

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ТАЪЛИМ, ФАН ВА
ИННОВАЦИЯЛАР ВАЗИРЛИГИ
ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ
ВАЗИРЛИГИ
АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

**Якуббекова Сохибахон Садик кизи
Мамарасулова Дильфузахон Закиржановна**

**ТУХУМДОН КИСТАЛИ ТУЗИЛМАЛАРИНИ МОРФОЛОГИК
ТУЗИЛИШИНING ЎЗИГА ХОСЛИГИ**

Монография

Андижон – 2024

Тузувчилар:

Якуббекова С.С. – Андижон давлат тиббиёт институти Онкология кафедраси доценти, PhD.

Мамарасулова Д.З. - Андижон давлат тиббиёт институти Онкология кафедраси профессори, DSc.

Такризчилар:

Саноев Б.А. – Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти патологик анатомия кафедраси мудири, доцент

Чартаков Д.К.– Андижон давлат тиббиёт институти патологик анатомия ва суд тиббиёти кафедраси доценти, т.ф.н.

Якуббекова С.С., Мамарасулова Д.З.

A25 ТУХУМДОН КИСТАЛИ ТУЗИЛМАЛАРИНИ МОРФОЛОГИК ТУЗИЛИШИНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ: Монография/Якуббекова С.С., Мамарасулова Д.З.: Андижон: «**Жахона нашр**» нашриёти, 2024 –123 б.

ISBN

Ушбу монографияда тухумдоннинг кистали тузилмалари ва кистасимон ўсмаларининг пайдо бўлиш даражаси, уларнинг морфологик жиҳатдан бир-биридан ажралиб турадиган макроскопик ва микроскопик ўзига хос тузилмалари, тухумдон эмбриогенези, анатомияси, физиологик ва гистологик хусусиятлари, тухумонда учрайдиган турли хил касалликлар, батафсил ёритиб берилган.

Тухумдон кистасининг турли шакллари патоморфологик ва иммуногистохимёвий ўзига хос хусусиятлари ҳақидаги янги маълумотлар келтирилган.

Ўзбекистон Республикаси Олий таълим, фан ва инновациялар вазирлиги Андижон давлат тиббиёт институти ректорининг 2023-йил 4-июлдаги “430-III”-сонли буйруғига асосан нашр этишга рухсат берилди.

Якуббекова С.С., Мамарасулова Д.З., 2024
«Жахона нашр» нашриёти, 2024

МУНДАРИЖА

ШАРТЛИ АТАМАЛАР ВА БЕЛГИЛАР РЎЙЎАТИ.....	4
КИРИШ	5
I-БОБ. ТУХУМДОННИНГ ЭМБРИОГЕНЕЗИ, ТАКОМИЛ ТОПИШИ, ШАКЛЛАНИШИ, ЎСМАСИМОН ВА ЎСМАЛИ КИСТАЛАРИ ХАҚИДА ЗАМОНАВИЙ МАЪЛУМОТЛАР	
§1.1. Тухумдоннинг эмбриогенези, такомил топиши ва шаклланиши ҳақида маълумотлар.....	10
§1.2. Тухумдон ўсмасимон ва ўсмали кисталари ижтимоий ва назарий аҳамияти, учраш даражаси, турлари ҳақида маълумотлар.....	11
§1.3. Тухумдоннинг ретенцион механизми ўсмасимон кисталари ҳақида маълумотлар.....	12
§1.4. Тухумдон чин ўсмали кисталари ҳақида маълумотлар.....	16
II-БОБ. МАТЕРИАЛ ВА УСУЛЛАР	
III-БОБ. АЁЛЛАР ЁШ ГУРУҲЛАРИ БЎЙИЧА ТУХУМДОНДА УЧРАЙДИГАН ЎСМАСИМОН КИСТАЛАР ВА КИСТАЛИ ЭПИТЕЛИАЛ ЎСМАЛАРНИНГ УЧРАШ ДАРАЖАСИ ВА БИР-БИРИГА НИСБАТАН ТАҚҚОСИЙ МАЪЛУМОТЛАРИ	
IV-БОБ. ТУХУМДОН РЕТЕНЦИОН ЎСМАСИМОН КИСТАЛАРИ ГИСТОГЕНЕЗИ, МОРФОГЕНЕЗИ ВА МОРФОЛОГИК ХОС БЕЛГИЛАРИ ХАҚИДА МАЪЛУМОТЛАР	
§4.1. Тухумдон фолликуляр кистасининг гистогенези, морфогенези ва морфологик ўзгаришлари ҳақида маълумотлар.....	54
§4.2. Тухумдон сариқ тана кистаси гистогенези, морфогенези ва морфологик хос белгилари ҳақида маълумотлар.....	63
§4.3. Тухумдон текалютеин киста гистогенези, морфогенези ва морфологик хос белгилари ҳақида маълумотлар	69
§4.4. Тухумдон параовариал кисталар гистогенези, морфогенези ва морфологик ўзгаришлари ҳақида маълумотлар.....	73
§4.5. Тухумдон эндометриоид кисталар гистогенези, морфогенези ва морфологик хос белгилари ҳақида маълумотлар.....	79
§4.6. Тухумдон кисталарининг иммуногистокимёвий текширув белгилари.....	86
ХУЛОСАЛАР.....	92
Фойдаланилган адабиётлар рўйхати.....	93

ШАРТЛИ АТАМАЛАР ВА БЕЛГИЛАР РЎЙЎАТИ

ЛГ	Лютеинловчи гормон
ФСГ	Фолликула стимулловчи гормон
РПАМ	Республика патологик анатомия маркази
ТТА	Тошкент тиббиёт академияси
АндМИ	Андижон медицина институти
кўбтиς	пуфак дегани
ХГ	Хорион гонадотропини
ШИК	Шиф-йодли-кислота
TNM	(аббревиатура от tumor, nodus и metastasis)
T2N0M0	Tumor 2, nodus 0 и metastasis 0
T1-3N0-1M1	Tumor 1-3, nodus 0-1 и metastasis 1
ТЛК	Текалютеинли киста
ПОК	Параовариал киста
СТК	Сарик тана кистаси
Г-Э	Гематоксилин-эозин

КИРИШ

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

Жаҳонда тухумдон кисталари тузилмалари патоморфологикўзгаришларини оптималлаштириш борасида қатор илмий тадқиқотлар амалга оширилмоқда. Бу борада аёллар ёш гуруҳлари бўйича ўсмасимон кисталар ва чин кистали эпителий ўсмаларининг учраш даражасини, тухумдон ретенцион табиатли ўсмасимон кисталари, яъни, фолликуляр, сарик тана, текалютеинли, параовариал, эндометриоид кисталар гистогенезини, тухумдон чин ўсмали кисталари, яъни, цистаденома турли

вариантларининг гистогенези, морфогенези ва морфологик хос тузилишини ҳамда тухумдон кисталарини патоморфологик кўрсаткичларини таҳлил қилиш тартибини ишлаб чиқиш алоҳида аҳамият касб этади.

Мамлакатимизда соғлиқни сақлаш тизимини сифат жиҳатдан, жумладан, тухумдондан турли касалликлари натижасида юзага келадиган ўсма касалликларини самарали ташхислаш асоратларини олдини олишга катта эътибор қаратилмоқда. 2017–2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналиши бўйича Ҳаракатлар стратегиясига мувофиқ аҳолига тиббий хизмат кўрсатиш даражасини янги босқичга кўтаришда «...ихтисослаштирилган тиббий хизмат кўрсатиш қулайлиги ҳамда сифатини ошириш, тез ва шошилиш тиббий ёрдам тизимини янада ислоҳ қилиш, ногиронликнинг олдини олиш...» каби вазифалар қўйилган. Шундан келиб чиққан ҳолда тухумдон кистали тузилмалари морфологик тузилишнинг самарали ташхислаш ва бартараф этиш долзарб илмий йўналишлардан бири бўлиб ҳисобланади.

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

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

Тухумдон кисталари – хавфсиз тузилмалар бўлиб, ўсмали жараёнга киритилади ва суюқлик билан тўлган бўшлиқ кўринишида намоён бўлади. Бир қатор олимлар маълумотлари бўйича тухумдон ўсмаларининг учраш даражаси барча гинекологик касалликларнинг 8-дан 19%-гачани ташкил қилади [21,65,79,192,463]. Айрим тадқиқотчилар фикрича, 80% аёллар анамнезининг репродуктив даврида ҳеч бўлмаса бир марта тухумдон кистаси аниқланади. Бунда, фақат $\frac{1}{4}$ да клиник белгилар билан намоён бўлади. Аёлларнинг менопаузадан кейинги даврда тухумдон ўсмали тузилмалари 3%-дан 18%-гача учраб туради [,16,26,54,60,192, 463.].

Хозирги кунгача тухумдон ўсмали тузилмаларининг сабаблари охиригача ўрганилмаган. Бир қанча назариялар мавжуд, улардан асосийлари гормонлар алмашинувининг бузилиши, тухумдон бошқарувининг бузилиши, гипофизнинг ЛГ ва ФСГ ишлаб чиқарилишининг издан чиқиши ва бош мия назоратининг бузилиши ҳисобланади. Доимий стресслар, парҳезнинг бузилиши, жинсий аъзолар инфекцияси албатта тухумдон ишига ҳам таъсир кўрсатади. Тухумдоннинг ўсмалари асосан 40 ёшдан ошганларда аниқланади, бунга сабаб гипоталамус-гипофиз тизими қайта тузилишига боғлиқ[21,24,31,55,65,79,143,145]. Тухумдон касалликлари орасида ўсмасимон тузилмалар ва чин ўсмалар фарқ қилинади. Ўсмасимон тузилмаларга барча ретенцион кисталар киради ва уларнинг учраш даражаси қуйидагича: фолликуляр (73%), сарик тана кистаси (5%), текалютеинли (2%), параовариал (10%), эндометриоид (10%). Ушбу турдаги кисталарда хужайралар пролиферацияси юз бермайди, балки суюқликнинг тутилиб

қолишидан бۆшлиқ пайдо бўлади. Кисталар асосан репродуктив даврда пайдо бўлади, лекин ҳар қандай ёшда, хатто чақалоқларда ҳам кузатилади. Тухумдоннинг чин ўсмали кистомалар учраш даражаси охириги 10 йилликда 6-11%-дан 19-25%-гача ошганлиги кузатилди, улардан 75-87% хавфсиз ўсмалардир[21,65,195.].

I БОБ. ТУХУМДОННИНГ ЭМБРИОГЕНЕЗИ, ТАКОМИЛ ТОПИШИ, ДИФФЕРЕНЦИРОВКАСИ, ЎСМАСИМОН ВА ЎСМАЛИ КИСТАЛАРИ ХАҚИДА ЗАМОНАВИЙ МАЪЛУМОТЛАР

§1.1. Тухумдоннинг эмбриогенези, такомил топиши ва дифференцировкаси ҳақида маълумотлар

Тухумдон ўзаги эмбриогенезнинг 5-хафтасида пайдо бўлади ва унинг манбаси 1) целомик эпителий, 2) мезенхима, 3) сарик танадан миграцияланувчи гоноцитлар ҳисобланади. Целомик эпителий овариал фолликула эпителийсидан пайдо бўлади. Мезенхима ҳосилалари стероид синтезловчи тека тўқима ва тухумдон строма бириктирувчи тўқимасидан пайдо бўлади. Гоноцитлар ҳосиласи овогониянинг I ва II тартибдаги овоцитлар ва ундан етилган тухум хужайралар пайдо бўлади. Дастлабки гонаданинг ўзаги 33-кунлик эмбрионда овал шаклдаги валик кўринишида целомик эпителийнинг қалинлашган тузилмаси кўринишида мезонефроннинг вентрал-медиал юзасида пайдо бўлади. 6-хафтага келиб мезонефрон мезенхимасида целомик эпителий билан биргаликда примордиал герминоген хужайралар тўпланиб бошлайди. 7-8-хафталикгача тухумдон “индифферент” даврни ўтади, кейин гонадада аёллик белгилар пайдо бўлади. 8-12-хафталикда шаклланаётган тухумдоннинг ташқи соҳаси гоноцитлар, целомик эпителий ва прегранулёз хужайралар пролиферацияси ҳисобига катталашади ва улар мезенхимада кенг йўлак кўринишида жойлашади. Прегранулёз хужайралар ноаниқ шакл, тор цитоплазма гиперхромли ядро, гувала кўринишидаги хроматиндан иборат. Ҳомила ичи ривожланишнинг 12-20-хафталарида тухумдон пўстлоғи иккита бўлакчага бўлинади ва улар гоноцитлар ва прегранулёз хужайралар пролиферацияларидан флюгероф жинсий тутамлага айланади ва мағиз қаватининг васкуляризацияланган бириктирувчи тўқимаси билан иккига ажралади. Пўстлоқ қаватининг шаклланишида пролиферацияланаётган примордиал герминоген хужайралар кам сонли прегранулёз хужайраларни ўрай бошлайди. Пўстлоқ қаватига

медуляр тутамлар ўсиб киришида, прегранулёз хужайралар бирламчи герминоген хужайраларни ўраб, примордиал фолликулаларни пайдо қилади. Ультроструктура даражада прегранулёз хужайраларда базал мембрана белгилари пайдо бўлади. Тухумдон стромасида ўртача катталиқдаги, овал шаклдаги базофил ядроли тека хужайралар пайдо бўлади. Тухумдоннинг кейинги шаклланиш давомида жинсий хужайраларнинг бир қисми нобуд бўлиб, примордиал фолликулалар сони кўпаяди, пўстлоқ қават стромаси ривожланиб, етилиб бораётган фолликулалар пайдо бўлади. Фолликулаларнинг етилиши пўстлоқ қаватнинг чуқур қатламлари, яъни мағиз қавати чегарасида юз беради. Фолликулалар етилиши белгиси ҳомиланинг 20-22-хафталигида кузатилади, қачонки гранулёз хужайралар ўлчамлари катталашади. 32-хафталикда нисбатан кичик етилиб бораётган фолликулалар пайдо бўлиб, гранулёз хужайралар қатори 6-8 тага етади. Бу даврда фолликулалар ички тека пардаси аниқ кўринади[17,21,53,57,65,192,463.].

Ҳомиланинг туғулиш даврига келиб тухумдонда гоноцитлар кам қолади, пўстлоқ қават примордиал, мағиз қаватга яқин соҳаларда атрезияланган фолликулалар, айрим жойларида ички парданинг гиперплазияси кузатилади. Бу даврда примордиал фолликулалар сони энг кўп бўлади. Примордиал фолликулаларнинг кўплиги овогонийнинг апоптоз усулида нобуд бўлиши билан бирга кечади. Чақалоқлар тухумдонида барча морфофункционал тузилмалар мавжуд бўлиб, фақат етилган фолликулалар ва сариқ тана бўлмайди. Тухумдонда фолликулалар ва бириктирувчи тўқимали строманинг ривожланиш даражасига қараб: эупластик, гиперпластик, гипопластик турлари фарқ қилинади. Тухумдоннинг асосий морфофункционал тузилмаларининг миқдорий ва сифатий кўрсаткичлари эмбриогенездаги ривожланишига боғлиқ, постнатал даврда неофолликулогенез амалга ошмайди. С.Л. Бачалдин (1994) тадқиқотлари кўрсатишича, етилиб туғилган қиз бола чақалоқларда тухумдон вазни ўртача 207 мг, етилмаган чақалоқларда 100-123 мг бўлади. Морфометрик

ҳисоблашлар натижалари кўрсатишича примордиал фолликулалар етилмаган чақалоқларда етилиб туғилганларга нисбатан кам бўлади: яъни 1500 г – 2 баробар, 700-1000 г – 3,5 баробар. Чала туғилганлар овоцитларида гликоген ва лектин концентрацияси паст бўлади. Юрак-томир патологияси бор оналардан туғилган қиз бола чақалоқларда тухумдон вазни 1,5 баробар юқори бўлиши кузатилади. Нефропатияси бор оналардан туғилганлар тухумдонида фолликулаларнинг кистали ва облитерацияланган атрезия, пўстлоқ қаватда фиброз тўқиманинг гиперплазияси ва гипертекоз кузатилади. Замонавий тушунчалар асосида аёллик гонада ривожланишида биринчи триместр муҳим давр ҳисобланади. Шундан келиб чиқиб, бирламчи ва иккиламчи токсикозларни ўз вақтида даволаш ва профилактика қилиш жинсий хужайраларнинг соғлом ва тўлиқ ҳолда такомил топишига замин яратади[11,18,26,27,80].

Янги туғилган чақалоқларда тухумдоннинг узунлиги 1,5-2 см, кенлиги 0,5 смни ташкил қилади. Ўсмир қизларда менструал давр бошланганда тухумдон узунлиги 3-3,5 см, кенлиги 1,5-2 см га етади. 20 ёшдан кейин тухумдон катталиги 4-4,5, кенлиги 2,5 см етади. Қарияларда иш-фаолиятини тўхтатган тухумдон яна кичиклашади 2х1х0,5 см гача атрофияланади. Чақалоқлар, ўсмир ёшдаги қиз болаларда тухумдоннинг ташқи юзаси силлиқ, репродуктив ёшга келиб юзаси нотекис кўринишга киради, қарияларда чуқур арикчалар пайдо бўлади. Репродуктив ёшда тухумдон кесиб кўрилганда тўқимасида пўстлоқ ва мағиз қаватлари аниқ кўрилади. Пўстлоқ қавати чўзинчоқ шаклли фибробластни эслатувчи хужайралардан иборатлиги, оралиқ моддаси камлиги, коллаген толалар тутамлари кўплиги аниқланади. Пўстлоқ қавати ички соҳасида асосий морфофункционал тузилмалар бўлган фолликулалар кўринади. Халқаро гистологик тасниф бўйича фолликулалар куйидаги турларга, яъни примордиал, бирламчи, иккиламчи ва учламчи фолликулалар. Репродуктив даврда тухумдон пўстлоқ қавати четки қисмида примордиал, чуқур соҳаларида етилган фолликулалар жойлашади. Шунинг учун бу даврда пўстлоқ қават максимал ҳолатда кенлиги, қариликга

келганда юпқалашади. Янги туғилган қизалоқларда примордиал фолликулалар сони 2-4 млн ташкил қилса, пуберат ёшга келиб 400 мингтаси қолади, шулардан охир оқибатда 400 таси овуляция билан тугайди. Примордиал фолликулаларда гранулёз хужайралар кам миқдорда ва майда бўлади. Бирламчи фолликулалар 1-катордаги овоцит ва унинг атрофида бир-нечта қаватли фолликуляр кубсимон хужайралардан ташкил топади. Кейинчалик гранулёз хужайраларнинг ҳам сони, ҳам ўлчамлари катталашади. Улар кубсимон шаклдан цилиндр, кейин эса Колла-Экснер таначаларигача катталашади. Бу даврда тека хужайралари ўлчамлари ҳам катталашади, орасидаги қон томирлар кўпаяди. Фолликуляр хужайралар мукополисахаридлар синтезлайди ва овоцитларни гликолипид ва гликозамингликанлар билан таъминлайди. Овоцит билан фолликуляр эпителий орасидаги *zona pellucida* бу хужайралар орасидаги трофик ва маълумотларни етказиш вазифасини бажаради[9, 30, 39,51].

Фолликула 100-200 мкм катталиқга етганда гранулёз хужайралар орасида суюқлик тўпланади ва фолликула бўшлиғини пайдо қилади. Бу даврда иккиламчи фолликула дейилади. Иккиламчи фолликула атрофидан ички ва ташқи тека тўқима қатлами билан ўралади. Тухумдонда бир вақтнинг ўзида бир-нечта фолликула катталашади, лекин улардан биттаси доминант бўлиб овуляцияга учрайди. Тухумдонда атрезияланган фолликулалар ҳам учрайди. Етилган, ёки везикуляр фолликула диаметри 15-20 мм бўлиб, бўшлиғи суюқлик билан тўлади, гранулёз хужайралар кўп қаватли эпителийга айланади. Фолликула атрофидан бириктирувчи тўқимали парда ички ва ташқи тека парда билан ўралади. Тека хужайралар сариқ тана пайдо бўлишида ўзида сариқ пигмент лютеин пайдо қилиб, текалютеоцитларга айланади. Сариқ тана қон томирларга бой, кучли стероид ишлаб чиқазувчи тўқима ҳисобланади. Шунинг учун сариқ тана эндокрин аъзо сифатида стероид гормон прогестерон синтезлаб иккала тухумдондаги фолликулалар ўсишини тўхтатади. Менструацияда пайдо бўладиган сариқ тана ҳомиладорлик сариқ танасидан 3-4 баробар кичик[21,65,79].

Адабиёт маълумотларида тухумдон стромасининг тузилиши ва таркиби ҳақида бир хил даражали фикр йўқ. Т.Г. Боровой маълумотлари бўйича тухумдон стромаси оддий бириктирувчи тўқимадан ташкил топган ва ундаги ҳужайралар фибробласт ва фиброцитлардан иборат. Бундан ташқари мағиз қаватида силлиқ мушак ҳужайралар ва семиз ҳужайралар ҳам учрайди. Строма ҳужайралари икки хил тузилишга эга: 1) чўзинчоқ шаклли, цитоплазмаси кам фибробластлар, 2) иккинчиси полигонал шаклли, цитоплазмаси кенг, ультраструктура даражада липидларга бой стероид гормон синтезловчи ҳужайралар. Тухумдон пўстлоқ қавати юза соҳаларида строма зич фиброз тўқимадан иборат ва қон томирлари деярлик йўқ. Пўстлоқ қаватининг чуқур жойларида строма сийрак бириктирувчи тўқимадан ташкил топган. Интерстицийсида аморф модда, коллигун ва эластик толалар ҳамда лаброцитлар кўп учрайди. Силлиқ мушак ҳужайраларнинг мавжудлиги, балки примордиал фолликулаларнинг юза қаватга силжишида ва фолликуланинг ёрилишида аҳамиятга эга бўлиши мумкин[10,15,16,54,65].

§1.2. Тухумдон ўсмасимон ва ўсмали кисталари ижтимоий ва назарий аҳамияти, учраш даражаси, турлари ҳақида маълумотлар

Аксарият муаллифларнинг фикрича барча гинекологик касалликлар орасида тухумдон ўсмалари 8% дан 19% гача учрайди. 80% аёллар анамнезида репродуктив даврида ҳеч бўлмаса бир марта тухумдон кистаси аниқланади, шу билан бирга $\frac{1}{4}$ да клиник жиҳатдан намоён бўлади. Аёлларнинг постменопаузал даврида тухумдон ўсмали жараёнлари 3% дан 18% гача учраб турганлигидан, унинг хавfli ўсмага айланишидан эҳтиёт бўлишлари керак бўлади. Аёллардан 5-10% тухумдон ўсмаси бўйича жарроҳлик муолажаси ўтказилади, шундан 13-21% патоморфологик жиҳатдан хавfli ўсма аниқланади. Ҳомиладор аёлларда кўпинча бачадон ортиқлари ўсмалари 3,2% гача аниқланади, шундан патоморфологик текширувда 6,8% хавfli ўсмалиги тасдиқланади. Тухумдоннинг хавфсиз ўсмалар эпидемиологияси аёлларнинг ёшлари бўйича ўзига хослиги

кузатилади. Болалик даврида 65% ўсмасимон тузилмалари функционал кисталардан ташкил топади. Хавфсиз ўсмаларидан 28% герминоген тератомалардан ўсганлиги аниқланади. Хавфли ўсмалари 8%дан ошмайди ва улар асосан дисгерминомалар, яъни эндодермал синус, эмбрионал карцинома ва етилмаган тератомалар эканлиги тасдиқланади[21,24,65,79,149].

Тухумдонда келиб чиқиши бўйича бир-биридан тўлиқ ҳолда фарқ қиладиган иккита гуруҳ: 1) ўсмасимон тузилмалар, яъни булар асосан ретенция жараёни оқибатида пайдо бўладиган хужайралари пролиферацияланиб, кўпаймайдиган ўсмасимон кисталар; 2) чин ўсмали кисталар, яъни келиб чиқиши дисонтогенетик, дисгормонал ва метаплазияланган хавфсиз ўсмали кисталар ҳисобланади. Биринчи гуруҳ ўсмасимон кистали тузилмаларга қуйидагилар киради: фолликуляр, сарик тана, эндометриоид, текалютенли, параовариал кисталар. Иккинчи гуруҳга – цистаденома (муциноз, серозли, серозли-папилляр), дермиод киста (тератома)[21,27,103,107,175].

Тухумдон кисталарининг таснифи мураккаб ҳисобланади, гистогенези ва гистологик тузилиши бўйича қуйидаги турлари фарқ қилинади: 1. Эпителиал ўсмалар (серозли, муцинозли, эндометриоидли). 2. Жинсий тутам стромаси ўсмалари. 3. Липидли хужайралар ўсмалари. 4. Герминоген ўсмалар. 5. Гонадобластома. 6. Тухумдонга хос бўлмаган юмшоқ тўқималар ўсмалари. 7. Таснифланмаган ўсмалар. 8. Иккиламчи метастатик ўсмалар. Ўсмасимон жараёнлар (ҳомиладорлик лютемаси, эндометриоид киста, яллиғланиш жараёнлар, оддий кисталар).

Тухумдон кистали жараёнларининг сабаблари турли-туман омиллар ҳисобланади. 1. Гормонал дисбаланс – бу энг юқори даражадаги хавфли омил ҳисобланади ва уни нотўғри овқатланиш, ортиқча вазн, ёмон одатлар, ва стресс кучайтиради. 2. Гинекологик муолажалар: аборт, патологик туғруқ, кесар кесиш, бачадон ичи спираллар ва нотуғри муолажалар. 3. Асоратланган даражадаги гинекологик касалликлар. 4. Қалқонсимон без ишининг бузилиши. 5. Нотўғри ҳаёт суриш: оғир физик кучланишлар, жинсий

партнерни тез-тез алмаштириш, жинсий хаётни эрта бошлаш, хайз пайти секс билан шуғулланиш, чарчаш ва совуқ қотиш. 6. Сурункали яллиғланишли касалликлар. 7. Тўқималарнинг туғма аномал ривожланиши[10,16,26,54,89].

Айрим олимлар таклифлари бўйича алоҳида атамалар мавжуд, яъни “тухумдоннинг функционал кисталари”, “постменопаузал кисталар”, “ҳомиладорлик даври кисталари”. Тухумдоннинг функционал кисталарига меёрий менструал цикл жараёнида пайдо бўладиган кистали тузилмалар ва бунга фолликуляр, сариқ тана кисталари киради. Бу тузилмалар 3-4 ой давомида сўрилиб йўқолади. Постменопаузал кисталар тухумдон ўз иш фаолиятини тўхтатгандан кейин пайдо бўлади. Бунда, тухумдоннинг чин кистали ўсимталари пайдо бўлади, баъзида хавфли ўсмаларга айланиши мумкин. Айрим ҳолларда тухумдон кисталари ҳомиладорлик даврида аниқланади, адабиётлар бўйича 2% ҳолларда. Кўпинча улар функционал кисталар кўринишида аниқланади[38,65,74].

Аёллар репродуктив ёшида бачадон ортиқлари ўсмалари орасида хавфсизлари устун туради ва улар орасида цистаденома, етилган тератома ва функционал кисталар кўп учрайди. 50 ёшдан ошган аёлларда кўпинча тухумдон ўсмасимон жараёнлари аниқланади. Улар орасида муцинозли ўсмалар, текофиброма, етилган тератома ва эндометриоид кисталар кўп учрайди. Хавфли ўсмаларнинг учраш даражаси перименопауза даврида 13%дан ошмайди, постменопаузал даврида 45%гача етиши мумкин. Ҳомиладор аёлларда тухумдон ўсмалари 0,5 дан 3,4% гача учрайди ва асосан сариқ тана кисталари ривожланади[64,99].

Демак, киста атамаси юнонча κύστις — пуфак дегани, аъзо ва тўқималардаги патологик бўшлиқ бўлиб, девори ва ичидаги нарсадан иборат. Кисталар келиб чиқиши, жойланиши ва пайдо бўлиш даврига қараб ўлчамлари ҳар хил бўлади. Чин ва сохта, туғма ва ортирилган кисталар фарқ қилинади. Пайдо бўлиш механизмига қараб ретенцион, паразитар, травматик, дизонтогенетик ва ўсмали кисталарга ажратилади[21,24,45,65].

Ретенцион кисталар одатда без аъзоларда орттирилган кўринишда ривожланади. Без суюқлигининг тош, ўсимта, яллиғланиш тиқини, чандик ҳисобига димланишидан чиқарув найларининг кенгайишидан пайдо бўлади. Ретенцион киста девори яссиланган эпителий билан қопланганлиги аниқланади. Агар безлар чиқарув найларида ҳомила даврида атрезия ривожланса туғма ретенцион киста ҳосил бўлади[14,18,29].

Рамолицион киста тўқималарнинг қон қуйилиш, яллиғланиш, инфаркт ҳисобига ўчоқли ўлишидан кейин эриш-юмшаш, суюлиши ва ўлган тўқиманинг қайта сўрилишидан пайдо бўлади. Бу кистанинг девори дастлаб ўзи жойлашган тўқимадан кейин эса бириктирувчи тўқимадан ташкил топади. Кўпинча рамолицион киста бош ва орқа миёда, ўсмалар таркибида ҳосил бўлади. Бунга тухумдон сариқ тана кистаси, тиш, суяк фиброзли остит ва остеобластомалардаги кисталар киради[5,6,25,26].

Паразитар кисталар эхинококк, цистицеркнинг пуфакли личинкаси бўшлиқлари кўринишида намоён бўлади.

Травматик кисталар эпителий тўқимаси жароҳатланиб, қоришиб кетишида пайдо бўлади. Қўл кафти ва бармоқларига кучли механик таъсиротлар текганда қопловчи эпителийнинг кўчиши ва пуфаклар пайдо бўлиши мисол бўлади.

Дизонтогенетик кисталар кўпинча туғма кўринишидадир. Эмбрионал даврда тўқималар ривожланиши бузилишида ёриқлар ва найларнинг кистасимон бўшлиқларга айланиши. Бунга простатанинг паранефроид найлари, тер безлар найлари, буйрак найларидан кисталар пайдо бўлиши, тухумдоннинг параовариал, эндометриоид ва дермоид кисталари киради.

Ўсма кисталари, бу – ўсмалар таркибида метаболизм бузилишида ва канцерогенез ривожланишида бир ёки кўп пуфакли бўшлиқларнинг пайдо бўлишидир. Ушбу турдаги кисталар кўпинча безли аъзолар ўсмаларида пайдо бўлади[10,15,21,29,38].

