

ANDIJON DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI

**O‘zbekiston Respublikasi
Sog‘liqni Saqlash vazirligi
xuzurida tashkil etilgan
Ilmiy texnik kengash raisi
Sh.K.Atadjanov**

«____» _____ 2025 y.

Nazirova Zilola Maxamadovna

**“BACHADONNING TURLI PATOLOGIYALARI BILAN OG'RIGAN
AYOLLARDA REPRODUKTIV DISFUNKTSIYANI KORREKTSIYA
QILISH”
(Monografiya)**

Andijon -2024

UDK: 618.3-06-008.6:616-06-037

Tuzuvchi:

Nazirova Z.M. ADTI “1-Akusherlik va ginekologiya” kafedrası assistenti,
tibbiyot fanlari bo‘yicha falsafa doktori PhD

Taqrizchilar:

Nasirova F.J. ADTI “1-Akusherlik va ginekologiya” kafedrası dotsenti, t.f.n.

Zakirova N.I. SamDTU 1-davolash fakulteti, 1-son akusherlik-ginekologiya
kafedrası professori, t.f.d.

АННОТАЦИЯ

Monografiyada O'zbekiston Respublikasida Ginekologik yordamni tashkil etish, endometriy giperplaziyasiga chalingan ayollarga tashxisiy yordam ko'rsatishning ambulatoriya va stasionar bosqichlari, shoshilinch yordam ko'rsatishning boshqarishning zamonaviy tamoyillari keltirilgan.

Monografiya 14.00.09 ixtisosligi bo'yicha asosiy umumiy ta'lim dasturiga (UTD) muvofiq, ushbu fanning amaldagi o'quv rejasi va "Akusherlik va ginekologiya" fanining ish dasturi asosida tayyorlangan.

Monografiya tibbiyot, Akusherlik va ginekologiya" fanini o'rganishda, umumiy tibbiyot, ginekologiya oliy o'quv yurtlari mutaxassisliklarida tahsil olayotgan talabalarga mo'ljallangan.

Monografiya davolash fakulteti 5-6 kurs talabalari, magistrLAR va klinik ordinatorlar uchun mo'ljallangan.

АННОТАЦИЯ

В монографии представлены современные принципы организации гинекологической помощи в Республике Узбекистан, амбулаторного и стационарного этапов оказания диагностической помощи женщинам с гиперплазией эндометрия, оказания неотложной помощи.

Монография подготовлена в соответствии с основной общеобразовательной программой (УТД) по специальности 14.00.09 на основе действующего учебного плана данной дисциплины и рабочей программы дисциплины "Акушерство и гинекология".

Монография предназначена для студентов, обучающихся по специальностям общей медицины, гинекологии высших учебных заведений при изучении дисциплины "медицина, Акушерство и гинекология".

Монография предназначена для студентов 5-6 курсов лечебного факультета, магистров и клинических ординаторов.

ANNOTATION

The monograph presents modern principles of organization of gynecological care in the Republic of Uzbekistan, outpatient and inpatient stages of providing diagnostic care to women with endometrial hyperplasia, emergency care.

The monograph was prepared in accordance with the basic general education program (UUD) in the specialty 14.00.09 on the basis of the current curriculum of this discipline and the work program of the discipline "Obstetrics and Gynecology".

The monograph is intended for students studying in the specialties of general medicine, gynecology of higher educational institutions while studying the discipline "medicine, Obstetrics and gynecology".

The monograph is intended for 5-6-year students of the Faculty of Medicine, masters and clinical residents.

SHARTLI QISQARTMALAR:

AB – arterial bosim

AEG-atipik Endometriy giperplaziya

Alt – alaninaminotransferaza

Ast – aspartataminotransferaza

AQTPV – aktivlashgan qisman tromboplastin vaqt

BDQK- bachadondan disfunktsional qon ketish

BIT- bachadon ichi tizim

DGAS-degidroepiandrosteron sulfat

EG-Endometriy giperplaziya

EGJ-endometriyning giperplastik jarayoni

EKG-elektrokardiogramma

EO'O- epiteliya o'sish omili

EST-eritrotsitlar cho'kish tezligi

ETBA-endometriyning termal balonli ablasiyasi

FSG follikulani stimullovchi gormon

GG-glandular giperplaziya

GKG-glandular-kist giperplaziyasi

GAT-gormonlarni almashtirish terapiyasi

GnG-gonadotropin gormon

GS-gisteroskopiya

JSBG-jinsiy steroidlarni bog'laydigan globulin

KGK-kombinatsiyalangan gormonal kontratseptivlar

KOK- kombinatsiyalangan og'iz kontratseptivlari

KUEGS-kontrastli ultratovushli ekogisteroskopiya

KXT-kasalliklarning xalqaro tasnifi

RSSM-reproduktiv salomatlikni saqlash markazi

LG-luteinlashtiruvchi gormon

TAYaK-tos a'zolarining yallig'lanish kasalliklari

TTG-tireotrop gormon

UTT-ultratovush tekshiruvi

VMK-bachadon ichi kontratseptiv vositasi

MUNDARIJA

KIRISH.....	14
I BOB. BACHADON BILAN BOG'LIQ MUAMMOLARI BOR AYOLLAR MUAMMOLARIGA GA ZAMONAVIY QARASHLAR.....	22
1.1. Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometritning umumiy tushunchasi.....	22
1.2. Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometrit patologiyaning patomorfologiyasi va tasnifi.....	25
1.3. Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometrit jarayonlarning patogenetik asoslari.....	28
1.4. Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometritning klinik ko'rinishlari va differentsial diagnostikasi.....	37
1.5. Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometrit patologik transformatsiyasining Gisteroskopik belgilari.....	39
1.6. Endometriy giperplaziyasiga chalingan bemorlarni olib boorish taktikasi.....	48
1.7. Endometriy giperplastik jarayonlarni oldini olish choralari.....	52
II BOB. ENDOMETRIY GIPERPLAZIYASIGA CHALINGAN AYOLLARNING TASHXISLASH NATIJALARI TAXLILI.....	59
2.1. Endometriyning giperplastik jarayonlarida tashxislash.	59
2.2. Zamonaviy tashxislash natijalarini baholash.....	64
2.3. Endometriyning giperplastik jarayonlarida bachadon ichi o'zgarishlarini tekshirish.....	70
2.4. Endometriyal giperplastik jarayonlarni kompleks tashxislashda ekografiyaning ahamiyati.....	83
III BOB. ENDOMETRIY GIPERPLASTIK JARAYONLARGA EGA AYOLLARGA TIBBIY YORDAM KO'RSATISH.....	94
3.1. Endometriy giperplastik jarayonlarga ega ayollarga davolash algoritmini ishlab chiqish.....	94

3.2. Endometriyal patologiyasi bo'lgan peri va postmenopozalal ayollarni boshqarishning diagnostikasi, differentsial diagnostikasi va taktikasi bo'yicha zamonaviy adabiyotlar ma'lumotlari.,,.....	101
3.3. Endometriyal patologiyasi bo'lgan peri va postmenopozalal ayollarni xususiy tekshiruv ntijalari.....	108
3.4. Endometriyal giperplastik jarayonlar bilan bemorlarni tekshirish.....	110
3.5. Endometriyal giperplastik jarayonlar bilan bemorlarni boshqarish.....	113
3.6. Endometriyal giperplastik jarayonlar bilan og'rigan bemorlarni davolash.....	114
3.7. Endometriyal giperplaziyaning atipik shakli bo'lgan bemorlarni davolash.....	116
3.8. Dispanserni kuzatish tizimi.....	117

IV BOB. ENDOMETRIY GIPERPLASTIK JARAYONLARNING

TAKRORLANISHINING OLDINI OLISH VA ENDOMETRIY

GIPERPLASTIK JARAYONNI BOSHDAN KECHIRGAN

REPRODUKTIV YOSHDAGI BEMORLARNI REABILITATSIYA

QILISH.....119

4.1. Endometriy giperplastik jarayonlarini oldini olishning zamonaviy imkoniyatlari.....	119
4.2. Endometriy giperplaziyasiga chalingan davolash choralari.....	123
4.3. Turli yoshdagi ayollarda Endometriy biopsiyasida kompleks davolash usullari.....	129
4.4. Endometriy giperplaziyasiga chalingan bemorlarda rehabilitasiya va davolash natijalarini baholash.....	133
XULOSA.....	142
FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO'YXATI.....	150

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	14
ГЛАВА I. СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ПРОБЛЕМЫ ЖЕНЩИН С ПРОБЛЕМАМИ МАТКИ.....	22
1.1. Общее понятие эндометрита у женщин репродуктивного возраста.....	22
1.2. Патоморфология и классификация патологии эндометрита у женщин репродуктивного возраста..	25
1.3. Патогенетические основы эндометритных процессов у женщин репродуктивного возраста.....	28
1.4. Клинические проявления и дифференциальная диагностика эндометрита у женщин репродуктивного возраста.....	37
1.5. Гистероскопические признаки патологической трансформации эндометрита у женщин репродуктивного возраста.....	39
1.6. Тактика ведения больных гиперплазией эндометрия.....	48
1.7. Меры профилактики гиперпластических процессов эндометрия.....	52
ГЛАВА II. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ДИАГНОСТИКИ ЖЕНЩИН С ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ.....	59
2.1. Диагностика при гиперпластических процессах эндометрия.....	59
2.2. Оценка результатов современной диагностики.....	64
2.3. Исследование внутриматочных изменений при гиперпластических процессах эндометрия.....	70
2.4. Значение эхографии в комплексной диагностике гиперпластических процессов эндометрия.....	83
ГЛАВА III. ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ С ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ	

ПРОЦЕССАМИ ЭНДОМЕТРИЯ.....	94
3.1. Разработка алгоритма лечения женщин с гиперпластическими процессами эндометрия.....	94
3.2. Данные современной литературы по диагностике, дифференциальной диагностике и тактике ведения Пери-и постменопаузальных женщин с патологией эндометрия.....	101
3.3. Результаты частного обследования Пери-и постменопаузальных женщин с патологией эндометрия.....	108
3.4. Обследование больных с гиперпластическими процессами эндометрия.....	110
3.5. Ведение пациентов с гиперпластическими процессами эндометрия.....	113
3.6. Лечение больных с гиперпластическими процессами эндометрия.....	114
3.7. Лечение пациентов с атипичной формой гиперплазии эндометрия.....	116
3.8. Система диспансерного наблюдения.....	117
ГЛАВА V. ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ЭНДОМЕТРИЯ.....	119
5.1. Современные возможности профилактики гиперпластических процессов эндометрия.....	119
5.2. Лечебные мероприятия при гиперплазии эндометрия.....	123
5.3. Комплексные методы лечения при биопсии эндометрия у женщин разного возраста.....	129
5.4. Оценка результатов реабилитации и лечения пациентов с гиперплазией эндометрия.....	133

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	142
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	150

CONTENTS

INTRODUCTION.....	14
CHAPTER I. MODERN VIEWS ON THE PROBLEMS OF WOMEN WITH UTERINE PROBLEMS.....	22
1.1. The general concept of endometritis in women of reproductive age.....	22
1.2. Pathomorphology and classification of endometritis pathology in women of reproductive age.....	25
1.3. Pathogenetic bases of endometritic processes in women of reproductive age.....	28
1.4. Clinical manifestations and differential diagnosis of endometritis in women of reproductive age.....	37
1.5. Hysteroscopic signs of pathological transformation of endometritis in women of reproductive age.....	39
1.6. Tactics of management of patients with endometrial hyperplasia.....	48
1.7. Measures for the prevention of endometrial hyperplastic processes.....	52
CHAPTER II. ANALYSIS OF DIAGNOSTIC RESULTS OF WOMEN WITH ENDOMETRIAL HYPERPLASIA.....	59
2.1. Diagnosis of endometrial hyperplastic processes.....	59
2.2. Evaluation of the results of modern diagnostics.....	64
2.3. Study of intrauterine changes in endometrial hyperplastic processes.....	70
2.4. The importance of echography in the complex diagnosis of endometrial hyperplastic processes.....	83
CHAPTER III. PROVIDING MEDICAL CARE TO WOMEN WITH ENDOMETRIAL HYPERPLASTIC PROCESSES.....	94
3.1. Development of an algorithm for the treatment of women with endometrial hyperplastic processes...	94

3.2. The data of modern literature on the diagnosis, differential diagnosis and management tactics of Peri- and postmenopausal women with endometrial pathology.....	101
3.3. Results of a private examination of Peri and postmenopausal women with endometrial pathology..	108
3.4. Examination of patients with endometrial hyperplastic processes.....	110
3.5. Management of patients with endometrial hyperplastic processes.....	113
3.6. Treatment of patients with endometrial hyperplastic processes.....	114
3.7. Treatment of patients with atypical endometrial hyperplasia.....	116
3.8. Dispensary monitoring system.....	117
 CHAPTER IV. PREVENTION OF RELAPSES OF ENDOMETRIAL HYPERPLASTIC PROCESSES AND REHABILITATION OF PATIENTS OF REPRODUCTIVE AGE WHO HAVE UNDERGONE ENDOMETRIAL HYPERPLASTIC PROCESS	
5.1. Modern possibilities of prevention of endometrial hyperplastic processes.....	119
5.2. Therapeutic measures for endometrial hyperplasia.....	123
5.3. Complex methods of treatment for endometrial biopsy in women of different ages.....	129
5.4. Evaluation of the results of rehabilitation and treatment of patients with endometrial hyperplasia.....	133
CONCLUSION.....	142
LIST OF USED LITERATURE.....	150

SO'Z BOSHI

Mamlakatimizda so'nggi yillarda onalar va bolalar salomatligini muhofaza qilish hamda aholining reproduktiv salomatligini yanada mustahkamlash borasida keng qamrovli tadbirlar amalga oshirilmoqda. Xususan, 2017 — 2022 yillarda onalar o'limi ko'rsatkichi 1,5 baravarga, go'daklar o'limi esa 1,3 baravarga kamayishiga erishildi.

Mamlakatimizda reproduktiv yoshdagi ayollar, homiladorlar va bolalar salomatligini saqlash masalasiga jiddiy e'tibor berilmoqda.

Bu borada Prezidentimizning 2019 yil 8 noyabrdagi "reproduktiv yoshdagi ayollar, homiladorlar va bolalarga ko'rsatiladigan tibbiy yordam sifatini oshirish va ko'lamini yanada kengaytirish to'g'risida"gi qarori muhim dasturilamal bo'ldi.

Mazkur qaror ijrosi doirasida Respublika aholi reproduktiv salomatlik markazi Andijon viloyat hududiy bo'limi tomonidan keng ko'lamli ishlar amalga oshirilmoqda.

Bo'lim xodimlari, viloyat davolash profilaktika muassasalari, Andijon shahar, va tumanlar tibbiyot birlashmalarining shifokorlari bilan hamkorlikda doimiy ravishda mahallalarda tibbiy ko'rik va sayyor qabullar tashkil etib kelmoqda. Tibbiy ko'rik natijasida sog'lig'ida muammosi bor homilador va fertil yoshdagi ayollar viloyat va tuman darajasidagi shifoxonada stasionar sharoitda davolanish uchun yo'llanmalar berilmoqda.

Shuningdek, bo'lim xodimlari tomonidan doimiy ravishda maktab, mahalla, oliy va o'rta maxsus ta'lim muassasalarida qizlar o'rtasida sog'lom turmush tarzini shakllantirish maqsadida o'smir qizlar orasida kiyinish madaniyati, gigiena qoidalari, normal xayz tsikli, shuningdek, "erta turmushning salbiy oqibatlari" mavzularida davra suhbatlari o'tkazilmoqda.

KIRISH

Ayollarda tos a'zolarining yallig'lanish kasalliklari, xususan endometrit muammosi butun dunyo bo'ylab ginekologik amaliyotning eng muhim muammolaridan biri bo'lib qolmoqda. Hozirgi vaqtda bu muammo turli xil intrauterin manipulyatsiyalarning kengayishi, abortlar sonining ko'payishi, intrauterin kontratsepsiya vositalaridan foydalanish, shuningdek jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklarning ko'payishi tufayli endometrit chastotasining ko'payishi tufayli o'z ahamiyatini yo'qotmadi. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti (JSST) ma'lumotlariga ko'ra, "...surunkali endometritga (UE) alohida e'tibor uning ayollarning reproduktiv tizimiga keng ta'siri bilan bog'liq bo'lib, har yili ginekologik yallig'lanish kasalliklarining chastotasi ikki baravar ko'payadi va rivojlanmagan homiladorlik darajasi 7% yoki undan ko'p...» 1.. Hozirgi vaqtda onaning sog'lig'i, perinatal yo'qotishlarni kamaytirish, xavf guruhlarini o'z vaqtida aniqlash, prognoz mezonlarini ishlab chiqish, kasallikni davolash va oldini olish akusherlik amaliyotining eng muhim masalalaridan biridir.

Dunyoda kasallikni erta aniqlash, bashorat qilish, xavf omillarini aniqlash va Endometriyal shikastlanish bilan bog'liq reproduktiv tizim kasalliklarini samarali davolash usullarini ishlab chiqishga qaratilgan bir qator ilmiy tadqiqotlar olib borilmoqda. Shu munosabat bilan, immunitet tizimining buzilishi va reproduktiv tizimning surunkali yallig'lanish kasalliklarida gemostaz holati bo'lgan ayollarda surunkali endometrit asoratlarini o'z vaqtida tashxislash, davolash va oldini olish bo'yicha chora-tadbirlar majmuini takomillashtirishga qaratilgan ilmiy tadqiqotlar alohida ahamiyatga ega.

Ko'pincha meno-va metror-ragiya kuzatilishi mumkin, bu surunkali yallig'lanish jarayoni tufayli bachadon shilliq qavatidagi tsiklik jarayonlarning buzilishi va qon tomir devorining o'tkazuvchanligiga asoslangan. Shuningdek, bemorlar qorinning pastki qismidagi og'riqlar, jinsiy aloqa bilan bog'liq og'riqlar, seroz va yiringli oqindi haqida shikoyat qilishlari mumkin. Ayollarning katta qismi kontsepsiya muammolari tufayli mutaxassisdan yordam so'raydi. UE holatlarining yarmidan ko'pida tashvish va depressiv spektrning buzilishi borligi ko'rsatilgan.

O'chirilgan simptomatologiya, o'z vaqtida va ba'zan noto'g'ri tashxis qo'yish kabi jihatlar davolanishning kech boshlanishiga yoki irratsional terapiyani tayinlashga olib kelishi mumkin. Bemorlarni keng qamrovli tekshirish, shu jumladan zamonaviy laboratoriya va instrumental usullardan foydalanish Xeni yanada samarali tanib olish va unga qarshi kurashish imkonini beradi. Patogenni aniqlash va aniqlash uchun mikroskopik, bakte-Rio va virusologik usullar qo'llaniladi, material sifatida Endometriyal qirib tashlash, qin va bachadon bo'yni kanalining ajralishi olinadi. Shu bilan birga, tashxisning asosiy va eng informatsion usuli endometriumni morfologik tekshirishdir. Limfoid hujayralar ustunlik qiladigan yallig'lanish infiltratlarini aniqlash xarakterlidir.

Ko'pincha kasallikning uzoq davom etishi bilan stromada fibroz o'choqlari, qon tomir devorlarining sklerozi ko'rinishidagi o'zgarishlar qayd etiladi. Surunkali endometritda immunohistokimyoviy belgilarni aniqlash tashxisni tasdiqlashga imkon beradi: CD 68, CD 138, Ki-67-proliferatsiya jarayonlarining ko'rsatkichi, Syndecan-1, B-limfotsitlar differentsiatsiyasining keyingi bosqichlarida namoyon bo'ladi va neovaskulyarizatsiya, neoplazma va hujayra bo'linishi jarayonlarida ishtirok etadi. Shuningdek, tadqiqotda III va IV turdagi kollagenning ko'payishini aniqlash mumkin [2].

Gisteroskopiya kabi diagnostika texnikasi endometriumning notekis qalinligini, Polipoid o'sishini, qon tomirlarining to'liq qon ketishini, nuqta xarakteridagi qon ketishini aniqlashga imkon beradi, taxminan 10% hollarda fokal gipertrofiya kuzatilishi mumkin [3].

Siklning birinchi va ikkinchi yarmida ultratovush tekshiruvini o'tkazish tavsiya etiladi, 5-7 va 17-21 kunlar maqbul vaqt hisoblanadi. Ushbu usulning asosiy afzalligi uning soddaligi va Nein-vazivligi. Surunkali yallig'lanish belgilari ekogenlikning oshishi va endometriumning notekis tuzilishi, tomirlarning kengayishi bo'lishi mumkin. Uzoq kurs bilan ba'zida atrofik o'zgarishlar kuzatiladi. Shuni esda tutish kerakki, u bilan bo'linish jarayonlari, hujayralar neoplazmasi va ularning dasturlashtiriladigan o'limi o'rtasida muvozanat buziladi, natijada patologik ko'payish ham, bachadon shilliq qavatining atrofiyasi ham bo'lishi mumkin.

Jinsiy gormonlar kontsentratsiyasini aniqlash va umuman bemorning gormonal holatini baholash terapiya hajmini aniqlashga yordam beradi.

Xe ning etiologiyasi va patogenezi haqida gapirganda, shuni ta'kidlash kerakki, ko'pincha patologiyaning asosiy tabiati mavjud. Bunday holda, yuqumli agent bachadon bo'shlig'iga kirib, endometriumga kiritiladi va yallig'lanish reaksiyasi rivojlanadi. 5% dan ko'p bo'lmagan hollarda infektsiya tanadagi uzoq o'choqlardan qon va limfa oqimi bilan o'tadi (ikkilamchi SE) [4].

Endometritning eng keng tarqalgan patogenlari bakterial flora (*M. tuberculosis*, *T. pallidum*, *N. gonorrhoeae*), viruslar (*Herpesviridae*, *Enterovirus*), zamburug'lar (xususan, *Candida jinsi*), xlamidiya, mikoplazma. Agar ma'lum bir yuqumli agentni aniqlash mumkin bo'lmasa, u o'ziga xos emas, bu ko'pincha ektopik kontratseptivlarni uzoq muddat qo'llash bilan, shuningdek bakterial vaginoz bilan kuzatiladi. Anaerob flora — bakteroidlar, enterokokklar va boshqalar yallig'lanishning sababi sifatida muhim rol o'ynaydi. SElarni o'rganishda kamdan-kam hollarda bitta sababchi mikroorganizmni aniqlash mumkin, ko'pincha ularning birlashmalari aniqlanadi, asosan virus va bakteriyalar tandemi mavjud [5].

Mikroorganizm endometriumga kirgandan so'ng, yallig'lanish o'chog'i hosil bo'ladi, biologik faol moddalarni chiqaradigan neyetrofillar va makrofaglar faollashadi, buning natijasida mikrosir-kulyatsion kanalda qon oqimi buziladi, gemoreologiya o'zgaradi. Ishemiya va gipoksiya paydo bo'ladi, oksidlovchi stress rivojlanadi. O'sish omillari qon tomirlarining neoplazmasiga, proliferativ jarayonlarning faollashishiga yordam beradi, bu esa fibroblastlar faolligining oshishiga va biriktiruvchi to'qima tarkibiy qismlarining sinteziga olib keladi. Endotelial o'sish omillari endotelial hujayra proliferatsiyasining kuchayishi va qon tomir devorlarining o'tkazuvchanligining oshishi uchun javobgardir, bu esa bachadondan qon ketishiga asos bo'lishi mumkin [6].

Ammo, aksariyat tadqiqotchilarning fikriga ko'ra, yuqumli agent surunkali endometrit rivojlanishida faqat qo'zg'atuvchi omil hisoblanadi. Kelajakda mikroorganizmning uzoq davom etishi bilan bachadon shilliq qavati hujayralarining antijenik tuzilishi o'zgaradi. Shunday qilib, otoimmun jarayon boshlanadi,

kechiktirilgan turdagi yuqori sezuvchanlik turiga qarab reaksiya paydo bo'ladi, avtoagressiv antikorlar paydo bo'ladi, ular nafaqat patologik jarayon tufayli o'zgargan Endometriyal hujayralarga, balki sog'lom to'qimalarga ham zarar etkazadi. Shunday qilib, mahalliy immunitetning pasayishi va pastligini hisobga olgan holda, shuningdek, otoimmun reaksiyalarning rivojlanishi mavjud, patogen shunchaki o'z ahamiyatini yo'qotadi va rivojlangan surunkali yallig'lanish asosan bachadon ichki membranasining hujayralariga avtoagressiya tufayli saqlanib qoladi; bu holda opportunistik floraning ahamiyati oshadi [7].

Shuni unutmangki, bu kasallik tashxis qo'yilgan, ko'pincha kech aniqlanadi, shuning uchun patologik jarayonning uzoq davom etadigan holatlari tez-tez uchraydi, bunda endometriumda ikkilamchi tabiatdagi o'zgarishlar allaqachon paydo bo'ladi. Xususan, mikrotrombozlar, qon tomirlari devorlarining sklerotik o'zgarishi, stromaning fibrozi va sklerozi va, albatta, retseptorlari apparatining buzilishi bilan bog'liq bo'lgan bachadon tomirlaridagi gemodial Namik kasalliklar. Yallig'lanishga qarshi va yallig'lanishga qarshi omillar o'rtasida muvozanat buziladi, qotil faolligi bo'lgan hujayralar miqdori ko'payadi, retseptorlarning progesteronga sezgirligi buziladi, natijada bachadon shilliq qavatining sekretor o'zgarishi va umuman tsiklik jarayonlar o'zgaradi [8].

Odatda, homiladorlik paytida endometriumda pinopodiya deb ataladigan maxsus organellalar paydo bo'ladi, ma'lum peptidlar va oqsillarning ifodasi kuzatiladi; SE bilan bu jarayonlar patologik o'zgarishlarga uchraydi va retseptivlik, ya'ni implantatsiya qobiliyati buziladi. Birgalikda yuqorida tavsiflangan jarayonlar bepushtlikning rivojlanishiga olib keladi va agar homiladorlik hali ham ro'y bergan bo'lsa, bachadon shilliq qavatining o'zida va qon tomir tizimida sezilarli tarkibiy o'zgarishlar uteroplental qon oqimining buzilishiga, platsenta etishmovchiligiga va homiladorlikning erta yo'qolishiga olib kelishi mumkin.

SEning og'ir oqibatlar ayolning reproduktiv salomatligiga katta zarar etkazadi, bu esa shtatdagi demografik vaziyatga ta'sir qilishi mumkin emas. Shu sababli, bugungi kunga qadar terapiyaning yangi samarali usullari izlanmoqda va ushbu muammoga katta e'tibor berilmoqda [9].

Bugungi kunga kelib, endometritni davolashda ikki bosqichli yondashuv mavjud. Birinchi bosqichning asosiy vazifasi yuqumli agentni, ya'ni etiologik omilni yo'q qilishdir. Bunday holda, antibakterial yoki antiviral preparatlar qo'llaniladi. Antibiotikli rapiya uchun bir nechta nuqtai nazar mavjud. Ba'zi mualliflar antibiotiklarni (AB) faqat jarayonning kuchayishi bilan qo'llash kerak, deb hisoblashadi, boshqalari etiotropik terapiya jarayonning faolligidan qat'i nazar amalga oshirilishi kerak va davolanishning asosiy bo'g'inlaridan biri deb hisoblashadi. Shu bilan birga, bemor uchun foyda va zararning nisbatlarini hisobga olish juda aniq, chunki AB dan asossiz foydalanish normal mikrofloraning buzilishiga, yuqumli jarayonning kuchayishiga va superinfektsiyaning rivojlanishiga olib kelishi mumkin. AB ni tanlash antibiotik terapiyasining asosiy tamoyillariga tayanib amalga oshiriladi.

Birinchidan, patogenni aniqlash va uning antibiotiklarga sezgirligini aniqlash kerak, bu davolash samaradorligini sezilarli darajada oshiradi. Ba'zi hollarda keng spektrli dorilar yordamida empirik terapiya o'tkazish mumkin. Muhim jihat-bu antibiotik terapiyasining davomiyligi, shuningdek preparatning mumkin bo'lgan o'zgarishi, chunki davolanish paytida endometrit bilan asosiy etakchi mikrobo omilini boshqasiga, asosan shartli patogenlarga almashtirish odatiy holdir.

Albatta, antibiotik terapiyasining samarasizligi bilan, ko'pincha SE rivojlanishida mikroorganizmlar assotsiatsiyasi mavjudligini unutmaslik kerak, xususan, bugungi kunda viruslar etiologik omil sifatida tobora ko'proq harakat qilmoqda. Shuning uchun kompleks va har tomonlama yondashuv zarurligini yana bir bor ta'kidlash lozim [10].

Bachadon shilliq qavatining surunkali yallig'lanishini davolashning ikkinchi bosqichi endometriumning normal morfologik va funktsional holatini tiklashni o'z ichiga oladi. Bu juda qiyin vazifa. Fibrotik va sklerotik jarayonlarga ta'sir qilish, bachadon tomirlarida normal gemodinamikani tiklash, endometrium retseptorlari apparatining etarli faolligi va faoliyatini tiklash kerak.

SE bilan tomirlarda aniq patologik o'zgarishlar, shu jumladan angio-arxitektonikaning buzilishi, arteriya devorlarining sklerozi va ularning lümeninin

torayishi sodir bo'lganligi sababli, Endometriyal perfuziya va uning ishemiyasining buzilishi tabiiy ravishda rivojlanadi. Ushbu jarayonlarga ta'sir qilish uchun dori-darmonlarni davolash va fizioterapevtik usullar qo'llaniladi [11]. Metabolik jarayonlarga (antioksidantlar, vitaminlar) ta'sir ko'rsatadigan vositalar qo'llaniladi, bu reproduktiv kasalliklarga chalingan va endometriumning normal retseptivligini tiklashga muhtoj ayollar uchun ayniqsa muhimdir.

Fizioterapevtik usullar, xususan, elektr impuls terapiyasi, magnit maydonga ta'sir qilish, supratonal chastota oqimlari va interferentsiya oqimlari tos tomirlarida gemodinamikani yaxshilashga yordam beradi, venoz chiqishni normallashtiradi va bachadon shilliq qavatining retseptorlari apparatiga ogohlantiruvchi ta'sir ko'rsatadi. SE kompleks davolashda fizioterapiya qo'llanilganda, ta'sirning ta'siri kuzatiladi, shuning uchun davolanish samaradorligini 2 oydan kechiktirmay baholash tavsiya etiladi.

Tadqiqot natijalariga ko'ra L.V.Borovkova, uning maqsadi pregravidar tayyorgarlik bosqichida SE ni davolashda elektromagnit terapiyaning samaradorligini baholash edi, ushbu turdagi fizioterapevtik ta'sirdan foydalanganda homiladorlik foizi va uning ijobiy natijalari ko'payganligi ko'rsatildi [12].

SE bilan, shuningdek, past chastotali elektr impulslarining ko'p sonli retseptorlari (paravertebral mintaqa, spinous jarayonlar, yuz va boshqalar) bo'lgan ma'lum teri zonalariga ta'sir qilishdan iborat bo'lgan terapiyasi O'O'BENRT(o'z-o'zini boshqaradigan energiya-neuroadaptiv regulyator yordamida terapiya) kabi samarali texnologiyalardan foydalanish mumkin. Ushbu turdagi terapiya ikkita komponentga asoslangan. Birinchidan, signal Markaziy asab tizimining umumiy reaksiyasining paydo bo'lishiga yordam beradi, bu korteks va gipotalamus reaksiyasining faollashishi va paydo bo'lishida namoyon bo'ladi.

Shu bilan birga, ichki organlardan miyaning kortikal qismiga ma'lumot uzatish jarayoni osonlashadi, Markaziy asab tizimining asosiy bo'limlarini yuqorida joylashgan bo'limlar bilan muvofiqlashtirish tizimi yoqiladi, bu esa tananing o'z-o'zini davolash jarayonining boshlanishiga olib keladi. O'O'BENRT terapiyasining ikkinchi tarkibiy qismi teri-visseral reflekslarning faollashuvidir, bu ma'lum bir

ta'sirlangan organdan asab tizimining Markaziy qismlariga, xususan, korteksga signal oqimining oshishiga olib keladi. Tadqiqot natijalariga ko'ra, elektr impulsli terapiyadan foydalanish SEda immunitet buzilishlarini tuzatishga va davolanishning umumiy samaradorligini oshirishga imkon berdi [13, 14].

T.M. Motovilova SE uchun polivalent piobacteriofag va infraqizil lazerdan birgalikda foydalanishni taklif qiladi. Ushbu turdagi terapiyaning afzalliklari maksimal va samarali mahalliy ta'sir va istalmagan tizimli reaksiyalarning yo'qligi. Ikkala omil ham bir-birining ta'sirini kuchaytiradi, natijada antibakterial ta'sirga, gemodinamikani normallashtirishga, endometriumdagi metabolik jarayonlarga erishiladi [15].

SE uchun kombinatsiyalangan davolash usullaridan ozon va bakteriof - goterapiyadan foydalanish ham e'tiborga loyiqdir. G.O.Grechkan-Vim va T. M. Motovilova tomonidan olib borilgan tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, ushbu terapiya sezilarli klinik ta'sirga ega va endometriumni tozalashga, qin mikroflorasini normallashtirishga yordam bergan [16].

O.A. Zalivina Xeda efferent va limfotrop terapiya samaradorligini ko'rsatdi. Davolash kursidan keyin klinik tiklanish bemorlarning 80% dan ortig'ida kuzatilgan. Muhim de-toksikatsiya va immunokorrigatsiya ta'siri aniqlandi [17].

SE bilan fibrotik va sklerotik jarayonlar muhim o'rin tutganligi sababli, samarali dorilar va ta'sir qilish usullarini izlash davom etmoqda. Turli xil fermentlar, masalan, gialuro-nidaza ishlatiladi, ammo ingibitorlarning ta'siri tufayli uning faolligi juda past. Yaqinda gialuronidaza konjugati va yuqori polimer tashuvchisi bo'lgan longidaza preparati yaratildi; ushbu aloqa tufayli moddaning barqarorligi va yuqori fermentativ faollik ta'minlanadi.

SEni davolashning yana bir muhim jihati bu qin mikroflorasini normallashtirishdir. Shu maqsadda mahalliy dorilar, eubiotiklar, probiyotiklar qo'llaniladi.

Hozirgacha munozaralar va munozaralar mavzusi tsiklik gormon terapiyasini qo'llashdir. Ba'zi ekspertlarning fikriga ko'ra, gormonlardan foydalanish

SE ni davolash gipotalamus-gipofiz-tuxumdon o'qidagi aloqa va munosabatlarni normallashtirishga va endometriumdagi tsiklik jarayonlarni tiklashga imkon beradi. Boshqalar esa, he uchun gormon terapiyasi faqat jinsiy bezlarning aniqlangan gipofunktsiyasi yoki surunkali anovulyatsiya holatida maqsadga muvofiq ekanligiga aminlar [18].

Shubhasiz, surunkali endometrit-bu diqqat bilan e'tibor talab qiladigan patologiya. Eng muhim jihat-samarali va zamonaviy terapiyani o'z vaqtida tashxislash va tayinlash [19]. Mutaxassislarning ehtiyotkorligi, bemorlarni batafsil va har tomonlama tekshirish jiddiy asoratlarning rivojlanishiga to'sqinlik qiladi va ayolning reproduktiv salomatligini saqlaydi.

I BOB. BACHADON BILAN BOG'LIQ MUAMMOLARI BOR AYOLLAR MUAMMOLARIGA GA ZAMONAVIY QARASHLAR.

1.1. Reproktiv yoshdagi ayollarda endometritning umumiy tushunchasi.

Hozirgi vaqtda zamonaviy akusherlikning asosiy vazifalaridan biri reproduktiv yo'qotishlarni kamaytirish, reproduktiv yo'qotishlarga olib keladigan kasalliklarning oldini olish, tashxislash va davolashdir [7,11,13]. Kerakli homiladorlik davrida ko'plab ayollarda allaqachon turli xil yashirin shakllar va aniq ginekologik kasalliklar mavjudligi aniqlandi, ulardan biri 80-90% hollarda endometrit [33], endometrioza – 10%, bepustlik – 10% [14,4], bu turli bosqichlarda homiladorlikning yo'qolishiga olib keladi. Bu uchta homiladorlikning ikkitasida asosiy sabab bo'lgan endometrit ekanligi aniqlandi [5]. Homiladorlikning odatdagi yo'qolishi bilan uning aloqasi shubhasizdir [36]. Shuning uchun homiladorlikning bunday yo'qotishlarini endometrit va muvaffaqiyatsiz homiladorlikka olib keladigan sabablar nuqtai nazaridan emas, balki homiladorlikning turli bosqichlarida homila o'limiga olib keladigan tananing etiologiyasi va patogenezini o'rganish nuqtai nazaridan ko'rib chiqish kerak. Ushbu pozitsiyadan u tushishning asosiy etiologik omillaridan biri bo'lib qolmoqda [5,19,37]. Bugungi kunda surunkali endometritning keng tarqalishi kasallikning ko'plab xavf omillari mavjudligi bilan izohlanishi mumkin. O'tkir tug'ruqdan keyingi va Abortdan keyingi endometritlarning oqibatlari va asoratlari, intrauterin manipulyatsiyalarning keng qo'llanilishi (histeroskopiya, Endometriyal biopsiya, histerosalpingografiya, yordamchi reproduktiv texnologiyalar dasturlari bilan bog'liq manipulyatsiyalar va boshqalar), uzoq vaqt davomida intrauterin vositalardan foydalanish ham xavf omillari bo'lishi mumkin. istalmagan homiladorlikdan himoya qilish, to'sa zolarining yallig'lanish kasalliklarining o'tkir va yashirin shakllari, jinsiy yo'l bilan yuqadigan infektsiyalar sonining ko'payishi, vaginal va bachadon bo'yni infektsiyalari sonining ko'payishi [28,42]. Surunkali endometrit - bu asosan tug'ish davridagi ayollarning kasalligi (25-35 yoshda, UE bo'lgan ayollar 98% gacha), shuning uchun bu kasallik bemorlarning reproduktiv tizimiga katta ta'sir ko'rsatishiga e'tibor berish kerak. Shuning uchun ushbu

patologiyani o'rganish uchun reproduktiv funktsiyasi buzilgan ayollarda Xe chastotasi va paydo bo'lishi to'g'risida adabiy ma'lumotlar zarur. Masalan, birlamchi yoki ikkilamchi bepustlik bilan og'rigan bemorlar, xususan, tubal-peritoneal kasalliklar mavjud bo'lganda, u 12-68% [44,59,69] tashxis qo'yilgan va G. T. suxix va boshqalar. [19] bepustlik bilan og'rigan bemorlarda surunkali endometrit ginekologik bemorlarning umumiy populyatsiyasiga qaraganda 5 baravar ko'proq tashxis qilinadi. IVF muvaffaqiyatsiz urinishlarida u 60% hollarda tashxis qilinadi [46,51]. Shuningdek, masalan, 2002 yilda V. M. Sidelnikova turli bosqichlarda odatdagi homiladorlik bilan og'rigan bemorlarda surunkali endometritning eng yuqori ko'rsatkichini (73,1%) aniqladi [65].

Endometriy giperplaziya (EG) ayollarning yoshidan qat'i nazar, bachadon shilliq qavatidagi patologik proliferativ o'zgarishlarning asosiy shakllaridan biridir. Giperplastik jarayonlar mustaqil ravishda paydo bo'lishi yoki boshqa patologiya bilan birlashtirilishi, ko'plab somatik va ginekologik kasalliklar fonida paydo bo'lishi mumkin. So'nggi yillarda endometriyning giperplastik jarayonlarining o'sishi kuzatilmoqda, bu ayol aholisining umr ko'rish davomiyligi, noqulay ekologik vaziyat va surunkali somatik kasalliklar sonining ko'payishi bilan bog'liq.

Endometriy-bu ayol tanasida yuzaga keladigan gormonal o'zgarishlarga juda sezgir bo'lgan to'qima. Bachadon shilliq qavatida patologik proliferativ o'zgarishlar rivojlanishining xavf omillari orasida surunkali anovulyatsiya, gormonal faol tuxumdon o'smalari, yog 'almashinuvining buzilishi, qandli diabet, Itenko–Kushing kasalligi, polikistik tuxumdon sindromi va insulin qarshiligi tufayli yuzaga keladigan boshqa holatlar mavjud.

Bundan tashqari, Endometriy giperplaziya to'qimalarni qabul qilish buzilishi, immunitet holati, qalqonsimon bez va gepatobiliar tizim patologiyasi. Hozirgi vaqtda Endometriy giperplastik jarayonlarni tashxislash va davolash masalalari amaliy sog'liqni saqlash uchun dolzarb bo'lib qolmoqda. Yangi dori vositalarining paydo bo'lishi, zamonaviy diagnostika texnologiyalari va minimal invaziv jarrohlikning keng joriy etilishi bunday bemorlarni boshqarishda yangi yondashuvlarni ishlab chiqishni talab qiladi.

Ma'lumki, endometriyning giperplastik jarayonlari bachadon tanasining shilliq qavatidagi patologik proliferativ o'zgarishlar bo'lib, eng keng tarqalgan ginekologik kasalliklardan biri hisoblanadi [3]. Nashrlarda keltirilgan Endometriy giperplastik jarayonlarning paydo bo'lish chastotasi turli chegaralarda o'zgarib turadi. Eng keng tarqalgan variant - glandular-kistik giperplaziya [9]. Uning chastotasi endometriydagi turli xil giperplastik jarayonlar orasida 9,5 dan 71,6% gacha o'zgarib turadi [15]. M. Vakiani ma'lumotlariga ko'ra, D. Vavilis, T. Agorastos (1996), atipik giperplaziya sezilarli darajada kam uchraydi - B. I. Zheleznov (1977) ma'lumotlariga ko'ra 1,7% dan 5,8% gacha, V. M. Shvarts (1958) ma'lumotlariga ko'ra - 2,1%, E. A. Smirnova (1975) - endometriyni qirib tashlash bo'yicha barcha gistologik tadqiqotlar holatlarining 3,4%. Endometriy poliplar 35-50 yoshdagi ginekologik bemorlarning 0,5 - 5 foizida uchraydi [1]. Menopauzadan oldin disfunksional bachadon qon ketishi 10% hollarda Endometriy poliplar bilan birlashtirilganligi haqida dalillar mavjud [5].

Endometriy va bachadon miomasidagi giperplastik o'zgarishlarning kombinatsiyasi 31% dan 58% gacha [5,10], adenomiyoz bilan - 10 - 12%. Boshqa mualliflarning tadqiqotlarida Endometriy giperplastik jarayonlar fonida bachadon miomasi va adenomiyozni aniqlash darajasi biroz yuqoriroq. Endometriy giperplaziya bachadon miomasi bilan birgalikda bemorlarning 43,6 foizida, adenomiyoz bilan 25 foizida, mioma va adenomiyozning kombinatsiyasi bemorlarning 54 foizida aniqlanadi [11,12,13].

Biz 1997-2003 yillar davomida MMUNING birinchi ginekologik bo'limida "birinchi shahar klinik kasalxonasi" da tekshiruv va davolanishda bo'lgan bachadondan qon ketishi buzilgan bemorlarning 1873 ta kasallik tarixini tahlil qildik. Tadqiqot natijasida bachadonning alohida diagnostik kuretaji bo'lgan ayollarda Endometriy giperplastik jarayonlarning paydo bo'lish chastotasi taxminan 63-67% ni tashkil etishi aniqlandi, bu umuman Rossiya Federatsiyasi ma'lumotlariga to'g'ri keladi [9,15]. Biz aniqlagan Endometriy giperplaziyalar orasida Endometriy glandular va glandular - kistik giperplaziya 51% ni tashkil qiladi, Endometriy

poliplar bemorlarning 45 foizida, atipik Endometriy giperplaziya (adenomatoz) bemorlarning 4 foizida aniqlangan, bu yuqoridagi adabiyotlarga zid emas.

Hozirgi vaqtda endometriyning giperplastik jarayonlarining tasnifi aniq belgilangan, bu bizning mamlakatimizda va chet ellarda keng tarqalgan bo'lib, endometriyning turli xil giperplastik jarayonlari bo'lgan bemorlarni boshqarish taktikasini belgilaydi. Shu munosabat bilan mamlakatimizda qo'llaniladigan Endometriy giperplastik jarayonlarning umumiy qabul qilingan tasnifiga yana bir bor to'xtalib o'tish tavsiya etiladi.

1.2. Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometrit patologiyaning patomorfologiyasi va tasnifi.

Bachadon shilliq qavati ikki qatlamdan iborat: bazal (chuqur), miyometriyaga bevosita qo'shni va yuzaki (funksional), bachadon bo'shlig'iga qaragan. Funktsional qatlamning qalinligi hayz davrining fazasiga qarab o'zgaradi: erta ko'payish bosqichida 1 mm dan sekretiya bosqichida 8 mm gacha. Hayz paytida endometriyning funksional qatlami rad etiladi va yara yuzasi hayz davrining 4-5-kunigacha bazal qatlam hujayralarining ko'payishi tufayli epitelizatsiya qilinadi. Homiladorlik bo'lmasa, endometriyning bazal qatlami bezlarining ko'payishi kuzatiladi, bu menstrual parchalanish paytida rad etilmaydi, bu endometriyning fokal yoki diffuz giperplaziyasining rivojlanishi uchun sharoit yaratadi. Adenomiyoiz rivojlanishi bilan endometriyda glandular poliplarning shakllanishi yoki glandular-stromal tuzilmalarning endofitik o'sishi ham mumkin.

Morfologik nuqtai nazardan endometriyning quyidagi holatlari ajratiladi:

1. Endometriy, uning tarkibida hayz davrining normal bo'lgan bosqichiga mos kelmaydi. Masalan, hayz davrining ikkinchi yarmida proliferatsiya bosqichiga xos bo'lgan endometriy holati.

2. Endometriy, uning tuzilishida normal hayz davrining biron bir bosqichiga mos kelmaydi. Bunday patologik holatlarga Endometriy giper va gipoplaziya kiradi. Klinik amaliyotda endometriyning giperplastik holatlari eng ko'p uchraydi.

Hozirgi vaqtda Endometriy giperplaziyaning quyidagi turlari ajratiladi:

1. Oddiy glandular Endometriy giperplaziyada odatda kist kengaygan bezlar mavjud emas. Ayrim joylarda epiteliyning aniq ko'payishi holatlarida Endometriy bezlarning kistali kengayishi mumkin, bu Endometriy glandular-kistli giperplaziyaga to'g'ri keladi. Oddiy va glandular-kistik giperplaziya o'rtasida tub farqlar mavjud emas va ularni bitta jarayonning bosqichlari deb hisoblash kerak.

2. Endometriyning glandular-stromal giperplaziyasi, bunda glandular tuzilmalar ham, bachadon shilliq qavatining stromasi ham proliferativ o'zgarishlarga uchraydi.

Bunday holda, endometriy funktsional qatlamning o'sishi tufayli keskin qalinlashadi. Morfologik jihatdan, proliferativ jarayonlarning og'irligiga qarab, endometriyning glandular-stromal giperplaziyasi "faol" va "dam olish"ga bo'linadi. "Faol" shakl bezlar va stroma epiteliy hujayralarida mitozlarning ko'pligi, gidroksidi fosfatazaning yuqori faolligi bilan tavsiflanadi, bu sezilarli estrogen stimulyatsiyasini ko'rsatadi. Glandular giperplaziyaning "dam olish" shakli endometriyga uzoq muddatli estrogenik ta'sir sharoitida yuzaga keladi.

