 та беморларни ҳар бирида тухумдон деворидан тайёрланган гистологик препаратларни ўрганиб, эстроген ва прогестерон рецепторларни ўзаро боғлиқлиги, ушбу киста турларида организмда бўладиган гормонал ўзгаришлар натижасида ривожланиш жараёнлари ўрганилди.

Диссертациянинг «**Аёллар ёш гуруҳлари бўйича тухумдонда учрайдиган ўсмасимон кисталар ва кистали эпителиал ўсмаларнинг учраш даражаси ва бир-бирига нисбатан таққосий маълумотлари**» деб номланган учинчи бобида тухумдон кистали тузилмаларининг аёллар ёш динамикаси бўйича учраш даражаси ўрганилди.

Бизнинг текширувларимиз шуни кўрсатдики, тухумдонда ўсмасимон кисталар билан бир қаторда кистали эпителий ўсмалари ҳам учрашлиги аниқланди. Кистали эпителий ўсмалардан адабиёт маълумотларида кўрсатилганидек, бизнинг материалимизда ҳам асосан серозли ва муцинозли цистоаденома кўп учраганлиги қайд қилинди.

1 ва 2 жадвалда келтирилган кўрсаткичларни таҳлил қиладиган бўлсак куйидаги маълумотлар аён бўлади. Фолликуляр кистанинг учраш даражаси аёллар ёши катталашган сари кескин камайиб боради. Биринчи ёш гуруҳда барча ўсмасимон кисталарнинг 60 фоизини ташкил қилган бўлса 30-39 ёшлилар гуруҳига келиб икки баробар камайгани, 50-59 ёшлилар гуруҳида эса 6 баробар ва 60 ёшдан ошганлар гуруҳида бор-йўғи 3,6% учрашлиги кузатилади. Демак, ёш аёллар тухумдонида аксарият ҳолларда фолликуляр кисталар учраса, аёлларнинг ёши ўтган сари тухумдонида фолликуляр киста миқдори камайиб, ўрнига бошқа турдаги кисталар учраш даражаси ортиб боради. Сариқ тана кистаси учраш даражасини аёллар ёш гуруҳлари бўйича таққосланганда, шу ҳолат аниқланадики, барча ёш гуруҳларида бу кистанинг учраш даражаси бир-бирига яқин кўрсаткичга эгаллиги кузатилади. Фақат, 15-19 ва 20-29 ҳамда 30-39 ёшли гуруҳларда бироз кўтарилгани кузатилади. Текалютеинли киста ўсмир қизларда учрамади, 15-19 ёш балоғатга етган қизлар гуруҳида бор-йўғи 6,0% ҳолатда учради. 30-39 ёшли гуруҳга келиб ҳамда 60 ёшдан ошганлар гуруҳида 2 баробар ошганлиги кузатилди (1-жадвалга қаранг).

1-жадвал

Аёллар ёш гуруҳлари бўйича ўсмасимон кисталар учраш даражасининг таққосий кўрсаткичлари, %

№	Ёш гуруҳлари	Сони	Тухумдон кисталарнинг номи ва фоизи		
			Номи	Сони	Фоизи
1	9 – 14	35	Фолликуляр киста	21	60,0%
			Сариқ тана киста	6	17,2%
			Параовариал киста	8	22,8%
			Эндометриоид киста	-	
			Дермоид киста	-	
2	15 – 19	66	Фолликуляр киста	28	42,4%
			Сариқ тана киста	14	21,2%
			Текалютеин киста	4	6,0%
			Параовариал киста	9	13,6%
			Эндометриоид киста	6	9,1%
			Дермоид киста	5	7,6%
3	20 – 29	322	Фолликуляр киста	154	47,8
			Сариқ тана киста	73	22,6
			Текалютеин киста	29	9,0%
			Параовариал киста	29	9,1%
			Эндометриоид киста	16	5,1%
			Дермоид киста	21	6,5%
4	30 – 39	328	Фолликуляр киста	107	32,6%
			Сариқ тана киста	79	24,1%
			Текалютеин киста	41	12,5%
			Параовариал киста	26	7,9%
			Эндометриоид киста	56	17,2%
			Дермоид киста	19	5,7%
5	40 – 49	310	Фолликуляр киста	54	17,4%
			Сариқ тана киста	45	14,5%
			Текалютеин киста	43	13,9%
			Параовариал киста	37	11,9%
			Эндометриоид киста	98	31,6%
			Дермоид киста	33	10,6%
6	50 - 59	65	Фолликуляр киста	9	13,8%
			Сариқ тана киста	8	12,3%
			Текалютеин киста	6	9,2%
			Параовариал киста	17	26,1%
			Эндометриоид киста	21	32,3%
			Дермоид киста	4	6,1%
7	> 60	56	Фолликуляр киста	2	3,6%
			Сариқ тана киста	9	16,0%
			Текалютеин киста	7	12,5%
			Параовариал киста	10	17,8%
			Эндометриоид киста	22	39,3%
			Дермоид киста	6	10,7%
Жами		1182	Фолликуляр киста	375	31,7%
			Сариқ тана киста	234	19,8%
			Текалютеин киста	130	11,0%
			Параовариал киста	136	11,6%
			Эндометриоид киста	219	18,5%
			Дермоид киста	88	7,4%
			1182	100%	

Параовариал кистанинг учраш даражаси ўсмир ёшдаги қизларда кўп учрашлиги, яъни 22,8%да, кейин 15-19 ёшлилар гуруҳида 2 баробар, 20-29 ёш гуруҳида 3,5 баробар, 30-39 ёш гуруҳида 4 баробар кам учраганлиги аниқланди. Шунини алоҳида таъкидлаш керакки, 50-59 ёшлилар гуруҳига келиб учраш даражаси кескин кўтарилганлиги, яъни 26,1%ни ташкил қилганлиги кузатилди.

Эндометриоид киста пайдо бўлиши ва учраш даражаси алоҳида кўринишга эга бўлганлиги тасдиқланди. Ёш қизлар ва фертил ёшдаги аёлларда кейинги ёш гуруҳларига нисбатан жуда кам учраганлиги, яъни 20-29 ёш гуруҳида бор-йўғи 5,1 фоизда учраганлиги кузатилди. Аёлларнинг 40 ёшдан ошганларида, яъни 40-49, 50-59 ва 60дан юқори ёшли аёллар гуруҳларида эндометриоид кистанинг учраш даражаси анча юқори, 39,3% гача кўтарилгани аниқланди.

Дермоид киста пайдо бўлиш механизми ўзига хос жараёнларга эга бўлганлигидан 2-гуруҳдан бошлаб, қолган барча гуруҳларда деярлик бир хил даражада учраганлиги кузатилди.

Бу хавфсиз ўсмаларни ҳам аёллар ёши бўйича ўрганиш шунини кўрсатдики, масалан серозли цистаденома ёш қизчаларда бошқа цистаденомага нисбатан анча кам учраганлиги, яъни 9-14 ёшли гуруҳда 16,3%, кейинги 15-19 ёш гуруҳида 22,8% учраганлиги, кейинги ёш гуруҳларда, яъни 30-39 ёшли гуруҳдан бошлаб учраш даражаси кескин кўтарилгани кузатилди ва 60 ёшдан ошганлар гуруҳида 46,3%га етганлиги аниқланди. Бу хавфсиз ўсманинг гистологик варианты бўлган папилляр цистаденома ва серозли аденофиброма ўсмалари аёлларнинг ўсмирлик ва эрта фертил ёш гуруҳларида кўпроқ учраганлиги, ёши ўтган аёллар гуруҳида нисбатан кам, яъни 15,6% гача камайганлиги аниқланди (2-жадвалга қаранг).

2-жадвал

Аёллар ёш гуруҳлари бўйича кистали эпителий ўсмалар учраш даражасининг таққосий кўрсаткичлари, %

№	Тухумдон кисталарнинг номи	Ёш гуруҳлари						
		9-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	> 60
1	Сероз цистаденома	16,3%	22,8%	36,2%	42,6%	41,5%	43,8%	46,3%
2	Папилляр цистаденома	28,4%	23,5%	19,6%	20,2%	14,5%	21,4%	15,6%
3	Сероз аденофиброма	27,4%	31,1%	19,1%	20,0%	22,4%	14,4%	16,4%
4	Муциноз цистаденома	27,9%	22,4%	25,1%	17,2%	21,6%	19,2%	18,2%
5	Бреннер ўсмаси	-	-	-	-	-	1,2%	3,5%

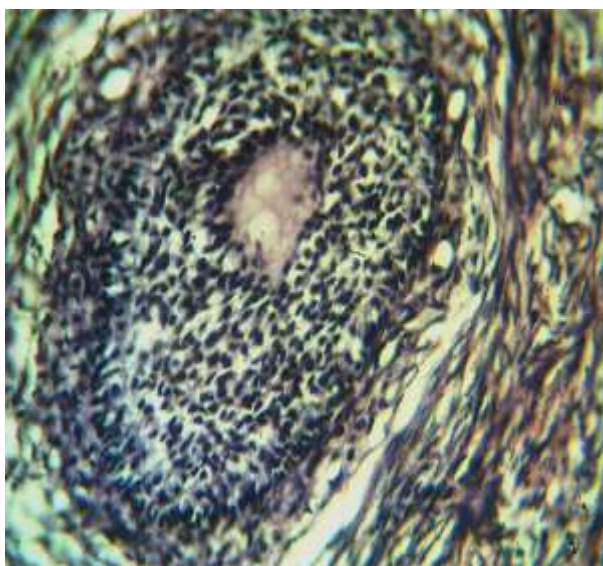
Муциноз цистаденоманинг учраш даражаси ўзига хос динамикага эга бўлганлиги кузатилди. Ёш қизчалар ва ўсмир ёшдагиларда нисбатан кўпроқ, яъни 27,9% даражада учраганлиги, ёши ўтган аёлларда, яъни 50-59 ёшли ва ундан катта аёлларда нисбатан кам даражада 18,2% кўрсаткичда учраганлиги кузатилди. Катта ёшли аёлларда хатто Бреннер ўсмаси ҳам учраганлиги аниқланди.

Диссертациянинг «Тухумдон ретенцион ўсмасимон кисталари гистогенези, морфогенези ва морфологик хос белгилари ҳақида маълумотлар» деб номланган тўртинчи бобида аёлларнинг ёши ва фон касалликларига қараб тухумдон ретенцион ўсмасимон кисталарининг шаклланишидаги морфогенез ва морфологик ўзгаришлар ўрганилди.

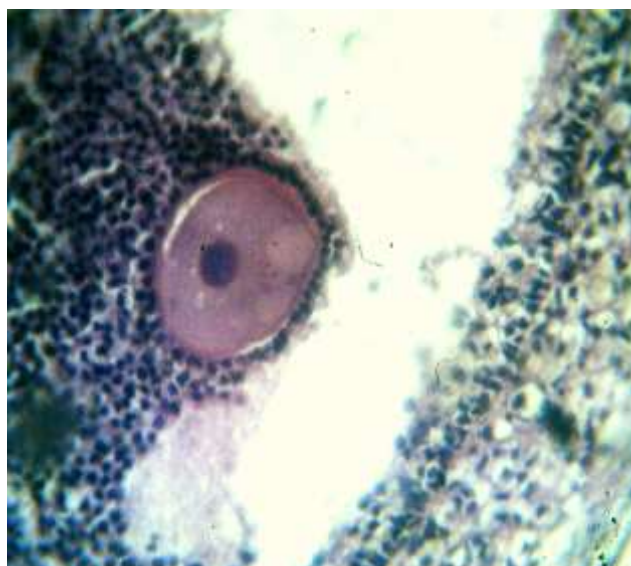
Кистоз касаллиги бор тухумдонларни микроскопик текшириш натижалари шуни кўрсатдики, фолликуляр кисталарнинг барча турдаги кисталар орасида кўп учраши аниқланди. Маълумотларимиз фолликуляр кисталар ҳам етук фолликуллардан, ҳам етилмаган иккиламчи фолликуллардан ҳосил бўлиши мумкинлигини кўрсатди. Иккиламчи фолликулалардан кисталар ҳосил бўлиши фолликула етилишининг турли босқичларида атрезия ва фолликуланинг кечиккан дифференциацияси туфайли содир бўлади. Бунда, бўшлиғида оқсилли суюқлик тўпланиши билан ниҳоясига етувчи дистрофик ва деструктив ўзгаришлар ҳисобига фолликуляр эпителий қаватининг юпқалашиши кузатилди. Бу ўзгаришлар ўраб турувчи тека тўқимасининг деструктив ва яллиғланиши ўзгаришлари билан кечди. Юқорида айтиб ўтилганларга асосланган ҳолда, дастлаб ўраб турувчи фолликула тека тўқимасининг дисорганизацияси кузатилишини хулоса қилиш мумкин. Кейинчалик фолликуляр эпителийнинг дистрофик ва деструктив ўзгаришлари ривожланиши билан бўшлиғи кенгаяди ва киста шаклланди.