§1.3. Тухумдоннинг ретенцион механизмли ўсмасимон кисталари ҳақида маълумотлар

Тухумдон кисталари таснифи:

1. Фолликуляр киста.
2. Сарик тана кистаси.
3. Тека-лютеинли кисталар.
4. Параовариал киста.
5. Тубоовариал яллиғланишли киста.
6. Эндометриоид киста.
7. Дермоид киста.

Фолликуляр киста – силлиқ ва юпқа деворли, фолликула эпителийси билан қопланган бўшлиқли тузилмадан иборат ва барча ретенцион кисталарнинг 73% ни ташкил қилади. Атрезияланган фолликулада суюқлик тўпланишидан пайдо бўлади. Суюқлиги тиниқ, лимон рангли, киста ўлчамлари 4 смдан 10 смгача катталиқда. Одатда кистага айланаётган фолликула ичида тухум хужайра етилаётган даражада бўлади. Лекин пуфакга айланган фолликула ёрилмайди. Тухум хужайра фолликула ичида қолади. Қачонки бир нечта фолликула етилиб пуфакга айланган бўлса, тухумдонда поликистоз пайдо бўлади. Фолликуляр кисталар одатда эндокрин-метаболик бузилишлари бор, гиперэстрогения ва сурункали ановуляцияга олиб келувчи аёлларда кузатилади. Улар одатда репродуктив ёшда, кам ҳолларда постменопауза даврида учрайди. Киста бўшлиғида суюқликнинг тўпланиши қон томирлардан трансудация ҳисобига ёки гранулез хужайраларнинг секрецияси ҳисобига амалга ошади. Фолликуляр киста атрофида фиброз тўқима ўсади. Фолликула катталашиши жараёнида эпителийси дистрофик жараёнга учраб, кўчиб тушади ва атрофияланади. Натижада киста девори фақат бириктирувчи тўқимадан иборат бўлиб қолиши мумкин ва ичидан ясси ёки кубсимон хужайралар билан қопланади. Тухумдонда бир вақтнинг ўзида бир-нечта кисталар пайдо бўлиши мумкин, улар катталашиб бориб, бир-бири билан қўшилиб, поликистоз ҳолатини пайдо қилади. Фолликуляр кисталар макроскопик жиҳатдан йирик, девори силлиқ ва юпқа, ичида тиниқ-сарик рангли суюқлик ушлаган кистага айланади. Фолликуляр кисталар кўпинча

оёқчасининг айланиб қолиши билан, кистанинг ёрилиши билан, ичига қон қуйилишлар билан асоратланади. Клиник жиҳатдан қорин бўшлиғи пастки соҳасида кучли оғриқ пайдо бўлиши билан, кўнгил айниш ва қусиш билан намоён бўлади. Фолликуляр кисталар эхограммада бир камерали думалок шаклли, тухумдоннинг бир томонида жойлашган, диаметри 2,5 дан 6 смгача бўлган кистадан иборат бўлади[30,32,39,50].

Сариқ тана кистаси, бу – думалок шаклли, девори қалин, бир томонлама, битта бўшлиқдан иборат тузилма. Бўшлиқнинг ички юзаси сариқ рангли бурмали, баъзида қонли кўринишда. Микроскопик кўринишида сариқ тана хужайраларининг алоҳида тўплamlаридан иборат. Ўлчамлари 2 смдан 7 смгача катталиқда. Сариқ тана хужайралари лютеинланиш даврларининг пролиферация, васкуляризация, гуллаш ва орқага қайтиш даврларидан иборат бўлади. Айрим ҳолларда ҳомиладорлик ривожланса, сариқ тана йўқ бўлмасдан кистага айланади. Сариқ тана кистаси одатда икки фазали менструал циклда кузатилади. Одатда бу кисталар сариқ танада лимфа- ва қон айланиши бузилганда ривожланади. Сариқ тана кисталари одатда бир томонлама, ташқарисида пардаси бор, ички юзасидан донадор лютеинли хужайралар билан қопланган, ичида қизғич-сариқ модда ушлаган киста ҳисобланди. Сариқ тана кистаси одатда 2-3та менструал цикл давомида ўз-ўзидан сўрилиб кетади. Сариқ тана кистасининг сабаблари аниқ ўрганилмаган. Кўпинча дисгормонал ҳолатда, лимфа ва қон айланиши бузилишида ривожланади. Кўпинча бепуштлиқ пайтида овуляцияни қўзғатиш учун қабул қилинган дорилар таъсирида пайдо бўлади. Организмга оғир физик кучланиш таъсир қилганда, психик стрессларда, касбий ёмон таъсиротларда, озиқланишнинг бузилишида, оофорит ва сальпингоофоритларда ривожланиши мумкин. Сариқ тана кисталари ички тузилишига қараб икки хил кўринишда учрайди. 1. Бир бўшлиқли – бир томонда тухумдонда пайдо бўлиб, ички юзаси безли эпителий билан қопланади. 2. Кўп бўшлиқли – бир нечта бўшлиқлардан иборат бўлиб, бўшлиқлар бир-бири билан туташган кўринишида, кўпинча йириклашади,

пардаси ёрилади. Бу кисталар одатда ўнг тухумдонда кўп учрайди, бунга сабаб ўнг тухумдоннинг қон билан таъминланиши кучли бўлганлигига боғлиқ. Сарик тана кистаси ривожланиши бир-нечта давр босқичлардан иборат: пролиферация даври – фолликулогенез жараёни ва эстраген синтези кучайишига боғлиқ босқич; васкуляризация – кўп қаватли фолликула эпителийси пролиферацияси ва капиллярлар пайдо бўлиши босқичи; гуллаш даври – бевосита лютеинли кистанинг пайдо бўлиши. Асоратлар камдан-кам ҳолда ривожланади, кўпинча киста бўшлиғига қон қуйилиш, кучли оғрик пайдо бўлиши, кўнгил айниш ва қусиш, қорин девори мушакларининг таранглашиши. Яна бир асорати бу кистанинг буралиб қолиши, тўқимасининг нобуд бўлиши ва атроф тўқималарга тарқалиши кузатилади[84,86,91].

Текалютеинли кисталар гонадотропин ва хорионал гонадотропин кўп ишлаб чиқарилишида лютенизация кучайишидан пайдо бўлади. Улар бевосита фолликулалардан ҳосил бўлади. Тека-лютеинли кисталар кўп пуфакли думалоқ ёки овал шаклли, икки томонлама, девори юпқа, силлиқ, ичида тиниқ суюқлик сақлаган кисталар ҳисобланади. Ушбу кистанинг пайдо бўлиши хорионал гонадотропиннинг кўплигига, тухум ҳужайраининг аномал ривожланишига ёки хориокарцинома мавжудлигига боғлиқ ҳолда пайдо бўлади. Текалютеинли кисталар одатда икки томонлама учрайди. Ушбу кистанинг пайдо бўлишида асосий ўринни хорионал гонадотропин концентрациясининг ошиши ҳисобланади. Шунинг учун трофобласт касаллик ривожланганда, ХГ миқдори ошганда 25-60% ҳолларда текалютеинли кисталар пайдо бўлиши кузатилади. Эгизак ҳомиладорликда агар гестация даврида қандли диабет, гипертензия, преэклампсия ва резус-конфликт мавжуд бўлса текалютеинли киста пайдо бўлишининг хавфи юқори бўлади[21,36,71,75.].

Параовариал киста, бу ретенцион тузилмалар бўлиб, бачадоннинг кенг бойламлари орасида жойлашади. Тухумдон устидаги ортик, бирламчи буйрак усти эмбрионал қолдиқ эпиофорондан пайдо бўлади. Сабаби –

тухумдон усти ортиқларда секрет туриб қолишидан пайдо бўлади. Ўлчамлари 30 смгача катталиққа етади. Параовариал кисталар тухумдоннинг барча ўсмали тузилмаларининг 8-16,4% ташкил қилади. Бу кисталар асосан 20-40 ёшли аёлларда аниқланади. Киста одатда 5-6 см, айрим ҳолларда улкан ўлчамларда бўлиб, қорин бўшлиғини тўлдиради. Макроскопик жиҳатдан думалоқ ёки овал шаклда бўлиб, қаттиқ-эластик концистенцияли, бачадоннинг ёни ёки устида жойлашади. Девори юпқа (1-2мм), томирлар тўри ва бачадон найи туткичидан иборат бўлади. Киста устида одатда бироз чўзилган шаклдаги бачадон найи жойлашади. Киста бўшлиғида сувга ўхшаш тиниқ суюқлик ушлайди. Девори бириктирувчи тўқима, мушак толаларидан иборат бўлиб, ички юзаси цилиндрсимон, кубсимон бир қаторли эпителий билан қопланган бўлади. Параовариал киста катталашса клиник жиҳатдан қорин бўшлиғининг пастидида оғриқ, қориннинг катталашиши билан намоён бўлади [43,44,45,60].

Параовариал яллиғланишли киста, бу – фоллопий найининг грааф фолликуласи яллиғланишида тухумдон ва бачадон найи орасида пайдо бўлади. Яллиғланишли параовариал кистанинг кўп учраши ва ўсиб катталашиши тухумдон ва бачадон ортиқларининг яллиғланишига боғлиқ. Бундан ташқари, эндокрин касалликлар, ҳомиладорликни барвақт тўхтатишда, назоратсиз ҳолда контрацепция қабул қилиш, маҳаллий гипертермия пайтида кузатилади. Одатда бу кисталар унча катта бўлмайди, агар катталашган бўлса кучли санчиқли, кичик тазга тарқаладиган, овуляцияга боғлиқ бўлмаган оғриқ кузатилади[10,15,21].

Эндометриоид киста, бу – эндометриоз оқибатида ривожланадиган ўсмасимон тузилма бўлиб, қаттиқ оқиш-кўкиш пардали, ичидан кўкиш-қилиш ранг кўринадиган, бачадон орқасида, бачадон найлари ва қорин пардаси билан туташган кўринишида аниқланади. Бу киста кўпинча икки томонлама учрайди ва генитал эндометриозда кузатилади. Эндометриоид киста одатда 30-50 ёшли аёлларда, кўпинча бачадон миомаси ва эндометрий гиперплазияси билан бирга ривожланади. Киста ичида шоколад рангли модда

жойлашади. Навбатдаги менструал циклда эндометрий янгиланаётган даврда эндометриал тўқима тухумдонда ҳам пайдо бўлиши эндометриоз дейилади. Агар тухумдоннинг юзасида эндометриал тўқима пайдо бўлса, безлар атрофида фиброз парда пайдо бўлиб, кистага айланади ва менструал қони билан тўлади ва қон қуюқлашиб, жигар рангга айланади, шунинг учун эндометриоид кисталар шоколадли кисталар дейилади. Эндометриоид кисталар пайдо бўлишининг сабаби имплантацион назарияга боғлиқ, яъни ретроград менструация жараёнида, эндометрий хужайралари қон билан бачадон найи, тухумдон ва қорин бўшлиғи тўқималарига миграцияланиши оқибатида ривожланади. Хавфли омиллари сифатида прогестероннинг камайиши, эстроген ва пролактиннинг ошиши, қалқонсимон без ва буйрак усти беzi дисфункцияси ҳисобланади[7,27,33,38.].

§1.4. Тухумдон чин ўсмали кисталари ҳақида маълумотлар

Дермоидли киста, овариал тўқиманинг қўшимча ҳолдаги тузилмаси бўлиб, бу битта бўшлиқли, эпидермисга ўхшаш эпителий билан қопланган, ичида тери ҳосилалари, яъни тиш, ёғ, соч, нерв тўқимаси мавжуд тузилма ҳисобланади. Клиник жиҳатдан дермоид киста ўлчамлари йирик бўлган, қорин соҳасида кучли оғриқ пайдо қиладиган, дисурия ва дефекацияни бузадиган киста ҳисобланади. Дермоид киста яллиғланиш жараёнининг кўшилишига моил, баъзида оёқчаси айланиб қолади.

Дермоид киста етилган тератома, тухумдоннинг хавфсиз ўсмаси ҳисобланиб, овариал кисталарнинг 15-20% ташкил қилади. Дермоид киста одатда думалоқ ёки овал шаклда, диаметри 15 смгача катталиқда бўлади. Кистанинг ички юзаси кўп қаватли эпителий билан қопланади ва ичида эктодерма, эндодерма ва мезодерма маҳсулотлари, яъни ёғ, тер безлари, соч, нерв, суяк тўқимаси аниқланади. Дермоид киста ҳомила даврида тўқималарнинг дифференцировкаси бузилиши ва орқада қолиши оқибатида эмбрионал варақлардан ривожланади. Дермоид киста ҳар қандай ёшда учраши мумкин, болалик, ўсмирлик, репродуктив ва климактерик даврда

ривожланади. Сабаблари хозиргача номаълум бўлиб қолмоқда. Дермоид киста секин ўсади, одатда бир томонлама жойлашади, 1-3 % ҳолатларда ясси эпителийга айланиши мумкин.

Дермоид киста бошланғич даврларида намоён бўлмайди, гинекологик текширувларда тасодифан аниқланади. Унинг клиник намоён бўлиши ўлчамларининг катталашishiга боғлиқ. Киста катталашганда қориннинг пастки соҳасида оғриқ, қориннинг шишиши, қоринда оғир юк бордек сезги кузатилади. Катталашган дермоид киста сийдик пуфагини ва тўғри ичакни босади, тез-тез пешоб келиши, қорин дамланиши ва диарея кузатилади. Дермоид киста гормонал бузилишларга олиб келмайди, менструацияни бузмайди, лекин асоратлар бериши мумкин. Яллиғланиш кўшилганда тана харорати кўтарилади, ҳолсизлик юз беради, қорин оғрийди. Киста буралиб қолганда ўткир пельвиоперитонит, ичак тутқичининг таъсирланиши, хароратнинг кўтарилиши, кучли оёқга ва тўғри ичакга иррадиация берувчи оғриқ бошланади. Дермоид киста ўз вақтида олиб ташланса оқибати яхши. Кистанинг қайтадан пайдо бўлиши жуда кам ҳолларда кузатилади. Агар киста олиб ташланмаса, касалнинг ҳар қандай кўпол харакати хавфли асоратларга, яъни кистанинг буралиб қолишига олиб келади[10, 15, 21, 29, 38, 73, 98, 127.].

Тухумдоннинг хавфсиз кистали эпителиал ўсмалари. Тухумдоннинг барча хавфсиз эпителиал ўсмаларидан серозли ва муцинозли ўсмалари кўп учрайди. Улар барча хавфсиз ўсмаларининг яримини ташкил қилади ва барча ёшдаги аёлларда учрайди. Серозли ўсмалари муцинозликлардан кўпроқ учраб, кўпинча 30-55 ёшлиларда, муцинозли ўсмалар эса 40-60 ёшли аёлларда учрайди. Серозли ўсмаларидан аксарият ҳолларда цистаденома, яъни цилиоэпителиал кистама ва папилляр цистаденома кўп учрайди[77,89,114].

Серозли цистаденома кўпинча бир томонлама, битта бўшлиқли, девори силлиқ ҳолда учрайди. Катталиги 3-30 смгача бўлади. Ичида тиниқ серозли сомон рангли суюқлик ушлайди. Деворининг ички юзаси бир қаватли кубсимон, баъзида яссиланган, кам ҳолларда цилиндрсимон эпителий билан

қопланган бўлади. Киста ташқи пардаси одатда қаттиқ толали тузилишга эга[22,76].

Кўпол сўргичли цистаденома (кистома). Унинг девори ички юзасида қаттиқ тугинли сўргичлар борлиги аниқланади, унинг асосида зич бириктирувчи тўқимали строма мавжудлиги кузатилади. Сўргич ва пиллакчалар юзаси цилиоэпителийли ҳужайралар билан қопланади.

Папилляр цистаденома кўпинча кўп бўшлиқли тузилишга эга бўлади. Унга хос нарса юмшоқ сўргичли тузилмалар борлиги ҳисобланади ва улар барча бўшлиқларни тўлдириб гул қарамга ўхшайди. Бошқа ҳолатларда кўп сонли сўгалли тузилишга эга бўлади. Сўргичлари оҳакланган қаттиқ тузилишга эгаллиги кузатилади. Ушбу цилиоэпителиал кисталар кўпинча икки томонлама бўлади. Ичидаги суюқлиги сарик, жигаррангли суюқликдан иборат. Кўпинча сўргичли тузилмалар нафақат ички юзасида, балки ташқи юзасида ҳам мавжудлиги аниқланади. Кўп сонли сўргичлар ҳужайраларга ва томирларга бой юпқа асоси бириктирувчи тўқимадан иборат тузилмалардан ташкил топади. Қопловчи эпителийси бир қаватли бўлиб бачадон найи эпителийсини эслатади. Киста стромасида псамомм таначалар топилади. *Юзаки папиллома* кам учрайди. Микроскопик жиҳатдан сўргичли тузилишга эга, кўпинча икки томонлама учрайди, одатда ўлчамлари йирик тухумдон юзасида жойлашади, баъзида тухумдонни тўлиқ ўраб олади. Унинг гистологик тузилиши папилляр кистомага ўхшайди. Дифференциал диагностикасида микропапиллоз тузилишини инобатга олиш керак, у кўпинча қарияларда учрайди. Микропапиллозда сўргичлар жуда майда, шохланган, тухумдон юзасида жойлашган ва серозли мезотелий билан қопланган ҳолатда[22,76,92].

Серозли аденофиброма, цистаденофибромага ўхшаб, нисбатан кам учрайдиган ўсмаларга киради. Одатда фиброзланиб ўзгарган тухумдон кўринишида намоён бўлиб, майда аденофибромадан ташкил топади ва тухумдоннинг пўстлоқ қаватида жойлашади. Баъзида ушбу ўсма йўғон оёқчада жойлашган бўлиб, тухумдон юзаси билан бирикган ҳолатда бўлади.

Баъзида аденофиброма кистали тузилмалар билан бирга ривожланганлиги аниқланади. Бундай ўсмалар одатда кичик тузилишга эга бўлади, камдан-кам ҳолларда диаметри 20 смга етади. Ўсмининг қаттиқ жойи фиброма тузилишига эга, орасида безли тузилмалари мавжуд, айримлари кенгайган кисталарни пайдо қилиб, цилиндрсимон эпителий билан қопланган бўлади. Муцинозли ўсмалар орасида 3-та асосий гуруҳ фарқ қилинади. Биринчисига муциноз ўсмалар кириб, мюллеров безларидан пайдо бўлади. Иккинчи гуруҳга муцинозли кистомалар киради ва улар Бреннер ўсмалари билан бирга ўсади. Учинчи гуруҳ ўсмаларининг манбаси ичак типидagi эндодермал эпителий ҳисобланади. Унинг тератоидли генези ундаги қадохсимон ва энтерохромаффин ҳужайраларнинг борлиги билан тасдиқланади. *Муцинозли цистаденома* муциноз ўсмаларнинг энг кўп учрайдиган тури бўлиб, ҳам бир томонлама, ҳам икки томонлама жойлашади ва 10% ҳолларда аниқланади. Унинг ўлчами 15-30 см, баъзида 50 смгача катталиқда бўлиб, думалоқ ёки овал шаклли кўп камерали тузилишга эга бўлади. Деворининг ички юзаси бир қаватли цилиндрсимон эпителий билан қоплангандир ва цервикал канал эпителийсига ўхшайди. Муцинозли цистаденома эпителийсига хос белги, у шилимшиқ модда, яъни муцин ишлаб чиқаради. Бу муцин муцикармин, альцианли кўки билан ва ШИК реакцияси билан мусбат бўялади. Папилляр муцинозли цистаденома баъзида псевдопапилляр муциноз тузилишга эга бўлиб, ярим ҳолатларда икки томонлама жойлашади. Деворининг ички юзасида сўргичли тузилмалар аниқланиб, гул карамга ўхшаш тузилишга эга бўлади. Деворининг ички юзасини қоплаган эпителий бир хил тузилишга эга бўлиб, унда қадохсимон ҳужайралар, ядроси чўзинчоқ ҳужайралар учрайди. Ушбу ҳужайралар шилимшиқ модда синтезлайди ва цитоплазмаси муцин билан тўлган ҳолатда учрайди[22,76,92].

Тухумдоннинг муцинозли ўсмалари кўпинча қорин бўшлиғининг псевдомиксомаси билан асоратланади. Унинг ривожланиш механизми қуйидагича, яъни атроф тўқима шилимшиқ модда билан шимилиб, баъзида

киста бўшлиғи ёрилиб тарқалади. Киста деворида яллиғланиш ривожланган бўлса псевдоксантом хужайралар пайдо бўлиши кузатилади. Ушбу хужайралар овал ва полигонал шаклда бўлиб, цитоплазмаси оч ёки эозинофил бўялган бўлиб, ядроси унча катта бўлмайди. Ушбу хужайралардан баъзида хавфли ўсма малигнизацияланади. Стромасидаги лютеинланган хужайралари гормонал фаол ҳолатда бўлиб, ўзида липидлар ушлайди ва стероидлар синтезида иштирок этади. Ушбу хужайралар эндокрин хусусиятга эга бўлиб, бачадондан қон кетиши, безларнинг гиперплазияланиши ва бачадон найида пролифератив жараёнлар ривожланиши билан намоён бўлади ва бундай ўсмалар “стромаси фаол функцияланадиган ўсмалар” дейилади[101,113,121].

Тухумдонда оч хужайрали хавфсиз ўсмаси фавқулодда кам учрайди ва аденофиброма ёки цистаденофиброма кўринишида намоён бўлади. Ҳар хил катталиқдаги киста бўшлиқлари, девори бир қаватли, оч хужайрали, цитоплазмаси гликогенга бой эпителий билан қопланган бўлади. Бу турдаги кистали ўсмасимон тузилмалар тухумдоннинг хавфсиз ўсмалари орасида бор-йўғи 1% ташкил қилади ва Бреннер ўсмаси дейилади. Бреннер касаллиги аёлларда клиник жиҳатдан белгисиз давом этади ва кўпинча беҳосдан аниқланади. Ҳар хил ёшдаги аёлларда, хатто қиз болаларда ҳам учрайди. Тухумдондаги киста бўшлиқларининг ўлчамлари 2 мм дан катта кишининг бошидай келади. Кўпинча бир томонлама, думалоқ ёки овал шаклда, чегараси пардасиз, ёғочга ўхшаш қаттиқ, оқ ёки оқич тусда. Кесиб кўрилганда ўсма таркибида кўп сонли майда кисталар, айрим ҳолларда кўп сонли йирик кисталар ва уларнинг ичида шилимшиқ модда аниқланади. Ушбу Бреннер ўсмаси баъзида бошқа ўсимталар билан бирга келади, кўпинча муциноз цистаденома билан. Гистологик жиҳатдан ўсманинг бириктирувчи тўқимали қисми чўзилган шаклли хужайралар ва коллаген толалардан ташкил топган. Айрим ҳолларда ўсмада хужайралари кўп бўлади ва тухумдон стромасини эслатади. Кўпинча строма таркибида гиалинозга учраган ўчоқлари борлиги ва улар эпителийли инлар атрофидалиги

аниқланади. Ўсманинг эпителийли қисми асосан думалоқ цитоплазмаси оқиш, гликогенга бой ҳужайраларнинг қуш инига ўхшаш ёки устинсимон тузилишга эга ўчоқлардан ташкил топганлиги ва улар пешоб йўллари эпителийсига ўхшашлиги аниқланади. Эпителий ҳужайрали тўпламларнинг аксариятида бўшлиқ пайдо бўлганлиги, девори кубсимон ёки цилиндирсимон эпителий билан қопланганлиги ва муциноз эпителийга ўхшашлиги кузатилади. Майда кисталар бўшлиғи гомоген эозинофилли модда билан тўлганлиги, йирик бўшлиқларда эса бу модданинг ранги бироз оқарганлиги аниқланади[21,65,117].

1967 йил Scully R.E. и Barlow J.F. оч ҳужайрали киста ва ўсмаларнинг мезонефрал гистогенезини қоралаб, унинг эндометриоз билан боғлиқлик томони кўп деб тасдиқлашган. Клиник-морфологик тадқиқотлар натижаси кўрсатишича оч ҳужайрали ўсма кўпинча эндометриоз ўчоқларидан бошланади ва кўпинча эндометриоз билан бирга ривожланади (Kurman K.J., Craig J.M., а также Czernobilsky B. с соавт. и др.).

Бреннер ўсмаси –бу тухумдоннинг фиброэпителиал кистали тузилмаси. Бу ўсма тошдай қаттиқ, гормонал фаоллик намоён қилувчи, кўпинча полисерозит билан асоратланувчи ўсма ҳисобланади. Касаллик белгиларсиз бошланади, клиник жиҳатдан ҳам намоён бўлмайди. Касаллик бошлангандан кейин бирин-кетинлик билан эпигастрал дискомфорт, таз бўшлиғида оғриқ, қорин дамланиши, қориннинг катталашиши, нафас олиш қийинлашиши, ҳолсизлик ва ишдан қолиш кузатилади. Агар ўсма гормонал фаол бўлса феминизация, баъзида маскулинизация беради. Бреннер ўсмаси гинекология амалиётида кўпинча ўзгарувчан ҳужайрали овариал ўсма сифатида ҳисобга олинади. Бу касаллик фолликуляр оофорема сифатида немец патологи номига қўйилган (1907). Ушбу ўсимта ҳар қандай ёшда пайдо бўлиши мумкин. Унинг ўрни тухумдоннинг барча ўсмалари орасида 0,5-2% ташкил қилади ва 95-98% хавфсиз ўсма кўринишида юзага чиқади. 93-95% ҳолларда бир томондаги тухумдон касалланади, 30% ҳолларда бошқа касалликлар билан қўшилиб келади.

Бреннер ўсмасининг сабаби бошқа ўсмаларга ўхшаб, номаълумлигича қолмоқда. Кўп ҳолларда сабаби сифатида абсолют ва нисбий жиҳатдан гиперэстрогения ҳолат ҳисобга олинади. Клиник жиҳатдан Бреннер ўсмаси мавжуд аёлларда ҳомиладорлик ва туғруқ узоқ вақт, яъни 35 ёшгача бўлмайди, репродуктив давр ҳам кеч бошланади. Агар ҳомиладорлик пайдо бўлса лактация қисқа вақт давом этади, кўпинча аборт билан тугайди.

ВОЗ маълумотлари бўйича Бреннер ўсмаси диагностикасида учта форма фарқ қилинади: хавфсиз формаси – ҳужайралар кучли пролиферацияга учрайди, лекин атипия кузатилмайди; чегара типигаги ўсма – хавфли ўсмага айланиш потенциали паст, кўпроқ пролиферацияланишга ва атроф тўқималарга ўсиб кириш хусусиятига мойил. Ўсма бир камерали ёки кўп камерали бўлиши мумкин, ҳар доим ҳам ичида сўрғичли тузилмалар мавжуд бўлади. Чегара типигаги фиброэпителиома, серозли ва муцинозли ўсмалардан фарқи метастазлар бермайди; хавфли формаси – ҳужайралар дифференциалланишининг бузилиши, назоратсиз кўпайиши, атроф тўқималарга ўсиб кириши билан фарқ қилади. Хавфли фиброэпителиома морфологик жиҳатдан ҳам кистозли, ҳам солидли стромаси фиброзланган тузилишга эга бўлади. Чегара типигаги ва хавфли фиброэпителиома FIGO ва TNM халқаро тасниф бўйича ривожланиш даражаси бўйича баҳолаш қабул қилинган. Биринчи даври TNM бўйича– T1N0M0-да фақат тухумдоннинг ўзи зарарланади; иккинчи даври (T2N0M0) – қорин бўшлиғи пардаси ва кичик тазга тарқалган бўлади; учунчи даври - T3N0M0 ёки T1-3N1M0-да регионар лимфа тугунлар, жигар пардаси ва талоқ зарарланган бўлади; тўртинчи даври T1-3N0-1M1 –да бошқа аъзолар ва периферик лимфа тугунлар ҳам зарарланади[10,15,21,29].

Клиник жиҳатдан Бреннер ўсмаси агар кичик ўлчамларда бўлса намоён бўлмайди, гинекологик текширувларда тасодифан аниқланади. Агар ўсма эстрогенли фаолликда бўлса аёлда меноррагия ва метроррагия кузатилади, ёш қизларда эса ўз вақтидан олдин ривожланиш кузатилади. Агар Бреннер ўсмаси андроген синтезловчи турда бўлса аёлда аменорея, олигорея,

бепуштлик, вирилизация, пастки жағ остида туклар ўсиши, кўкрак безининг ривожланмаслиги, клиторнинг гипертрофияланиши кузатилади. Кўпинча Мейгс учлиги, яъни полисерозит, ҳолсизлик, тез чарчаш, нафас бўғилиши, юрак уриши кузатилади. Фиброэпителиома бошқа овариал ўсмаларга ўхшаб буралиб қолиш билан асоратланади. Хавфли ўсмага айланган формаси кўпинча жигар, ўпка, суяк ва бош мияга метастазлар бериш билан асоратланади.