Shu bilan birga, Endometriy to'qima tuxumdon funktsiyasining pasayishi bilan klimakterik davrga mos keladigan ishlamay qolgan endometriyga o'xshash xususiyatlarga ega bo'ladi.

3. Atipik Endometriy giperplaziya (adenomatoz giperplaziya, adenomatoz, atipik glandular giperplaziya, preinvaziv Endometriy saraton) turli xil morfologik variantlar bilan endometriydagi aniq proliferativ o'zgarishlar bilan tavsiflanadi.

O. I. Topchiyeva (1978) terminologiyasini birlashtirish maqsadida Endometriy atipik giperplaziyaning quyidagi tasnifi taklif etilgan:

1. Jarayonning tarqalishi bo'yicha:

a) diffuz;

b) fokal.

2. Proliferativ-atipik o'zgarishlar darajasi bo'yicha:

a) engil;

b) o'rtacha;

C) og'ir.

Endometriyda og'ir atipik giperplaziyada atipik mitoz va glandular epiteliya yadrolarining polimorfizmi shaklida hujayra atipizmi belgilari paydo bo'ladi.

Morfologik amaliyotda Endometriy giperplaziya tasnifi ko'proq qo'llaniladi C. P. Crum (1999):

1. Kistik Endometriy giperplaziya (oddiy).
2. Adenomatoz Endometriy giperplaziya (murakkab):
 - a) atipiyasiz; b) atipiya bilan.

Endometriyning giperplastik jarayonlari ushbu patologiyaning ayrim shakllarini malignizatsiya qilish xavfi bilan bog'liq holda diqqat bilan e'tiborga loyiqdir. G. M. Savelyeva va V. N. Serov (1980) prekanseroz jarayonlarga quyidagilarni kiritishni taklif qilishadi:

1. Adenomatoz va adenomatoz poliplar har qanday yoshda.
2. Endometriyning glandular giperplaziyasi har qanday yoshdagi gipotalamus va neyro-metabolik-endokrin kasalliklar bilan birgalikda.
3. Premenopozal davrda endometriyning takroriy glandular giperplaziyasi. Glandular epiteliyning intensiv ko'payishi va atipizmi bo'lgan adenomatoz uchun maxsus onkologik ogohlantirish zarur. 1994 yilda JSST etakchi ginekologlar va patomorfologlarning tavsiyalariga asoslangan GPE tasnifini qabul qildi, unga ko'ra Endometriy giperplaziya hujayra atipiyasiz giperplaziyaga va hujayra atipiyasi bilan giperplaziyaga bo'linadi.

Har bir guruhda endometriydagi proliferativ jarayonlarning og'irligiga qarab oddiy va murakkab (murakkab) giperplaziya ajratiladi.

JSST tasnifi (1994):

- 1.1. GPE-sitologik atipiyasiz Endometriy bezlarning ko'payishi:
 - 1.1.1. Oddiy GPE ilgari qabul qilingan glandular-kistik giperplaziyaga mos keladi.
 - 1.1.2. Murakkab yoki murakkab (adenomatoz) GPE I darajali atipik GPE ga mos keladi, oddiy GPE dan bezlarning tarkibiy tuzilishi va epiteliya bezlarining ko'payishi bilan farq qiladi.

1.2. Atipik GPE-sitologik atipiya belgilari bilan Endometriy bezlarning ko'payishi:

1.2.1. Oddiy atipik GPE II darajali atipik GPE ga mos keladi va hujayra va yadroviy polimorfizm belgilarisiz glandular epiteliyning aniq ko'payishi bilan ajralib turadi.

1.2.2. Murakkab yoki murakkab atipik GPE III darajali atipik GPE ga o'xshaydi va Endometriy bezlar epiteliyasining disorganizatsiyasi bilan birga hujayra va yadro polimorfizmining belgilariga ega.

1.3. Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometrit jarayonlarning patogenetik asoslari.

Endometriydagi patologik proliferativ o'zgarishlarning rivojlanishida etakchi o'rinni gormonlar, birinchi navbatda Endometriy hujayralar almashinuvida ishtirok etadigan, ularning o'sishi va mitotik faolligini rag'batlantiradigan estrogenlar egallaydi. Terapevtik taktikani tanlashda hisobga olinishi kerak bo'lgan ayol hayotining turli yosh davrlarida mutlaq yoki nisbiy giperestrogeniyaning asosiy etiologik omillarini ta'kidlash kerak. Balog'at yoshida GPE rivojlanishiga asosan follikulyar atreziya tufayli gipotalamus-gipofiz faolligining diskoordinatsiyasi bilan bog'liq anovulyatsion sikllar, gonadoliberin chiqishi chastotasi va amplitudasining uzoq muddatli beqarorligi sabab bo'ladi, bu follikulani stimulyatsiya qiluvchi gormonning kam ishlab chiqarilishiga yordam beradi.

Shu munosabat bilan, ko'plab sikllarda follikullar ovulyatsiyaga mos keladigan bosqichga yetmasdan oldin atreziyaga uchraydi. Estradiol ishlab chiqarish monoton (nisbiy giperestrogeniya), progesteron etishmovchiligi mavjud. Bu endometriyning past proliferatsiyasiga olib keladi (epiteliya ko'payadi va stroma orqada qoladi), so'ngra glandular-kist yoki adenomatoz giperplaziyaning rivojlanishi. Reproduktiv davrda normal ovulyatsiya-hayz sikli ko'p darajali tartibga solish tizimining intensivligi va vaqti bo'yicha muvofiqlashtirilgan ishlashi bilan ta'minlanadi.

Reproduktiv davrda giperestrogeniyaga olib kelishi mumkin:

1) giperprolaktinemiya, psixo-emotsional stress, gipotalamus kasalliklari, ro'za tutish va boshqalar, natijada gipotalamus-gipofiz tizimining disfunktsiyasi yuzaga keladi;

2) siklning o'rtasida LH emissiyasi faollashmasa va shuning uchun ovulyatsiya sodir bo'lmaganda, teskari aloqa mexanizmining buzilishi;

3) tuxumdonlardagi mahalliy o'zgarishlar (follikulyar kistalar, stromal giperplaziya, polikistik tuxumdonlar va boshqalar).

Pre-va perimenopauzada anovulyatsion sikllar gipotalamus-gipofiz faolligining yoshga bog'liq buzilishi bilan bog'liq.

Ushbu yosh davrida gonadoliberin chiqarilishining chastotasi va intensivligi o'zgaradi, shunga mos ravishda FSH sekretsiyasi va uning tuxumdonlarga ta'siri o'zgaradi: siklning o'rtasida estrogenlarning aniq darajasi ovulyatsiyani boshlaydigan LH stimulyatsiyasiga hissa qo'shmaydi.

Ovulyatsiyani to'xtatishda fiziologik yoshga bog'liq o'zgarishlar tufayli follikulyar apparatlarning kamayishi ham muhimdir. Bundan tashqari, ba'zi mualliflar postmenopozal ayollarda buyrak usti korteksining faolligi oshgan Endometriy giperplaziya rivojlanishidagi rolini ta'kidlaydilar.

EG rivojlanishidagi premorbid fon ko'pincha endokrin kasalliklar bo'lib, bu ya. V. Bochmanga giperplastik jarayonlar va endometriy saratonining ikkita patogenetik varianti kontseptsiyasini ilgari surishga imkon berdi:

1) gormonga bog'liq, patogenetik variant kuzatuv holatlarining 60-70 foizida uchraydi va yog ' va uglevod almashinuvining buzilishi fonida giperestrogeniyaning rivojlanishi bilan tavsiflanadi;

2) kasal ayollarning 30-40 foizida aniqlanadi, endokrin va metabolik kasalliklar kasallikning patogenezida muhim emas. Shuni ta'kidlash kerakki, birinchi variantda ovulyatsiya-hayz davrining buzilishi ko'pincha insulin qarshiligi bilan bog'liq.

Bundan tashqari, Endometriy giperplaziya har qanday yoshda rivojlanishi mumkin, ammo ko'pincha premenopozal ayollarda kuzatiladi. Ushbu patologiya shakllanishining ba'zi xususiyatlari uni endometriyning giperplastik

jarayonlari rivojlanishining alohida etiopatogenetik variantiga ajratishga imkon beradi.

Agar ilgari Endometriy giperplaziya polikistik tuxumdonlar, semirish, giperandrogenizm mavjud bo'lganda tez — tez rivojlanib boradi deb ishonilgan bo'lsa, so'nggi yillarda ko'plab tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, ushbu patologiya rivojlanishidagi asosiy bo'g'in genetik jihatdan irsiy insulin qarshiligi bo'lib, polikistik tuxumdonlar (PCI), semirish va giperandrogenizm ikkilamchi ko'rinishlardir, bundan tashqari ular har doim ham insulin qarshiligi bo'lgan ayollarga xosdir.

Hozirgi vaqtda insulin qarshiligi genetik jihatdan autosomal dominant (p450sss geni) yoki poligenik meros turi orqali uzatilishi isbotlangan. Bundan tashqari, insulin darajasi to'qimalarda etarli darajada ishlatilmasligi sababli kompensatsion ravishda oshadi.

To'qimalarning insulin qarshiligi quyidagilarga bog'liq bo'lishi mumkin:

- 1) irsiy insulin retseptorlari etishmovchiligi;
- 2) insulin retseptorlarini insulinga o'xshash o'sish omillari (IGF 1 va IGF 2) bilan blokirovka qilish orqali, ularning giperproduksiyasi irsiy yoki antiinsulin antikorlari bilan;
- 3) insulinning retseptordan keyingi faolligidagi irsiy nuqsonlar (glyukoza metabolizmi uchun zarur bo'lgan serin aminokislotasining fosforillanish jarayonining buzilishi).

Ushbu genetik kasalliklar organizmning metabolik, funktsional va tarkibiy o'zgarishlariga olib kelishi mumkin, bu o'zini namoyon qiladi: - glyukozadan energiya sarfini kamaytirish va yog 'kislotalarining" yonishi"; - giperglikemiya va II turdagi diabetning rivojlanishi;

- semirib ketish asosan "erkak turiga ko'ra" (qorin bo'shlig'idagi semirish turi, unda yog ' asosan mezenteriya va omentumda to'planadi); - arterial gipertenziya va yurak koronar kasalligining rivojlanishi; - insulinga o'xshash o'sish omiliga va tuxumdonlardagi insulin retseptorlariga ta'sir qiluvchi insulinning ko'payishi bilan

bir vaqtning o'zida ko'plab tuxumdon follikulalarini rag'batlantiradi, ular doimiy ravishda ular polikistik kasallikning rivojlanishiga hissa qo'shadilar.

Shu bilan birga, ularda estrogenlarga (giperestrogeniya) xushbo'ylashtiruvchi androgenlar (giperandrogenizm) ishlab chiqariladi, bu esa endometriyning anovulyatsiyasi va giperplaziyasiga olib keladi; - ortiqcha yog ' to'qimalarida androgenlarni aromatizatsiya qilish orqali estron ishlab chiqarishning ko'payishi; - jigarda jinsiy steroidlarni bog'laydigan globulin ishlab chiqarishni inhibe qiluvchi insulin sekretsiasining ko'payishi, bu estrogen va androgen fraktsiyalarining ortiqcha darajasini. Qalqonsimon bez kasalliklari giperplastik jarayonlarning rivojlanishiga olib kelishi mumkin, ularning gormonlari hujayra darajasida estrogen ta'sirining modulyatori hisoblanadi.

Hozirgi vaqtda tiroid gormonlarining nomutanosibligi gormonga bog'liq tuzilmalarda gisto - va organogenezning buzilishiga yordam berishi isbotlangan.

Gepatobiliar patologiya, shuningdek, jigarda estrogenlarning kechiktirilgan ishlatilishi tufayli surunkali giperestrogeniyaning rag'batlantirishi mumkin, bu endometriyning giperplastik jarayonlarining rivojlanishiga yordam beradi. Endometriyda patologik jarayonlarni keltirib chiqarishda endokrin omillarning katta ahamiyati bilan bir qatorda, so'nggi yillarda bachadonning retseptorlari apparati holatiga muhim o'rin berildi. Shunday qilib, progesteron va/yoki estradiol retseptorlari etishmovchiligi giperplaziyalangan endometriyning sezgirligini gormonal dorilarni kiritish uchun o'zgartirishi isbotlangan, bu esa terapiyaning samarasizligiga olib keladi. O'z tadqiqotlariga ko'ra, Endometriy giperplaziyani gormonal dorilar bilan davolash kuzatishlarning atigi 70 foizida ijobiy ta'sir ko'rsatadi, bu to'qima namunalarda progesteron retseptorlarini aniqlash chastotasiga to'g'ri keladi. So'nggi yillarda gistokimyoviy, immunokimyoviy va elektron mikroskopik tadqiqot usullari yordamida endometriyning maqsadli organ sifatida to'qima gomeostazi haqidagi g'oyalar takomillashtirildi va kengaytirildi (jadval. 1).

1-jadval

Endometriyda ishlab chiqarilgan ba'zi avtokrin / parakrin omillar

Lipidlar	Sitokinlar	Peptidlar
Prostaglandinlar Tromboksan Leykotrienlar	Interleykin-1 α Interleykin-1 β Interleykin-6 Interferon Koloniyani ogohlantiruvchi omil-1 TNF-a (omil, nekrotik o'sma) LIF (leykemiyaning inhi- bil qiluvchi omil)	Prolaktin Relaksin Renin Endorfin Endotelin-1 Fermentlar (proteazlar va boshqalar) Fibronektin Uteroglobulin Lipokortin-1 Phlf integrin (paratiroid gormoniga o'xshash omil) EGF (epidermal o'sish omili) TGF-a (alfa o'sish omilini o'zgartirish) TGF- β (o'zgaruvchan o'sish omili beta) PDF (endotelial o'sish omili) IGF - 1 va II (insulinga o'xshash o'sish omillari) IGFBP 1-6 (oltita IGF bog'lovchi oqsil) RDGF (endotelial o'sish omili) FGF (fibroblastogen o'sish omili) VEGF (qon tomir endotelial o'sish omili)

Endometriyda ishlab chiqarilgan ba'zi omillarning ahamiyati: estrogen retseptorlari estrogen retseptorlarining aksariyati glandular epiteliyda qayd etiladi, ularning maksimal kontsentratsiyasi follikulin fazasining oxirida kuzatiladi, hayz davrining luteal fazasining o'rtasi va oxirida yana ko'payadi. O'sish omillari (EGF, TGF- α , TGF- β , PDGF, IGF-I va IGF-II) o'sish omillarining ishlab chiqarilishi estrogenlar tomonidan rag'batlantiriladi, ular mitozlarga va epiteliya va stroma hujayralarining hayz davrining proliferativ bosqichiga farqlanishiga bevosita ta'sir qiladi. Endotelin-1 endotelin-1 qon tomir endotelial hujayralari, glandular epiteliya va stroma tomonidan ishlab chiqariladi.

Ushbu omilning ishlab chiqarish intensivligi o'zgaruvchan o'sish omili beta (TGF- β) va interleykin-1 α tarkibi darajasi bilan tartibga solinadi. Eng kuchli vazokonstriktor sifatida endotelin-1 hayzli qon ketishini to'xtatishga yordam beradi. Bundan tashqari, bu omil mitozlarni rag'batlantiradi, Endometriy epitelizatsiyani, shuningdek, azot oksidi (NO) va prostasiklin — vazodilatatorlarni ishlab chiqarishni rag'batlantiradi, ular ortiqcha vazokonstriksiyaning muvozanatlashtiradi yoki to'xtatadi. Prostaglandinlar endometriydagi prostaglandinlar epiteliya va stroma hujayralari tomonidan ishlab chiqariladi. Ularning ishlab chiqarish intensivligi estrogen va qisman progesteron ishlab chiqarish bilan tartibga solinadi. Prostaglandinlarning maksimal ishlab chiqarilishi siklning kech sekretor bosqichida qayd etiladi. Asosan prostaglandin F2a sabab bo'lgan fiziologik ta'sir miyometriumning qisqarishidir. Tuxumdonlarda ishlab chiqarilgan avtokrin/parakrin omillar, ularning haddan tashqari yoki o'z vaqtida ishlab chiqarilishi ovulyatsiya-hayz davrining turli xil buzilishlariga olib kelishi va Endometriy giperplaziyaning rivojlanishiga yordam berishi mumkin:

1. FSH retseptorlari.
2. LH retseptorlari.
3. Aktivin.
4. Inhibin.
5. Follistatin.
6. Insulinga o'xshash ikkita o'sish omili (IGF I va II).

7. Oltita IGF-bog'lovchi oqsil (IGFBP 1-6).
8. Insulinga o'xshash o'sish omillarining retseptorlari.
9. EGF (epidermal o'sish omili).
10. TGF- α .
11. TGF- β .
12. PDGF.
13. FGF.
14. VEGF.
15. TNF-a (o'smalarni nekrotizan omil).
16. β -endorfin.
17. Fermentlar (gidroksilazalar, proteazlar va boshqalar).
18. Interleykin tizimi.
19. Prostaglandinlar va boshqalar.

Tuxumdonlarda hosil bo'lgan omillarning roli:

Aktivin-bu gipofiz bezi va tuxumdonlarning granuloza qatlamida (asosan siklning erta follikulin bosqichida) ishlab chiqarilgan peptid. Gipofiz bezida mahalliy aktivin: - gonadoliberin retseptorlarining rivojlanishini rag'batlantiradi; - FSH sekretsiasini rag'batlantiradi. Mahalliy ravishda tuxumdonlarda aktivin: - FSH retseptorlari rivojlanishini rag'batlantiradi (tuxumdon granulozasida); – estrogenogenezni rag'batlantirish orqali fshning aromatazaga ta'sirini oshiradi; – androgenogenezni inhibe qiladi (tuxumdon tekasida). Aktivinning 3 turi mavjud: – aktivin A; – aktivin B; - aktivin AB. Hayz ko'rish arafasida aktivin a darajasi oshishi isbotlangan. Inhibin-bu gipofiz bezi va tuxumdonlarning granuloza qatlamida hosil bo'lgan peptid.

Follikulin fazasining boshida FSH tuxumdonlarda inhibin ishlab chiqarishni rag'batlantiradi. Tuxumdonlardan qonga kirib, inhibin gipofiz bezi tomonidan FSH sekretsiasini inhibe qiladi. Insulinga o'xshash o'sish omili (IGF) rag'batlantiradi va epidermal o'sish omili (EGF) inhibin ishlab chiqarishni inhibe qiladi. Inhibinning 2 turi mavjud: - inhibin A; - inhibin B.

Qon zardobidagi inhibin b miqdori FSH ishlab chiqarishidagi o'zgarishlar bilan bog'liq: menstrual siklning 2-dan 6-kunigacha asta-sekin o'sish kuzatiladi, so'ngra siklning 15-kunida keskin ko'tarilish bilan 7-dan 13-kungacha asta-sekin kamayadi (inhibin b ning yorilishi tufayli) follikul); maksimal ushbu omilning pasayishi hayz davrining luteal bosqichida sodir bo'ladi. Inhibin a ning maksimal kontsentratsiyasi luteal fazaning o'rtasida (20-24-kuni) qayd etiladi. Follistatin-bu gipofiz bezi va tuxumdonlarning granuloza qatlamida hosil bo'lgan peptid.

U aktivin bilan o'zaro ta'sir qiladi, ikkinchisining faoliyatini zararsizlantiradi va shu bilan gipofiz bezida FSH sintezi va sekretsiasini kamaytiradi, tuxumdonlardagi estrogenogenezni tartibga soladi. IGF (insulinga o'xshash o'sish omili) teka hujayralari va tuxumdon granuloza qatlamining luteinlangan hujayralari tomonidan ishlab chiqariladi. FSH va LH insulinga o'xshash o'sish omilini ishlab chiqarishni rag'batlantiradi. Follikulani ogohlantiruvchi gormon IGF bilan bog'langan oqsillarning sintezini inhibe qiladi va shu bilan insulinga o'xshash o'sish omilining faolligini oshiradi.

Follikulalar insulinga o'xshash omil-I ga qaraganda insulinga o'xshash omil-II ni o'z ichiga oladi, teka va tuxumdonlarning granuloza qatlami hujayralarida faqat insulinga o'xshash omil-i retseptorlari, tuxumdonlarning granuloza qatlamining luteinizatsiyalangan hujayralarida esa faqat insulinga o'xshash omil — II retseptorlari mavjud. IGF-II ham IGF-II, ham IGF-i retseptorlarini faollashtiradi, granuloza qatlamining ko'payishini, aromataza ta'sirini (estrogenogenez) va progesteron sintezini rag'batlantiradi. TGF-a (alfa o'sish omilini o'zgartiruvchi) teka hujayralari tomonidan ishlab chiqariladi. LH retseptorlari ishlab chiqarishni kuchaytiradi. FGF (fibroblastogen o'sish omili) fibroblastlar tomonidan ishlab chiqariladi. LH retseptorlari ishlab chiqarilishini, estrogenogenezni inhibe qiladi, tuxumdonlarning granuloza qatlami hujayralarining mitozini, angiogenezni va to'qima plazminogen aktivatorining faolligini rag'batlantiradi. Tnf-a (o'smalarni nekrotizan omil) makrofaglar tomonidan ishlab chiqariladi.

Follikullarning atreziasini va sariq tananing luteolizi jarayonlarida ishtirok etadi. Tuxumdonlardagi prostaglandinlar ovulyatsiya paytida ovotsitning

kengayishini ta'minlash uchun zarurdir. Shu munosabat bilan, anovulyatsion sikllarda antiproglandin faolligiga ega bo'lgan steroid bo'lmagan yallig'lanishga qarshi dorilarni buyurish mantiqsiz. Zamonaviy adabiyotda endometriyning giperplastik jarayonlarining yallig'lanish genezisi tobora ko'proq ta'kidlanmoqda.

Y. Y. Tabakman (1987), har bir trofik organga turli xil o'ziga xos bo'lmagan stimullar osongina ta'sir qilishi mumkin, bu esa fokal proliferatsiya va epiteliya va stromaning diffuz giperplaziyasining shakllanishiga olib keladi. So'nggi yillarda olib borilgan ishlar Endometriy giperplastik jarayonlarning patogeneziida immunitet tizimining roli to'g'risida ma'lumot beradi. E. M. Vihlyeva (2002) o'z asarlarida reproduktiv yoshdagi ayollarda immunitet holatini hayz ko'rish funksiyasining xususiyatini hisobga olgan holda, peri va postmenopozal ayollarda gormonal kasalliklarga qarab baholashni tavsiya qiladi.

O'tkazilgan tadqiqotlarga ko'ra, immunitet tizimidagi o'zgarishlar metabolik kasalliklar fonida Endometriy giperplaziya bilan og'rigan ayollarda ko'proq namoyon bo'ladi. Bunday bemorlarda immunitetning t-hujayrali bog'lanishining holati t-limfotsitlar darajasining pasayishi bilan bir vaqtning o'zida yordamchi induktorning ko'payishi va hujayralarning supressor-sitotoksik subpopulyatsiyasining pasayishi bilan tavsiflanadi.

Immunitetning b-hujayrali bog'lanishidagi buzilishlar immunoglobulinlar va aylanma immunitet komplekslarining ko'payishi fonida b-limfotsitlar darajasining pasayishi bilan namoyon bo'ladi. Metabolik buzilishlarsiz endometriyning giperplastik jarayonlari bo'lgan bemorlarda immunitet tizimidagi o'zgarishlar t-yordamchi moddalar darajasining oshishi, immun komplekslari faolligining oshishi fonida b-limfotsitlarning pasayishi bilan namoyon bo'ladi.

Yuqoridagilarni hisobga olgan holda, bachadon shilliq qavatida patologik transformatsiyaning rivojlanishining patogenetik mexanizmini neyroendokrin tizimning barcha bo'g'inlarini o'z ichiga olgan murakkab patofiziologik jarayon deb hisoblash kerak.

1.4. Reproktiv yoshdagi ayollarda endometritning klinik ko'rinishlari va differentsial diagnostikasi.

Turli yoshdagi ayollarda Endometriy giperplastik jarayonlarning asosiy klinik ko'rinishlari meno - yoki metrorragiya tipidagi bachadondan qon ketishdir. Ko'pincha qon ketish hayz ko'rish kechikishidan keyin paydo bo'ladi, ba'zida ular bilan mos kelishi yoki intermenstrual dog'lar bilan namoyon bo'lishi mumkin. Ular odatda uzoq davom etadi, har xil intensivlikda (mo " tadildan profuzgacha). Metabolik kasalliklar mavjud bo'lganda, ayollar ko'pincha tana vaznining ko'payishi, qon bosimining oshishi, hirsutizm, kayfiyatning labilligi haqida shikoyat qiladilar. Kam sonli bemorlarda patologik jarayonning asemptomatik kursi mavjud. Differentsial tashxis qo'yishda shunga o'xshash klinik belgilar kuzatilishi mumkinligini hisobga olish kerak: – ektopik homiladorlik bilan; – polikistik tuxumdon sindromi; – bachadon miomasi; – adenomiyoz; – Endometriy saraton; – tuxumdon o'smalari; – koagulopatiyalar va boshqalar.

Insulin qarshiligi tufayli Endometriy giperplaziya bilan quyidagi patologiyalarni istisno qilish kerak – Itenko-Kushing kasalligi (buyrak usti bezining o'smasi); – Itenko–Kushing sindromi (gipofiz shishi); – prolaktinomalar; – androgen ishlab chiqaradigan buyrak usti bezlari o'smalari; – luteal kistalar yoki boshqa kist tuxumdon shakllanishi; – hipotiroidizm va boshqalar.

Endometriy giperplastik jarayonlarni tashxislashning zamonaviy usullari ayollarning har bir yosh guruhida (balog'at, reproduktiv, perimenopauzal va postmenopozal yosh) invaziv va invaziv bo'lmagan tadqiqot usullaridan foydalangan holda Endometriy patologiyani tashxislash algoritmi o'ziga xos xususiyatlarga ega. Zamonaviy sharoitda ultratovush tekshiruvi endometriyning giperplastik jarayonlarini tashxislashda invaziv bo'lmagan usullar orasida etakchi o'rinni egallaydi.

Bunday holda, endometriyning qalinligini (o'rta m-echo) o'rganishga alohida e'tibor berilishi kerak. Oddiy hayz davrida endometriyning qalinligi asta-sekin 1-bosqichda 3-4 mm dan siklning 2-bosqichida 12-15 mm gacha oshadi. Giperplaziya

haqida o'ylash kerak endometriy qalinligi $15 \pm 0,4$ mm bo'lsa, m-echo $20,1 \pm 0,4$ mm dan ortiq bo'lsa, Endometriy adenokarsinomani istisno qilish kerak.

Postmenopozal davrda giperplastik jarayonning bilvosita belgisi endometriy qalinligining 5 mm va undan ko'pgacha oshishi hisoblanadi. Endometriy giperplaziyaning ultratovush diagnostikasi Median m-echo joylashgan hududda quyidagi belgilarni aniqlashga asoslangan: endometriy tuzilishining heterojenligi, kichik cho'tkalar yoki turli o'lchamdagi ekopozitiv shakllanishlar ko'rinishidagi inkluziyalarning mavjudligi.

Bundan tashqari, yuqori chastotali transvaginal sensorlar yordamida ultratovush diagnostikasi endometriyning akustik aksini eng yaxshi vizualizatsiya qilishni ta'minlaydi. Shu bilan birga, ultratovush tekshiruv paytida endometriydagi morfostrukturaviy o'zgarishlar turini aniq tashxislash mumkin emas.

Bachadon bo'yni kanali va bachadon bo'shlig'ining shilliq qavatining alohida diagnostik kuretaji, so'ngra gistologik tekshiruv giperplastik holatlarni tashxislashning asosiy usuli bo'lib qolmoqda, bu endometriydagi morfologik o'zgarishlarning mohiyatini aniqlashga imkon beradi. Bachadon shilliq qavatining takroriy kuretajlari klinik vaziyatni hisobga olgan holda qat'iy ko'rsatmalarga muvofiq individual ravishda amalga oshirilishi kerak. Ko'pincha bunday ko'rsatkichlar postmenopozal qon ketishining qaytalanishi va gormon terapiyasi kursining tugashini nazorat qilishdir. Shu bilan birga, intrauterin aralashuvlar orasidagi intervallarni ayolning yoshi, Endometriy patologiyaning tabiati, birgalikda somatik kasalliklar va boshqalarni hisobga olgan holda aniqlash kerak.

Yuqori ma'lumotli bo'lish uchun Endometriy kuretaj hayz ko'rish arafasida amalga oshirilishi kerak va butun shilliq qavatni, shu jumladan poliplar, adenomatoz o'choqlari va boshqa patologik shakllanishlar eng ko'p joylashgan pastki va tubal burchaklarni olib tashlash kerak.

Gisteroskopiya kuretajning diagnostik qiymatini oshiradi, bu endometriy holatini tashxislashning eng informatsion usuli hisoblanadi. O'zgartirilgan endometriyni yaxshiroq ko'rish uchun hayz davrining 5-7 kunida Gisteroskopik tekshiruv o'tkazish tavsiya etiladi.

1.5. Reproktiv yoshdagi ayollarda endometrit patologik transformatsiyasining gisteroskopik belgilari.

1. Endometriyning oddiy glandular giperplaziyasi: 1) shilliq qavatining yuzasi notekis, och pushti, kamdan-kam hollarda yorqin qizil rangdagi ko'plab burmalar mavjud; 2) endometriyning qalinligi 15 mm; 3) bezlarning chiqaruvchi kanallari teng ravishda joylashtirilgan; 4) qon tomir naqshlari keskin ifodalangan; 5) fallop naychalarining og'izlari, qoida tariqasida, bo'sh.

2. Endometriy kist giperplaziyasi: 1) shilliq qavatning yuzasi yorqin qizil, katlanmish; 2) endometriyning qalinligi 15 mm va undan ortiq; 3) bezlarning chiqaruvchi kanallari aniqlanadi; 4) notekis qalinlikdagi qon tomir tarmog'i aniq ifodalangan; 5) endometriyning yuzaki tomirlari proektsiyasida joylashgan ko'plab kist bo'shliqlari ingl; 6) bachadon naychalarining og'izlari ozod.

3. Endometriyning Polipoid giperplaziyasi: 1) shilliq qavatining yuzasi notekis, ko'p Polipoid o'sishi bilan; 2) endometriyning qalinligi 15 mm dan kam; 3) bezlarning chiqaruvchi kanallari aniqlanmagan; 4) qon tomir naqshlari keskin ifodalangan; 5) fallop naychalarining og'zini aniqlash qiyin.

Kuretajdan so'ng Gisteroskopiya uning samaradorligini baholashga va patologik o'zgargan endometriy qoldiqlarini maqsadli ravishda olib tashlashga imkon beradi.

Zamonaviy Gisterorezektoskoplardan foydalanish nafaqat diagnostika, balki turli xil energiya turlaridan (elektr, lazer va boshqalar) foydalangan holda jarrohlik aralashuvlarni amalga oshirishga imkon beradi. Gisterosalpingografiya informatsion jihatdan Gisteroskopiya dan past va Gisteroskopik uskunalardan bo'lmagan taqdirda ishlatilishi mumkin. Endometriyning glandular giperplaziyasi bilan rentgenogrammada konturlarning xilma-xilligi aniqlanadi, bu eng yuqori segmentda yoki bachadon tubida aniqlanadi.

Tadqiqot menstrual siklning 7-8-kunida faqat suvda eriydigan qarshi moddalar (verografin, urografen, urotrast) yordamida amalga oshiriladi. So'nggi yillarda endometriyning giperplastik jarayonlarini tashxislash uchun ushbu usul kamdan kam qo'llaniladi. Aspiratsiya orqali olingan bachadon tarkibini tekshirishning

sitologik usuli ko'pincha ayollarni skrining tekshiruvi uchun va kamroq davolanishni nazorat qilish uchun ishlatiladi. Aspiratsiya hayz davrining ikkinchi yarmida aseptikaning barcha qoidalariga muvofiq amalga oshiriladi. Endometriyning glandular tuzilmalarida faol ko'payadigan hujayralarni aniqlash giperplaziyani ko'rsatadi va chuqur klinik tekshiruv uchun ko'rsatma hisoblanadi.

Radioizotop tadqiqot usuli endometriyning proliferativ jarayonlari faolligining o'sishiga mos ravishda radioaktiv preparat to'qimalarining so'rilish darajasini oshirishga asoslangan.

Radiometrik tadqiqotlar uchun radioaktiv fosforning (^{332}P) indikator dozalaridan foydalanish mumkin. Shuni yodda tutish kerakki, hayz davrining 2-bosqichida ^{332}P to'planishi odatda taxminan 115% ni tashkil qiladi, benign giperplastik jarayonlar bilan u 300% ga etadi. Ushbu usul hujayra elementlarining ko'payish darajasi va patologik jarayonning lokalizatsiyasi haqida tushuncha beradi. Endometriy patologiyasi bo'lgan bemorlarni boshqarish taktikasi asosan bemorning qonidagi gormonlar darajasi bilan belgilanadi.

Shuning uchun bunday bemorlarni tekshirish protokoli qon gormonlari darajasini aniqlash va kolpotsitologik tekshiruvni o'z ichiga olishi kerak. Endometriy giperplaziya uchun terapevtik va profilaktika choralari giperplastik jarayonlar uchun terapevtik taktika yoshi, endometriyning morfologik xususiyatlari, etiopatogenez, somatik yoki ginekologik kasalliklarning mavjudligi kabi omillarni hisobga olgan holda tanlanadi va uchta asosiy bosqichni o'z ichiga oladi:

- 1) qon ketishni to'xtatish;
- 2) menstrual funktsiyani tiklash;
- 3) kasallikning qaytalanishining oldini olish.

Ayol hayotining turli yosh davrlarida gemostatik terapiya o'ziga xos xususiyatlarga ega va jarrohlik, gormonal gemostaz va simptomatik gormonal bo'lmagan davolash bilan ifodalanishi mumkin.

Voyaga etmagan davrda qon ketish holatida gemostaz har doim simptomatik terapiya bilan boshlanadi (uterotonik dorilar, koagulyatsion stimulyatorlar, fito - va

vitamin terapiyasi) va 3-5 kun davom etadi. Gormonal bo'lmagan gemostatik terapiyaning ta'siri bo'lmasa, gormonal gemostazni tayinlash talab qilinadi.

Shu bilan birga, tanlangan dorilar estrodiol estrogen — gestagen monofazik kontratseptivlardir (Marvelon, regulon, Rigevidon, femoden va boshqalar). Jarrohlik gemostaz qat'iy ko'rsatmalarga muvofiq amalga oshiriladi: 1) HB ko'rsatkichlari < 70 g/l va Ht < 20-25 %; 2) konservativ terapiyaning ta'siri yo'qligi; 3) endometriyning organik patologiyasiga shubha.

Reproduktiv va klimakterik davrlarda gemostazni parchalarni gistologik tekshirish bilan alohida diagnostik kuretaj bilan boshlash kerak. O'smirlarda Endometriy giperplaziyani relapsga qarshi davolash 3-6 oy davomida estrogen-gestagen preparatlari yoki sof gestagenlarni buyurishni o'z ichiga oladi. Reproaktiv yoshdagi ayollarda reabilitatsiya choralari nafaqat Endometriy giperplaziyani yo'q qilishga, balki ovulyatsion hayz davrlarini tiklashga ham qaratilgan bo'lishi kerak

Perimenopauzal davrda Endometriy giperplaziyaning takrorlanishining oldini olish ritmik hayzga o'xshash reaksiyani saqlab qolishni yoki uni bostirishni ta'minlaydi.

Reproduktiv yoshda adenomatoz (atipik) Endometriy giperplaziya aniqlanganda, davolash gormon terapiyasining doimiy rejimidan boshlanadi (depo-progestogenlar, antigonadotrop dorilar, GnRH agonistlari).

Davolash samaradorligini nazorat qilish 3 oydan keyin amalga oshiriladi. Premenopozal yoshdagi bemorlarda endometriyning atipik giperplaziyasi bachadon miomasi, adenomiyoz bilan birlashganda yoki metabolik kasalliklar fonida ushbu patologiya rivojlanishi bilan radikal jarrohlik aralashuvi (Gisterektomiya) tez-tez amalga oshiriladi.

Metabolik kasalliklarga chalingan ayollarda Endometriy giperplastik jarayonlarni davolash eng qiyin hisoblanadi. Semirib ketish bilan birgalikda Endometriy giperplaziya bilan og'rigan bemorlarni konservativ davolashning asosiy printsiplari tana vaznini normallashtirish, gormon terapiyasi va giperinsulinemiyaning og'irligini kamaytiradigan dorilarni buyurishdir.

Qon zardobidagi lipoproteinlarni har yili kuzatib borish va insulin sekretsiyasi va glisemiya darajasini baholash bilan glyukoza bardoshlik testini o'tkazish kerak. Diyetoterapiya muvozanatli ovqatlanish tamoyillariga rioya qilgan holda kaloriya miqdorini 1200– 1800 kkalgacha cheklash orqali tanada salbiy energiya balansini yaratishni ta'minlashi kerak.

Uglevodlarni kuniga 100-150 g gacha, yog'larni kuniga 40-50 g gacha kamaytirish orqali iste'mol qilinadigan oziq-ovqatning kaloriya miqdorini kamaytirish kerak.

Ratsionda oqsillarni iste'mol qilishni kuniga 120-150 g gacha oshirish kerak, bu ochlikni kamaytiradi va giperinsulinemiya bilan faollashtirilgan neoglyukogenez jarayonida iste'mol qilingan oqsilni yo'qotadi. Jismoniy faollikni oshirish metabolik kasalliklar uchun farmakologik bo'lmagan terapiyaning muhim tarkibiy qismidir.

Energiya parchalanishini samarali ravishda oshirib, jismoniy faollik yog'larning parchalanishini va mushak to'qimalari tomonidan glyukozadan foydalanishni kuchaytiradi, bu esa biologik oksidlanish ferment tizimlarining faollashishiga olib keladi.

Toza havoda o'rtacha muntazam jismoniy mashqlar sarum lipid tarkibiga ijobiy ta'sir ko'rsatadi. Bizning tadqiqotlarimizga ko'ra, triglitseridlar, LDL darajasi pasayadi, HDL kontsentratsiyasi oshadi va lipoprotein lipaza faolligi oshadi.

Metabolik kasalliklar fonida Endometriy giperplaziyani davolash uchun siklning 16-dan 25-kunigacha sof gestagenlarni (Duphaston 20 mg, orgametril 10 mg va boshqalar) buyurish yaxshiroqdir, bu esa parhez terapiyasining samaradorligini oshiradi. Ma'lumki, giperestrojeniya adipotsitlarning ko'payishiga yordam beradi, shuning uchun menstrual siklning 2-bosqichida gestagenlardan foydalanish tana vaznini normallashtirish davrida anovulyatsiyaning "ayanchli doirasini" buzadi.

Shuni yodda tutish kerakki, tabiiy progesteron hosilalarini, xususan, utrozhestanni (kuniga 300-400 mg) qo'llash progestogen ta'sirga qo'shimcha ravishda bir qator afzalliklarga ega – - antiestrogen ta'sir endometriy darajasida amalga oshiriladi va uni proliferativ jarayonlardan himoya qiladi; - antiandrogen

ta'sir retseptorlar darajasida testosteron metabolizmini dihidrotestosteronning faol shakliga kamaytirish orqali amalga oshiriladi; - diuretik ta'sir utrozhestan antialdosteron ta'siri bilan bog'liq, bu juda muhim, chunki sintetik progestogenlarning aksariyati suyuqlikni ushlab turishga yordam beradi; - boshqa ijobiy ta'sirlar (sedativ, antiaterogen va boshqalar), bu nafaqat utrozhestanning ta'siri, balki uning metabolitlari bilan ham bog'liq. Endogen progesteronning analogi bo'lib, u metabolik gomeostaz parametrlariga salbiy ta'sir ko'rsatmaydi va shu bilan tana vaznining oshishiga hissa qo'shmaydi.

BMI > 30 bo'lsa, tana vaznini normallashtirishga qaratilgan dori terapiyasini o'tkazish kerak. Bugungi kunda periferik (xenical, orlistat, metformin, siofor, guaram va boshqalar) va Markaziy ta'sir (Meridia, anorexus, minifage va boshqalar) preparatlari keng qo'llaniladi, ular tanadagi dastur nuqtalarida ham, ta'sir mexanizmida ham farqlanadi.

Markaziy ta'sirga ega dorilar Markaziy asab tizimiga ta'sir qilish orqali to'yinganlik hissini ta'minlaydi. Periferik dorilar yog'larni parchalaydigan fermentlarni (xenical, orlistat) inhibe qilish, periferik to'qimalar tomonidan glyukozadan foydalanishni ko'paytirish va glyukoneogenezni (metformin, siofor) kamaytirish, uglevodlarning so'rilishini kamaytirish orqali oshqozon-ichak traktidan yog'larning so'rilishini kamaytirish orqali mahalliy ta'sir ko'rsatadi., akarboza).

Tana vaznini normallashtirish, metabolik kasalliklar va Endometriy giperplaziyadan so'ng anovulyatsion sikllarni konservativ davolashning keyingi bosqichi siklning 5 — kunidan 9-kunigacha 50 mg dozada ovulyatsiya stimulyatorlari-klomifenni tayinlashni o'z ichiga olishi kerak. Ovulyatsiya bo'lmasa, Klomifen dozasini kuniga 100 mg gacha oshirish mumkin, follikulaning 18 mm va undan ko'p o'sishi bilan pregnil siklining 12-13-kunida 8000 IU qo'shiladi (ultratovush tekshiruvi bilan).

Hozirgi vaqtda endometriyning giperplastik jarayonlarini davolash imkoniyatlari dori vositalarining yangi shakllari paydo bo'lishi va endoskopik uskunalarni takomillashtirish tufayli kengaydi. Shu bilan birga, endometriyning giperplastik jarayonlarini davolashda etakchi rol gestagenlarga tegishli. Preparatni

tanlash uning ta'sir qilish mexanizmining xususiyatlari bilan belgilanadi. Progestogenlar ikkita asosiy guruhga bo'linadi: – progesteron va progesteronga o'xshash birikmalar;-19-nortestosteron hosilalari. Bundan tashqari, progesteron hosilalari asosan glandular epiteliyga ta'sir qiladi, 19-nortestosteron hosilalari esa endometriy atrofiyasi bilan desidual reaksiyaga sabab bo'ladi.

Progesteron va progesteronga o'xshash birikmalar progesteron tabiiy progesteron oshqozon-ichak traktida yomon so'riladi, faol metabolizmga uchraydi, uning 20% kortikosteroidlarni bog'laydigan globulin bilan, qolgan qismi albumin bilan bog'lanadi. Progesteron qisqa yarim umr (1 soatdan kam) bilan tavsiflanadi. Mikronizatsiyalangan progesteronning zamonaviy preparati utrozhestan hisoblanadi.

Tarkibiy jihatdan progesteron bilan bog'liq bo'lgan sintetik birikmalar: - didrogesteron; – pregnan hosilalari; - norpregnan hosilalari. Progesteron metabolitlari: - pregnandionlar; - pregnanolonlar. Metabolitlar konjugatsiyalanib, sulfatlar va glyukoronid hosilalarini hosil qiladi. Progesteronga o'xshash birikmalar

Didrogesteron (Duphaston) — progesteronning tarkibiy modifikatsiyasi, C5 va C6 atomlari o'rtasida qo'shimcha qo'sh bog'lanish mavjud. Progesteron va didrogesteron androgenik xususiyatlarga ega emas. Pregnan hosilalari 17a-asetooksiprogesterondan hosil bo'ladi. Ushbu dorilar guruhiga MPa, Megestrol asetat, xlormadenon asetat, medrogestron va siproteron asetat kiradi.

Norpregnan hosilalari C19 atomidagi metil guruhi parchalanganda pregnan molekulasidan hosil bo'ladi. Ular androgen faolligini ko'rsatmasdan pregnan guruhining progestogenlariga qaraganda bir oz ko'proq faollikka ega. Bularga demegeston, promegeston, nomegestrol asetat kiradi.

19-nortestosteron hosilalari testosteron molekulasining o'zgarishi faol etinillangan va etinillanmagan og'iz progestogenlarini yaratishga imkon berdi (jadval. 2).

2-jadval

Etinillangan progestogenlar

Moddaning kimyoviy nomi	Preparatning nomi
estran hosilalari: - enoratindron yoki noretisteron-noretindron asetat- oretinodrel-linestrenol-etinodiol diatsetat	anovlar, norkvest, norinil, mikronor primolut-nor, norkolut infekundin orgametril bisekurin, femulen
gonan-derivatlar (progestogenlarning uchinchi avlodi): - levonorgestrel-desogestrel-gestoden- norgestimat	trikvilar, triregol, triziston, mikroginon, Rigevidon Marvelon, mersilon, regulon, charosetta, Novinet, tri-Mersi milvane, femoden silest

Etilensiz progestogenlar etilensiz progestogenlarga dienogest va janin kiradi. To'g'ridan-to'g'ri 19-nortestosteronning paydo bo'lishidan oldin testosteron tarkibidan metil guruhini ajratib olish va unga etinil guruhini 17a holatiga kiritish; natijada yangi hosil bo'lgan birikma androgen faolligini ko'rsatmaydi, ammo anabolik steroidlar va ba'zi hollarda estrogenlarning xususiyatlarini oladi. Progestogenlar estrogenik, antiestrogenik, androgenik, antiandrogenik, antigonadotropik, glyukokortikoidga o'xshash va ACTH stimulyator ta'siriga ega bo'lishi mumkin (jadval. 3).

3-jadval

Asosiy progestogenlarning farmakologik xususiyatlari

Progestogen faollik	Estrogen faolligi	Androgen faolligi	HDL darajasining pasayishi	Glyukokortikoid faolligi
Didrogesteron	+	-	-	-
MPa	+	-	(+)	+
Noretisteron	+	+	+	-
Levonorgestrel	+	-	+	-

Klinik amaliyotda bugungi kunda levonorgestrelni (LNG-Mirena dengiz floti) ajratib turadigan intrauterin tizim tobora ko'proq foydalanilmoqda. Ushbu tizimdan

12 oy foydalangandan so'ng endometriyning morfologik tadqiqotlarini tahlil qilish proliferativ jarayonlarning inhibe qilinishini, endometriy qalinligining pasayishini va umuman giperplaziyaning regressiyasini ko'rsatadi. Mirena-bu levonorgestrel joylashgan idishni o'z ichiga olgan polietilen t shaklidagi tizim. Ushbu idish kuniga 20 mkg levonorgestrelning doimiy ravishda boshqariladigan chiqarilishini ta'minlaydigan maxsus membrana bilan qoplangan. Amal qilish muddati

Mirena 5 yoshda, ammo klinik tadqiqotlarga ko'ra, kontratseptiv va terapevtik ta'sir 7 yilgacha davom etadi. Levonorgestrel bilan bog'liq yon ta'sirlarga quyidagilar kiradi: akne, terining yog'lanishi, vaznning o'zgarishi, ko'ngil aynish, bosh og'rig'i va mastodiniya. Ammo shuni ta'kidlash kerakki, ushbu yon ta'sirlarning rivojlanish darajasi 3% dan oshmaydi. Qo'llash mumkin bo'lmagan holatlar

Mirenalar bor quyidagi shartlar: o'tkir va surunkali PID, pastki genital traktning infeksiyalari, bachadon bo'yini displazi, noaniq kelib chiqadigan bachadondan qon ketish, bachadonning tug'ma yoki orttirilgan anatomik anomaliyalari, shu jumladan bachadon bo'shlig'ini deformatsiya qiluvchi miomalar. So'nggi yillarda kombinatsiyalangan kontratseptivlar estrogen (etinil-estradiol yoki estradiol) va progestinlarni (medroksiprogesteron asetat, noretinodren, norgestrel, progesteron) o'z ichiga olgan vaginal halqa shaklida mavjud, ya'ni. Ular toksik bo'lmagan dimetilpolisiloksandan ishlab chiqariladi.