Бошқа ҳолларда, иккиламчи фолликулларда фолликула бўшлиғини бутунлай тўлдириб турувчи майда гиперхром урчуксимон хужайрали пластлар кўринишида фолликуляр эпителий гиперплазияси кузатилди (1-расмга қаранг).

Учинчи ҳолатда фолликулада базал хужайралар йўқолишидан олдин фолликуляр эпителийнинг атрофияси кузатилди. Тухум хужайра жойлашган қарама-қарши томонда фолликуляр эпителий сақланиб тухум хужайрани зич ўраб туради, лекин тухум хужайранинг бутунлигини ва яшовчанлигини сақламайди. Кейинчалик цитоплазманинг вакуоляцияси, ҳамда кариолизис ва кариопикноз кўринишида ядронинг деструктив ўзгаришлари кузатилди. Бундай фолликулларнинг бўшлиғи кескин кенгайишидан кистоз бўшлиқ шаклланди (2-расмга қаранг).



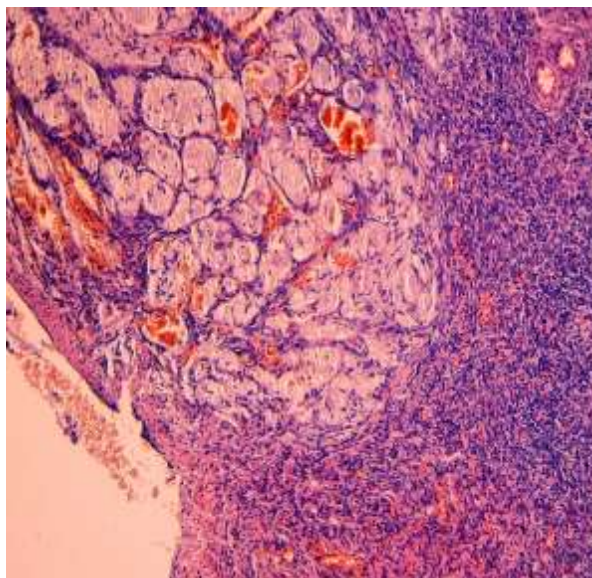
1-расм. Фолликуляр эпителий гиперплазияси, тека тўқимасининг киста ҳосил қилиши ва фиброзланиши билан тухум хужайранинг нобуд бўлиши. Бўёк: гематоксилин ва эозин. Кат: ок10,об.20.



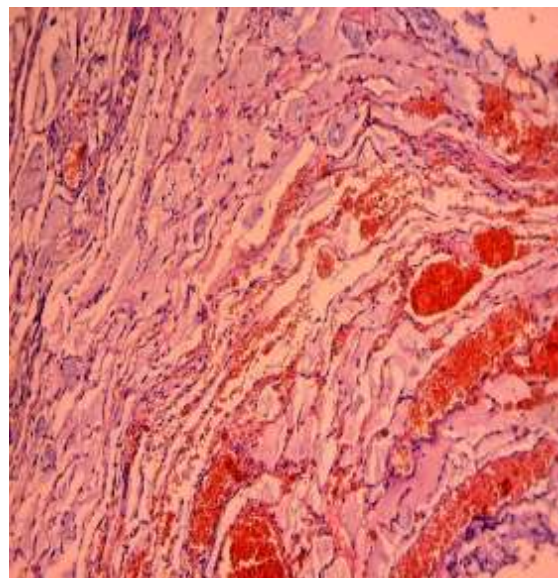
2-расм. Тухум хужайранинг кўчиб тушиши, фолликуляр эпителийнинг десквамацияси ва некрози киста ҳосил бўлиши билан. Бўёк: гематоксилин ва эозин. Кат: ок10,об.40.

Сариқ тана хужайралари лютеинланиш даврларининг пролиферация, васкуляризация, гуллаш ва орқага қайтиш даврларидан иборат бўлади. Проллиферацияланиш даври тухум хужайранинг ажралиб чиқишидан, фолликуланинг лютеинли хужайраларга айланишидан бошланади ва фолликула эпителийсидан ҳамда ички тека тўқима эпителийсидан лютеинли хужайралар пролиферацияланиб кўпайиб бошлайди ва кенг жойни эгаллайди. Бу даврда сариқ тана таркибида оралиқ тўқима ва қон томирлар деярлик бўлмайди (3-расмга қаранг).

Сариқ танага қуйилган қон майдони кенгайиб, қонли кўлларни пайдо қилади, унинг атрофидаги донатор хужайралар деструкцияга учраб, нобуд бўлиш бошланади. Қонли кўллар айрим жойларида зич ҳолда қон томирлар ичида ва оралиқ тўқимада жойлашган, бошқа соҳаларида эса сийрак, яъни эритроцитлар хужайралар оралиғи бўшлиғи ва некробиозга учраган хужайралар таркибида сийрак ҳолда инфильтрацияланган (4-расмга қаранг).



3-расм. Сариқ тана таркибида қон томирларнинг кенгайиши, ёрилиб қон қуйилиши. Бўёқ: Г-Э. Кат: 10x10.



4-расм. Сариқ танага диффуз ҳолда қон қуйилган, яъни донатор хужайралар ўрнини қон қуйилишлар эгаллаган

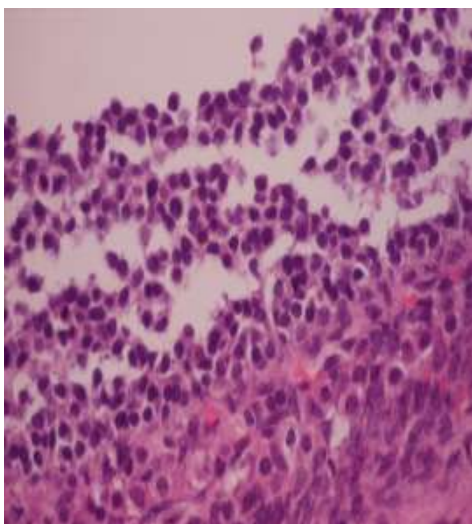
Сариқ тана таркибидаги қуйилган қон кейинчалик парчланади, эритроцит парчалари хужайраларга ва оралиқ тўқимага имбибицияланади, айрим жойларида гемоглабиноген пигментларга айланади.

Тухумдон текалютеин киста гистогенези, морфогенези ва морфологик белгилари. Одатда тека тўқимадан, яъни тухумдон строма хужайраларидан ривожланган киста хужайралари гормонал фаол ҳисобланиб, агар донатор хужайралардан пайдо бўлган бўлса феминизацияга, агар Сертоли-Лейдиг типдаги хужайралардан пайдо бўлган бўлса маскулинизацияга олиб келади. Бундай ҳолатларни “тухумдоннинг жинсий тутамларидан ўсган таснифланмаган кисталар” деб номланади.

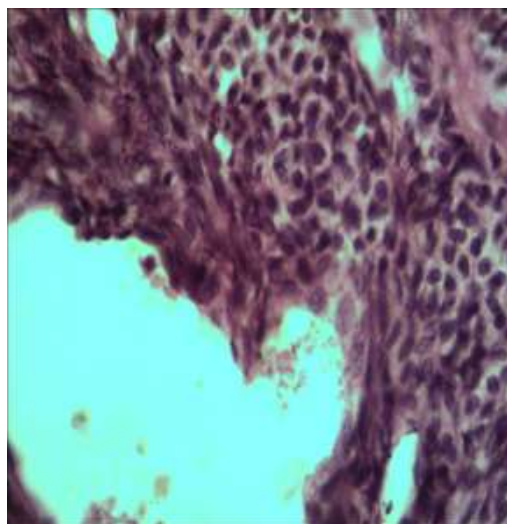
Тухумдон фолликулалари атрофидаги ички ва ташқи тека тўқималар лютеинланишга учраса, авваламбор улар титилиб, сийраклашади. Тека хужайраларнинг майда ва думалоқ ядролари бетартиб жойлашиб, орасида вакуоллашган бўшлиқлар пайдо бўлади. Ташқи тека қатламда эса

хужайралар зич жойлашганидан уларнинг ядролари гипертрофияланиб, гиперхромазияланиб, катталашади, цитоплазмаси вакуоллашиб, оқаради (5-расмга қаранг).

Кейинчалик ички тека қатлам хужайралари нобуд бўлади ва ўрнида бўшлиқ пайдо бўлиб кистага айланади. Тека тўқимасининг ташқи қаватидаги хужайралар зичлигича сақланиб қолади, фақат уларнинг цитоплазмаси вакуоллашиб оқаради. Хужайралар орасида ва ташқи томондан ўраб олган тўқимада ҳам ҳар хил катталиқдаги бўшлиқлар пайдо бўлганлиги аниқланади (6-расмга қаранг) .



5-расм. Тека тўқима, ички қавати титилган, ташқи қаватида хужайралар вакуолизацияга учраган. Бўёқ: Г-Э. Кат: 10x40.



6-расм. Текалутеинли киста пайдо бўлиши, ички теканинг некрозланиб, бўшлиқга айланиши, ташқи тека хужайраларининг вакуолизацияси. Бўёқ: Г-Э. Кат: 10x40.

Демак, тека тўқима хужайраларининг гипофиз гормонлари таъсирида лутеинланиши оқибатида, бу хужайралар цитоплазмасига липид моддалар тўпланади, натижада моддалар алмашинуви бузилади, хужайранинг структур бирликлари дистрофияга ва деструкцияга учрайди. Соғ сақланиб қолган тека хужайралари ўзидан суюқлик ишлаб чиқаради, дистрофия оқибатида қон томирлар девори юпқалашиб, ўтказувчанлиги ошади ва плазма суюқлиги ҳам тўқимага чиқа бошлайди. Лекин фолликула ва тека тўқимасида суюқликнинг чиқиб кетиш йўли бўлмаганидан ретенцияланиб, суюқлик тўпланиб киста пайдо бўлади.

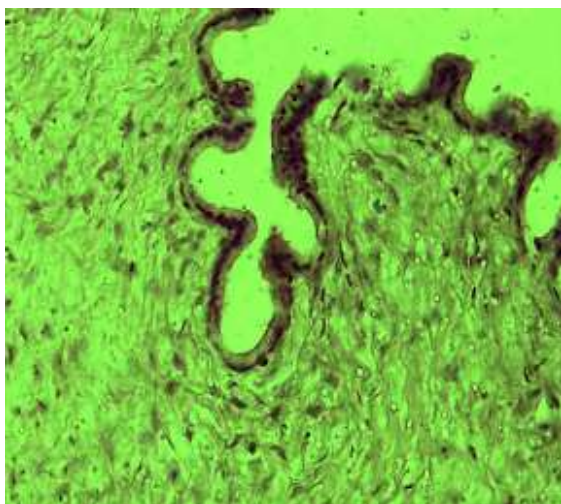
Тухумдон эндометриоид кисталар гистогенези, морфогенези ва морфологик белгилари.

Морфологик текширувлар кўрсатишича, эндометриоид кистанинг пайдо бўлиш механизми икки хил жараёнга боғлиқ; биринчиси менструация пайтида эндометрий хужайралари бачадон найи орқали қорин бўшлиғига миграцияланишидан тухумдон юзасига эндометриал безлар ёпишиб, атрофида яллиғланиш ва бириктирувчи тўқима ўсиб, эндометриоид киста пайдо бўлади; иккинчи механизм асосида дисгормонал ҳолат, яъни прогестерон камайиб, эстраген ва пролактин ошиши, қолқонсимон без ва

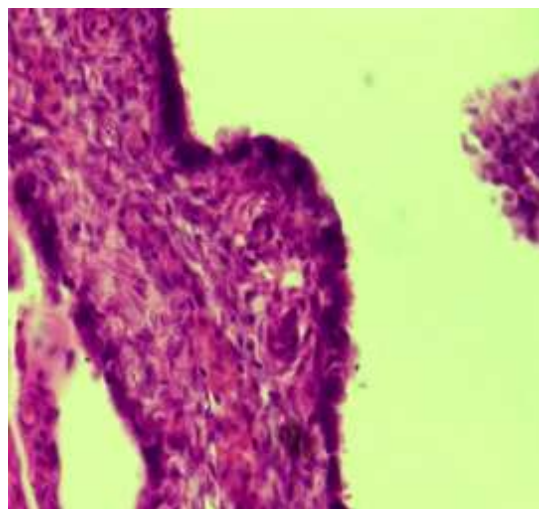
буйрак усти беи дисфункцияси оқибатида, тухумдон юзасидаги призматик эпителий метаплазияланиб, эндометрий эпителийсига айланади ва ундан эндометриоид киста пайдо бўлади.