Хулоса

Демак, киста атамаси юнонча κύστις — пуфак дегани, аъзо ва тўқималардаги патологик бўшлиқ бўлиб, девори ва ичидаги суюқликдан иборат. Кисталар келиб чиқиши, жойланиши ва пайдо бўлиш даврига қараб ўлчамлари ҳар хил бўлади. Чин ва сохта, туғма ва орттирилган кисталар фарқ қилинади. Пайдо бўлиш механизмига қараб ретенцион, паразитар, травматик, дизонтогенетик ва ўсмали кисталарга ажратилади. Ретенцион кисталар одатда без аъзоларда орттирилган кўринишда ривожланади. Без суюқлигининг тош, ўсимта, яллиғланиш тиқини, чандиқ ҳисобига димланишидан чиқарув найларининг кенгайишидан пайдо бўлади. Ретенцион киста девори яссиланган эпителий билан қопланганлиги аниқланади. Агар безлар чиқарув найларида ҳомила даврида атрезия ривожланса туғма ретенцион киста ҳосил бўлади. Рамолицион киста тўқималарнинг қон қуйилиш, яллиғланиш, инфаркт ҳисобига ўчоқли ўлишидан кейин эриш-юмшаш, суюлиши ва ўлган тўқиманинг қайта сўрилишидан пайдо бўлади. Бу кистанинг девори дастлаб ўзи жойлашган тўқимадан кейин эса бириктирувчи тўқимадан ташкил топади. Кўпинча рамолицион киста бош ва орқа мияда, ўсмалар таркибида ҳосил бўлади. Бунга тухумдон сариқ тана кистаси, тиш, суяк фиброзли остит ва остеоластомалардаги кисталар киради. Паразитар кисталар эхинококк, цистицеркнинг пуфакли личинкаси бўшлиқлари кўринишида намоён бўлади. Травматик кисталар эпителий тўқимаси жароҳатланиб, қоришиб кетишида пайдо бўлади. Қўл кафти ва бармоқларига кучли механик таъсиротлар текганда қопловчи эпителийнинг кўчиши ва

пуфаклар пайдо бўлиши мисол бўлади. Дизонтогенетик кисталар кўпинча туғма кўринишидадир. Эмбрионал даврда тўқималар ривожланиши бузилишида ёриқлар ва найларнинг кистасимон бўшлиқларга айланиши. Бунга простатанинг паранефроид найлари, тер безлар найлари, буйрак найларидан кисталар пайдо бўлиши, тухумдоннинг параовариал, эндометриоид ва дермоид кисталари киради. Чин ўсмали кисталар, бу – ўсмалар таркибида метаболизм бузилишида ва канцерогенез ривожланишида бир ёки кўп пуфакли бўшлиқларнинг пайдо бўлишидир. Ушбу турдаги кисталар кўпинча безли аъзолар ўсмаларида пайдо бўлади. Тухумдоннинг ўсмасимон кисталари кўпинча суюқлигининг димланиши, яъни ретенцияси оқибатида пайдо бўлади ва қуйидаги турлари фарқ қилинади. *Фолликуляр киста* – силлиқ ва юпқа деворли, фолликула эпителийси билан қопланган бўшлиқли тузилмадан иборат. Атрезияланган фолликулада суюқлик тўпланишидан пайдо бўлади. Суюқлиги тиниқ, лимон рангли, киста ўлчамлари 4 смдан 10 смгача катталиқда. *Сариқ тана кистаси*, бу – думалоқ шаклли, девори қалин, бир томонлама, битта бўшлиқдан иборат тузилма. Бўшлиқнинг ички юзаси сариқ рангли бурмали, баъзида қонли кўринишда. Микроскопик кўринишида сариқ тана хужайраларининг алоҳида тўпламларидан иборат. Ўлчамлари 2 смдан 7 смгача катталиқда. Сариқ тана хужайралари лютеинланиш даврларининг пролиферация, васкуляризация, гуллаш ва орқага қайтиш даврларидан иборат бўлади. *Тека-лютеинли кисталар* гонадотропин ва хориал гонадотропин кўп ишлаб чиқарилишида лютеинизация кучайишидан пайдо бўлади. Улар бевосита фолликулалардан ҳосил бўлади. Тека-лютеинли кисталар кўп пуфакли думалоқ ёки овал шаклли, икки томонлама, девори юпқа, силлиқ, ичида тиниқ суюқлик сақлаган кисталар ҳисобланади. *Параовариал киста*, бу ретенцион тузилмалар бўлиб, бачадоннинг кенг бойламлари орасида жойлашади. Тухумдон устидаги ортиқ, бирламчи буйрак усти эмбрионал қолдиқ эпифорондан пайдо бўлади. Сабаби – тухумдон усти ортиқларда секрет туриб қолишидан пайдо бўлади. Ўлчамлари 30 смгача катталиқга етади.

Эндометриоид киста, бу – эндометриоз оқибатида ривожланадиган ўсмасимон тузилма бўлиб, каттиқ оқиш-кўкиш пардали, ичидан кўкиш-килиш ранг кўринадиган, бачадон орқасида, бачадон найлари ва қорин пардаси билан туташган кўринишида аниқланади. Киста ичида шоколад рангли модда жойлашади. *Дермоид киста*, бу битта бўшлиқли, эпидермисга ўхшаш эпителий билан қопланган, ичида тери ҳосилалари, яъни тиш, ёғ, соч, нерв тўқимаси мавжуд тузилма ҳисобланади[9,30,39].

Ушбу муаммода тухумдон кисталарининг учраш даражаси, ёшга ва репродуктив анамнезга боғлиқлиги, хавфли омиллари, гистогенези, морфогенези ва кистанинг пайдо бўлишидаги морфологик ўзгаришлари тўлиқ ўрганилмаган. Фолликуляр кистанинг балоғат ёшида ва ёш аёлларда пайдо бўлиш механизмлари, яъни фолликуланинг овуляцияланишининг бузилиши ва тухумдондаги маҳаллий морфологик ўзгаришлар муаммо бўлиб қолмоқда. Фолликуляр киста пайдо бўлишида, бўшлиқнинг ички юзасини қоплаган ҳужайралар нима сабабдан атрофияланади, агар фолликуляр киста кичик бўлса, уни қоплаган гранулез ҳужайралар гормонал фаол ҳолатда бўлиши ўрганилмаган. Ўсмир ёшдаги қиз болаларда жинсий ривожланиш эрта бошланса гиперэстрагенли фолликуляр кисталар пайдо бўлиши ҳам кам ўрганилган. Гиперэстрогенли фолликуляр кисталар кўпинча бир фазали менструал циклда юз беради ва бўшлиғида суюқликнинг йиғилиши қон томирлардан трансудация ва гранулез эпителийнинг секрецияси ҳисобига амалга ошади. Сарик тана кистаси пайдо бўлишида, нима учун регрессия бўлмаслиги, сарик тана марказида қон айланишининг бузилиш сабаблари ва геморрагик суюқлик йиғилиши номаълумлигича қолмоқда. Аслида сарик тана кистаси белгисиз кечиб, 2-3 ойда қайта сўрилиб кетади. Лекин, айрим ҳолларда нима сабабдан кистанинг ёрилиши ва қон қуйилиши ва ўткир қорин оғриғи бошланиши тўлиқ ўрганилмаган[21,28,65,192].

Параовариал кисталар нима учун бачадон найи тутқичидан, бирламчи буйрак найларининг эмбрионал қолдиқларидан, кўпинча 30 ёшгача бўлган аёлларда ривожланишининг морфогенези тўлиқ ўрганилмаган. Параовариал

кисталар жойланиши, гистогенези, деворида икки қаватли томирли тўр мавжудлиги, секин ривожланиши ҳақидаги маълумотлар охиригача ўрганилмаган. Дермоид кисталар аслида хавфсиз тератомалардир, улар дифференцировкаси якунланмаган ҳар хил тўқималардан иборат, яъни тери, ёғ, соч, нерв, суяк ва тишлардан ташкил топиб, шилимшиқ моддага аралашган, атрофидан қаттиқ ва қалин парда билан ўралган бўлади. Дермоид кисталарнинг нима сабабдан ёш қизларда учраши, тухумдондан ривожланиш гистогенези ва морфогенези тўлиқ ўрганилмаган. Муциноз ва псевдомуциноз кисталарнинг тўқималар оралиғи моддасидан пайдо бўлиши, нима сабабдан бир-нечта бўшлиқлардан иборатлиги ва кўпинча малигнизацияга учрашлиги муаммолари ечилмаган. Эндометриоид кисталар пайдо бўлишида, нима учун эмбрион ўсадиган эндометрий безлари агрессив ҳолатга ўтиб тарқалади ва тухумдонда “шоколадли” кисталар пайдо қилиши ҳозиргача тўлиқ ўрганилмаган.

Тухумдонда ўсмасимон ва ўсмали жараёнларнинг гистогенези, морфогенези, бошқа аъзо ва тўқималардан ривожланадиган ўсмаларнинг келиб чиқишидан фарқ қилади ва турли-туманлиги билан ажралиб туради. Тухумдоннинг эмбриогенезида тўқима ва хужайра тузилмалари дифференциалланишининг ўзига хослигидан келиб чиқиб, тухумдонда пайдо бўладиган ўсмасимон ва ўсмали жараёнларнинг келиб чиқишида камида олтида хужайравий компонент мавжудлигини эътиборга олиш керак. Бундан ташқари, эмбриогенез даврида тухумдоннинг атрофида бир қанча рудиментар тузилмалар мавжудлиги ҳам ўсмаларга асосий манба бўлиб ҳисобланади. Шунинг учун тухумдон ўсмалари келиб чиқиш манбаларини ҳисобга олган ҳолда учта гуруҳ ўсмалар фарқ қилинади: тухумдоннинг меёрий тузилмалари, эмбрионал қолдиқлар, постнатал даврда ўсиб кўпайган тўқималар ва гетеротопияли тўқималардан ўсувчи ўсмалар[37,40,54].

II-БОБ. МАТЕРИАЛ ВА УСУЛЛАР

Охирги 10 йил давомида (2011-2021йй) ЎзР ССВ Республика патологик анатомия маркази биопсия ташхислаш бўлимида ва Республика шошилишч тиббий ёрдам илмий маркази Андижон филиали гинекология бўлимида текширувдан ўтган гинекологик биопсия, яъни тухумдон кисталари ретроспектив усулда таҳлил қилинди. Бунда, биопсия йўлланмасидаги клиник-анамнестик ва патологоанатомик маълумотлар ўрганилди. 10 йил давомида Республика патологик анатомия маркази ва Республика шошилишч тиббий ёрдам илмий маркази Андижон филиали гинекология бўлимида текширувдан ўтган жами 1492 та тухумдон кистаси бўйича жарроҳлик операциясида олиб ташланган материал ҳар томонлама таҳлил қилинди. 1492та ҳолат барчасининг йўлланма варағи, парафинли ғишчалари ва гистологик препаратлари йиғиб олиниб ўрганилди. Аксариятининг парафинли ғишчаларидан қайтадан гистологик препаратлар тайёрланиб, гематоксилин-эозин бўёғида бўялди ва микроскоп остида ўрганилди. Улардан 1182 тасида (79,2%) ўсмасимон кисталар ва 310 тасида (20,8%) ўсмали кисталар мавжудлиги аниқланди. Уларнинг ҳар бир гуруҳини аёллар ёши бўйича тақсимлаб ўрганилганда, қуйидаги жадвалда кўрсатилган маълумотлар олинди. Ўсмасимон кисталардан фолликуляр киста энг кўп учраганлиги, кейинги ўринда сариқ тана кистаси, эндометриоид киста кўп учраганлиги кузатилди (2.1-жадвалга қаранг).

2.1-жадвал

Тухумдон ретенцион кисталар номи, сони ва фоизи ҳақида маълумотлар

№	Ретенцион кисталар номлари	сон	%
1	Фолликуляр киста	375	31,7%
2	Сариқ тана кистаси	234	19,8%
3	Текалютеинли киста	130	11,0%
4	Параовариал киста	136	11,6%
5	Эндометриоид киста	219	18,5%

6	Дермоид киста	88	7,4%
	Жами	1182	100%

Ушбу тухумдоннинг ретенцион ўсмасимон кисталарининг аёллар ёш гуруҳлари бўйича учраш даражаси қуйидаги жадвалда келтирилган. Маъумотларни таққослаш осон бўлиши учун, аёллар ёш гуруҳлари бўйича ўсмасимон кисталар учраш даражаси фоизларда кўрсатилган (2.2-жадвалга қаранг).

2.2-жадвал

Аёллар ёш гуруҳлари бўйича ўсмасимон кисталар учраш даражаси фоизларда кўрсатилган

№	Тухумдон кисталар номлари	Ёш гуруҳлари						
		9-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	> 60
1	Фолликуляр киста	60,0%	42,4%	47,8	32,6%	17,4%	13,8%	3,6%
2	Сарик тана кистаси	17,2%	21,2%	22,6	24,1%	14,5%	12,3%	16,0%
3	Текалютеин киста	-	6,0%	9,0%	12,5%	13,9%	9,2%	12,5%
4	Параовариал киста	22,8%	13,6%	9,1%	7,9%	11,9%	26,1%	17,8%
5	Эндометриоид киста	-	9,1%	5,1%	17,2%	31,6%	32,3%	39,3%
6	Дермоид киста	-	7,6%	6,5%	5,7%	10,6%	6,1%	10,7%

Тадқиқот натижаларини статистик қайта ишлаш «Statistica for Windows 7,0» персонал компютерининг амалий дастур пакетидан фойдаланилган ҳолда амалга оширилди.

Тадқиқотимизнинг мақсадига эришиш учун Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази Андижон филиали гинекология бўлимида ва Республика патологик анатомия марказидан 2011 йилдан 2021 йиллар оралиғида бўлган патогистологик текширишлар учун юборилган ва аёллар кистоз касаллиги бўйича олиб ташланган тухумдон – материаллар йиғилди, тухумдон фолликуляр кистасининг локализацияси, морфогенези ва

морфологик кўринишини ўрганиш бўйича проспектив тадқиқот ўтказилди. Қуйидаги тадқиқот усулларида фойдаланилган: патологик ўрганишнинг ретроспектив усули; тухумдон кисталарининг локализацияси, макроскопик параметрларини аниқлаш учун олиб ташланган тухумдонларни визуал текшириш; материални умумморфологик текшириш учун – гематоксилин-эозин бўёғидан фойдаланилади. Бунда 10 йил давомида Республика патологик анатомия маркази биопсия ташҳислаш бўлимида ва Республика шошилиш тиббий ёрдам илмий маркази Андижон филиали гинекология бўлимида текширувдан ўтган тухумдон киста касаллиги диагнози қўйилган материал кўтарилди. Яъни, барча биопсия материалининг йўлланмалари, парафин ғишчалари ва гистологик препаратлар йиғиб олинди. Аксарият ҳолларда парафинли ғишчалардан қайтадан гистологик препаратлар тайёрланиб, гематоксилин-эозин бўёғида бўялди. Гистологик препаратлар махсус гистологик тасвирни кўрсатадиган монитор ўрнатилган микроскопда кўрилиб, ўрганилди ва керакли соҳалари микрорасми олинди. Расмлар компьютерга кўчирилиб, ҳар бир ҳолатда кисталарнинг тўқима тузилмалари ўрганилди ва кистанинг морфогенези аниқланди.

III-БОБ. АЁЛЛАР ЁШ ГУРУХЛАРИ БЎЙИЧА ТУХУМДОНДА УЧРАЙДИГАН ЎСМАСИМОН КИСТАЛАР ВА КИСТАЛИ ЭПИТЕЛИАЛ ЎСМАЛАРНИНГ УЧРАШ ДАРАЖАСИ ВА БИР- БИРИГА НИСБАТАН ТАҚҚОСИЙ МАЪЛУМОТЛАРИ

Охирги 10 йил давомида (2011-2021йй) ЎзР ССВ Республика патологик анатомия маркази биопсия ташҳислаш бўлимида ва Республика шошилиш тиббий ёрдам илмий маркази Андижон филиали гинекология бўлимида текширувдан ўтган гинекологик биопсия, яъни тухумдон кисталари ретроспектив усулда таҳлил қилинди. Бунда, биопсия йўлланмасидаги клиник-анамнестик ва патологоанатомик маълумотлар ўрганилди. 10 йил давомида Республика патологик анатомия марказидан ва Республика шошилиш тиббий ёрдам илмий маркази Андижон филиали гинекология бўлимида текширувдан ўтган жами 1492 та тухумдон кистаси бўйича жарроҳлик операциясида олиб ташланган материал ҳар томонлама таҳлил қилинди. 1492та ҳолат барчасининг йўлланма варағи, парафинли ғишчалари ва гистологик препаратлари йиғиб олиниб ўрганилди. Аксариятининг парафинли ғишчаларидан қайтадан гистологик препаратлар тайёрланиб, гематоксилин-эозин бўёғида бўялди ва микроскоп остида ўрганилди. Улардан 1182 тасида (79,2%) ўсмасимон кисталар ва 310 тасида (20,8%) ўсмали кисталар мавжудлиги аниқланди. Уларнинг ҳар бир гуруҳини аёллар ёши бўйича тақсимлаб ўрганилганда, қуйидаги жадвалда кўрсатилган маълумотлар олинди.

3.1 ва 3.2-жадвалда келтирилган кўрсаткичларни таҳлил қиладиган бўлсак қуйидаги маълумотлар аён бўлади. Фолликуляр кистанинг учраш даражаси аёллар ёши катталашган сари кескин камайиб боради. Биринчи ёш гуруҳда барча ўсмасимон кисталарнинг 60 фоизини ташкил қилган бўлса 30-39 ёшлилар гуруҳига келиб икки баробар камайгани, 50-59 ёшлилар гуруҳида эса 6 баробар ва 60дан ошганлар гуруҳида бор-йўғи 3,6% учрашлиги кузатилади. Демак, ёш аёллар тухумдонида аксарият ҳолларда фолликуляр кисталар учраса, аёлларнинг ёши ўтган сари тухумдонида фолликуляр киста

миқдори камайиб, ўрнига бошқа турдаги кисталар учраш даражаси ортиб боради. Ушбу маълумотлар расм тасвирда яхши ва тушунарли кўринишда аён бўлади (3.1- расмга қаранг).

3.1-жадвал

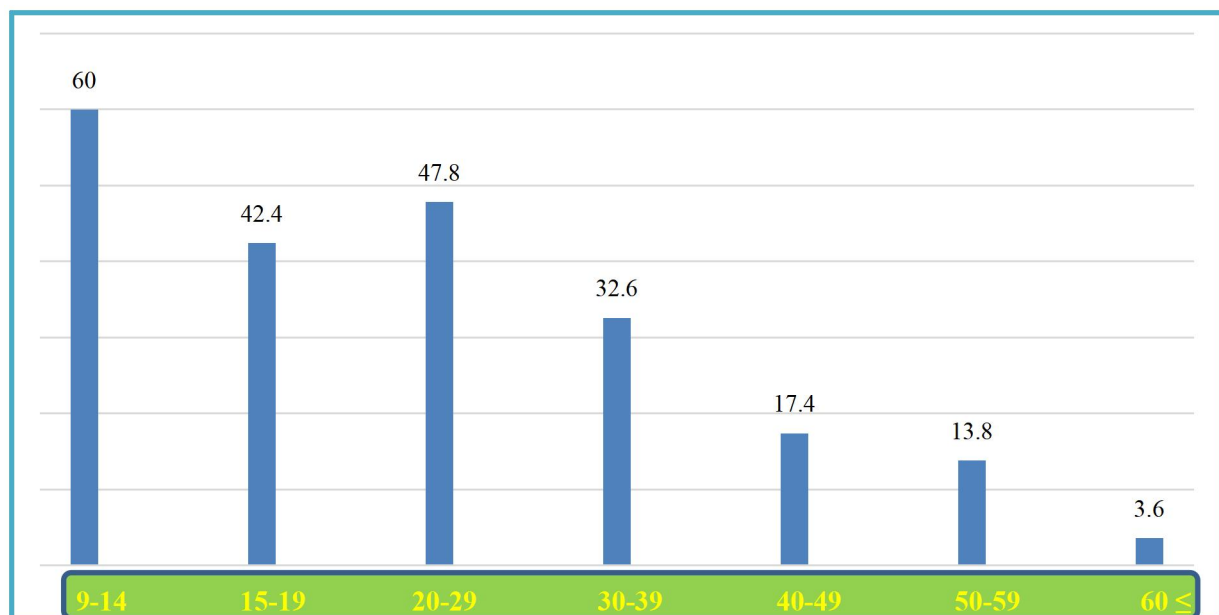
Аёллар ёши бўйича ўсмасимон кисталар учраш даражасининг кўрсаткичлари, %да

№	Ёш гуруҳлари	Сони	Ўсмасимон кисталар номи ва фоизи		
1	9 – 14	35	Фолликуляр киста	21	60,0%
			Сарик тана киста	6	17,2%
			Текалютеин киста	8	22,8%
			Параовариал киста	-	
			Эндометриоид киста	-	
2	15 – 19	66	Фолликуляр киста	28	42,4%
			Сарик тана киста	14	21,2%
			Текалютеин киста	4	6,0%
			Параовариал киста	9	13,6%
			Эндометриоид киста	6	9,1%
			Дермоид киста	5	7,6%
			P=0.009		
3	20 – 29	322	Фолликуляр киста	154	47,8
			Сарик тана киста	73	22,6
			Текалютеин киста	29	9,0%
			Параовариал киста	29	9,1%
			Эндометриоид киста	16	5,1%
			Дермоид киста	21	6,5%
			P=0.183		
4	30 – 39	328	Фолликуляр киста	107	32,6%
			Сарик тана киста	79	24,1%
			Текалютеин киста	41	12,5%

			Параовариал киста	26	7,9%
			Эндометриоид киста	56	17,2%
			Дермоид киста	19	5,7%
			P=0.003		
5	40 – 49	310	Фолликуляр киста	54	17,4%
			Сарик тана киста	45	14,5%
			Текалютеин киста	43	13,9%
			Параовариал киста	37	11,9%
			Эндометриоид киста	98	31,6%
			Дермоид киста	33	10,6%
			P=0.001		
6	50 - 59	65	Фолликуляр киста	9	13,8%
			Сарик тана киста	8	12,3%
			Текалютеин киста	6	9,2%
			Параовариал киста	17	26,1%
			Эндометриоид киста	21	32,3%
			Дермоид киста	4	6,1%
7	Старше 60	56	Фолликуляр киста	2	3,6%
			Сарик тана киста	9	16,0%
			Текалютеин киста	7	12,5%
			Параовариал киста	10	17,8%
			Эндометриоид киста	22	39,3%
			Дермоид киста	6	10,7%
			P=0.105		
жами		1182	Фолликуляр киста	375	31,7%
			Сарик тана киста	234	19,8%
			Текалютеин киста	130	11,0%
			Параовариал киста	136	11,6%
			Эндометриоид киста	219	18,5%
			Дермоид киста	88	7,4%

				1182	100%
--	--	--	--	------	------

*- Ёшга доир боғланиш $r=0,340$ ($p<0.01$) тўғри ўртача боғланиш



3.1-расм. Аёллар ёши бўйича фолликуляр киста учраш даражаси, %

3.2-жадвал

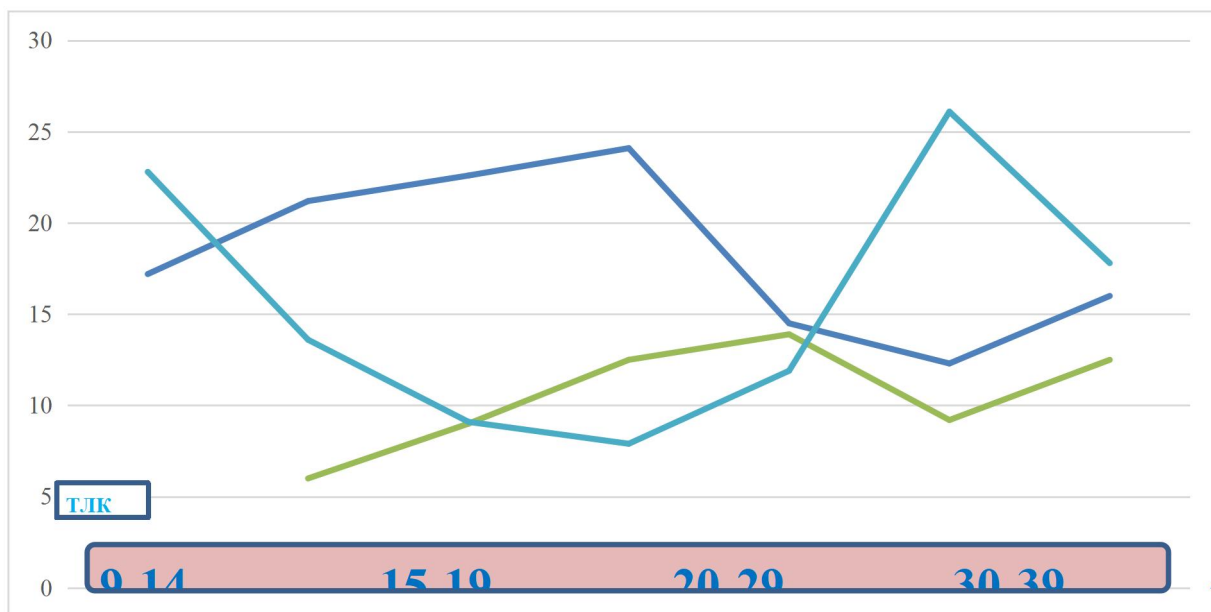
Аёллар ёш гуруҳлари бўйича ўсмасимон кисталар учраш даражасининг таққосий кўрсаткичлари, %

№	Тухумдон кисталар номлари	Ёш гуруҳлари						
		9-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	> 60
1	Фолликуляр киста	60,0%	42,4%	47,8	32,6%	17,4%	13,8%	3,6%
2	Сариқ тана киста	17,2%	21,2%	22,6	24,1%	14,5%	12,3%	16,0%
3	Текалютеин киста	-	6,0%	9,0%	12,5%	13,9%	9,2%	12,5%
4	Параовариал киста	22,8%	13,6%	9,1%	7,9%	11,9%	26,1%	17,8%
5	Эндометриоид киста	-	9,1%	5,1%	17,2%	31,6%	32,3%	39,3%
6	Дермоид киста	-	7,6%	6,5%	5,7%	10,6%	6,1%	10,7%

Сариқ тана кистаси учраш даражасини аёллар ёш гуруҳлари бўйича таққосланганда, шу ҳолат аниқландики, барча ёш гуруҳларида бу кистанинг учраш даражаси бир-бирига яқин кўрсаткичга эгалиги кузатилди. Фақат, 15-19 ва 20-29 ҳамда 30-39 ёшли гуруҳларда бироз кўтарилгани кузатилди.

Текалютеинли киста ўсмир қизларда учрамади, 15-19 ёш балоғатга етган қизлар гуруҳида бор-йўғи 6,0% ҳолатда учради. 30-39 ёшли гуруҳга келиб ҳамда 60 ёшдан ошганлар гуруҳида 2 баробар ошганлиги кузатилди.

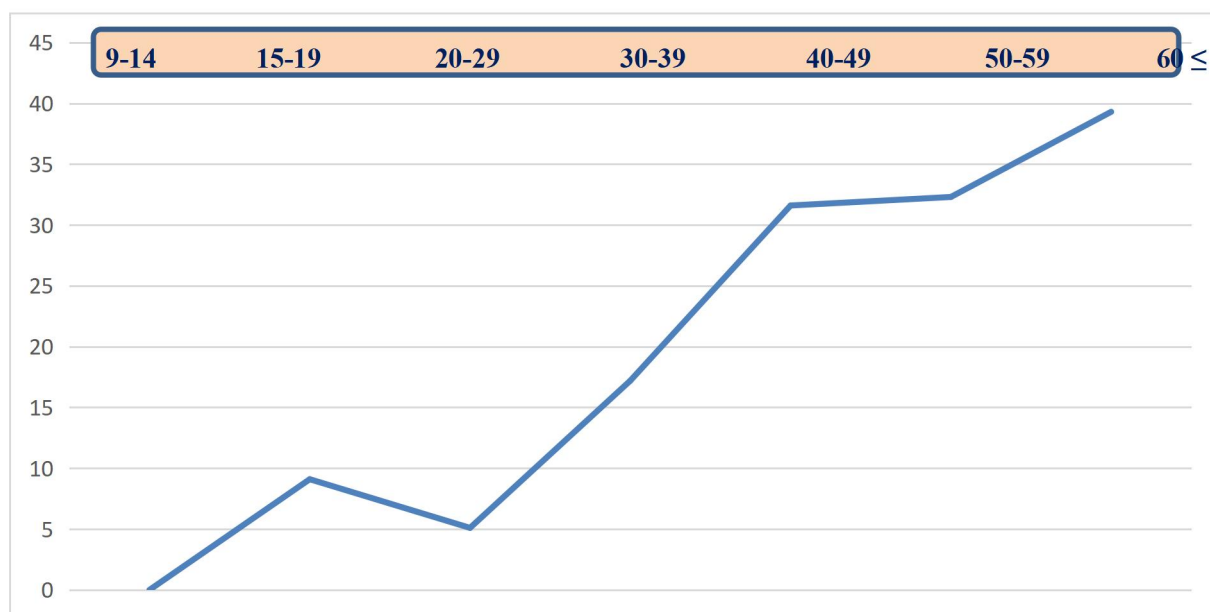
Параовариал кистанинг учраш даражаси ўсмир ёшдаги қизларда кўп учрашлиги, яъни 22,8%да, кейин 15-19 ёшлилар гуруҳида 2 баробар, 20-29 ёш гуруҳида 3,5 баробар, 30-39 ёш гуруҳида 4 баробар кам учраганлиги аниқланди. Шунинг алоҳида таъкидлаш керакки, 50-59 ёшлилар гуруҳига келиб учраш даражаси кескин кўтарилганлиги, яъни 26,1%ни ташкил қилганлиги кузатилди (3.2- расмга қаранг).



3.2-расм. Аёллар ёш гуруҳлари бўйича сариқ тана, текалютеин ва параовариал кисталар учраш даражаси, %

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

гуруҳларида эндометриоид кистанинг учраш даражаси анча юқори, 39,3% гача кўтарилгани аниқланди (3.3- расмга қаранг).



3.3-расм. Аёллар ёш гуруҳлари бўйича эндометриоид кистанинг учраш даражаси, %

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

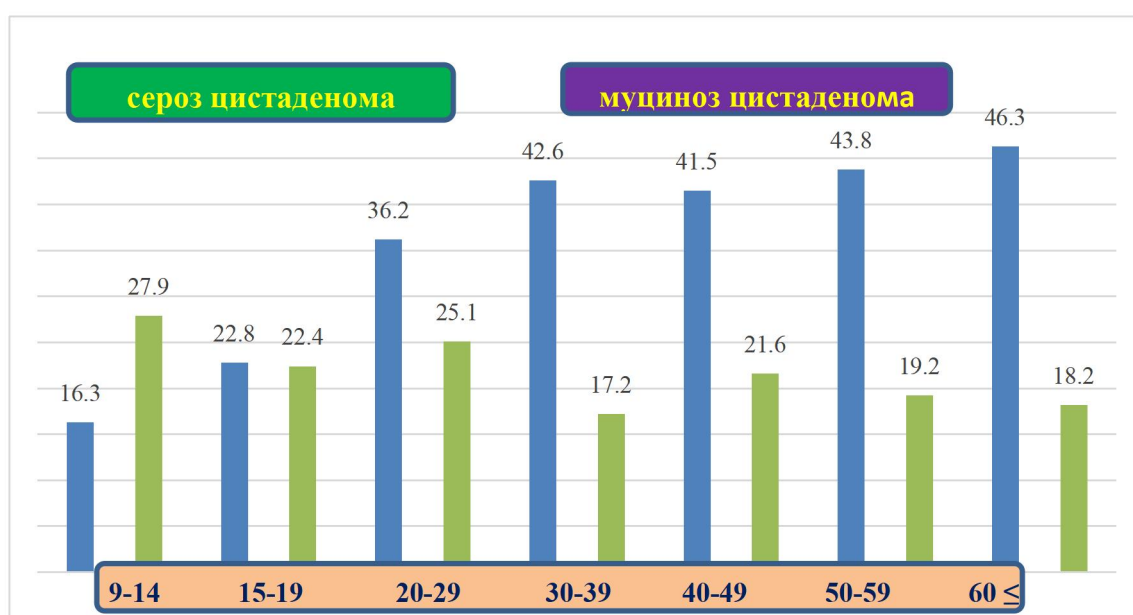
Бизнинг текширувларимиз шуни кўрсатдики, тухумдонда ўсмасимон кисталар билан бир қаторда кистали эпителий ўсмалари ҳам учрашлиги аниқланди. Кистали эпителий ўсмалардан адабиёт маълумотларида кўрсатилганидек, бизнинг материалимизда ҳам асосан серозли ва муцинозли цистаденома кўп учраганлиги қайд қилинди. Бу хавфсиз ўсмаларни ҳам аёллар ёши бўйича ўрганиш шуни кўрсатдики, масалан серозли цистаденома ёш қизчаларда бошқа цистаденомага нисбатан анча кам учраганлиги, яъни 9-14 ёшли гуруҳда 16,3%, кейинги 15-19 ёш гуруҳида 22,8% учраганлиги, кейинги ёш гуруҳларда, яъни 30-39 ёшли гуруҳдан бошлаб учраш даражаси кескин кўтарилгани кузатилди ва 60 ёшдан ошганлар гуруҳида 46,3%га етганлиги аниқланди. Бу хавфсиз ўсманинг гистологик варианты бўлган

папилляр цистаденома ва серозли аденофиброма ўсмалари аёлларнинг ўсмирлик ва эрта фертил ёш гуруҳларида кўпроқ учраганлиги, ёши ўтган аёллар гуруҳида нисбатан кам, яъни 15,6% гача камайганлиги аниқланди (3.3-жадвалга қаранг). Муциноз цистаденоманинг учраш даражаси ўзига хос динамикага эга бўлганлиги кузатилди. Ёш қизчалар ва ўсмир ёшдагиларда нисбатан кўпроқ, яъни 27,9% даражада учраганлиги, ёши ўтган аёлларда, яъни 50-59 ёшли ва ундан катта аёлларда нисбатан кам даражада 18,2% кўрсаткичда учраганлиги кузатилди. Катта ёшли аёлларда хатто Бреннер ўсмаси ҳам учраганлиги аниқланди (3.4- расмга қаранг).