Vaginal halqa steroidlarni doimiy tezlikda chiqaradi. Ular 3 hafta davomida vaginaga joylashtiriladi, keyin olib tashlanadi, bir hafta davomida tanaffus qilinadi, bu davrda hayzga o'xshash oqindi kuzatiladi. Mahalliy kombinatsiyalangan kontratseptiv novaring (har bir ringda 11,7 mg etonogestrel va 2,7 mg etinil estradiol mavjud bo'lib, kuniga 0,120 mg etonogestrel va 0,015 mg etinil estradiol ajralib chiqadi) o'z tadqiqotlari natijalari shuni ko'rsatdiki, u juda samarali, nojo'ya ta'sirlardan xoli, yaxshi bardoshlik bilan, chunki. steroidlarning mahalliy chiqarilishi gormonlar dozasini kamaytirishga imkon beradi, ularning qisman zararsizlantirish bilan jigar orqali o'tishini yo'q qiladi. Atipik giperplaziyada parenteral "sof" gestagenlarning yuqori dozalarini (17-oksiprogesteron kapronat, depoverera, depostat) buyurish afzalroqdir.

Depoverera haftasiga bir marta 200-400 mg/m dozada, haftasiga 2 marta 500 mg/m dan 17-OPK dozada qo'llaniladi. Davolash samaradorligini nazorat qilish 3 oydan keyin amalga oshiriladi, davolash davomiyligi 9-12 oy. Gonadotropin antagonistlari (danazol, danoval, gestrinon). Ushbu guruhdagi dorilarning terapevtik ta'siri gonadotropik gormonlar ishlab chiqarishni bostirish, tuxumdonlar faoliyatini inhibe qilish bilan bog'liq, buning natijasida Endometriy atrofiya paydo bo'ladi. Dori vositalarining ta'siri qaytariladi, katta dozalarda ular zaif androgen ta'siriga, anabolik ta'sirga ega. Danazol (17a-etiniltestosteron hosilasi) kuniga 400-600 mg dozada 6-9 oy davomida, gestrinon (19-norsteroid hosilasi) 2,5 mg dozada 2-3 marta/hafta davomida buyuriladi. xuddi shu davolanish muddati bilan. GnRH agonistlari (zoladex, buserelin, diferelin, luprid depo). Endo - va miyometriyaning kombinatsiyalangan patologiyasi uchun ushbu guruhdagi dorilarni qo'llash eng oqlanadi.

Ulardan foydalanish natijasida tibbiy menopauza rivojlanadi, osteoporoz rivojlanishi mumkin. Zoladex va diferelin qorin old devorining terisi ostiga har 28 kunda bir marta 3,6 mg dozada yuboriladi, buserelin endonazal buzadigan amallar shaklida kuniga 3 marta (kuniga 0,9 mg) ishlatiladi, luprid depo mushak ichiga 3,75 mg dozada oyiga 1 marta yuboriladi. Davolashning davomiyligi 6-9 oy.

Androgen bilan davolash 50 yoshdan oshgan ayollar uchun ko'rsatiladi va hayz ko'rish funktsiyasini bostirishga qaratilgan. Androgenlar gonadotropinlarning sekretsiasini inhibe qiladi va Endometriy stromada sklerotik o'zgarishlarni keltirib chiqaradi. Turli xil testosteron esterlari (Omnadren-250, Sustanon-250) aralashmasini o'z ichiga olgan preparatlar eng samarali hisoblanadi. Hozirgi vaqtda ginekologiyada patologik endometriyning ablatsiyasi (rezektsiyasi) keng qo'llaniladi. U turli xil energiya turlari yordamida amalga oshiriladi: elektrojarrohlik ta'siri, lazer nurlari, termal balon tizimi, elektromagnit energiya. Endometriy ablasyonning afzalligi - bu engil shikastlanish, yaxshi bardoshlik, operatsiyadan keyingi yotoq kunining qisqarishi. Mikroinvazivlik tufayli yumshoq Gisteroskopik operatsiyalarning muhim afzalligi Endometriy giperplastik jarayonlarning qaytalanishi holatlarida ularni takrorlash imkoniyatidir.

Gisterorezektoskopiyaning asosiy ko'rsatkichlari Endometriy poliplar, takroriy giperplaziya va bachadon miomasi, kontrendikatsiyalar-genital organlarning o'tkir yallig'lanish jarayoni, homiladorlik, bachadonning yaqinda teshilishi, bachadon bo'yni va bachadon tanasining malign jarayoni, bachadondan ko'p qon ketish, bachadon bo'yni stenoz.

Shuni esda tutish kerakki, lazerli ablasyon uchun endometriyning qalinligi 6 mm dan oshmasligi kerak, shuning uchun ko'pchilik jarrohlar endometriyni nd:YAG lazer GnRH agonistlari (zoladex va boshqalar) bilan davolash uchun 3-4 oy davomida tayyorlashni afzal ko'rishadi. Qo'llash mumkin bo'lmagan holatlarni hisobga olmaslik operatsiyaning har qanday bosqichida yuzaga kelishi mumkin bo'lgan asoratlar sonining ko'payishiga olib kelishi mumkin: – travma (bachadon bo'yni yorilishi, bachadon teshilishi); – qon ketish (bachadon bo'yni, bachadon, intraoperativ, operatsiyadan keyingi); - infektsiya (endometrit, salpingit, pelvioperitonit); - qon tomir to'shagining suyuqlik bilan ortiqcha yuklanishi va elektrolitlar buzilishi; – anafilaktik shok; – tos a'zolarining termal shikastlanishi (elektrojarrohlik, lazer jarrohligi); – Endometriy saratonni maskalash. Agar asoratlar paydo bo'lsa, operatsiyani to'xtatish va bachadondan Gisteroskopni olib tashlash kerak.

Asoratlarni davolash ularning tabiatiga qarab amalga oshiriladi. Gormonal davanishning samaradorligini nazorat qilish dinamik ultratovush tekshiruvi (har 3 oyda), nazorat Gisteroskopiyasi yoki atipik Endometriy giperplaziyada 3 oydan keyin va 6 oydan keyin glandular-kist bilan alohida diagnostik kuretaj orqali amalga oshirilishi kerak. Jarayonning takrorlanishida terapiya samarasi bo'lmagan taqdirda, mumkin bo'lgan Gisterektomiya masalasini hal qilish bilan yanada chuqurroq tekshiruv ko'rsatiladi.

1.6. Endometriy giperplaziyasiga chalingan bemorlarni olib boorish taktikasi.

Perimenopauzaal davrda Endometriyning giperplastik jarayonlarida diagnostika va davolash taktikasi masalalariga bag'ishlangan so'nggi yillardagi ilmiy adabiyotlarni tahlil qilish, shuningdek, atipik qonli bemorlarning ushbu yosh

guruhini differentsial boshqarishga urinishlar birlamchi diagnostika tamoyillari va terapevtik taktikani belgilaydigan mezonlarga oid ba'zi qoidalarni shakllantirishga imkon berdi, bu bizning maqolamizda aks etgan [1].

Shifokor oldida qanchalik katta mas'uliyat borligini tushunib, biz asosiy qoidalarimizning sharhlari bilan perimenopauzaal davrda Endometriyning giperplastik jarayonlari muammosiga yana qaytishni zarur deb bilamiz.

Ilmiy tadqiqotlarimizning dastlabki bosqichlarida biz asosiy va hatto ustuvor yo'nalishlardan biri bu muammoning onkologik tomoni edi. Ushbu omil, tabiiyki, keyingi nosologik (aniqlashtiruvchi) diagnostika uchun birlamchi diagnostika bosqichida bemorlarni tanlash mezonlarini kuchaytirdi. Boshqacha qilib aytganda, birlamchi tashxis doirasida Endometriy uchun normaning ultratovush belgilari 7 mm dan oshmasligi kerak edi. Ushbu qiymatdan oshib ketgan har qanday narsa keyingi morfologik tekshiruvni talab qildi va gistologik jihatdan tasdiqlangan giperplastik jarayonning har qanday variantida davolanishni talab qildi. Noqulay onkoanamnes yoki bir yoki bir nechta xavf omillari mavjud bo'lganda vaziyat yanada qattiqlashdi.

Bu erda onkologik "qiziqishlar" nuqtai nazaridan perimenopauzaal bemorlarda birlamchi tashxisni qurishning shunga o'xshash printsiipi, afsuski, Real sharoitda erishish qiyin bo'lgan ideal ekanligini aniq tushuntirish kerak.

Amaliyot shuni ko'rsatadiki, milliy sog'liqni saqlash darajasida, ayniqsa birlamchi tibbiy yordam bosqichida har qanday usullarni samarali amalga oshirish faqat ular sodda, etarlicha ma'lumotli (sezgirlik yuqori, o'ziga xoslik etarli), iqtisodiy jihatdan og'ir bo'lmagan va nihoyat, ko'p harakat qilmasdan, allaqachon shakllangan tashkiliy tuzilishga (poliklinika, ayollar maslahati va boshqalar).

Savol bering: taklif etilayotgan Endometriy giperplastik jarayonlarni birlamchi diagnostika qilish tizimi JSST skrining dasturlariga nisbatan ishlab chiqqan talablarga javob beradimi?

Bizning holatlarimizda, 7 mm ga teng bo'lgan m-echo uchun ultratovush tekshiruvi bemorlar sonining keskin ko'payishiga olib keladi, bu esa yanada chuqur tashxis qo'yishni talab qiladi, bu tabiiy ravishda amalga oshirilmaydi. Ushbu variantning iqtisodiy jihatlariga tegmasdan, biz ushbu muammoni tibbiy maqsadga

muvofigligi nuqtai nazaridan ko'rib chiqamiz, bu erda nafaqat uning onkologik jihati, balki ushbu usulning eng tez, samarali va og'ir bo'lmagan joriy etilishi ham hisobga olinadi.

Ma'lumki, perimenopauza ayolning ontogenetik siklidagi eng labil davrdir. Aynan shu yosh davrida anovulyatsion sikllar soni keskin o'sib boradi, buning natijasida integral neyroendokrin tizimda "surunkali giperestrogeniya" holati shakllanadi, bu, albatta, u yoki bu darajada maqsadli to'qimalarda aks etadi. Ushbu pozitsiyalardan, haddan tashqari estrogenik ta'sirga ega bo'lgan Endometriyda muqarrar ravishda turli xil giperplastik jarayonlar paydo bo'lishi kerak, bu printsiptial jihatdan biz kuzatamiz. Atipik bachadondan qon ketishi bilan perimenopauzaal yoshdagi bemorlarni boshqarishning zamonaviy amaliyoti shundan iboratki, barcha bemorlar birlamchi diagnostika bosqichida bachadon bo'shlig'ining kuretajini o'tkazadilar va gormonal davolanishni buyuradilar (ko'pincha narkolut, oksiprogesterono-asetat, so'nggi yillarda Duphaston ishlatila boshlandi). Biz bemorlarni boshqarishning bunday printsiptining salbiy tomonlari haqida bir necha bor gaplashdik (kasalxonaga yotqizish zarurati, behushlik, bachadon bo'shlig'ining kuretkaga uchun kirish qiyin bo'lgan joylaridan material olishning iloji yo'qligi, bu o'simta jarayonining dastlabki bosqichini o'z vaqtida aniqlashga imkon bermaydi).

Bundan tashqari, o'tkazilgan tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, perimenopauzada atipik bachadondan qon ketishini kuzatishning 31 foizida gormonal davolash ko'rsatilmagan va etarli simptomatik terapiya etarli.

Shunday qilib, perimenopauzal davrda Endometriy giperplastik jarayonlar va antipik qon ketishi bo'lgan bemorlarni samarali va shu bilan birga differentsial boshqarish uchun ushbu yosh guruhidagi patologik jarayonning talqinini tushunish bo'yicha an'anaviy tamoyillarni qayta ko'rib chiqish va sonografiya va umumiy gisteroskopiyaning diagnostikaning dastlabki bosqichlari Endometriy aspiratsion biopsiya bilan birlashtirish kerak.

Ayollarda reproduktiv tizimning giperplastik jarayonlari maqsadli organlarning bir nechta shikastlanishi bilan namoyon bo'ladigan tizimli

patologiyadir [1]. Ginekologik patologiya tarkibida Endometriyning giperplastik jarayonlari (GPE) 5 dan 26% gacha.

Kech reproduktiv, premenopozal va postmenopozal davrlarda GPE bilan og'rigan bemorlar, ayniqsa neyro-metabolik kasalliklar fonida, Endometriy saratoni rivojlanish xavfi yuqori. Ushbu bemorlar guruhini o'z vaqtida tashxislash va etarli darajada davolash Endometriy saratonining ishonchli oldini olishni ta'minlaydi, bu esa menopauzadan oldingi va postmenopozal davrlarda sezilarli darajada yuqori bo'ladi [2].

EGp sabablari: reproduktiv tizimning Markaziy regulyatsiyasi, tuxumdonlardagi giperplastik jarayonlar, tuxumdonlarning gormonal o'smalari, to'qimalarni qabul qilishning buzilishi, yog ' almashinuvining buzilishi, jinsiy gormonlar metabolizmining buzilishi, immunitetning buzilishi [3, 4]. Ko'plab tadqiqotlar estrogenlarning GPE paydo bo'lishida, shuningdek, xavfli Endometriy o'smalarning o'sishini boshlash va saqlashda rolini ko'rsatdi. Adabiyotda asosan estrogenlarning proliferativ ta'siri muhokama qilinadi, shu bilan birga estrogen metabolitlarining to'g'ridan-to'g'ri genotoksik ta'siri isbotlangan [5].

Boshqaruv taktikasini tanlash giperplastik jarayonning morfologik xususiyatlariga, shuningdek bemorning yoshiga bog'liq [6]. EGp uchun gormonal davolash patogenetik jihatdan oqlanadi. Gormon terapiyasi ham Markaziy ta'sirga ega (gonadotropik gormonlar chiqarilishini va tuxumdonlarda steroidogenezni inhibe qilish) va mahalliy (Endometriy proliferatsiyani bostirish).

Hozirgi vaqtda qo'llaniladigan gormon terapiyasining samaradorligi har xil bo'lishi mumkin, shu jumladan Endometriyning gormonlarni davolashga to'liq befarqligi, bu nafaqat sarum jinsiy gormonlarining turli xil tarkibi, balki bachadon retseptorlari apparati holati bilan ham izohlanadi [7].

Gonadotropik relizing-gormonlar (agnrh) agonistlarining ko'plab gormonlarga sezgir kasalliklarni davolash uchun klinik amaliyotga keng joriy etilishi agnrh ta'sir mexanizmlarini yanada o'rganishga sabab bo'ldi. Ushbu guruhdagi dorilarning ta'sir qilish mexanizmi quyidagicha: agnrh gonadotrop hujayralar yuzasida retseptorlari bilan bog'langandan so'ng, LH va FSH intensiv ravishda ajralib chiqadi va bilvosita

tuxumdonlarda estradiol sintezining ko'payishi kuzatiladi. Agnrh ning gipofiz beziga bir necha soat davomida uzoq vaqt ta'sir qilishi gipofiz hujayralarining desensitizatsiyasiga va gonadotropinlar, ayniqsa LH sekretsiyasi va biosintezi intensivligining tez pasayishiga olib keladi. Bunday desensitizatsiya qilingan holatda gonadotrop hujayralar yuqori dozali agonistlarning gipofiz beziga doimiy ta'siri davom etguncha qolishi mumkin [8].

Ushbu hodisa "tibbiy kastratsiya" deb nomlanadi. Agnrh tomonidan qo'zg'atilgan steroidogenezning inhibatsiyasi Endometriyning o'zi, ektopik Endometriy bezlar va stromaning atrofiyasini keltirib chiqaradi. Blokada qaytarilishi mumkin-agnrh bekor qilingandan so'ng adenohipofizning gipotalamus stimulyatsiyasiga sezgirliги to'liq tiklanadi [7, 9].

1.7. Endometriy giperplastik jarayonlarni oldini olish choralari.

Endometriy giperplastik jarayonlarni davolash va oldini olish konservativ (farmakologik, fizioterapevtik) va jarrohlik (Endometriyni olib tashlash, bachadonni amputatsiya qilish va yo'q qilish) usullarini o'z ichiga oladi. Davolash yoshi, reproduktiv tizimning funktsional holati, patologik jarayonning etiologiyasi va klinik va morfologik xususiyatlari, kontrendikatsiyalar mavjudligi va preparatning intoleransi, genital va ekstragenital kasalliklar bilan birgalikda belgilanadi.

Patogenetik terapiya patologik o'zgargan Endometriyni olib tashlash va tanadagi buzilgan endokrin, metabolik va immunitet jarayonlarini normallashtirishga qaratilgan bo'lishi kerak. Shuning uchun yosh ayollar, ayniqsa reproduktiv funktsiyani davom ettirish zarur bo'lsa, anovulyatsion jarayonlarni yo'q qilish va ikki fazali tsikllarni tiklash ko'rsatiladi.

Premenopozal davrda menostazni tezlashtiradigan terapiya ko'pincha buyuriladi

Postmenopozal davrda gormonal terapiya uchun kontrendikatsiyalar mavjud bo'lganda (bu yoshda tez-tez uchraydi) radikal jarrohlik davolash usullari keng qo'llaniladi. Endometriyning giperplastik jarayonlarini davolashda ularga ko'rsatmalarning kengayishi maqsadli organlarning (bachadon bo'yni, sut bezlari,

bachadon tanasi va boshqalar) qo'shma patologiyasi va metabolik kasalliklar mavjudligi bilan bog'liq bo'lishi mumkin.

Davolash usulini tanlashning asosiy mezonlari, ehtimol, gistologik jihatdan aniqlangan Endometriy patologiyasining shakli deb hisoblanishi kerak. Barcha holatlarda terapiya usulini tanlashda jarayonning rivojlanishi xavfi ehtimolini hisobga olish kerak (glandular giperplaziya — atipik giperplaziya — malign o'sish), bu barcha parametrlarni har tomonlama baholashdan keyin aniqlanadi.

Endometriy giperplastik jarayonlar bilan og'rigan bemorlarni davolashning asosiy bosqichlari:

Endometriy kuretaj;

aniqlangan kasalliklarni tuzatish (metabolik, immun), patologik simptomlarni bartaraf etish (bachadondan qon ketish) va komorbid patologiyani davolash (jinsiy organlarning yallig'lanish kasalliklari, somatik ekstragenital kasalliklar);

gormon terapiyasi;

jarrohlik davolash usullari (kriyodestruksiya, Endometriy lazer ablasyon, bachadonni olib tashlash);

Endometriy patologiyasining qaytalanishini oldini olish va o'z vaqtida tashxislash bo'yicha chora-tadbirlar bilan keyingi dispanser kuzatuvi.

Endometriyning kuretaji diagnostika maqsadi bilan bir qatorda terapevtik ta'sirga ega, chunki undan keyin ba'zi hollarda uning patologik jarayonlari davolanadi. Shu munosabat bilan Endometriyni olib tashlash, bu manipulyatsiyani diqqat bilan bajarishga imkon beradigan gisteroskopiya yordamida amalga oshirilishi kerak va agar kerak bo'lsa, bachadonning ichki devorlarining turli qismlaridan Endometriyning alohida qismlarini gistologik tekshirish uchun olish kerak. Fokal patologiya aniqlanganda, maqsadli biopsiya amalga oshiriladi.

Endometriy retseptorlari tizimini tadqiq qilish holatlarida bachadonning turli qismlaridan (pastki, burchaklar, o'rta va pastki qismlar) materialni fraksiyonel olish talab etiladi. Endometriyning bir qismini saqlab qolish keyinchalik glandular giperplaziyaning qaytalanishiga sabab bo'ladi.

Har qanday buzilishlarni tuzatish, birinchi navbatda, bachadondan qon ketishini to'xtatishni o'z ichiga oladi. Bunga Endometriy kuretaj, fizioterapevtik protseduralardan foydalanish (amplipulsterapiya, magnetoterapiya va boshqalar) va agar kerak bo'lsa gormonal gemostaz (estrogenlar yoki gestagenlar) yordamida erishiladi.

Metabolik kasalliklar (semirish) bilan parhez terapiyasi, jismoniy mashqlar terapiyasi, fizioterapevtik ta'sirlar (balneoterapiya, toza havoda yurish va boshqalar), shuningdek uglevod almashinuvi buzilishlarini tuzatish (maxsus parhez, dorilar, shu jumladan insulin) ko'rsatiladi.

Immunomodulyatorlar immunogrammani hisobga olgan holda ko'rsatmalarga muvofiq qat'iy qo'llanilishi kerak, chunki immunitet tizimining asossiz faollashishi giperplastik jarayonlarni keltirib chiqarishi mumkin.

Turli ekstragenital somatik kasalliklarni davolash an'anaviy qoidalarga muvofiq amalga oshiriladi.

Gormon terapiyasini o'tkazish Endometriyning giperplastik jarayonlarini davolashning asosiy bosqichidir. Bu Endometriy proliferatsiyani bostirish va inhibe qilishni, shuningdek endokrin kasalliklarni tuzatishni (gipofiz bezidagi gonadotropinlarning ortiqcha miqdorini bostirish va tuxumdonlarda steroidogeneznining ko'payishini) ta'minlaydi. Ushbu jarayonlar yoshligida, ayniqsa generativ funktsiyani saqlab qolish zarur bo'lganda, qaytarilishi kerak (Endometriyning tsiklik transformatsiyasini tiklash va gonadotropinlarning jinsiy steroid gormonlarining tsiklik ishlab chiqarilishi bilan ritmik chiqishi bilan).

Gormonal vositalardan gestagenlarning hosilalari, androgenlar, estrogen-gestagen preparatlari, shuningdek gormonal va gormonal bo'lmagan antiestrogen vositalar qo'llaniladi. Ushbu guruhga quyidagilar kiradi: sintetik estrogen-gestagen preparatlari, 19-norsteroid hosilalari (norkolut, no - ratisteron, gestrinon), 17a-oksiprogesteron (17a-oksiprogesteron kapro - nat), etiniltestosteron hosilalari (danazod), go - nadoliblerinlarning sintetik agonistlari (zaladex), antiestrogen ta'sir ko'rsatadigan gormonal bo'lmagan dorilar (takmoksifen). Ushbu dorilarning barchasi reproduktiv funktsiyani tartibga solishning neyroendokrin tizimining turli

bo'g'inlariga ta'siri tufayli Endometriy giperplastik jarayonlarni davolashda patogenetik vositalar bo'lib, Endometriy transformatsiya jarayonlarini normallashtiradi (ko'payish va sekretiyanini inhiye qiladi yoki faollashtiradi) va ortiqcha estrogen ta'sirini yo'q qiladi (steroidogenez yoki retseptor mexanizmlari orqali ortiqcha estrogen ta'sirini blokirovka qilish) yoki ikki fazali hayz davrining shakllanishi bilan anovulyatsion mexanizmlar yoki menopauzaning tezlashishi bilan.

Voyaga etmagan bachadondan qon ketishi bo'lgan qizlarda Endometriyning giperplastik jarayonlarini davolashda estrogen-gestagen (2—

faza afzalroq) tsiklning 5-dan 25-kunigacha bo'lgan dorilar 2-da—

tsiklik gormon terapiyasi bilan almashinadigan oylar (1 - chi estrogenlar va 2-3 oylik tsiklning 2-bosqichidagi gestagenlar). Ovulyatsiyani Klomifen bilan stimulyatsiya qilish, shuningdek, ko'payadigan Endometriyning sekretorga aylanishiga yordam beradigan sariq tananing shakllanishi bilan 2 fazali tsiklni yaratish uchun amalga oshiriladi. Biz bu yoshda estrogen-gestagen birikmalaridan uzoq muddatli foydalanishni maqsadga muvofiq emas deb hisoblaymiz, ularning ta'siri ostida reproduktiv funktsiyani tartibga solishning hali shakllanmagan neyroendokrin tizimi inhiye qilinadi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda glandular-kistik Endometriy giperplaziyada estrogen-gestagen birikmalari quyidagi hollarda qo'llaniladi

Tsiklning 5-kunidan 25-kunigacha 6 oy, progestogenlar (norkolut, 17 - oksiprogesteron-kapronat) tsiklning 2-bosqichida 14-kundan boshlab tabletka (norkolut 5-10 mg) yoki tsiklning 16-21-kunida 125-250 mg (17-OPK).

Atipik giperplaziyada gestagenlardan katta dozalarda va uzoqroq vaqt davomida foydalanish ko'rsatiladi: norkolut tsiklning 5-kunidan 25-kunigacha 10 mg dan 5-6 oy davomida; 17-OPK 250-500 mg dan haftasiga 2-3 marta 5-6 oy davomida. Gestagenlarni (17-OPK) dozani asta-sekin kamaytirish bilan buyurish samaradorligi ko'rsatilgan: haftasiga 2 marta 500 mg 2 oy, haftasiga 2 marta 250 mg 2 oy, haftasiga 1 marta 250 mg 2 oy va haftasiga 1 marta 125 mg 2 oy. Gesta

genlarini davolashning ushbu rejimi bilan amenore boshlanishi mumkin, bu davolanishni to'xtatish bilan o'tadi.

Ushbu yoshda gipofiz bezining gonadotrop funksiyasini tartibga solish va ovulyatsiyani rag'batlantirish uchun klomifenni an'anaviy sxema bo'yicha qo'llash mumkin: tsiklning 5-kunidan 9-kunigacha 50-100 mg. Yalomifenning maqsadi tsiklning 15 va 21-kunlarida 125 mg dan 17-OPK yuborish bilan birlashtiriladi. Kombinatsiyalangan terapiya 3-4 oy davomida amalga oshiriladi. Bu ovulyatsiya va Endometriyning to'g'ri o'zgarishi bilan ikki fazali tsiklning shakllanishiga yordam beradi.

Premenopozal davrda ayollarda Endometriyning giperplastik jarayonlarini davolash uchun gestagenlar yoki androgenlar buyurilishi mumkin. 17-oksiprogesteronakapronat 500 mg dan haftasiga 3 marta 2 oy, so'ngra 500 mg dan haftasiga 2 marta 2 oy va 500 mg dan haftasiga 1 marta 3-4 oy davomida buyuriladi. Androgenlardan metiltestosteron yoki testosteron propionat turli xil sxemalar bo'yicha qo'llaniladi: 3 oy davomida kuniga 10-15 mg metiltestosteron, 3 oy davomida kuniga 20-25 mg testosteron propionat, teste - nat yoki Sustanon yoki Omnadren 3 oy davomida oyiga bir marta 1 ml. So'nggi paytlarda androgenlar juda kamdan-kam hollarda qo'llaniladi, chunki ko'plab kontrendikatsiyalar va og'ir yon ta'sirlar. Gestagenlar va androgenlarning kombinatsiyasi mumkin (gestagenlar 6-8 oy davomida, keyin 1-2 oy davomida androgenlar).

Gormonlarni davolashda nazorat tekshiruvlari o'tkazilishi kerak. Ma'lumki, uzoq muddatli gormonal terapiya jarayonida, ayniqsa estrogen-gestagenik birikmalar, bemorlarda qon ivish tizimi (prokoagulyant va trombositlar aloqalari) faollashadi. Shu munosabat bilan gemostaz holatini muntazam ravishda kuzatib borish kerak (oyiga 1-2 marta koagulogramma). Har 2-3 oyda gormon terapiyasining samaradorligini baholash bo'yicha tadqiqotlar o'tkazilishi kerak (dinamikada ultratovush, Endometriy biopsiya bilan gisteroskopiya har 3 oyda bir marta).

Estrogenlarning (xususan, estron) malign o'sishni induksiya qilish nazariyasini va estrogen birikmalarining (E, E₂, E₃) retseptorlari bilan raqobatbardosh aloqasini hisobga olgan holda, estron ishlab chiqarishni blokirovka qiluvchi va shu bilan

hujayralarning malign transformatsiyasining himoyachisi bo'lgan es - triol preparatlarini buyurish maqsadga muvofiqdir.

Onkologik amaliyotda ko'pincha estrogen retseptorlariga ta'siri tufayli periferik ta'sirning (takmoksifen) antiestro - gen ta'siriga ega dorilar qo'llaniladi. Ammo Endometriyning giperplastik jarayonlarini davolashda ushbu preparat keng qo'llanilmadi. Gormon terapiyasining samaradorligi etarli bo'lmasa, uni gestagenlardan oldin yoki ular bilan birgalikda buyurish tavsiya etiladi.

Shunday qilib, Endometriyning giperplastik jarayonlarini davolashda farmakologik va gormonal vositalarning arsenalini doimo kengayib boradi, bu ularning samaradorligi, ayniqsa atipik giperplaziyada etarli emasligini ko'rsatadi.

Endometriy patologiyani davolashning jarrohlik usullari so'nggi paytlarda farmakologik, shu jumladan gormonal vositalarning ulkan arsenaliga qaramay, butun dunyoda keng qo'llanilmoqda. Bu Endometriy giperplastik jarayonlarning malign o'sishga aylanishini bashorat qilish uchun kafolatlangan mezonlar bo'lmagan taqdirda malign neoplazmalar chastotasini kamaytirishga qaratilgan. Agar ilgari perimenopozal davrda jarrohlik davolash keng qo'llanilgan bo'lsa, so'nggi yillarda u ayollarda va reproduktiv yoshda tobora ko'proq qo'llanilmoqda. Adabiyotda bir qator mamlakatlarda har to'rtinchi yoki uchinchi ayol perimenopozal davrga bachadonsiz etib borishi haqida dalillar keltirilgan. Shuning uchun Endometriyning giperplastik jarayonlarini jarrohlik yo'li bilan davolash uchun aniq ko'rsatkichlarni aniqlash juda qiyin, ayniqsa Belorusiyaning ekologik sharoitida aholi orasida saraton kasalligining doimiy o'sishi bilan.

Endometriyning fon kasalliklarida jarrohlik davolash (bachadonni olib tashlash), ayniqsa perimenopozal davrda ayollarda (bachadon miomasi, qo'shimchalarning surunkali yallig'lanish kasalliklari, endometriozi, tuxumdon skleropolikistozi) mavjud bo'lganda ko'rsatilishi mumkin.

Atipik Endometriy giperplaziya (prekanseroz) rejalashtirilgan generativ funktsiyani bajargan tug'ish yoshidagi ayollarda ham jarrohlik davolash uchun ko'rsatma bo'lishi mumkin.

Endometriyning giperplastik jarayonlari bo'lgan ayollarda jarrohlik davolash usulini tanlashning asosiy mezonlari quyidagilardan iborat bo'lishi kerak: saraton kasalligining og'ir tarixi; metabolik kasalliklar (semirish, diabet); genital va ekstragenital kasalliklar bilan bog'liq; gormonal terapiyaga qarshi ko'rsatmalar mavjudligi; boshqa xavf omillari (bepushtlik, jinsiy faoliyatning etishmasligi, hayz ko'rishning buzilishi).

Yuqoridagilar bilan bog'liq holda, Endometriyning giperplastik jarayonlarini davolashning muqobil jarrohlik aralashuvi (amputatsiya, bachadonni chiqarib tashlash) usullarini yodda tutish ayniqsa muhimdir: Endometriyga kriyo - va lazer ta'siri.

Kriojarrohlik ta'siri-bu past haroratning to'g'ridan - to'g'ri Endometriyga ta'siri, atrofdagi, patologik o'zgarmagan to'qimalarning shikastlanishsiz mahalliy muzlash orqali. Giperplastik jarayonlarni davolashning ushbu nisbatan yangi usuli V. I. Grishchenko, V. N. Zaporozhan (1987, 1997) asarlarida batafsil bayon etilgan.

Gisteroskopiya jarayonida Endometriyni lazer ta'siri bilan yo'q qilish ham tobora ko'proq qo'llanilmoqda va Endometriyning giperplastik jarayonlarini davolashda istiqbolli usul hisoblanadi (V. I. Duda, O. I. Kliga, 2000).

Krio - va la - zerovoz ta'sirining ginekologiyasida keyingi tadqiqotlar va tarqalish giperplastik jarayonlarda jarrohlik aralashuvlar chastotasini kamaytirishga yordam berishi kerak.

II BOB. ENDOMETRIY GIPERPLAZIYASIGA CHALINGAN AYOLLARNING TASHXISLASH NATIJALARI TAXLILI.

2.1. Endometriyning giperplastik jarayonlarida tashxislash.

Tashxis anamnez ma'lumotlariga, ob'ektiv tekshiruvga (ham umumiy, ham ginekologik), yordamchi tadqiqot usullariga asoslangan.

Bemorlarni tekshirish keng qamrovli bo'lishi kerak. Anamnez ma'lumotlarini o'rganayotganda irsiyatga, o'tmishdagi hayz davrining xususiyatlariga, reproduktiv funktsiyaning holatiga, umumiy va ginekologik kasalliklarga alohida e'tibor berilishi kerak. Giperplastik jarayonning dinamikasini, uning takrorlanishini batafsil aniqlash, oldingi GPE davolash sifati va samaradorligini sinchkovlik bilan tahlil qilish kerak.

Hozirgi bosqichda GPE diagnostikasining asosiy usullari:

- transvaginal ultratovush,
- gidrosonografiya,
- histeroskopiya,
- gistologik tekshirish.

GPE bilan og'rigan bemorlarda tekshiruvni ikki bosqichda o'tkazish tavsiya etiladi.

Birlamchi tekshiruv sifatida ultratovush tekshiruvi, bachadon bo'shlig'idan aspiratlar va yuvishlarni sitologik tekshirish tavsiya etilishi mumkin. Ultratovush tekshiruvida m-echo tabiati baholanadi: postmenopozal davrda M-echo qalinligi 4-5 mm dan oshmasligi kerak, bir xil bo'lishi kerak, uning tuzilishi bir hil. Menstrüel m-echo hayz davrining fazasini hisobga olgan holda talqin qilinadi. Tadqiqot uchun maqbul vaqt tsiklning 5-7-kunidir. Yupqa bir hil m-echo endometriumning funktsional qatlamini to'liq rad etishga to'g'ri keladi, mahalliy yoki bir xil o'sishni patologiya deb hisoblash kerak. Bachadonning o'rtacha tuzilishining maksimal qalinligi odatda sekretor fazada (12-28 kun) kuzatiladi, u 12-15 mm dan oshmasligi kerak. ultratovushning ma'lumot tarkibi 60% dan 93,3% gacha.

So'nggi yillarda intrauterin patologiya bilan transvaginal ekografiya bachadon bo'shlig'ining kontrasti (gidrosonografiya) bilan qo'llaniladi, uning ma'lumot tarkibi

GPE bilan 78-99% ni tashkil qiladi. Biroq, mehnat zichligi va invazivligi tufayli uni skrining sifatida qo'llash mumkin emas.

Sitologik usulning asosiy vazifasi giperplaziyalarda Endometriyal hujayralarda sodir bo'ladigan o'zgarishlarni aniqlash va o'rganishdir: yadrolarning hujayra kattaligiga nisbatan ko'payishi, alohida hujayralar kattaligi va shaklining polimorfizmi qayd etilgan.

Keyinchalik chuqur tekshiruv umumiy klinik qon tekshiruvini, yog', uglevod metabolizmini, jigar, buyraklarning funktsional holatini va qalqonsimon bez va boshqa bezlarning funktsiyalarini biokimyoviy tekshirishni o'z ichiga oladi.

Endometriyal patologiyani tashxislashning mavjud ko'plab usullari orasida bachadon bo'yni kanalining shilliq qavati va bachadon bo'shlig'ining alohida diagnostik kuretaj bilan olingan qirib tashlanishini gistologik tekshirish eng ishonchli va ob'ektiv deb hisoblanishi kerak. Endometriumning o'simtadan oldingi holatini tan olish gistologik diagnostikaning eng murakkab bo'limlaridan biridir, chunki ular gormonal muvozanat buzilishlari fonida yuzaga keladi va ma'lum morfologik o'xshashliklarga ega. Bachadon shilliq qavatining qirib tashlanishini gistologik tekshirish GPE diagnostikasining yakuniy usuli hisoblanadi.

Endometriumning morfologik xarakteristikasi uchun yordamchi usul gistokimyoviy usul bo'lib, unda mitotik rejim ko'rsatkichlari bir xil gistologik rasmda farq qilishi mumkin. To'qimalarning proliferativ faolligining oshishi mitotik rejimning o'zgarishi va mitaning patologik shakllarining paydo bo'lishi bilan birga keladi, ularning soni patologik jarayon rivojlanib borishi bilan sezilarli darajada oshadi.

Olimlar Endometriyal giperplaziya mezonini patologik mitozlar sonining 30% va undan yuqori darajaga ko'tarilishi deb hisoblash kerakligini isbotladilar (har uchinchi hujayra noto'g'ri bo'linadi). Giperplazlangan endometriumdagi sitologik xususiyatlar malignizatsiyaning aniq belgilari paydo bo'lishidan 2-2,5 yil oldin paydo bo'ladi.

So'nggi paytlarda intrauterin patologiyani tashxislashda asosiy o'rinni histeroskopiya egallaydi, bu endometrium holatini batafsil o'rganishga imkon

beradi. Histeroskopiya-bachadon bo'shlig'ini optik asbob bilan to'g'ridan-to'g'ri tekshirish usuli. Giperplaziyada endometrium notekis qalinlashgan, ba'zida Polipoid o'sishi va notekis yuzasi ko'rinadi. Rang-och pushti rangdan och qizil ranggacha, qon ketishi va qon tomirlari ko'rinadi. Ge ning histeroskopik ko'rinishi giperplaziyaning tabiati, tarqalishi, qon ketishining mavjudligi va uning davomiyligiga qarab farq qiladi. Endometriyal poliplarning shakli va hajmi eng xilma — xil (yumaloq, cho'zinchoq, konus shaklida, cho'zilgan), o'lchamlari 0,5—1 dan 3-6 sm gacha, sirt ko'pincha silliq, hatto, ba'zi joylarda yupqa devorli kist shakllanishi sirtdan yuqoriga chiqadi. Poliplar ko'pincha fallop naychalarining og'zida joylashgan. Adenomatoz poliplar zerikarli, bo'shashgan, yuzasi notekis ko'rinadi. Ge diagnostikasida histeroskopiyaning informatsion tarkibi 63-97, 3% ni tashkil qiladi.

Histerografiya-bu kontrastli vositani bachadon bo'shlig'iga oldindan kiritish bilan rentgenologik tekshirish usuli. Endometriyal giperplaziya bilan rentgenogrammada xarakterli belgi bachadon bo'shlig'ining notekis konturidir. Bundan tashqari, ko'plab bemorlarda to'lg'azish nuqsonlari, bachadon bo'shlig'ida soyaning notekis intensivligi kabi rentgenologik alomatlar bo'lishi mumkin.

Radioizotop usuli radioaktiv fosfor yordamida juda qimmatli diagnostika usuli hisoblanadi. Agar u qonga kirsas, avval uning tanada bir tekis taqsimlanishi, so'ngra alohida organlar va to'qimalarda to'planishi sodir bo'ladi. To'planish darajasi metabolizmning intensivligiga, hujayra membranalarining o'tkazuvchanligiga, to'qimalarning mitotik faolligiga bog'liq.

Ko'pgina mualliflarning fikriga ko'ra, radioaktiv fosfor giperplaziyalangan endometrium tomonidan sezilarli darajada to'planadi. Odatda, to'planish bachadon tubi hududida 300% dan kam bo'lib, asta-sekin 100% gacha kamayadi. Adenomatoz bilan, ayniqsa fokal, 500% dan ortiq. Ushbu usul patologik jarayonning asosiy lokalizatsiyasini va hujayra elementlarining ko'payish darajasini taxminiy aniqlash uchun foydalanish tavsiya etiladi.

Shunday qilib, yordamchi diagnostika usullaridan foydalanish (sitomorfologik, gistokimyoviy, endoskopik, rentgenologik va radioizotop) Endometriyal

malignizatsiyaning dastlabki belgilarini gistomorfologik o'zgarishlar va kasallikning klinik belgilari paydo bo'lishidan oldin aniqlashga imkon beradi. Ushbu usullar katta diagnostik ahamiyatga ega va davolash samaradorligini baholash imkoniyatini beradi.

Perimenopozal yoshdagi ayollarda klinikaning turli jihatlarini va Endometriyal patologik jarayonlarning patogenezi o'rganish ginekologiyaning dolzarb vazifalaridan biri bo'lib, bu birinchi navbatda bachadon tanasi saratoni bilan kasallanishning barqaror o'sishi bilan bog'liq [1, 2].

Bir qator mualliflarning fikriga ko'ra, 70% hollarda bachadon tanasi saratonidan oldin Endometriyal giperplastik jarayonlar (GPE) sodir bo'ladi va 30-79% da 1-3 yil ichida atipik Endometriyal giperplaziya (Age) saratonga aylanadi [3, 4].

Hozirgi kunda, af u ki, ko'plab klinik-

Endometriyal saraton xavfi (re) uchun samarali prognostik modelni yaratishning patogenetik jihatlarini etarli darajada aniqlanmagan.

Immunohistokimyoviy markerlarning to'g'ri tanlangan kombinatsiyasi GPE ning patobiologik mohiyatini aks ettiradi va an'anaviy morfologik usul bilan birgalikda kasallikning borishi haqidagi g'oyalarni kengaytirib, shifokorning amaliy faoliyatida qo'llanilishi mumkin.

O'simta heterojen hujayra turlarining turli populyatsiyalari tomonidan hosil bo'lishi ma'lum va ularning kelib chiqishi va rolini tushunish diagnostika, terapiya va profilaktika strategiyasini ishlab chiqish uchun asosdir [5].

Side population ("lateral populyatsiya" hujayralari) xususiyatlariga ega bo'lgan o'simta to'qimalarida mavjud bo'lgan hujayralar odatda saraton ildiz hujayralari (Cancer Stem Cells — CSC) deb ataladi [6].

CSC "o'z-o'zini yangilash qobiliyatiga ega bo'lgan va o'simtani tashkil etuvchi saraton hujayralarining turli qatorlarini keltirib chiqaradigan o'simta ichidagi hujayra" deb ta'riflanadi [7]. Hozirgi vaqtda CSC turli xil lokalizatsiya qilingan saraton rivojlanishi va rivojlanishida asosiy rol o'ynaydi deb ishoniladi [6, 8]. CSC inson o'smalarining bir nechta turlari, shu jumladan re [9] uchun tavsiflangan.

Dori-darmonlarga chidamliligi va o'smalarning qaytalanishi asosan CSC tufayli bo'lishi mumkinligi haqida ishonchli dalillar mavjud. Shu munosabat bilan, CSC ning o'ziga xos molekulyar markerlarini yaratish ushbu hujayralarni ajratish va o'smalarni davolash va oldini olish uchun yangi yondashuvlarni ishlab chiqish uchun juda muhimdir [10, 11].

Zamonaviy adabiyot ma'lumotlarini sinchkovlik bilan tahlil qilib, ushbu ishda o'rganilgan bir qator eng istiqbolli CSC markerlarini aniqlashga imkon berdi: ALDH1A1, Musashi1, Oct4, CD117, HOXA10.

Molekulyar texnologiyalarning jadal o'sishi endometriumning patologik jarayonlari bo'lgan bemorlarni boshqarishning prognostik modeli va patogenetik taktikasi tushunchalarini qayta ko'rib chiqish zarurligini taqozo etadi. Shu munosabat bilan biz o'z tadqiqotimizni o'tkazdik, uning maqsadi gpe bilan perimenopozal yoshdagi bemorlarda immunohistokimyoviy ildiz hujayralari belgilarining klinik ahamiyatini aniqlash, boshqaruv taktikasini ilmiy asoslash edi.

Vazifalar

Tadqiqotning belgilangan maqsadiga muvofiq quyidagi vazifalar belgilandi:

Perimenopozal yoshdagi ayollarda GPE rivojlanishi va endometriumning malign transformatsiyasining rivojlanishi uchun eng muhim klinik va anamnestik xavf omillarini aniqlang.

Endometriyal patologik jarayonlarda ALDH1A1, Musashi1, Octamer-binding transcription factor 4 (Oct4), CD117, HOXA10 ifoda darajalarining immunohistokimyoviy ko'rsatkichlarini baholang.

GPE klinik va molekulyar biologik ko'rsatkichlarini analitik taqqoslash asosida saraton xavfi yuqori bo'lgan guruhlarni shakllantirishga patogenetik jihatdan asoslangan yondashuvni ishlab chiqish.

PERIMENOPOZAL yoshdagi GPE bilan og'rigan bemorlarni davolashga differentsial yondashuvni aniqlash va asoslash, re rivojlanish xavfi darajasini aniqlash asosida.

Endometriumning malign transformatsiyasi xavfining aniqlangan darajalari bilan taqqoslaganda standart GPE terapiyasining samaradorligini retrospektiv tahlil qilish.

2.2. Zamonaviy tashxishlash natijalarini baholash.

So'nggi o'n yilliklar dunyoning ko'plab mamlakatlarida gormonlarga bog'liq giperplastik holatlar ko'payishi bilan ajralib turadi, ular orasida endometriyning giperplastik jarayonlari mavjud. Bir tomondan, tashxisni morfologik tasdiqlash zarurati mavjud, ularsiz endometriyning giperplastik jarayonlarining chastotasi, tarqalishi va saraton xavfi darajasini baholash mumkin emas. Boshqa tomondan, bu diagnostik bachadon aralashuvlar yordamida umumiy aholi tekshiruvini o'tkazish uchun ko'rsatma bo'lishi mumkin emas [1, 2]. Aynan shu munosabat bilan, so'nggi o'n yil ichida standart ekografiya ginekologiyaga aylandi va klinisyenlar tomonidan Endometriyal giperplaziyani tashxislash usuli sifatida keng qo'llaniladigan muntazam tadqiqotga aylandi.

Hozirgi bosqichda bachadon patologiyani tashxislashda "oltin" standart-bu histeroskopiya nazorati ostida diagnostik kuretaj, so'ngra qirib tashlashni gistologik tekshirish [2, 3]. L. A. Ashrafyan ma'lumotlariga ko'ra, usulning sezgirligi 93,8%, o'ziga xosligi 91,3% [4]. Afzalliklarga qaramay, bu usul o'zining cheklovlariga ega. Histeroskopiyaning amalga oshirish uchun qimmat uskunalar talab qilinadi, bu usulni standart skrining sifatida qo'llash imkoniyatini cheklaydi. Bundan tashqari, usul jiddiy asoratlardan xoli emas, shuningdek, maxsus og'riq qoldiruvchi vositalarni talab qiladi [5, 6]. Diagnostik kuretaj vaqtini tanlash juda muhimdir. Agar u kutilgan hayzdan 1-2 kun oldin ishlab chiqarilgan bo'lsa, maqbuldir.