Текширув натижалари кўрсатишича, тухумдон ташқи сероз пардасига ва бириктирувчи тўқимали оқ пардага эндометрий безларининг менструация даврида бачадон найи орқали миграцияланиб, ёпишганда тухумдоннинг сероз пардаси деформацияланиб инвагинацияланади (7-расмга қаранг), унинг юзасидаги эндометрий безлари атрофида яллиғланиш ва склероз жараёни ривожланиб ўраб олади ва безлар кенгайиб, эндометриоид кистага айланади.

Тухумдон юзасида пайдо бўлган эндометрий безлар эпителийсига пролифератив фаолликга учраб, ҳар хил функционал ва морфологик ҳолатга кирганлиги, айримлари гипертрофияланиб, ядроси гиперхромазияга учраганлиги кузатилади (8-расмга қаранг).



7-расм. Тухумдон ташқи юзасида эндометрий безларнинг инвагинацияланиши ва эндометриоид кистанинг пайдо бўлиши. Бўёқ: Г-Э. Кат: 10x40



8-расм. Тухумдон ташқи юзасига эндометрий безларнинг ёпишиши, атрофида яллиғланиш ва склероз ривожланиши. Бўёқ: Г-Э. Кат: 10x40.

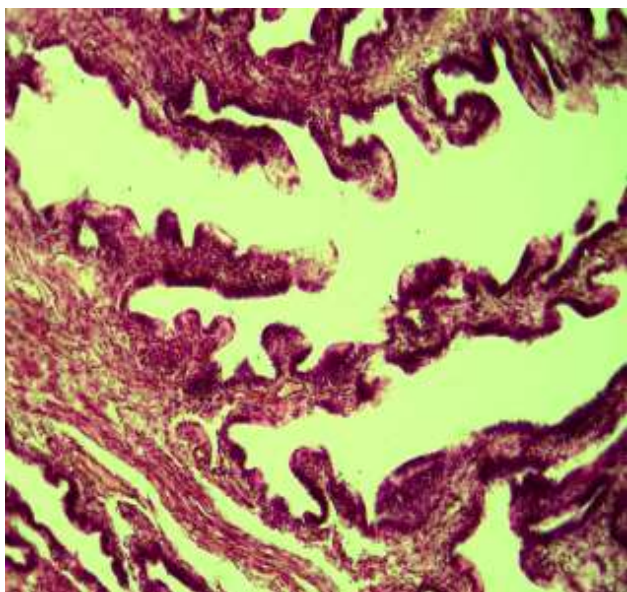
Диссертациянинг «Тухумдон чин кистали эпителий ўсмалари гистогенези, морфогенези ва морфологик белгилари ҳақида маълумотлар» деб номланган бешинчи бобида аёлларнинг ёши ва фон касалликларига қараб тухумдоннинг барча хавфсиз эпителиал ўсмаларидан серозли ва муцинозли ўсмаларининг морфогенез ва морфологик ўзгаришлари ўрганилди.

Морфологик текширувлар шуни кўрсатдики, тухумдоннинг барча хавфсиз эпителиал ўсмаларидан серозли ва муцинозли ўсмалари кўп учрайди. Улар барча хавфсиз ўсмаларининг яримини ташкил қилади ва барча ёшдаги аёлларда учрайди. Серозли ўсмаларининг муцинозиларидан фарқи кўпинча 30-55 ёшлиларда кўпроқ учраб, муцинозли ўсмалар эса 40-60 ёшли аёлларда учрайди. Серозли ўсмаларидан аксарият ҳолларда цистаденома, яъни цилиоэпителиал киста ва папилляр цистаденома кўп учрайди.

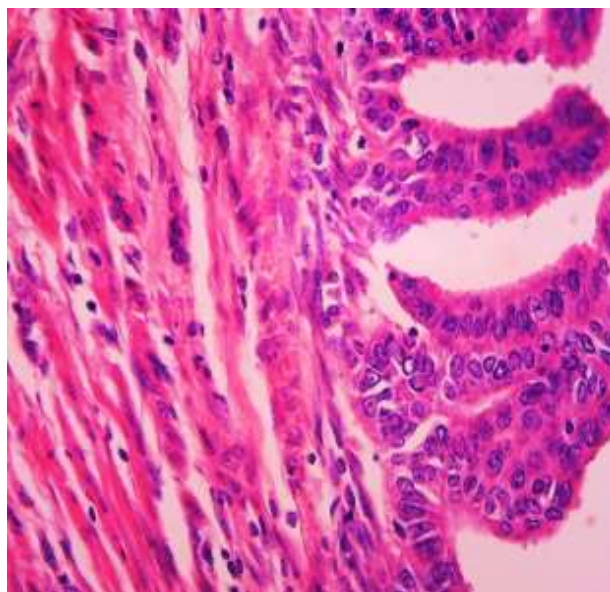
Серозли цистаденома кўпинча бир томонлама, битта бўшлиқли, девори силлиқ ҳолда учрайди. Катталиги 3-30 смгача бўлади. Ичида тиниқ серозли сомон рангли суюқлик ушлайди. Тухумдоннинг серозли кисталарини микроскопик текшириш натижасида аниқландики, киста деворининг ички юзаси бир қаватли кубсимон, баъзида яссиланган, кам ҳолларда цилиндрсимон эпителий билан қопланганлиги аниқланди. Киста ташқи пардаси одатда қаттиқ толали тузилишга эга. Баъзида у қўпол шаклдаги сўрғичлар пайдо бўлиши билан намоён бўлади. Деворини ички юзасида қаттиқ тугунли сўрғичлар борлиги аниқланади, унинг асосида зич бириктирувчи тўқимали строма мавжудлиги кузатилди (9-расмга қаранг).

Сўрғич ва пилакчалар юзаси цилиоэпителийли хужайралар билан қопланади. Унга хос нарса юмшоқ сўрғичли тузилмалар борлиги ҳисобланади ва улар барча бўшлиқларни тўлдириб гул карамга ўхшайди. Бошқа ҳолатларда кўп сонли сўгалли тузилишга эга бўлади. Сўрғичлари оҳакланган қаттиқ тузилишга эгаллиги кузатилди. Ушбу цилиоэпителиал кисталар кўпинча икки томонлама ва ичидаги суюқлиги сарик, жигар рангли суюқликдан иборат.

Сўрғичли серозли цистаденома тўқимасини микроскопнинг катта объективида ўрганилганда қуйидаги маълумотлар олинди, яъни сўрғичлар бевосита бириктирувчи тўқимали асосдан ўсиб чиққанлиги, орасида базал мембрана йўқлиги аниқланди.



9-расм. Тухумдоннинг сўрғичли сероз цистаденомаси, сўрғичлари кўп тармоқли ва ҳар хил узунликда. Бўёқ: Г-Э. Кат: 10x10.



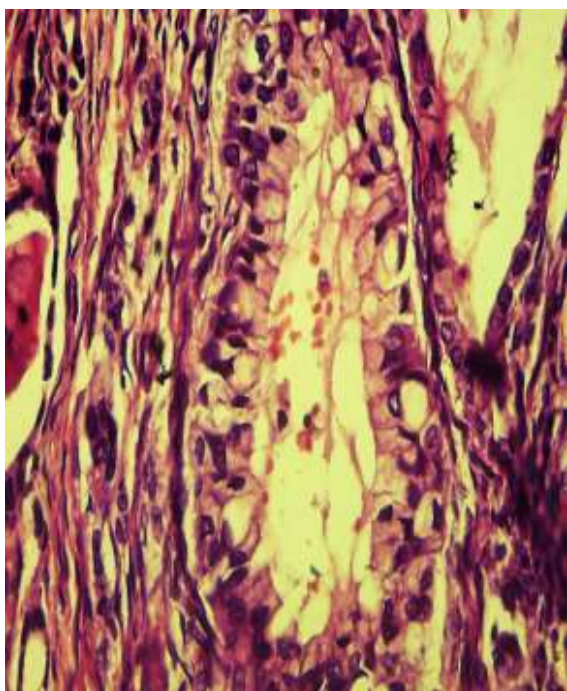
10-расм. Сўрғичли серозли цистаденома сўрғичлари дифференциалланган цилиндрик эпителийдан ташкил топган. Бўёқ: Г-Э. Кат: 10x40.

Сўрғичлар асосан цилиндрик эпителийдан иборатлиги, уларда оралик бириктирувчи тўқимали стромаси жуда камлиги аниқланди (10-расмга қаранг). Эпителий хужайралари ядролари думалоқ ва овал шаклдалиги, уларда хроматин камлиги, фақат ядронинг чет қисмларида концентрацияланганлиги аниқланди. Тухумдоннинг серозли кисталарини

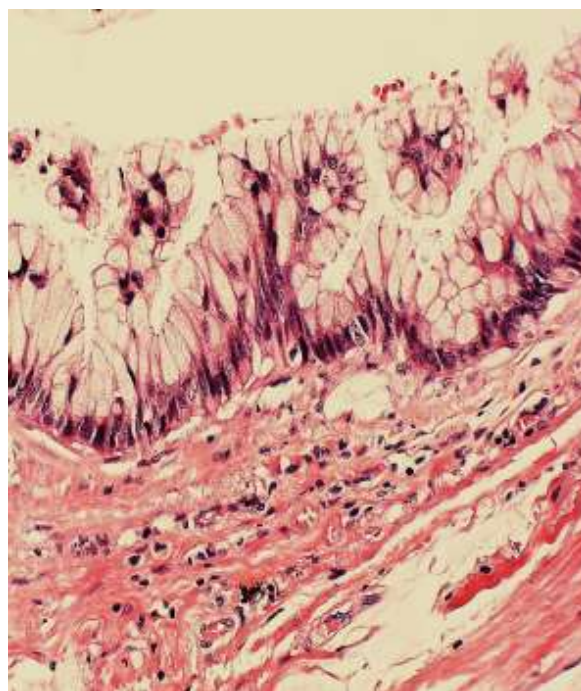
микроскопик текшириш натижасида аниқландики, киста деворининг ички юзаси бир қаватли кубсимон, баъзида яссиланган, кам ҳолларда цилиндрсимон эпителий билан қопланганлиги аниқланди. Киста ташқи пардаси одатда қаттиқ толали тузилишга эга.

Муцинозли цистоаденома деворининг ички юзаси бир қаватли цилиндрсимон эпителий билан қопланган ва цервикал канал эпителийсига ўхшайди. Эпителийсига хос белгиси шилимшиқ модда, яъни муцин ишлаб чиқаришидир. Бу муцин муцикармин, альцианли кўки билан ва ШИК реакцияси билан мусбат бўлади. Сўрғичли муцинозли цистаденома баъзида псевдопапилляр муциноз тузилишга эга бўлиб, айрим ҳолатларда икки томонлама жойлашади. Деворининг ички юзасида сўрғичли тузилмалар аниқланиб, гул қарамга ўхшаш тузилишга эга бўлади (11-расмга қаранг).

Микроскопнинг катта объектида ўрганилганда, муцинозли цистаденома деворидаги эпителий хужайралари, уларнинг цитоплазмаси шилимшиқ модда билан тўлганлигидан ўлчамлари катталашган. Морфологик жиҳатдан эпителий хужайралар баланд цилиндрик тузилишга эга, ядролари базал соҳасида жойлашган, эпителийнинг юқори, яъни апикал қисми шилимшиқ модда тўпланиши оқибатида шишиб кенгайган, оч рангли, айримларининг апикал қисми ёрилиб шилимшиқ модда юза бўшлиғига тўкилган ва десквамацияланган эпителий хужайралар фрагментлари борлиги аниқланди (12-расмга қаранг).



11-расм. Муцинозли цистоаденома, безлари ва кисталар ички юзасидан бир қаватли цилиндрсимон эпителий билан қопланган. Бўёқ: Г-Э. Кат: 10x40.