3.3-жадвал

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

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



3.4-расм. Аёллар ёш гуруҳлари бўйича серозли ва муцинозли цистаденомаларнинг учраш даражаси, %

Ўзбекистон шароитида охириги 10 йил маълумотлари бўйича аёллар тухумдонида ўсмасимон кисталар 79,2%-да, кистали эпителий ўсмалари 20,8%-да учраганлиги аниқланди.

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

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

IV-БОБ. ТУХУМДОН РЕТЕНЦИОН ЎСМАСИМОН КИСТАЛАРИ ГИСТОГЕНЕЗИ, МОРФОГЕНЕЗИ ВА МОРФОЛОГИК ХОС БЕЛГИЛАРИ ХАҚИДА МАЪЛУМОТЛАР

§4.1. Тухумдон фолликуляр кистасининг гистогенези, морфогенези ва морфологик ўзгаришлари хақида маълумотлар.

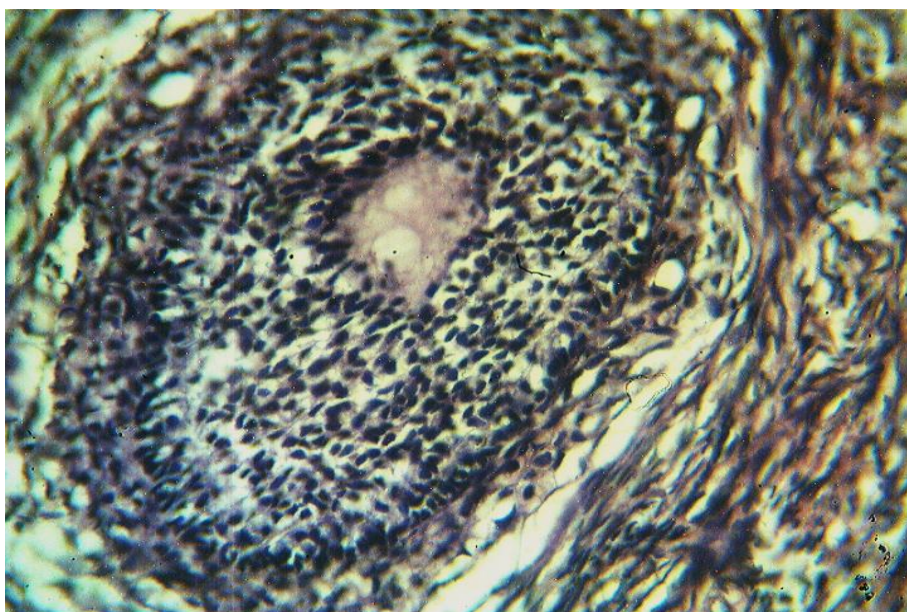
Маълумки, тухумдон фолликуляр кистаси овуляция бўлмаган фолликулада фолликуляр суюқликнинг тўпланиши натижасида ҳосил бўлади; кўпинча балоғат давридаги ва ёш аёлларда тез-тез кузатилади[9,30,39]. Фолликуланинг овуляция бўлмаслик сабаблари, хавфли омиллари, гормонал фони ва киста шаклланишида қандай маҳаллий ўзгаришлар бўлиши охиригача аниқланмаган. Фолликуляр киста – диаметри камдан-кам ҳолларда 8 см дан ошадиган, юпқа деворли бир камерали ҳосилдир. Киста катталашган сари деворининг ички юзасини қопловчи хужайралар атрофияланади. Гранулёз хужайралари билан қопланган кичик фолликуляр кисталар ўртача гормонал фаолликка эга.

Тадқиқотнинг ушуб бобида, аёлларнинг ёши ва фон касалликларига қараб тухумдон фолликуляр кисталарининг шаклланишидаги морфогенез ва морфологик ўзгаришлар ўрганилди[52,56,58].

Кистоз касаллиги бор тухумдонларни микроскопик текшириш натижалари шуни кўрсатдики, фолликуляр кисталарнинг барча турдаги кисталар орасида кўп учраши аниқланди. Маълумотларимиз фолликуляр кисталар ҳам етук фолликуллардан, ҳам етилмаган иккиламчи фолликуллардан ҳосил бўлиши мумкинлигини кўрсатди. Иккиламчи фолликуллардан кисталар ҳосил бўлиши фолликула етилишининг турли босқичларида атрезия ва фолликуланинг кечиккан дифференциацияси туфайли содир бўлади. Бунда, бўшлиғида оксилли суюқлик тўпланиши билан ниҳоясига етувчи дистрофик ва деструктив ўзгаришлар ҳисобига фолликуляр эпителий қаватининг юпқалашиши кузатилади. Бу ўзгаришлар ўраб турувчи тека тўқимасининг деструктив ва яллиғланишли ўзгаришлари билан кечади.

Юқорида айтиб ўтилганларга асосланган ҳолда, дастлаб ўраб турувчи фолликула тека тўқимасининг дезорганизацияси кузатилишини хулоса қилиш мумкин. Кейинчалик фолликуляр эпителийнинг дистрофик ва деструктив ўзгаришлари ривожланиши билан бўшлиғи кенгаяди ва киста шаклланади[68,87,88].

Бошқа ҳолларда, иккиламчи фолликулларда фолликула бўшлиғини бутунлай тўлдириб турувчи майда гиперхром урчуксимон хужайрали пластлар кўринишида фолликуляр эпителий гиперплазияси кузатилади (4.1- расмга қаранг). Тухум хужайра атрофида тухум хужайрани зич ўраб олган, тўқ камбиал хужайралардан иборат хужайрали вал пайдо бўлади. Охири вакуолизация ва парчаланишга учраб, кичик кистоз бўшлиқ шаклланади. Бундай ўзгарган фолликула атрофидаги строма ҳам дистрофик ва деструктив ўзгаришларга учрайди. Тўғридан-тўғри фолликулнинг базал мембранаси атрофида эса тека хужайралардан иборат тўқ хужайрали вал ҳосил бўлади.



4.1-расм. Фолликуляр эпителий гиперплазияси, тека тўқимасининг киста ҳосил қилиши ва фиброзланиши билан тухум хужайранинг нобуд бўлиши. Бўёқ: Г-Э. Х: 10х20.

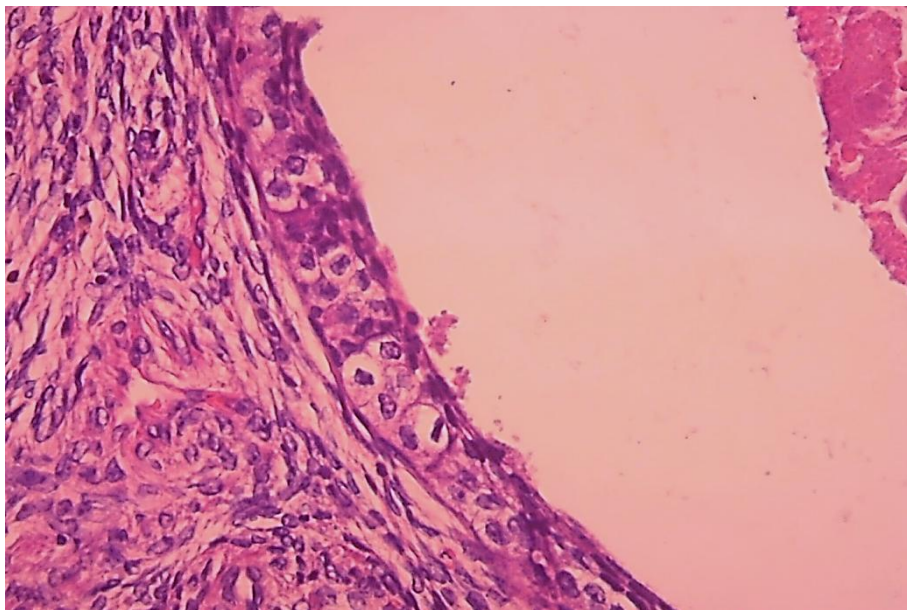
Учинчи ҳолатда фолликулада базал ҳужайралар йўқолишидан олдин фолликуляр эпителийнинг атрофияси кузатилди. Тухум ҳужайра жойлашган карама-қарши томонда фолликуляр эпителий сақланади ва тухум ҳужайрани зич ўраб туради, лекин тухум ҳужайранинг бутунлигини ва яшовчанлигини сақламайди. Кейинчалик цитоплазманинг вакуоляцияси, ҳамда кариолизис ва кариопикноз кўринишида ядроданинг деструктив ўзгаришлари кузатилди. Бундай фолликулларнинг бўшлиғи кескин кенгайиб, кистоз бўшлиқ шаклланади (4.2- расмга қаранг). Бундай фолликулларнинг атрофидаги интерстициал тўқима ҳам вакуолизация, тека ҳужайраси некробиозси, титилиши ва толали структурасининг дезорганизация кўринишида шишли-деструктив ўзгаришларга учрайди.



4.2-расм. Тухум ҳужайранинг кўчиб тушиши, фолликуляр эпителийнинг десквамацияси ва некрози киста ҳосил бўлиши билан. Бўёқ: Г-Э. Х: 10x40.

Фолликулалардан киста пайдо бўлиш механизми турлича бўлиши тухумдонни гистологик текширишда тасдиқланади. Иккиламчи фолликулаларнинг катталашиб, ретенцияланиб, ичига суюқлик тўпланиши, яъни кистага айланиши жараёни албатта унинг деворидаги эпителийнинг гистотопорасм ҳолатига ва уни ўраб турган тека тўқиманинг патологик

ўзгаришга учрашига боғлиқ. Айнан, ушбу микрорасмда аниқланишича фолликуляр эпителий цитоплазмаси шишиб, катталашиб, суюқликга тўлганлиги, яъни ўзи суюқлик ишлаб чиқараётгани кўринади. Аксарият фолликуляр эпителий вакуоллашиб, йириклашган ва ичи суюқликга тўлганлиги аниқланади (4.3- расмга қаранг). Тека тўқима эса сийраклашиб, хужайралари чўзинчоқ кўринишга кирганлиги, хужайралар орасида гомоген модда пайдо бўлганлиги кузатилди.

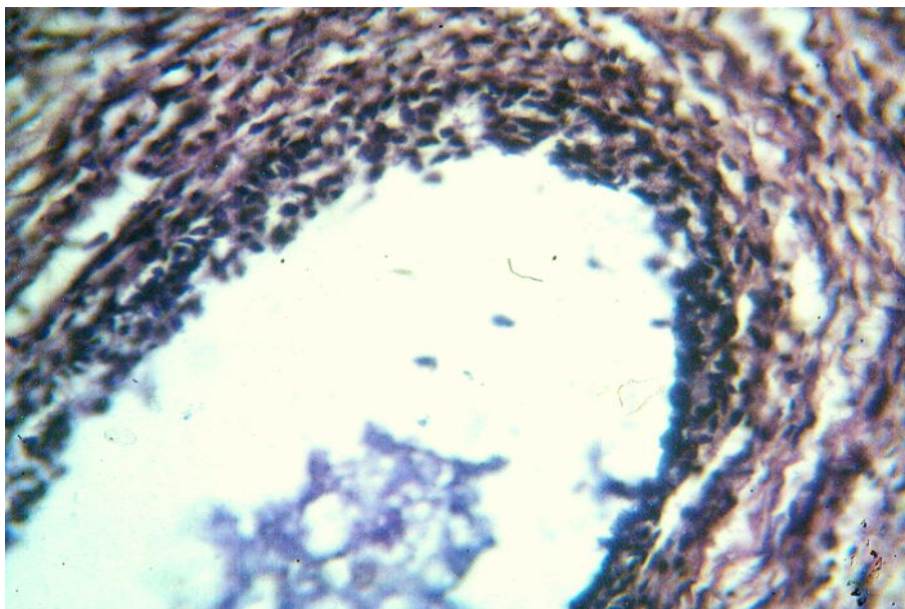


4.3-расм. Фолликуляр киста, эпителийси вакуоллашган, суюқликга тўлган, тека тўқима сийраклашиб, орасида гомоген модда пайдо бўлган.

Бўёқ: Г-Э. X: 10x40.

Шуни таъкидлаш керакки, фолликуллардан ҳосил бўлган кисталар тухумдонда яллиғланиш жараёни мавжудлигида шаклланиши мумкин. Сурункали оофарит кўпинча ҳам пўстлоқ, ҳам мағиз қатламларининг диффуз яллиғланиш инфилтрати мавжудлиги билан бирга кечишини таъкидлаймиз. Маълумки, сурункали яллиғланиш диффуз лимфо-гистиоцитар инфилтрат ва бириктирувчи тўқима ўсиши билан бирга кечади. Тухумдон тўқимасидаги ушбу пролифератив ўзгаришлар кўпинча дисциркулятор ўзгаришларга олиб келади, кейинчалик эса фолликуляр эпителий томонидан регенератив жараёнларнинг бузилиши билан бирга кечади. Фолликула атрофида бевосита

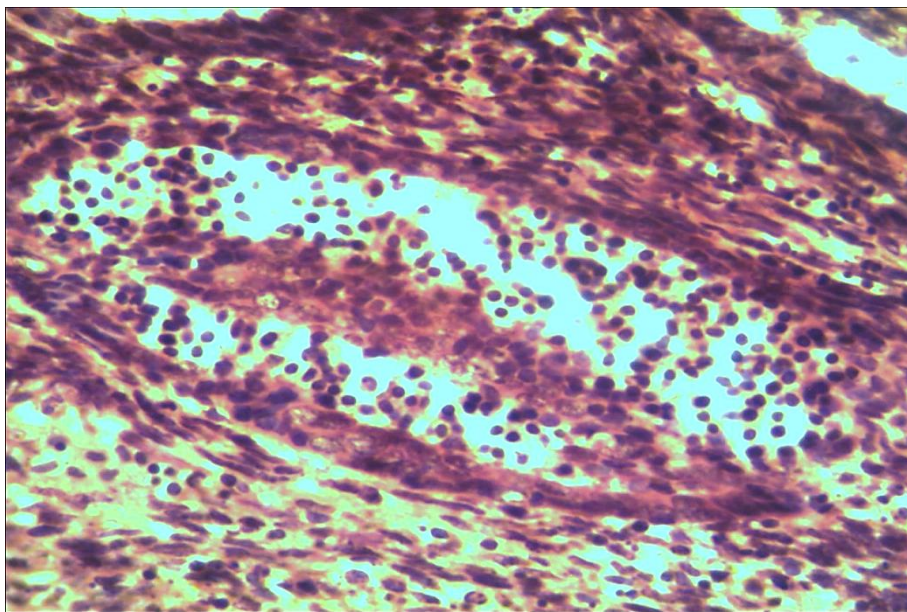
яллиғланиш инфильтрати ривожланса, базал хужайрали фолликуляр эпителийсининг кўпайиши бузилади. Кейинчалик базал хужайраларнинг етишмовчилиги туфайли фолликуляр эпителий юпқалашади ва фолликуланинг бўшлиғи кенгайиб кистоз бўшлиққа айланади (4.4- расмга қаранг).



4.4-расм. Ўраб турувчи фиброз тўқима ғоваклашиши ва шиши, тека хужайралар атрофияси, киста ҳосил қилиши билан фолликуляр эпителий деструкцияси. Бўёқ: Г-Э. Х:10х40.

Бошқа ҳолатларда яллиғланиш жараёни иммунопатологик яллиғланиш кўринишида акс этади. Унда тухумдон тўқимаси асосан лимфоид, плазматик хужайралар ва макрофаглар томонидан диффуз инфильтрацияланади. Лимфоид ва макрофагал хужайралар тухумдоннинг паренхиматоз хужайраларига цитолитик ва цитопатик таъсир кўрсатади. Бундай жараён кўпинча тека тўқимаси ва фолликуляр эпителийнинг зарарланиши билан бирга кечади. Шу билан бирга микроскопик жиҳатдан ўраб турувчи фолликула тека тўқимаси лимфоцитлар ва макрофаглар томонидан диффуз инфильтрацияланади. Фолликулларда ўраб турувчи тўқималар яллиғланиши ҳисобига кистоз бўшлиқ шаклланиши билан фолликуляр эпителийнинг тўлиқ

кўчиб тушиши кузатилади (4.5- расмга қаранг). Баъзан фолликула бўшлиғи абсессларга айланиб, яллиғланиш хужайралари билан тўлади.



4.5-расм. Тухумдоннинг сурункали яллиғланиши, иккиламчи фолликуланинг лимфoid инфильтрацияси, парчаланиши, эпителий деструкцияси ва киста ҳосил бўлиши билан. Бўёқ: Г-Э. Х:10х40.

- Тухумдонларнинг барча кистоз касалликлари орасида фолликуляр кисталар кўп учрайди.

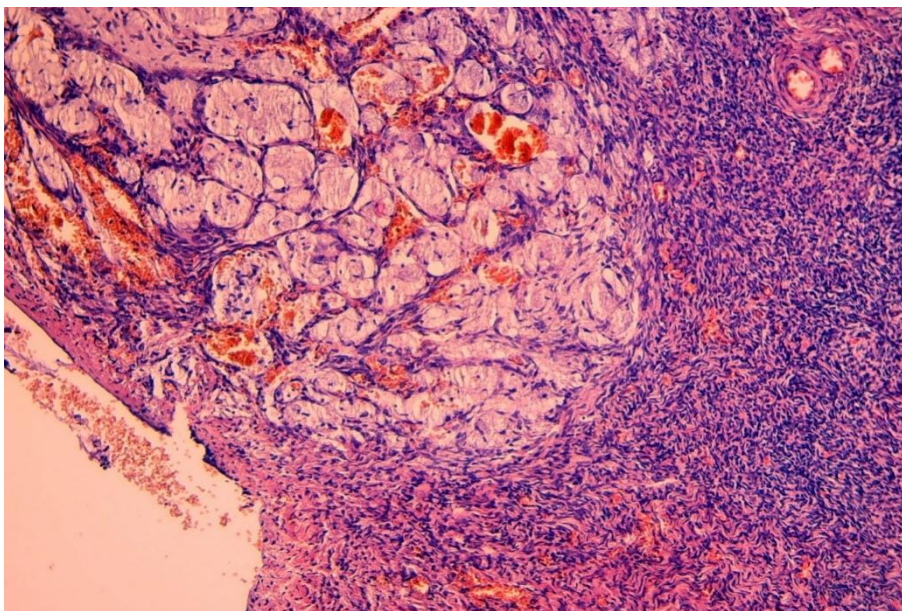
- Фолликуляр кисталар етук фолликулалардан ҳам, етилмаган иккиламчи фолликулалардан ҳам ҳосил бўлиши мумкинлиги аниқланди. Иккиламчи фолликулалардан кисталар ҳосил бўлиши тухумдон етилишининг турли босқичларида атрезия ва фолликуланинг кечиккан дифференциацияси ҳисобига юзага келади.

- Тухумдонда яллиғланиш жараёни бўлганда, фолликуллардан кисталар ҳосил бўлиши мумкин. Тухумдон стромасида ва бевосита фолликула атрофида ривожланадиган пролифератив яллиғланишли инфильтрат фолликуляр эпителий кўпайишининг бузилишига, фолликуляр эпителийнинг юпқалашишига ва фолликула бўшлиғининг кистоз бўшлиққа айланиб кенгайишига олиб келади.

- Тухумдонда иммунопатологик яллиғланиш ривожланганда, лимфоид ва макрофагал хужайралар тухумдоннинг паренхиматоз хужайраларига цитолитик ва цитопатик таъсир кўрсатади. Бундай жараён кўпинча тека тўқимаси ва фолликуляр эпителийнинг шикастланиши ва охири фолликуляр кисталар ҳосил бўлиши билан бирга кечади.

§4.2. Тухумдон сарик тана кистаси гистогенези, морфогенези ва морфологик хос белгилари хақида маълумотлар.

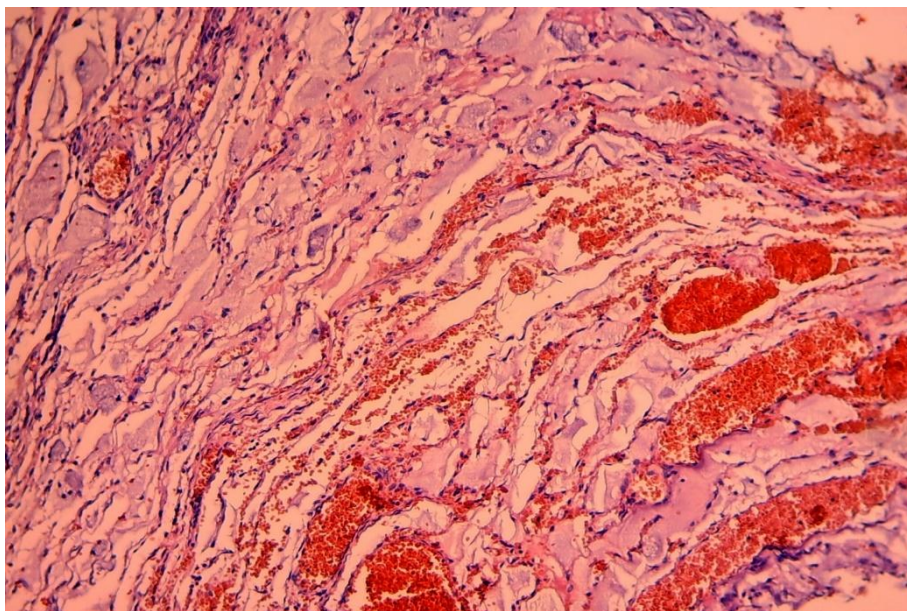
Сарик тана хужайралари лютеинланиш даврларининг пролиферация, васкуляризация, гуллаш ва орқага қайтиш даврларидан иборат бўлади. Проллиферацияланиш даври тухум хужайранинг ажралиб чиқишидан, фолликуланинг лютеинли хужайраларга айланишидан бошланади ва фолликула эпителийсидан ҳамда ички тека тўқима эпителийсидан лютеинли хужайралар пролиферацияланиб кўпайиб бошлайди ва кенг жойни эгаллайди[34, 99;84-86-б.,100;3-6-б.]. Бу даврда сарик тана таркибида оралик тўқима ва қон томирлар деярлик бўлмайди (4.6- расмга қаранг).



4.6-расм. Сарик тана таркибида қон томирларнинг кенгайиши, ёрилиб қон қуйилиши. Бўёқ: Г-Э. Х: 10х10.

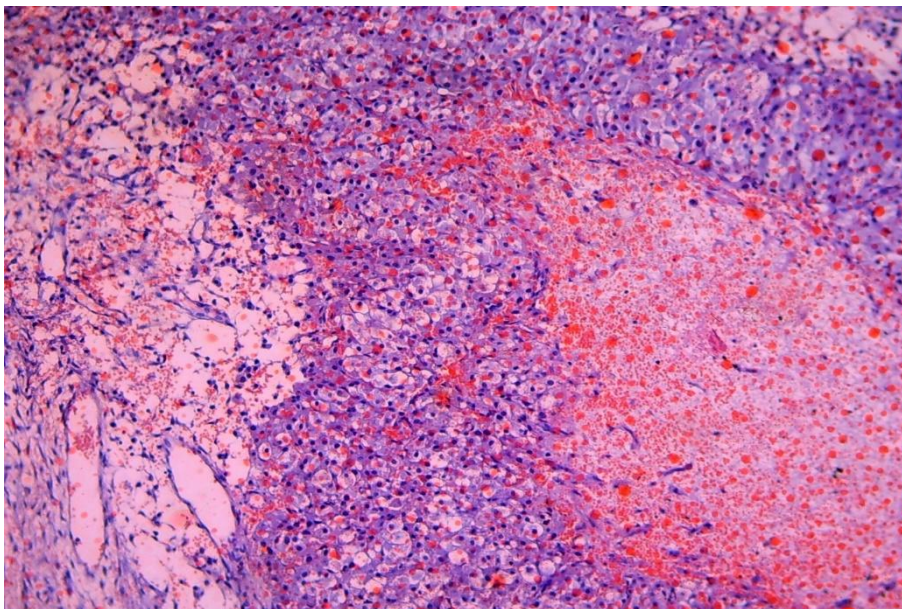
Орадан 5-6 кун ўтиб, сариқ тана хужайралари орасига интерстициал бириктирувчи тўқима ва майда қон томирлар ўсиб кириб, кўпайиб бошлайди. Лютеинли хужайралар йириклашиб, максимум ўлчамга утади ва цитоплазмаси оч рангга кириб прогестерон гормонига тўйинади. Гормоннинг маҳаллий ҳолда таъсири оқибатида қон томирлар кескин кенгаяди, қонга тўлади, айримлари ёрилиб, сариқ тана тўқимасига қон қуйилади.

Сариқ танага қуйилган қон майдони кенгайиб, қонли кўлларни пайдо қилади, унинг атрофидаги донатор хужайралар деструкцияга учраб, нобуд бўли бошлайди. Қонли кўллар айрим жойларида зич ҳолда қон томирлар ичида ва оралиқ тўқимада жойлашган, бошқа соҳаларида эса сийрак, яъни эритроцитлар хужайралар оралиғи бўшлиғи ва некробиозга учраган хужайралар таркибида сийрак ҳолда инфильтрацияланган (4.7- расмга қаранг). Сариқ тана хужайралари, яъни донатор хужайралар деярлик барчаси дистрофия ва некробиозга учраганлиги кузатилади. Некрозланган донатор хужайралар ўрнига қон қуйилишлар ривожланган, яъни диффуз ҳолда тарқалган эритроцитлар инфильтрацияси эгаллаган.



4.7-расм. Сариқ танага диффуз ҳолда қон қуйилган, яъни донатор хужайралар ўрнини қон қуйилишлар эгаллаган. Бўёқ: Г-Э. Х: 10x10.

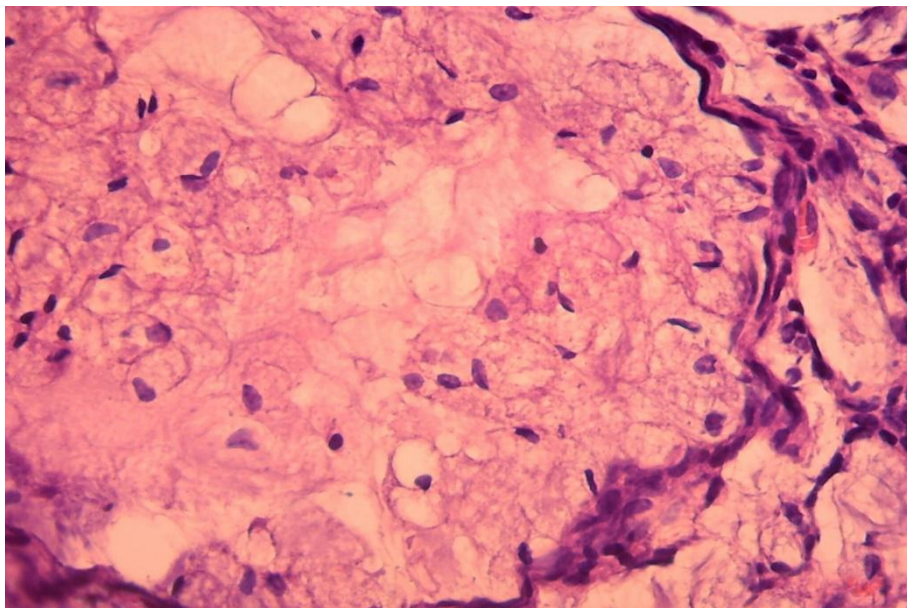
Сариқ тана таркибидаги қуйилган қон кейинчалик парчаланади, эритроцит парчалари хужайраларга ва оралик тўқимага имбибицияланади, айрим жойларида гемоглабиноген пигментларга айланади. Сариқ тана тўқимасининг чет қисмларидаги хужайралар цитоплазмаси вакуоллашиб, колликвацион некрозга учраб, деструктив ҳолатга айланади. Марказий қисмида эса қуйилган қон тўлиқ ҳолда жойни эгаллаб, парчаланиб беструктур ҳолатдаги моддага айланади ва ўрнида бўшлиқ пайдо бўлади (4.8- расмга қаранг). Оралик қисмидаги донатор хужайралар нисбатан ўзининг гистотопорасм ҳолатини сақлаб қолади, лекин таркибидаги айрим хужайралар цитоплазмаси вакуоллашиб, колликвацион некрозга учраганлиги аниқланади.



4.8-расм. Сариқ тана марказига қуйилган қон парчаланиб, бўшлиқга айланиши. Бўёқ: Г-Э. Х: 10х20.