Endometriyal aspiratsiya (Pipel) biopsiyasi ginekolog amaliyotida Evropada eng keng tarqalgan diagnostik manipulyatsiyalardan biridir [7-9]. Endometriydagi patologik o'zgarishlarni aniq tashxislashda aspiratsiya biopsiyasi diagnostik kuretajdan kam emas. Usulning sezgirligi 62,5 — 91,5%, o'ziga xosligi — 94%, noto'g'ri ijobiy natijalar 31% hollarda, noto'g'ri salbiy natijalar-7,9% [7, 8]. Shuni ta'kidlash kerakki, ushbu usul quyidagi muhim afzalliklarga ega: u ambulatoriya sharoitida amalga oshirilishi mumkin; bu og'riqli protsedura emas;

manipulyatsiyaning davomiyligi bir daqiqadan kam; minimal shikastlanishga olib keladi, chunki u bachadon kanalining kengayishini talab qilmaydi; bachadon bo'shlig'ining har qanday qismidan to'qima olish imkonini beradi; yallig'lanish asoratlari xavfini kamaytiradi.

Yuqoridagilarni umumlashtirib, xulosa qilishimiz mumkinki, Pipel biopsiyasi oddiy biopsiyaga qaraganda osonroq va arzonroq va bemorda endometrioz, bepushtlik, shuningdek, ba'zi umumiy kasalliklar (masalan, qandli diabet) tarqalishi xavfi bo'lgan holatlarda an'anaviy protseduradan alohida afzalliklarga ega. Pipel biopsiyasi tadqiqotni deyarli og'riqsiz va asoratlarsiz, istalgan vaqtda keraksiz moddiy xarajatlardan qochishga imkon beradi. Agar bemorni boshqarish taktikasi tadqiqot uchun endometriyni muntazam ravishda qayta olishni talab qilsa, bu katta ahamiyatga ega.

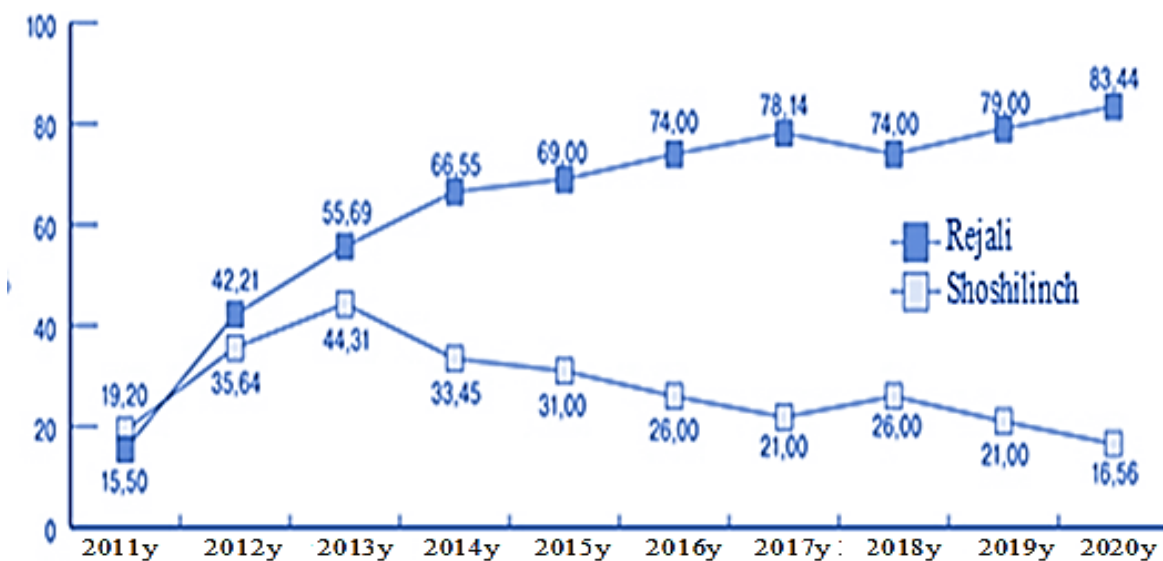


Diagramma 2.1. Reproduktiv yoshdagi ayollarda rejali va shoshilinch tashxisiy tekshiruvning solishtirma ko'rsatkichlari.

So'nggi 10 yil ichida Andijon viloyati perinatal markazi ginekologik bo'limlarining Endometriyal giperplastik jarayonlari bo'lgan reproduktiv yoshdagi ayollarning kasallik tarixi retrospektiv tahlil qilindi.

Shuningdek, biz ginekologiya bo'limiga 2D rejimida histeroskopiya va transvaginal ultratovushli xulosalar nazorati ostida alohida diagnostik kuretaj uchun

qabul qilingan reproduktiv yoshdagi ayollarning 128 ta kasallik tarixini tahlil qildik, ularning alohida diagnostik kuretajdan keyin yakuniy gistologik xulosalar bilan mos kelishini o'rganish uchun. Barcha ultratovush tekshiruvlari ambulatoriya sharoitida o'tkazildi va bemorlar Endometriyal patologiyaga shubha bilan kasalxonaga rejalashtirilgan tartibda yuborildi. Barcha bemorlarda Endometriyal giperplaziyaning shikoyatlari va klinik belgilari yo'q edi.

Bemorlarning yoshi 36-44 yosh oralig'ida o'zgarib turardi. Endometriyning qalinligi 7,1 dan 13,00 mm gacha bo'lgan. Bemorlarning 46,9 foizi bachadon aralashuvlar tarixiga ega. Menstrüel funktsiya 95,3% hollarda buzilmagan. Menarxning o'rtacha yoshi $13,33 \pm 1,53$ yoshni tashkil etdi. Hayz ko'rishning o'rtacha davomiyligi $5,23 \pm 1,59$ kun, hayz davrining davomiyligi 28 dan 30 kungacha. O'rtacha hayzli qon yo'qotish 61,7% hollarda, hayz paytida og'riq yo'qligi 89,8% hollarda qayd etilgan.

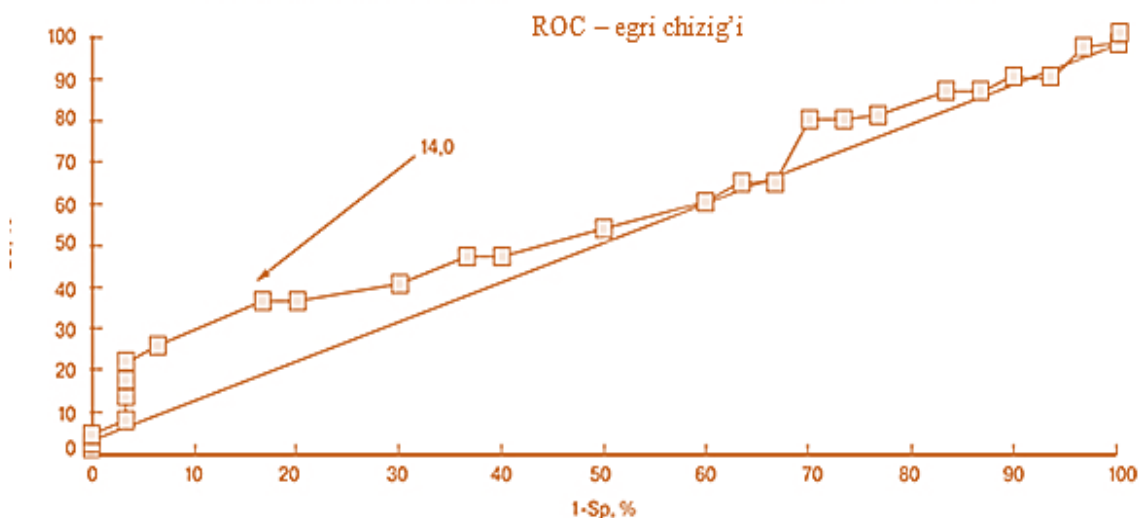


Diagramma 2.2. B – rejimidagi transvaginal ultratovush ma'lumotlariga asoslangan holda endometriy giperplastik jarayonini ROC – egri chizig'I bo'yicha baholash.

Aseptik sharoitda alohida diagnostik kuretajni amalga oshirishdan oldin, bachadon bo'yni kanalini kengaytirmasdan, oldingi labning orqasida o'q forsepslari bilan bachadon bo'yni kanalini kengaytirmasdan, Endometriyal aspiratsiya

biopsiyasi o'tkazildi. Biz Endometriyal Pipel biopsiyasi orqali olingan sitologik va gistologik tadqiqotlar uchun material yig'ish texnikasini optimallashtirdik. Texnikaning mohiyati quyidagicha. Bachadondan aspiratsiya naychasini olib tashlaganingizdan so'ng, hosil bo'lgan material flakonga joylashtirildi va neytral formalinning 10% eritmasi bilan to'ldirildi. Shisha etiketlangan va standart gistologik tekshiruv uchun yuborilgan. Keyin shpritsga 4-5 ml steril 0,9% natriy xlorid eritmasi yig'ildi va asbobda qolgan material aspiratsiya probi orqali yuvildi; yuvish suyuqligi santrifüj naychasiga joylashtirildi va santrifüjning aylanish tezligi 1000 rpm dan oshmagan holda 8 daqiqa davomida santrifüj qilindi (yuqori tezlikda Endometriyal hujayralarni yo'q qilish mumkin). Haddan tashqari suyuqlik drenajlangan va sitologik preparatlar cho'kindi jinslardan tayyorlangan bo'lib, ular etiketlangan va sitologik laboratoriyaga yuborilgan. Aspiratsiya biopsiyasidan so'ng standart usul bo'yicha alohida diagnostik kuretaj o'tkazildi, so'ngra material gistologik laboratoriyaga yuborildi.

Statistik ma'lumotlarni qayta ishlash Statistica 6.0 (StatSoft Ink., 19942001), tibbiy-biologik tadqiqotlar uchun moslashtirilgan. Belgining nisbiy chastotalari (%) hisoblab chiqilgan. Miqdoriy xususiyatlarning taqsimlanishining normalligi Kolmogorov–Smirnov mezonidan foydalangan holda tekshirildi. Ta'riflovchi statistikadan foydalanganda parametrlar aniqlandi: namunaviy o'rtacha (o'rtacha (M)); o'rtacha kvadrat og'ish (SD); median (Me), 25-kvartil (25), 75-kvartil (75) [10, 11]. Roc tahlili ishlatilgan.

2022 yildan 2023 yilgacha bo'lgan davrda ginekologik bo'limlarda va kunduzgi kasalxonaning jarrohlik xonasida alohida diagnostik kuretajni o'tkazish uchun ko'rsatmalarni tahlil qildik. bachadon miomasi, tuxumdon o'smalari bilan operatsiyadan oldingi tekshiruv doirasida alohida diagnostik kuretajni o'tkazish uchun rejalashtirilgan tartibda qabul qilingan ayollar tadqiqotdan chiqarib tashlandi. Biz reproduktiv yoshdagi ayollarni rejalashtirilgan (ultratovush tekshiruvi bo'yicha endometriyning giperplastik jarayoniga shubha qilingan) va favqulodda (genital traktdan ko'p miqdorda qon ketish) tartibda kasalxonaga yotqizish holatlarini tahlil qildik.

Shuni ta'kidlash kerakki, so'nggi o'n yil ichida reproduktiv yoshdagi bemorlar orasida favqulodda ko'rsatkichlar bo'yicha o'tkazilgan alohida diagnostik kuretajlarning ulushi biroz o'zgarib turdi (19,2 dan 20-30% gacha), 2004 yilda eng yuqori darajaga etdi. boshqa tomondan, reproduktiv yoshdagi bemorlar orasida rejalashtirilgan alohida diagnostik kuretajlar soni 2011 yilga kelib sezilarli darajada oshdi (2002 yil –2002 yil). 15,5%; 2011 yil 83,4%).

Bizning fikrimizcha, rejalashtirilgan alohida diagnostik kuretajlarning o'sishi akusher-ginekologlar amaliyotida ultratovush tekshiruvining keng joriy etilishi bilan bog'liq, chunki 100% hollarda biz tahlil qilgan tibbiy tarixlarda rejalashtirilgan kasalxonaga yotqizish ko'rsatkichlari ultratovush ma'lumotlari edi.

Ko'pgina ultratovush diagnostikasi mutaxassislarining tajribasi shuni ko'rsatadiki, reproduktiv yoshdagi ayollarda tos a'zolarining ekografiyasini o'tkazish uchun eng maqbul vaqt hayz davrining 5-7-kunidir. Menstrüel tsiklning ushbu kunlarida, transabdominal skanerlashda endometriy aniqlanmaydi yoki qalinligi 0,3 sm dan oshmaydigan ingichka ekogen chiziqli sifatida aniqlanadi, transvaginal skanerlashda endometriyning qalinligi bu kunlarda menstrüel tsikl 0,3–0,6 sm ni tashkil qiladi, endometriy butunlay bir hil bo'lishi kerak, ekogenligi pasaygan [12].

Adabiyotlarga ko'ra, Endometriyal giperplaziya tashxisini qo'yishning ultratovush mezonlari [12-15]: endometriyning qalinlashishi (tsiklning birinchi bosqichida 10 mm va undan ko'p; ikkinchisida 15 mm va undan ko'p) va ko'pincha m-aks-sadoning ovoid shakli; giperplaziyadagi endometriyning tuzilishi heterojen bo'lishi mumkin (ba'zida ko'plab nuqta anekoik qo'shimchalar mavjud), va ekogenlik-oshdi; giperplaziyada m-echo tashqi konturlari odatda aniq va hatto; endometriyning patologik o'zgargan maydoni juda kichik o'lchamlarga ega bo'lishi mumkin, 0,3–0,5 sm ni tashkil qiladi va bachadonning butun yoki deyarli butun bo'shlig'ini egallaydi; sezilarli darajada qalinlashgan endometriy orqasida kuchaytirishning akustik ta'siri kuzatilishi mumkin.

Tibbiy hujjatlarni tahlil qilishda shuni ta'kidlash kerakki, ultratovush diagnostikasi shifokorlari ko'pincha endometriyning giperplastik jarayonini faqat endometriyning tuzilishi asosida, uning qalinligi va hayz davrining kuniga mos

kelmasligi asosida tashxislashgan va tadqiqot ko'pincha klinik bo'lmagan bemorlarda tsiklning luteal bosqichida o'tkazilgan.patologiyani namoyon bo'lishi. Bundan tashqari, 2005 yilgacha transabdominal ultratovush tekshiruvi tez-tez ishlatilgan, keyingi yillarda Endometriyal patologiyani tashxislash uchun transvaginal kirish tez-tez ishlatilgan, bu ko'proq ma'lumotga ega, chunki ultratovush uskunasi o'lchamlari sezilarli darajada oshadi; quviqni to'ldirish talab qilinmaydi; semirish, tos suyagi yopishqoqligi va ichak ilmoqlari tasvir sifatiga sezilarli ta'sir ko'rsatmaydi; transvaginal ultratovush tekshiruvda ikki qo'lli manipulyatsiya qilish imkoniyati saqlanib qoladi, bu tos a'zolarini tekshirishning diagnostik darajasini sezilarli darajada oshiradi [16].

Zamonaviy ultratovushli skanerlar Doppler texnologiyalaridan foydalanishning qo'shimcha imkoniyatlariga ega bo'lishiga qaramay (rangli Doppler xaritasi, energetik Doppler xaritasi, impulsli dopplerografiya) va adabiyotda hayz davrida normal bachadon qon oqimining dopplerometrik ko'rsatkichlari berilgan [17], ultratovush diagnostikasi shifokorlari alohida holatlarda ushbu usullardan foydalanadilar.

39,8% hollarda (51 ayol) ultratovush xulosalari gistologik xulosalar bilan mos kelmadi (patogenologik tekshiruvda proliferativ endometriy aniqlandi) va shuning uchun reproduktiv yoshda har uchinchi bemor asossiz bachadon aralashuvga duchor bo'ldi, bu ayniqsa ushbu yosh davrida noqulay, chunki sog'liqni saqlash va reproduktiv funktsiyani tiklash masalasi hal qilinmoqda.

Endometriyal patologiyani ultratovushli aniqlashning sezgirligi va o'ziga xosligi turli mualliflarning fikriga ko'ra juda katta farq qiladi. Masalan, V. N. Demidovning so'zlariga ko'ra, Endometriyal patologiyani ultratovushli aniqlashning sezgirligi 92,2% ni tashkil qiladi va o'ziga xoslik– 97,3% [12, 18, 19]. A. N. Strijakov va A. I. Davydovning ma'lumotlariga ko'ra, Endometriyal giperplastik jarayonlarning ultratovush diagnostikasi aniqligi 68,5%, Endometriyal poliplar 67,7%, saraton 58,3% ni tashkil qiladi [12, 20]. Bundan tashqari, reproduktiv yoshda usulning sezgirligi 25%, postmenopozal yoshda – 90% dan ortiq [21]. Ma'lumki, usulning asosiy afzalliklari uning xavfsizligi, noinvaziv va keng mavjudligini o'z

ichiga oladi; ammo so'nggi o'n yil ichida aynan shu tadqiqot usuli akusher-ginekologlarni travmatik invaziv diagnostika protsedurasini – alohida diagnostik kuretajni o'tkazishga undaydi. Transvaginal ekografiyaning aniqligi transabdominal ultratovush tekshiruvidan ancha yuqori bo'lishiga qaramay, Endometriyal giperplastik jarayonlarni tashxislash va differentsial tashxislash bilan bog'liq ko'plab hal qilinmagan muammolar mavjud. Shuni ta'kidlash kerakki, Endometriyal giperplaziyani atipiya va atipik Endometriyal giperplaziyasiz ekografik differentsial diagnostikasi deyarli mumkin emas [12]. Va endometriyning atipik giperplaziyasining malignizatsiya xavfi 50-100% ni tashkil qiladi, atipiyasiz murakkab Endometriyal giperplaziya esa 0,3–45,1%, atipiyasiz oddiy Endometriyal giperplaziya esa 1% ni tashkil qiladi. Shuning uchun skrining odatda kasallikning klinik belgilari bo'lmagan ayollar orasida samarasiz bo'lib, bir qator tadqiqotlar bilan tasdiqlangan. Shunday qilib, 1926 yilda gormonlarni almashtirish terapiyasini olgan Endometriyal biopsiya bilan transvaginal sonografiya Endometriyal saratonning faqat 1 holatini aniqladi [22].

2.3. Endometriyning giperplastik jarayonlarida bachadon ichi o'zgarishlarini tekshirish.

Bachadon patologiya endometriyning giperplastik jarayonlarini o'z ichiga oladi; bachadon submukozal miomasi; adenomiyoz (ichki endometrioz); bachadondagi septa; sinexiya; begona jismlar. Ginekologik kasalliklar tarkibida bachadon patologiya muhim o'rin tutadi.

Endometriyning giperplastik jarayonlari. Endometriyning giperplastik jarayonlari deganda bachadon shilliq qavatining glandular va stromal tarkibiy qismlarining patologik diffuz yoki fokal proliferatsiyasi, glandular tuzilmalarning asosiy shikastlanishi tushuniladi.

JSSTning 1994 yilda qabul qilingan tasnifiga ko'ra, endoma-sinov poliplari, Endometriyal giperplaziya - oddiy va murakkab (murakkab), hujayra atipiyasi bilan giperplaziya - oddiy va murakkab.

Mamlakatimizda "atipik giperplaziya" va "adenomatoz" atamallari bir-birining o'rnida ishlatiladi, atipik giperplaziya darajasi bo'yicha bo'linadi: engil, o'rtacha va og'ir.

Endometriyning giperplastik jarayonlari har qanday yoshda mumkin, ammo perimenopoz davrida ularning chastotasi sezilarli darajada oshadi.

Patogenez. Endometriyning giperplastik jarayonlarining patogenezida etakchi o'rin progesteronning antiestrogen ta'siri bo'lmagan yoki uning ta'siri etarli bo'lmagan taqdirda nisbiy yoki mutlaq giperestrogeniya ko'rinishidagi gormonal buzilishlarga beriladi. Giperestrogenning sabablari: follikullarning doimiyliigi yoki atreziyasi tufayli anovulyatsiya; tuxumdonlarning gormon ishlab chiqaruvchi tuzilmalari (stromal giperplaziya, tekomatoz, granuloz hujayrali o'sma, tekak hujayrali o'smalar); gipofiz bezining gonadotrop funktsiyasining buzilishi; buyrak usti korteksining giperplaziyasi; gormonal dorilarni noto'g'ri ishlatish (estrogenlar, antiestrogenlar). Ma'lumki, ko'krak bezi saratoni bilan og'rigan bemorlarda tamoksifenni qabul qilish giperplastik jarayonlar va Endometriyal saraton kasalligini oshiradi.

Endometriyning giperplastik jarayonlarining patogenezida metabolik va endokrin kasalliklar katta o'rin egallaydi: yog ' almashinuvidagi o'zgarishlar, gepatobiliar tizim va oshqozon-ichak trakti patologiyasida jinsiy gormonlar metabolizmi, immunitet, qalqonsimon bez funktsiyasi. Shu munosabat bilan endometriyning giperplastik jarayonlari bo'lgan bemorlarda semirish, giperlipidemiya, diabet, AG va metabolik sindrom tez-tez uchraydi.

Shu bilan birga, endometriyning giperplastik jarayonlari buzilmagan gormonal nisbatlarda ham rivojlanishi mumkin. Endometriyning giperplastik jarayonlarining rivojlanishida to'qimalarni qabul qilishning buzilishi, endometriydagi yuqumli va yallig'lanish o'zgarishlari, immunitetning buzilishi muhim rol o'ynaydi. Kuzatuvlarning 75 foizida glandular-tolali Endometriyal poliplarning rivojlanishi buzilmagan gormonal nisbatlarda sodir bo'ladi, bemorlarning 95,3 foizida endometriy infeksiyalangan yoki uning surunkali yallig'lanish belgilari mavjud.

So'nggi yillarda molekulyar biologiya, tibbiy genetika, klinik immunologiyaning rivojlanishi hujayralarni tartibga solishda ishtirok etadigan omillarning murakkab tizimini aniqlashga imkon berdi. Gormonlarga bog'liq to'qimalarda hujayralararo o'zaro ta'sir va hujayra ichidagi jarayonlar haqidagi tasavvurlar kengaydi. Shunday qilib, Endometriyal hujayralarning proliferativ faolligini tartibga solishda estrogenlar bilan bir qatorda bir qator biologik faol birikmalar-o'sish omillari, sitoklar, araxidon kislotasi metabolitlari, shuningdek hujayra va gumoral immunitet tizimi ishtirok etishi aniqlandi. To'qimalarning gomeostazida va proliferativ kasalliklarning patogenezida hujayra proliferatsiyasi va dasturlashtirilgan hujayra o'limi (apoptoz) jarayonlari o'rtasidagi nomutanosiblik muhim rol o'ynashi isbotlangan. Endometriyal hujayralarning apoptozga chidamliligi o'zgargan va ortiqcha ko'payadigan hujayralarning to'planishiga olib keladi, bu endometriydagi neoplastik o'zgarishlarning o'ziga xos xususiyati hisoblanadi.

Shunday qilib, endometriyning patologik o'zgarishi ayol tanasining neyrogumoral tizimining barcha bo'g'inlariga ta'sir qiluvchi murakkab biologik jarayondir.

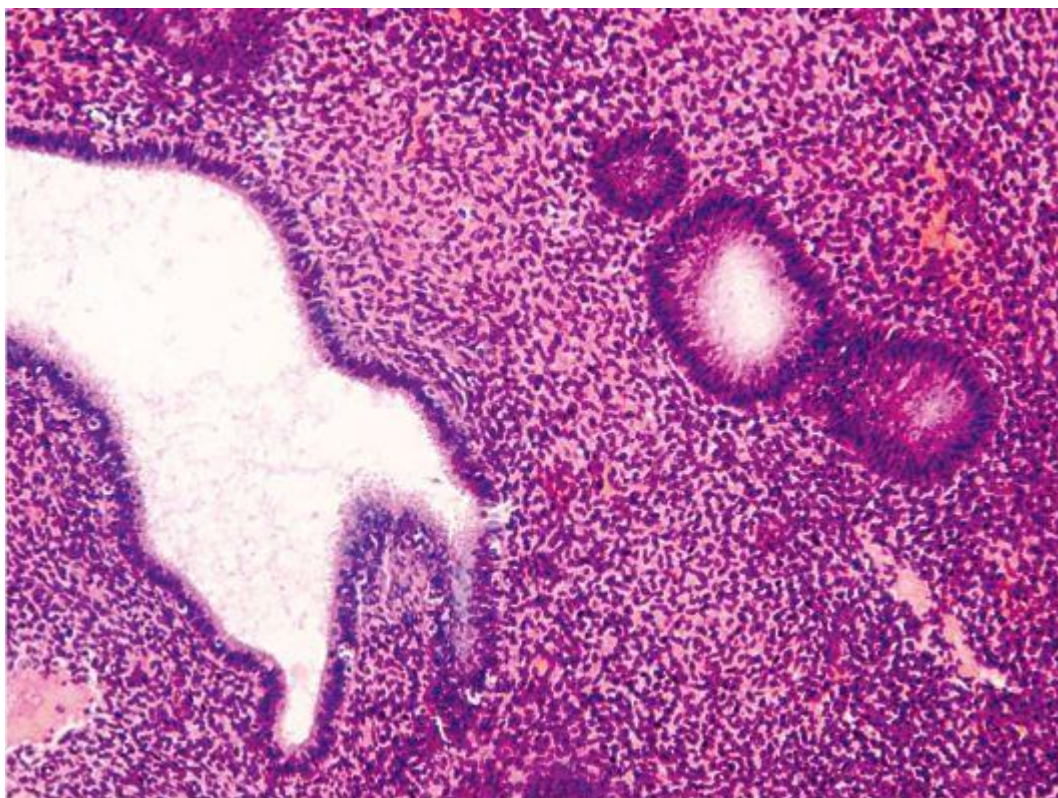
Endometriyal giperplaziya. "Endometriyal giperplaziya" tushunchasi gistologik; bu Endometriyal bezlarning ortiqcha o'sishi va tarkibiy o'zgarishini, ixcham va spongioz qatlamlarga bo'linishning yo'qligini, stromada bezlarning to'g'ri taqsimlanishini buzilishini o'z ichiga oladi. Qoida tariqasida, bachadon tanasining shilliq qavatining funktsional qatlami giperplastik o'zgarishlarga uchraydi, kamroq - bazal qatlam.

Endometriyal glandular giperplaziyaning asosiy gistologik belgilari bezlar sonining ko'payishi va ularning shaklining o'zgarishi (bezlar kengaygan), sitologik atipiya bo'lmagan taqdirda stromal va glandular komponentlarning nisbati oshishi bilan kamayadi(rasm. 15.1).

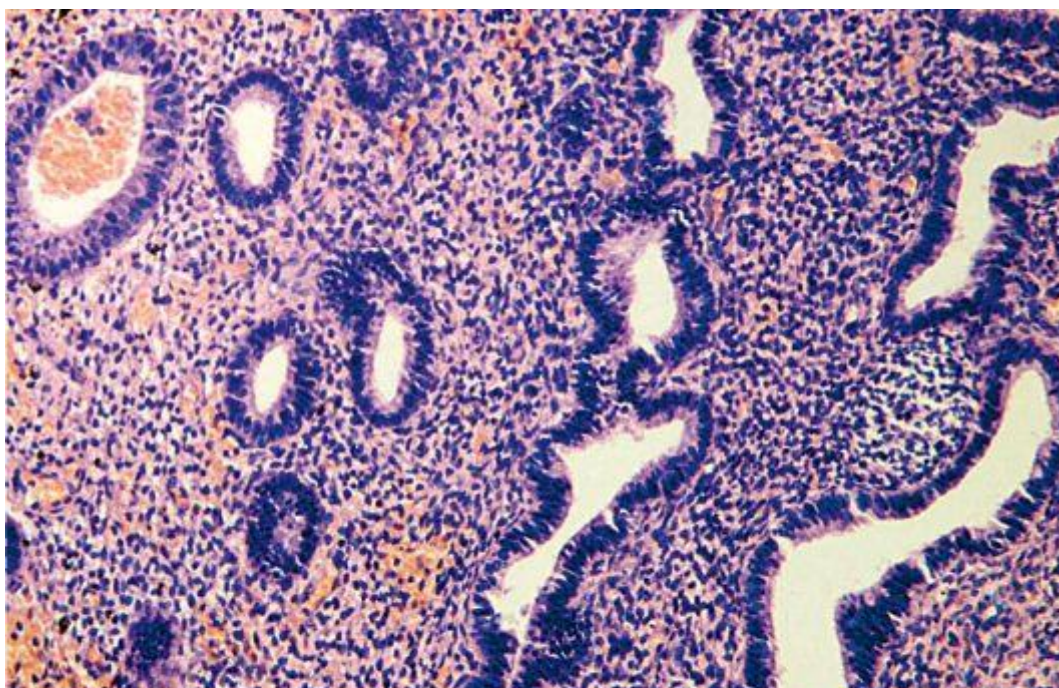
Atipiyasiz oddiy Endometriyal giperplaziya 1% hollarda saratonga aylanadi, atipiyasiz murakkab giperplaziya 3 baravar tez-tez uchraydi.

Endometriyal poliplar-Endometriyal giperplastik jarayonning eng keng tarqalgan turi; 25% gacha chastotada uchraydi; kuzatishlarning 2-3% da malignizatsiya qilinadi. Ko'pincha Endometriyal poliplar menopauzadan oldingi va keyingi davrlarda aniqlanadi.

Endometriyal polip-bu endometriyning bazal qatlamidan kelib chiqadigan benign massa. Endometriyal polipning patognomonik anatomik xususiyati uning asosi (oyoqchasi) (rasm. 15.2).



Rasm 2.1. Oddiy glandular (glandular-kist) Endometriy giperplaziya. Gematoksilin va eozin bilan bo'yash, $\times 200$. O. V. Zayratyants Fotosurati



Rasm 2.2. Endometriumning glandular-tolali polipi. Gematoksilin va eozin bilan bo'yash, × 200. O. V. Zayratyants Fotosurati

Gistologik tuzilishga qarab, glandular (funktsional yoki bazal tip), glandular-tolali, tolali va adenomatoz Endometriyal poliplar ajralib turadi. Adenomatoz poliplar bezlar va ularning epiteliyasining nisbatan yuqori mitotik faolligi, glandular hujayralar atipiyasi bilan intensiv ko'payishi bilan tavsiflanadi. Adenoma - tos poliplari bachadon shilliq qavatining prekanseroz holatiga kiradi.

Glandular poliplar reproduktiv davrga, glandular-fibroz - Pre - va perimenopoz uchun, fibroz-glandular va fibroz - postmenopoz uchun eng xosdir.

Ayol hayotining reproduktiv va premenopozal davrlarida Endometriyal poliplar gistologik jihatdan mustaqil shakl sifatida Endometriyal giperplaziya fonida ham, hayz davrining turli fazalarining normal shilliq qavatida ham aniqlanishi mumkin.

Postmenopozal Endometriyal poliplar odatda yolg'iz bo'lib, atrofik shilliq qavat fonida paydo bo'lishi mumkin. Ba'zan bu davrda ular katta o'lchamlarga etib boradilar va bachadon bo'yni tashqarisiga chiqib, bachadon bo'yni kanalining polipini taqlid qiladilar.

Endometriyal poliplarning takroriy shakli alohida e'tiborga loyiqdir. Agar ilgari Endometriyal polipni olib tashlashda histeroskopik nazorat qo'llanilmagan bo'lsa, "relaps" tushunchasi qabul qilinishi mumkin emas, chunki bachadon shilliq qavatini histeroskopiyasiz kuretaj qilishda patologik o'zgargan to'qimalarni qoldirish mumkin.

Endometriyal prekanseroz. Morfologik nuqtai nazardan, atipiya bilan giperplaziya (atipik giperplaziya) va adeno-matoz poliplari endometrium prekanseriga kiradi.

Endometriyal atipiyaning morfologik belgilariga quyidagilar kiradi (rasm. 15.3):

* bir-biriga yaqin joylashgan bezlar sonining ko'payishi, ba'zida stroma yo'nalishi bo'yicha barmoqsimon o'simtalar bilan;

* glandular silindrsimon epiteliya bachadon bezlari yo'nalishi bo'yicha papiller o'simtalarning shakllanishi bilan 2-4 qatorda, aniq atipiya bilan kutupluluk yo'qoladi;

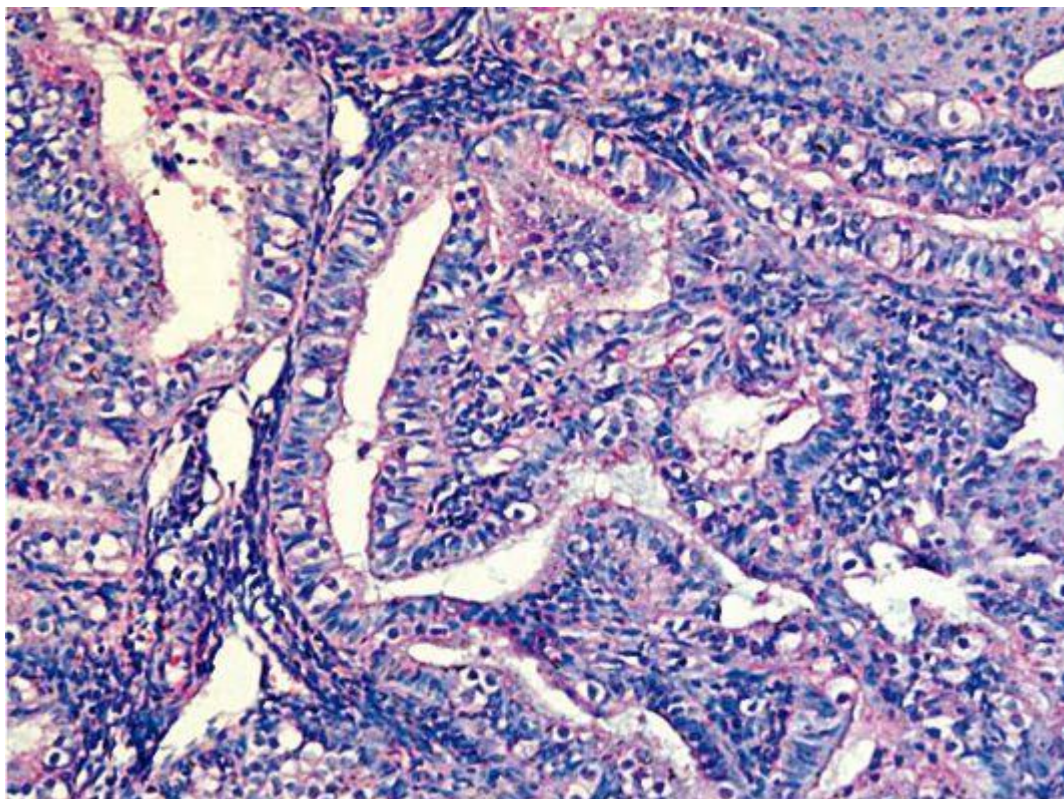
* bir xil yoki (katta atipiya bilan) xromatinning notekis taqsimlanishi va uning Periferiya bo'ylab bo'laklari bo'lgan giperxrom yadrolari; patologik mitozlar spektrining oshishi bilan yuqori mitotik faollik;

* bazofil sitoplazma kamroq atipiya bilan, oksifil-aniiq;

* fibroblastlar va limfotsitlar bilan shishgan stromaning mavjudligi;

* staz va tromboz hodisalari bilan qon tomirlarining notekis taqsimlanishi.

Davolashsiz oddiy atipik giperplaziya bemorlarning 8 foizida saratonga, 29 foizida murakkab atipik giperplaziya rivojlanadi. Shu bilan birga, endometriumning giperplastik jarayonlarining malig-pastligi xavfi nafaqat kasallikning morfologik shakliga, balki ginekologik va ekstragenital patologiyaga ham bog'liq (polikistik tuxumdon sindromi, tuxumdonlarning feminizatsiya qiluvchi o'smalari, bachadon miomasi, semirish, diabet yoki glyukoza bardoshligining buzilishi, giperlipidemiya, gepatobiliar tizimning disfunktsiyasi).



2.3. Atipik murakkab bezli Endometriyal giperplaziya (adenomatoz giperplaziya). Gematoksilin va eozin bilan bo'yash, x 400.O. V. Zayratyants
Fotosurati.

Endometriumning giperplastik jarayonlarining asosiy klinik ko'rinishlari bachadondan qon ketishdir, ko'pincha metrorragiya shaklida asiklik, kamroq menorragiya. Katta Endometriyal poliplar bilan qorinning pastki qismida kramp og'rig'i kuzatilishi mumkin. Ba'zida Endometriyal poliplar asemptomatik bo'lib qoladi, ayniqsa postmenopozal davrda.

Reproduktiv yoshdagi bemorlarda Endometriyal giperplastik jarayonlarning patogenetik asosi anovulyatsiya bo'lganligi sababli, alomatlardan biri bepushtlik, ko'pincha birlamchi hisoblanadi.

Endometriyal giperplastik jarayonlarning asemptomatik kursi hayz ko'rgan bemorlarning 10 foizida va postmenopozal bemorlarning 40 foizida kuzatilishi mumkin.

Endometriyal giperplastik jarayonlarning diagnostikasi. Endometriumning giperplastik jarayonlarini tashxislashning skrining usullari transvaginal ultratovush hisoblanadi, noaniq ekografik rasm bilan HSHNI bajarish mumkin, kamdan-kam hollarda bachadon bo'shlig'idan aspiratni o'rganish mumkin. Chuqur tekshirish usullari histeroskopiya va bachadon shilliq qavatining alohida diagnostik kuretajidir. Tashxisni faqat endometriumning gistologik tekshiruvidan so'ng tekshirish mumkin.

Transvaginal ultratovush tekshiruvi Endometriyal giperplastik jarayonlarni tashxislashning yuqori ma'lumotli, invaziv bo'lmagan, xavfsiz usuli hisoblanadi. Usulning informatsion tarkibi Endometriyal patologiya turiga va ayolning yoshiga bog'liq; u hsh bilan birgalikda ko'tariladi. Ultratovush tekshiruvida Endometriyal giperplaziya diagnostikasi anteroposterior kattalikda bir hil bo'lmagan akustik zichlikka ega bo'lgan o'rta bachadon aks-sadosini (M-echo) aniqlashga asoslangan. Hayz ko'rgan ayollarda m-echo qalinligi hayz davrining fazasiga qarab baholanishi kerak. Yupqa M-echo endometriumning funktsional qatlamini to'liq rad etishga to'g'ri kelganda va m-echo anteroposterior hajmining butun uzunligi yoki mahalliy

darajada o'sishi patologiya sifatida qabul qilinishi kerak bo'lgan hayzdan keyin darhol tadqiqot o'tkazish yaxshidir. Ko'pchilikda

ultratovush tekshiruvida endometriumning glandular giperplaziyasini atipikdan ajratish mumkin emas.

Agar postmenopozal davr 5 yildan oshmasa, m-echo qalinligi 5 mm gacha normal deb hisoblanishi mumkin, 5 yildan ortiq postmenopozal davrda u 4 mm dan oshmasligi kerak (bir hil tuzilish bilan).

Ultratovush tekshiruvida Endometriyal giperplaziya tashxisining aniqligi 60-70% ni tashkil qiladi. GSH diagnostika natijalarini sezilarli darajada yaxshilashga imkon bermaydi.

Endometriyal poliplarning ultratovushli tasviri bachadon bo'shlig'ida ovoid, kamdan-kam hollarda yumaloq inkluziyonlarni ko'rsatadi. 15.4). Diagnostik qiyinchiliklar endometriumning glandular poliplari bilan yuzaga keladi, ular bachadon bo'shlig'ining konfiguratsiyasini takrorlaydi, bargga o'xshash, tekislangan shaklga ega va M-echo qalinlashishiga olib kelmaydi. Ovoz o'tkazuvchanligi jihatidan ular atrofdagi endometriumga yaqin. Doppler tekshiruvi paytida rang aksadolarini inkluziya tuzilishida ro'yxatdan o'tkazish poliplarni intrauterin sinekiyalar bilan, hayz ko'rgan bemorlarda esa qon quyqalari bilan farqlashga imkon beradi, ammo poliplardagi CDK bilan qon oqimi kuzatishlarning atigi 40 foizida aniqlanadi. Endometriyal poliplarda transvaginal ultratovushning informatsion tarkibi 80-98% ni tashkil qiladi. Hsh bilan bachadon bo'shlig'ining kontrasti ultratovushning diagnostik imkoniyatlarini oshirishga imkon beradi (rasm. 15.5).

Bachadon bo'shlig'idan aspiratni sitologik yoki gistologik tekshirish Endometriyal patologiyani skrining sifatida ishlatilishi mumkin. Endometriyal aspiratsion biopsiya Endometriyal giperplastik jarayonlarda gormon terapiyasining samaradorligini nazorat qilish usuli sifatida ishlatilishi mumkin. Endometriyal saraton kasalligida tashxis qo'yish va ablastika tamoyillariga javob bermaydigan histeroskopiya va diagnostik kuretajdan qochish mumkin.

Histeroskopiya. Endometriyal giperplastik jarayonlarni tashxislashda histeroskopiyaning informatsion tarkibi 63-97% ni tashkil qiladi. Bachadon shilliq qavatini kuretaj qilishdan oldin histeroskopiya zarur

- patologiyaning tabiati va uning lokalizatsiyasini aniqlashtirish uchun va undan keyin
- to'qimalarni ehtiyotkorlik bilan olib tashlashni nazorat qilish uchun.



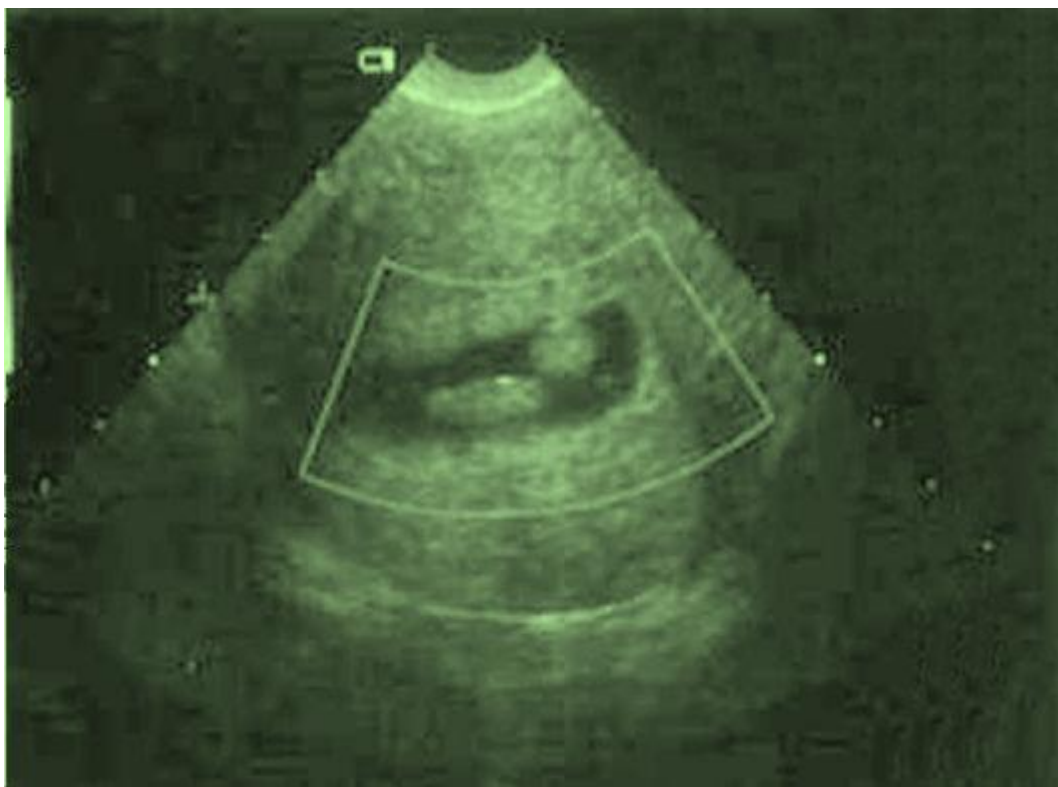
Rasm 2.4. Endometriyal polip. (Ultratovush tekshiruvi asosida).

Endometriyal poliplar uchun vaginal ultratovush 80-98% ni tashkil qiladi. Hsh bilan bachadon bo'shlig'ining kontrasti ultratovushning diagnostik imkoniyatlarini oshirishga imkon beradi.

Bachadon bo'shlig'idan aspiratni sitologik yoki gistologik tekshirish Endometriyal patologiyani skrining sifatida ishlatilishi mumkin. Endometriyal aspiratsion biopsiya Endometriyal giperplastik jarayonlarda gormon terapiyasining samaradorligini nazorat qilish usuli sifatida ishlatilishi mumkin. Endometriyal saraton kasalligida tashxis qo'yish va ablastika tamoyillariga javob bermaydigan histeroskopiya va diagnostik kuretajdan qochish mumkin.

Histeroskopiya. Endometriyal giperplastik jarayonlarni tashxislashda histeroskopiyaning informatsion tarkibi 63-97% ni tashkil qiladi. Bachadon shilliq

qavatini kuretaj qilishdan oldin histeroskopiya zarur - patologiyaning tabiati va uning lokalizatsiyasini aniqlashtirish uchun va undan keyin - to'qimalarni ehtiyotkorlik bilan olib tashlashni nazorat qilish uchun.



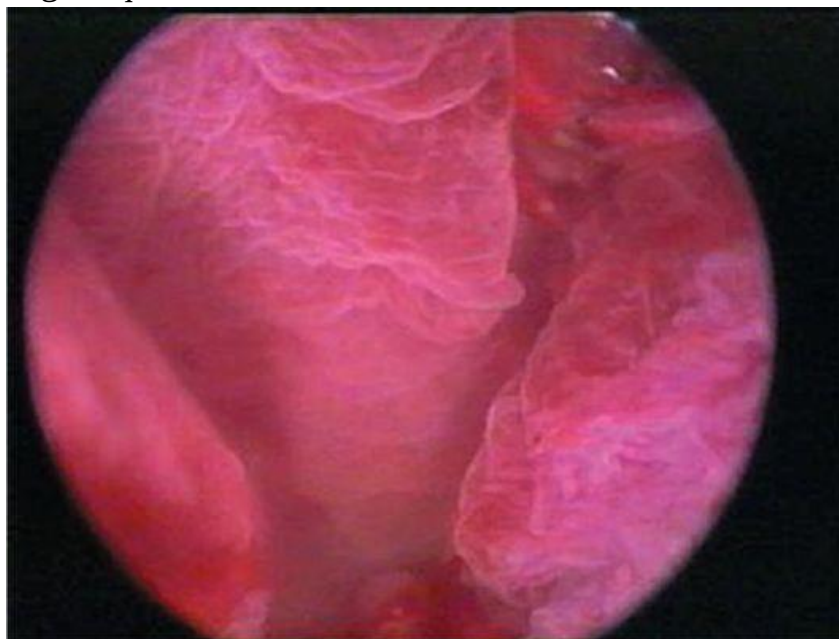
Rasm 2.5. Endometriyal poliplar (Ultratovush tekshiruvi asosida).