12-расм. Муцинозли цистоаденома, безлари, кисталарни қоплаган эпителий шакли катталашган ва цитоплазмаси шилимшиқ модда билан тўлган. Бўёқ: Г-Э. Кат: 10x40.

ХУЛОСАЛАР

«Тухумдон кистали тузилмаларини морфологик тузилишининг ўзига хослиги» мавзусидаги фалсафа доктори (PhD) диссертация бўйича олиб борилган тадқиқот натижалари асосида қуйидаги хулосалар тақдим этилди:

1. Аёллар ёш гуруҳлари динамикасида тухумдоннинг ретенцион ўсмасимон кисталардан фолликуляр киста ўсмир ва фертил ёшлиларда юқори даражада учраган бўлса, 50-60 ёшлиларда жуда кам, бор-йўғи 3,6% учраганлиги аниқланди. Бунга аксинча, эндометриоид киста ёш аёлларда кам, ёш ўтган сари учраш даражаси ортиб бориши кузатилди.

2. Тухумдон кистали эпителий ўсмалар динамикаси шуни кўрсатдики, серозли цистаденома ўсмир ва фертил ёшлиларда нисбатан кам учраганлиги, 50-60 ёшга бориб 3 баробар кўп учрашлиги тасдиқланди. Муцинозли цистаденома эса ёшларда кўпроқ, ёши ўтганларда деярлик 2 баробар кам учрашлиги аниқланди.

3. Тухумдон фолликуляр киста пайдо бўлиш морфогенезида, унинг атрофидаги тека тўқиманинг фиброзланиши, гранулез хужайралар гидротацияси, базал мембранасининг гиалинозланиши, оқ парданинг фиброматозланиши каби патологик ўзгаришлар аҳамиятли эканлиги тасдиқланди. Сарик тана киста морфогенезида лимфа ва қон айланиши бузилиши, васкуляризация ривожланиши ва қон қуйилиш ўчоқларининг пайдо бўлиши асосий ўринни эгаллади.

4. Тухумдоннинг фолликуляр эпителийси, ички ва ташқи тека тўқима хужайраларининг кучли лютеинланиши, аномал ҳолда пролиферацияланиши текалютеин киста пайдо бўлишининг морфогенези сифатида тасдиқланди. Параовариал кистанинг пайдо бўлиш механизмида тухумдон ва бачадон найи атрофида эмбрионал тўқима қолдиғи борлиги ва унинг суюқликга бойлиги, ретенцияланиши оқибатидан сероз бўшлиқ пайдо бўлиши тасдиқланди.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.04/30.12.2019.Tib.30.03 ПО
ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ
ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ**

**АНДИЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ИНСТИТУТ**

ЯКУББЕКОВА СОХИБАХОН САДИК КИЗИ

**ОСОБЕННОСТИ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ
КИСТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ**

14.00.15 – Патологическая анатомия

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

ТАШКЕНТ -2021

Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за B2018.1.PhD/Tib490.

Диссертация выполнена в Андижанском государственном медицинском институте.

Автореферат диссертации на трех языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице научного совета (www.tma.uz) и информационно-образовательном портале “ZiyoNet” (www.ziynet.uz).

Научный руководитель:

Исраилов Ражаббай

доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты:

Донияр Анарбоевич Нишонов

доктор медицинских наук

Сайфуллаева Саида Акрамжоновна

кандидат медицинских наук, доцент

Ведущая организация:

Ташкентский педиатрический

медицинский институт

Защита диссертации состоится «__» _____ 2021 г. в _____ часов на заседании Научного совета DSc.04/30.12.2019.Tib.30.03 при Ташкентской медицинской академии (Адрес: 100109, г.Ташкент, Алмазарский район, ул. Фароби, 2. Тел./Факс: (+99878) 150-78-25, e-mail: tta2005@mail.ru).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Ташкентской медицинской академии (зарегистрирована № ____). (Адрес: 100109, г. Ташкент, Алмазарский район, ул. Фароби, 2. Тел./Факс: (+99878) 150-78-14).

Автореферат диссертации разослан «__» _____ 2021 года.

(Протокол рассылки № ____ от «__» _____ 2021 года)

Г.И. Шайхова

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

Д.Ш. Алимухамедов

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

А.Б. Саидов

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

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

Актуальность и необходимость темы диссертации. В мире распространенность заболевания кистозных структур яичников определяется сложностью их патогенеза, трудностью ранней диагностики и высокой летальностью. По мнению ряда ученых, «...у 80% женщин киста яичника выявляется хотя бы один раз в репродуктивном периоде, только у ¼ проявляются клиническими признаками...»¹. У женщин в период постменопаузы опухолевидные образования яичников встречаются от 3% до 18%. В патологии женской репродуктивной системы опухоли занимают особое место в пограничном состоянии между доброкачественными и злокачественными опухолями яичника. «...морфологически специфичным является разрастание эпителиальных клеток, в которые не проникает окружающая стромальная ткань, поэтому их включают в предраковые процессы...»². Причины образования опухолевых структур яичников до конца не изучены. Существует несколько теорий, основными из которых являются нарушения метаболизма гормонов, нарушения управления яичниками, нарушение выработки ЛГ и ФСГ гипофизом и нарушение контроля над мозгом. Постоянный стресс, нарушения питания, инфекции половых органов, безусловно, влияют на функцию яичников. Хотя на сегодняшний день в лечении этого заболевания достигнуты значительные успехи, кисты яичников остаются проблематичными.

Во всем мире проводится ряд целевых научных исследований для улучшения оценки морфогенеза и морфологических особенностей кист яичников. В связи с этим особое значение имеет анализ морфологических данных, распространенность опухолевидных образований и эпителиальных опухолей яичников у женщин по возрастным группам, гистогенез ретенционных опухолей яичников, т. е. фолликулярных кист, кисты желтого тела, текалютеиновых, параовариальных, эндометриоидных кист, особое значение имеет разработка гистогенеза, морфогенеза и морфологической специфической структуры различных вариантов цистаденомы, а также порядок анализа патоморфологических показателей кист яичников.

В нашей стране большое внимание уделяется качеству системы здравоохранения, в том числе профилактике осложнений, эффективной диагностике опухолей, вызванных различными заболеваниями яичников. В соответствии со Стратегией действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан на 2017-2021 годы, для поднятия уровня медицинских услуг на новый уровень определены задачи «...по повышению доступности и качества специализированных медицинских услуг, дальнейшему реформированию системы экстренной медицинской помощи,

¹ Адамян Л. В., Колтунов И. Е. Особенности дифференциальной диагностики опухолей яичников у девочек: Детская хирургия. - М., 2018. - Том 22 №4. - С. 205-208

² Зенкина В. Г., Солодкова О. А. Молекулярно-генетические механизмы организации и развития яичника: обзор : научное издание // Бюллетень сибирской медицины. - Томск, 2018. - Том 17 N2. - С. 133-142

профилактики инвалидности...»³. Решение данных задач позволит создать адекватные условия, придать научно-практическое значение, а также патоморфологическую диагностику кистозных образований яичников.

Данное диссертационное исследование в определенной степени способствует реализации задач, указанных в Указах Президента Республики Узбекистан № УП-4947 «О Стратегии движений по дальнейшему развитию Республики Узбекистан» от 7 февраля 2017 года, № УП-5590 «О комплексных мерах по кардинальному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» от 7 декабря 2018 года, в Постановления Президента Республики Узбекистан № ПП-3071 «О мерах по дальнейшему развитию оказания специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан на 2017–2021 годах» от 20 июня 2017 года, а также в других нормативных правовых документов данной сферы деятельности.

Соответствие исследования приоритетам развития науки и технологии в Республики. Данное исследование выполнено в соответствии с приоритетными направлениями развития науки и технологий Республики Узбекистан по разделу VI. «Медицина и фармакология».

Степень изученности проблемы. Обзор международных научных исследований показал, что кистозные образования яичников, являются основной причиной заболеваемости и смертности во всем мире, создавая чрезмерные финансовые проблемы для здоровья. Современные исследования зарубежных ученых в значительной степени обсудили гистогенез кист и опухолей яичников и подтвердили, что он имеет много аспектов, связанных с эндометриозом (Scully R.E., Barlow J.F et al., 2016). Клинические и морфологические исследования показали, что светлоклеточные опухоли часто начинаются с очагов эндометриоза и часто развиваются вместе с эндометриозом (Kurman K.J., Craig J.M., Czernobilsky V. C. et al., 2020.). Морфологические особенности яичников и стенок кист яичников при острой патологии у женщин с опухолями яичников вызванные специфическими инфекциями (Аничков Н.М. и авторский коллектив, 2007)

В Узбекистане ряд авторов работали над оценкой морфологических изменений доброкачественных опухолей яичников (Исраилов Р.И. 2018; Абдуллаходжаева М.С., 2015; Турсунов Х.З., Магруппов Б.А., 2016; Абдуллаева Л.М., 2009). Однако исследований по изучению морфогенеза и морфологических особенностей кистозных образований яичников изучены не полностью.

Поэтому изучение морфогенеза, гистогенеза и морфологических изменений кистозных образований яичников является одной из актуальных проблем современной медицины. По этой причине имеется необходимость в продолжении научных исследований для решения данной проблемы.

³ Указ Президента Республики Узбекистан от 7 февраля 2017 года УП-4947 “О стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан”

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационное исследование выполнено по плану научно-исследовательских работ № 005.01.1500216 Андижанского медицинского института по теме: «Функциональные, метаболические и структурные характеристики параметров жизни человека и опытных животных при различных формах экспериментальной патологии, ведущие к новым способам их коррекции, а также к новым возможностям экспертной оценки» (2015–2020 гг.).

Целью исследования является совершенствование оценки гистогенеза, морфогенеза и патоморфологических изменений кистозных образований яичников в зависимости от возраста женщин.

Задачи исследования:

оценка заболеваемости опухолеподобных кист и истинных кист эпителиальных опухолей в женских возрастных группах;

оценить гистогенез, морфогенез и морфологические изменения ретенционных кист яичников: фолликулярная киста, киста желтого тела, текалютеиновые, параовариальные, эндометриоидных кист;

оценить гистогенез, морфогенез и морфологические изменения различных видов истинных опухолей яичников, т. е. цистаденомы; оценка патоморфологических изменений ретенционных кист яичников.

Объектом исследования взяты материалы биопсий 1182 ретенционных кист яичников и 310 истинных кистозных образований яичника, которые были исследованы в отделении биопсийной диагностики Республиканского патологоанатомического центра за последние 10 лет.

Предметом исследования взяты оценка данных, полученных в результате анализа патоморфологических и иммуногистохимических изменений кистозных образований яичников в зависимости от возраста женщин.

Методы исследования. В исследовании были использованы морфологические, гистологические, гистохимические и статистические методы исследования.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

обоснована роль морфогенеза образования фолликулярной кисты яичника, фиброз окружающей тека ткани, гидротация гранулезных клеток, гиалиноз базальной мембраны, фиброматоза белой оболочки.

доказан морфогенез возникновения лимфатических и циркуляторных нарушений в желтом теле, развитие васкуляризации и появление очагов кровоизлияния, образование кист из желтого тела;

доказан морфогенез возникновения фолликулярного эпителия яичника, сильная лютеинизация клеток внутреннего и внешнего тека ткани, аномальная пролиферация и образования текалютеиновых кист;

доказано, что механизм образования параовариальной кисты заключается в наличии остатков эмбриональной ткани вокруг яичника и фаллопиевой трубы и повышении содержания в ней жидкости, а также в образовании серозной полости из-за ее ретенции.

Практические результаты исследования заключается в следующем:

дополнительно уточнены данные о том, что фолликулярная киста яичника чаще встречается у подростков и женщин фертильного возраста, очень редко встречается у 50-60-летних, что составляет 3,6%, напротив, эндометриоидные кисты у молодых женщин встречаются редко, частота встречаемости заболевания увеличивалась с возрастом. Это основные фундаментальные данные в лечении и профилактике заболеваний;

доброкачественные эпителиальные опухоли яичников у женщин, т.е. серозная цистаденома относительно редко встречается у подростков и женщин фертильного возраста, увеличиваются в 3 раза к возрасту 50-60 лет, напротив, муцинозная цистаденома чаще встречается у молодых женщин, почти в 2 раза реже чем у пожилых людей, это служит основанием для их клинического диагноза;

разработан метод ретроспективной и проспективной оценки гистогенеза, морфогенеза и патоморфологических изменений кистозных образований яичников.