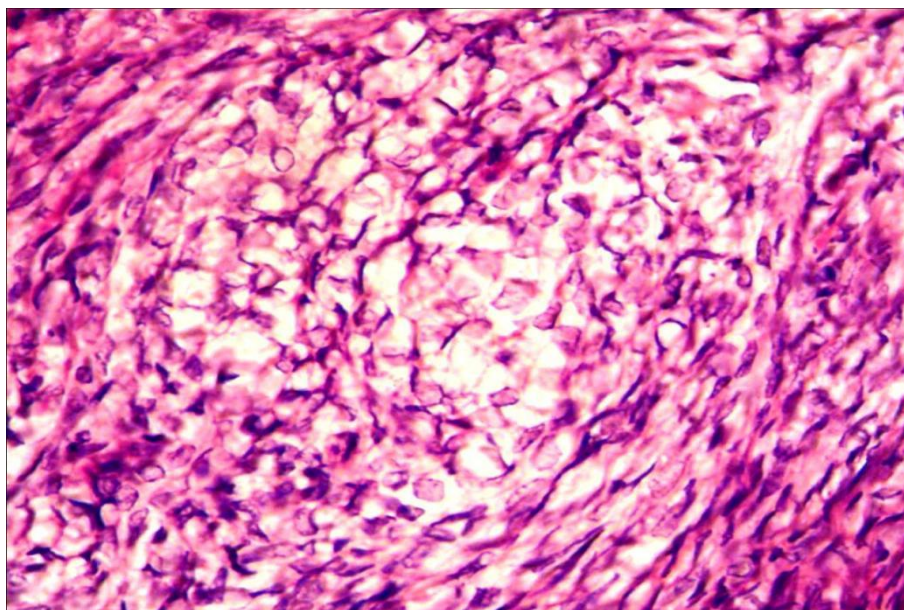
Сариқ тана таркибида бўшлиқ пайдо бўлиш механизми бошқа ҳолатларда тўқимага қон қуйилмасада, донатор хужайраларнинг цитоплазмаси вакуоллашиб, гомогенланиши ва беструктур тўқимага айланиши кузатилади. Бундай деструкцияланган ўзгаришлар оқибатида сариқ тана таркибида киста пайдо бўлиб бошлайди (4.9- расмга қаранг).

Бунда, сариқ тана атрофида фиброз тўқима ўсиб кўпайиб, толали-хужайрали таркибли парда пайдо қилиши кузатилади.



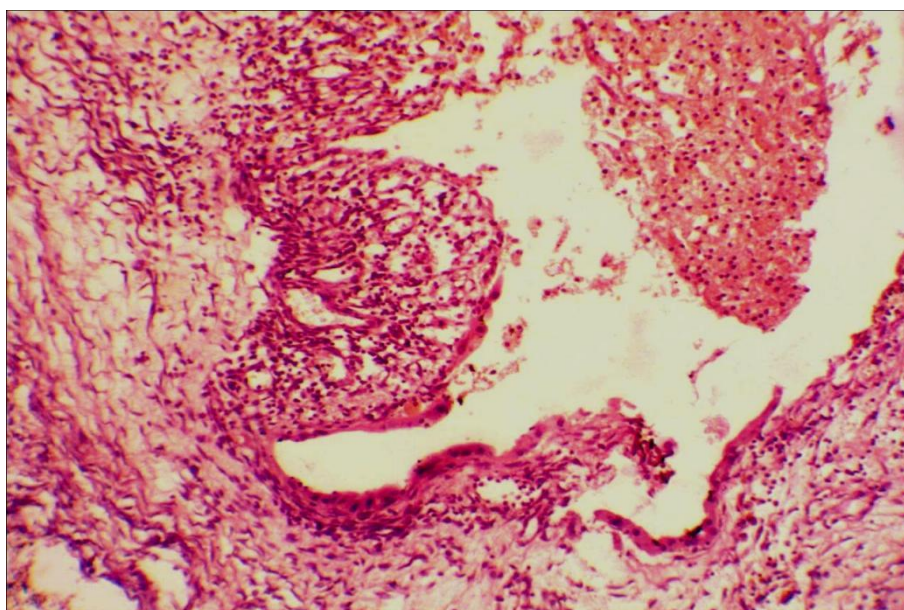
4.9-расм. Сариқ тана таркиби хужайралари вакуоллашиб, гомогенлашиб, бўшлиқ пайдо қилиши. Бўёк: Г-Э. Х: 10x40.

Яна бир ҳолатда, сариқ тана таркибидаги донатор хужайралар цитоплазмаси вакуоллашиб, ядролари чўзинчоқ шаклга кириши кузатилади. Вакуолизацияга учраган донатор хужайралар бир-бири билан қўшилиб, йирик оч рангли бўшлиқни пайдо қилади (4.10- расмга қаранг), унинг атрофида гиперхромазияга учраган чўзинчоқ донатор хужайралар ва тека тўқима хужайралари зич жойлашиб, бўшлиқ атрофида фиброз пардани ташкил қилади.



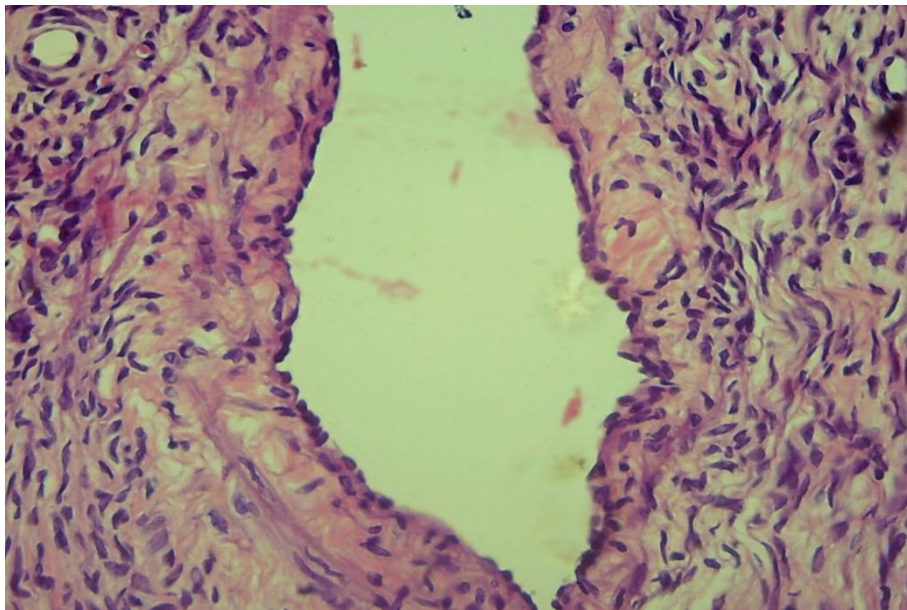
4.10-расм. Донадор хужайралар цитоплазмаси вакуоллашиб, кистага айланиши. Бўёқ: Г-Э. Х: 10x40.

Сариқ тана таркибида пайдо бўлган киста бўшлиғи атрофида нисбатан зичлашган, бошқа соҳаларида донадор хужайралар қатлами сақланиб қолган, бўшлиғида парчаланиб, деструкцияланган донадор хужайралар тўплами мавжудлиги аниқланди (4.11- расмга қаранг). Киста атрофида эса тека тўқима титилиб, шишга учраганлиги, айрим соҳаларида хужайрасиз фақат толалардан иборатлиги, бошқа жойларида яллиғланиш инфилтрати пайдо бўлганлиги кузатилди.



4.11-расм. Сарик тана кистаси, бўшлиғида некротик масса, деворида ҳам зичлашган, ҳам донатор хужайралар тўпламидан иборат ўчоқлар пайдо бўлиши. Бўёқ: Г-Э. Х: 10х20.

Сарик танадан пайдо бўлган киста бўшлиғи охир оқибатда атрофидан фиброз парда билан ўралади. Бунда, сарик тананинг қолдиқ хужайралари деструкцияланиб, тека тўқима таркибига сингиб кетади, Тека тўқима таркибида эса қўпол толали ва чўзинчоқ хужайрали бириктирувчи тўқима пайдо бўлади. Бевосита киста бўшлиғи атрофида толалари дағаллашган, хужайралари кам, айрим ҳолатларда гиалинозга учраган фиброз тўқима қатлами пайдо бўлади (4.12- расмга қаранг), Ундан ташқари томонда чўзинчоқ хужайралари кўп сонли, толалари нисбатан кам етилган бириктирувчи тўқимаси фиброз парда ўраб олганлиги кузатилади.



4.12-расм. Сарик тана кистаси, атроф деворида склерозланган қўпол толали фиброз парданинг пайдо бўлиши. Бўёқ: Г-Э. Х: 10х40.

Сарик тана кистаси, бу – думалоқ шаклли, девори қалин, бир томонлама, битта бўшлиқдан иборат тузилма. Бўшлиқнинг ички юзаси сарик рангли бурмали, баъзида қонли кўринишда. Микроскопик кўринишида сарик тана хужайраларининг алоҳида тўплamlаридан иборат. Ўлчамлари 2 смдан 7

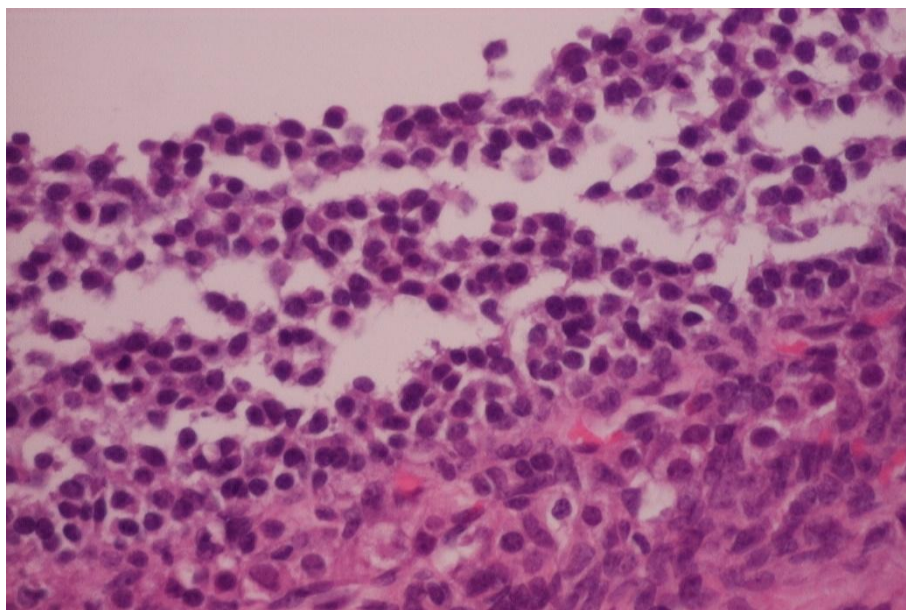
смигача катталиқда. Сарик тана хужайралари лютеинланиш даврларининг пролиферация, васкуляризация, гуллаш ва орқага қайтиш даврларидан иборат бўлади. Айрим ҳолларда ҳомиладорлик ривожланса, сарик тана йўк бўлмасдан кистага айланади. Сарик тана кистаси одатда икки фазали менструал циклда кузатилади. Одатда бу кисталар сарик танада лимфа- ва қон айланиши бузилганда ривожланади. Сарик тана кисталари одатда бир томонлама, ташқарисида пардаси бор, ички юзасидан донатор лютеинли хужайралар билан қопланган, ичида қизғич-сарик модда ушлаган киста ҳисобланиди. Сарик тана кистаси одатда 2-3та менструал цикл давомида ўз-ўзидан сўрилиб кетади. Сарик тана кистасининг сабаблари аниқ ўрганилмаган. Кўпинча дисгормонал ҳолатда, лимфа ва қон айланиши бузилишида ривожланади. Кўпинча бепуштлиқ пайтида овуляцияни кўзғатиш учун қабул қилинган дорилар таъсирида пайдо бўлади. Организмга оғир физик кучланиш таъсир қилганда, психик стрессларда, касбий ёмон таъсиротларда, озиқланишнинг бузилишида, оофорит ва сальпингоофоритларда ривожланиши мумкин[98,127]. Сарик тана кисталари ички тузилишига қараб икки хил кўринишда учрайди. 1. Бир бўшлиқли – бир томонда тухумдонда пайдо бўлиб, ички юзаси безли эпителий билан қопланади. 2. Кўп бўшлиқли – бир нечта бўшлиқлардан иборат бўлиб, бўшлиқлар бир-бири билан туташган кўринишида, кўпинча йириклашади, пардаси ёрилади. Бу кисталар одатда ўнг тухумдонда кўп учрайди, бунга сабаб ўнг тухумдоннинг қон билан таъминланиши кучли бўлганлигига боғлиқ. Сарик тана кистаси ривожланиши бир-нечта давр босқичлардан иборат: пролиферация даври – фолликулогенез жараёни ва эстроген синтези кучайишига боғлиқ босқич; васкуляризация – кўп қаватли фолликула эпителийси пролиферацияси ва капиллярлар пайдо бўлиши босқичи; гуллаш даври – бевосита лютеинли кистанинг пайдо бўлиши. Асоратлар камдан-кам ҳолда ривожланади, кўпинча киста бўшлиғига қон қуйилиши, кучли оғриқ пайдо бўлиши, кўнгил айланиш ва қусиш, қорин девори мушакларининг таранглашиши. Яна бир асорати бу кистанинг буралиб қолиши,

тўқимасининг нобуд бўлиши ва атроф тўқималарга тарқалиши кузатилади[34,90,100].

§4.3. Тухумдон телалютеин киста гистогенези, морфогенези ва морфологик белгилари хақида маълумотлар

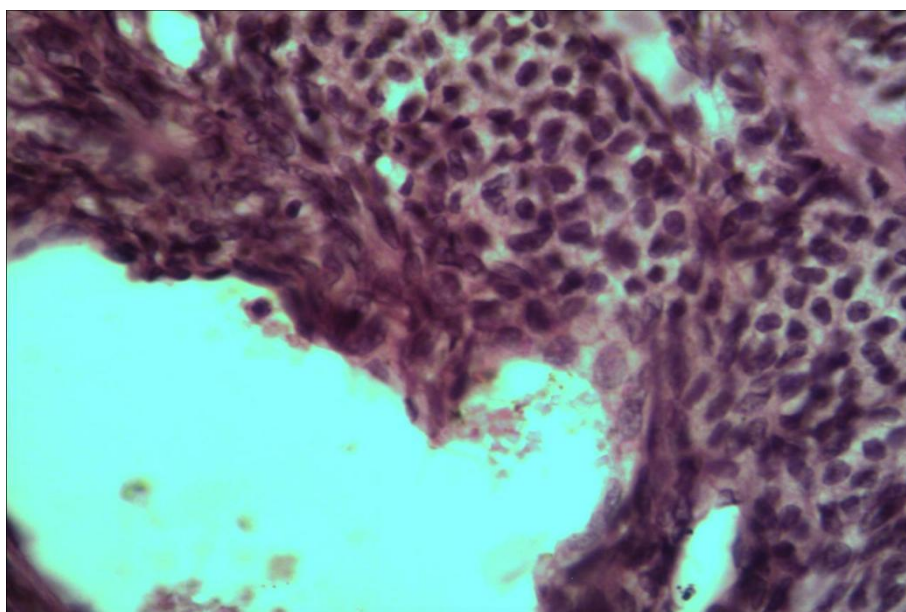
Одатда тека тўқимадан, яъни тухумдон строма хужайраларидан ривожланган киста хужайралари гормонал фаол ҳисобланиб, агар донатор хужайралардан пайдо бўлган бўлса феминизацияга, агар Сертоли-Лейдиг типдаги хужайралардан пайдо бўлган бўлса маскулинизацияга олиб келади. Бундай ҳолатларда “тухумдоннинг жинсий тутамларидан ўсган таснифланмаган кисталар” деб номланади. Бундай турдаги кисталар одатда кўп бўшлиқли, девори юпқа, сариқ рангли, қон қуйилиш ва некрозлари бор, юзаси силлиқ, баъзида нотекис, ичида қонли суюқлик аниқланади. Фақат тека тўқимадан киста пайдо бўлиши 3 баробар кам учрайди. Унда тека хужайралар цитоплазмасида кўп микдорда липидлар борлиги аниқланади[101,113,115]. Тека хужайраларда фолликуланинг атрезияланиш белгилари аниқланади, баъзида киста ташқи пардаси қалин бўлса фиброзланган ўзгариш аниқланади.

Тухумдон фолликулалари атрофидаги ички ва ташқи тека тўқималар лютеинланишга учраса, авваламбор улар титилиб, сийраклашади. Тека хужайраларнинг майда ва думалоқ ядролари бетартиб жойлашиб, орасида вакуоллашган бўшлиқлар пайдо бўлади. Ташқи тека қатламда эса хужайралар зич жойлашганидан уларнинг ядролари гипертрофияланиб, гиперхромазияланиб, катталашади, цитоплазмаси вакуоллашиб, оқаради (4.13-расмга қаранг).



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

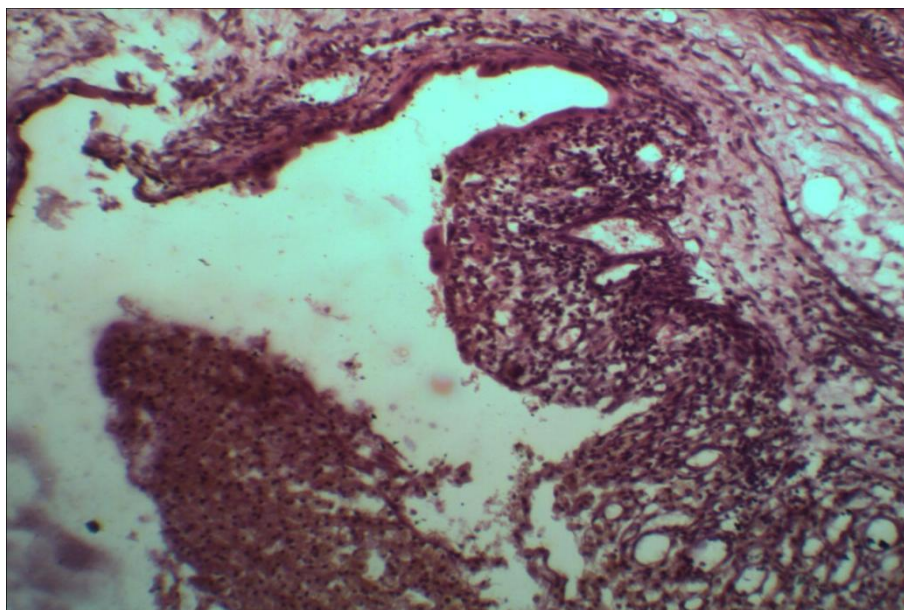
Кейинчалик ички тека қатлам хужайралари нобуд бўлади, ўрнида бўшлиқ пайдо бўлиб, кистага айланади. Тека тўқимасининг ташқи қаватидаги хужайралар зичлигича сақланиб қолади, фақат уларнинг цитоплазмаси вакуоллашиб оқаради. Хужайралар орасида ва ташқи томондан ўраб олган тўқимада ҳам ҳар хил катталиқдаги бўшлиқлар пайдо бўлганлиги аниқланади (4.14- расмга қаранг).



4.14-расм. Текалютеинли киста пайдо бўлиши, ички теканинг некрозланиб, бўшлиқга айланиши, ташқи тека хужайраларининг вакуолизацияси. Бўёқ: Г-Э. Х: 10x40.

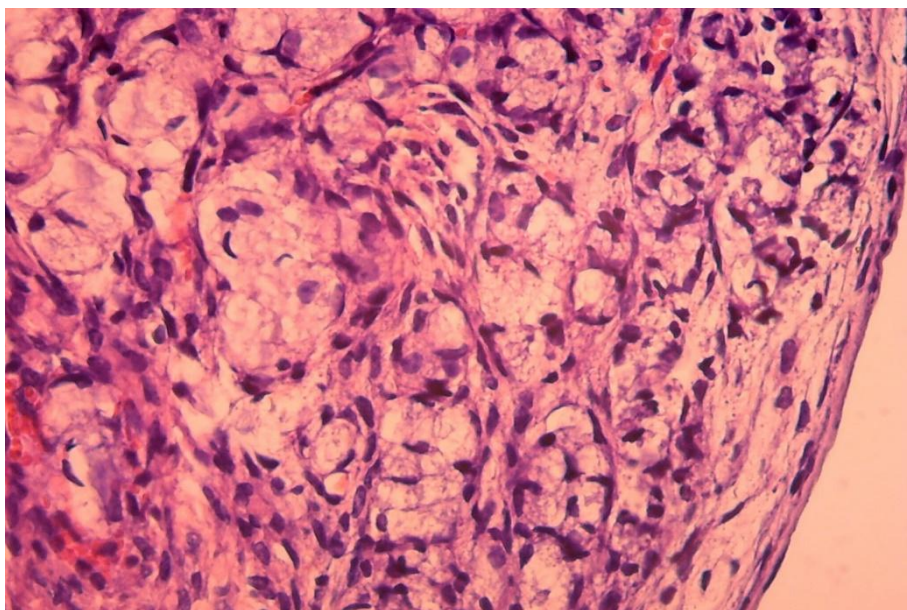
Демак, тека тўқима хужайраларининг гипофиз гормонлари таъсирида лютеинланиши оқибатида, бу хужайралар цитоплазмасига липид моддалар тўпланади, натижада моддалар алмашинуви бузилади, хужайранинг структур бирликлари дистрофияга, деструкцияга ва некробиозга учрайди. Соғ сақланиб қолган тека хужайралари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

Тўлиқ шаклланган текалютеинли кистанинг микроскопик кўринишида шу ҳолатлар аниқландики, бўшлиғи ноаниқ шаклли, четларида ҳар хил чуқурликдаги карманлари мавжуд, бўшлиғида нобуд бўлган хужайра ва тўқималардан пайдо бўлган структурасиз модда жойлашган. Кистанинг деворида лютеинлашган тека хужайралари аниқланади. Морфологик жиҳатдан улар кўп қаватли хужайралар тўпламига эгалиги, таркибида вакуоллашган бўшлиқлар пайдо бўлганлиги, хужайраларнинг бетартиб жойланиши аниқланади. Деворнинг айрим жойларида хужайралар тўлиқ ҳолда тўкилиб тушган, ўрнида дағал, бетартиб хужайралар ва толалардан иборат фиброз тўқима тутами жойлашганлиги аниқланади. Деворнинг бошқа жойларида кўп қаватли тека хужайралардан иборат хужайрали тўқима жойлашганлиги аниқланади (4.15- расмга қаранг). Унинг остидага бириктирувчи тўқимали, хужайра ва толалардан иборат тўқима шишга учраганлиги кузатилади.



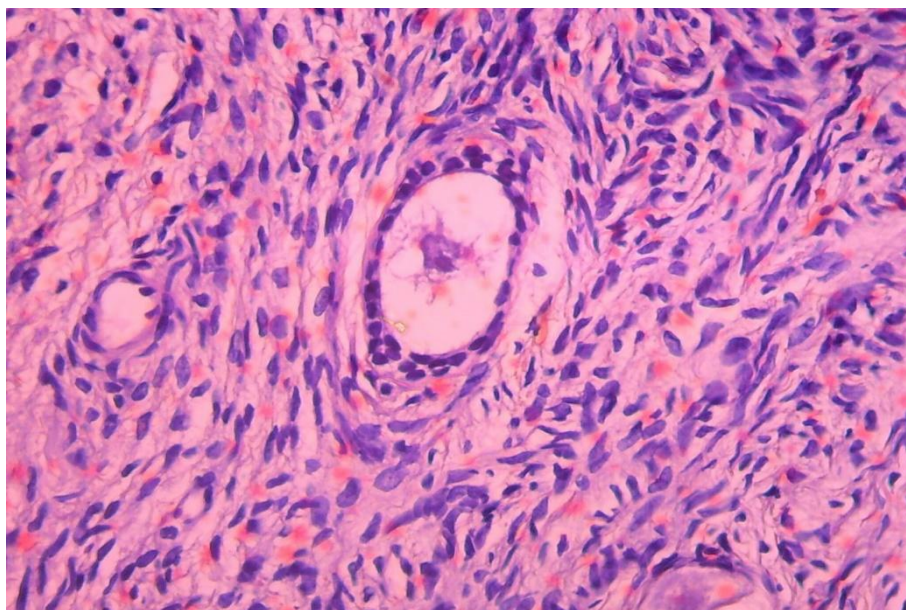
4.15-расм. Текалютеинли киста, бўшлиғида некротик масса, девори айрим жойларида фиброз тўқимадан, бошқа жойлари тека хужайралардан иборат. Бўёк: Г-Э. Х: 10х40

Текалютеинли кисталар пайдо бўлишида нафақат тўқимага қон қуйилиш, балки тека тўқима хужайраларининг дистрофияга ва деструкцияга учраши ҳам сабаб бўлиши аниқланди. Бунда тека тўқимада гипофизнинг гормонлари таъсирида лютеинланиш кучайиб, тека хужайралари цитоплазмасида кучли ёғли дистрофия ривожланади, хужайралар ёғга тўлгандан кейин хужайранинг ҳам цитоплазма тузилмалари, ҳам ядро тузилмалари деструкцияланиб, нобуд бўлади. Морфологик жиҳатдан тека хужайралар лютеинланиши оқибатида цитоплазмаси вакуоллшиб, ядроси четга сурилиб, адипрозидларга ўхшаш тўйинган хужайралар пайдо бўлиши кузатилади ва улар липидли метаболик деструкцияга учраб нобуд бўлади (4.16-расмга қаранг).



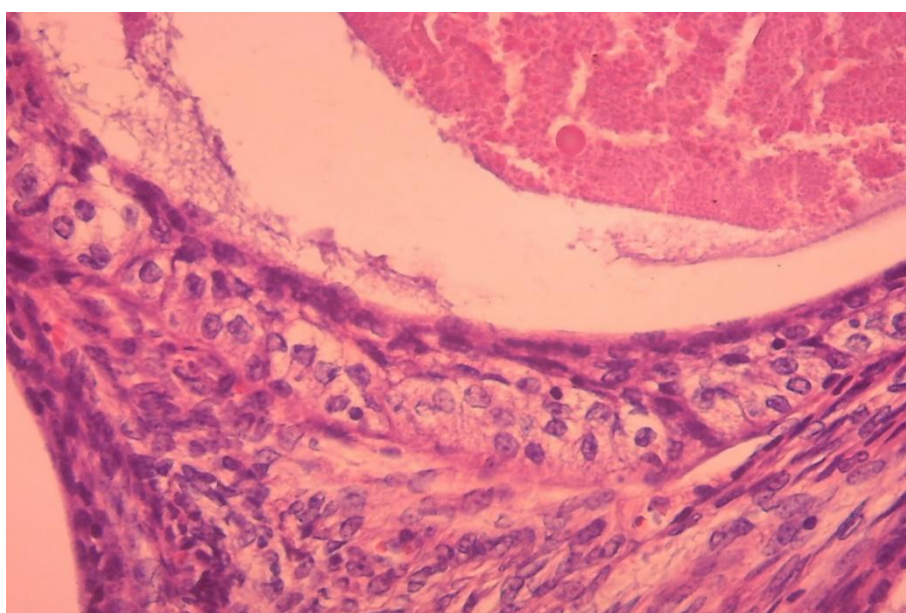
4.16-расм. Тека тўқима ҳужайралари цитоплазмаси липидларга тўлиб, нобуд бўлиши ва кистага айланиши. Бўёқ: Г-Э. Х: 10x40.

Ядроларида кариопикноз, кариолизис ва кариорексис ривожланиб, нобуд бўлганлиги аниқланади. Бундай нобуд бўлган ҳужайралар ўрнида деструкцияланган некротик детрит ва ундан кейин бўшлиқ пайдо бўлиб, кистага айланади. Биз ўрганган тухумдон гистологик препаратларида аниқланишича, текалютеинли кисталар пайдо бўлиш механизми яна бир жараёнга боғлиқлиги аниқланди. Яъни тухумдон тўқимасида, яъни фолликулалар ва тека тўқима атрофида кучли фиброзланиш ривожланса, ички ва ташқи тека қатламлари дағал фиброз тўқимага айланиши аниқланди. Бунда фолликула атрофида, яъни тека тўқима ўрнида толали ва ҳужайрали бириктирувчи тўқима тутамлари пайдо бўлганлиги ва уларнинг таъсирида фолликула атрофияга учраганлиги, атрофидаги тека тўқима ҳам атрофияланиб, фиброзланиб, чандиқ тўқимага айланганлиги кузатилади. Ушбу фиброз тўқима орасида атрофия ва атрезияга учраган фолликула кистага айланганлиги аниқланади (4.17-расмга қаранг). Фолликуланинг эпителийси ҳам атрофияланиб, бир қаватли призматик ҳужайрага айланганлиги, атрофида дағал тузилишга эга бўлган фиброз тўқима билан ўралганлиги кузатилади.



4.17-расм. Тухумдон тека тўқимасининг дағал фиброз тўқимага айланиши ва фолликуланинг атрезияланиб, майда кистага айланиши.

Бўёқ: Г-Э. Х: 10x40.



4.18-расм. Текалютеинли киста, бир-нечта бўшлиқдан иборат, деворининг ички юзасида вакуоллашган тека хужайралар, атрофида фиброз тўқима ўраб олган. Бўёқ: Г-Э. Х: 10x40.

Ҳар томонлама етилган текалютеинли киста морфологик жиҳатдан куйидагича тузилишга эга бўлади. Киста одатда бир нечта бўшлиқдан иборат, деворининг ички томонида тека хужайралари жойлашган, улар шишиб катталашган, цитоплазмаси липидлар тўпланиши ҳисобига катталашган,

ядролари беътартиб жойлашган, хроматини ҳам ҳар хил даражадаги тўпламлар пайдо қилган. Киста бўшлиғининг ички юзасида тека хужайраларнинг ички томонида хужайралар зичлашиб, гистоструктурасини ўзгартириб, тўқ бўялган қатлам пайдо қилганлиги аниқланади. Тека хужайралар қатламининг ташқи томонида зич фиброз тўқима тутамлари жойлашганлиги аниқланади (4.18-расмга қаранг).

Текалютеинли кисталар гонадотропин ва хорионал гонадотропин кўп ишлаб чиқарилишида лютенизация кучайишидан пайдо бўлади. Улар бевосита фолликулалардан ҳосил бўлади. Текалютеинли кисталар кўп пуфакли думалоқ ёки овал шаклли, икки томонлама, девори юпқа, силлиқ, ичида тиниқ суюқлик сақлаган кисталар ҳисобланади. Ушбу кистанинг пайдо бўлиши хорионал гонадотропиннинг кўплигига, тухум хужайранинг аномал ривожланишига ёки хориокарцинома мавжудлигига боғлиқ ҳолда пайдо бўлади. Текалютеинли кисталар одатда икки томонлама учрайди. Ушбу кистанинг пайдо бўлишида асосий ўринни хорионал гонадотропин концентрациясининг ошиши ҳисобланади. Шунинг учун трофобласт касаллик ривожланганда, хорионал гонадотропин миқдори ошганда 25-60% ҳолларда текалютеинли кисталар пайдо бўлиши кузатилади. Эгизак ҳомиладорликда агар гестация даврида қандли диабет, гипертензия, преэклампсия ва резус-конфликт мавжуд бўлса текалютеинли киста пайдо бўлишининг хавфи юқори бўлади.