Endometriyal giperplaziya va qon ketishining yo'qligi bilan endometrium, qoida tariqasida, har xil balandlikdagi burmalar shaklida qalinlashadi, och pushti, shishgan, unda ko'plab bez kanallari ko'rinadi (shaffof nuqtalar; rasm. 15.6). Bachadon bo'shlig'iga suyuqlik oqimining tezligi o'zgarganda, endometriumning to'lqinga o'xshash harakati qayd etiladi. Agar histeroskopiya uzoq muddatli qon ketishi bo'lgan bemorda amalga oshirilsa, bachadonning pastki qismida va fallop naychalarining og'zida och pushti rangdagi endometriumning chekka qoldiqlari tez-tez aniqlanadi (qolgan qismida endometrium ingichka, rangpar - guruch. 15.7). Bunday histeroskopik rasmni erta proliferatsiya bosqichida Endometriyal rasmdan ajratish qiyin. Yakuniy tashxis faqat bachadon shilliq qavatining qirib tashlanishini gistologik tekshirish bilan mumkin.

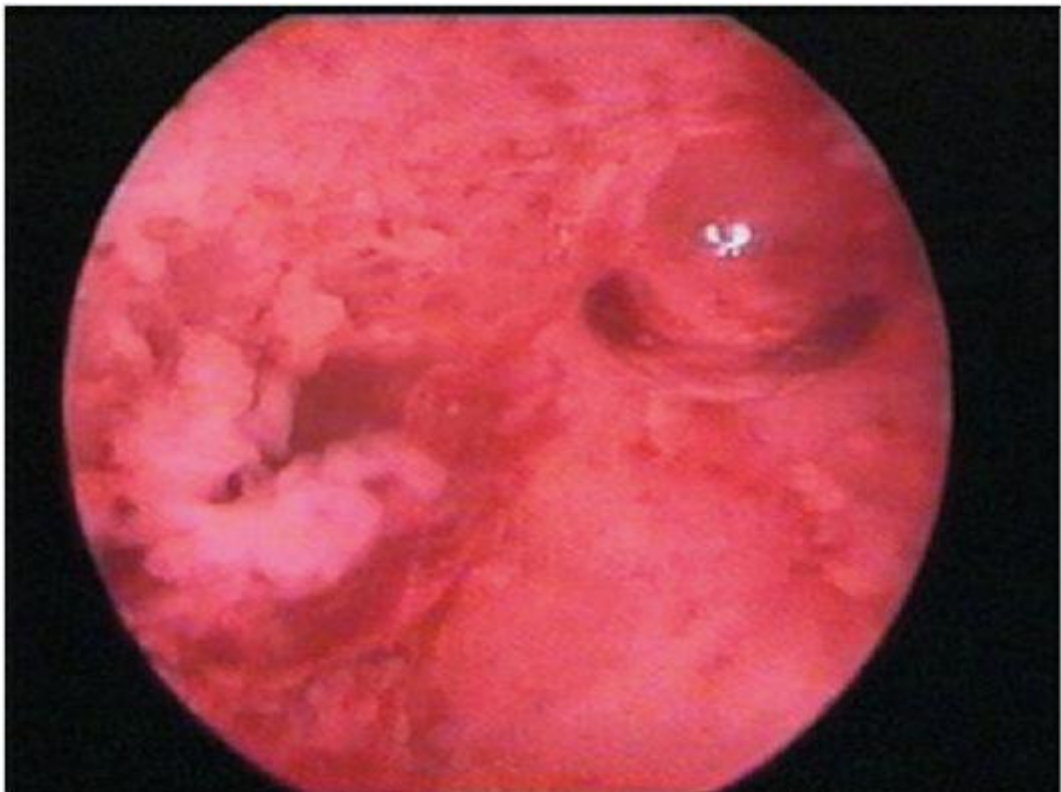
Endometriyal giperplaziyaning Polipoid shaklida, vizual ravishda, bachadon bo'shlig'i butun uzunligi bo'ylab och pushti rangdagi endometriumning Polipoid

o'sishi bilan amalga oshiriladi, ba'zida yuzasida pufakchalar, bir nechta Endometriyal sinekiyalar mavjud (rasm. 15.8). Ushbu turdagi giperplaziya bilan endometrium yuzasi notekis ko'rinadi, chuqurchalar, kistalar, turli o'lchamdagi oluklar. Qoida tariqasida, bachadonning pastki va orqa qismida o'zgarishlar aniqroq bo'ladi. Endometriumning Polipoid giperplaziyasi, ayniqsa hayz ko'rish arafasida histeroskopiya paytida, kech sekretiya bosqichida endometriumdan ajratish qiyin. Bunday hollarda tashxis qo'yish uchun histeroskopik rasmni kasallikning klinik ko'rinishi va hayz davrining kuni bilan taqqoslash kerak.

Endometriumning atipik giperplaziyasi xarakterli endoskopik mezonlarga ega emas, histeroskopik rasm oddiy glandular-kistik giperplaziyaga o'xshaydi. Atipik giperplaziyaning og'ir shakli bilan zerikarli sarg'ish yoki kulrang rangdagi glandular Polipoid o'sishi aniqlanishi mumkin (rasm. 15.9). Ko'pincha ular rang-barang, sarg'ish-kulrang va oq rangga ega. Qoida tariqasida, aniq tashxis gistologik tekshiruvdan so'ng aniqlanadi.



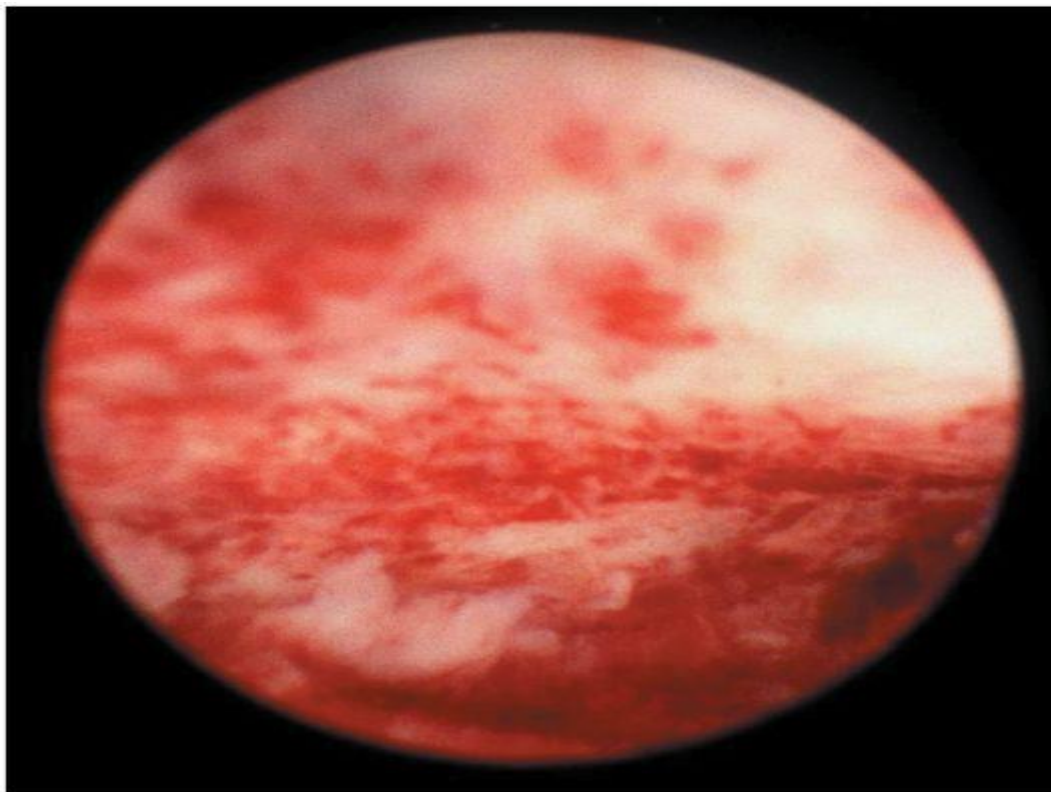
***Rasm 2.6. Endometriyal giperplaziyaning histeroskopik ko'rinishi
(qalinlashgan endometrium burmalar shaklida).***



***Rasm 2.7. Rad etish bosqichida parchalar shaklida endometrium.
(Histeroskopiya tekshiruvi asosida).***



***Rasm 2.8. Endometriyal Polipoid giperplaziya.
(Histeroskopiya tekshiruvi asosida).***



Rasm 2.9. Atipik Endometriyal giperplaziyaning histeroskopik ko'rinishi.



***Rasm 2.10. Endometriumning tolali polipi. (Histeroskopiya tekshiruvi
asosida).***

2.4. Endometriyal giperplastik jarayonlarni kompleks tashxislashda ekografiyaning ahamiyati.

Reproduktiv tizimning xavfli o'smalari ayollarning saraton kasalligi tarkibida eng ko'p uchraydi va ularning umumiy soni 35% dan oshadi, Endometriyal saraton soni bo'yicha ikkinchi o'rinda turadi [1].

Endometriyal giperplastik jarayonlarni o'z vaqtida tashxislash saraton kasalligi va o'limning oldini olish va kamaytirishda katta ahamiyatga ega. Adabiy ma'lumotlarga ko'ra, endometriumning giperplastik jarayonlarining malignizatsiyasining chastotasi juda keng chegaralarda (0,25-50 %) o'zgarib turadi va kasallikning morfologik xususiyatlari, uning takrorlanish davomiyligi, shuningdek bemorlarning yoshi bilan belgilanadi [1, 3, 5]. Shu munosabat bilan, Endometriyal atipik giperplaziya, adenomatoz poliplar, menopauzadagi glandular-kistik giperplaziyani o'z ichiga olgan prekanseroz kasalliklarni erta aniqlash muammosi alohida e'tiborga loyiqdir.

Endometriumning patologik holatini differentsial tashxislashning hal qiluvchi usuli bachadon bo'shlig'ining alohida diagnostik kuretajidan keyin olingan qirib tashlashni gistologik tekshirish ekanligiga shubha yo'q. Shu bilan birga, endometriumning holati to'g'risida maksimal ma'lumot olish, tekshiruvning ambulatoriya bosqichida uning dastlabki o'zgarishini aniqlash uchun invaziv bo'lmagan va minimal invaziv usullarning maqbul kombinatsiyasini izlash dolzarbdir. Invaziv bo'lmagan diagnostika yondashuvlari birinchi navbatda ultratovush tekshiruvini o'z ichiga olishi kerak. Bundan tashqari, endometriumning holatini baholash uchun transvaginal ekografiya yanada informatsiondir, bu hatto minimal strukturaviy buzilishlarni ham tasavvur qilishga imkon beradi. Zamonaviy ma'lumotlarga ko'ra, undan foydalanish diagnostika sifatini yaxshilaydi, I bosqich saratonini aniqlash tezligini 50% ga oshiradi va III-IV bosqich saraton kasalligini 1,5 baravar kamaytiradi. Bir qator mualliflarning fikriga ko'ra, qon oqimining egri tezligini tahlil qilish bilan keng qamrovli ultratovush tekshiruvidan foydalanish Endometriyal karsinomani tashxislashning samarali usuli bo'lib xizmat qiladi [2, 3, 5].

65 nafar ayolni (28 yoshdan 81 yoshgacha, o'rtacha yoshi $51,4 \pm 10,5$ yosh) kompleks klinik-instrumental tekshirish natijalari tahlil qilindi. Reproduktiv davrda 25 bemor, premenopozal davrda 17 va postmenopozal davrda 23 bemor bo'lgan. Menstrüel funktsiyasi saqlanib qolgan ayollarning pastki qorinidagi og'riqlar (55%) uzoq, og'ir hayz ko'rish, postmenopozal bemorlarning 6 (25%) qonli epizodlar haqida shikoyat qilishdi, 32 (49,2%) - Endometriyal patologiya asemptomatik edi. Tekshirilganlarning 1/3 qismida giperplastik jarayon bachadon miomasi bilan birlashtirilgan (ko'pincha ko'p), har 5 - bemorda giperplaziya yoki Endometriyal poliplar tarixi bo'lgan. 50% hollarda 40 yoshgacha bo'lgan ayollarda urogenital infektsiya aniqlandi.

Standart klinik tekshiruvdan so'ng barcha bemorlarga instrumental tekshiruv o'tkazildi. Birinchi bosqichda tos a'zolarining ultratovush tekshiruvi o'tkazildi: dastlab-siydik pufagi bilan to'ldirilgan umumiy qabul qilingan usul bo'yicha transabdominal skanerlash, so'ngra rang, energiya xaritasi va impulsli dopplerografiya rejimlaridan foydalangan holda zamonaviy yuqori darajadagi ultratovush qurilmalarida 6,5 va 7,5 MGts chastotali konveks sensori bilan transvaginal ekografiya o'tkazildi. Reproduktiv yoshdagi ayollarda sonografiya hayz davrining dastlabki proliferativ bosqichida (6-7 kun) amalga oshirildi.

Ekografiyada bachadon va tuxumdonlarning hajmi, tuzilishi, holati baholandi. Doppler tahlili qon oqimining xususiyatini, o'rganilayotgan hududdagi tomirlardan rang signallari sonini, asosiy dopplerometrik ko'rsatkichlarni, xususan, qarshilik indeksini va qon oqimining maksimal sistolik tezligini aniqlashni o'z ichiga olgan. 8 holatda, bachadon bo'shlig'ining holatini aniqlash uchun ekohisteroskopiya amalga oshiriladi.

53 bemor tomonidan ingichka "Pipel" kuretkasi tomonidan olingan bachadon bo'shlig'idan aspiratning sitologik tekshiruvi o'tkazildi, qolganlari-bachadon bo'shlig'ining alohida diagnostik kuretaji, so'ngra qirib tashlashni gistologik tekshirish (jadval. 1).

Jadval 2.1.

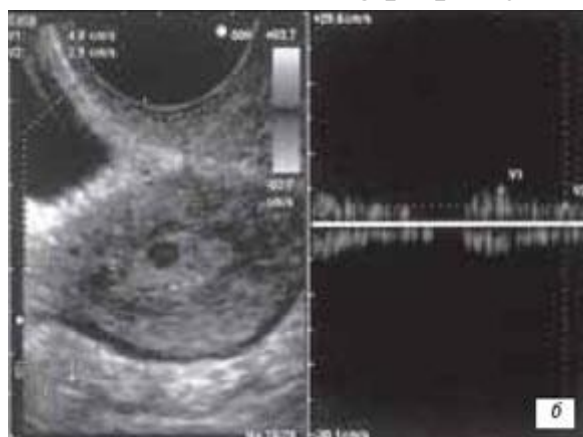
Endometriyal patologiyasi bo'lgan bemorlarning biopsiyalarini morfologik tekshirish.

Morfologik shakli	J ami	Repro duktiv davr	Perimen opoz	Postmen opoz
Glandular giperplaziya	7	6	1	-
Glandular-kistik giperplaziya	4	-	2	2
Tolali polip	6	1	-	5
Glandular-tolali polip	1 9	6	8	5
Fibrokistik polip	2	-	-	2
Glandular polip	5	3	1	1
Fokal adenomatoz	1	1	-	-
Adenokarsinoma	6	2	1	3
Oddiy endometrium	6	2	2	2
Atrofik endometrium	5	-	2	3
(kist bezlarining atrofiyasi)	4	4	-	-

Eng keng tarqalgan patologik holat-19 (29%) holatlar va barcha yosh guruhlarida glandular-tolali poliplar bo'lgan. Glandular giperplaziya reproduktiv va premenopozal yoshdagi ayollarning 25 foizida uchraydi.



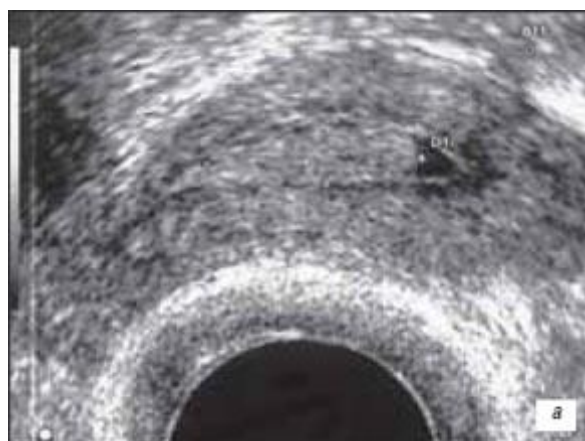
a) Endometriumning Glandular giperplaziyasi.



b) submukoz myomatoz tugun, Endometriyal giperplaziya.

Rasm 2.11. Endometriy tuzilmasiga ko'ra giperplastik jarayon patologik turlari.

Bemorlarning 32 (49%) da kombinatsiyalangan patologiya holatlari bo'lgan: Endometriyal giperplaziya va polip, turli gistologik tuzilishdagi poliplarning mavjudligi, polip va fokal adenomatoz, polip va submukoz mioma (rasm. 2), polip va adenokarsinoma.



a) Endometriumning Glandular-kistik polipi.



b) Endometriumning Glandular polipi

Rasm 2.12. Endometriy zararlanishiga ko'ra giperplastik jarayon patologik turlari.

Endometriumning normal ultratovushli rasmida 2 (3%) holatda aspiratsiya biopsiyasida giperplastik jarayonlar aniqlandi, ular alohida diagnostik kuretaj (rdV) bilan tasdiqlandi.

Endometriyal giperplastik jarayonning mezonlaridan biri hayz davrining ma'lum kunlarida endometrium qalinligining oshishi hisoblanadi. Morfologik guruhlariga muvofiq aniqlangan endometrium qalinligini tahlil qilish (jadval. 2, 3).

Jadval 2.2.

Menstrüel funksiyasi saqlanib qolgan ayollarda endometriumning qalinligi.

Morfologik shakli	Endometrium qalinligi, mm
-------------------	---------------------------

	10 gacha	10-15	15 dan ko'p	Jami
Glandular giperplaziya	1	4	3	8
Tolali polip	1	-	-	1
Fibroz-glandular polip	5	8	1	14
Glandular polip	1	1	2	4
Adenomatoz	1	-	-	1
Endometriyal atrofiya	2	-	-	2
Adenokarsinoma	-	-	3	3
Oddiy endometrium	1	2	-	3
Submukoz mioma	2	1	1	4

Jadval 3.

Postmenopozal ayollarda endometrium qalinligi.

Morfologik shakli	Endometrium qalinligi, mm				
	10 gacha	10- 15	15 dan ko'p	Jami	10 gacha
Glandular giperplaziya	1	-	1	-	2
Fibroz-glandular polip	-	1	4	2	7
Tolali polip	-	2	2	1	5
Glandular polip	-	-	1	1	2
Adenomatoz	-	-	1	-	1
Endometriyal atrofiya	-	2	-	-	2
Adenokarsinoma	-	-	-	3	3
Oddiy endometrium	-	1	1	-	1

Reproduktiv yoshda endometriumning qalinligi juda o'zgaruvchan edi. Eng kattasi (15 mm dan ortiq) endometriumning glandular giperplaziyasi va adenokarsinoma bilan aniqlandi. Shu bilan birga, hayz ko'rish funksiyasi saqlanib qolgan bemorlarda bachadonning malign shikastlanishi bilan endometriumning qalinligi maksimal edi.

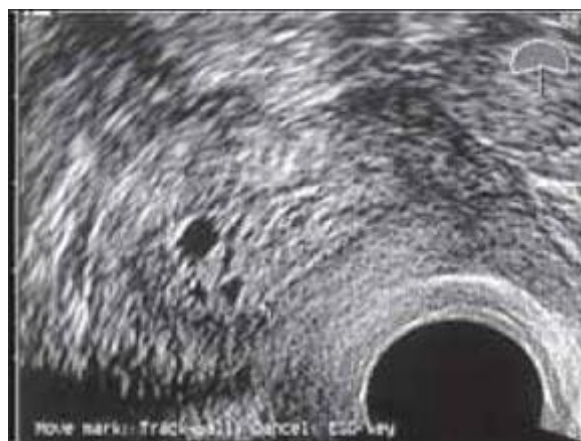
Bizning ma'lumotlarga ko'ra, menopauzadagi ayollarda endometriumning maksimal qalinligi (12 mm dan ortiq) endometriumning glandular-tolali poliplari va bachadon adenokarsinomasi bilan qayd etilgan. Bundan tashqari, endometriumning qalinligi 8 mm dan oshganda ko'proq (32%) giperplastik jarayonlar kuzatildi.

Giperplastik jarayonlarni aniqlashda muhim diagnostik mezon endometriumdagi tarkibiy o'zgarishlarni baholashdir. O'rganilayotgan bemorlar guruhida endometriumning ekografik rasmini tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, barcha yosh guruhlaridagi giperplastik jarayonlarning ultratovushli tasviri aniq polimorfizm bilan ajralib turardi, ammo boshqa variantlarga qaraganda endometrium tuzilishining heterojenligi va bachadon bo'shlig'ida Polipoid o'sishlarning mavjudligi ko'proq uchraydi.

Transvaginal ekografiyada glandular bilan endometrium.kistik giperplaziya ko'p sonli kichik anekoik qo'shimchalar va akustik kuchaytirish ta'siriga ega bo'lgan ekogenlik va heterojen spongiform ekostrukturaga ega edi. Endometriumning qalinligi o'rtacha $17,0 \pm 0,5$ mm ni tashkil etdi. poliplar oval yoki yumaloq shakllanishlar shaklida tasvirlangan, ular ekogenligi, bir hil ekostrukturasi, aniq, hatto konturlari oshgan (rasm. 2 a, b).

Endometrium saratoni holatlari alohida e'tiborga loyiqdir: 1 - da hayz ko'rish funksiyasi saqlanib qolgan 2 bemorda - premenopozal va 3-postmenopozal 5, 9, 10 yil va undan ko'proq davom etadi. Barcha ayollarda endometriumning ekogenligi oshdi, gipoekoik qo'shimchalar bilan heterojen tuzilishga ega edi, 2 holatda uning konturining xiralashishi ultratovush bosqichida allaqachon invaziv o'sish va zararlanishning malign xususiyatidan shubhalanishga imkon berdi (rasm). 3). O'simtaning miyometriyaga kirib borishini aks ettiruvchi Endometriyal konturning noaniqligi va notekisligi o'ziga xos belgilar emas, chunki ular endometrioza ham

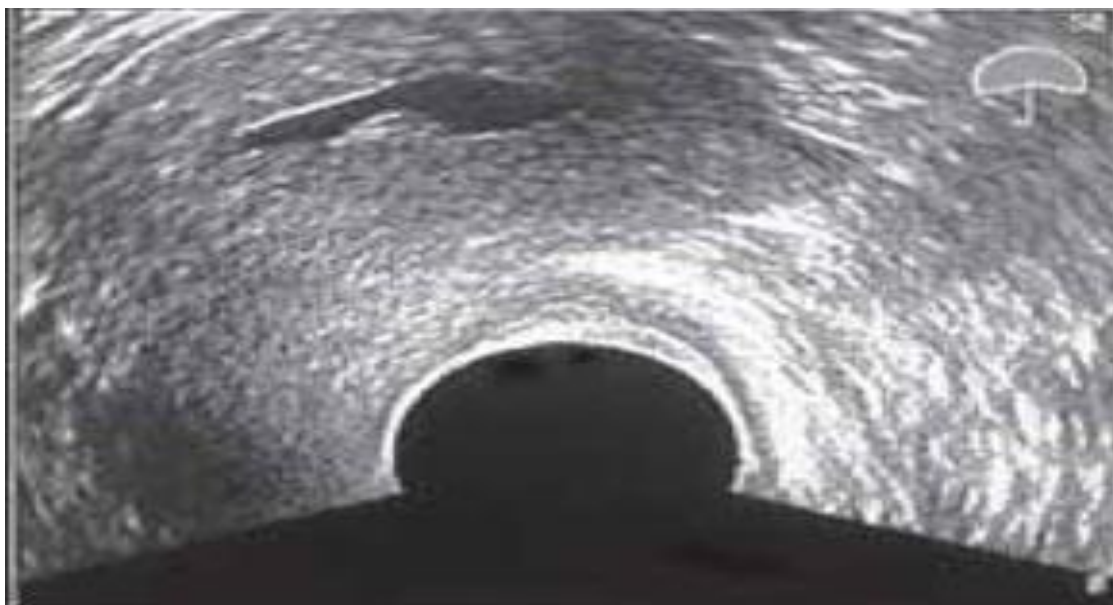
kuzatilishi mumkin. 4 bemorda ultratovush tekshiruvi giperplaziya va Endometriyal polipozga to'g'ri keldi. Tahlil qilingan barcha kuzatuvlar va adenokarsinomalar 1a va 1b bosqichlariga ega edi. Shuni ta'kidlash kerakki, postmenopozal ayollarda endometriumning malign lezyoni bo'lgan atigi 2 ta holatda qonli oqindi qayd etilgan. Menopozda tez-tez uchraydigan topilma (28%) serozometr bo'lib, bir qator kuzatuvlarda ichki farenks atreziyasi paytida hosil bo'lgan. Adabiyotga ko'ra, serozometrlarning kattaligi 5 mm gacha, o'sish tendentsiyasiz va endometrium o'zgarishi belgilari bo'lmasa, qo'shimcha diagnostika usullaridan foydalanmasdan dinamik ultratovush tekshiruvi tavsiya etiladi.



Rasm 2.13. Endometriyal adenokarsinoma.

Doppler usullaridan foydalanish endometriumning holati to'g'risida qimmatli ma'lumotlarni beradi. Spiral arteriyalarda qon oqimi reproduktiv yoshdagi ayollarning 38 foizida Endometriyal giperplastik jarayonlarda tasvirlangan. Shu bilan birga, qon oqimining past tezlik ko'rsatkichlari (qon oqimining maksimal tezligi 7,2 sm/s) qayd etildi, qarshilik indeksi $0,56 \pm 0,04$ ni tashkil etdi. Turli gistologik tuzilishdagi poliplar bilan 25 (53%) ayolda bitta arteriyalar aniqlandi, ularning tezlik ko'rsatkichlari va qarshilik ko'rsatkichi Endometriyal giperplaziyaga o'xshashlardan farq qilmadi. Endometriyal karsinomaning o'ziga xos xususiyati subendometrial zonaning gipervaskulyarizatsiyasi va zararlangan hududda ko'p qon tomir qon oqimining mavjudligi edi. Bizning kuzatishlarimizdagi qarshilik indeksi 0,43 dan 0,5 gacha bo'lgan.

Endometriyal poliplar va ultratovush tasviri ko'pincha o'xshash bo'lgan kichik submukoz myomatoz tugunlarning differentsial diagnostikasida alohida qiyinchiliklar yuzaga keladi (rasmga qarang). 3). Bunday hollarda ekohisteroskopiya usuli qo'shimcha ma'lumot berishi mumkin, bunda bachadon bo'shlig'ini suyuqlik bilan kontrastlagandan so'ng (steril fiziologik eritma bilan bizning tadqiqot seriyamizda), barcha intrauterin tuzilmalar nazorat ultratovush tekshiruvi paytida yaxshi ingl. 4).



Rasm 2.14. Ekohisteroskopiya. Anekoik kontrast fonida tolali polip.

Shuni esda tutish kerakki, ultratovush usuli morfologik tashxis qo'yishga imkon bermaydi va uning maqsadi bu emas. Ekografiya faqat endometriumning giperplastik jarayonining mavjudligini aniqlaydi va lezyonning tabiati to'g'risida dastlabki xulosa chiqarishga imkon beradi. Ultratovush xulosasining mos kelmasligi holatlarini va alohida diagnostik kuretaj ma'lumotlarini taqqoslashda jadvalda aks ettirilgan natijalar olinadi. 4.

Jadval 4.

Ultratovush va morfologik tadqiqotlar natijalarining mos kelmasligi.

Ultratovush	RdV	Bemorlar soni

Giperplaziya	Polip	12
Giperplaziya	Oddiy endometrium	4
Polip	Ham	2
Ham	Giperplaziya	1
Ham	Submukoz mioma	2
Polip, giperplaziya	Adenokarsinoma	4
Saraton kasalligiga shubha	Polip	2

Bizning ma'lumotlarga ko'ra, Endometriyal patologiyani aniqlashda ultratovush usulining sezgirligi 97% ni tashkil etdi. Patologik jarayonning xususiyatini aniqlashda ekografiyaning o'ziga xosligi ancha past bo'lib, 75% ga, aniqligi 83% ga to'g'ri keldi.

"Pipel" va rdV nozik kuretkasi bilan aspiratsiya biopsiyasi natijalariga ko'ra sitologik va gistologik ma'lumotlar o'rtasida yuqori darajadagi korrelyatsiya mavjud edi. Oddiy ekografik rasmga ega bo'lgan 2 bemorda aspiratsiya biopsiyasi va rdV giperplaziya va Endometriyal fibroz-glandular polipni aniqladi. 1 ayolda glandular polip o'rniga glandular-kistik giperplaziya aniqlangan. Glandular-tolali poliplarni (95%) tashxislashda sitologik va gistologik ma'lumotlarning to'liq mos kelishiga, shuningdek endometriumning normal tuzilishiga e'tibor qaratish lozim (barcha holatlarda normal endometriumning tasviri aniqlangan).

Polip tashxisining noto'g'ri salbiy natijalari ko'pincha-aspiratsiya biopsiyasida 6 (10%) holat Endometriyal giperplaziya bilan birga kuzatilgan. Ammo shu bilan birga, sitologik rasmga ko'ra, endometriumdagi proliferativ jarayonlarning og'irligini baholash mumkin edi.

Olingan natijalarning umumiyliги echografiya va aspiratsiya biopsiyasidan kompleks foydalanish endometriumning giperplastik jarayonlarini tashxislashning aniqligini 92% gacha oshirishga imkon beradi degan xulosaga kelish uchun asos yaratdi.

Zamonaviy ultratovush usullaridan foydalanish, shu jumladan ultratovush angiografiyasi, ekohisteroskopiya, bachadon bo'shlig'idan aspiratni sitologik tekshirish bilan birgalikda Endometriyal giperplastik jarayonlarni tashxislashning aniqligini 92% gacha oshiradi.

Skrining va aniqlashtirish usullaridan kompleks foydalanish endometriumning prekanseroz holatini erta aniqlashga yordam beradi, poliklinikada yakuniy tashxis qo'yish va kuzatuv va davolashning keyingi taktikasini aniqlashga imkon beradi.

III BOB. ENDOMETRIY GIPERPLASTIK JARAYONLARGA EGA AYOLLARGA TIBBIY YORDAM KO'RSATISH.

3.1. Endometriy giperplastik jarayonlarga ega ayollarga davolash algoritmini ishlab chiqish.

Hozirgi vaqtda perimenopozalal ayollarda salomatlik, hayot sifati va umumiy hayot prognozi birinchi navbatda terapevtik profilaktika choralarining etarliligi va zamonaviyligi bilan belgilanadi, ular orasida gormon terapiyasi katta rol o'ynaydi [5,11].

Ushbu adabiyotlarning tahlili shuni ko'rsatadiki, bugungi kunda EGP davolashda turli xil usullar va yondashuvlar qo'llaniladi - patologik o'zgargan endometriyni olib tashlash, gormon terapiyasi va jarrohlik davolash. Biroq, EGP ning yagona umume'tirof etilgan tasnifining yo'qligi ushbu patologik jarayonni aniq tushunishga to'sqinlik qiladi va ko'pincha klinisyenlar va morfologlar o'rtasida kelishmovchiliklarga olib keladi, bu EGP bilan og'rigan bemorlarni boshqarish taktikasini tanlashda aks etadi [3,5].

Shubhasiz, Endometriya giperplaziyaning rivojlanishida ko'plab omillar rol o'ynaydi, ularning kasallikning paydo bo'lishini bashorat qilish va jarayonning rivojlanishiga qo'shgan hissasini klinisyen uchun baholash qiyin va bu bemorlarni boshqarish taktikasini tanlashni ob'ektivlashtirishni qiyinlashtiradi. Ushbu patologiyani rivojlanish xavfi bevosita bog'liq bo'lgan eng muhim omillardan biri bu perimenopau davri bo'lib, unda gormonal o'zgarishlar natijasida reproduktiv tizimda giperplastik jarayonlarning paydo bo'lishi uchun zarur shart - sharoitlar yaratiladi. Jarayonning rivojlanishining aniq mexanizmlarini va uning genetik holatini bilmasdan, terapiyaga patogenetik yondashuvlarni taklif qilish mumkin emas. Bu preparatni tanlash, dozasi va uni qo'llashning maqbul davomiyligi bo'yicha yagona tavsiyalarning yo'qligini tushuntirishi mumkin, bu ko'pincha etarli emas va shuning uchun EGP ning qaytalanish ehtimoli yuqori. EGP mavjud bo'lganda terapevtik taktika tashxisni morfologik tekshirishdan so'ng ishlab chiqariladi.

Atipiyasiz EGP uchun eng keng tarqalgan davolash usullaridan biri gormonal terapiya bo'lib qolmoqda [9,14]. Bir qator tadqiqotlarga ko'ra, atipiyasiz EGP uchun

gormonal davolash usullarining samaradorligi past - 42% [9,14]. Boshqa ma'lumotlarga ko'ra, hpe ning qaytalanishi gormonal davolangan ayollarning atigi 26 foizida aniqlangan [12,6]. Gormonal dorilarni tayinlashdan oldin alohida diagnostik kuretaj natijasida olingan endometriyning gistologik tekshiruvi o'tkaziladi.

Giperplastik jarayonlar terapiyasining nomukammalligi, taklif qilingan ko'plab sxemalar va usullarga qaramay, endometriyning tuzilishi va funktsiyalarining murakkabligi, uni tartibga solishning multifaktorialligi bilan bog'liq. EGP ni davolash bosqichma-bosqich, murakkab, reproduktiv tizimning manfaatdor bo'g'inlariga ta'sir qilishi, shuningdek bemorning yoshiga, endometriydagi patologik jarayonning xususiyatiga va qo'shma patologiyaga qarab farqlanishi kerak [10,19]. EGP ning terapevtik taktikasi giperplaziyaning morfologik xususiyatlari, bemorning yoshi, qo'shimcha maqsadlari, giperandro - dahoning mavjudligi, bemorning metabolik holati, ekstragenital patologiya va kontrendikatsiyalar mavjudligi bilan belgilanadi [3,20]. EGP uchun terapevtik ta'sirning asosiy usuli jinsiy steroid gormonlari terapiyasi bo'lib, u ekstragenital patologiyasi bo'lgan ayollarda foydalanish uchun bir qator cheklovlarga ega.

Bachadondan qon ketish bilan namoyon bo'ladigan Endometriya giperplastik jarayonlarni gormonal davolash bir-biri bilan bog'liq bo'lgan bir nechta ta'sirga erishish uchun amalga oshiriladi:

- 1) qon ketishni to'xtatish;
- 2) endometriyning patologik ko'payishini to'xtatish;
- 3) gipotalamogipofizar-tuxumdon tizimidagi munosabatlarni normallashtirish

EGP uchun buyurilgan gormon terapiyasi asosan menstrual siklni (MC) tuzatishga, qoplanmagan estrogen ta'sirini bartaraf etishga va Endometriya giperplaziya shakllanishining oldini olishga qaratilgan relapsga qarshi terapiya hisoblanadi.

Hozirgi vaqtda shifokorlar arsenalida EGP davolash uchun turli xil dorilar mavjud. Bularga progestinlar, Kokalar, antigonadotrop dorilar, gonadoli - berin agonistlari kiradi. Gormon terapiyasining samaradorligi ancha yuqori.

Bir qator mualliflarning fikriga ko'ra [4,21], gormon terapiyasini olgan bemorlarning 26 foizida va ushbu terapiya o'tkazilmagan ayollarning 72,1 foizida oddiy Endometriya giperplaziyaning (EPG) qaytalanishi aniqlangan. Perimenopozal davrida endometriyning giperplastik jarayonlarini davolashning asosiy usuli, patomorfologik tekshiruv, ginekologik va somatik patologiyani baholashdan so'ng, progesteron faolligiga ega dorilar - sintetik progestinlar, "toza" gestagenlar yordamida bachadon shilliq qavatiga antiestrogen ta'sir ko'rsatadigan gormon terapiyasi.

Ular qisqartirilgan kurslarda qo'llaniladi, davolanishning umumiy davomiyligi 6-12 oy. Endometriya giperplaziyani qayta tiklashning yuqori chastotasi bemorlarni boshqarish taktikasini takomillashtirish va gormon terapiyasini qo'llash tamoyillarini optimallashtirish zarurligini taqozo etadi. Estrogen va progesteron etishmovchiligining ortiqcha ta'sirining hal qiluvchi rolini hisobga olgan holda, gpe uchun standart terapiya progestogen va antiestrogen faollikka ega progestogenlarni tayinlash deb hisoblanishi mumkin.

Gestagenlar ta'siri ostida endometriyda proliferativ faollik, shilliq qavatning sekretor transformatsiyasi, stromaning desidual reaksiyasi va keyinchalik foydalanish bilan bezlar va stromaning atrofik o'zgarishlari ketma - ket sodir bo'ladi [11,15].

Progestinlar (progestogenlar) gpe ning har qanday shakli uchun ishlatilishi mumkin - pge dan atipiksiz atipikgacha. Morfologik xulosa progestogenni tanlash va uni boshqarish rejimini o'zgartiradi. Progestogenlarni tayinlashning turli rejimlarini qiyosiy baholash kengaytirilgan terapiya rejimining yuqori samaradorligini ko'rsatadi [5,15]. Progestogenlarning terapevtik ta'sirining tarkibiy qismlaridan biri apoptoz faolligining induktsiyasidir, bu muvaffaqiyatli davolanish bilan glandular apparatning aniq qisqarishini tushuntiradi [9,4].

Endometriya giperplaziyani davolash nuqtai nazaridan progestinlarning ikkita ta'siri eng muhim: endometriyning sekretor o'zgarishi va ovulyatsiyani bostirish. Terapiyada progesteronga o'xshash dorilarni qo'llash (Duphaston, L PC "Mirepa", norkolut, progesteron 1% va boshqalar) progesteronning biologik ta'siri bilan

asoslanadi. Progesteron estrogenlangan hujayra bo'linishini oldini oladi va shu bilan ko'payadigan endometriy sekretorga aylanadigan sharoitlarni yaratadi.

Progesteronning biologik ta'sirining mohiyati antiestrogen ta'sirda namoyon bo'ladi, bu ikki mexanizm bilan amalga oshiriladi: 1) - sitozolik estradiol retseptorlari sonini ularning sintezini inhibe qilish orqali kamaytirish; 2) - progesteron B17 - gidroksisteroid dehidrogenazani keltirib chiqaradi, bu estradiolni kamroq faol estronga aylantiradi. Ammo terapevtik ta'sirga erishish va uni saqlab qolish uchun zarur bo'lgan progestogenlardan uzoq muddatli tizimli foydalanish ko'pincha metabolik kasalliklarning paydo bo'lishi yoki kuchayishi bilan cheklanadi. Antiprogestinlarning (gestrinon) asosiy ta'siri gipotalamus-gipofiz tizimiga ta'sir qilish - gonadotropinlarning chiqarilishini bostirish va ularning sintezini ozgina inhibe qilishdir [5,13,16].

EGP monoterapiyasi sifatida gonadoliberin agonistlari muvaffaqiyatli qo'llaniladi. Ushbu dorilar gipofiz bezi - endometriy tizimiga ta'sir qilib, vaqtinchalik va qaytariladigan amenoreyani ("psevdomenopauza") keltirib chiqaradi [5,17]. Bundan tashqari, dorilar gonadotropinni chiqaradigan gormonlarga yuqori affinli o'ziga xos retseptorlari bilan bog'lanish orqali endometriya hujayralarga antiproliferativ ta'sir ko'rsatadi [5,17]. Shu bilan birga, ushbu dorilarni uzoq muddatli qo'llash metabolik jarayonlar va hayot sifatiga salbiy ta'siri tufayli cheklangan.

So'nggi yillarda minimal yon ta'sirga olib keladigan davolash usullari tobora ko'proq e'tibor qozonmoqda. Uzoq tarix - 50 yildan ortiq - OKVlardan foydalanish, ayniqsa so'nggi avlod, nafaqat ularning yuqori terapevtik samaradorligini, balki qo'shimcha ijobiy ta'sirini ham ko'rsatadi. OKVlardan 12 oy davomida foydalanish ma'lum. Endometriya saraton xavfini 50% ga kamaytiradi [10,22].

Protektiv ta'sir endometriy saratonning barcha asosiy gistologik kichik turlariga nisbatan bir xil bo'lib, bekor qilinganidan keyin 20 yil yoki undan ko'proq vaqt davomida davom etadi va yuqori xavfli ayollarda maksimal darajada bo'ladi.

Kok ta'siri ostida endometriy proliferativ fazada tez regressiyaga uchraydi, unda bezlarning erta sekretor transformatsiyasi paydo bo'ladi, stromada dekidga

o'xshash transformatsiya qayd etiladi. Avvalo, regressiya jarayonlari glandular komponentga tegishli, shuning uchun stromal va glandular komponentning nisbatida stromaning nisbiy miqdori ustunlik qiladi.

Endometriyning qon tomir tarmog'i sezilarli o'zgarishlarga uchraydi: spiral arteriolalar rivojlanishining inhibatsiyasi mavjud va ularning o'rniga bachadon tanasining shilliq qavatining sirt qatlamlarida kapillyarlarning keng tarmog'i hosil bo'ladi. Endometriydagi kuzatilgan o'zgarishlar OKVni tashkil etuvchi progesterinlarning ta'siri bilan bog'liq. OKVning gestagenik komponenti juda xilma-xildir. Endometriya giperplaziyani davolash nuqtai nazaridan, OKVning bir qismi bo'lgan progesterinning transformatsion qobiliyati alohida ahamiyatga ega. Eng kuchli progesterinlar norgestimat, levonorgestrel, desogestrel va gestoden deb tan olinishi kerak, ular II va III avlod kok ning gestagen komponentini ifodalaydi.

III avlod sintetik progesterinlar-desogestrel va gestoden - I va II avlod progesterinlariga qaraganda kamroq qoldiq androgen faolligiga ega.

Bundan tashqari, minimal androgen faolligi bilan yuqori bioavailability bilan desogestrel va gestodenni EGP bilan og'rigan bemorlarga OKV (regulon va lindinet 30) tayinlashda tanlov progesterinlari deb hisoblash mumkin. Gestagenlar orasida 19 - norsteroid xususiyatlariga ega dienogest alohida o'rin tutadi.

Dienogestning farmakologik xususiyatlari ko'p jihatdan tabiiy progesteron ta'siriga o'xshaydi (progesteron retseptorlari bilan bog'lanishda yuqori selektivlik, metabolizmga salbiy ta'sir ko'rsatmaydi). Aniq antiproliferativ ta'sirga ega bo'lgan dienogest Endometriya giperplaziyani davolash uchun OKVni tayinlashda tanlangan progesterin hisoblanadi. OKVning estrogen komponenti etinilestra-diol bilan ifodalanadi. EGP davolash uchun past dozali monofazik preparatlar qo'llaniladi. Endometriya giperplaziyaning eng ko'p uchraydigan belgilari anormal bachadon qon ketishidir va shuning uchun siklni yaxshi nazorat qilish vazifasi giperplastik jarayonning takrorlanishining oldini olish bilan bir qatorda qo'yiladi.

Mikrodozlangan dorilar bilan solishtirganda past kodli koklardan foydalanganda siklning etarli nazoratini ta'minlashga erishiladi. Dori-darmonlarni

qabul qilishning 6-12 siklini standart sxema bo'yicha o'tkazish maqbuldir (7 kunlik tanaffus bilan 21 kunlik qabul).

Shunday qilib, EGP ni davolash va MCni tartibga solish uchun aniq antiproliferativ ta'sirga ega progestinni o'z ichiga olgan monofazik past dozali Kokalardan foydalanish tavsiya etiladi. EGP takrorlanishining yuqori tezligini hisobga olgan holda, Endometriya giperplaziya va bachadondan qon ketishining takrorlanishining oldini olishga qaratilgan bemorlarni davolashning uzoq muddatli dasturini ishlab chiqish masalalari bir xil darajada muhimdir.

Endometriya giperplaziyaning qaytalanishini oldini olish jarayonidagi asosiy vazifaga asoslanib, gormonal davolash tuxumdonlarning estrogen ishlab chiqarish funksiyasini kamaytirishga qaratilgan bo'lishi kerak. Shubhasiz, bu vazifa follikulogenezning aniqroq pasayishi bilan bog'liq bo'lgan uzoq muddatli Coc rejimini qo'llash fonida yaxshiroq amalga oshiriladi.

Ushbu OKVni qabul qilish rejimidan foydalanganda, follikulyar faollik va shuning uchun gormonlarsiz kunlarda estradiol darajasining oshishi yo'qligi sababli estradiol darajasining doimiy pasayishiga erishiladi. Estradiol darajasining doimiy pasayishi usulning terapevtik samaradorligining kalitidir, uning ta'siri ortiqcha estrogen ta'sirini qoplashni o'z ichiga oladi. EGP polietiologik kasallik bo'lib, uning rivojlanishida nafaqat dishormonal kasalliklar, balki yuqumli va travmatik omillar ham muhim rol o'ynaydi. Shu munosabat bilan adabiyotda surunkali endometritni davolash bilan bog'liq masalalar keng muhokama qilinadi [1,18].

Gestagenlardan tashqari, estrogen - gestagen preparatlari, hozirgi vaqtda menopauza paytida bemorlarda endometriyning giperplastik jarayonlarini davolash uchun antigonadotropinlar - danazol - kuniga 400-600 mg dan 17a-etiltestosteron hosilalari, gestrinon yoki nemestran - 19 - norsteroidlarning hosilalari 2,5 mg dan haftasiga 2 marta 6 oy davomida uzluksiz rejimda qo'llaniladi.

Ushbu dorilar aniq antigonadotrop ta'sirga ega, tuxumdonlar faoliyatini bostirishga yordam beradi va natijada endometriyning gipoplaziyasi va atrofiyasini keltirib chiqaradi, bu kech davrda eng muhimdir.klimakteriya [6,17].

Perimenopozal davr EGP bilan og'rigan bemorlarda eks - tragenital patologiyaning yuqori chastotasi bilan tavsiflanadi. Biz aniqladikki, EGP bilan og'rigan bemorlarda ekstragenital kasallik tarkibida yurak-qon tomir patologiyasi etakchi o'rinni egallaydi, bu asosan gipertoniya shaklida (32%) va gipertenziv tipdagi neyrotsir - kulyatsion distoni (NCD) shaklida namoyon bo'ladi, bu EGP bilan kasallangan ayollarning 13 foizida qayd etilgan.

Gipertenziv kasallik va gipertonik tipdagi NCD mavjudligi, relapslarning oldini olish uchun perimenopauzal davrida EGP bilan og'rigan bemorlarga optimal gormon terapiyasini tanlashni ancha qiyinlashtiradi. Bu anti-mineralokortikoid faolligi bo'lgan OKV yordamida Endometriya giperplaziyaning qaytalanishini oldini olishga qaratilgan yurak-qon tomir patologiyasi bilan birgalikda GPE bilan og'rigan bemorlarni davolashning uzoq muddatli dasturini ishlab chiqish zarurligini taqozo etadi.