Достоверность результатов исследования обоснована использованием в работе теоретического подхода и способов исследования, методологической правильностью ведения научного исследования, достаточным подбором материала, проведением современных, дополняющих друг друга морфологических, иммуногистохимических, гистологических и статистических методов исследования морфогенеза и морфологических признаков кистозных образований яичников у женщин, сопоставлением результатов исследования с международными и республиканскими данными, подтверждением полученных результатов уполномоченными структурами.

Научная и практическая значимость результатов исследования.

Научная значимость заключается в том, что о морфологических и морфометрических изменениях яичников могут служить основой для клинико-морфологической оценки развития опухолей яичников и разработки патогенетического лечения этих заболеваний, патоморфологические изменения фолликулярных кист яичников, фиброза окружающих тканей, гидратация грануляционных клеток, базальной мембраны, объясняются тем, что они могут быть использованы при клинико-морфологической оценке структур кисты яичников у женщин и при планировании патогенетического лечения этого заболевания гинекологами и хирургами.

Практическая значимость результатов исследования заключается тем, что с использованием биопсийного материала был разработан ретроспективный и перспективный метод оценки опухолевидных образований на основе морфологических и иммуногистохимических изменений кистозных образований яичников.

Внедрение результатов исследований. На основе научных результатов, полученных по оценке морфогенеза и морфологических особенностей кистозных образований яичников:

разработана и утверждена методическая рекомендация «Методика исследования морфологического строения кист яичника» (справка Министерства здравоохранения № 8н-д/158 от 6 мая 2021 года). В результате это дало возможность диагностировать морфологическое строение и морфометрические изменения в структурах кисты яичника, предотвратить заболевание и улучшить качество жизни пациенток;

научные результаты, полученные при изучении морфологических и морфометрических изменений структур кисты яичника, внедрены в практическое здравоохранение, в том числе в патологоанатомические бюро Республиканского центра патологической анатомии Андижанской, Ферганской и Наманганской областей (справка Министерства здравоохранения № 08-09/16348 от 3 ноября 2021 года). В результате практического применения полученных результатов морфологических и морфометрических изменений в структурах кисты яичника появилась возможность систематически организовывать своевременную эффективную диагностику и лечение;

Апробация результатов исследования. Результаты исследования обсуждались на 4 научных конференциях, в том числе на 2 международных и 2 республиканских научных конференциях.

Публикация результатов исследования. Всего по теме диссертации опубликовано 11 научных работ, в том числе 7 статьи в научных изданиях, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов диссертации, из них 4 в республиканских и 3 в зарубежных журналах.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, пяти глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка использованной литературы. Объем диссертации составляет 113 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обоснованы актуальность и востребованность проведенных исследований, сформулированы цель и задачи, объект и предмет исследования, указано соответствие данных исследований приоритетным направлениям развития науки и технологий республики, изложена научная новизна и научно-практическая значимость результатов, приведены данные по внедрению в практику результатов исследований, опубликованных работ и структуре диссертации.

Первая глава диссертации «**Современные интерпретация морфологических особенностей опухолевых и опухолеподобных кист яичников, эмбриогенез яичника, дифференциальная диагностика**» содержит анализ зарубежных и отечественных научных источников по данной теме. Представлены аналитические результаты научных работ отечественных и зарубежных авторов по проблеме особенностей морфологической структуры опухолей яичников и опухолевых кист. Проанализированы развитие, патогенез, морфогенетические механизмы данной патологии и описано их научное и

практическое значение. Проанализированы эмбриогенез, патогенез, морфогенетические механизмы данной патологии и описано их научное и практическое значение. На основе последних научных статей по этой проблеме описаны морфологические изменения опухолей яичников и кистозных образований яичников. Несмотря на наличие обширных научных исследований, текущее состояние данных о морфологических изменениях опухолей яичников и кистозных образований яичников указывает на необходимость продолжения научной работы по решению этой проблемы.

Вторая глава диссертации **«Материалы и методы оценки морфогенеза и морфологических изменений в структурах кисты яичника»** посвящена описанию материалов и методов исследования. Дано общее описание экспериментальных материалов и описаны методы, использованные в исследованиях. Объектом исследования явились 1182 опухолей яичника и 310 истинно кистозных опухолей, которые были исследованы в отделении биопсии и диагностики Республиканского патологоанатомического центра в 2011-2021 годах.

В каждом случае тщательно изучались амбулаторная карта, история болезни и протокол вскрытия. Вся информация, относящаяся к паспорту из истории болезни, т.е. место жительства, имя отца и матери, возраст, профессия, количество беременностей, время рождения были скопированы. Из амбулаторной карты больного была получена информация о том, какими заболеваниями он страдал и как его лечили до госпитализации.

За последние 10 лет (2011-2021 гг.) в отделении биопсийной диагностики Республиканского центра патологической анатомии (РПАМ) Республики Узбекистан была проведена гинекологическая биопсия, то есть кистозные образования яичников, изучены клинико-анамнестические и патологические данные о направлении на биопсию. В нашем исследовании в общей сложности 1492 кусочков материала, удаленного в ходе хирургической операции по поводу кист яичника, которая исследовалась в течение 10 лет, были проанализированы всеми возможными способами. Все 1492 случая были собраны и изучены на листовке, парафине и гистологических препаратах. Гистологические препараты были снова приготовлены из парафина, большинства из них, окрашены гематоксилин-эозиновой краской и изучены в микроскопе sat. Из них у 1182 (79,2%) были опухолеподобные кисты, а у 310 (20,8%) - истинные кисты яичника. Когда мы обследовали каждую группу женщин по возрасту, были получены данные, представленные в таблице ниже.

Во всех этих случаях был проведен клинико-анамнестический анализ, и полученные хирургическим путем фрагменты ткани кисты яичника были фиксированы в 10% нейтрализованном растворе формалина в течение 48 часов. После выдержки кусков в проточной воде в течение 4 ч их обезвоживали в емкостях со спиртом возрастающей концентрации. После хлороформа залили парафин и приготовили блоки. Из парафиновых блоков приготовили гистологические срезы размером 5–8 мкм, из которых удаляли парафин и окрашивали гематоксилин-эозином. Иммуногистохимические

исследования были выполнены на гистологических срезах, приготовленных из этих парафиновых блоков.

Порядок проведения иммуногистохимических методов.

Настоящее исследование: Лабораторное исследование: Общество с ограниченной ответственностью «Премиум Диагностика». Адрес: Ташкент, Учтепинский район, улица Уйгур, 618а. № Свидетельство № 004973-01 08.02.2012 Администрация Учтепинского района. Лицензия № 02388 от 26.09.2019 Минздрав Республики Узбекистан. ДАКО Дания, производитель моноклональных антител. Республика Дания.

Ряд иммуногистохимических маркеров, которые играют важную роль в злокачественных новообразованиях, то есть в процессе превращения клеток в злокачественные опухоли, были изучены в гистологических препаратах, приготовленных из стенок кист после хирургического удаления яичника, которые оцениваются как предраковые заболевания яичника. Были выбраны два вида кист яичников, т. е. у 20 пациентов с папиллярными серозными кистами и муцинозными серозными кистами. В каждом из гистологических препаратов, выявлено взаимодействие рецепторов эстрогена и прогестерона, процессы развития в этих кистах в результате гормональных изменений в организме.

Для статистической обработки результатов исследования использовался пакет прикладных программ персонального компьютера «Statistica for Windows 7.0».

В третьей главе диссертации, озаглавленной **«Частота встречаемости и сравнительные данные кистозных и эпителиальных опухолей яичников в женских возрастных группах»** изучалась частота встречаемости структур кисты яичника в возрастной динамике женщин. Наши исследования показали, что кистозные эпителиальные опухоли обнаруживаются в яичнике наряду с опухолевыми кистами. Как указано в литературных данных по кистозным эпителиальным опухолям, в нашем материале также отмечалось, что цистоаденомы, в основном серозные и муцинозные, встречались чаще.

Заболеваемость фолликулярными кистами у женщин с возрастом резко снижается. В первой возрастной группе на нее приходилось 60% всех опухолевых кист, тогда как в возрастной группе 30-39 лет она уменьшилась вдвое, в возрастной группе 50-59 лет - увеличилась в 6 раз, а в группе старше 60 лет - всего на 3,6. %. Это означает, что, хотя фолликулярные кисты чаще встречаются в яичниках молодых женщин, количество фолликулярных кист в яичниках женщин с возрастом уменьшается, а заболеваемость другими видами кист увеличивается. При сравнении заболеваемости кистой желтого тела по возрастным группам женщин обнаруживается, что во всех возрастных группах заболеваемость этой кистой близка друг к другу. Только в возрастных группах 15-19 лет, 20-29 лет и 30-39 лет наблюдался небольшой рост. Текалютеиновые кисты не встречались у девочек-подростков и встречались только в 6,0% случаев в группе девочек в возрасте 15-19 лет. В группе 30-39 лет и в группе 60 лет наблюдалось увеличение в 2 раза (см. таблицу 1).

Таблица 1

**Сравнительные показатели заболеваемости опухолевыми кистами у женщин
по возрастным группам, %**

№	Возрастные группы	Кол-во	Название и процентное соотношение кист яичников		
1	9 – 14	35	Фолликулярная киста	21	60,0%
			Киста желтого тела	6	17,2%
			Параовариальная киста	8	22,8%
			Эндометриоидная киста	-	
			Дермоидная киста	-	
2	15 – 19	66	Фолликулярная киста	28	42,4%
			Киста желтого тела	14	21,2%
			Текалютеиновая киста	4	6,0%
			Параовариальная киста	9	13,6%
			Эндометриоидная киста	6	9,1%
			Дермоидная киста	5	7,6%
3	20 – 29	322	Фолликулярная киста	154	47,8
			Киста желтого тела	73	22,6
			Текалютеиновая киста	29	9,0%
			Параовариальная киста	29	9,1%
			Эндометриоидная киста	16	5,1%
			Дермоидная киста	21	6,5%
4	30 – 39	328	Фолликулярная киста	107	32,6%
			Киста желтого тела	79	24,1%
			Текалютеиновая киста	41	12,5%
			Параовариальная киста	26	7,9%
			Эндометриоидная киста	56	17,2%
			Дермоидная киста	19	5,7%
5	40 – 49	310	Фолликулярная киста	54	17,4%
			Киста желтого тела	45	14,5%
			Текалютеиновая киста	43	13,9%
			Параовариальная киста	37	11,9%
			Эндометриоидная киста	98	31,6%
			Дермоидная киста	33	10,6%
6	50 - 59	65	Фолликулярная киста	9	13,8%
			Киста желтого тела	8	12,3%
			Текалютеиновая киста	6	9,2%
			Параовариальная киста	17	26,1%
			Эндометриоидная киста	21	32,3%
			Дермоидная киста	4	6,1%
7	Старше 60	56	Фолликулярная киста	2	3,6%
			Киста желтого тела	9	16,0%
			Текалютеиновая киста	7	12,5%
			Параовариальная киста	10	17,8%
			Эндометриоидная киста	22	39,3%
			Дермоидная киста	6	10,7%
Всего		1182	Фолликулярная киста	375	31,7%
			Киста желтого тела	234	19,8%
			Текалютеиновая киста	130	11,0%
			Параовариальная киста	136	11,6%
			Эндометриоидная киста	219	18,5%
			Дермоидная киста	88	7,4%
			1182	100%	

Было установлено, что частота параовариальной кисты у девочек-подростков многочисленна, то есть составляет 22,8%, в 2 раза больше в возрастной группе 15-19 лет, в возрастной группе 20-29 лет, в 3,5 раза меньше, чем в возрастной группе 30-39 лет. Следует отметить, что к 50-59 годам частота встречаемости заболеваемости резко возросла, что составила 26,1%.

Было подтверждено, что внешний вид эндометриоидной кисты и степень ее возникновения имели особый вид. Было отмечено, что у молодых девушек и женщин фертильного возраста наблюдалась очень низкая заболеваемость по сравнению с последующими возрастными группами, то есть распространенность составляла 5,1% в возрастной группе 20-29 лет. Было установлено, что частота эндометриоидных кист была значительно выше у женщин старше 40 лет, то есть в группах женщин в возрасте 40-49, 50-59 и старше 60 лет она увеличилась до 39,3%.