Ушбу кисталар одатда тека хужайралардан ташкил топади, айрим ҳолларда гранулез хужайралар учрайди. Тухумдон тўқимаси одатда шишга учраган кўп миқдорда лютеинлашган стромал хужайралар ўчоғи аниқланади.

Текалютеинли кисталар ҳомиладорликнинг барвақт даврида пайдо бўлади, қачонки сариқ тана кераклича гормон ишлаб чиқармаганда. Ҳомиладорлик тўхтатилганда киста ўз-ўзидан сўрилиб кетиши мумкин.

Текалютеинли киста аёлларнинг репродуктив даврида пайдо бўлади ва кўпинча ҳомиладорлик билан бирга давом этади. Унинг сабаби гипофиз олдинги бўлагидан жинсий гормонларнинг кўп ишлаб чиқарилишидан тека

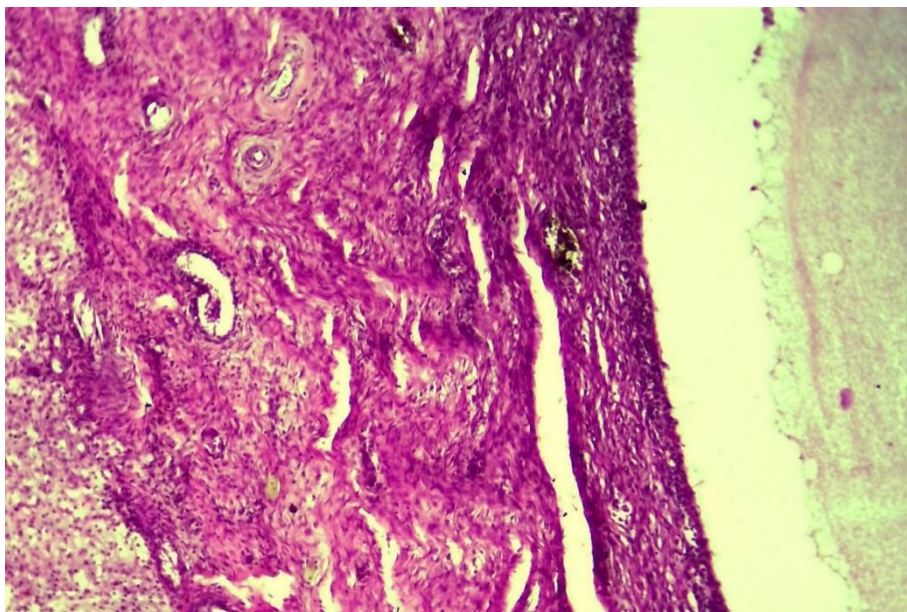
хужайраларнинг лютеинланиши оқибатида ва хорионал гонадотропин таъсирида юз беради. Текалютеинли кисталар елбўғоз ва хорионкарцинома мавжуд пайти бевосита фолликуладан пайдо бўлади. Базида меёрдаги хомиладорлик пайтида ҳам, агар қандли диабет, резус-конфликт ва преэклампсия касалликлари мавжуд бўлса.

§4.4. Тухумдон параовариал кисталар гистогенези, морфогенези ва морфологик ўзгаришлари хақида маълумотлар

Параовариал кисталар макроскопик жиҳатдан думалок ёки овал шаклли бўлади, девори қаттиқ эластик бўлиб, ичида тиниқ суюқлик ушлайди. Одатда бундай кисталар якка ҳолда, бачадоннинг ёни ёки устида жойлашади. Девори юпка, тиниқ, томирлар тўри билан ўралган ҳолда бўлади. Кистанинг устида ярим ойсимон шаклда бачадон найи жойлашади. Девори одатда бириктирувчи тўқима тутамларидан ёки мушак қаватидан иборат бўлиб, деворининг ички юзаси цилиндрсимон, кубсимон, баъзида бир қаватли, гоҳида кўп қаторли эпителий билан қопланган ҳолда бўлади. Параовариал киста пайдо бўлган дастлабки вақтда унинг оёқчаси бўлмайдиган, киста бўшлиғи бачадонга ёпишган ҳолда аниқланади. Кейинчалик оёқчаси пайдо бўлиб, у бачадон найи ичига киради, баъзида тухумдоннинг хусусий бойламига туташган кўринишда аниқланади. Одатда параовариал кисталар ёшларда аниқланади, унинг атрофидаги чандиқ тўқимани олиб ташлаш учун жарроҳлик муолажаси қўлланилади[17,51,53].

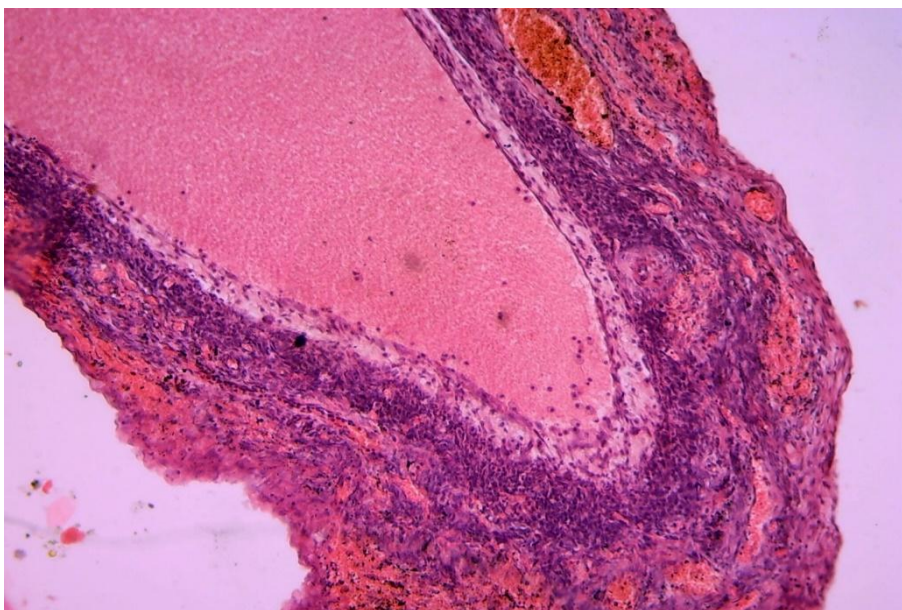
Параовариал кисталарни морфологик жиҳатдан ўрганилганда, шу ҳолат аниқландики киста атрофида доимо бириктирувчи тўқима тутамларидан иборат чандиқ ва ҳар хил катталиқдаги ва турдаги қон томирлар аниқланади (4.19-расмга қаранг). Аслида параовариал киста девори юпка толали бириктирувчи тўқимадан ташкил топади, лекин атрофидаги қўшимча чандиқ тўқима ва қон томирлар ҳисобига қалинроқ кўринади. Деворининг ички юзаси бириктирувчи тўқимали чандиқ хужайраларидан иборат бўлиши мумкин. Бўшлиғида тиниқ сарғич суюқлик бўлганлигидан, унинг

таркибидаги кам микдордаги оксил моддаси оч бинафша рангли бўлиб кўринади.



4.19-расм. Параовариал киста, девори бириктирувчи тўқима тутамларидан ва қон томирлардан иборат. Бўёқ: Г-Э. Х: 10х10.

Параовариал кистанинг яна бир турида, унинг деворида кўп сонли қон томирлар ва қон қуйилиш ўчоқлари аниқланади. Қон томирлар орасидаги бириктирувчи тўқима зич ҳолатда, хужайралари алоҳида тўпламлар пайдо қилиб жойлашган, уларнинг таркибида яллиғланишли лимфо-гистиоцитар инфильтрат борлиги аниқланади (4.20-расмга қаранг). Киста деворининг ички қатламида бириктирувчи тўқима шишга учраб, титилган, таркибида толалари кам, хужайралари сийрак жойлашган, таркибида яллиғланиш хужайралари борлиги аниқланади. Киста бўшлиғида оксилли, бинафша рангга бўялган суюқлик аниқланади.

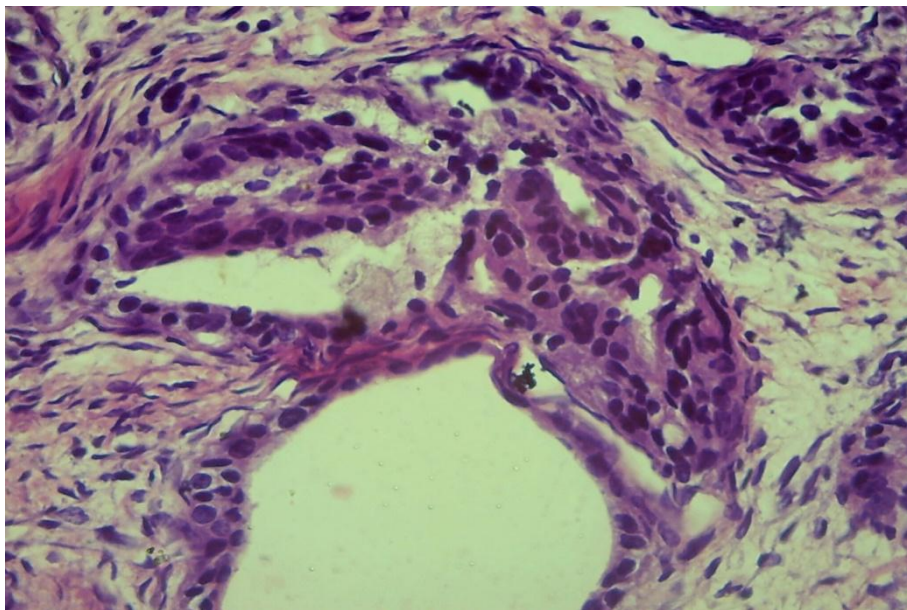


4.20-расм. Параовариал киста, деворида қон томирлар кўп, бириктирувчи тўқима ҳужайралари зич ҳолда жойлашган.

Бўёқ: Г-Э. Х: 10x10.

Параовариал киста пайдо бўлишида, бўшлиқлар майда ва бир-нечта бўлиши мумкин, уларни қоплаган эпителий айрим жойларида бир қаватли цилиндрик, бошқа жойларида бир қаватли призматик, яна бир соҳаларида кўп қаторли призматик тузилишга эгалиги аниқланади (4.21-расмга қаранг). Кисталар ёш бўлганлиги сабабли, унинг эпителий ҳужайралари ҳам ёш ва гиперхромли тузилишга эгалиги ва ядролари бетартиб жойлашганлиги кузатилади. Киста бўшлиқлари орасидаги бириктирувчи тўқима ҳам шаклланмаган ҳолатдалиги, унинг таркибида ҳужайралар ва толалар камлиги ва бетартиб жойлашганлиги аниқланади.

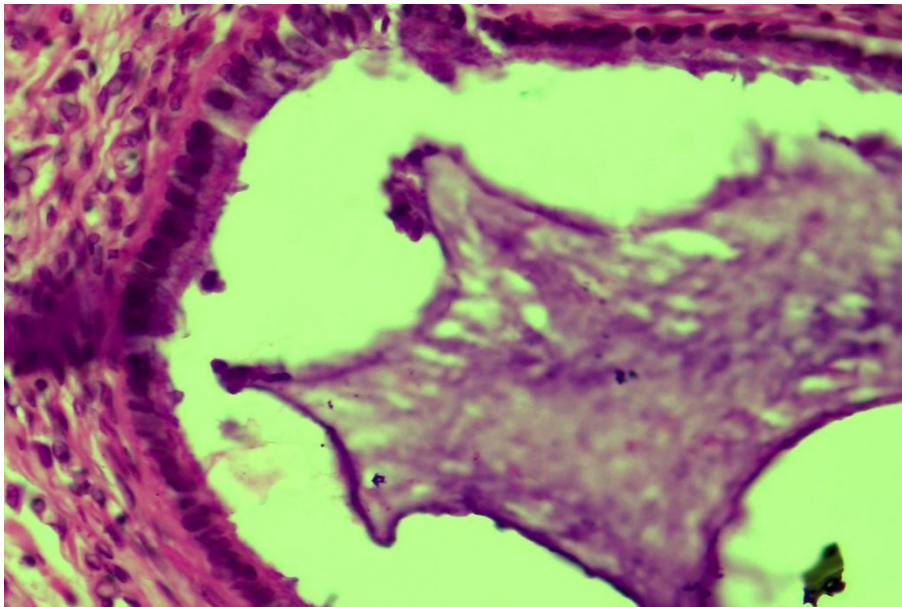
Шаклланган параовариал кисталар микроскопик жиҳатдан ҳар хил тузилишга эгалиги тасдиқланди. Киста деворида аксарият ҳолларда етилган кўпол толали бириктирувчи тўқима ва кўп микдордаги қон томирлар мавжудлиги аниқланади.



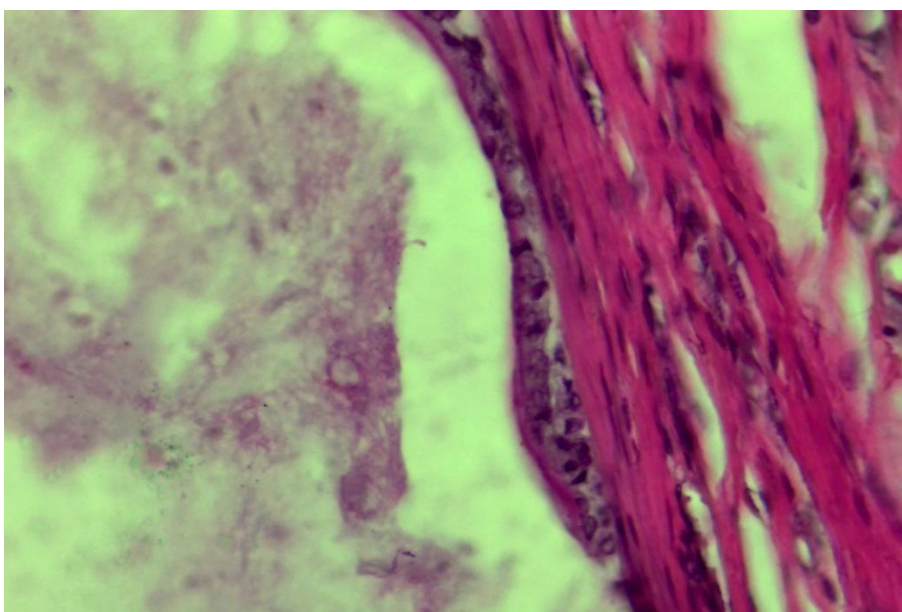
4.21-расм. Янги пайдо бўлган параовариал киста, эпителийси ёш ва турли шаклда, оралиқ тўқимаси шаклланмаган тузилишга эга. Бўёқ: Г-Э. X: 10x40.

Бунда, бириктирувчи тўқимаси таркибида ҳужайралар етилган ва ҳар хил даражадаги фиброцит, фибробласт, гистиоцит ва гистиобластлар борлиги аниқланади. Толали тузилмалари асосан коллаген толалардан иборат бўлиб, бир жойида зич ва йўғон тутамларни пайдо қилса, бошқа жойларида нисбатан сийрак ва титилган ҳолдаги толалардан иборатлиги кузатилади. Киста девори ички юзаси кўпинча эпителий билан қопланганлиги аниқланади. Эпителий ҳар хил тузилишга эгалиги аниқланади, бир ҳолатда цилиндрик шаклли, бошқа ҳолатда призматик ва учунчи ҳолатда кўп қаторли тузилишга эгалиги кузатилади (4.22-расмга қаранг). Бўшлиғида доимо ҳужайрасиз, эозинофил бўялган оқсилли суюқлик борлиги аниқланади. Шаклланган параовариал кистанинг бошқа турида девори таркибида силлиқ мушак ҳужайралар тутамлари ва бетартиб жойлашган қон томирлар аниқланади. Бунда силлиқ мушак ҳужайралар алоҳида-алоҳида параллел ҳолда жойлашган ҳар хил қалинликдаги тутамларни пайдо қилган (4.23-расмга қаранг). Уларнинг таркибидаги ҳужайралар ядролари чўзинчок тузилишга эга. Тутамлар орасида бириктирувчи тўқима ҳужайралари ўрин

эгаллаган ва улар ҳар хил даражадаги пролифератив фаоллик кўринишига эгаллиги аниқланади. Ички юзаси бир қаватли призматик эпителий билан қопланганлиги, ва улар шакл ва ҳажм жиҳатдан ҳар хиллиги аниқланади. Бўшлиғида оч эозинофилли суюқлик борлиги аниқланади.



4.22-орасм. Шаклланган параовариал киста, девори фиброз тўқимадан, ички юзаси бир қаватли призматик эпителийдан ташкил топган. Бўёқ: Г-Э. Х: 10x40.



4.23-расм. Шаклланган параовариал киста, деворида силлиқ мушак тўқима тутамлари мавжуд, эпителийси майда призматик хужайралардан иборат. Бўёқ: Г-Э. Х: 10x40.

Параовариал киста, бу ретенцион тузилмалар бўлиб, бачадоннинг кенг бойламлари орасида жойлашади. Тухумдон устидаги ортик, бирламчи буйракусти эмбрионал қолдиқ эпифорондан пайдо бўлади. Сабаби – тухумдон усти ортиқларда секрет туриб қолишидан пайдо бўлади. Ўлчамлари 30 смгача катталиққа етади. Параовариал кисталар тухумдоннинг барча ўсмали тузилмаларининг 8-16,4% ташкил қилади. Бу кисталар асосан 20-40 ёшли аёлларда аниқланади. Киста одатда 5-6 см, айрим ҳолларда улкан ўлчамларда бўлиб, қорин бўшлиғини тўлдиради. Макроскопик жиҳатдан думалоқ ёки овал шаклда бўлиб, қаттиқ-эластик концистенцияли, бачадоннинг ёни ёки устида жойлашади. Девори юпқа (1-2мм), томирлар тўри ва бачадон найи тутқичидан иборат бўлади. Киста устида одатда бироз чўзилган шаклдаги бачадон найи жойлашади. Киста бўшлиғида сувга ўхшаш тиниқ суюқлик ушлайди. Девори бириктирувчи тўқима, мушак толаларидан иборат бўлиб, ички юзаси цилиндрсимон, кубсимон бир қаторли эпителий билан қопланган бўлади. Параовариал киста катталашса клиник жиҳатдан қорин бўшлиғининг пастидида оғриқ, қориннинг катталашishi билан намоён бўлади.

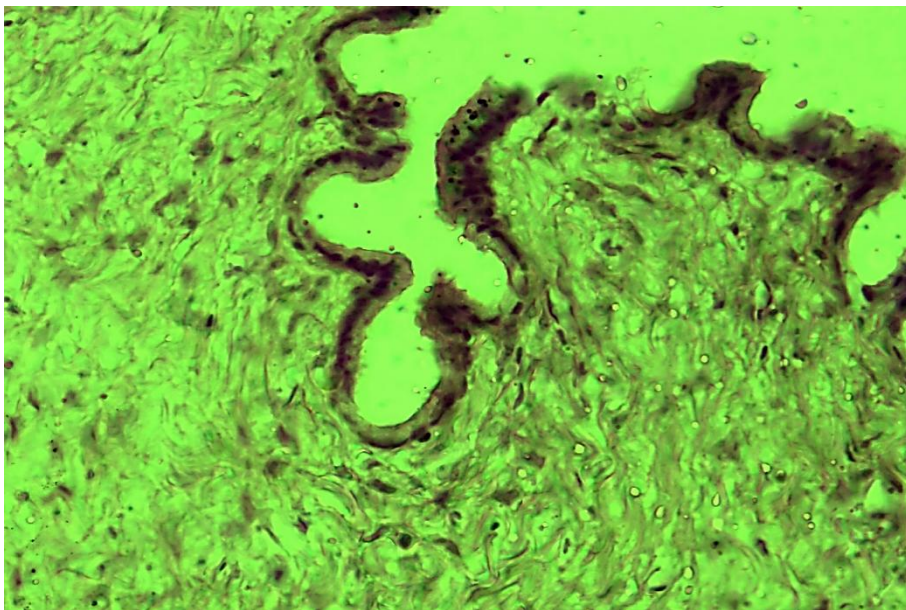
Параовариал яллиғланишли киста, бу – фоллопий найининг грааф фолликуласи яллиғланишида тухумдон ва бачадон найи орасида пайдо бўлади. Яллиғланишли параовариал кистанинг кўп учраши ва ўсиб катталашishi тухумдон ва бачадон ортиқларининг яллиғланишига боғлиқ. Бундан ташқари, эндокрин касалликлар, ҳомиладорликни барвақт тўхтатишда, назоратсиз ҳолда контрацепция қабул қилиш, маҳаллий гипертермия пайтида кузатилади. Одатда бу кисталар унча катта бўлмайди, агар катталашган бўлса кучли санчиқли, кичик тазга тарқаладиган, овуляцияга боғлиқ бўлмаган оғриқ кузатилади.

Бачадоннинг кенг бойламлари орасидаги тухумдон ортиғи, яъни бирламчи буйрак усти эмбрионал қолдиқнинг гормонал бузилиши, сурункали яллиғланиши оқибатида унда суюқлик тўпланиб, ретенцияланиб, параовариал киста пайдо бўлади.

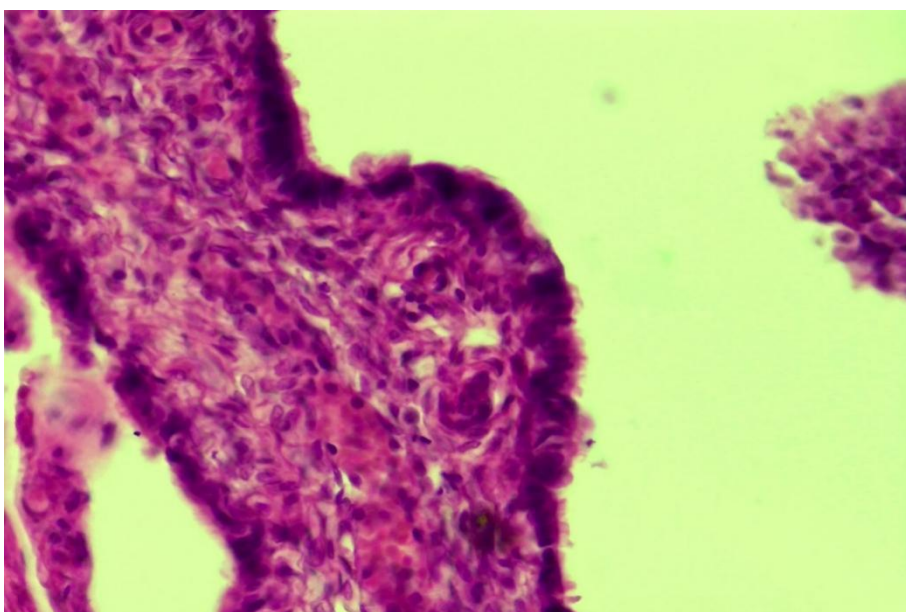
§4.5. Тухумдон эндометриоид кисталар гистогенези, морфогенези ва морфологик белгилари хақида маълумотлар

Морфологик текширувлар кўрсатишича, эндометриоид кистанинг пайдо бўлиш механизми икки хил жараёнга боғлиқ: биринчиси менструация пайтида эндометрий хужайралари бачадон найи орқали қорин бўшлиғига миграцияланишида, тухумдон юзасига эндометриал безлар ёпишиб, атрофида яллиғланиш ва бириктирувчи тўқима ўсиб, эндометриоид киста пайдо бўлади; иккинчи механизм асосида дисгормонал ҳолат, яъни прогестерон камайиб, эстроген ва пролактин ошиши, қолқонсимон без ва буйрак усти бези дисфункцияси оқибатида, тухумдон юзасидаги призматик эпителий метаплазияланиб, эндометрий эпителийсига айланади ва ундан эндометриоид киста пайдо бўлади[7,27,33].

Текширув натижалари кўрсатишича, тухумдон ташқи сероз пардасига ва бириктирувчи тўқимали оқ пардага эндометрий безларининг менструация даврида бачадон найи орқали миграцияланиб, ёпишганда тухумдоннинг сероз пардаси деформацияланади ва инвагинацияланади (4.24-расмга қаранг), унинг юзасидаги эндометрий безлари атрофида яллиғланиш ва склероз жараёни ривожланиб, ўраб олади ва безлар кенгайиб, эндометриоид кистага айланади. Тухумдон юзасида пайдо бўлган эндометрий безлар эпителийси пролифератив фаолликга учраб, ҳар хил функционал ва морфологик ҳолатга кирганлиги, айримлари гипертрофияланиб, ядроси гиперхромазияга учраганлиги кузатилади (4.25-расмга қаранг). Бошқалари эса нисбатан майдалашиб, сероз парда қопловчи эпителийси орасига инплантацияланганлиги аниқланади. Бу соҳаларда тухумдон фиброз пардаси таркибида яллиғланиш жараёни, яъни лимфо-гистиоцитар хужайраларнинг пролиферацияланиб, кўпайганлиги аниқланади.



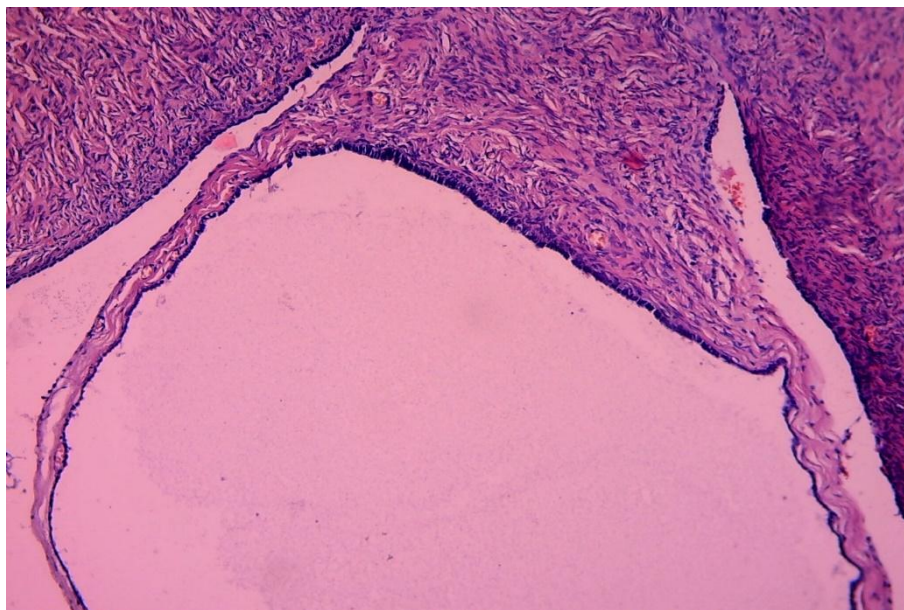
4.24-расм. Тухумдон ташқи юзасида эндометрий безларнинг инвагинацияланиши ва эндометриоид кистанинг пайдо бўлиши. Бўёқ: Г-Э. X: 10x40.



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

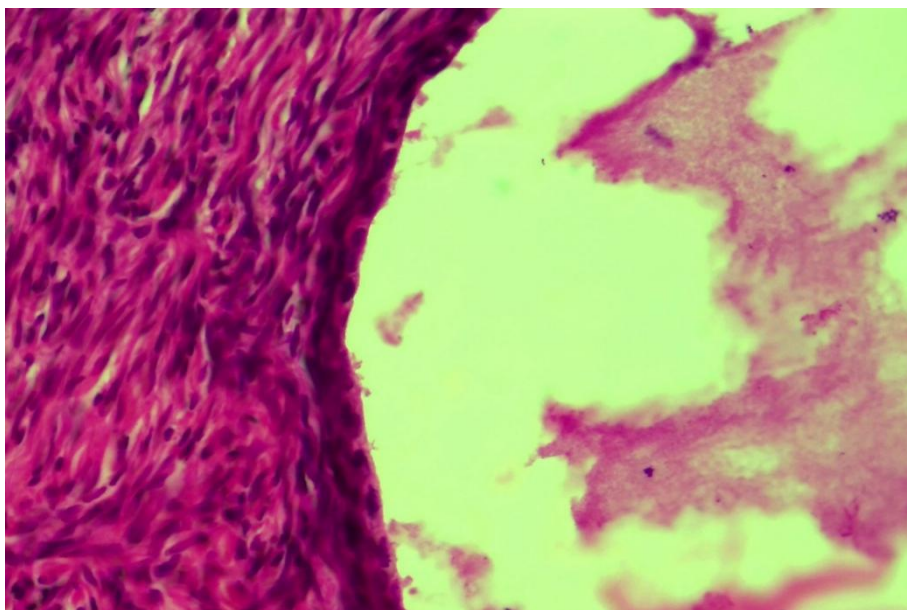
Айрим ҳолларда, яъни организмда дисгормонал жараён ривожланганда эстраген ва пролактин таъсирида тухумдон ташқи юзаси сероз пардасини қоплаган призматик эпителий пролиферацияланиши ва метаплазияланиши оқибатида, улардан тухумдон тўқимасига қараб инвагинациялар ва юзасида

кистасимон бўшлиқлар пайдо бўлади. Инвагинацияларни ва бўшлиқларни қоплаган призматик эпителий айрим жойларида чўзилиб яссиланганлиги, бошқа соҳаларида йириклашиб, эндометриоид эпителийга айланганлиги кузатилади (4.26-расмга қаранг).



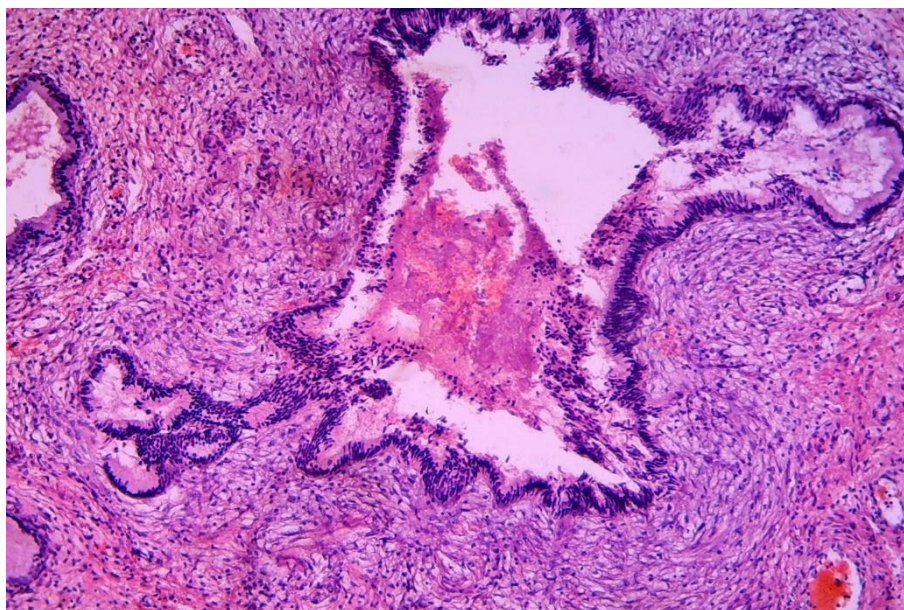
4.26-расм. Тухумдон юзасида инвагинациялар ва кистоз бўшлиқлар пайдо бўлиши. Бўёқ: Г-Э. Х: 10x10.