Perimenopozal davrida ayollarda rivojlanadigan giperplastik jarayonlar teng bo'lmagan rivojlanish darajasiga ega, ba'zida ular prekanseroz kasallik xususiyatiga ega bo'ladi. Giperplaziyaning qaytalanishi, jinsiy a'zolarining boshqa patologiyasi bilan birgalikda radikal operatsiyalarni talab qiladi [7,22].

EGPni jarrohlik yo'li bilan davolash uchun ko'rsatma neyroendokrin kasalliklar (qandli diabet, semirish) fonida rivojlangan takroriy Endometriya giperplaziya, tos a'zolarining qo'shma patologiyasi (bachadon miomasi, adenomiyoz, tuxumdon o'smalari, bachadon bo'yni kasalliklari), gormonal davolanishning ta'siri yo'qligi, atipiya bilan oddiy va murakkab Endometriya giperplaziya [9,11].

EGP uchun jarrohlik davolashning ikki turi mumkin-Endometriya ablasyon va gisterektomiya. XX asrning 90-yillari o'rtalaridan boshlab dunyoda Endometriya intrauterin termal balonli ablasyon (TBAE) usuli qo'llanilmoqda, bu gisteroskopik ablasyon va Endometriya rezektsiya, shuningdek gisterektomiyaga alternativa bo'ldi. Endometriya ablasyon (olib tashlash) keng asosli elektrodlar yordamida Endometriya elektrodestruktsiyani va elektropet bilan shilliq qavatni rezektsiya qilishni o'z ichiga oladi. Lazerli ablasyon, mikroto'lqinli va fotodinamik terapiya ham qo'llaniladi [8].

Resurslari cheklangan muassasalarda bu usul hali keng qo'llanilmagan, mavjud adabiyotlarda TBE usuli haqida bir nechta ma'lumotlar mavjud [8], bu EGP tufayli bachadondan qon ketish uchun muvaffaqiyatli ishlatilishi mumkin.

Ushbu usul ba'zi ekstragenital kasalliklarga qarshi bo'lgan gormonal dorilar bilan uzoq muddatli davolanishni oldini oladi. Postmenopozalal GPE mavjud bo'lganda, gisterektomiya qilish oqlanadi. Kirishni tanlash (laparotomiya, laparoskopiya) ginekologik va ekstragenital patologiyaning mavjudligiga, shuningdek jarrohning mahoratiga bog'liq [2,12]

Shunday qilib, EGP uchun optimal davolash usulini tanlash bir qator omillar bilan belgilanadi: bemorning yoshi, patologik jarayonning og'irligi, ginekologik va ekstragenital patologiyaning mavjudligi, tibbiy muassasaning imkoniyatlari.

3.2. Endometriyal patologiyasi bo'lgan peri va postmenopozalal ayollarni boshqarishning diagnostikasi, differentsial diagnostikasi va taktikasi bo'yicha zamonaviy adabiyotlar ma'lumotlari.

Tadqiqotda A. Lev-Sagie va boshqalar. [36] 82 postmenopozalal ayol ultratovush tekshiruvida endometriyning tasodifan qalinlashishi bilan kuzatilgan, ularning barchasi bachadon devorlarining kuretaji bilan gisteroskopiya qilingan.

Gistologik tekshiruv natijalariga ko'ra, bemorlarning 67 (82%) faol bo'lmagan poliplarni, 7 — submukoz tugunlarni, 6 — endometriyal atrofiyani, 1 — oddiy giperplaziyani, yana 1 — oddiy giperplaziya bilan polipni aniqladi. Hech qanday murakkab giperplaziya yoki re holati bo'lmagan. Shu bilan birga, jarrohlik aralashuvning asoratlari rivojlanish darajasi 3,6% ni tashkil etdi: 2 bachadon teshilishi, 1 intubatsiyaning asoratlari.

R. Ozelci va boshqalar. [37] gisteroskopiya va endometriyal biopsiya qilingan 266 postmenopozalal ayolning tibbiy tarixini tahlil qildi.

Transvaginal ultratovush tekshiruvi (TVUI) ma'lumotlariga ko'ra, endometriyning qalinligi 6 mm ga teng yoki undan ortiq bo'lgan alomatlari bo'lmagan bemorlar tadqiqotga kiritilgan. gistologik tekshiruv natijalariga ko'ra, simptomatik bo'lmagan bemorlarda eng ko'p aniqlangan fokal lezyonlar Endometriyal poliplar bo'lib, 168 (63,1%) kuzatuvlarda tashxis qo'yilgan. 24 (9%)

bemorga oddiy giperplaziya, 4 (1%) atipik giperplaziya va 8 (3%) Endometriyal adenokarsinoma tashxisi qo'yilgan. Ko'rib chiqish mualliflarining fikriga ko'ra, endometriy qalinligi $\geq 10,5$ mm bo'lgan bachadon devorlarining gisteroskopiya va kuretaji tavsiya etiladi.

Boshqa tadqiqotchilar [38] klinik ko'rinishga ega bo'lmagan 488 postmenopozalal ayollarning tibbiy yozuvlarini retrospektiv tahlil qildilar (2006 yil yanvaridan 2017 yil yanvarigacha), ular TVUI bilan qalinligi ≥ 5 mm bo'lgan endometriyni aniqladilar va gisteroskopiya o'tkazdilar, so'ngra

Endometriyal biopsiya o'tkazdilar. Eng ko'p uchraydigan patologik topilmalar poliplar (51,0%) va normal endometriy (34,2%) edi. 15 (3,1%) va 10 (2,0%) bemorlarda mos ravishda intraepitelial neoplaziya va karsinoma mavjud edi. Shu bilan birga, karsinoma bilan og'rigan bemorlarda qalinroq endometriy mavjud bo'lib, unda rangli Doppler xaritasi (CDK) bilan qon oqimi tez-tez aniqlanadi. Tadqiqot shuni ko'rsatdiki, malign neoplazmalarda endometriy qalinligi ≥ 12 mm bo'lgan va CDCDA endometriydagi qon oqimining lokuslari aniqlangan.

J. Alcazar va boshqalar. [39] 1990 yil yanvaridan 2016 yil dekabrigacha nashr etilgan tadqiqotlar natijalarini o'rganib chiqdi va TVUI bilan o'lchangan Endometriyal qalinligi va postmenopozalal klinik ko'rinishga ega bo'lmagan ayollarda gistologik topilmalar o'rtasidagi bog'liqlikni baholadi. Gormonlarni almashtirish terapiyasi, tamoksifen yoki aromataza inhibitörlerini qabul qilgan bemorlarda olib borilgan tadqiqotlarni o'z ichiga olgan ilmiy ishlar chiqarib tashlandi. 289 ta tadqiqot aniqlandi va 4751 ayolga oid ma'lumotlar baholandi. Atipiya bilan re yoki Ge tarqalishi 2,4% ni tashkil etdi. Natijada, tadqiqotchilar endometriy qalinligi ≥ 11 mm bo'lgan ayollarda atipiya bilan re yoki Ge rivojlanish xavfi endometriy qalinligi 5-10 mm bo'lgan ayollardan farqli o'laroq 2,6 baravar yuqori degan xulosaga kelishdi, ammo turli tadqiqotlarda sezilarli farqlar mavjud edi.

A. Ghoubara va boshqalar. o'z tadqiqotida [40] shuningdek, klinik belgilari bo'lmagan ayollarda endometriy qalinligi ≥ 10 mm chegarasidan foydalanish atipik Ge yoki re holatlarini o'tkazib yubormaslikka imkon beradi degan xulosaga keldi.

Tadqiqot maqsadi M. Louie va boshqalar. [41] klinik ko'rinishga ega bo'lmagan, simptomsiz postmenopozalal 462 ayolda intrauterin patologiyaning chastotasi aniqlandi va ulardan endometriyal biopsiyani olish uchun maqbul chegara ta'minlandi. Tadqiqot endometriyal kasallik belgilari bo'lmagan ayollarni o'z ichiga oladi, agar ular TVUI bilan endometriyning qalinligi 4 mm dan yuqori bo'lsa.

462 ayol orasida karsinoma 9 (1,9%), atipik giperplaziya 7 (1,5%) da aniqlangan. 14 mm ga teng yoki undan yuqori bo'lgan endometriy qalinligi odatdagi giperplaziya bilan ishonchli bog'liq edi (koeffitsientlar nisbati — osh 4,29; 95% ishonch oralig'i — CI 1,30—14,20; $p = 0,02$), salbiy prognostik qiymati 98,3%. 15 mm dan ortiq qalinligi karsinoma bilan bog'liq edi (osh — 4,53; 95% CI — 1,20—17,20; $p = 0,03$), salbiy test natijasining prognostik ahamiyati 98,5% va saraton xavfi 0,06%. Shunday qilib, tadqiqotchilar 15 mm dan kam bo'lgan endometriyning tasodifiy aniqlangan qalinlashishi qindan qon ketmaydigan postmenopozalal ayollarda Endometriyal biopsiya uchun asos bo'la olmaydi degan xulosaga kelishdi.

W.Wolfman va boshqalar. [42] 1970 yildan 2009 yilgacha nashr etilgan nashrlarning materiallarini ultratovush tekshiruvda endometriyning qalinlashishi aniqlangan g'ayritabiiy bachadondan qon ketmaydigan postmenopozalal ayollarni tekshirish natijalari bo'yicha ko'rib chiqdilar.

Diagnostic kuretajning informatsion tarkibi, xatarlari va narxini batafsil baholashda mualliflar invaziv tadqiqot usullarini faqat m-echo ko'rsatkichining oshishi asosida qo'llash ortiqcha (asossiz) protsedura degan xulosaga kelishdi.

Biroq, ba'zi tadqiqotchilar boshqa nuqtai nazarga ega. Tadqiqot maqsadi M. Genc va boshqalar. [43] Endometriyal patologiya bilan bog'liq bo'lmagan sabablarga ko'ra gisterektomiya qilish uchun ginekologiya bo'limiga yotqizilgan 283 postmenopozalal ayollarda intrauterin patologiyaning chastotasi aniqlandi. Gistologik tekshiruv natijalariga ko'ra, postmenopozalal qon ketmagan 209 bemorning 75,6 foizida operatsiyadan oldingi tayyorgarlik bosqichida gumon qilinmagan bachadon patologiyasi aniqlangan: EG, poliplar, bachadon miomasi, adenomiyoz — 1 (0,5%) kuzatuv, adenokarsinomalar. Postmenopozalal qon ketishi

bo'lgan 74 ayolning 87,8 foizida intrauterin patologiya aniqlangan, shu jumladan 13 (17,6%; $p=0,0001$) re kuzatuvlari. Shunday qilib, bachadon patologiyasi postmenopozalal ayollarda kasallik alomatlari bo'lmagan ayollarda ham bo'lishi mumkin, shuning uchun mualliflar har yili keksa va keksa bemorlarga qon ketish epizodini kutmasdan skrining va maslahat berishni talab qiladilar.

L.V. Adamyan va boshqalar. [44] Endometriyal patologiyaga shubha qilingan postmenopozalal intrauterin kasalliklarning klinik ko'rinishlari bo'lmagan bemorlarni o'rganishda TVUZ ma'lumotlariga ko'ra (endometriy qalinligi 4 mm dan ortiq) Endometriyal poliplar (63,9%),

Endometriyal atrofiya (30,5%) eng ko'p aniqlangan va adenokarsinoma darajasi 2,1% ni tashkil etgan. Tadqiqot mualliflari malign neoplazmalar xavfi etarlicha yuqori ekanligiga e'tibor qaratmoqdalar, bu ushbu yosh guruhidagi ayollarni etarli darajada tekshirish va o'z vaqtida davolash muhimligini, shuningdek ultratovush yordamida skrining tekshiruvini zarurligini ko'rsatadi.

Adabiyotga ko'ra, endometriy qalinlashgan postmenopozalal bachadon kasalligining klinik ko'rinishlari bo'lmagan bemorlarda (ultratovush ma'lumotlariga ko'ra) ko'pincha gisteroskopiya va gistologik tekshiruvda Endometriyal poliplar aniqlanadi. Shu bilan birga,

Endometriyal polipli ayollarda re darajasi 0,3—4,8% ni tashkil qiladi [45]. Ko'pgina tadqiqotchilar bachadondan qon ketishi bilan namoyon bo'ladigan poliplari bo'lgan postmenopozalal bemorlarga alohida e'tibor berishni talab qilmoqdalar. Masalan, E. Ricciardi va boshqalar. [46] postmenopozalal bemorlarda atipik poliplarning tarqalishini o'rganib chiqdi.

Retrospektiv tadqiqot peri va postmenopozalal Endometriyal polipli 1027 ayolning ma'lumotlarini tahlil qildi. Yaxshi poliplar 95,8% hollarda, prekanseroz poliplar 2,67% va atipiya bilan 1,54% hollarda aniqlangan. Postmenopozalal (60 yoshdan oshgan) va keksa yoshdagi ayollarda re rivojlanish xavfi yuqori bo'lgan (or 3,05; 95% CI 1,54—6,19; $p<0,001$ va or 2,8; 95% CI 1,38—5,56; $p\leq 0,003$ mos ravishda).

Postmenopozalal qon ketishi bo'lgan bemorlarda re rivojlanish xavfi 30 baravar oshdi (or 31,1; 95% CI 10,3—111; $p < 0,001$). Mualliflarning fikriga ko'ra, postmenopozalal qon ketishi bo'lgan bemorlarga alohida e'tibor berilishi kerak va postmenopozalal kasallik belgilari bo'lmagan ayollar oraliq xavf guruhiga kiradi, shuning uchun ularga individual yondashuv zarur.

P. Gambadauro va boshqalar. [47] gisteroskopiya dan so'ng Endometriyal polipga shubha qilingan 1390 postmenopozalal bemorning ma'lumotlarini tahlil qilishda (ultratovush ma'lumotlariga ko'ra) neoplaziyaning barcha holatlari faqat qon ketishi bo'lgan bemorlarda qayd etilganligi aniqlandi. Qon ketmaydigan ayollarning 40,6 foizida Endometriyal polipning yaxshi tuzilishi gistologik jihatdan tasdiqlangan. EG tashxisi qo'yilgan bemorlar benign patologiyasi bo'lgan bemorlardan ancha katta bo'lgan, shuningdek, tana massasi indeksi yuqori bo'lgan. Mualliflarning fikriga ko'ra, polip shubha qilingan kasallik alomatlari bo'lmagan postmenopozalal ayollarning katta qismi ultratovush tekshiruviga ko'ra gisteroskopiya ga yuboriladi, ammo bunday hollarda neoplaziya xavfi juda past.

E. Ferrazzi va boshqalar. [48] postmenopozalal kasallik belgilari bo'lmagan 1152 ayol kuzatildi, ular ultratovush va sonogisterografiya ma'lumotlariga ko'ra Endometriyal poliplarni aniqladilar, barcha ayollar gisteroskopiya va bachadon devorlarining kuretajini o'tkazdilar.

Gistologik tekshiruvga ko'ra, diametri 4 mm dan ortiq bo'lgan polipda re ning 1 (0,1% dan kam) holati aniqlangan, neoplaziya bilan kasallanish qon ketishi bo'lgan bemorlarga qaraganda 10 baravar past bo'lgan. Atipik giperplastik poliplarning chastotasi kasallik belgilari bo'lmagan bemorlarda 1,2% va qon ketish mavjud bo'lganda 2,2% ni tashkil etdi. 3 (0,3%) re holatlari aniqlandi (polipda emas), ular gisteroskopiya paytida

Polipoid o'zgarishlar sifatida tasvirlangan. Klinik ko'rinishlarsiz bemorlarda neoplaziyaning aniqlash xavfi polip diametriga bog'liq edi (18 mm dan ortiq, or 6,9; 95% CI 2,2—21,4 mm). Shu bilan birga, asoratlar orasida 3 ta teshilish, 7 ta bachadon bo'yni yorilishi, 3 ta noto'g'ri yo'l bor edi.

Endometriydagi giperplastik jarayonlar katta tibbiy-biologik va ijtimoiy-iqtisodiy muammolarni keltirib chiqaradi va ginekologik kasalliklar tarkibida muhim o'rin tutadi [1-6].

Endometriyda giperplastik jarayonlarning yuqori tarqalishi, gormon terapiyasidan tegishli samaradorlikning yo'qligi, shuningdek malignite ehtimoli Endometriyal giperplaziyani (Ge) zamonaviy tibbiyotning eng dolzarb muammolari qatoriga kiritadi. E. M. Vihlyaevaning so'zlariga ko'ra, Endometriyal giperplaziya kech reproduktiv yoshdagi va perimenopozal davridagi ayollarning deyarli 50 foiziga ta'sir qiladi [7].

Endometriydagi giperplastik jarayonlarning katta klinik ahamiyati shundaki, ular 45-55 yoshdagi ayollarda bachadondan qon ketishining eng keng tarqalgan sabablaridan biri bo'lib, kasalxonaga yotqiziladi [8-12]. Gega diqqat bilan qarashning yana bir sababi bu ularning xavfli o'zgarishi ehtimoli. Rossiya federatsiyasi statistikasiga ko'ra, Endometriyal saraton (re) ayol populyatsiyasining saraton kasalligida 3-o'rinni egallaydi [13, 14].

Glandular giperplaziya va Endometriyal polipning malignizatsiyasi 2-5% da uchraydi va postmenopozalal davrda 10% ga etadi [15-17]. Atipik giperplaziya 50% gacha kuzatishlar bilan invaziv saratonga aylanadi [18, 19]. Biroq, turli mualliflarning fikriga ko'ra, gistologik tekshiruv natijalariga ko'ra, postmenopozalal qon ketishi bo'lgan ayollarning 1-10 foizida re tasdiqlangan. Kuzatishlarning deyarli 60 foizida Endometriyal atrofiya aniqlanadi va taxminan bir xil chastotada — Endometriyal poliplar, Ge va boshqa yaxshi Endometriyal o'zgarishlar [20, 21]. Shunday qilib, ko'p hollarda postmenopozalal qon ketishining sababi yaxshi xulqli endometriyning o'zgarishi hisoblanadi.

EG rivojlanishi uchun xavf omillari bemorlarning yoshi (50 yoshdan oshgan), semirish, kech menopauza, qandli diabet, uzoq muddatli estrogen stimulyatsiyasi, Tamoksifenni qabul qilishdir [22, 23].

Semirib ketish va tana massasi indeksi (BMI) 25 kg/m² dan yuqori bo'lsa, re rivojlanish xavfi 200-400% ga oshadi [24]. Postmenopozalal ayollarning 50% dan

ortig'i ortiqcha vaznga ega bo'lganligi sababli, ushbu yosh guruhida onkokonstriksiya zarur.

Endometriyal patologiyani skrining diagnostikasida eng informatsion invaziv bo'lmagan tekshirish usuli radiatsiyaviy-ultratovush (ultratovush) - endometriyning barcha qatlamlarining miqdoriy va sifat xususiyatlarini aniqlash uchun bemorlarni tekshirishning invaziv bo'lmagan, oson bajariladigan va yuqori ma'lumotli usuli bo'lib, ularning qon bilan ta'minlanishini baholaydi. zamonaviy uskunalari [25, 26]. Radiatsion diagnostika usullari bilan kasallikning klinik ko'rinishlari bo'lmagan taqdirda endometriydagi diffuz (giperplaziya) yoki fokal (poliplar) o'zgarishlarning turli belgilari aniqlanishi mumkin [27, 28].

Hozirgi vaqtda Rossiya federatsiyasi sog'liqni saqlash vazirligining klinik tavsiyalariga [29] va xalqaro protokollarga [30] muvofiq M-echo qalinligi normalarining yuqori chegarasi 4 mm. agar u ushbu chegaradan past bo'lsa, unda re ehtimoli 1% dan kam [31-34], bunday hollarda Endometriyal biopsiya talab qilinmaydi. Ba'zi hollarda ultratovush tekshiruviga ko'ra endometriy qalinligining oshishi postmenopozalal ayollarda kasallik belgilari bo'lmagan taqdirda aniqlanadi. Biroq, bunday hollarda boshqaruv taktikasi aniq belgilanmagan.

Oxirgi holat ayniqsa muhimdir, chunki hozirgi vaqtda tadqiqotchilar orasida endometriyning qalinligi giperplaziyaning etakchi belgisi degan fikr mustahkam o'rnashgan [35]. Shu bilan birga, adabiyotda postmenopozalal klinik ko'rinishlar bo'lmagan taqdirda ayollarni boshqarishning keyingi taktikasini aniqlash uchun endometriy qalinligining ultratovush mezonlarini o'zgartirish zarurligi to'g'risida ma'lumotlar mavjud, chunki davolash usulini tanlash va undan foydalanish ba'zan bemorlarning somatik patologiyasi tufayli cheklangan. 60 yoshdan oshgan EG bilan og'rigan bemorlarni davolashda jarrohlik aralashuvi va behushlik vositalaridan foydalanish bilan asoratlar xavfi yuqori bo'lganligi sababli alohida qiyinchiliklar yuzaga keladi.

Shuning uchun qalinlashgan endometriy bilan og'rigan bemorlar guruhlarini (klinik ko'rinishlar bo'lmagan taqdirda ultratovush tekshiruvi orqali) ajratish kerak, ular keyingi tashxis qo'yish va davolashni amalga oshirishi kerak va yoshi, somatik

patologiyaning mavjudligi yoki bemorning keyingi davolanishni istamasligi (rad etilishi) tufayli dinamik kuzatuv ostida bo'lishi mumkin bo'lgan bemorlar guruhlariga (re rivojlanish xavfisiz).diagnostika tekshiruv).

3.3. Endometriyal patologiyasi bo'lgan peri va postmenopozal ayollarni xususiy tekshiruv natijalari.

Ko'plab tadqiqotlar shuni tasdiqlaydiki, endometriumning o'simtadan oldingi holatlarida gormonal kasalliklar muhim rol o'ynaydi. Menstrual tsikl paytida bachadon shilliq qavatidagi normal o'zgarishlar va endometriumdagi patologik o'zgarishlar murakkab va xilma-xil o'zaro ta'sirda bo'lgan asab va endokrin omillar tufayli yuzaga keladi.

Klinik jihatdan EGP hayz ko'rish funksiyasining buzilishi bilan namoyon bo'ladi. Kasallikning rivojlanishi bilan qon ketishining to'satdan boshlanishini kuzatish mumkin (bunda qon yo'qotish sezilarli darajada oshadi, bemorni zaiflashtiradi va anemiyaga olib keladi. Boshqa hollarda, qon ketish og'ir emas, lekin uzoq davom etadi, bir necha hafta, ba'zan oylar davom etadi va ikkilamchi anemiyaga olib keladi. EGP bilan og'rigan bemorlarda qon ketishining tabiati asiklik va tsiklik bo'lishi mumkin. Asiklik qon ketish ko'pincha turli uzunlikdagi amenoreyadan keyin (6-8 haftadan bir necha oygacha) sodir bo'ladi.

Ba'zida ular oldingi hayz muddati yoki qon ketishidan 2-3 hafta o'tgach paydo bo'ladi. Yoshligida adenomatoz poliplar mavjudligi va endometriumning normal funksiyasi saqlanib qolishi bilan interMenstrual dog'lar kuzatiladi. Tsiklik qon ketish keyingi hayz paytida sodir bo'ladi, uzoq vaqt davom etadi va anemiya hodisalari bilan birga keladi: umumiy zaiflik, umumiy zaiflik, bezovtalik, bosh aylanishi va boshqalar.postmenopozal davrda paydo bo'lgan dog ' har doim prekanseroz holat yoki saraton belgisi sifatida qabul qilinishi kerak.

Endometriyal saraton giperplaziyasining semirish, gipertoniya, diabet, jigar funksiyasining o'zgarishi bilan tez-tez birlashishi yaxshi ma'lum.

Ko'pincha endometriy taatologiyaning sut bezidagi proliferativ o'zgarishlar bilan bachadon miomasi bilan kombinatsiyasi kuzatiladi, bu patologik jarayonlarning umumiylikini ko'rsatadi.

Diagnostika anamnez ma'lumotlariga, ob'ektiv tekshiruvga (ham umumiy, ham ginekologik), tadqiqot usullariga asoslangan.

Bemorlarni tekshirish keng qamrovli bo'lishi kerak. Anamnez ma'lumotlarini o'rganayotganda irsiyatga, o'tmishdagi hayz davrining xususiyatlariga, reproduktiv funktsiya holatiga, umumiy va ginekologik kasalliklarga alohida e'tibor bermaslik kerak. Giperplastik jarayonning dinamikasini, uning takrorlanishini batafsil aniqlash, oldingi EGP davolash sifati va samaradorligini sinchkovlik bilan tahlil qilish kerak.

EGP etiologiyasi va patogenezida tuxumdonlarning funktsional holati alohida rol o'ynaganligi sababli, funktsional diagnostika testlari antenatal klinikaning shifokorida keng tarqalgan. Eng maqbul va sodda-bu rektal haroratni o'lchash, uning ma'lumotlari asosida tsiklning ikki fazasini aniqlash mumkin. Vaginal epiteliyning gormonal to'yinganlikka javob berish qobiliyatiga asoslangan usul keng tarqalgan. Vaginal smearlarda eng muhim elementlar rad etilgan epiteliya hujayralari har xil turlari, ularning holatiga ko'ra tuxumdonlardagi funktsional o'zgarishlar baholanadi.

Birlamchi tekshiruv sifatida bachadon bo'shlig'idan aspiratlarni sitologik tekshirishni tavsiya etish mumkin.

Sitologik usulning asosiy vazifasi endometrium hujayralarida sodir bo'ladigan o'zgarishlarni aniqlash va o'rganishdir, giperplaziyalarda yadrolarning hujayra hajmiga nisbatan ko'payishi, alohida hujayralar kattaligi va shakli polimorfizmi qayd etiladi.

Endometriyal patologiyani tashxislashning mavjud ko'plab usullari orasida alohida diagnostik kuretaj paytida olingan bachadon bo'yni kanali va bachadon bo'shlig'ining shilliq qavatini qirib tashlashni gistologik tekshirish eng ishonchli va ob'ektiv deb hisoblash kerak. Endometriumning o'simtadan oldingi holatini tan olish gistologik diagnostikaning eng murakkab bo'limlaridan biridir, chunki ular gormonal muvozanat buzilishlari fonida yuzaga keladi va ma'lum morfologik o'xshashliklarga ega.

Avvalo, bachadondan qon ketishi bilan kechadigan bir qator umumiy kasalliklarni istisno qilish kerak: qon, jigar, qalqonsimon bez, buyrak usti bezlari

kasalliklari. Kelajakda tuxumdonlardagi organik lezyonlarni — gormonal faol o'smalarni istisno qilish kerak.

Reproduktiv davrda bachadondan qon ketish homiladorlikning to'g'ri kechishining buzilishi (abort, ektopik homiladorlik, trofoblastik kasallik), bachadon bo'yni polipi yoki eroziyasi, bachadon tanasining saratoni namoyon bo'lishi mumkin. Keksa yoshda bachadonning malign lezyoni, tuxumdonning gormon ishlab chiqaruvchi o'smasi, bachadon miomasi bilan farqlash kerak.

3.4. Endometriyal giperplastik jarayonlar bilan bemorlarni tekshirish.

Taktik jihatdan, antenatal klinikada bemorlarni birinchi tekshirishda ularni ikkita asosiy guruhga bo'lish juda muhimdir: bachadondan qonli oqindi bo'lgan, Endometriyal saraton ehtimoli kam bo'lgan ayollar

(1-guruh) va bachadondan qonli oqindi bo'lgan, saraton kasalligiga chalingan ayollar, qonli oqindi sababi sifatida.

1-guruhga tug'ish yoshidagi ayollar, shuningdek, bachadondan patologik oqindi birinchi marta paydo bo'lgan yoki qisqa vaqt davom etadigan aniq neyroendokrin o'zgarishlarsiz klimakterik davrda bo'lganlar kiradi. Masalan, Abortdan keyin qonli yoki yiringli oqindi, o'tkir adneksit yoki surunkali adneksitning kuchayishi bilan, tuxumdonlarning klimakterik disfunktsiyasi boshlanganligi sababli hayz ko'rishning biroz kechikishidan keyin.

2-guruhga ayollar tushishi kerak: menopauzada - ilgari o'tkazilgan diagnostik kuretaj yoki simptomatik davolanishdan keyin birinchi marta yoki yana paydo bo'lgan qonli oqindi bilan; klimakterik davrda-birinchi marta yuzaga kelgan og'ir neyroendokrin o'zgarishlar bilan hayz davridan tashqarida uzoq muddatli dog ' tushishi bilan, shuningdek, har qanday yoshda - agar ilgari o'tkazilgan diagnostik kuretaj paytida adenomatoz poliplar yoki atipik Endometriyal giperplaziya aniqlansa, tashxis qo'yilgan kuretajni qayta - qayta tugatgan bo'lsa. takroriy yoki yo'q bo'lishidan qat'i nazar. Menstrual tsikl, Menstrual tsikl tiklandi yoki buzildi.

Birinchi bosqichda bemorlarni tekshirish endometriumning patologik jarayonining xususiyatini, shuningdek, umumiy kasalliklarni aniqlashga, gormonal profilni aniqlashga qaratilgan bo'lishi kerak.

Tekshiruvlarning hajmi va tabiati bemorning yoshiga bog'liq. Reproduktiv va erta klimakterik davrda uch oy davomida funktsional diagnostika testlari bo'yicha tekshiruv o'tkazish, tuxumdon gormonlari, Supra-subkelniklarning miqdoriy tarkibini aniqlash kerak.

Reproduktiv va erta klimakterik davrda endometriumning giperplastik jarayonlari bir xil darajada keng tarqalgan.

Atom bilan amenezda reproduktiv va erta klimakterik davrda har 3-bemorda ayol jinsiy a'zolarining yallig'lanish jarayonlari aniqlanadi.

Qonli oqindi etiologiyasini aniqlashtirish uchun tashqi jinsiy a'zolari, qinni, bachadon bo'yni (har doim qoshiq shaklidagi oyna va ko'targich yordamida) diqqat bilan tekshirish kerak, bachadon bo'yni kanalidan oqindi tabiatiga alohida e'tibor berish kerak,

Eng muhimi, ambulatoriya sharoitida ishlab chiqarilgan Endometriyal aspiratsion sitologik tekshiruvdir. Bachadon bo'shlig'idagi materialni quyidagi usullar bilan olish mumkin:

1 usul-bachadonning kattaligi va holatini aniqlagandan so'ng, bachadon bo'yni nometall yordamida ochiladi, spirtli ichimliklar bilan ishlanadi, o'q forsepslari bilan mahkamlanadi, diametri 2-4 mm bo'lgan kateter bachadon bo'shlig'iga kiritiladi va shpirts yordamida bachadon bo'shlig'ining tarkibi aspiratsiya qilinadi (Braun shpirtsidan foydalanish mumkin). Bachadondan kateter chiqarilgandan so'ng, olingan material slaydga qo'llaniladi, ingichka smear tayyorlanadi (qonni tekshirishda bo'lgani kabi). Olingan smearlar tegishli ravishda yo'nalishni tuzib, sitologiya laboratoriyasiga yuboriladi.

2-usul-aspiratda qon pıhtılarının shakllanishiga yo'l qo'ymaslik uchun shpirtsiga bir necha tomchi 10% natriy nitrat eritmasi qo'shilgan holda 2-3 ml steril fiziologik eritma oling; ko'rsatilgan eritmani kateter orqali bachadon bo'shlig'iga kiriting va darhol shpirtsiga soling. Kateter bachadondan chiqarilgandan so'ng, hosil bo'lgan yuvish suyuqligi santrifüj naychasiga joylashtiriladi va santrifüj aylanish tezligida bir necha daqiqa davomida santrifüj qilinadi. H 1000 rpm dan ortiq.

3-usul-har bir kanalning oxirida yon teshiklari bo'lgan umumiy diametri 3,5-4,5 mm bo'lgan ikki kanalli kateter yasash. Kanallarning qarama-qarshi uchlari har biri bir xil hajmdagi alohida shpritsga (har biri 10-20 ml) moslashuvchan va etarlicha elastik naychalar yordamida ulanadi (qon quyish tizimlaridan o'n ikki barmoqli ichak problari yoki xlorvinil naychalardan foydalanish mumkin). Bir shpritsda fizik eritma natriy nitrat qo'shilishi bilan olinadi, boshqa shprits - yuvish suyuqligini yig'ish uchun. Kateter bachadon bo'shlig'iga kiritilgandan so'ng, ular sinxron ravishda ishlab chiqariladi (!) eritmani kiritish va uning aspiratsiyasi (agar ikkala shprits ham qattiq stendga o'rnatilgan bo'lsa, buni engillashtirish mumkin). Shunday qilib; bachadon bo'shlig'i etarli miqdorda suyuqlik bilan yaxshilab yuviladi. Bunday holda, uning fallop naychalari va qorin bo'shlig'iga kiritilishi istisno qilinadi. Keyinchalik, yuvish suyuqligi santrifüj qilinadi va sitologik preparatlar cho'kindidan tayyorlanadi.

Aspiratsion sitologik tekshiruvda saraton belgilari aniqlanmagan barcha 2 guruhli bemorlar keyinchalik ginekologik shifoxonada tekshirilishi kerak.

Sitologik tekshiruv-bu endometriumdagi proliferativ jarayonning og'irligi, saraton kasalligining inkor etib bo'lmaydigan belgilarigacha bo'lgan hujayra atipiyasi darajasi to'g'risida muhim ma'lumotlarni olishga imkon beradigan mustaqil usul.

Shuni bilish kerakki, aspiratsiya usuli bilan olingan materialda malign o'zgarishlar belgilarining yo'qligi shilliq qavatning chuqur qatlamlaridan malign jarayonning yo'qligini kafolatlaydi. Shuning uchun, agar sitologik tekshiruv natijalariga ko'ra saraton topilmasa, diagnostik kuretaj majburiydir.

Bachadonni radioizotop tekshiruvi endometrium saratonini differentsial tashxislashning yuqori ma'lumotli usuli bo'lib, endometriumdagi proliferativ o'zgarishlarning og'irligi to'g'risida muhim ma'lumotlarni olish imkonini beradi. Usul ko'payish holatidagi to'qimalarning radioaktiv fosforni dam olish holatiga qaraganda tezroq va ko'proq miqdorda saqlash qobiliyatiga asoslangan,

Radioizotop va aspiratsion-sitologik tekshiruvlardan kompleks foydalanish bemor h haqida muhim qo'shimcha ma'lumotlarni olish imkonini beradi saraton

tashxisi va endometriumdagi giperplastik o'zgarishlarning aniqligini sezilarli darajada yaxshilaydi.

Ushbu usullardan foydalangan holda endometriumning giperplastik o'zgarishi bilan og'rigan bemorlarni takroriy tekshirish davolanish fonida proliferativ o'zgarishlarning dinamikasini va'da qilishga imkon beradi va shunga mos ravishda terapevtik tadbirlarni to'g'rilaydi.

3.5. Endometriyal giperplastik jarayonlar bilan bemorlarni boshqarish.

EGP natijasi ushbu bemorlarga nisbatan shifokorning taktikasi bilan bog'liqligi ma'lum. Endometriumning giperplastik jarayonlarini davolash, ayniqsa relaps, mas'uliyatli va qiyin vazifadir. Ushbu bemorlarni maxsus davolashsiz qoldirishga yo'l qo'yilmasligini ta'kidlash kerak.

Avvalo, qon ketishini to'xtatish va diagnostika maqsadida bachadon shilliq qavatini kuretaj qilish kerak. Kuretaj juda kuchli stimul bo'lib, uning ta'siri jinsiy bezlarning ishiga ta'sir qiladi. Undan keyin bachadonning Endo - h ekzogen gormonlarga javob berish qobiliyati sezilarli darajada oshadi. Ushbu usul histeroskopiya bilan birgalikda eng qimmatlidir. Endometriumni histeroskopiya olib tashlash ko'pincha bachadonda patologik o'choqlarni qoldirishga olib keladi va shuning uchun kasallikning qaytalanishini noto'g'ri tashxislashga olib keladi, bu esa o'z navbatida " asossiz jarrohlik davolanishga olib keladi.

Davolashni tanlash ba'zan mutlaqo individualdir, bu keng qamrovli tekshiruv natijalariga, bemorning yoshiga, proliferativ jarayonlarning og'irligiga, genital va ekstragenital kasalliklar mavjudligiga, preparatning individual tolerantligiga bog'liq.

Agar yosh ayollarda giperplaziyaning barcha shakllari, shu jumladan atipik bo'lsa, davolashning etakchi usuli konservativ bo'lib, hayz ko'rish va generativ funktsiyalarni tiklashga qaratilgan bo'lsa, premenopozal va postmenopozal davrlarda jarrohlik davolash uchun ko'rsatmalar kengayadi, ayniqsa endometriumning prekanseroz holatlarida. EGP bilan og'rigan bemorlarni davolashda patogenetik yondashuv endokrin-metabolik kasalliklarni bartaraf etish yoki qoplashga qaratilgan gormonal vositalardan foydalanishni o'z ichiga oladi.

3.6. Endometriyal giperplastik jarayonlar bilan og'rigan bemorlarni davolash.

Endometriumning giperplastik jarayoni bo'lgan bemorni davolash usulini tanlashda, olingan tekshiruv usullarining natijalarini hisobga olish va ayolning hayot davriga rioya qilish kerak.

Bachadondan qon ketishining tez-tez Markaziy genezisini hisobga olgan holda, Markaziy asab tizimining faoliyatini normallashtirishga qaratilgan terapiya ko'rsatiladi: valerian damlamasi yoki damlamasi, kichik trankvilizatorlar, Shcherbak yoqasi, dumaloq dush, ignabargli vannalar, yoqa zonasini massaj qilish. Astenik holatlarda, umumiy mustahkamlovchi terapiya bilan bir qatorda, marvarid, dengiz yoki natriy xlorid vannalarini tayinlash tavsiya etiladi. Sedativ teratsiyaning davomiyligi 2 dan 4 haftagacha.

Anamnezida bachadon qo'shimchalarining yallig'lanish jarayonlari qayd etilgan bemorlar yallig'lanishga qarshi terapiya kursini o'tkazishlari kerak: kaltsiy glyukonat bilan avtogemoterapiya, romashka bilan mikroklistlerlar, mushak ichiga yoki teri ostiga b vitaminlari, kaliy yodid bilan elektroforez, rux, ultratovush.

Gormon terapiyasi Endometriyal saraton, bachadon submukoz miomasi, Endometriyal polip, adenomatoz, o'smalar va o'simtaga o'xshash qo'shimcha shakllanishni istisno qiladigan klinik tekshiruvdan so'ng buyuriladi.

Agar qirib tashlashda biriktiruvchi to'qima bazasidan iborat polip topilsa, unda o'tadigan tomirlar va ishlaydigan endometrium bo'lsa, gormon terapiyasi ko'rsatilmaydi.

Tug'ish yoshidagi ayollarga uzoq muddatli gestagenlar bilan davolanishni buyurish tavsiya etiladi.

Davolash kursi 8-12 oy. Menstrual reaksiya paydo bo'lganda, qon ketish vaqtida davolanishni to'xtatish va qonli oqindi to'xtaganidan 3-4 kun o'tgach, xuddi shu rejimda davom ettirish kerak.

Nazorat gistologik tekshiruvda adenomatozning yo'qligi gormon terapiyasini davom ettirishga imkon beradi va preparatning dozasini kamaytiradi. Agar yil davomida bemorni nazorat qilish paytida endometriumda giperplastik jarayonlar

aniqlanmasa, gormonal davolash to'xtatilishi mumkin, ammo bemor dispanser kuzatuvida bo'lishi kerak (yiliga ikki marta bachadondan aspiratning sitologik tekshiruvi, qin tarkibi, hayz ko'rish funktsiyasining xususiyatini nazorat qilish ko'rsatiladi). Dispanser kuzatuvining davomiyligi 5 yilgacha. Davolanishdan keyin reproduktiv va iqlimiy davrlarda adenomatozning qaytalanishi, shuningdek uning kursi davomida davolanishning ta'siri yo'qligi jarrohlik davolashning ko'rsatkichidir.

Jarrohlik davolash (pangisterekтомиya) adenomatoz (atipik giperplaziya) bilan og'rigan bemorlarda quyidagi hollarda amalga oshiriladi:

1. Gormon terapiyasining samarasizligi n nazorat sinovlarida adenomatozning qaytalanishi;
2. 45 yoshdan oshgan neyro-metabolik va endokrin kasalliklari bo'lgan ayollar;
3. Agar bemorni kuzatishning iloji bo'lmasa.

Ushbu bemorlarda reproduktiv davrda, bachadon shilliq qavatining dastlabki diagnostik kuretajidan so'ng, Monal davolash Menstrual funktsiyani saqlashga va endometriumning tsiklik sekretor transformatsiyasi orqali anovulyatsiyani tuzatishga qaratilgan.

Glandular-kistik giperplaziya bilan og'rigan bemorlarni davolashning bir nechta sxemalari mavjud. Funktsional diagnostika testlariga ko'ra gipoestrogeniya aniqlangan bemorlar uchun estrogen komponentini tayinlash tavsiya etiladi, bu esa uzoq vaqt ta'sir qilish bilan endometriumni keltirib chiqaradi, masalan, gitaerestrogeniya, glandular-kistik giperplaziyaga olib keladi.

Ushbu guruhdagi ko'plab bemorlarda gineko-ogik kasalliklar-bachadon miomasi va qo'shimchalardagi surunkali o'zgarishlar mavjud. Shuni ta'kidlash kerakki, bular. bemorlar davolanishdagi qiyinchiliklar tufayli alohida e'tiborga loyiqdir. Polip bezlari nafaqat endometriumning bazal qatlamiga, balki miyometriyaga ham kirib boradi. Ushbu bezlarning faoliyatini bostirish faqat quvur burchaklarini majburiy qayta ko'rib chiqish bilan kuretaj paytida poliplarni ehtiyotkorlik bilan jarrohlik yo'li bilan olib tashlaganidan keyin uzoq va tizimli gormonal davolash bilan mumkin.

Ushbu guruhdagi bemorlarga har qanday yoshda 9-12 oy davomida gormonal dorilarni qo'llash ko'rsatiladi. Menstrual tsiklning 5-kunidan 25 - kunigacha bo'lgan sxema bo'yicha 45-47 yoshgacha bo'lgan bemorlarga estrogen-gestagenlar tavsiya etiladi, relapslar bilan va 45-47 yoshdan oshgan bemorlarga-oksiprogesteron kapranat in'ektsiyalari 4 ml (500 mg) 12,5% eritma haftasiga 2 marta 9 oy davomida.

Endometriyal poliplari bo'lgan bemorlarni davolash samaradorligini nazorat qilish har 3 oyda terapevtik va diagnostik kuretaj yordamida amalga oshirilishi kerak, chunki bu holatlarda nazorat kuretaji endometriumning patologik o'zgargan joylarini to'liq yo'q qilish usuli sifatida ham ko'rib chiqiladi. Ushbu nazorat, ayniqsa, uzoq muddatli qon ketishi bilan og'rigan bemorlarga ko'rsatiladi.

3.7. Endometriyal giperplaziyaning atipik shakli bo'lgan bemorlarni davolash.

Avvalo, ushbu guruhdagi bemorlarda operatsiya uchun ko'rsatma (bachadonni qo'shimchalar bilan olib tashlash) menopauzada atipik giperplaziyaning mavjudligi, shuningdek konservativ terapiya jarayonida bemorni dinamik tibbiy kuzatuvning mumkin emasligi. Atipik taperplaziya uchun gormon terapiyasi yosh ayollar, shuningdek, muhim ekstragenital kasalliklarga chalingan qariyalar uchun ko'rsatiladi.

Atipik giperplaziyani davolash ketma-ketligi
reproduktiv davrda:

1 bosqich. Oksiprogesteron kapronat (4 ml (500 mg) 12,5% eritma haftasiga 3 marta 3 oy davomida., keyin 500 mlg 2 marta .haftada 3 oy.

11-bosqich. Bir necha oy davomida tsiklning 5 dan 25 kunigacha estrogengestogenlar.

III bosqich. 6 oy davomida tsiklning 5 dan 10 kunigacha 50-100 mg klostilbegit (Klomifen) bilan ovulyatsiyani rag'batlantirish.

Davolash paytida boshqalar bilan birgalikda 2-3 marta diagnostik kuretajni o'tkazish tavsiya etiladi

Atipik bemorlarni davolash ketma-ketligi premenopozal va postmenopozal davrlarda giperplaziya:

1 bosqich . Oksiprogesteron kapronat io 500 MT 12,5% eritma haftasiga 3 marta 3 oy davomida., keyin haftasiga 2 marta 500 mg va bir necha oy davomida.

11-bosqich. Androgenlar: 3 oy davomida kuniga 15-20 mg metiltestosteron. 3 oy davomida oyiga 2 marta 1 ml 10% eritmadan testenat. Shovqin ion (omnandren) ' ammo 1 ml mushak ichiga oyiga bir marta 3 marta nes.

Gormonal davolash samaradorligining etishmasligining asosiy sababi miyometriya va tuxumdonlardagi organik o'zgarishlardir.

Agar ambulatoriya tekshiruvi paytida saraton aniqlanmasa, bemor ginekologik kasalxonaga yotqizilishi kerak, shu jumladan alohida diagnostik kuretaj, shuningdek histerografiya va laparoskopiya (ko'rsatmalarga muvofiq). Diagnostik kuretajni to'g'ri bajarish uchun juda muhim shart-bu kuretajdan oldin va keyin bachadon bo'shlig'ini Histeroskop bilan tekshirish.

Endometriumni histeroskopiyasiz kuretaj qilish ko'pincha bachadonda patologik fokusni qoldirishga va shuning uchun noto'g'ri tashxis qo'yishga olib keladi. Shu bilan birga, endometrium saratoni o'z vaqtida tan olinmasligi va o'z vaqtida jarrohlik davolash uchun muddatlar o'tkazib yuborilishi mumkin.

3.8. Dispanserni kuzatish tizimi.

Ginekologik shifoxonada tekshirilgandan so'ng konservativ davo tayinlanadigan endometriumning giperplastik jarayonlari bilan og'rigan bemorlar dispanser nazorati ostida bo'lishi kerak, shu jumladan muntazam tekshiruvlar (har 2-2,5 oyda), tavsiya etilgan davolash rejimining bajarilishini nazorat qilish, agar kerak bo'lsa, uni tuzatish; endometriumni belgilangan vaqtda nazorat qilish; bachadonni aspiratsiya, sitologik va radioizotop tekshiruvi, va ko'rsatmalar bilan-histeroskopiya nazorati ostida alohida diagnostik kuretaj.

Ikkinchisi, agar oldingi diagnostik kuretaj paytida adenomatoz polip yoki atipik Endometriyal giperplaziya aniqlansa va ularni konservativ davolashga harakat qilinsa, barcha holatlarda amalga oshirilishi kerak. Ushbu bemorlarga adenomatoz o'zgarishlarning og'irligiga qarab (o'rtacha 3-6 oydan keyin) diagnostik tekshiruv muddati belgilanadi, glandular giperplaziya yoki Endometriyal polipoz bilan og'rigan bemorlarga diagnostik kuretaj ham buyuriladi.