Наши исследования показали, что в дополнение к кистозным новообразованиям яичников также были диагностированы эпителиальные опухоли яичников. Как показано в литературных данных по кистозным эпителиальным опухолям, в нашем материале было отмечено, что цистоаденома, в основном серозная и муцинозная, встречается очень часто. Исследование возраста женщин в обеих опухолях показало, что, серозная цистоаденома значительно реже встречалась у молодых девушек, то есть 16,3% в группе 9-14 лет. 22,8% в группе 15-19 лет, было отмечено, что в более поздних возрастных группах, то есть частота развития цистоаденомы была значительно ниже. Было обнаружено, что папиллярная цистаденома и серозные опухоли аденофибромы, которые являются гистологическими вариантами этой опухоли, чаще встречаются у подростков и у женщин фертильного возраста, которые достигли возраста менее 30 лет, то есть снизились на 15,6% (см. таблицу 2).

Таблица 2

Сравнительные показатели заболеваемости кистозными эпителиальными опухолями у женщин по возрастным группам, %

№	Название кист яичников	Возрастные периоды						
		9-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	> 60
1	Серозная цистаденома	16,3%	22,8%	36,2%	42,6%	41,5%	43,8%	46,3%
2	Папиллярная цистаденома	28,4%	23,5%	19,6%	20,2%	14,5%	21,4%	15,6%
3	Серозная аденофиброма	27,4%	31,1%	19,1%	20,0%	22,4%	14,4%	16,4%
4	Муцинозная цистаденома	27,9%	22,4%	25,1%	17,2%	21,6%	19,2%	18,2%
5	Опухоль Бреннера	-	-	-	-	-	1,2%	3,5%

В четвертой главе диссертации озаглавленной, «Гистогенез, морфогенез и морфологические характерные признаки кисты ретенционного новообразования яичников», представлен анализ патоморфологических изменений кисты ретенционной опухоли яичника. В

этой главе исследования были изучены морфогенез и морфологические изменения в формировании фолликулярных кист яичников в зависимости от возраста и фоновых заболеваний женщин.

Результаты микроскопического исследования яичников показали, что фолликулярные кисты очень распространены среди всех видов кист. Наши данные показали, что фолликулярные кисты могут образовываться как из зрелых фолликулов, так и из незрелых вторичных фолликулов. Образование кист из вторичных фолликулов происходит из-за замедленной дифференцировки атрезии и фолликула на разных стадиях созревания фолликула, наблюдается истончение слоя фолликулярного эпителия за счет дистрофических и деструктивных изменений, которые заканчиваются накоплением в полости беловатой жидкости. Эти изменения сопровождаются деструктивными и воспалительными изменениями в окружающих тканях. Исходя из вышесказанного, можно сделать вывод, что изначально наблюдается дезорганизация окружающей фолликул тека ткани. Позже, при развитии дистрофических и деструктивных изменений фолликулярного эпителия, образуется полость и образуется киста.

В других случаях гиперплазия фолликулярного эпителия наблюдается во вторичных фолликулах в виде крошечных гиперхромных женских клеточных пластинок, которые полностью заполняют полость фолликула (см. рисунок 1). Вокруг яйцеклетки образуется клеточная оболочка, состоящая из темных камбиальных клеток, плотно обволакивающих яйцеклетку, когда конец вакуумируется и разлагается, образуется небольшая полость цистоза. Строма вокруг такого измененного фолликула также утраивается до дистрофических и деструктивных изменений. А непосредственно вокруг базальной мембраны фолликула образуется оранжево-клеточный вал, состоящий из клеток тека.

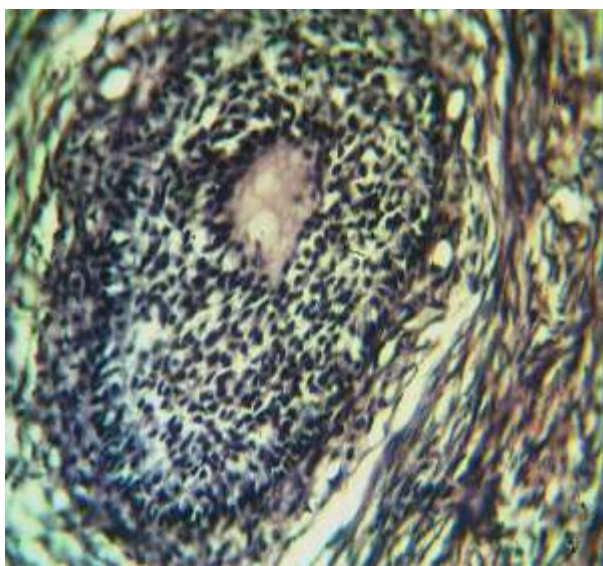


Рис 1. Гиперплазия фолликулярного эпителия, образование кисты тека ткани и разрушение яйцеклетки фиброзом. Краска: гематоксилин и эозин. Ув: ок10, об.20.

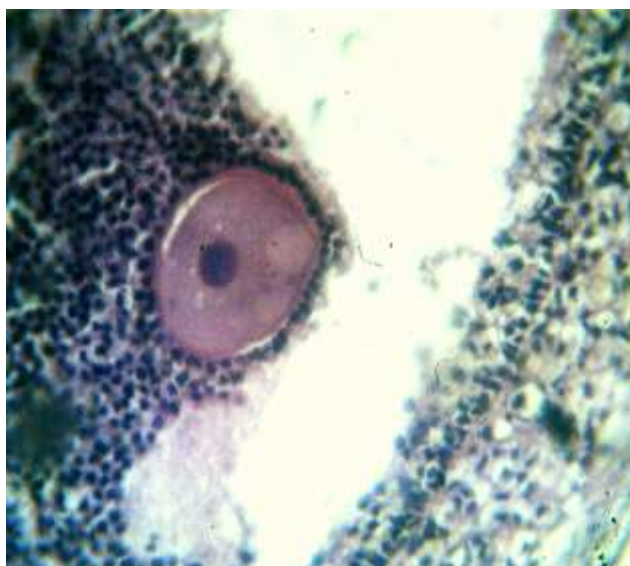


Рис.2. При миграции яйцеклетки происходит десквамация и некроз фолликулярного эпителия, образование кисты. Окраска: гематоксилин и эозин. Ув: ок10, об.40.

В третьем случае атрофия фолликулярного эпителия наблюдалась до потери базальных клеток в фолликуле. На противоположной стороне, где находится яйцеклетка, хранится фолликулярный эпителий, и яйцеклетка плотно окружает клетку, но яйцеклетка не поддерживает целостность и жизнеспособность клетки. Позже в виде вакуума цитоплазмы, а также кариолизиса и кариопикноза наблюдались деструктивные изменения ядра. Полость таких фолликулов резко облитерируется, образуются полости цистоза (см. рисунок 2).

Клетки желтого тела состоят из периодов пролиферации, васкуляризации, цветения и отступления периодов лютеинизации. Период пролиферации начинается с разложения яйцеклетки, превращения фолликула в лютеиновые клетки, и из эпителия фолликула, а также из эпителия внутренней тека ткани лютеиновые клетки начинают размножаться и занимают широкое пространство. В этот период желтое тело нельзя назвать промежуточными тканями и кровеносными сосудами (см. рисунок 3).

Площадь крови, которая была влита в желтое тело, истощается, образуются озера крови, зернистые клетки вокруг нее начинают деградировать и отмирать. В некоторых областях кровяные озера плотно расположены в кровеносных сосудах и в промежуточных тканях, в других областях они разрежены, то есть эритроциты проникают в пространство между клетками и без разреженных в структуре клеток, подверженных некробиозу (см. рисунок 4). Замечено, что все клетки желтого тела, то есть зернистые клетки, страдают дистрофией и некробиозом. Вместо некротических гранулярных клеток развились сгустки крови, то есть распространился диффузный холедох, занятый инфильтрацией эритроцитов.

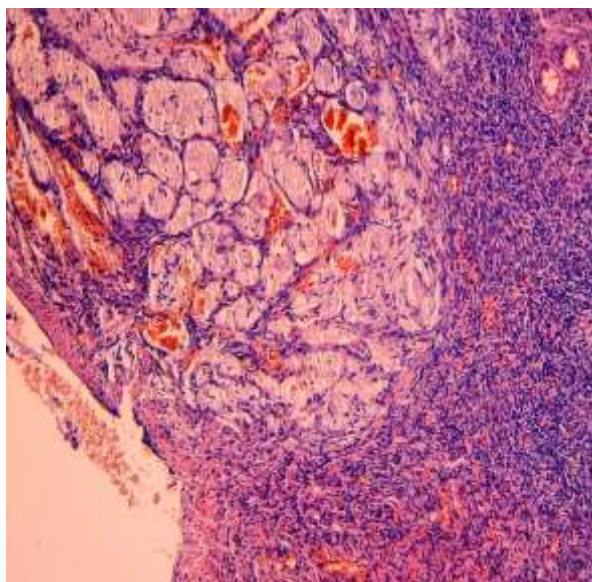


Рис. 3. В желтом теле происходит выделение кровеносных сосудов, прилив крови. Окраска: G-Е. Ув: 10x10.

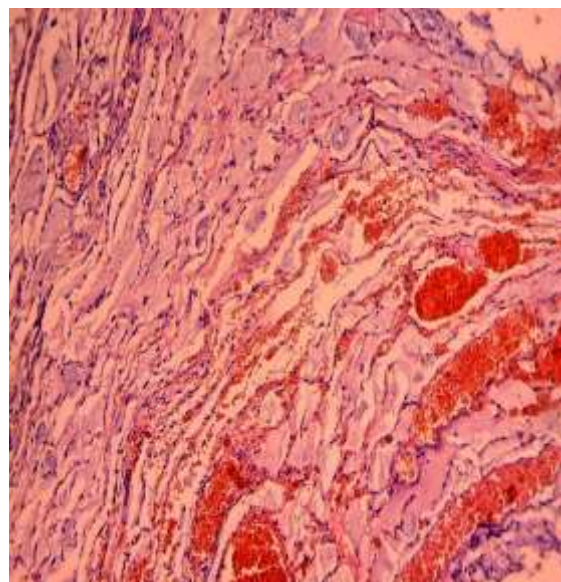


Рис. 4. Желтое тело переливается кровью без диффузии, то есть донорские клетки заменяются переливанием крови

Вылитая кровь в желтом теле затем разлагается, фрагменты эритроцитов впитываются в клетки и промежуточные ткани, в некоторых местах гемоглобиноген превращается в пигменты.

Гистогенез, морфогенез и морфологические признаки телалютеиновой кисты яичника. Обычно развившиеся из ткани тека, то есть из клеток стромы яичника, кисты считаются гормональными, что приводит к феминизации, если они появились из зернистых клеток, из клеток типа Сертоли-Лейдига, к маскулинизации. В таких случаях это называется «неклассифицированные кисты, выросшие из половых паров яичника». Кисты этого типа обычно многополостные, стенка тонкая, желтоватого цвета, имеются сгустки крови и некроз, поверхность гладкая, иногда неровная, внутри обнаруживается кровянистая жидкость. Установлено, что в цитоплазме клеток тека содержится большое количество липидов. В клетках Тека обнаруживаются признаки атрезии фолликула, иногда фиброз обнаруживается, когда наружная оболочка кисты толстая. Если внутренние и внешние ткани тека, окружающие фолликулы яичников, подвергаются лютеинизации, то в первую очередь они встряхиваются и разрезаются. Крошечные и круглые ядра клеток тека расположены в хаосе, между которыми появляются вакуоли. А во внешнем слое тека, поскольку клетки расположены плотно, их ядра гипертрофированы, увеличены, вакуоли цитоплазмы вакуумированы и побелены (см. рисунок 5).

Затем клетки внутреннего слоя тека отмирают, на месте которых появляется полость, превращающаяся в кисту. Клетки на внешнем слое ткани тека сохраняются в плотности, только их цитоплазма вакуумируется. Установлено, что между клетками и окружающей тканью снаружи также имеются полости разного размера (см. рис. 6).

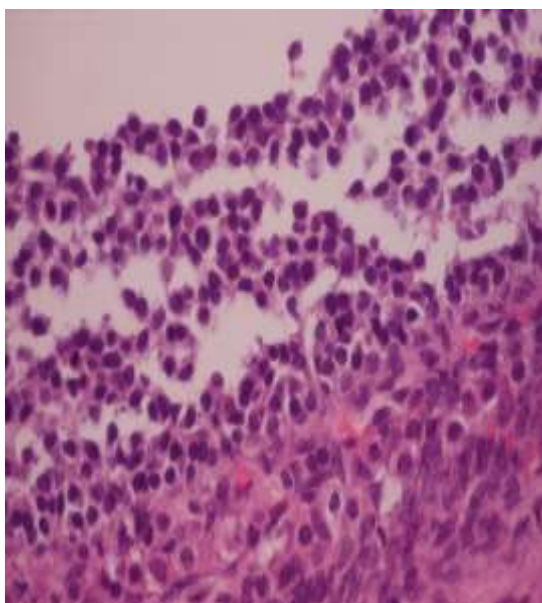


Рис. 5. В ткани тека внутренняя полость разрушается, клетки на внешнем дне подвергаются вакуолизации. Окраска: G-Е. Ув: 10x40.