Ушбу жараён давом этишида, инвагинациялар чуқурлашиб ва кенгайиб, эндометриоид кисталарга айланади, бўшлиғига қопловчи эпителийси ишлаб чиқарган сероз суюқлик ва менструациядан миграцияланган қон қуйилганлиги аниқланади. Ушбу эндометриоид кисталарни микроскопнинг катта объектида кўрилганда, киста бўшлиғида оқсилли суюқлик ва қон борлиги аниқланади. Киста девори ички юзасини бир қаватли эндометрий безлари эпителийсига ўхшаш ҳужайралар қоплаганлиги ва уларнинг ҳар хил даражада морфофункционал фаолликда эканлиги кузатилади (4.27-расмга қаранг). Эпителий остида тухумдоннинг фиброз тўқимаси зичлашиб, дағаллашиб, қўпол бириктирувчи тўқимага айланганлиги, таркибида яллиғланиш инфилтрати борлиги аниқланади.



4.27-расм. Эндометриоид киста девори бир қаватли эндометриоид эпителий билан қопланган, тагида фиброз тўқима билан ўралган. Бўёқ: Г-Э. Х: 10х40.

Эндометриоид кисталар пайдо бўлишида, тухумдон ташқи юзасида жойлашган эндометриоид без ва кисталар тухумдон тўқимасига инвагинацияланиб, ўсиб кириб тарқалади. Айрим ҳолларда тухумдоннинг ҳам пўстлоқ, ҳам мағиз қаватлари таркибида ҳар хил катталиқдаги эндометриоид кисталар пайдо бўлганлиги аниқланади. Улар ҳар хил катталиқда ва ҳар хил шаклда бўлиши мумкин. Кисталарни қоплаган эпителий гормонал дисфункция оқибатида ҳар хил даражада гиперплазия ва метаплазияланиб, кўпинча йирик цилиндр шаклдаги ҳужайраларга айланганлиги кузатилади (4.28-расмга қаранг). Бу эпителий пролифератив фаол даражада бўлганлигидан, улар атроф тўқимага инвагинацияланиб, ўсиб кирганлиги ва ядролари нисбатан фаол ва гиперхромли даражада эканлиги аниқланади. Бўшлиғида оксилли суюқлик ва қон таначалари борлиги кузатилади.



4.28-расм. Тухумдон тўқимасидаги эндометриоид киста, ноаниқ шаклда, эпителий атроф тўқимага ўсиб кирган. Бўёк: Г-Э. Х: 10x40.

Эндометриоид киста, бу – эндометриоз оқибатида ривожланадиган ўсмасимон тузилма бўлиб, каттиқ оқиш-кўкиш пардали, ичидан кўкиш-килиш ранг кўринадиган, бачадон орқасида, бачадон найлари ва қорин пардаси билан туташган кўринишида аниқланади. Бу киста кўпинча икки томонлама учрайди ва генитал эндометриозда кузатилади. Эндометриоид киста одатда 30-50 ёшли аёлларда, кўпинча бачадон миомаси ва эндометрий гиперплазияси билан бирга ривожланади. Киста ичида шоколад рангли модда жойлашади. Навбатдаги менструал циклда эндометрий янгиланаётган даврда эндометриал тўқима тухумдонда ҳам пайдо бўлиши эндометриоз дейилади. Агар тухумдоннинг юзасида эндометриал тўқима пайдо бўлса, безлар атрофида фиброз парда пайдо бўлиб, кистага айланади ва менструал қони билан тўлади ва қон қуюқлашиб, жигар рангга айланади, шунинг учун эндометриоид кисталар шоколадли кисталар дейилади. Эндометриоид кисталар пайдо бўлишининг сабаби имплантацион назарияга боғлиқ, яъни ретроград менструация жараёнида, эндометрий хужайралари қон билан бачадон найи, тухумдон ва қорин бўшлиғи тўқималарига миграцияланиши оқибатида ривожланади. Хавфли омиллари сифатида прогестероннинг

камайтиши, эстраген ва пролактиннинг ошиши, қалқонсимон без ва буйрак усти дисфункцияси ҳисобланади.

§4.6. Тухумдон кисталарининг иммуногистокимёвий текширув белгилари

Ушбу тадқиқот: Лабораторияда олиб борилган тадқиқотлар: Premium Diagnostics МЧЖ, манзил: Тошкент Учтепа тумани, 618а Уйғур кўчаси. № Гувоҳнома № 004973-01 08.02.2012 йил Учтепа туман ҳокимияти.

Лицензия № 02388 26.09.2019 йил Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги. Моноклонал антителаларни ишлаб чиқарувчи фирма DAKO Denmark. Дания Республикаси.

Тухумдон ўсма олди жараёнларини топиш мақсадида ҳар томонлама ўрганиш натижасига асосланиб тухумдон кисталарининг 2 хил тури танлаб олинди. Яъни папиляр цистаденомалар ва муциноз цистаденомалар билан касалланган 20 (100%) беморларни ҳар бирида тухумдон деворидан тайёрланган гистологик препаратларни ўрганиб, эстроген ва прогестерон рецепторларни ўзаро боғлиқлиги, ушбу киста турларида организмда бўладиган гормонал ўзгаришлар натижасида ривожланиш жараёнлари ўрганилди.

Тухумдон папиляр цистаденомалар бу сероз кисталарнинг кейинги босқичи бўлиб, папиляр ўсимталар ривожланиши учун бир неча йиллар талаб қилади. Ўсимталар бир, ёки бир неча қамралардан ташкил топган, кисталарнинг ички юзасида, бир ёки бир неча зич папиляр ўсимталардан ташкил топган бўлади. Папиляр цистаденомалар энг катта клиник аҳамиятга эга бўлиб, унинг малигинизация бериш потенциали ва саратон касаллигига ўтиш даражаси юқори ҳисобланади.

4.1-жадвал

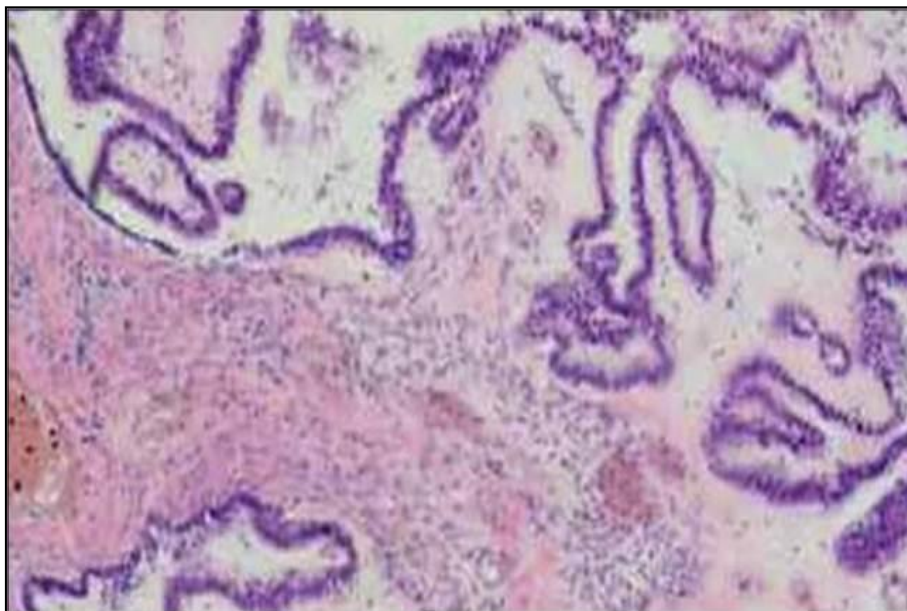
Иммуногистокимё текширувини ўтказиш босқичлари.

№	Иммуногистокимё	Реактивлар	Вақти
1	Кесимларни 4 мкм қалинликда тайёрлаш	Полилизинланган ойначалар	
2	Кесимларни қуритиш		Хона хароратида 24 соат
3	Термостатда қуритиш		T-55-60° 60 дакика
4	Депарафинлаш	Орто-Ксилол	10 мин 3маротаба
5	Дегидратациялаш	Спирт 96%	3 мин 3маратоба
6	Регидратациялаш	Дистилланган сув	10 мин
7	Демаскировқалаш	Демаскировчи Буфер	Харорати 98С булган сувда 30-40 мин
8	Ювиш	Эритма трис – буфера (pH=7,5).	5 мин
9	Эндоген пероксидазани блоклаш	Водород перекиси 3%	5 мин
10	Ювиш	Дистилланган сув	3 мин
11	Бирламчи (асосий) антитаначаларнинг кашф этилиши ва инкубацияси	Специфик антитаначалар	20-30мин
12	Ювиш	трис-буфер эритмаси (pH=7,5).	5 мин
13	Бирламчи (асосий) антитаначаларнинг кашф этилиши ва инкубацияси	Визуал тзм	20-30мин
14	Ювиш	трис-буфер эритмаси (pH=7,5).	5 мин
15	Диаминбензидин билан аниқлаш	ДАБ-хромоген	5 мин
16	Ювиш	Дистирланган сув	3 мин
17	Буяш	Гемотоксилин Майера	5 мин
18	Ювиш	Окава сув	1 мин
19	Дегидратациялаш	Спирт 96%	2 маротаба 5 миндан
20	Деспиртизациялаш	Орто-ксилол	2 маротаба 5 миндан
21	Хулоса	Бальзам, қоплагич ойна	

Папиляр цистаденомалар формасида тухумдон ички қисмида девори барча қатламларида тарқоқ ҳолда майда, айрим ҳолларда йирик шаклда папиляр ўсимталар ўсиб кўпайган ҳолатда бўлади. Натижада бу тўқимада жойлашган папиляр тўқима ҳужайралари, жумладан без ва қопловчи

эпителийнинг озикланиши бузилиб, морфологик жиҳатдан дисрегенерация жараёнлари, жумладан метаплазия ва дисплазия ривожланишига олиб келади.

Малигнизация берган ҳолатларда катта майдонга ёйилиб қорин парда бўйлаб тарқалиши ва бунинг натижасида асцит ривожланишига олиб келади (4.29-расмга қаранг).



4.29-расм. Тухумдон папиляр цистаденомаси. Гистологик кўриниши.

Буёқ: Г-Э. Х: 10х 40.

Тухумдон папиляр цистаденомалари иммуногистохимёвий текширув натижалари эстроген рецептори орқали текширув натижасида 20 (100%) беморлардан 5 (25 %) позитив реакция жараёни кузатилди.

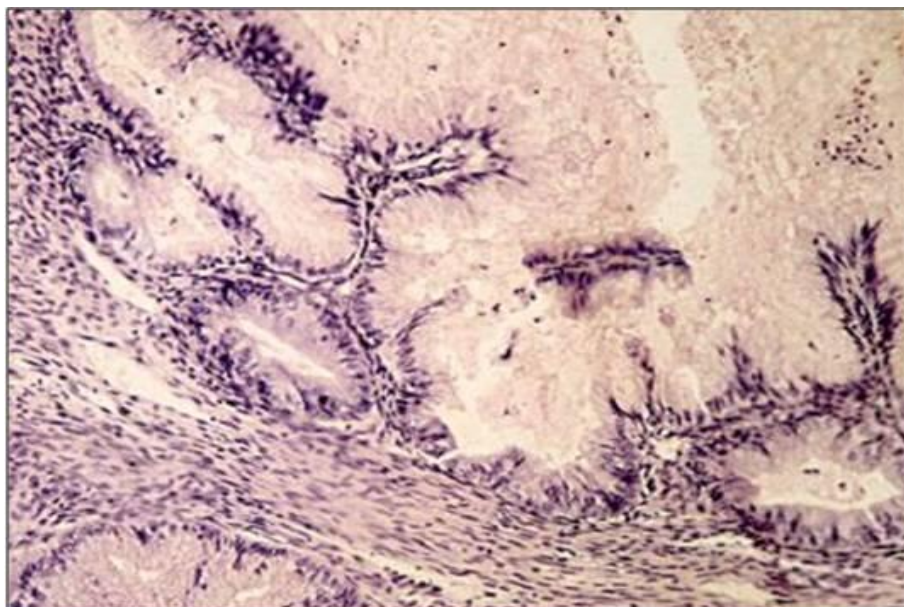
Тухумдон папиляр цистаденомалар иммуногистохимёвий текширув натижалари прогестерон рецептори орқали текширув натижасида 20(100%) беморлардан 6 та (30 %) позитив реакция жараёни кузатилди.

Текширув натижасига кўра эстроген ва прогестерон рецепторлари орқали ўтказилган натижалар шуни курсатдики, 20(100%) беморлардан папиляр цистаденома 5(25%) тасида эстроген, 6(30%) тасида прогестерон рецепторлар позитив реакцияси, 3(15%) та беморларда эстроген ва прогестерон позитив реакция ва 6(30%) та беморларда негатив реакция жараёнлари кузатилди.

Тухумдон папиляр цистаденомасида позитив реакция жараёнлари кузатилган эстроген рецепторларни беморларни паст, ўрта ва юкори экспрессия жараёнлари солиштирилганда 20(100%) беморлардан 5(25 %) та беморларда экспрессия кузатилган бўлиб шулардан 1(5 %) та беморда паст экспрессия , 1(5 %) та беморда ўрта экспрессия ва 3 (15 %) беморларда юкори экспрессия жараёнлари кузатилди.

Тухумдон папиляр цистаденомасида позитив реакция жараёнлари кузатилган прогестерон рецептор бўйича беморларни паст, ўрта ва юкори экспрессия жараёнлари солиштирилганда 20(100 %) беморлардан 6(30%) беморларда экспрессия кузатилган бўлиб шулардан, 2(10%) та беморда ўрта экспрессия ва 4(20%) беморларда юкори экспрессия жараёнлари кузатилди. Паст экспрессия реакцияси прогестерон рецепторда кузатилмади.

Тухумдон муциноз цистаденомалари яхши сифатли ўсма касаллиги хисобланиб, унинг девори бачадон бўйни эпителиясига ўхшаш эпителия билан қопланган бўлади. Кистанинг таркиби шиллик яъни муциндан иборат бўлиб, улар таркибида гликопротеинлар ва гетрогликанлардан ташкил топган муцинлардан иборат бўлади. Муциноз цистаденомалар деярли хар доим кўп камерали бўлади. Ўсимтанинг размери айрим холатларда 30 смгача кузатилиши мумкин. Даволаш факат жаррохлик йули билан амалга оширилади.



4.30-расм. Тухумдон муциноз цистаденомаси. Гистологик куриниши.

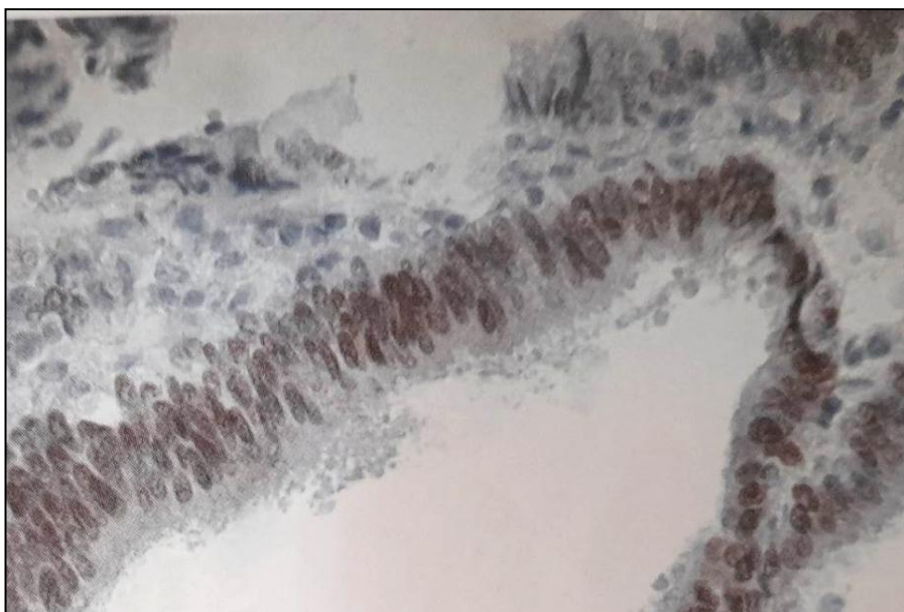
Буёқ: Г-Э. Х: 10х 40.

Без тузилмаларида иммуногистохимёвий текшируви шуни кўрсатдики, аслида без тузилмалари гиперплазиялиб, ҳар хил катталиқдаги без хужайралари пайдо қилган, атрофида яллиғланишли учоклари пайдо бўлганлиги аниқланади. Без эпителийси нисбатан йириклашган, бетартиб жойлашган, айрим соҳаларида кўп қаторли тузилмалар пайдо қилган, уларнинг ядросида эстроген рецептори жигарранга бўялган ҳолатда кўзатилди (4.30-расмга қаранг).

Тухумдон муциноз цистаденомалари иммуногистохимёвий текширув натижалари эстроген рецептори оркали текширув натижасида 20(100 %) та беморлардан 4 (20 %) тасида позитив реакция жараёни кузатилди.

Тухумдон муциноз цистаденомалари иммуногистохимёвий текширув натижалари прогестерон рецептори оркали текширув натижасида 20(100 %) беморлардан 4 (20 %) тасида позитив реакция жараёни кузатилди.

Иммуногистохимёвий текширув натижасига кўра эстроген ва прогестерон рецепторлари оркали ўтказилган натижалар шуни кўрсатдики, 20(100 %) беморлардан муциноз цистаденома, 4(20%) тасида эстроген , 4 (20%) тасида прогестерон рецепторлар позитив реакцияси, 6(30%) та беморларда эстроген ва прогестерон биргаликда позитив реакцияси ва қолган 6(30%) беморларда негатив реакция жараёнлари кузатилди.



4.31-расм. Тухумдон муциноз цистаденомаси экспрессияланган позитив хужайралар ядроси жигарранга буялган. Прогестерон рецептори. Бўёқ: Даб хромоген. Кат: 10х 40.

Иммуногистохимёвий текширув хулосаси. Папиляр ва муциноз цистаденомаларда папиляр сўрғичлар ва муцин сақловчи эпителий хужайраларида пролифератив фаоллик нисбатан ўрта даражада ривожланганлиги ядролари айрим жойларида бетартиб жойлашган. Деярлик барча эпителий хужайралари ядроси эстроген ва прогестерон рецепторларда позитив буялган ўрта оч жигаррангли кўринишда аниқланади. Без эпителийси меёрга нисбатан йириклашган, бетартиб жойлашган, айрим соҳаларида кўп қаторли тузилмалар пайдо қилган (4.31-расмга қаранг)..

Папиляр цистаденомаларнинг текширув натижасига кўра эстроген ва прогестерон рецепторлари орқали ўтказилган натижалар шуни кўрсатадики, 20(100 %) беморлардан папиляр цистаденома 5(25 %) тасида эстроген, 6 (30 %) тасида прогестерон рецепторлар позитив реакцияси, 3(15 %) та беморларда эстроген ва прогестерон позитив реакция ва 6(30 %) та беморларда негатив реакция жараёнлари кузатилди.

Муциноз цистаденомаларнинг иммуногистохимёвий текширув натижасига кўра эстроген ва прогестерон рецепторлари орқали ўтказилган

натижалар шуни кўрсатдики, 20(100 %) беморлардан муциноз цистаденома 4(20 %) тасида эстроген, 4(20 %) тасида прогестерон рецепторлар позитив реакцияси, 6(30 %) та беморларда эстроген ва прогестерон биргаликда позитив реакцияси ва қолган 6(30 %) та беморларда негатив реакция жараёнлари кузатилди. Ушбу натижаларни солиштириш орқали хулоса қилиш мумкинки тухумдоннинг ушбу ўсма турларининг ривожланишида организмда бўладиган эстроген ва прогестерон гормонларнинг таъсири катта аҳамият касб этишини кўрсатади.

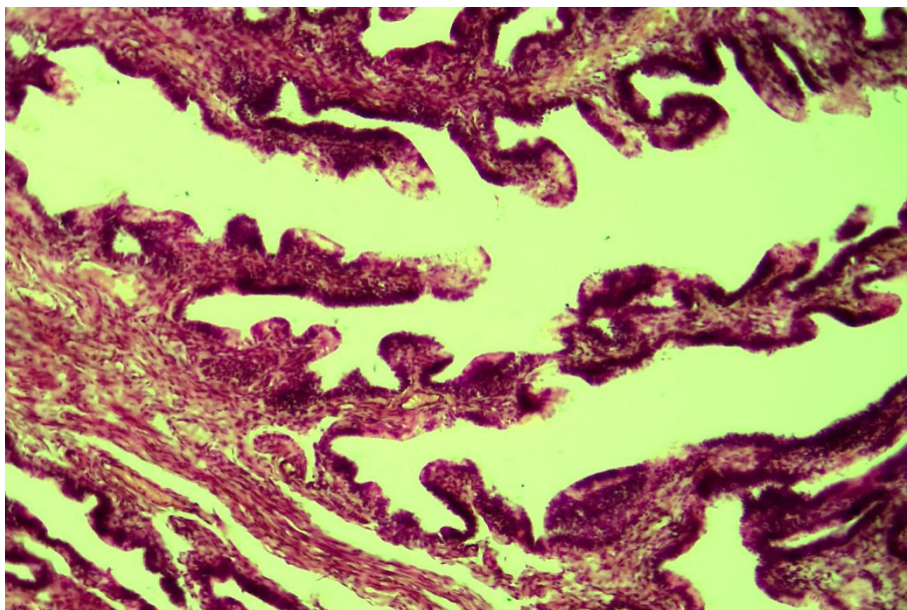
V-БОБ. ТУХУМДОН ЧИН КИСТАЛИ ЭПИТЕЛИЙ ЎСМАЛАРИ ГИСТОГЕНЕЗИ, МОРФОГЕНЕЗИ ВА МОРФОЛОГИК БЕЛГИЛАРИ ХАҚИДА МАЪЛУМОТЛАР

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

Серозли цистаденома кўпинча бир томонлама, битта бўшлиқли, девори силлиқ ҳолда учрайди. Катталиги 3-30 смгача бўлади. Ичида тиниқ серозли сомон рангли суюқлик ушлайди. Деворининг ички юзаси бир қаватли кубсимон, баъзида яссиланган, кам ҳолларда цилиндрсимон эпителий билан қопланган бўлади. Киста ташқи пардаси одатда қаттиқ толали тузилишга эга. Баъзида у қўпол шаклдаги сўрғичлар пайдо бўлиши билан намоён бўлади. Девори ички юзасида қаттиқ тугинли сўрғичлар борлиги аниқланади, унинг асосида зич бириктирувчи тўқимали строма мавжудлиги кузатилади. Сўрғич ва пилакчалар юзаси цилиоэпителийли хужайралар билан қопланади.

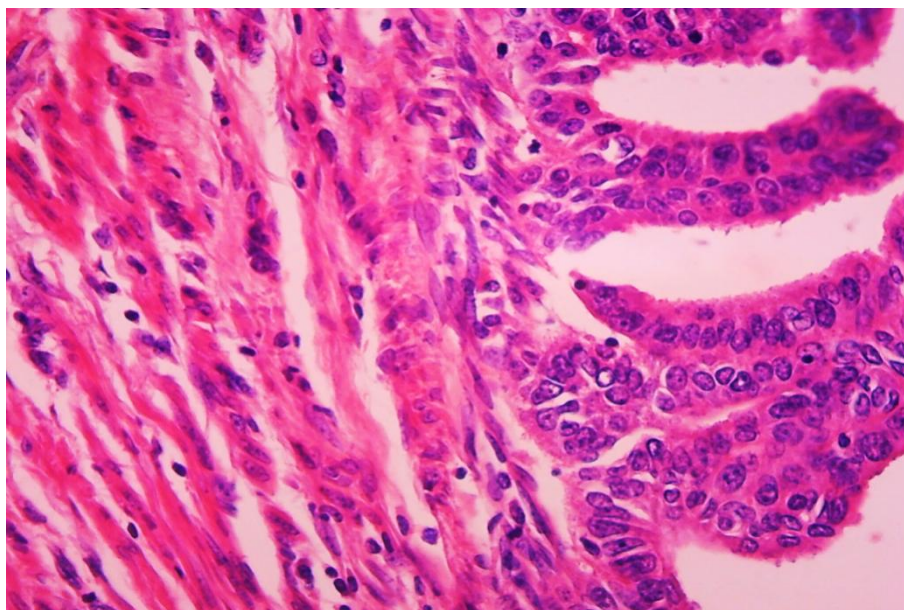
Тухумдоннинг серозли кисталарини микроскопик текшириш натижасида аниқландики, киста деворининг ички юзаси бир қаватли кубсимон, баъзида яссиланган, кам ҳолларда цилиндрсимон эпителий билан қопланганлиги аниқланди. Киста ташқи пардаси одатда қаттиқ толали тузилишга эга. Баъзида у қўпол шаклдаги сўрғичлар пайдо бўлиши билан намоён бўлади[44,45,60]. Девори ички юзасида қаттиқ тугинли сўрғичлар борлиги аниқланади, унинг асосида зич бириктирувчи тўқимали строма мавжудлиги кузатилади (5.1-расмга қаранг). Сўрғич ва пилакчалар юзаси цилиоэпителийли хужайралар билан қопланади. Унга хос нарсаси юмшоқ сўрғичли тузилмалар борлиги ҳисобланади ва улар барча бўшлиқларни тўлдириб гул қарамга ўхшайди. Бошқа ҳолатларда кўп сонли сўғалли

тузилишга эга бўлади. Сўрғичлари оҳакланган қаттиқ тузилишга эгалиги кузатилади. Ушбу цилиоэпителиал кисталар кўпинча икки томонлама бўлади. Ичидаги суюқлиги сарик, жигаррангли суюқликдан иборат. Кўпинча сўрғичли тузилмалар нафақат ички юзасида, балки ташки юзасида ҳам мавжудлиги аниқланади. Кўп сонли сўрғичлар хужайраларга ва томирларга бой юпка асоси бириктирувчи тўқимадан иборат тузилмалардан ташкил топади. Қопловчи эпителийси бир қаватли бўлиб бачадон найи эпителийсини эслатади. Киста стромасида псамомм таначалар топилади.



5.1-расм. Тухумдоннин сўрғичли сероз цистаденомаси, сўрғичлари кўп тармоқли ва ҳар хил узунликда. Бўёқ: Г-Э. Х: 10x10.

Сўрғичли серозли цистаденома тўқимасини микроскопнинг катта объективида ўрганилганда қуйидаги маълумотлар олинди, яъни сўрғичлар бевосита бириктирувчи тўқимали асосдан ўсиб чиққанлиги, орасида базал мембрана йўқлиги аниқланди. Сўрғичлар асосан цилиндрик эпителийдан иборатлиги, уларда оралик бириктирувчи тўқимали стромаси жуда камлиги аниқланди (5.2-расмга қаранг). Эпителий хужайралари ядролари думалоқ ва овал шаклдалиги, уларда хроматин камлиги, фақат ядронинг чет қисмларида концентрацияланганлиги аниқланди.

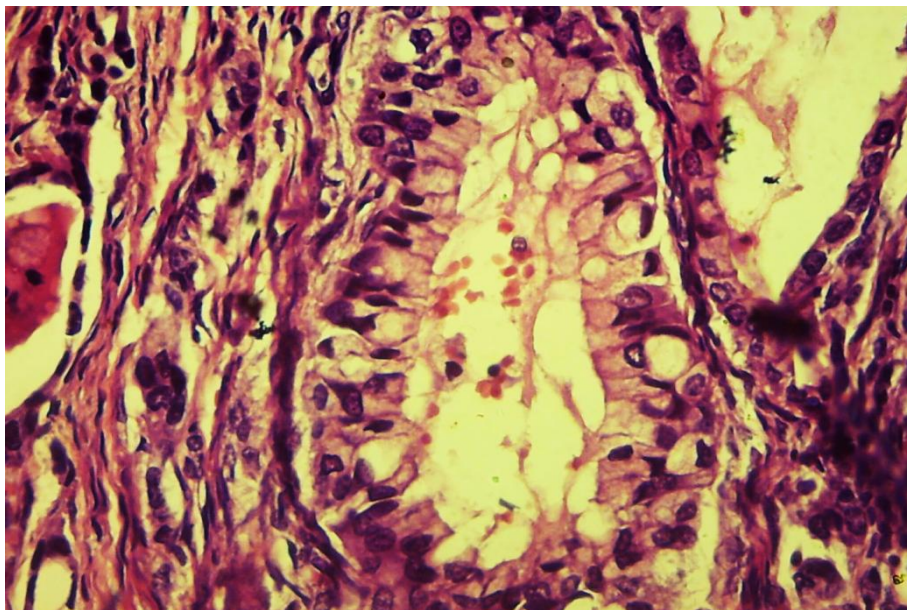


**5.2-расм. Сўрғичли серозли цистаденома сўрғичлари
дифференциалланган цилиндрик эпителийдан ташкил топган.**

Бўёқ: Г-Э. Х: 10x40.