Diagnostik kuretaj endometriumdagi giperplastik o'zgarishlarning ko'payishini tasdiqlashi va aniqlashtirishi mumkin.

Dispanser kuzatuvini aniq tashkil etish uchun antenatal klinikalar, ginekologik shifoxonalar, sitologik va radioizotop laboratoriyalari ishlarida izchillik va uzluksizlik zarur. Muvofiqlashtiruvchi bo'g'in (markaz) saraton dispanseri yoki sitologik yoki radioizotop laboratoriyasiga ega bo'lgan shaharning yirik poliklinikalaridan biri asosida yaratilgan endometrium patologiyasining ixtisoslashgan kabineti bo'lishi kerak.

Endometriyal qirib tashlashda polipoz yoki Endometriyal glandular giperplaziya aniqlangan ayollar dispanserdan chiqariladi:

- a) 45 yoshgacha-1,5-2 yillik muntazam hayz davridan keyin;
- b) 45 yoshdan oshgan, 1,5-2 yil menopauzadan keyin.

Ro'yxatdan o'tishning ajralmas sharti davolash samaradorligini nazorat qiluvchi tadqiqotlarning ijobiy natijalari hisoblanadi.

Bemorlarni dispanser kuzatuvining ajralmas sharti hayz davrining tabiatini (yoki menopauza davridagi ayollarda qon ketishini) va gormonal terapiyani (preparatning nomi, og'iz orqali yuborish yoki qabul qilish kunlari, preparatning umumiy dozasi) qayd etishdir.

IV BOB. ENDOMETRIY GIPERPLASTIK JARAYONLARNING TAKRORLANISHINING OLDINI OLISH VA ENDOMETRIY GIPERPLASTIK JARAYONNI BOSHDAN KECHIRGAN REPRODUKTIV YOSHDAGI BEMORLARNI REABILITATSIYA QILISH.

4.1. Endometriy giperplastik jarayonlarini oldini olishning zamonaviy imkoniyatlari.

Premenopauzal yoshdagi bemorlarda EGP diagnostikasi va davolash muammosi, birinchi navbatda, bachadon tanasi saratoni bilan kasallanishning barqaror o'sishi bilan bog'liq bo'lgan Endometriy saraton kasalligining oldini olish zarurati bilan bog'liq holda o'z ahamiyatini yo'qotmaydi [2, 11, 15]. Biroq, hozirgi kunga qadar giperplaziyalangan endometriyning malign transformatsiyasini rivojlanish xavfi masalasi ochiq qolmoqda. EGP ning turli xil variantlarini malignizatsiya qilish xavfi darajasi endometriyning morfologik holati bilan belgilanadi, ammo atipik o'zgarishlar darajasini baholash va endometriy saratonini bashorat qilish uchun aniq mezonlar mavjud emas.

Molekulyar tibbiyotning zamonaviy rivojlanish darajasi tufayli endometriyning patologik jarayonlarida va onkogeneza ishtirok etadigan genlarning ekspression xususiyatlarini o'rganishda sezilarli yutuqlarga erishildi.

EGP patogenezida ishtirok etadigan asosiy molekulyar mexanizmlarni tushunish Endometriy onkopatologiyani bashorat qilishning samarali modelini yaratish mezonlarini shakllantirishga, shuningdek giperplaziya va onkotransformatsiyaning takrorlanishining oldini olish uchun patologik o'zgargan hujayralarga maqsadli farmakologik ta'sir ko'rsatish maqsadlarini aniqlashga yordam beradi. Shubhasiz, EGP bilan og'rigan bemorlarni biopsiyalarni tekshirishning immunohistokimyoviy usullarini klinik amaliyotga joriy etish diagnostika aniqligini, onkopatologiyani bashorat qilish samaradorligini sezilarli darajada oshiradi va davolanishni optimallashtiradi. EGP davolash bo'yicha qarashlar juda xilma-xildir.

Muammoning asosiy jihatida optimal terapiya usulini tanlashdir. Endometriy giperplaziyani davolashning tavsiya etilgan usullari juda xilma – xildir-bachadon

shilliq qavatining kuretajidan keyin dinamik kuzatuv bilan pangisterektomiyagacha. Ushbu muammolarni hal qilishning istiqbolli yo'nalishi onkologik xavf guruhlarini ob'ektiv shakllantirishdir. Hozirgi bosqichda EGP bilan og'rigan bemorlarda kasallikning individual prognozini o'rganish oqilona va tabaqalashtirilgan davolash rejasini ilmiy asoslangan prognoz asosida tuzish, shuningdek dispanser kuzatuvini o'tkazish zarurati bilan bog'liq holda tobora muhim ahamiyat kasb etmoqda. Yuqoridagilar bilan bog'liq holda biz tadqiqot o'tkazdik, uning maqsadi reproduktiv yoshdagi Endometriy patologik jarayonlar bilan og'rigan bemorlarda bemorlarni boshqarish taktikasini ishlab chiqish uchun saraton xavfi yuqori bo'lgan guruhlarini shakllantirishga patogenetik jihatdan asoslangan yondashuvni ishlab chiqish edi. Tadqiqotga ginekologik kasalxonaga yuborilgan Premenopauzal yoshdagi (45 yoshdan menopauzagacha) 147 bemor kiritilgan. Bemorlarning o'rtacha yoshi $48,8 \pm 4,1$ yoshni tashkil etdi. Tadqiqotga qo'shilish mezonlari Premenopauzal yosh va patologik Endometriy jarayonlarning morfologik jihatdan tasdiqlangan holatlari edi: atipiyasiz oddiy

Endometriy giperplaziya; atipiyasiz murakkab endometriy giperplaziya; atipiyasiz murakkab Endometriy giperplaziya va Endometriy saraton. Istisno mezonlari og'ir ekstragenital patologiya (dekompensatsiyalangan yurak-qon tomir kasalliklari, og'ir qandli diabet, buyrak-jigar etishmovchiligi, o'tkir tromboflebit) va xavfli jarayonlar (endometriy saratondan tashqari). Bemorlarni kasalxonaga yotqizishning asosiy ko'rsatkichlari quyidagilar edi: ultratovush – 97 (66,0%), meno - va metrorragiya – 40 (27,2%), mioma va/yoki adenomiyoz – 35 (23,8%) holatlar. Endometriy holatini gistologik tekshirgandan so'ng, tekshirilgan barcha bemorlar morfologik xulosaga qarab 5 guruhga bo'lingan.

Birinchi guruh endometriy patologiyaning morfologik belgilari bo'lmagan 23 ayoldan iborat edi (bachadon miomasi uchun histerektomiya qilingan yoki Endometriy patologik jarayonga shubha tufayli histeroskopiya va RDVGA uchragan). Ikkinchi guruh-atipiyasiz oddiy Endometriy giperplaziyasi bo'lgan 37 bemor. Uchinchi guruh-atipiyasiz murakkab Endometriy giperplaziyasi bo'lgan 32 ayol. To'rtinchi guruh-atipiya bilan murakkab Endometriy giperplaziyasi bo'lgan 34

bemor. Beshinchi guruh-Endometriy adenokarsinoma bilan og'rigan 21 bemor. Bemorlarni ginekologiya bo'limiga qabul qilishda anamnez ma'lumotlari barcha ma'lumotlarni ishlab chiqilgan individual tekshiruv kartasida ro'yxatdan o'tkazish bilan o'rganildi. Ishda bemorlarni tekshirishning umumiy klinik usullari qo'llanilgan.

Operatsiya davomida olib tashlangan to'qimalardan makropreparatlarni morfologik tadqiq qilish birinchi MGMU patologik anatomiya kafedrasida o'tkazildi. I. M. Sechenova (mudir. kafedrada m. n., professor V. S. o'rgimchak) va 40-son GKB patologik-anatomiya bo'limida (mudir. M. A. Karlov bo'limi—). Yuqori o'ziga xos antikorlardan foydalangan holda biomolekulyar markerlarni morfologik va immunohistokimyoviy tadqiqotlar tibbiyot fanlari doktori, professor E. A. Kogan rahbarligida olib borildi. Endometriy patologik jarayonning har xil turlarini tavsiflovchi klinik anamnestik xususiyatlarni aniqlash uchun ular taqqoslangan guruhlarda bemorlarda olingan klinik ko'rsatkichlarni sinchkovlik bilan tahlil qildilar. Barcha klinik va anamnestik omillar uchun

Endometriy saraton rivojlanishining nisbiy xavf ko'rsatkichi (RR) hisoblab chiqilgan, bu ma'lum xavf omillariga duchor bo'lgan va ta'sirlanmagan shaxslar o'rtasida Endometriy saraton chastotasi nisbati ko'rsatkichidir va ta'sir qilish va kasallik o'rtasidagi bog'liqlik kuchini ko'rsatadi. Ar ko'rsatkichlari asosida Endometriy patologik jarayonlarning malignizatsiyasi uchun asosiy xavf omillari aniqlandi, ular quyidagi mezonlarga muvofiq tanlandi: yuqori ar ko'rsatkichi (1 dan katta) va ishonch oralig'i 95% ($p < 0,05$). Bemorlarning irsiy og'irligini tahlil qilish atipiya – 14 (41,2%) va Endometriy saraton – 15 (71,4%) bo'lgan murakkab Endometriy giperplaziyasi bo'lgan bemorlarda o'sma jarayonlariga moyillikning sezilarli darajada oshishini aniqladi. – 1 – guruh-2 (8,7%) holat ($p < 0,05$).

Shunisi e'tiborga loyiqki, bemorlarning 5-guruhida onaning qarindoshlarida reproduktiv tizimning xavfli o'smalari ustunlik qilgan: endometriy saratoni – 4 (19,0%) holatda; tuxumdon saratoni-2 (9,5%) holatda, 1-guruh ayollarining qarindoshlarida endometriy saratoni va tuxumdon saratoni topilmadi. Orning eng yuqori ko'rsatkichi 4-(or 7,35) va 5-(or 26,3) guruhlardagi bemorlarda, eng past ko'rsatkichi esa 1 – (or 2,03) guruhda ($p < 0,05$) bo'lgan. Ko'pgina tadqiqotchilarning

fikriga ko'ra [11, 15] reproduktiv tizim o'smalari va eng yaqin qarindoshlardagi ekstragenital lokalizatsiya o'smalari Endometriy patologiyasi bo'lgan bemorlarning to'rtidan birida uchraydi. Bolalik davrida bemorlar tomonidan yuqadigan yuqumli kasalliklarning ar ko'rsatkichlari Endometriy saraton rivojlanishining statistik jihatdan muhim xavf omillarini aniqlashga imkon bermadi ($p = 0,05$). Somatik kasalliklarni o'rganishda eng ko'p uchraydigan komorbid patologiya gipertenziya – 30 holat (20,4%) ekanligi aniqlandi, uning chastotasi 1-guruhdan – 1 (4,3%) gacha ko'tariladi. holat – 5-guruhga – 8 (38,1%) holatlar. Qandli diabet (1 va 2-toifa) uchun chastotani oshirishga o'xshash tendentsiya qayd etilgan-17 (11,6%) holatlar: 1-guruhda-0 (0%), 2-guruhda-3 (8,1%), 3-guruhda-3 (9,4%), 4 – guruhda 6 (17,6%), 5-guruhda 5 (23,8%) ($p < 0,05$).

Tekshirilgan bemorlarning asosiy ekstragenital kasalliklaridan eng yuqori nisbiy xavf darajasi gipertoniya (RR 13,5) va qandli diabet (RR 6,88) bilan sodir bo'lgan, bu ularning Endometriy saraton rivojlanishining klinik jihatdan muhim xavf omillari sifatida tanlanishiga olib kelgan. Semirib ketish chastotasini o'rganishda uning 1-4 (17,4%) holatdan 5 – guruhga – 18 (85,7%) holatga ko'tarilishining doimiy tendentsiyasi qayd etildi, or ko'rsatkichi 5-guruhdagi bemorlarda ham eng yuqori bo'lib, 9,59 ($p < 0,05$) ni tashkil etdi. Premenopauzal yoshdagi metabolik jarayonlar darajasining tabiiy pasayishi ovqatlanishning o'zgarmasligi fonida ro'y beradi, bu esa tana massasi indeksining oshishiga va Perimenopauzal metabolik sindrom belgilarining paydo bo'lishiga olib keladi. Bir qator mualliflarning fikriga ko'ra, ozgina semirish bilan Endometriy saraton rivojlanishining nisbiy xavfi taxminan 2 baravar ko'payadi va aniq shaklda u taxminan 10 baravar ko'payadi [3, 4, 5].

Shuni ta'kidlash kerakki, "qandli diabet, gipertoniya, semirish" triadasi endometriyning giperplastik va malign jarayonlari uchun xavf omili sifatida ko'plab tadqiqotchilar tomonidan qayd etilgan [4, 10, 12]. Biz olgan natijalar ko'pchilik tadqiqotchilarning fikriga mos keladi, ular endokrin-metabolik kasalliklarning yuqori chastotasini hpe va Premenopauzal Endometriy saraton paydo bo'lishining patogenetik asosi sifatida ko'rib chiqish kerakligini ko'rsatadi. Premenopauzal yosh gonadlarning tsiklik faoliyati susayishi tufayli tug'ilishning asta-sekin fiziologik

pasayishi bilan tavsiflanadi. Anovulyatsiya tufayli progesteronning past darajasi, shuningdek nisbiy giperestrojeniya Perimenopauzal davrning fiziologik xususiyati bo'lib, shu sababli ushbu yoshdagi ayollar bachadonning gormonga sezgir kasalliklari va birinchi navbatda EGP paydo bo'lishi va rivojlanishi xavfi ostida. I. B. ning fikricha Antonova (1999), Premenopauzal davr "aniq diagnostik yordam" ni talab qiladi, chunki ayolning neyroendokrin tizimini yoshga qarab qayta tashkil etishning tabiiy mexanizmlari buzilishi mumkin, bu esa o'z navbatida Endometriy saraton paydo bo'lishiga olib kelishi mumkin [3]. O'rganilgan bemorlarda menarxning yoshi statistik jihatdan ahamiyatli farqlarga ega emas edi, bu ahamiyatsiz or ko'rsatkichi bilan tasdiqlangan ($p = 0,05$).

Ushbu kasalliklarning oldini olish haqida gapirganda, har qanday muammo yuzaga kelganda shifokorga tashrifni kechiktirmaslik, shuningdek, tos a'zolarining majburiy ultratovush tekshiruvini o'z ichiga olgan yillik profilaktik tekshiruvlarni o'tkazish tavsiya etiladi. Ba'zi hollarda, agar ko'rsatmalar mavjud bo'lsa, kasallikning dinamikasini baholash va o'z vaqtida tuzatish uchun ginekologingizga tez-tez tashrif buyurish kerak.

4.2. Endometriy giperplaziyasiga chalingan davolash choralari.

Endometriy giperplastik jarayonlarni davolash va oldini olish konservativ (farmakologik, fizioterapevtik) va jarrohlik (endometriyni olib tashlash, bachadonni amputatsiya qilish va yo'q qilish) usullarini o'z ichiga oladi. Davolash yoshi, reproduktiv tizimning funktsional holati, patologik jarayonning etiologiyasi va klinik va morfologik xususiyatlari, kontrendikatsiyalar mavjudligi va preparatning intoleransi, genital va ekstragenital kasalliklar bilan birgalikda belgilanadi.

Patogenetik terapiya patologik o'zgargan endometriyni olib tashlash va tanadagi buzilgan endokrin, metabolik va immunitet jarayonlarini normallashtirishga qaratilgan bo'lishi kerak. Shuning uchun yosh ayollar, ayniqsa reproduktiv funktsiyani davom ettirish zarur bo'lsa, anovulyatsion jarayonlarni yo'q qilish va ikki fazali tsikllarni tiklash ko'rsatiladi.

Premenopauzal davrda menostazni tezlashtiradigan terapiya ko'pincha buyuriladi

Postmenopauzal davrda gormonal terapiya uchun kontrendikatsiyalar mavjud bo'lganda (bu yoshda tez-tez uchraydi) radikal jarrohlik davolash usullari keng qo'llaniladi. Endometriyning giperplastik jarayonlarini davolashda ularga ko'rsatmalarning kengayishi maqsadli organlarning (bachadon bo'yni, sut bezlari, bachadon tanasi va boshqalar) qo'shma patologiyasi va metabolik kasalliklar mavjudligi bilan bog'liq bo'lishi mumkin.

Davolash usulini tanlashning asosiy mezonlari, ehtimol, gistologik jihatdan aniqlangan Endometriy patologiyasining shakli deb hisoblanishi kerak. Barcha holatlarda terapiya usulini tanlashda jarayonning rivojlanishi xavfi ehtimolini hisobga olish kerak (glandular giperplaziya — atipik giperplaziya — malign o'sish), bu barcha parametrlarni har tomonlama baholashdan keyin aniqlanadi.

Endometriy giperplastik jarayonlar bilan og'rigan bemorlarni davolashning asosiy bosqichlari:

Endometriy kuretaj;

aniqlangan kasalliklarni tuzatish (metabolik, immun), patologik simptomlarni bartaraf etish (bachadondan qon ketish) va komorbid patologiyani davolash (jinsiy organlarning yallig'lanish kasalliklari, somatik ekstragenital kasalliklar);

gormon terapiyasi;

jarrohlik davolash usullari (kriyodestruksiya, Endometriy lazer ablasiya, bachadonni olib tashlash);

Endometriy patologiyasining qaytalanishini oldini olish va o'z vaqtida tashxislash bo'yicha chora-tadbirlar bilan keyingi dispanser kuzatuvi.

Endometriyning kuretaji diagnostika maqsadi bilan bir qatorda terapevtik ta'sirga ega, chunki undan keyin ba'zi hollarda uning patologik jarayonlari davolanadi. Shu munosabat bilan endometriyni olib tashlash, bu manipulyatsiyani diqqat bilan bajarishga imkon beradigan histeroskopiya yordamida amalga oshirilishi kerak va agar kerak bo'lsa, bachadonning ichki devorlarining turli qismlaridan endometriyning alohida qismlarini gistologik tekshirish uchun olish kerak. Fokal patologiya aniqlanganda, maqsadli biopsiya amalga oshiriladi.

Endometriy retseptorlari tizimini tadqiq qilish holatlarida bachadonning turli qismlaridan (pastki, burchaklar, o'rta va pastki qismlar) materialni fraksiyonel olish talab etiladi. Endometriyning bir qismini saqlab qolish keyinchalik glandular giperplaziyaning qaytalanishiga sabab bo'ladi.

Har qanday buzilishlarni tuzatish, birinchi navbatda, bachadondan qon ketishini to'xtatishni o'z ichiga oladi. Bunga Endometriy kuretaj, fizioterapevtik protseduralardan foydalanish (amplipulsterapiya, magnetoterapiya va boshqalar) va agar kerak bo'lsa gormonal gemostaz (estrogenlar yoki gestagenlar) yordamida erishiladi.

Metabolik kasalliklar (semirish) bilan parhez terapiyasi, jismoniy mashqlar terapiyasi, fizioterapevtik ta'sirlar (balneoterapiya, toza havoda yurish va boshqalar), shuningdek uglevod almashinuvi buzilishlarini tuzatish (maxsus parhez, dorilar, shu jumladan insulin) ko'rsatiladi.

Immunomodulyatorlar immunogrammani hisobga olgan holda ko'rsatmalarga muvofiq qat'iy qo'llanilishi kerak, chunki immunitet tizimining asossiz faollashishi giperplastik jarayonlarni keltirib chiqarishi mumkin.

Turli ekstragenital somatik kasalliklarni davolash an'anaviy qoidalarga muvofiq amalga oshiriladi.

Gormon terapiyasini o'tkazish endometriyning giperplastik jarayonlarini davolashning asosiy bosqichidir. Bu Endometriy proliferatsiyani bostirish va inhibe qilishni, shuningdek endokrin kasalliklarni tuzatishni (gipofiz bezidagi gonadotropinlarning ortiqcha miqdorini bostirish va tuxumdonlarda steroidogeneznining ko'payishini) ta'minlaydi. Ushbu jarayonlar yoshligida, ayniqsa generativ funktsiyani saqlab qolish zarur bo'lganda, qaytarilishi kerak (endometriyning tsiklik transformatsiyasini tiklash va gonadotropinlarning jinsiy steroid gormonlarining tsiklik ishlab chiqarilishi bilan ritmik chiqishi bilan).

Gormonal vositalardan gestagenlarning hosilalari, androgenlar, estrogen-gestagen preparatlari, shuningdek gormonal va gormonal bo'lmagan antiestrogen vositalar qo'llaniladi. Ushbu guruhga quyidagilar kiradi: sintetik estrogen-gestagen preparatlari, 19-norsteroid hosilalari (norkolut, no - ratisteron, gestrinon), 17a-

oksiprogesteron (17a-oksiprogesteron kapro - nat), etinilttestosteron hosilalari (danazod), go - nadoliberinlarning sintetik agonistlari (zaladex), antiestrogen ta'sir ko'rsatadigan gormonal bo'lmagan dorilar (takmoksifen). Ushbu dorilarning barchasi reproduktiv funktsiyani tartibga solishning neyroendokrin tizimining turli bo'g'inlariga ta'siri tufayli Endometriy giperplastik jarayonlarni davolashda patogenetik vositalar bo'lib, Endometriy transformatsiya jarayonlarini normallashtiradi (ko'payish va sekretsini inhiye qiladi yoki faollashtiradi) va ortiqcha estrogen ta'sirini yo'q qiladi (steroidogenez yoki retseptor mexanizmlari orqali ortiqcha estrogen ta'sirini blokirovka qilish) yoki ikki fazali hayz davrining shakllanishi bilan anovulyatsion mexanizmlar yoki menopauzaning tezlashishi bilan.

Voyaga etmagan bachadondan qon ketishi bo'lgan qizlarda endometriyning giperplastik jarayonlarini davolashda estrogen-gestagen (2—

faza afzalroq) tsiklning 5-dan 25-kunigacha bo'lgan dorilar 2-da—

tsiklik gormon terapiyasi bilan almashinadigan oylar (1 - chi estrogenlar va 2-3 oylik tsiklning 2-bosqichidagi gestagenlar). Ovulyatsiyani Klomifen bilan stimulyatsiya qilish, shuningdek, ko'payadigan endometriyning sekretorga aylanishiga yordam beradigan sariq tananing shakllanishi bilan 2 fazali tsiklni yaratish uchun amalga oshiriladi. Biz bu yoshda estrogen-gestagen birikmalaridan uzoq muddatli foydalanishni maqsadga muvofiq emas deb hisoblaymiz, ularning ta'siri ostida reproduktiv funktsiyani tartibga solishning hali shakllanmagan neyroendokrin tizimi inhiye qilinadi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda glandular-kistik Endometriy giperplaziyada estrogen-gestagen birikmalari quyidagi hollarda qo'llaniladi

Tsiklning 5-kunidan 25-kunigacha 6 oy, progestogenlar (norkolut, 17 - oksiprogesteron-kapronat) tsiklning 2-bosqichida 14-kundan boshlab tabletka (norkolut 5-10 mg) yoki tsiklning 16-21-kunida 125-250 mg (17-OPK).

Atipik giperplaziyada gestagenlardan katta dozalarda va uzoqroq vaqt davomida foydalanish ko'rsatiladi: norkolut tsiklning 5-kunidan 25-kunigacha 10 mg dan 5-6 oy davomida; 17-OPK 250-500 mg dan haftasiga 2-3 marta 5-6 oy

davomida. Gestagenlarni (17-OPK) dozani asta-sekin kamaytirish bilan buyurish samaradorligi ko'rsatilgan: haftasiga 2 marta 500 mg 2 oy, haftasiga 2 marta 250 mg 2 oy, haftasiga 1 marta 250 mg 2 oy va haftasiga 1 marta 125 mg 2 oy. Gestagenlarini davolashning ushbu rejimi bilan amenore boshlanishi mumkin, bu davolanishni to'xtatish bilan o'tadi.

Ushbu yoshda gipofiz bezining gonadotrop funksiyasini tartibga solish va ovulyatsiyani rag'batlantirish uchun klomifenni an'anaviy sxema bo'yicha qo'llash mumkin: tsiklning 5-kunidan 9-kunigacha 50-100 mg. Yalomifenning maqsadi tsiklning 15 va 21-kunlarida 125 mg dan 17-OPK yuborish bilan birlashtiriladi. Kombinatsiyalangan terapiya 3-4 oy davomida amalga oshiriladi. Bu ovulyatsiya va endometriyning to'g'ri o'zgarishi bilan ikki fazali tsiklning shakllanishiga yordam beradi.

Premenopauzal davrda ayollarda endometriyning giperplastik jarayonlarini davolash uchun gestagenlar yoki androgenlar buyurilishi mumkin. 17-oksiprogesteronakapronat 500 mg dan haftasiga 3 marta 2 oy, so'ngra 500 mg dan haftasiga 2 marta 2 oy va 500 mg dan haftasiga 1 marta 3-4 oy davomida buyuriladi. Androgenlardan metiltestosteron yoki testosteron propionat turli xil sxemalar bo'yicha qo'llaniladi: 3 oy davomida kuniga 10-15 mg metiltestosteron, 3 oy davomida kuniga 20-25 mg testosteron propionat, teste - nat yoki Sustanon yoki Omnadren 3 oy davomida oyiga bir marta 1 ml. So'nggi paytlarda androgenlar juda kamdan-kam hollarda qo'llaniladi, chunki ko'plab kontrendikatsiyalar va og'ir yon ta'sirlar. Gestagenlar va androgenlarning kombinatsiyasi mumkin (gestagenlar 6-8 oy davomida, keyin 1-2 oy davomida androgenlar).

Gormonlarni davolashda nazorat tekshiruvlari o'tkazilishi kerak. Ma'lumki, uzoq muddatli gormonal terapiya jarayonida, ayniqsa estrogen-gestagenik birikmalar, bemorlarda qon ivish tizimi (prokoagulyant va trombositlar aloqalari) faollashadi. Shu munosabat bilan gemostaz holatini muntazam ravishda kuzatib borish kerak (oyiga 1-2 marta koagulogramma). Har 2-3 oyda gormon terapiyasining samaradorligini baholash bo'yicha tadqiqotlar o'tkazilishi kerak (dinamikada ultratovush, Endometriy biopsiya bilan histeroskopiya har 3 oyda bir marta).

Estrogenlarning (xususan, estron) malign o'sishni induktsiya qilish nazariyasini va estrogen birikmalarining (E, E2, E3) retseptorlari bilan raqobatbardosh aloqasini hisobga olgan holda, estron ishlab chiqarishni blokirovka qiluvchi va shu bilan hujayralarning malign transformatsiyasining himoyachisi bo'lgan es - triol preparatlarini buyurish maqsadga muvofiqdir.

Onkologik amaliyotda ko'pincha estrogen retseptorlariga ta'siri tufayli periferik ta'sirning (takmoksifen) antiestro - gen ta'siriga ega dorilar qo'llaniladi. Ammo endometriyning giperplastik jarayonlarini davolashda ushbu preparat keng qo'llanilmadi. Gormon terapiyasining samaradorligi etarli bo'lmasa, uni gestagenlardan oldin yoki ular bilan birgalikda buyurish tavsiya etiladi.

Shunday qilib, endometriyning giperplastik jarayonlarini davolashda farmakologik va gormonal vositalarning arsenali doimo kengayib boradi, bu ularning samaradorligi, ayniqsa atipik giperplaziyada etarli emasligini ko'rsatadi.

Endometriy patologiyani davolashning jarrohlik usullari so'nggi paytlarda farmakologik, shu jumladan gormonal vositalarning ulkan arsenaliga qaramay, butun dunyoda keng qo'llanilmoqda. Bu Endometriy giperplastik jarayonlarning malign o'sishga aylanishini bashorat qilish uchun kafolatlangan mezonlar bo'lmagan taqdirda malign neoplazmalar chastotasini kamaytirishga qaratilgan. Agar ilgari Perimenopauzal davrda jarrohlik davolash keng qo'llanilgan bo'lsa, so'nggi yillarda u ayollarda va reproduktiv yoshda tobora ko'proq qo'llanilmoqda. Adabiyotda bir qator mamlakatlarda har to'rtinchi yoki uchinchi ayol Perimenopauzal davrga bachadonsiz etib borishi haqida dalillar keltirilgan. Shuning uchun endometriyning giperplastik jarayonlarini jarrohlik yo'li bilan davolash uchun aniq ko'rsatkichlarni aniqlash juda qiyin, ayniqsa Belorusiyaning ekologik sharoitida aholi orasida saraton kasalligining doimiy o'sishi bilan.

Endometriyning fon kasalliklarida jarrohlik davolash (bachadonni olib tashlash), ayniqsa Perimenopauzal davrda ayollarda (bachadon miomasi, qo'shimchalarning surunkali yallig'lanish kasalliklari, endometriozi, tuxumdon skleropolikistozi) mavjud bo'lganda ko'rsatilishi mumkin.

Atipik Endometriy giperplaziya (prekanseroz) rejalashtirilgan generativ funktsiyani bajargan tug'ish yoshidagi ayollarda ham jarrohlik davolash uchun ko'rsatma bo'lishi mumkin.

Endometriyning giperplastik jarayonlari bo'lgan ayollarda jarrohlik davolash usulini tanlashning asosiy mezonlari quyidagilardan iborat bo'lishi kerak: saraton kasalligining og'ir tarixi; metabolik kasalliklar (semirish, diabet); genital va ekstragenital kasalliklar bilan bog'liq; gormonal terapiyaga qarshi ko'rsatmalar mavjudligi; boshqa xavf omillari (bepushtlik, jinsiy faoliyatning etishmasligi, hayz ko'rishning buzilishi).

Yuqoridagilar bilan bog'liq holda, endometriyning giperplastik jarayonlarini davolashning muqobil jarrohlik aralashuvi (amputatsiya, bachadonni chiqarib tashlash) usullarini yodda tutish ayniqsa muhimdir: endometriyga kriyo - va lazer ta'siri.

Kriojarrohlik ta'siri-bu past haroratning to'g'ridan - to'g'ri endometriyga ta'siri, atrofdagi, patologik o'zgarmagan to'qimalarning shikastlanishsiz mahalliy muzlash orqali. Giperplastik jarayonlarni davolashning ushbu nisbatan yangi usuli V. I. Grishchenko, V. N. Zaporozhan (1987, 1997) asarlarida batafsil bayon etilgan.

Histeroskopiya jarayonida endometriyni lazer ta'siri bilan yo'q qilish ham tobora ko'proq qo'llanilmoqda va endometriyning giperplastik jarayonlarini davolashda istiqbolli usul hisoblanadi (V. I. Duda, O. I. Kliga, 2000).

Kriyo - va la - zerovoz ta'sirining ginekologiyasida keyingi tadqiqotlar va tarqalish giperplastik jarayonlarda jarrohlik aralashuvlar chastotasini kamaytirishga yordam berishi kerak.

4.3. Turli yoshdagi ayollarda Endometriy biopsiyasida kompleks davolash usullari.

Turli yosh davrlarida Endometriy giperplastik jarayonlarni davolash.

EGP davolash endometriyning patomorfologik xususiyatlariga, bemorning yoshiga, kasallikning etiologiyasiga va patogeneziga, ginekologik va ekstragenital patologiyaga bog'liq.

Turli yosh davrlarida terapiya qon ketishini to'xtatish, reproduktiv davrda hayz ko'rish funksiyasini tiklash yoki keksa yoshda doimiy menopauzani tiklash va giperplastik jarayonning takrorlanishining oldini olishdan iborat.

EGP bilan reproduktiv yoshdagi bemorlarni boshqarish. GPE uchun an'anaviy davolash gormon terapiyasi hisoblanadi. Reproductive yoshda u GPE takrorlanishining oldini olish va ovulyatsiya hayz davrini tiklash maqsadini ko'zlaydi.

Atipiyasiz EGP va endometriyning glandular poliplari bilan birgalikda estrogen-gestagen preparatlari yoki kontratseptiv sxema bo'yicha estrodiol og'iz kontratseptivlari (kok) ishlatiladi. 3-avlod progestogenlarini o'z ichiga olgan, androgen tipidagi salbiy reaksiyalarning past chastotasi bo'lgan va metabolik ta'sir ko'rsatmaydigan (silest, regulon, Novinet, Rigevidon) preparatlarga ustunlik beriladi.

Kech reproduktiv yoshda progestogen preparatlarni qo'llash afzalroqdir primolut-nor, norkolut, Duphaston, Provera hayz davrining 16-kunidan 25-kunigacha 5-10 mg dan 6 oy davomida; 17-OPK tsiklning 14 va 21-kunlarida 250 mg/m dan 3-6 oy davomida.

Davolash samaradorligini nazorat qilish 3, 6 va 12 oy ichida Endometriy aspiratsion biopsiya va ultratovush yordamida amalga oshiriladi. Shubhali holatlarda yoki endometriyning patologik jarayoniga shubha tug'ilsa, bachadon shilliq qavatining alohida diagnostik kuretaji bilan histeroskopiya qilish tavsiya etiladi.

Dispanser kuzatuv hayz davrining doimiy normallasishi bilan kamida 1 yil davomida amalga oshiriladi.

Reproduktiv yoshdagi bemorlarda atipiya va Endometriy adenomatoz poliplari bo'lgan GPE bilan gormonal davolash progestogenlar yoki antigonadotrop dorilar bilan doimiy ravishda amalga oshiriladi:

zoladex, diferelin 3,6 mg p / k 28 kunda 1 marta, 3 in'ektsiya;

Davolash boshlanganidan 3, 6 va 12 oy o'tgach, GPE gormon terapiyasining samaradorligini baholash uchun ultratovush tekshiruvi va bachadon bo'shlig'idan aspiratni sitologik tekshirishni o'z ichiga olgan nazorat tekshiruvi ko'rsatiladi.

Histeroskopiya bilan bachadon shilliq qavatining diagnostik kuretajini davolash boshlanganidan 3 oy o'tgach amalga oshirish tavsiya etiladi.

Dispanser nazorati Endometriy patologiyani ko'rsatadigan ma'lumotlar bo'lmasa, davolanishni to'xtatgandan keyin 12-24 oy ichida amalga oshirilishi kerak.

EGPning qaytalanishi terapiyaning etarli emasligini yoki tuxumdonlardagi gormonal faol tuzilmalarni ko'rsatadi, ularning holatini, shu jumladan vizual diagnostika usullarini (ultratovush, laparoskopiya, biopsiya yoki tuxumdon rezektsiyasini) aniqlashni talab qiladi. Tuxumdonlarda morfologik o'zgarishlarning yo'qligi gormon terapiyasini yuqori dozali dorilar bilan davom ettirishga imkon beradi. Shuningdek, yuqumli omilni GPE ning mumkin bo'lgan sababi va gormon terapiyasining samarasizligi sifatida chiqarib tashlash kerak.

Gormon terapiyasining samarasizligi, atipiyasiz GPE ning qaytalanishi bilan Endometriy ablasiya (rezektsiya) ko'rsatiladi.

Histeroskopik operatsiyani bajarish uchun zarur shartlar: kelajakda ayolning homilador bo'lishni istamasligi, 35 yoshdan katta, bachadonni saqlab qolish istagi, bachadonning kattaligi (turli mualliflarning fikriga ko'ra) homiladorlikning 10 xaftasidan oshmaydi. Mioma Endometriy ablasiya (rezektsiya) uchun kontrendikatsiya emas, ammo tugunlarning hech biri 4-5 sm dan oshmasligi kerak. Adenomiyoza operatsiya natijalarini yomonlashtiradi.

Pre-va Perimenopauzal bemorlarda GPE davolash. Davolashning birinchi bosqichi, shuningdek, bachadon shilliq qavatining alohida diagnostik kuretaji bilan histeroskopiyaning o'z ichiga oladi. Keyingi terapiya endometriyning morfologik tuzilishiga, ginekologik va ekstragenital patologiyaga bog'liq. Gormonal preparatni tanlash, davolanish rejimi va davomiyligi, shuningdek, ritmik hayzga o'xshash reaksiyani (50 yilgacha) yoki hayz ko'rishni doimiy ravishda to'xtatish zarurati bilan belgilanadi.

Davolash samaradorligini nazorat qilish 3, 6 va 12 oydan keyin ultratovush tekshiruvi, 3 oydan keyin Endometriy aspiratsiya biopsiyasi va Endometriy patologiyani ko'rsatadigan bachadon shilliq qavatining alohida diagnostik kuretaji

bilan histeroskopiya orqali amalga oshiriladi (skrining usullari bilan dastlabki tekshiruvdan so'ng).

Dispanser kuzatuv kamida 1 yil davomida hayz davrining doimiy normallasishi yoki doimiy postmenopoz bilan amalga oshiriladi.

Perimenopozda Endometriy giperplaziyani (GPE) davolash va oldini olish muammosi Perimenopauzal yoshdagi ayollarda kasallikning yuqori tarqalishi tufayli ginekologiya uchun eng dolzarb masalalardan biridir [1, 2, 5, 6, 10, 12]. Unga bo'lgan doimiy qiziqish GPE ning uzoq muddatli takrorlanuvchi kursga moyilligi, o'ziga xos (patognomonik) alomatlarning yo'qligi, shuningdek differentsial diagnostika va davolash usullarini tanlashning murakkabligi bilan belgilanadi [1, 5, 10, 12].

Zamonaviy nuqtai nazardan, Endometriy giperplaziya polietilogik patologik jarayon sifatida qaraladi, uning rivojlanishi va rivojlanishiga turli omillar yordam berishi mumkin. Bunday omillardan biri bemorning yoshi, hayotning Perimenopauzal davri bo'lib, gormonal o'zgarishlar natijasida reproduktiv tizimda giperplastik jarayonlarning paydo bo'lishi uchun zarur shart-sharoitlar yaratiladi [1, 2, 5, 9-12]. So'nggi yillarda olib borilgan tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, u hpe uchun xavf omillari qatoriga kiradi [4, 7, 8, 10].

Zamonaviy tushunchalarga ko'ra, u klinik va morfologik sindrom sifatida qaraladi, bunda yuqumli agentning doimiy shikastlanishi tufayli bachadon shilliq qavatining tsiklik biotransformatsiyasi va retseptivligini buzadigan bir nechta ikkilamchi morfologik va funktsional o'zgarishlar rivojlanadi [4]. Bemorlarning aksariyat qismida endometrit jinsiy yo'l bilan yuqadigan mikroorganizmlarning kiritilishi yoki intrauterin manipulyatsiyadan keyin opportunistik mikrofloraning ko'payishi natijasida rivojlangan birlamchi, amalga oshirilgan yuqumli jarayon ekanligi odatda qabul qilinadi. Ayollarning atigi 5 foizida bu ikkilamchi bo'lib, infektsiya ekstragenital o'choqlardan gematogen, limfogen yoki pastga qarab endometriyga kirganda rivojlanadi [4].

Turli mualliflarning fikriga ko'ra, morfologik jihatdan tasdiqlangan asemptomatik Xe chastotasi 10% dan 85% [4, 5, 7], hech qanday pasayish tendentsiyasi yo'q.

Endometriydagi yallig'lanish jarayonining xronikatsiyasiga hissa qo'shadigan omillar orasida o'z vaqtida tashxis qo'yish va etarli bo'lmagan terapiya, yallig'lanishning yakuniy bosqichining to'liq emasligi, to'qima gomeostazining buzilishi, to'qimalarda regenerativ jarayonlarning faolligi oshishi, virusli va opportunistik mikrofloraning roli.ta'sirlangan to'qimalarda doimiylikka qodir [3-5, 7].

Shuni ta'kidlash kerakki, UE ning uzoq davom etishi endometriyning ikkilamchi morfofunktsional o'zgarishlarining rivojlanishi bilan bog'liq — sklerotik jarayonlarning faollashishi, hujayradan tashqari matritsaning shikastlanishi, mediator hujayralararo o'zaro ta'sirlarning buzilishi, to'qima angioarxitektonikasining o'zgarishi va uning ishemiyasi [4, 7].

Yuqorida aytilganlarning barchasi Perimenopauzal bemorlarda Endometriy giperplaziyani davolash natijalariga oldindan mavjud bo'lgan surunkali endometritning ta'siri to'g'risida ilmiy farazni ilgari surishga imkon beradi, bu esa Perimenopauzal Xe fonida GPE bilan og'rigan bemorlarni boshqarish taktikasini optimallashtirish bo'yicha ushbu tadqiqotning dolzarbligini aniqladi.ularni davolashda etarli kompleks yondashuvlarni yaratishga qaratilgan bo'lishi kerak.

4.4. Endometriy giperplaziyasiga chalingan bemorlarda reabilitasiya va davolash natijalarini baholash.

Endometriy giperplaziyasi bo'lgan 45 yoshdan 55 yoshgacha bo'lgan 64 bemorni Xe bilan birgalikda keng qamrovli klinik va laboratoriya tekshiruvi o'tkazildi. Tadqiqotga qo'shilish mezonlari quyidagilardan iborat: 1) 45 yoshdan 55 yoshgacha; 2) morfologik jihatdan tasdiqlangan Endometriy giperplaziyaning mavjudligi (atipiyasiz oddiy Endometriy giperplaziya (PGE), atipiyasiz murakkab Endometriy giperplaziya (SGE)) UE bilan birgalikda; 3) zarur tibbiy va diagnostika tadbirlarini o'tkazish uchun bemorlarning ixtiyoriy roziligi.

Istisno mezonlari: 1) Endometriy poliplar; 2) atipik giperplaziya va endometriy saraton; 3) katta bachadon miomasi, miyomatoz tugunlarning submukozal lokalizatsiyasi; 4) tashqi genital va ekstragenital endometriozi, II–III darajali adenomiyoz; 5) tos a'zolarining o'tkir yallig'lanish kasalliklari; 6) STI; 8) tuxumdon o'smalari; 9) yurak-qon tomir kasalliklari, diabetning og'ir shakllari, gipo - va gipertireoz, buyrak va jigar etishmovchiligi, o'tkir tromboflebit.

Bemorlarni dinamik kuzatish 6 oy davomida amalga oshirildi. Tadqiqot protokoliga ko'ra, Xe ning ikki bosqichli terapiyasi tugaganidan bir oy o'tgach (birinchi bosqich lidokain bilan katejelni intrauterin yuborish bilan birgalikda tizimli antibiotik terapiyasini tayinlashni o'z ichiga olgan; ikkinchi bosqichda uzoq muddatli ta'sir ko'rsatadigan polifunksional ferment preparati longidaza qin orqali yuborilgan), gpe gormon terapiyasidan 6 oy o'tgach, klinik-morfologik, ultratovush, immunohistokimyoviy va bakteriologik monitoring o'tkazildi bemorlarning ahvoli.

Barcha bemorlar kasalxonaga yotqizilganida, alohida diagnostik kuretaj bilan histeroskopiya va keyinchalik bachadon shilliq qavati va bachadon bo'yni kanalining qirib tashlanishini gistologik tekshirish o'tkazildi. Ularning bajarilishi uchun ko'rsatmalar g'ayritabiiy bachadon qon ketishi, shuningdek ultratovush tekshiruvi ma'lumotlariga ko'ra Endometriy patologiyaga shubha edi. Xe davolash boshlanganidan bir oy o'tgach, endometriyning aspiratsion biopsiyasi, gormonal terapiya boshlanganidan 6 oy o'tgach, Endometriy biopsiya bilan nazorat histeroskopiyasi o'tkazildi.

Transvaginal ultratovush tekshiruvi terapiya tugaganidan 1, 3 va 6 oy o'tgach Voluson E8 raqamli ultratovushli skanerlash diagnostika tizimi yordamida amalga oshirildi: bachadonning kattaligi, miyometrium, endometriy, tuxumdonlarning strukturaviy xususiyatlari baholandi; o'rta m-aks-sadoning kattaligi va tuzilishiga alohida e'tibor berildi.

Dastlab va ikki bosqichli terapiya tugagandan so'ng, u bachadon bo'yni kanalidan olingan materialni bakteriologik nazorat qildi.

Jinsiy steroid gormonlari: estrogenlar (ER-a) va progesteron (PR) uchun retseptorlarning ekspressiyasini immunohistokimyoviy o'rganish davomida PGE va

ESG bilan kasallangan 64 bemordan olingan 74 ta Endometriy to'qima namunalari va kontratsepsiyani tanlash uchun murojaat qilgan 10 ta sog'lom ayol Endometriy biopsiya proliferatsiyaning o'rta bosqichida o'tkazildi. Immunohistokimyoviy tekshiruvdan oldin material 24 soat davomida neytral formalinning 10% eritmasida o'rnatildi va kerosinga quyildi. Endometriy to'qimalarning tozalangan qismlari yuqori yopishqoq slaydlarga joylashtirildi, er-a (1 : 35) va pr (1 : 50) uchun monoklonal antikorlar (Dako Cytomation, Daniya) ishlatilgan. Antigen faolligini tiklash uchun bo'limlar 2001 Retriever mini-avtoklavida (Pick Cell, Niderlandiya) 15 daqiqa davomida pH 6,0 bo'lgan 0,01 M-sitrat buferi bilan ishlov berildi. Keyin bo'limlar peroksidazaning endogen faolligini blokirovka qilish uchun 0,3% vodorod peroksid bilan inkubatsiya qilindi, o'ziga xos bo'lmagan bog'lanishni kamaytirish uchun oddiy echki zardobi bilan ishlov berildi va 12 soat davomida 40 °C da o'ziga xos asosiy antikorlar bilan inkubatsiya qilindi. Kuluçka uchun Envision + immunostainer (Dako Cytomation) ishlatilgan. Immunohistokimyoviy reaksiyani amalga oshirgandan so'ng, bo'limlar gematoksilin bilan bo'yalgan va shandonmount TM (AQSh) sintetik muhitiga o'ralgan.

Maxsus immunohistokimyoviy tadqiqot natijalari yadrolarni bo'yash yoki hujayralar sitoplazmasi va plazma membranasi yordamida aniqlandi. Barcha holatlarda, o'ziga xos bo'lmagan binoni istisno qilish uchun" salbiy nazorat " ishlatilgan (bezlar epiteliya hujayralari sichqonlari va stromalar h-score gistologik hisoblash usuli bo'yicha formula bo'yicha baholandi:

$$S = 1a + 2b + 3c,$$

bu yerda

a-zaif rangli hujayra yadrolarining foizi;

b-o'rtacha rangli hujayra yadrolarining foizi;

C-kuchli rangli hujayra yadrolarining foizi.

Shu bilan birga, rang intensivligi (100 hujayraga bo'yalgan yadrolar yoki sitoplazmalar soni) ball bilan baholandi: 1 ball — zaif; 2 ball — o'rtacha; 3 ball — yuqori. Shunday qilib, er-a va PR ifodasining zo'ravonlik darajasi ball shkalasi

bo'yicha aniqlandi: 0-10 — ifoda etishmasligi; 11-100 — zaif; 101-200 — o'rtacha; 201-300 — aniq ifoda.

Immunohistokimyoviy tadqiqotlar davomida Endometriy stromaning plazmotsitik infiltratsiyasi darajasi 0 dan 3: 0 gacha bo'lgan ballarda ham baholandi — bitta hujayralar; 1 — kichik fokal infiltratlar; 2 — o'rtacha sonli hujayralar, diffuz infiltratsiya; 3 — ko'p sonli hujayralar, aniq diffuz infiltratsiya.