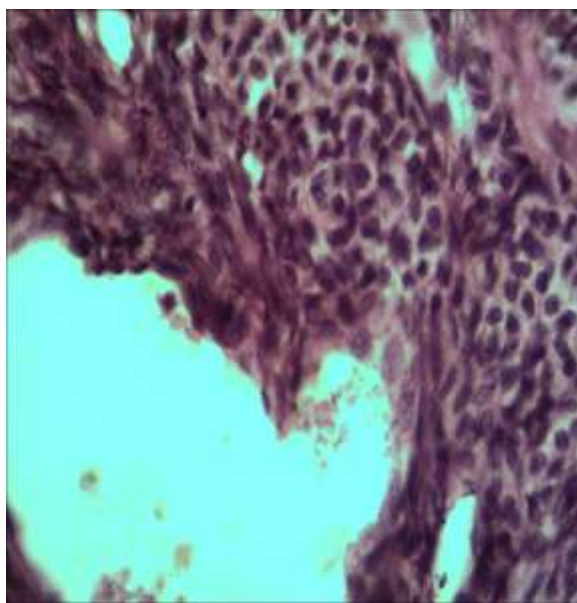


Рис. 6. Появление текалютеиновой кисты, некроз внутренней теки, превращение в полость, вакуолизация наружных клеток теки. Окраска: G-Е. Ув: 10x40.

Это означает, что под воздействием гормонов гипофиза на клетки ткани тека при лютеинизации накапливаются липидные вещества в цитоплазме этих клеток, в результате чего нарушается обмен веществ, структурные единицы клетки подвергаются дистрофии и разрушению, вплоть до некробиоза. Обвисшие клетки тека вырабатывают жидкость из себя, и в результате дистрофии сосудистая стенка становится тоньше, проницаемость увеличивается, и плазменная жидкость также начинает поступать в ткань. Но, поскольку выхода жидкости из фолликула и тека ткани нет, образуется ретент, жидкость накапливается и появляется киста.

Гистогенез, морфогенез и морфологические особенности эндометриoidных кист яичников. Морфологические исследования показали, что механизм появления эндометриoidной кисты зависит от двух различных процессов: первый обусловлен миграцией эндометриoidных клеток в брюшную полость через маточную трубу матки во время менструации, эндометриальные железы прилипают к поверхности яичника, вокруг него разрастается воспаление и соединительная ткань, и эндометриoidная киста; на основании второго теста дисгормональное состояние, то есть снижается прогестерон, в результате повышения эстрогена и пролактина, дисфункции щитовидной железы и надпочечников призматический эпителий на поверхности яичника становится метаплазией, эндометриoidным эпителием, из которого появляется эндометриoidная киста.

Результаты обследования показали, что во время менструального периода железы эндометрия яичника к наружной серозной оболочке и соединительнотканной белой мембране мигрируют по маточным трубам матки, при прилипании серозная оболочка яичника деформируется и инвагинирует, вокруг желез эндометрия на его поверхности развивается воспалительный и склерозирующий процесс. Эпителий желез эндометрия, который появляется на поверхности яичника, подвергается пролиферативной активности и переходит в другое функциональное и морфологическое состояние, а ядро подвергается гиперхромезии (см. рис. 7).

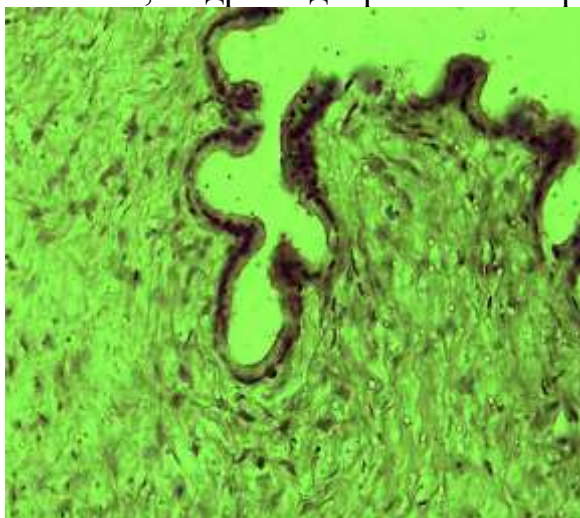


Рис. 7. Инвагинация желез эндометрия на внешней поверхности яичника и появление эндометриoidных кист. Окраска: G-Е. Ув: 10x40.

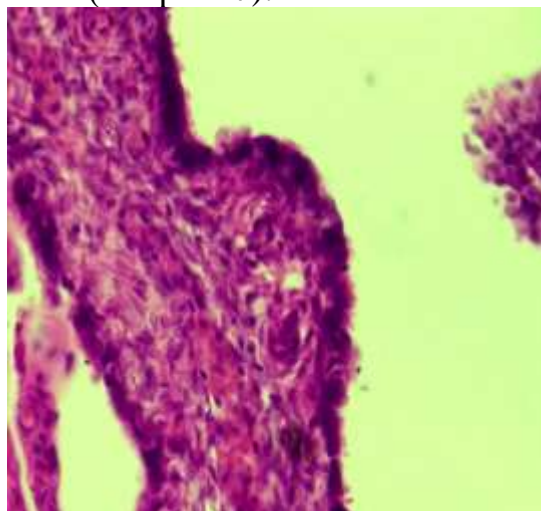


Рис. 8. Прилипание желез эндометрия к наружной поверхности яичника, развитие вокруг него воспаления и склероза. Бёёк: Г-Э. Кат: 10x40.

Эпителий желез эндометрия, образующийся на поверхности яичника, пролиферативно активен и входит в различные функциональные и морфологические состояния, некоторые из которых гипертрофированы, а ядро гиперхромазировано(см. рис. 8).

В пятой главе диссертации под названием «Гистогенез, морфогенез и морфологические признаки эпителиальных опухолей яичника» изучены морфогенез и морфологические изменения эпителиальных серозных и муцинозных опухолей яичника в зависимости от возраста и фоновых заболеваний женщины.

Морфологические исследования показали, что серозные и муцинозные опухоли являются наиболее распространенными из всех эпителиальных опухолей яичника. Они составляют половину всех доброкачественных опухолей и встречаются у женщин всех возрастов. Серозные опухоли встречаются чаще, чем муцинозные, в возрасте 30-55 лет, а муцинозные опухоли - у женщин в возрасте 40-60 лет. Наиболее частыми из серозных опухолей являются цистаденом.

Серозная цистаденома чаще бывает односторонней, однополостной, с гладкой стенкой. Размер от 3 до 30 см. Внутри находится прозрачная серозная жидкость соломенного цвета. При микроскопическом исследовании серозных кист яичника внутренняя поверхность стенки кисты покрыта однослойным кубическим, иногда уплощенным, реже цилиндрическим эпителием. Внешний слой кисты обычно имеет твердую волокнистую структуру. Иногда проявляется появлением присосок шершавой формы. Выявляется наличие жестких узловатых присосок на внутренней поверхности стенки, на основании которых наблюдается наличие плотной соединительнотканной стромы (см. рис. 9).

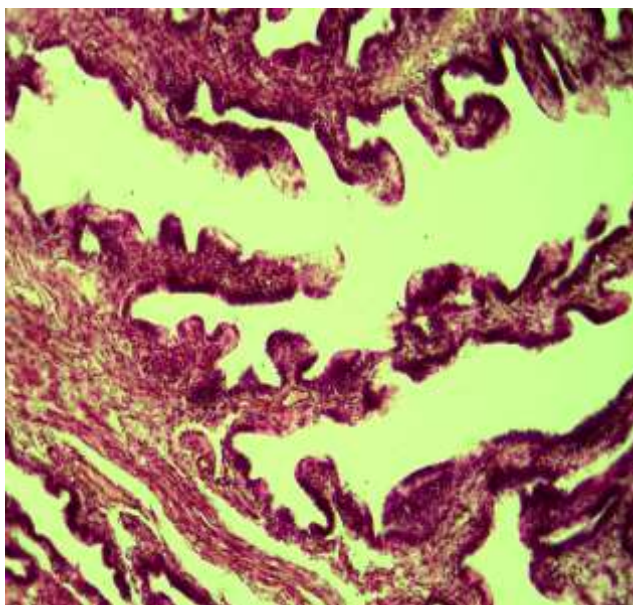


Рис.9. Серозная киста аденомы яичника сахарозная, присоски многополосные и разной длины. Краска: Г-Э. Ув: 10x10.

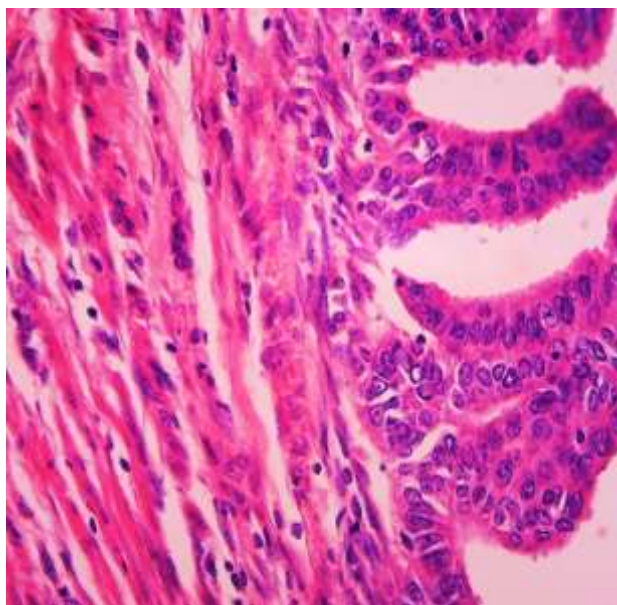


Рис.10. Серозная цистаденома состоит из дифференцированного цилиндрического эпителия.

Установлено, что присоски состоят в основном из цилиндрического эпителия, в котором интерстициальная соединительнотканная строма очень мала (см. рис. 10). Ядра эпителиальных клеток имеют округлую и овальную форму, они дефицитны по хроматину, сосредоточены только во внешних частях ядра. При микроскопическом исследовании серозных кист яичника внутренняя поверхность стенки кисты покрыта однослойным кубическим, иногда уплощенным, реже цилиндрическим эпителием. Внешний слой кисты обычно имеет твердую волокнистую структуру.

Внутренняя поверхность стенки муцинозной цистоаденомы выстлана однослойным цилиндрическим эпителием и напоминает эпителий цервикального канала. Характерной особенностью эпителия является выработка слизистого вещества - муцина. Этот муцин положительно окрашивается муцикармином, альциановым синим и реакцией ШИК. Цистаденома слизистой оболочки молочной железы иногда имеет псевдопапиллярное муцинозное строение и в половине случаев бывает двусторонней. На внутренней поверхности стенки выявляются сосательные структуры, имеющие структуру, напоминающую цветную капусту. Эпителий, покрывающий внутреннюю поверхность стенки, имеет такое же строение, как и бокаловидные клетки, клетки с удлинённым ядром (см. рис. 11).

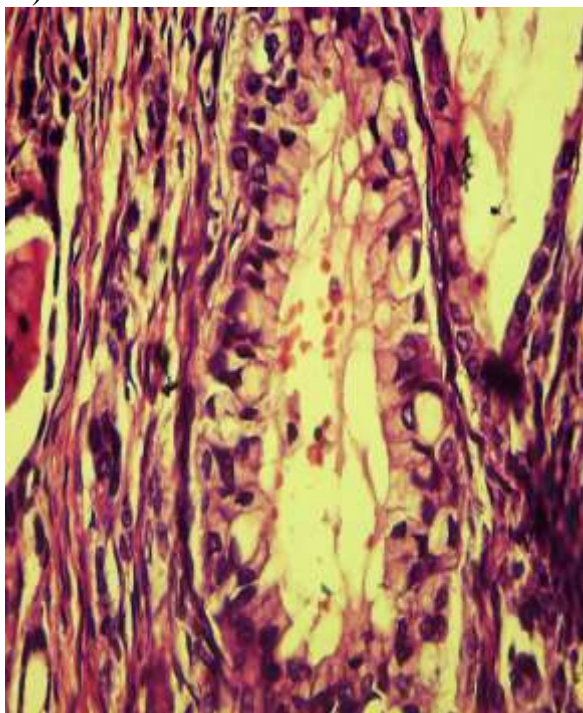


Рис. 11. Цистоаденома с муцинозом, железы и кисты покрыты одним слоем цилиндрического эпителия с внутренней поверхности. Окраска: G-Е. Ув: 10x40.