EGP bilan og'rigan bemorlarda aniqlangan klinik, laboratoriya, morfologik va immunohistokimyoviy xususiyatlarni hisobga olgan holda, biz UE bilan birgalikda UE ni davolashning ikki bosqichli usulini ishlab chiqdik.

Birinchi bosqichda tizimli antibiotik terapiyasi bilan bir qatorda (agar bakterial flora aniqlansa, antibiotiklarga sezgirlikni hisobga olgan holda) bemorlar xlorheksidin dihidroklorid va lidokain gidrokslorid o'z ichiga olgan lidokain bilan katejel preparatini intrauterin yuborish bilan mahalliy davolanishni oldilar: har bir davolash kursi uchun har kuni 12,5 mg dan 3-4 instilatsiya. Ushbu preparat mikroblarga qarshi va mahalliy anestetik ta'sirga ega.

Birinchi bosqich tugagandan so'ng, Longidaz uzoq muddatli ta'sir ko'rsatadigan ko'p funktsiyali ferment preparatini kiritish amalga oshirildi: vaginal yo'l bilan har 3 kunda 1 marta 1 sham, davolash kursi uchun 10 sham. Longidaza aniq antifibrozlovchi va antioksidant ta'sirga ega. Preparat yuqori polimer tashuvchisi — n-oksid, 1,4-etilenpiperazin va (n-karboksimetil)-1,4-etilenpiperazinium bromidli gialuronidaza konjugatidir. Ushbu konjugatsiya tufayli preparat plazma ingibitorlari ta'siridan himoyalanadi, uning fermentativ faolligi uzoq vaqt saqlanib qoladi va salbiy reaksiyalar soni kamayadi.

Longidaza kimyoviy moddalarning sitotoksik xususiyatlarini inaktiv qiladi va shu bilan hujayralarni shikastlanishdan himoya qiladi. Longidazaning ijobiy ta'siri hujayralar va to'qimalarga zarar etkazadigan reaktiv kislorod turlarini va boshqa erkin radikallarni to'g'ridan — to'g'ri inaktivatsiya qilishdan iborat; xelatlash va yallig'lanish markazidan faol temir ionlarini olib tashlash-radikal reaksiyalarning eng kuchli stimulyatorlari. Aniq antifibrozlovchi, antioksidant ta'sir ko'rsatib,

Longidaza antigenik xususiyatlarga, mitogen, poliklonal faollikka ega emas, allergiyalovchi, mutagen, embriotoksik va kanserogen ta'sirga ega emas.

GPE ni davolash uchun, ikki bosqichli terapiyadan so'ng, UE gormon terapiyasini buyurdi (progestinlar, GnRH agonistlari — buserelin-depo 3,75 mg mushak ichiga № 6, Levonorgestrelni o'z ichiga olgan miren intrauterin tizimi). PGE va SGE bilan og'rigan bemorlarda PRning turli xil ifodasi, UE bilan birgalikda gormon terapiyasini tayinlashda differentsial yondashuv zarurligini belgilaydi. GPE davolashning birinchi qatoridagi dorilar PR preparatlari hisoblanadi, shuning uchun gormon terapiyasining differentsial tanlovi uning turli xil ifodalari bilan bog'liq. EGP bilan og'rigan bemorlarda jinsiy steroid gormonlariga retseptorlarning yuqori (201-300 ball) yoki o'rtacha (101-200 ball) ifodasi progestogenlar bilan gormon terapiyasining ratsionalligini asoslaydi. Zaif (11-100 ball) ifoda yoki uning yo'qligi (0-10 ball), shuningdek, past darajadagi zonalar bilan PR taqsimotidagi nuqsonlar, uning retseptorlari etishmasligigacha, asosan Endometriy bezlarda, AOK qilingan progestogenlarga qarshilik ko'rsatish uchun xavf omillari hisoblanadi. Bunday holda, GnRH agonistlari bilan terapiya oqlanadi.

Statistik ma'lumotlarni qayta ishlash uchun Statistica 6.0 dasturiy ta'minot to'plami ishlatilgan. Farqlarning ishonchliligi talabanning parametrik mezoniga (t) qarab aniqlandi. Bog'liq bo'lmagan populyatsiyalar uchun parametrik bo'lmagan Mann — Uitni mezonidan foydalanilgan. Farqlar p 0,05 qiymatlarida statistik ahamiyatga ega deb hisoblangan.

Tadqiqot shuni ko'rsatdiki, barcha bemorlar qorinning pastki qismida og'riqni tortib olish, vaginada noqulaylik, vaqti-vaqti bilan genital traktdan oqlarni bezovta qilish haqida shikoyat qilishgan. Tekshirilgan ayollarning hayz davridagi buzilishlar orasida menometrorragiya bilan almashinadigan oligomenoreya (64,1%) ustunlik qildi; 17 (26,6%) bemorda menorragiya, 3 (4,7%) oligomenoreya, 2 (3,1%) ayollarda Endometriy giperplaziyaning klinik ko'rinishlari kuzatilmagan.

Shunisi e'tiborga loyiqki, barcha bemorlarda anamnezda takroriy intrauterin aralashuvlar ko'rsatilgan. Pge (31,2%) va SGE (34,4%) bo'lgan har uchinchi ayoldan uch yoki undan ortiq abortlar UE bilan birlashtirilgan. 13 (20,3%) bemorda

homiladorlikning o'z-o'zidan tugashi aniqlandi. Bachadon devorlarining alohida diagnostik kuretlari 62 (96,9%) bemorda qayd etilgan.

Ekstragenital kasalliklar orasida o'rganilayotgan kohort bemorlarida etakchi o'rinlardan biri yurak-qon tomir kasalliklari — gipertoniya kasalligi (31,3%) va gipertonik tipdagi neyrokirkulyatsion distoni (14,1%) edi. Oshqozon-ichak trakti kasalliklari ayollarning 45,3 foizida, endokrin tizim kasalliklari 62,5 foizida aniqlangan. bemorlarning yarmidan ozrog'i semirib ketgan (45,3%). 2-toifa diabet tadqiqot ishtirokchilarining 7,8 foizida qayd etilgan.

8 dan 40 kungacha davom etadigan qon ketish fonida ultratovush tekshiruvi o'tkazilgan bemorlarning 53,1 foizida M-echo 10 dan 20 mm gacha o'zgargan. bu haqiqat giperplaziyalangan endometriyning mavjudligini ko'rsatdi. Menstrüel tsiklning birinchi bosqichida (5-7 kun) o'tkazilgan transvaginal ekografiya kuzatuvlarining 28,1 foizida M-echo 10 dan 15 mm gacha o'zgargan. bemorlarning 18,8 foizida ultratovush tekshiruvi hayz ko'rish kechikishi fonida 10 dan 60 kungacha o'tkazilgan, M-echo qalinligi esa 16 dan 20 mm gacha bo'lgan. Shunday qilib, qon ketishining davomiyligi va hayz davrining kunidan qat'i nazar, Endometriy ultratovush ma'lumotlari tadqiqotning barcha ishtirokchilarida GPE ni istisno qilishga imkon bermadi.

Ultratovush tekshiruvi davomida barcha bemorlarga bachadonning kattalashishi va uning devorlarining qalinlashishi tashxisi qo'yilgan. Miyometriumning notekis ekogenligi tekshirilganlarning 53,1 foizida aniqlangan. Ayollarning 40,6 foizida Endometriy giperplaziyaning ekografik belgilari kichik o'lchamdagi bachadon miomasi belgilari bilan birlashtirilgan (5 dan 30 mm gacha bo'lgan subseroz va interstitsial miyomatoz tugunlar aniqlangan).

Servikal kanal tarkibini bakteriologik tekshirish natijalariga ko'ra, GPE bilan og'rigan bemorlarda staphylococcaceae oilasiga mansub bakteriyalar ko'pincha birgalikda aniqlangan. Shu bilan birga, *S. epidermidis* 43,8%, *S. saprophyticus* esa 21,8% ayollarda ekilgan. Ajratilgan ekinlar soni bo'yicha ikkinchi o'rinda Enterobacteriaceae oilasining bakteriyalari bor edi: *Escherichia coli* bemorlarning

10,9 foizida, *Proteus vulgaris* 4,7 foizida aniqlangan. Uchinchi o'rinni Enterococcaceae oilasiga mansub bakteriyalar egalladi (14,1%).

Barcha tekshirilgan bemorlarda Endometriy stromal shish paydo bo'lganligi, 90,6% hollarda stromal infiltratsiya tashxisi qo'yilganligi diqqatga sazovordir. Stroma tolali tuzilmalarining o'rtacha fibrozining mavjudligi ayollarning 70,3 foizida aniqlangan, Endometriy stromaning aniq fibroblastik transformatsiyasi har to'rtinchi bemorda sodir bo'lgan.

Immunohistokimyoviy tadqiqotlar natijasida IgM ishlab chiqaradigan plazmotsitlarning kichik fokusli klasterlari atipiyasiz pge bo'lgan ayollarda o'rtacha miqdordagi IgG ishlab chiqaradigan plazmotsitlar bilan diffuz stromal infiltratsiya fonida qayd etildi. Atipiyasiz SGE bilan og'rigan bemorlar, UE bilan birgalikda, IgM ishlab chiqaradigan plazmotsitlarning o'rtacha soni va IgG ishlab chiqaradigan plazmotsitlarning infiltratida sezilarli ustunlik bilan stromaning diffuz plazmotsitik infiltratsiyasi bilan ajralib turishi aniqlandi.

Immunohistokimyoviy tahlil natijalariga ko'ra, bezlar epiteliyasida ham, stromada ham er-a va PR ifodasining eng yuqori darajasi proliferatsiya bosqichida o'zgarmagan endometriyda qayd etilgan. E PG bilan og'rigan bemorlarda, UE bilan birgalikda, bezlar epiteliyasida ER-a ifodasining o'rtacha darajasi $111,8 \pm 3,6$ ballni, bezlar epiteliyasida PR ifodasining o'rtacha darajasi $170,4 \pm 4,6$ ballni tashkil etdi (ikkala qiymat ham nazoratga qaraganda ancha past edi: $p < 0,05$). SGE bilan og'rigan bemorlarda UE bilan birgalikda bezlar epiteliyasida ER-a ifodasining o'rtacha darajasi $102,5 \pm 4,2$ ballni, PR darajasi esa $163,2 \pm 5,2$ ballni tashkil etdi (ikkala holatda ham nazorat guruhi ko'rsatkichlaridan ishonchli farqlar mavjud edi: $p < 0,05$). Biz olgan ma'lumotlar boshqa tadqiqotlar natijalariga mos keladi [10].

Endometriy bez epiteliyasida retseptorlarning taqsimlanishining bir xilligini baholash natijasida PGE bilan og'rigan bemorlarning 35,3 foizi Xe bilan birgalikda va SGE holatlarining 52,1 foizi Xe bilan birgalikda ER-a va/yoki PR ning tartibsiz taqsimlanishi sodir bo'ldi. bezlar epiteliyasida to'liq yo'qolgunga qadar. Shu bilan birga, EPG va ESG uchun retseptorlarning salbiy zonalarining eng ko'p soni ER-a ga to'g'ri keldi. Shuni ta'kidlash kerakki, giperplaziya shaklidan qat'i nazar,

Endometriy stromada bezlarga qaraganda ER-a ning past ifodasi aniqlangan. Xuddi shunday tendentsiya PR ifodasi bilan ham kuzatilgan.

Barcha bemorlarga biz ishlab chiqqan surunkali endometritni davolashning ikki bosqichli usuli o'tkazildi.

Ultratovush ma'lumotlariga ko'ra, davolanish boshlanganidan bir oy o'tgach, bemorlarning 64,1 foizida, 6 oydan keyin — 82,8 foizida bachadon hajmi kamaydi: bachadon uzunligi — $62,46 \pm 4,54$ mm dan $56,80 \pm 4,52$ mm gacha; bachadon kengligi — $58,18 \pm 2,42$ mm dan $40,74 \pm 1,12$ mm gacha; old va orqa hajmi- $50,35 \pm 1,08$ mm dan $28,68 \pm 0,94$ mm gacha. bundan tashqari, ikkinchi bosqich tugagandan so'ng, har bir ikkinchi ishtirokchi (54,7%) miyometriumning ekogenligi tengsizligini kamaytirdi. Gormon terapiyasini boshlash paytida endometriyning o'rtacha qalinligi $4,2 \pm 0,2$ mm ni tashkil etdi va uch oy davomida sezilarli darajada o'zgarmadi (3 oydan keyin — $3,8 \pm 0,2$ mm). Olingan ma'lumotlarning tahlili shuni ko'rsatdiki, ayollarning 45,3 foizida endometriyning qalinligi dastlabki uch oy davomida 5 mm dan kam bo'lgan, 50,0% hollarda u 5 mm dan 8 mm gacha o'zgargan va 3 oylik terapiyadan so'ng bemorlarning atigi 4,7 foizida endometriyning qalinligi 8 mm dan oshgan. gormon terapiyasini qabul qilganidan 6 oy o'tgach, aniq dinamika qayd etildi o'rtacha m-Echoning pasayishi, uning o'rtacha qiymati asl qiymatiga nisbatan sezilarli darajada kamaydi va $2,8 \pm 0,2$ mm ni tashkil etdi.

Davolash tugagandan so'ng servikal kanaldan ekinlarni bakteriologik tekshirish natijalari katejel va lidokain bilan davolash samaradorligini ko'rsatdi.

Xe ning ikki bosqichli terapiyasi tugaganidan keyin o'tkazilgan endometriyning morfologik va immunohistokimyoviy tadqiqotlari ma'lumotlarini tahlil qilish taklif qilingan usulning aniq samaradorligini.

Perimenopauzal EGP bilan og'rigan bemorlarda Xe ning ikki bosqichli terapiyasi endometriyning morfofunktsional potentsialini tiklashga imkon berdi, bu Endometriy retseptorlarning jinsiy steroid gormonlariga ekspressiyasini oshirishda namoyon bo'ldi.

Gormon terapiyasi tugaganidan so'ng, bemorlarning 95,3 foizida GPE morfologik belgilari yo'q edi va faqat 4,7 foizida giperplaziyalangan endometriy o'choqlari aniqlandi, ular gistologik jihatdan atipiyasiz PGE sifatida tasdiqlangan.

Olingan natijalar Endometriy to'qimalarning retseptorlari sezgirligini o'zgartirish orqali mavjud bo'lgan Xe gormon terapiyasini talab qiladigan GPE davolash natijalariga sezilarli ta'sir ko'rsatishi haqidagi farazni qo'llab-quvvatlaydi. Endometriyning morfofunktsional holatini ustuvor ravishda tiklashga qaratilgan ferment terapiyasi yordamida Xe ni davolashning ikki bosqichli usulini o'z ichiga olgan taklif qilingan terapevtik chora — tadbirlar majmuasi, keyingi gormonal terapiya bilan oddiy hpe bilan Xe bilan birgalikda davolash natijasini 1,6 baravar ($p < 0,05$), murakkab bilan-1,5 baravar ($p < 0,05$) yaxshilashga imkon beradi.

XULOSA

Tug'ish yoshidagi ayollarda reproduktiv funktsiyaning buzilishlarida so'nggi yillarda surunkali endometritga katta e'tibor berilmoqda. Muammoning mohiyati ayollarning reproduktiv salomatligini yomonlashtirishdir. Biroq, mamlakatimizda olib borilgan ilmiy ishlarda, afsuski, homiladorlikni yo'qotgan ayollarning reproduktiv salomatligini saqlash va tiklash zarurligi to'g'risida etarli ishonchli ma'lumotlar yo'q – ham sun'iy abort, ham o'z-o'zidan. Shu bilan birga, u bepushtlik, tashqi homiladorlik, tushish va odatdagi homiladorlikning yo'qolishi sabablari sifatida ma'lum. Ko'pgina tibbiy texnologiyalar darajasidagi yuqori yutuqlarga qaramay, endometrit bilan og'rigan ayollarda reproduktiv funktsiyalarning buzilishi bilan bog'liq muammolar etarlicha o'rganilmagan, munozarali, qarama-qarshi bo'lib qolmoqda va hanuzgacha dolzarb bo'lib qolmoqda. Shu munosabat bilan ushbu ilmiy ishning maqsadi asoslandi: surunkali endometritli ayollarda reproduktiv funktsiya buzilishini bashorat qilish uchun klinik va diagnostik algoritmi ishlab chiqish.

Heni davolash bo'yicha ko'plab ishlarga qaramay, Heni samarali davolash muammosi va u bilan bog'liq reproduktiv funktsiya buzilishlari hal qilinmaydi. Bu, shuningdek, genital yallig'lanish kasalliklari bo'lgan ayollarning immunologik qarshiligi, surunkali yallig'lanish kasalliklarida gemostaz tizimining holati hali ham yaxshi tushunilmaganligi bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Surunkali endometritli ayollarni boshqarishda yangi diagnostika va terapevtik yondashuvlar va ularni asoslash reproduktiv funktsiyani tiklash va bemorlarning ushbu kontingentida reproduktiv yo'qotishlarni kamaytirish uchun zaxiradir. Bu reproduktiv yo'qotishlarni kamaytirish va ona va yangi tug'ilgan chaqaloqning sog'lig'ini yaxshilash uchun xavf guruhini aniqlash, bashorat qilish mezonlarini ishlab chiqish va davolash-profilaktika tadbirlarini o'tkazish bo'yicha yanada chuqurroq tadqiqotlar zarurligini taqozo etadi. Bularning barchasi surunkali endometritli ayollarda reproduktiv funktsiya buzilishini bashorat qilish dasturini ishlab chiqish va amalga oshirishning dolzarbligini belgilaydi.

Gippokrat, shuningdek, "anamnez" va "prognoz" atamalarini muomalaga kiritdi. Ma'lum bo'lishicha, eng qadimgi shifokorlar patologiyaning natijasiga ikkita

asosiy omil ta'sir qilishini tushunishgan: o'tmishda sodir bo'lgan va patologik jarayonning rivojlanishi uchun signal bo'lib xizmat qilgan va yakuniy natija kelajakda kutilgan natijadir. Ushbu jarayonlarni tushunish bemorga bevosita bog'liq bo'lgan qaysi hodisalar Xe rivojlanishiga va keyinchalik homiladorlikning salbiy oqibatlariga olib kelishi mumkinligini aniqlashga imkon beradi. Bularning barchasi bemorlarni boshqarishning bunday taktikasini aniqlashga imkon beradi, bu esa hech bo'lmaganda ayollarning reproduktiv funksiyasiga salbiy ta'sirini kamaytirishga yordam beradi. Zamonaviy tibbiyotda perinatal va akusherlik xavfini aniqlash uchun ball tizimlari 1970-yillarda boshlangan va hozirgi kungacha davom etmoqda. Ushbu tizimlar homiladorlikning salbiy natijalarini bashorat qilish uchun eng aniq va juda sezgir bo'lib qoldi. Masalan, 1972 yilda A. Zakutti [124] o'z xavfini baholash tizimini va uning tug'ilish natijalariga ta'sirini ishlab chiqdi. Shundan so'ng, ko'plab olimlar o'z ishlarini natijalar yig'indisiga qarab xavf o'lchovlari va harakatlar algoritmlari bilan to'ldirishni boshladilar. Xavf darajasini hisoblash uchun ko'plab maxsus tarozilar paydo bo'ldi (masalan, xomilalik gipoksiya xavfi, tug'ruqdan keyingi septik kasalliklar xavfi, tos bo'shlig'i xavfi va boshqalar). Biroq, ushbu tarozilarning katta miqdori va noqulayligi, sezgirlik va aniqlikka qaramay, amaliy tibbiyotda keng qo'llanilmadi.

Reproduktiv buzilishlarga kelsak, Robert krizi va boshqalar tomonidan tuzilgan erta tug'ilish xavfi shkalasi hali ham yuqori aniqlikdagi o'lchovdir. 1980 yilda. U bemorlarni shifokorga birinchi tashrifida, keyin 22-26 hafta ichida sinovdan o'tkazishni taklif qiladi [126]. Ushbu shkala bemorni besh parametr va ballar soni bo'yicha baholaydi. Agar bemor 10 yoki undan ko'p ball to'plasa, unda ayol erta tug'ilish uchun yuqori xavf guruhiga kiradi. 40 yildan ortiq vaqt o'tdi, ammo bu o'lchovning aniqligi hali ham yuqori. Buning sababi shundaki, hozirgi kunga qadar populyatsiyada PR darajasi ancha yuqori bo'lib qolmoqda (5-7%) va asosiy xavf omili PR tarixi bo'lib, kelajakda PR rivojlanish ehtimoli 30% ga olib keladi.

Zamonaviy sharoitda UE ning yuqori chastotasini hisobga olgan holda, umumiy populyatsiyada ushbu kasallikning pasayish tendentsiyasi yo'qligi, shuningdek, ushbu kasallikning reproduktiv funksiyaga sezilarli ta'siri, zamonaviy

texnologiyalarni hisobga olgan holda, biz universal o'lchovni taklif qilamiz - UE bilan og'rigan bemorlarda reproduktiv funktsiyani prognozini hisoblash dasturi. Dastur reproduktiv kasalliklar, homiladorlikning yo'qolishi va ayollarning reproduktiv organlarining yallig'lanish kasalliklarini davolash bilan shug'ullanadigan ixtisoslashgan muassasalarda foydalanish uchun mo'ljallangan. Dastur homiladorlikning yo'qolishi tarixi bo'lgan 120 ayolning klinik va ba'zi laboratoriya ko'rsatkichlarini batafsil tahlil qilish asosida tuzilgan, ulardan 80 tasida surunkali endometrit tashxisi morfologik jihatdan tasdiqlangan. Adabiyot ma'lumotlari va ushbu ilmiy ish natijalariga asoslanib, reproduktiv funktsiyasi buzilgan barcha ayollarda bachadon shilliq qavatini har tomonlama morfologik va mikrobiologik tadqiqotlar o'tkazish maqsadga muvofiq deb hisoblaymiz. Umumiy klinik tadqiqot usullaridan dasturga anamnez (homila yo'qolishi, ularning soni, abortlar soni, bepushtlik), somatik patologiyaning mavjudligi, kontratsepsiya usullari kabi parametrlar kiritildi. Dasturga kiritilgan laboratoriya usullari:

- * bachadon bo'shlig'idan qon va qirib tashlashda interleykinlar (yallig'lanishga qarshi - interleykin-1b (il-1b), o'sma nekrozi omili-a (TNF-a) va yallig'lanishga qarshi - interleykin -10 (il-10), shuningdek sekretor immunoglobulinlar a (sIgA) va transformatsion o'sish omili- β 1 (TGF β 1).

- * gemostaziologik parametrlar-INR, D-dimer, trombositlar soni, fibrinogen, antitrombin III, APTV

- * gormonal: prolaktin, LH, FSH darajasi

- * endometriumning gistologik tekshiruvi

Endometriy giperplaziya (EG) – bu endometriumdagi morfologik o'zgarishlar spektri bo'lgan bachadon patologiyasi. Bu asosan Endometriyal bezning stromaga nisbati normal ko'payadigan endometriumga nisbatan oshishi bilan tavsiflanadi. Endometriyal giperplaziyaning klinik ahamiyati Endometriyal saratonning rivojlanish xavfi bilan bog'liq bo'lib, Endometriyal giperplaziyaning" atipik " shakllari saratondan oldingi lezyonlar sifatida qaraladi.

Endometriy giperplaziyaning har xil turlarining yoshga bog'liq chastotasini aholiga asoslangan o'rganish natijalariga ko'ra (63688 Endometriyal namunalar

sinovdan o'tkazildi), Endometriy giperplaziyaning umumlashtirilgan chastotasi 100000 ayol yiliga 133 ta holatni tashkil etadi, maksimal (100000 ayol yiliga 386) 50-54 yoshda, minimal (100000 ayol yiliga 6 ta) - 30 yoshgacha. Oddiy Endometriyal giperplaziya 100 000 ayol yiliga 58 ta holatni, murakkab Endometriyal giperplaziya 100 000 ga 63 ta va atipik 100 000 ga 17 ta holatni tashkil qiladi.

Hozirgi vaqtda klinik amaliyotda 2014 yilgi Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti (JSST) ning ikkilik tasnifi qo'llaniladi (2020 yilgi tahrirda o'zgarishsiz qoldirilgan). Ushbu tasnif sog'liqni saqlash vazirligining klinik tavsiyalariga kiritilgan. JSST tasnifiga ko'ra, faqat ikkita shakl mavjud: atipiyasiz Endometriyal giperplaziya va atipik endometriyal giperplaziya. Ilgari xalqaro klinik amaliyotda JSSTning 2003 yilgi tasnifi ishlatilgan bo'lib, u Endometriyal giperplaziyaning to'rtta toifasini o'z ichiga oladi: atipiyasiz oddiy va murakkab Endometriyal giperplaziya, oddiy va murakkab Endometriyal atipik giperplaziya, ammo tashxislarning takrorlanuvchanligi pastligi sababli u ikkilik tasnifga soddalashtirildi.

Endometriy giperplaziya-bu uzoq muddatli estrogen va progesteronning nisbiy etishmovchiligi bilan bog'liq bo'lgan endometriumdagi morfologik o'zgarishlar spektri bo'lgan bachadon patologiyasi. Ushbu nozologiyaning klinik ahamiyati Endometriyal giperplaziyani Endometriyal saratonga aylantirish xavfi bilan bog'liq. Endometriy giperplaziya reproduktiv davrda ham, postmenopozal davrda ham g'ayritabiiy bachadon qon ketishi bilan namoyon bo'lishi muhimdir, bu ayolning hayot sifatiga sezilarli salbiy ta'sir ko'rsatadi.

Shu munosabat bilan Endometriyal giperplaziya muammosi dolzarb bo'lib, aniqroq va arzonroq diagnostika usullarini ishlab chiqishni talab qiladi. Endometriyal giperplaziya uchun terapiyani tanlash ham muhimdir, chunki bu bemorning yoshi va reproduktiv rejalariga bog'liq.

Endometriy giperplaziyani davolashning "oltin standarti" levonorgestrel-o'z ichiga olgan tizim bo'lib, u mahalliy ta'sir tufayli tizimli gormonlardan foydalanishning nojo'ya ta'sirlari chastotasini kamaytiradi va shu bilan bemorlarning belgilangan terapiyadan qoniqishini oshiradi.

Ushbu maqolada biz Endometriyal giperplaziyaning etiologiyasi, patogenezini, diagnostika usullari va davolash bo'yicha zamonaviy tushunchaga bag'ishlangan adabiy sharhni taqdim etamiz.

Davolashdan oldin va aniqlangan kasalliklarni tuzatishga asoslangan tavsiya etilgan boshqaruv algoritmidan keyin ushbu ko'rsatkichlarni o'rganish asosida biz surunkali endometritli ayollarda reproduktiv funktsiya buzilishlarini bashorat qilish algoritmini tuzdik. Ushbu dasturning matematik tahlili uning o'ziga xosligini (82,5%) va sezgirligini (83,8%) aniqladi.

Hozirgi vaqtda Xe muammosi turli xil intrauterin manipulyatsiyalarning kengayishi, abortlar sonining ko'payishi, intrauterin kontratsepsiya vositalaridan uzoq muddat foydalanish, shuningdek jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklarning ko'payishi tufayli ushbu patologiya ko'payishi tufayli o'z ahamiyatini yo'qotmadi. Ko'pgina mikroorganizmlarning antibiotiklarga chidamliligi haqida unutmaslik kerak, bu esa kutilgan davolash natijalarining etishmasligiga olib keladi. Xe bilan reproduktiv yo'qotish muammosiga qiziqish dunyoning barcha mamlakatlaridagi reproduktiv mutaxassislarni ushbu asoratning yuqori chastotasi – 10% -30% [104] bilan bog'liq. Masalan, rivojlanmagan homiladorlikka zamonaviy yondashuv, birinchi navbatda, FIGO XVII Qurultayining tavsiyalarini qabul qilish va amaliyotga joriy etishni nazarda tutadi (Kuala-Lumpur, 2006). Ushbu ko'rsatkichlar tashxisni tekshirgandan so'ng, "rivojlanmagan homiladorlik" qo'shimcha tekshiruvsiz "surunkali endometrit" so'zlari bilan davom ettirilishi kerakligini aniq ko'rsatib turibdi. Ushbu xulosa bir nechta ko'p markazli tadqiqotlar natijalariga asoslanadi: rivojlanmagan homilador ayollarning 100 foizida yallig'lanish endometriumda davom etadi. Aslida, NB o'zi mikrobial etiologiya yallig'lanish jarayonining tabiiy natijasi bo'lib, u tashxis qo'yilmagan va etarli darajada davolanmagan. NB Xe dekompensatsiyasining yuqori qismi deb taxmin qilishimiz mumkin. Bunday jiddiy buzilishlarning asosiy sababi abort natijasida yoki asossiz va noto'g'ri antibiotik terapiyasi natijasida yuzaga keladigan genital traktning normal biotsenozining buzilishi. Bizning fikrimizcha, homiladorlikning birlamchi uzilishi boshqa sabablarga ko'ra sodir bo'lgan bo'lsa ham, nekrotik

chorionik Villi rad etilishi har doim yallig'lanish reaksiyasi bilan sodir bo'ladi. Bu ushbu ishning bir qismi sifatida endometriumning morfologik tekshiruvi bilan isbotlangan: endometriumning patomorfologik tahlilida bemorlarning 100 foizida turli darajadagi zo'ravonlik bilan yallig'lanish reaksiyasi aniqlangan. Bizning tadqiqotimizdagi Xe ning asosiy morfologik xususiyatlari quyidagilardan iborat: limfotsitlar, makrofaglar, eozinofillar va plazma hujayralari tomonidan stromaning va qon tomirlari atrofidagi aniq diffuz yallig'lanish infiltratsiyasi, shuningdek stromaning shishishi, qon tomirlari. Desidual membranada fibrinoid nekroz, shish, destruksiya, qon ketish, limfoid infiltratsiya qayd etilgan. Ishonchli ishonch bilan ($p<0.001$) biz endometriumdagi gistologik o'zgarishlar qanchalik chuqur bo'lsa, tekshirilgan ayollarda reproduktiv funktsiya prognozi shunchalik yomon bo'lishini ko'rsatdik.

Xe ni davolashda ushbu kasallikning patogenezidagi barcha aloqalarni hisobga olish kerakligi aniqlandi. Ko'pgina mualliflar bosqichma – bosqich kompleks terapiyani taklif qilishadi, bu sizga birlashtirilgan patologiya mavjud bo'lganda homiladorlik tezligini 41,1% gacha oshirishga imkon beradi; IVF dasturlarida- 35,8% gacha; homiladorlik darajasi 37,4% gacha. Va izolyatsiya qilingan he shakli bo'lgan bemorlarda homiladorlik darajasi 79,2% ga, homiladorlik darajasi 75% ga etadi [70,116]. Shu munosabat bilan, tuzilgan dastur asosida biz surunkali endometrit bilan og'rigan ayollarda reproduktiv funktsiya prognozini baholashning uch bosqichli tizimini va olingan bal bahosiga qarab tegishli davolanishni taklif etamiz. Ushbu yondashuvning mohiyati shundan iboratki, terapiyaning boshida biz stafilokokk bakteriofagi bilan mahalliy davolanishni taklif qilganimiz tufayli qin va bachadon bo'shlig'ining mikrobial assotsiatsiyasini kamaytirishga qaratilgan diagnostika, davolash va sog'lomlashtirish tadbirlarining patogenetik asoslangan tizimini amalga oshiramiz.umumiy qabul qilingan XVZOMT davolash sxemalari bilan birgalikda. Ushbu bosqichda bemorlarga folat o'z ichiga olgan Koka yordamida kontratsepsiya taklif etiladi. Biz rekombinant interferon A2B ni tayinlash bilan murakkab mikroblarga qarshi terapiyani to'ldiramiz. Bundan tashqari, bizning davolashimiz qon tomirlarining reologik xususiyatlarini

normallashtirish, gemodinamika va endometriumning retseptivligini tiklash orqali endometriumning morfofunktsional potentsialini tiklashga qaratilgan. Shu maqsadda terapiya majmuasiga antiplatelet (aspirin) va og'ir holatlarda – nmg (kleksan) qo'shamiz. Menstrüel tsiklning ikkinchi bosqichida endometriumning retseptivligini oshirish uchun biz gestagenlarni tayinlash bilan davolashni to'ldiramiz. Homiladorlikni rejalashtirayotgan ayollar uchun kokini bekor qiling va homilador ayollar uchun Elevit vitamin kompleksini tayinlang. Tadqiqotimiz natijalariga ko'ra ushbu terapiya samaradorligi mezonlari quyidagilardan iborat::

- * kasallikning klinik ko'rinishi alomatlarini to'xtatish
- * ultratovush va morfologik ma'lumotlarni bachadon shilliq qavatining normal holatiga qaytarish
- * bachadon bo'shlig'idan patogen mikrobial omillarni yo'q qilish
- * endometriumdagi immunokompetent hujayralar sonini normallashtirish
- * gemostaziologik va gormonal ko'rsatkichlarni normallashtirish

Albatta, ideal reproduktiv funktsiyani tiklashni xohlaydi. Biroq, ushbu tadqiqot doirasida bizning asosiy vazifamiz, agar ularda reproduktiv funktsiya buzilgan bo'lsa, UE bilan kasallangan bemorlarni prognozlash tizimi va boshqarish algoritmini tuzish edi. Biz oldimizga qo'yilgan asosiy vazifani bajardik.

Shunday qilib, u immunologik, gemostaziologik va gormonal tizimda jiddiy siljishlar sodir bo'ladigan klinik-morfologik sindrom sifatida ko'rib chiqilganda, ushbu sindromning barcha tarkibiy qismlari – klinik ko'rinishlar, morfologik rasm, laboratoriya ma'lumotlari reproduktiv funktsiya buzilishlarini bashorat qilish uchun bir xil ahamiyatga ega degan xulosaga keladi. Reproductiv nuqtai nazardan, u muhim nozologiya bo'lib, reproduktiv funktsiya prognoziga qarab majburiy diagnostika va davolanishni talab qiladi. Davolash algoritmining tuzilgan kompleksining ta'sir mexanizmini tahlil qilganda, biz ushbu davolanishning ta'siri yallig'lanish infiltratining shakllanishiga, to'qimalarda yallig'lanishga qarshi sitokinlar miqdorining pasayishiga va retseptivlikni normallashtirishga asoslangan degan xulosaga kelimiz. Bularning barchasi bachadon shilliq qavatining normal

arxitekturasini tiklashga, ishemiya jarayonini yo'q qilishga yordam beradi va reproduktiv funktsiyani muvaffaqiyatli amalga oshirish uchun asos yaratadi.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO'YXATI:

1. Айени Даниель Олусола. Эндотелиальная дисфункция в генезе ранних репродуктивных потерь: Автореф. Дисс... канд.мед.наук. М., 2012. 116 с.
2. Айламазян Э.К., Кулаков В.И., Радзинский В.Е., Савельева Г.М. Акушерство. Национальное руководство. М.: ГЭО-ТАР-Медиа, 2014. 1200 С.
3. Алборов Д.К. Дифференцированная этапная медицинская реабилитация женщин с хроническим эндометритом и нарушением репродуктивной функции: дис. ... канд. мед. наук: 14.03.11 / Алборов Давид Казбекович. - П., 2018. - 141 с.
4. Афанасьева А.Н. Восстановление микрофлоры после антибиотикотерапии - залог сохранения биоразнообразия человеческого микробиома в частности и здоровья в целом // StatusPraesens. - 2017. - №5. - С.73-80.
5. Белоусов Д.М. Прегравидарная подготовка женщин с привычным невынашиванием беременности ранних сроков : автореф. дис. . канд. мед. наук : 14.00.01/ Белоусов Дмитрий Михайлович. - М., 2007. - 24с.
6. Бессмертная В.С. Морфологические и иммуногистохимические особенности эндометрия у женщин с первичным и вторичным бесплодием //Архив патологии. - 2008. - №4. С. 31-34.
7. Бессмертная В.С., Самойлов М.В., Бабиченко И.И., Серебренникова К.Г., Мусаева М.Г. Рецепторы к эстрогенам и прогестерону в эндометрии женщин при бесплодии // Вестник РУДН. Серия: Медицина. -2007. — №2 — С.48-52.
8. Боровкова Е.И., Мартынова И.В. Самопроизвольный выкидыш: состояние изученности вопроса // Исследования и практика в медицине. 2014. Т.1 №1. С. 52-56.
9. Бойчук Н.В., Особенности предгравидарной подготовки, течения беременности и родов у женщин с привычным невынашиванием беременности на фоне хронического эндометрита: Автореферат дисс.канд.мед.наук. Иркутск - 2008 г.

10. Боярский К.Ю., Гайдуков С.Н., Пальченко Н.А. «Современный взгляд на проблему рецептивности и тонкого эндометрия в программах ВРТ (Обзор литературы)», Проблемы Репродукции, т. 19, №4, стр.51-59, 2013.

11. Брюхина Е.В. Нарушения менструального цикла у молодых женщин. особенности консультирования и ведения пациенток // 31a1шPгаe8ep8. 2017. - №4. - С. 52-56.

12. Бурменская О.В. Молекулярно-генетические маркеры иммунного ответа при воспалительных заболеваниях органов женской репродуктивной системы: дис. ... д-ра. биол. наук: 03.03.03 / Бурменская Ольга Владимировна. - М, 2014. - 249 с.

13. Вдовиченко Ю.П., Баскаков П.Н., Масленников К.Н. / Здоровье женщины №5(41), с.16-17, 2009.

14. Волкова Е.Ю. Прегравидарная подготовка женщин с нарушением репродуктивной функции и "тонким" эндометрием: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.01 / Волкова Екатерина Юрьевна. - М., 2014. - 144 с.

15. Волкова Е.Ю. Роль маточной гемодинамики в оценке рецептивности эндометрия / Е.Ю.Волкова, И.Е. Корнеева, Е.С. Силантьева // Проблемы репродукции. - 2012. - № 2. - С. 57-62.

16. Гаджиева Ф. Р. Морфофункциональные особенности слизистой оболочки матки у женщин с синдромом потери беременности ранних сроков инфекционно-воспалительного генеза / Ф. Р. Гаджиева // Проблемы репродукции.-2010.-Т.16, №5. - С. 85-87.

17. Гайдарова А.Х., Самарина Е.А., Кульчицкая Д.Б., Ктенко Н.В., Тарасова Т.Ю. Эффективность монотерапевтических методик с применением физических факторов у пациенток с хроническим эндометритом // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2015. - №2. - С. 80-83.

18. Герасимова О.П. Клинико-морфологическая оценка эффективности прегравидарной подготовки женщин, перенесших неразвивающуюся беременность: Автореф.дисс. ...канд.мед.наук.М., 2014. 144 с.

19. Гомболевская Н.А. Современные критерии диагностики хронического эндометрита: обзор литературы / Н. А. Гомболевская, Л. А. Марченко // Проблемы репродукции.-2012.-Т.18,№1.-С.42-46.
20. Громова О.А. и др. Молекулярные механизмы разрушения бактериальных пленок при топическом применении аскорбиновой кислоты. Гинекология. 2012; 12(6):36-41.
21. Давыдова Н.И. Влияние гормональной недостаточности яичников на морфофункциональные характеристики эндометрия у женщин с нарушением фертильности / Н.И. Давыдова, Е.А.Михнина, Е.К.Комаров // RussianJournalofImmunology. -2007.-Vol9.- suppl. 4.-P.77-78.
22. Демидов В. Н. Эхографические критерии хронического эндометрита / В.Н. Демидов, Б.С. Демидов, Л.А. Марченко // Ультразвуковая диагностика в акушерстве, гинекологии и педиатрии. - 1993. - № 4. С. 21-17.
23. Джамалудинова А.Ф., Гонян М.М. Репродуктивное здоровье населения России // Молодой ученый. - 2017. - №14.2. - С. 10-13.
24. Дикке Г.Б. Неразвивающаяся беременность. Роль гормональной контрацепции в восстановительном лечении // Акушерство, гинекология и репродукция. - 2012. - №1. - С. 34-38.
25. Доброхотова Ю. Э. Неразвивающаяся беременность: тромбофилические и клиничко-иммунологические факторы / Ю. Э. Доброхотова, Э. М. Джобава, Р. И. Озерова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. -144 с.
26. Довлетханова Э.Р., Абакарова П.Р. Эффективная фармакотерапия // Акушерство и гинекология. - 2012. - №4. - С. 30-32.
27. Дюжева Е.В. Иммуногистохимическое исследование эндометрия в программах ВРТ / Е.В. Дюжева, Л.Н.Кузьмичев, Е.А. Коган // Вестн. РУДН. - 2009. - № 6. - С. 98-104.
28. Железнов Б. И. Структурные изменения слизистой оболочки матки и функции яичников при хроническом эндометрите / Б.И. Железнов // Акушерство и гинекология. - 1977. - Т. 4 С. 3-7.

29. Зароченцева Н.В., Аршакян А.К., Меньшикова Н.С., Титченко Ю.П. Хронический эндометрит: этиология, клиника, диагностика, лечение // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2013. - №5. - С.21-27.

30. Иммуногистохимическая характеристика рецептивности эндометрия в циклах ЭКО / Д.А. Ниаури, А.М. Гзгзян, И.М. Кветной, И.Ю. Коган, Л.Х. Джемлиханова, И.О. Крихели, И.Д. Федорова, Е.А. Лесик, Ю.Н. Шарфи, Ю.С. Крылова, Е.М. Шильникова // Акушерство и гинекология. -2014. - № 9. - С. 44-50.

31. Келлет Е.П. Роль эндометрия в неудачах реализации репродуктивной функции / Е.П. Келлет, А.В. Шуршалина, И.Е. Корнеева // Проблемы репродукции 2010 - №2. - С. 16-20.

32. Клинико-морфологическое обоснование предгравидарной подготовки у пациенток с хроническим эндометритом / И.Б. Манухин, Л.Г. Гогсадзе, И.Г. Гогсадзе, Ю.Н. Пономарева // Лечащий врач. - 2014. - № 6. - С. 76-79.

33. Коган Е.А. Молекулярные и морфологические аспекты нарушения рецептивности при хроническом эндометрите / Е.А. Коган // Архив патологии. 2012. - № 3. - С. 15-17.

34. Комарова В. С. Течение воспалительных заболеваний органов малого таза на фоне длительного применения внутриматочных контрацептивов (на примере случая из практики) / В. С. Комарова, С. В. Хлыбова, Е. Г. Зайцева // Вятский медицинский вестник.-2010.-№3. - С. 9-14.

35. Кисина В.И./Эффективная фармакотерапия. Дерматология и дерматокосметология» №1,с.28-32,2011,Москва.

36. Левиашвили, М.М., Демура, Т.А., Мишиева, Н.Г., Файзуллина, Н.М., Назаренко, Т.А., Коган Е.А. Оценка рецептивности эндометрия у пациенток с безуспешными программами экстракорпорального оплодотворения в анамнезе // Акушерство и гинекология. - 2012. - № 4. - С. 65-69.

37. Маринкин И.О., Кулешов В.М., Илизарова Н.А., Айдагулова С.В. Новая интерпретация снижения рецептивности эндометрия при привычном невынашивании беременности //

38. Назаренко Т. А. Возможности применения ферментного препарата Лонгидаза в комплексной терапии патологических изменений эндометрия/Т.А.Назаренко.Л.В.Дубницкая / Т. А. Назаренко // Гинекология.- 2007.-Т.9.-С.27-30.

39. Рафальский В.В. Рациональный выбор антибактериальной терапии при урогенитальных инфекциях: взгляд фармаколога // 31a1шPгаe8ep8. 2017. - №2. - С. 84-94.

40. Рудакова, Е. Б. Диагностика внутриматочной патологии при подготовке к экстракорпоральному оплодотворению / Е.Б. Рудакова, П.В. Давыдов, В.В. Давыдов // Лечащий врач. - 2015. - №1.

41. Сосновская, Т.С.Бесплодие как социально-демографическая проблема России // «Научное сообщество студентов: Междисциплинарные исследования»: мат-лы конф. - г.Новосибирск, 2017.

42. Цаллагова Л. В. Роль факторов окружающей среды в возникновении инфекционных заболеваний у беременных и новорожденных / Л. В. Цаллагова, Л. В. Майсурадзе. - Владикавказ: 2012. - 117 с.

43. Шешукова Н. А. Особенности плазмочитарной инфильтрации стромы эндометрия при гиперпластических процессах эндометрия в сочетании с хроническим эндометритом / Н. А. Шешукова, И. О. Макаров // Гинекология.- 2011. - Т. 13, № 6. - С. 25-27.

44. Ярмолинская М.И. Комбинированные эстроген-гестагенные контрацептивы и тромбозы: взгляд реалиста // StatusPraesens. 2017. - №4. -С. 69-78.

45. Auclair M.-H., Yong P.J., Salvador S., Thurston J., Colgan T.J., Sebastianelli A. Guideline No. 392-Classification and Management of Endometrial Hyperplasia. J Obstet Gynaecol Can. 2019; 41(12): 1789-1800.

46. Beniuk V.O., Ginzburg V.H., Govsiev D.O., Oleshko V.F., Kovalyuk T.V., Kravchenko Y.V., Luchko A.S. New approaches to prophylaxis of endometrium hyperplasia relaps in premenopausal women. Reproductive Endocrinology. 2021; 58: 63-72.

47. Cree I.A., White V.A., Indave B.I., Lokuhetty D. Revising the WHO classification: female genital tract tumours. *Histopathology*. 2020; 76(1): 151-6.
48. Gadducci A., Spirito N., Baroni E., Tana R., Genazzani A.R. The fertility-sparing treatment in patients with endometrial atypical hyperplasia and early endometrial cancer: a debated therapeutic option. *Gynecol Endocrinol*. 2009; 25(10): 683-91.
49. Gallos I.D., Alazzam M., Clark T.J. et al. Management of Endometrial Hyperplasia. RCOG/BSGE Green-top Guideline No. 67. 2016; 67: 2-30.
50. Guidelines on Clinical Management of Endometrial Hyperplasia. HKCOG Guidelines Number 16 (September 2015).
51. Klip H., Burger C.W., van Leeuwen F.E. Risk of hormone-related cancers after ovarian stimulation for in-vitro fertilisation in a cohort of 25,152 women. In: Klip H. (ed). *Long Term Health Effects of Subfertility Treatment*. Ipskamp BV, Enschede, The Netherlands: Print Partners; 2002. p. 55-82.
52. Multinu F., Chen J., Madison J.D., Torres M., Casarin J., Visscher D., Shridhar V. et al. Analysis of DNA methylation in endometrial biopsies to predict risk of endometrial cancer. *Gynecol. Oncol*. 2020; 156(3): 682-8.
53. Russo M., Newell J.M., Budurlean L., Houser K.R., Sheldon K., Kesterson J. et al. Mutational profile of endometrial hyperplasia and risk of progression to endometrioid adenocarcinoma. *Cancer*. 2020; 126(12): 2775-83.
54. Trivedi N., Chauhan N., Vaidya V. Effectiveness and safety of dydrogesterone in regularization of menstrual cycle: a post-marketing study. *Gynecol Endocrinol*. 2016; 32(8): 667-71.