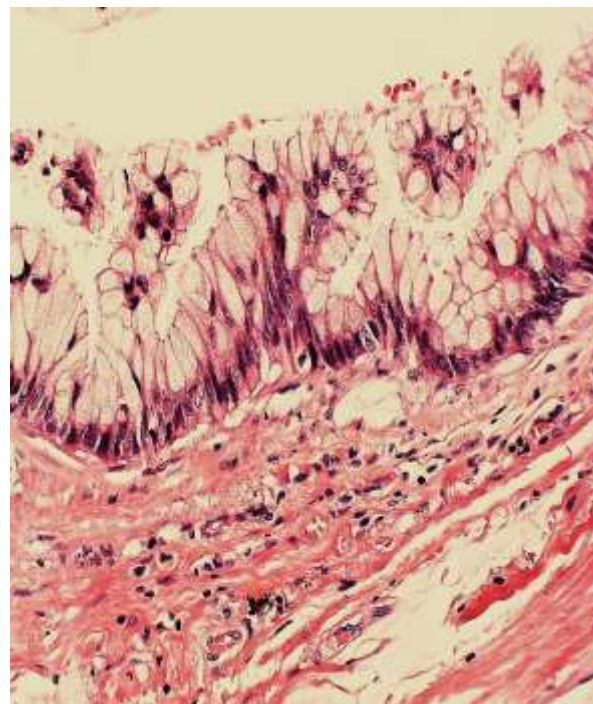


Рис. 12. Цистоаденома с муцинозом, эпителий, покрывающий железы и кисты, увеличен по форме, цитоплазма заполнена слизистым веществом. Окраска: G-Е. Ув: 10x40

При исследовании под большим микроскопом эпителиальные клетки в стенке муцинозной цистоаденомы были увеличены в размерах, так как их цитоплазма была заполнена слизью. Морфологически эпителиальные клетки

имеют высоко цилиндрическое строение, ядра расположены в базальной области, в верхней части эпителия, т.е. апикальная часть вздута из-за скопления слизи, бледная, некоторая апикальная часть разорвана и вливается в поверхностная полость слизистой оболочки (см. рис. 12.).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По результатам исследования диссертации доктора философских наук (PhD) по медицинским наукам на тему: «Особенности морфологической характеристики кистозных образований яичников» были представлены следующие выводы:

1. В динамике возрастных групп женщин было установлено, что фолликулярная киста яичника чаще всего встречалась у подростков и у девушек фертильного возраста, очень редко встречалось у женщин 50-60-лет, их было 3,6%. Заболеваемость эндометриоидными кистами наблюдалось у молодых женщин меньше, у женщин старших возрастных групп наблюдалось чаще.

2. Динамика эпителиальных опухолей кисты яичника показала, что серозная цистаденома встречается относительно редко у подростков и у девушек фертильного возраста, было подтверждено, что она встречается к 50-60 годам в 3 раза чаще. А муцинозная цистаденома, как оказалось, чаще встречается у молодых людей.

3. Было установлено, что патологические изменения в морфогенезе фолликулярной кисты яичника, такие как фиброз окружающей тека ткани, гидротация гранулезных клеток, гиалиноз базальной мембраны, фиброматоз белой мембраны, имеют большое значение. В морфогенезе кисты желтого тела основное место занимало нарушение лимфо-и кровообращения, развитие васкуляризации и появление очагов переливания крови.

4. Появление параовариальной кисты было подтверждено наличием остаточной эмбриональной ткани вокруг яичника и фаллопиевой трубы, а также ее насыщенностью жидкостью, появлением серозной полости из-за ретенции. Наличие ткани, специфичной для эктодермы, энтодермы и мезодермы, в структуре стенки дермоидной кисты подтверждает ее принадлежность к дизонтогенетическому процессу гистогенеза и морфогенезу ее появления.

**SCIENTIFIC COUNCIL ON AWARDING
THE SCIENTIFIC DEGREE DSc. 04/30.12.2019.Tib.30.03. AT
THE TASHKENT MEDICAL ACADEMY**

ANDIJAN STATE MEDICAL INSTITUTE

YAKUBBEKOVA SOKHIBAKHON SADIK KIZI

**PECULIARITIES OF MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF
CYSTIC FORMATIONS OF THE OVARIES**

14.00.15 – Pathological anatomy

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

TASHKENT – 2021

The theme of the dissertation of the Doctor of Philosophy (PhD) was registered by the Supreme Attestation Commission of the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan under B2018.1.PhD/Tib490.

The dissertation was prepared at the Andijan state medical institute.

The abstract of the dissertation was posted in three (Uzbek, Russian, English (resume)) languages on the website of the Scientific Council at (www.tma.uz) and on the website of “ZiyoNet” information-educational portal at (www.ziyo.net.uz).

Scientific adviser:

Israilov Rajabbay

Doctor of Medical Sciences, Professor

Official opponents:

Doniyar Anarboevich Nishonov

Doctor of Medical Sciences

Zhuraeva Gulbakhor Bakhshillaevna

Candidate of Medical Sciences, Docent

Leading organization:

Tashkent Pediatric Medical Institute

The defense of the dissertation will take place on « ____ » _____ 2021, at ____ at the meeting of the Scientific Council DSc.04/30.12.2019.Tib.30.03 at the Tashkent Medical Academy (Address: 100109, Tashkent city, Olmazor district, Farabi street. 2. Tel/fax: (+99878)150-78-25, e-mail: tta2005@mail.ru).

The dissertation can be reviewed in the Information Resource Centre of the Tashkent Medical Academy, (registered No. ____), (Address: 100109. Tashkent city, Olmazor district, Farabi street. 2. Tel fax: (+99878) 150-78-14).

Abstract of the dissertation sent out on « ____ » _____ 2021 year.

(mailing report №. ____ on « ____ » _____ 2021 year).

G.I. Shaykhova

Chairman of the Scientific Council awarding scientific degrees, Doctor of Medical Sciences, professor

D.Sh. Alimukhamedov

Scientific Secretary of the Scientific Council awarding scientific degrees, Doctor of Medical Sciences

A.B. Saidov

Chairman of the Scientific Seminar under the Scientific Council awarding scientific degrees, Doctor of Medical Sciences

INTRODUCTION (abstract of the PhD dissertation)

The aim of the study: is to improve the assessment of histogenesis, morphogenesis and pathomorphological changes in ovarian cystic formations depending on the age of women.

The object of the study was the biopsy materials of 1182 retention cysts of the ovaries and 310 true cystic ovarian formations, which were examined in the biopsy diagnostics department of the Republican Pathological Center for the last 10 years.

The scientific novelty of the research work is based on the following:

substantiated the role of morphogenesis of the formation of a follicular ovarian cyst, fibrosis of the surrounding tissue, hydration of granulosa cells, hyalinosis of the basement membrane, fibromatosis of the white membrane.

proved, the morphogenesis of lymphatic and circulatory disorders in the corpus luteum, the development of vascularization and the appearance of foci of hemorrhage, the formation of cysts from the corpus luteum;

proven morphogenesis of ovarian follicular epithelium, strong luteinization of cells of the internal and external tissue flow, abnormal proliferation and formation of thecalutein cysts;

it was proved that the mechanism of formation of a paraovarial cyst consists in the presence of remnants of embryonic tissue around the ovary and fallopian tube and an increase in the content of fluid in it, as well as in the formation of a serous cavity due to its retention.

Implementation of the research results. Based on scientific results obtained in assessing the morphogenesis and morphological features of ovarian cystic formations:

a methodological recommendation was developed under the title "Methods for studying the morphological structure of ovarian cysts" (conclusion of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan No. 8n-d / 158 dated May 06, 2021). The result provided an opportunity to diagnose the morphological structure and morphometric changes in the structures of the ovarian cyst, prevent the disease and improve the quality of life of patients;

The scientific results obtained in the study of morphological and morphometric changes in the structures of the ovarian cyst were applied in medical practice, including in the pathological bureaus of the Republican Center for Pathological Anatomy in Andijan, Fergana and Namangan regions (conclusion of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan No. 08-09 / 16348 dated November 03, 2021). Based on the practical application of the results obtained, morphological and morphometric changes in the structures of the ovarian cyst made it possible to systematically organize timely effective diagnosis and treatment;

The structure and volume of the dissertation. The dissertation of an introduction, five chapters, conclusion, practical advice, a list of references and applications. The volume of the thesis is 113 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; I part)

1. Исроилов Р.И., Якуббекова С.С. “Клинико-гистологическая характеристика доброкачественных образований яичников” // «ТМА Вестник» журнали. - Тошкент, 2018. – №3. – Б. 112-114. (14.00.00; №13)

2. Исроилов Р.И., Якуббекова С.С. Морфогенез и морфология фолликулярных кист яичников // Тиббиётда янги кун. Илмий – рефератив, маънавий-маърифий журнал. 2018. – № 2(22). – Б.62-64. (14.00.00; №22)

3. Исроилов Р.И., Якуббекова С.С. Тухумдон ретенцион ўсмасимон кисталари гистогенези, морфогенези ва морфологик хос белгилари // Тиббиётда янги кун. Илмий – рефератив, маънавий-маърифий журнал. 2021. – № 2. – Б.492-499. (14.00.00; №22)

4. Исроилов Р.И., Якуббекова С.С. Тухумдонларнинг оч хужайрали аденомасининг патоморфологияси // Доктор ахборотномаси – Самарканд 2021. -№1 (98).- Б.112-114. (14.00.00; №20)

5. Yakubbekova S.S., Israilov R.I., Mamarasulova D.Z., Azizov Yu.D., Inaqova Z.T. Clinical And Morphological Features And Histological Variants Of Borderline Types Of Ovarian Tumors // The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research, USA – Volume 2021. – Issue 3. – P.152-158. (Impact Factor-5,64)

6. Yakubbekova S.S., Israilov R. I., Pathomorphology of ovarular cell adenomas // Epra international journal of research and development- India – Volume 2021. – Issue 6. – P.139-142. (14.00.00; (23) SJIF – 8.013)

7. Yakubbekova S.S., Uzakova N.G., Ziyayeva S.T., Mamarasulova D.Z. Modern methods of diagnosis of various histological types of ovarian tumors // Epra international journal of multidisciplinary research–India – Volume 2021. – Issue 4. – P.55-58. (14.00.00; (23) SJIF – 8.013)

II бўлим (II часть; II part)

8. Якуббекова С.С., Турсунова Н.С. Морфологические и молекулярно-биологические характеристики пограничных опухолей яичников // Материалы XXIV Всероссийской конференции молодых учёных Актуальные проблемы биомедицины – Санкт-Петербург РИЦ ПСПбГМУ, 2018. – 269-271 стр. ISBN 978-5-88999-497-8.

9. Якуббекова С.С., Исроилов Р.И. Морфология опухолей яичников пограничного типа // Международная научно-практическая конференция Современные решения актуальных проблем – Ростов на-Дону, Республика Казахстан, 2021. – 37-38 стр.

10. Якуббекова С.С., Исраилов Р.И. Микроскопическое исследование кистозных заболеваний яичников // Инновационное развитие науки и образования – Павлодар, Республика Казахстан, 2021. – 62-63 стр.

11. Якуббекова С.С. Тухумдон кистали тузилмалари морфологик тузилишини ўрганиш усулини // Услубий тавсиянома. - Тошкент, 2021.- 20б.

Автореферат «Тошкент тиббиёт академияси ахборотномаси» журнали
таҳририятида таҳрирдан ўтказилди



MUHARRIRIYAT VA NASHRIYOT BO'LIMI

Разрешено к печати: 2 декабря 2021 года
Объем – 2,2 уч. изд. л. Тираж – 50. Формат 60x84. 1/16. Гарнитура «Times New Roman»
Заказ № 1255 - 2021. Отпечатано РИО ТМА
100109. Ул. Фароби 2, тел: (998 71)214-90-64, e-mail: rio-tma@mail.ru