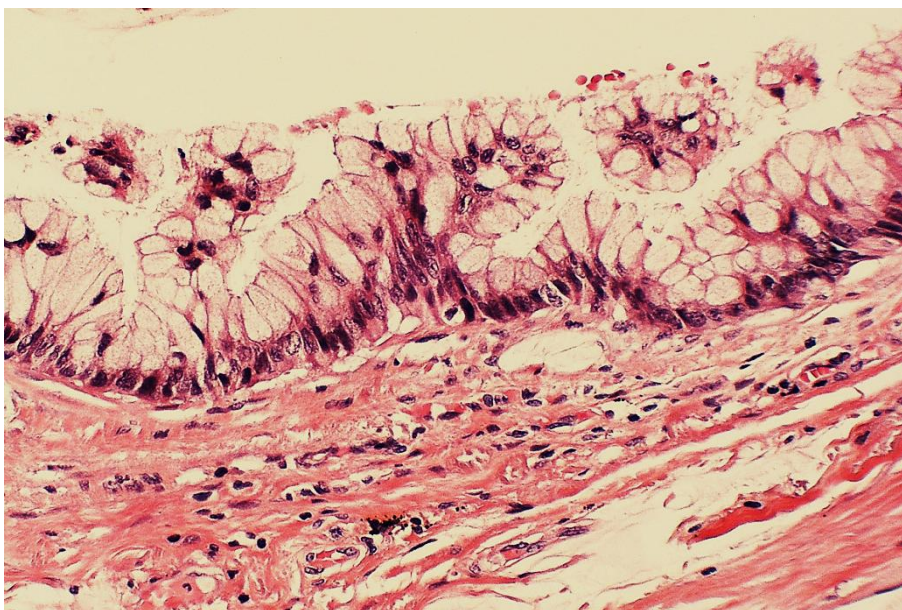
Муцинозли цистаденома деворининг ички юзаси бир қаватли цилиндрсимон эпителий билан қопланган ва цервикал канал эпителийсига ўхшайди. Эпителийсига хос белги, у шилимшиқ модда, яъни муцин ишлаб чиқаришдир. Бу муцин муцикармин, альцианли кўки билан ва ШИК реакцияси билан мусбат бўялади. Сўрғичли муцинозли цистаденома баъзида псевдопапилляр муциноз тузилишга эга бўлиб, ярим ҳолатларда икки томонлама жойлашади. Деворининг ички юзасида сўрғичли тузилмалар аниқланиб, гул қарамга ўхшаш тузилишга эга бўлади. Деворининг ички юзасини қоплаган эпителий бир хил тузилишга эга бўлиб, унда қадоҳсимон хужайралар, ядроси чўзинчоқ хужайралар учрайди (5.3-расмга қаранг). Ушбу хужайралар шилимшиқ модда синтезлайди ва цитоплазмаси муцин билан тўлган ҳолатда учрайди. Тухумдоннинг муцинозли ўсмалари кўпинча қорин бўшлиғининг псевдомиксомаси билан асоратланади. Унинг ривожланиш механизми қуйидагича, яъни атроф тўқима шилимшиқ модда билан шимилиб, баъзида киста бўшлиғи ёрилиб тарқалади. Киста деворида яллиғланиш ривожланган бўлса псевдоксантом хужайралар пайдо бўлиши кузатилади. Ушбу хужайралар овал ва полигонал шаклда бўлиб, цитоплазмаси оч ёки

эозинофил бўялган бўлиб, ядроси унча катта бўлмайди. Стромасидаги лютеинланган хужайралари гормонал фаол ҳолатда бўлиб, ўзида липидлар ушлайди ва стероидлар синтезида иштирок этади[22,76,92].



5.3-расм. Муцинозли цистаденома, безлари ва кисталар ички юзасидан бир қаватли цилиндрсимон эпителий билан қопланган. Бўёк: Г-Э. Х: 10x40.

Микроскопнинг катта объектида ўрганилганда, муцинозли цистаденома деворидаги эпителий хужайралари, уларнинг цитоплазмаси шилимшиқ модда билан тўлганлигидан ўлчамлари катталашган. Морфологик жиҳатдан эпителий хужайралар баланд цилиндрик тузилишга эга, ядролари базал соҳасида жойлашган, эпителийнинг юқори, яъни апикал қисми шилимшиқ модда тўпланиши оқибатида шишиб кенгайган (5.4-расмга қаранг), оч рангли, айримларининг апикал қисми ёрилиб шилимшиқ модда юза бўшлиғига тўкилган ва десквомацияланган эпителий хужайралар фрагментлари борлиги аниқланди.



5.4-расм. Муцинозли цистаденома, безлари ва кисталарни қоплаган эпителий шакли катталашган, цитоплазмаси шилимшиқ модда билан тўлган. Бўёк: Г-Э. X: 10x40.

Серозли цистаденомага хос нарса юмшоқ сўрғичли тузилмалар борлиги ҳисобланади ва улар барча бўшлиқларни тўлдириб гул карамга ўхшайди. Бошқа ҳолатларда кўп сонли сўгалли тузилишга эга бўлади. Сўрғичлари оҳакланган қаттиқ тузилишга эгалиги кузатилади. Ушбу цилиоэпителиал кисталар кўпинча икки томонлама бўлади. Ичидаги суюқлиги сарик, жигаррангли суюқликдан иборат. Кўпинча сўрғичли тузилмалар нафақат ички юзасида, балки ташқи юзасида ҳам мавжудлиги аниқланади. Кўп сонли сўрғичлар ҳужайраларга ва томирларга бой юпқа асоси бириктирувчи тўқимадан иборат тузилмалардан ташкил топади. Қопловчи эпителийси бир қаватли бўлиб бачадон найи эпителийсини эслатади. Киста стромасида псамомм таначалар топилади.

Муцинозли цистаденома муциноз ўсмаларнинг энг кўп учрайдиган тури бўлиб, ҳам бир томонлама, ҳам икки томонлама жойлашади ва 10% ҳолларда аниқланади. Унинг ўлчами 15-30 см, баъзида 50 смгача катталиқда бўлиб, думалоқ ёки овал шаклли кўп камерали тузилишга эга бўлади. Деворининг ички юзаси бир қаватли цилиндрсимон эпителий билан қоплангандир ва цервикал канал эпителийсига ўхшайди. Муцинозли

цистаденома эпителийси хос белги, у шилимшиқ модда, яъни муцин ишлаб чиқаради. Бу муцин муцикармин, альцианли кўки билан ва ШИК реакцияси билан мусбат бўялади. Папилляр муцинозли цистаденома баъзида псевдопапилляр муциноз тузилишга эга бўлиб, ярим ҳолатларда икки томонлама жойлашади. Деворининг ички юзасида сўрғичли тузилмалар аниқланиб, гул карамга ўхшаш тузилишга эга бўлади. Деворининг ички юзасини қоплаган эпителий бир хил тузилишга эга бўлиб, унда қадохсимон хужайралар, ядроси чўзинчоқ хужайралар учрайди. Ушбу хужайралар шилимшиқ модда синтезлайди ва цитоплазмаси муцин билан тўлган ҳолатда учрайди.

Тухумдоннинг муцинозли ўсмалари кўпинча қорин бўшлиғининг псевдомиксомаси билан асоратланади. Унинг ривожланиш механизми куйидагича, яъни атроф тўқима шилимшиқ модда билан шимилиб, баъзида киста бўшлиғи ёрилиб тарқалади. Киста деворида яллиғланиш ривожланган бўлса псевдоксантом хужайралар пайдо бўлиши кузатилади. Ушбу хужайралар овал ва полигонал шаклда бўлиб, цитоплазмаси оч ёки эозинофил бўялган бўлиб, ядроси унча катта бўлмайди. Ушбу хужайралардан баъзида хавфли ўсма малигнизацияланади. Стромасидаги лютеинланган хужайралари гормонал фаол ҳолатда бўлиб, ўзида липидлар ушлайди ва стероидлар синтезида иштирок этади. Ушбу хужайралар эндокрин хусусиятга эга бўлиб, бачадондан қон кетиши, безларнинг гиперплазияланиши ва бачадон найида пролифератив жараёнлар ривожланиши билан намоён бўлади ва бундай ўсмалар “стромаси фаол функцияланадиган ўсмалар” дейилади [107,116,133].

ХОТИМА

Тухумдон кисталари – хавфсиз ўсмасимон тузилмалар ва чин ўсмали кисталар бўлиб, биринчиси шартли равишда иккинчиси чин ўсмали жараёнга киритилади ва суюқлик билан тўлган бўшлиқ кўринишида намоён бўлади. Бир қатор олимлар маълумотлари бўйича тухумдон кисталарининг учраш даражаси барча гинекологик касалликларнинг 8-дан 19%-гачани ташкил қилади [1,21,75]. Айрим тадқиқотчилар фикрича, 80% аёллар анамнезининг репродуктив даврида ҳеч бўлмаса бир марта тухумдон кистаси аниқланади. Бунда, фақат $\frac{1}{4}$ да клиник белгилар билан намоён бўлади. Аёлларнинг менопаузадан кейинги даврда тухумдон ўсмали тузилмалари 3%-дан 18%-гача учраб туради. Минг афсуски, тухумдоннинг ҳам ўсмасимон кисталари, ҳам чин ўсмали кисталари сабаблари охиригача ўрганилмаган. Бир қанча назариялар мавжуд, улардан асосийлари гормонлар алмашинувининг бузилиши, тухумдон бошқарувининг бузилиши, гипофизнинг ЛГ ва ФСГ ишлаб чиқарилишининг издан чиқиши ва бош мия назоратининг бузилиши ҳисобланади. Аёллар организмидаги стресслар, парҳезнинг бузилиши, жинсий аъзолар инфекцияси албатта тухумдон ишига ҳам таъсир кўрсатиб, кистали жараёнга сабаб бўлиши мумкин. Тухумдоннинг ўсмали кисталари асосан 40 ёшдан ошганларда аниқланади, бунга сабаб гипоталамус-гипофиз тизими қайта тузилишига боғлиқ. Тухумдон касалликлари орасида ўсмасимон кисталар ва чин ўсмалар фарқ қилинади. Ўсмасимон тузилмаларга барча ретенцион кисталар киради ва уларнинг учраш даражаси қуйидагича: фолликуляр (73%), сариқ тана кистаси (5%), текалютеинли (2%), параовариал (10%), эндометриоид (10%). Ушбу турдаги кисталарда хужайралар пролиферацияси юз бермайди, балки суюқликнинг тутилиб қолишидан бўшлиқ пайдо бўлади. Кисталар асосан репродуктив даврда пайдо бўлади, лекин ҳар қандай ёшда, хатто чақалоқларда ҳам кузатилади. Тухумдоннинг чин ўсмали кистомалар учраш даражаси охирги 10 йилликда 6-11%-дан 19-25%-гача ошганлиги кузатилди, улардан 75-87% хавфсиз ўсмалардир[28,31,55].

Тухумдон ўсмасимон кисталари ва чин кистали ўсмалари пайдо бўлишида, бу аъзонинг эмбриогенездаги ривожланиши, эмбрионал тўқима тузилмаларининг ўз вақтида етилиши бир томондан аҳамиятга эга бўлса, бошқа томондан организмнинг эндокрин-гормонал статуси морфофункционал ҳолатига боғлиқ. Ҳомиланинг туғулиш даврига келиб тухумдонда гоноцитлар кам қолади, пўстлоқ қават примордиал, мағиз қаватга яқин соҳаларда атрезияланган фолликулалар, айрим жойларида ички парданинг гиперплазияси кузатилади. Бу даврда примордиал фолликулалар сони энг кўп бўлади. Примордиал фолликулаларнинг кўплиги овогонийнинг апоптоз усулида нобуд бўлиши билан бирга кечади. Чақалоқлар тухумдонида барча морфофункционал тузилмалар мавжуд бўлиб, фақат етилган фолликулалар ва сариқ тана бўлмайди. Тухумдонда фолликулалар ва бириктирувчи тўқимали строманинг ривожланиш даражасига қараб: эупластик, гиперпластик, гипопластик турлари фарқ қилинади. Тухумдоннинг асосий морфофункционал тузилмаларининг миқдорий ва сифатий кўрсаткичлари эмбриогенездаги ривожланишига боғлиқ, постнатал даврда неофолликулогенез амалга ошмайди. С.Л. Бачалдин (1994) тадқиқотлари кўрсатишича, етилиб туғилган қиз бола чақалоқларда тухумдон вазни ўртача 207 мг, етилмаган чақалоқларда 100-123 мг бўлади. Морфометрик ҳисоблашлар натижалари кўрсатишича примордиал фолликулалар етилмаган чақалоқларда етилиб туғилганларга нисбатан кам бўлади. Чала туғилганлар овоцитларида гликоген ва лектин концентрацияси паст бўлади. Юрак-томир патологияси бор оналардан туғилган қиз бола чақалоқларда тухумдон вазни 1,5 баробар юқори бўлиши кузатилади. Нефропатияси бор оналардан туғилганлар тухумдонида фолликулаларнинг кистали ва облитерацияланган атрезия, пўстлоқ қаватда фиброз тўқиманинг гиперплазияси ва гипертекоз кузатилади. Замонавий тушунчалар асосида аёллик гонада ривожланишида биринчи триместр муҳим давр ҳисобланади. Шундан келиб чиқиб, бирламчи ва иккиламчи токсикозларни ўз вақтида

даволаш ва профилактика қилиш жинсий ҳужайраларнинг соғлом ва тўлиқ ҳолда такомил топишига замин яратади[77,96,113].

Анатомик жиҳатдан олганда, янги туғилган чақалоқларда тухумдоннинг узунлиги 1,5-2 см, кенглиги 0,5 смни ташкил қилади. Ўсмир қизларда менструал давр бошланганда тухумдон узунлиги 3-3,5 см, кенглиги 1,5-2 см га етади. 20 ёшдан кейин тухумдон катталиги 4-4,5, кенглиги 2,5 см етади. Қарияларда иш-фаолиятини тўхтатган тухумдон яна кичиклашади 2х1х0,5 см гача атрофияланади. Чақалоқлар, ўсмир ёшдаги қиз болаларда тухумдоннинг ташқи юзаси силлиқ, репродуктив ёшга келиб юзаси нотекис кўринишга киради, қарияларда чуқур ариқчалар пайдо бўлади. Репродуктив ёшда тухумдон кесиб кўрилганда тўқимасида пўстлоқ ва мағиз қаватлари аниқ кўрилади [106,109,122]. Пўстлоқ қавати чўзинчоқ шакли фибробластни эслатувчи ҳужайралардан иборатлиги, оралиқ моддаси камлиги, коллаген толалар тутамлари кўплиги аниқланади. Пўстлоқ қавати ички соҳасида асосий морфофункционал тузилмалар бўлган фолликулалар кўринади. Халқаро гистологик тасниф бўйича фолликулалар қуйидаги турларга, яъни примордиал, бирламчи, иккиламчи ва учламчи фолликулалар. Репродуктив даврда тухумдон пўстлоқ қавати четки қисмида примордиал, чуқур соҳаларида етилган фолликулалар жойлашади. Шунинг учун бу даврда пўстлоқ қават кенглиги максимал ҳолатда, қариликга келганда юпқалашади. Янги туғилган қизалоқларда примордиал фолликулалар сони 2-4 млн ташкил қилса, пуберат ёшга келиб 400 мингтаси қолади, шулардан охир оқибатда 400 таси овуляция билан тугайди.

Тухумдонда келиб чиқиши бўйича бир-биридан тўлиқ ҳолда фарқ қиладиган иккита гуруҳ: 1) ўсмасимон тузилмалар, яъни булар асосан ретенция жараёни оқибатида пайдо бўладиган ҳужайралари пролиферацияланиб, кўпаймайдиган ўсмасимон кисталар; 2) чин ўсмали кисталар, яъни келиб чиқиши дисонтогенетик, дисгормонал ва метаплазияланган хавфсиз ўсмали кисталар ҳисобланади. Биринчи гуруҳ ўсмасимон кистали тузилмаларга қуйидагилар киради: фолликуляр, сарик

тана, эндометриоид, текалютенли, параовариал кисталар. Иккинчи гуруҳга – цистаденома (муциноз, серозли, серозли-папилляр), дермиод киста (тератома)[73,98,127].

Шу билан бирга, тухумдоннинг ўсмасимон кисталари ва чин ўсмали кисталарининг Ўзбекистон аҳолиси орасида учраш даражаси, аёлларнинг қайси бир ёш гуруҳларида кўп учраши, ретенцион кисталарнинг қайси бир тури кўп учраши ва чин ўсмали кисталардан фарқи тўлиқ ўрганилмаган. Ушбу касалликларни даволаш ва олдини олиш тадбирларида фундаментал асос бўлиб хизмат қиладиган, бу кисталарнинг гистогенези, морфогенези ва морфологик ўзига хос белгилари деярлик ўрганилмаган. Аёллар ёш гуруҳлари бўйича тухумдон ўсмасимон кисталарнинг учраш даражаси, уларнинг ҳар бири бошқаларидан учраш даражаси бўйича фарқ қилиши ўрганилмаган. Ретенцион ўсмасимон кисталари тухумдон тўқимаси таркибидаги тўқима ва ҳужайраларнинг турига қараб бир-биридан фарқ қилиши, ушбу тўқима тузилмаларнинг қандай морфогенез асосида кистага айланиши механизми ҳам ўрганилмаган. Тухумдон тўқима ва ҳужайралари гормонал фаол бўлганлигидан, улардаги гормонал алмашинувнинг бузилиши, ҳамда уларнинг ташқи гормонлар билан бошқарилиш механизмлари, натижада кисталар пайдо бўлиш механизмлар тўлиқ ўрганилмаган[10,15,21,29].

Тухумдон тўқима ва ҳужайралари регенерацияси, ривожланиши ва дифференцировкаси эмбрионал ҳужайраларга яқин бўлганлигидан, уларнинг пролиферацияси, гиперплазияси ва метаплазиясининг издан чиқиши оқибатида чин кистали ўсимталар пайдо бўлиш хавфи баланд ҳисобланади. Натижада, тухумдон хавсиз ўсмалари орасида барча тўқима ва ҳужайраларидан ривожланадиган турлари учрашлиги, аксарият ҳолларда кистали ўсмаларга айланиш морфогенези, хатто тератомалар ҳам пайдо бўлиши кам ўрганилган. Чин ўсмали кисталар пайдо бўлишида, улар таркибидаги эпителий ҳужайраларнинг турли-туман даражада

метаплазияланиши ва пролиферацияланиш даражасининг юқори бўлиш механизмлари кам ўрганилган.

Ушбу мунозараларни инобатга олиб, ишда асосий мақсад қилиб, тухумдон ўсмасимон кисталари ва чин ўсмали кисталарининг аёллар ёш гуруҳлари бўйича учраш даражаси, ҳар бирининг гистогенез, морфогенез ва морфологик ўзига хос тузилиши ҳақидаги маълумотларни кенгайтириш олинди.

Мақсадга эришиш учун охириги 10 йил давомида (2011-2021йй) Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги Республика патологик анатомия маркази биопсия ташҳислаш бўлимида ва Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Андижон филиали гинекология бўлимида текширувдан ўтган гинекологик биопсия, яъни тухумдон кисталари ретроспектив усулда таҳлил қилинди. Бунда, биопсия йўлланмасидаги клиник-анамнестик ва патологоанатомик маълумотлар ўрганилди. 10 йил давомида Республика патологик анатомия марказидан ва Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Андижон филиали гинекология бўлимида текширувдан ўтган жами 1492 та тухумдон кистаси бўйича жарроҳлик операциясида олиб ташланган материал ҳар томонлама таҳлил қилинди. 1492та ҳолат барчасининг йўлланма варағи, парафинли ғишчалари ва гистологик препаратлари йиғиб олиниб ўрганилди. Аксариятининг парафинли ғишчаларидан қайтадан гистологик препаратлар тайёрланиб, гематоксилин-эозин бўёғида бўялди ва микроскоп остида ўрганилди. Улардан 1182 тасида (79,2%) ўсмасимон кисталар ва 310 тасида (20,8%) ўсмали кисталар мавжудлиги аниқланди. Уларнинг ҳар бир гуруҳини аёллар ёши бўйича тақсимлаб ўрганилганда, қуйидаги жадвалда кўрсатилган маълумотлар олинди. Ўсмасимон кисталардан фолликуляр киста энг кўп учраганлиги, кейинги ўринда сариқ тана кистаси, эндометриоид киста кўп учраганлиги кузатилди.

Тадқиқотимизнинг мақсадига эришиш учун ва Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Андижон филиали гинекология бўлимидан ва

Республика патологик анатомия марказидан 2011 йилдан 2021 йиллар оралиғида бўлган патогистологик текширишлар учун юборилган ва аёллар кистоз касаллиги бўйича олиб ташланган тухумдон – материаллар йиғилди, тухумдон фолликуляр кистасининг локализацияси, морфогенези ва морфологик кўринишини ўрганиш бўйича проспектив тадқиқот ўтказилди. Бунда 10 йил давомида Республика патологик анатомия маркази биопсия диагностика бўлимида ва Республика шошилиш тиббий ёрдам илмий маркази Андижон филиали гинекология бўлимида текширувдан ўтган тухумдон киста касаллиги диагнози қўйилган материал кўтарилди. Яъни, барча биопсия материалининг йўлланмалари, парафин ғишчалари ва гистологик препаратлар йиғиб олинди. Аксарият ҳолларда парафинли ғишчалардан қайтадан гистологик препаратлар тайёрланиб, гематоксилин-эозин бўёғида бўялди. Гистологик препаратлар махсус гистологик тасвирни кўрсатадиган монитор ўрнатилган микроскопда кўрилиб, ўрганилди ва керакли соҳалари микрорасми олинди. Расмлар компьютерга кўчирилиб, ҳар бир ҳолатда кисталарнинг тўқима тузилмалари ўрганилди ва кистанинг морфогенези аниқланди.

Фолликуляр кистанинг учраш даражаси аёллар ёши катталашган сари кескин камайиб боради. Биринчи ёш гуруҳида барча ўсмасимон кисталарнинг 60 фоизини ташкил қилган бўлса 30-39 ёшлилар гуруҳига келиб икки баробар камайгани, 50-59 ёшлилар гуруҳида эса 6 баробар ва 60дан ошганлар гуруҳида бор-йўғи 3,6% учрашлиги кузатилади. Демак, ёш аёллар тухумдонида аксарият ҳолларда фолликуляр кисталар учраса, аёлларнинг ёши ўтган сари тухумдонида фолликуляр киста миқдори камайиб, ўрнига бошқа турдаги кисталар учраш даражаси ортиб боради. Булардан энг кўзга ташланадиган ўзгариш эндометриоид киста динамикасида кузатилди. Ёш қизлар ва фертил ёшдаги аёлларда ўртача 5,0%-да учраганлиги, 50-60 ёшга келиб 39,3%-гача кўтарилиши кузатилган. Параовариал кистанинг аёллар ёш гуруҳлари бўйича учраш динамикаси бир кўрсаткичга эга эмаслиги

аниқланди. Текалютеинли киста учраш даражасида ёш гуруҳларнинг охирига келиб, бошига нисбатан 2 баробар ошганлиги кузатилди.

Адабиёт маълумотларида кўрсатилганидек, бизнинг материалимизда ҳам чин ўсмали кисталардан асосан серозли ва муцинозли цистаденома кўп учраганлиги қайд қилинди. Бу хавфсиз ўсмаларни ҳам аёллар ёши бўйича ўрганиш шуни кўрсатдики, масалан серозли цистаденома ёш қизчаларда бошқа цистаденомага нисбатан анча кам учраганлиги, яъни 9-14 ёшли гуруҳда 16,3%, кейинги 15-19 ёш гуруҳида 22,8% учраганлиги, кейинги ёш гуруҳларда, яъни 30-39 ёшли гуруҳдан бошлаб учраш даражаси кескин кўтарилгани кузатилди ва 60 ёшдан ошганлар гуруҳида 46,3%га етганлиги аниқланди. Бу хавфсиз ўсманинг гистологик варианты бўлган папилляр цистаденома ва серозли аденофиброма ўсмалари аёлларнинг ўсмирлик ва эрта фертил ёш гуруҳларида кўпроқ учраганлиги, ёши ўтган аёллар гуруҳида нисбатан кам, яъни 15,6% гача камайганлиги аниқланди (3-жадвал). Муциноз цистаденоманинг учраш даражаси ўзига хос динамикага эга бўлганлиги кузатилди. Ёш қизчалар ва ўсмир ёшдагиларда нисбатан кўпроқ, яъни 27,9% даражада учраганлиги, ёши ўтган аёлларда, яъни 50-59 ёшли ва ундан катта аёлларда нисбатан кам даражада 18,2% кўрсаткичда учраганлиги кузатилди. Катта ёшли аёлларда хатто Бреннер ўсмаси ҳам учраганлиги аниқланди.

Демак, хулоса қилиш мумкинки, Ўзбекистон шароитида охирги 10 йил маълумотлари бўйича аёллар тухумдонида ўсмасимон кисталар 79,2%-да, кистали эпителий ўсмалари 20,8%-да учраганлиги аниқланди. Аёллар ёш гуруҳлари динамикасида тухумдоннинг ретенцион ўсмасимон кисталардан фолликуляр киста ўсмир ва фертил ёшлиларда юқори даражада учраган бўлса, 50-60 ёшлиларда жуда кам, бор-йўғи 3,6% учраганлиги аниқланди. Бунга аксинча, эндометриоид киста ёш аёлларда кам, ёш ўтган сари учраш даражаси ортиб бориши кузатилди. Аёллар ёш гуруҳлари бўйича тухумдон кистали эпителий ўсмалари динамикаси шуни кўрсатдики, серозли цистаденома ўсмир ва фертил ёшлиларда нисбатан кам учраганлиги, 50-60 ёшга бориб 3 баробар кўп учрашлиги тасдиқланди. Муцинозли цистаденома

эса ёшларда кўпроқ, ёши ўтганларда деярлик 2 баробар кам учрашлиги аниқланди.

Диссертациянинг навбатдаги мақсади тухумдон ўсмасимон кисталарининг гистогенез, морфогенез ва морфологик ўзига хос тузилишини ўрганиш деб қабул қилинган. Маълумки, тухумдон фолликуляр кистаси овуляция бўлмаган фолликулада фолликуляр суюқликнинг тўпланиши натижасида ҳосил бўлади; кўпинча балоғат давридаги ва ёш аёлларда тез-тез кузатилади. Фолликуланинг овуляция бўлмаслик сабаблари, хавфли омиллари, гормонал фони ва киста шаклланишида қандай маҳаллий ўзгаришлар бўлиши охиригача аниқланмаган. Фолликуляр киста – диаметри камдан-кам ҳолларда 8 см дан ошадиган, юпқа деворли бир камерали ҳосилдир. Киста катталашган сари деворининг ички юзасини қопловчи ҳужайралар атрофияланади. Гранулёз ҳужайралари билан қопланган кичик фолликуляр кисталар ўртача гормонал фаолликка эга.

Демак, тухумдонларнинг барча кистоз касалликлари орасида фолликуляр кисталар кўп учрашлиги кузатилди. Фолликуляр кисталар етук фолликулалардан ҳам, етилмаган иккиламчи фолликулалардан ҳам ҳосил бўлиши мумкинлиги аниқланди. Иккиламчи фолликулалардан кисталар ҳосил бўлиши тухумдон етилишининг турли босқичларида атрезия ва фолликуланинг кечиккан дифференциацияси ҳисобига юзага келади. Тухумдонда яллиғланиш жараёни бўлганда, фолликулалардан кисталар ҳосил бўлиши мумкин. Тухумдон стромасида ва бевосита фолликула атрофида ривожланадиган пролифератив яллиғланишли инфилтрат фолликуляр эпителий кўпайишининг бузилишига, фолликуляр эпителийнинг юпқалашишига ва фолликула бўшлиғининг кистоз бўшлиққа айланиб кенгайишига олиб келади. Тухумдонда иммунопатологик яллиғланиш ривожланганда, лимфоид ва макрофагал ҳужайралар тухумдоннинг паренхиматоз ҳужайраларига цитолитик ва цитопатик таъсир кўрсатади. Бундай жараён кўпинча тека тўқимаси ва фолликуляр эпителийнинг

шикастланиши ва охири фолликуляр кисталар ҳосил бўлиши билан бирга кечади.

Сарик тана кистаси. Сарик тана хужайралари лютеинланиш даврларининг пролиферация, васкуляризация, гуллаш ва орқага қайтиш даврларидан иборат бўлади. Пролиферацияланиш даври тухум хужайранинг ажралиб чиқишидан, фолликуланинг лютеинли хужайраларга айланишидан бошланади ва фолликула эпителийсидан ҳамда ички тека тўқима эпителийсидан лютеинли хужайралар пролиферацияланиб кўпайиб бошлайди ва кенг жойни эгаллайди. Бу даврда сарик тана таркибида оралик тўқима ва қон томирлар деярлик бўлмайди. Орадан 5-6 кун ўтиб, сарик тана хужайралари орасига интерстициал бириктирувчи тўқима ва майда қон томирлар ўсиб кириб, кўпайиб бошлайди. Лютеинли хужайралар йириклашиб, максимум ўлчамга ўтади ва цитоплазмаси оч рангга кириб прогестерон гормонига тўйинади. Гормоннинг маҳаллий ҳолда таъсири оқибатида қон томирлар кескин кенгаяди, қонга тўлади, айримлари ёрилиб, сарик тана тўқимасига қон қуйилади[9,30,39].

Сарик тана кистаси, бу – думалоқ шакли, девори қалин, бир томонлама, битта бўшлиқдан иборат тузилма. Бўшлиқнинг ички юзаси сарик рангли бурмали, баъзида қонли кўринишда. Микроскопик кўринишида сарик тана хужайраларининг алоҳида тўплamlаридан иборат. Ўлчамлари 2 смдан 7 смгача катталиқда. Сарик тана хужайралари лютеинланиш даврларининг пролиферация, васкуляризация, гуллаш ва орқага қайтиш даврларидан иборат бўлади. Айрим ҳолларда ҳомиладорлик ривожланса, сарик тана йўқ бўлмасдан кистага айланади. Сарик тана кистаси одатда икки фазали менструал циклда кузатилади. Одатда бу кисталар сарик танада лимфа- ва қон айланиши бузилганда ривожланади. Сарик тана кисталари одатда бир томонлама, ташқарисида пардаси бор, ички юзасидан джонадор лютеинли хужайралар билан қопланган, ичида қизғич-сарик модда ушлаган киста ҳисобланди. Сарик тана кистаси одатда 2-3та менструал цикл давомида ўз-ўзидан сўрилиб кетади. Сарик тана кистасининг сабаблари аниқ

ўрганилмаган. Кўпинча дисгормонал ҳолатда, лимфа ва қон айланиши бузилишида ривожланади. Кўпинча бепуштлиқ пайтида овуляцияни кўзғатиш учун қабул қилинган дорилар таъсирида пайдо бўлади[113,115]. Организмга оғир физик кучланиш таъсир қилганда, психик стрессларда, касбий ёмон таъсиротларда, озиқланишнинг бузилишида, оофорит ва сальпингоофоритларда ривожланиши мумкин. Сарик тана кисталари ички тузилишига қараб икки хил кўринишда учрайди. 1. Бир бўшлиқли – бир томонда тухумдонда пайдо бўлиб, ички юзаси безли эпителий билан қопланади. 2. Кўп бўшлиқли – бир нечта бўшлиқлардан иборат бўлиб, бўшлиқлар бир-бири билан туташган кўринишида, кўпинча йириклашади, пардаси ёрилади. Бу кисталар одатда ўнг тухумдонда кўп учрайди, бунга сабаб ўнг тухумдоннинг қон билан таъминланиши кучли бўлганлигига боғлиқ. Сарик тана кистаси ривожланиши бир-нечта давр босқичлардан иборат: пролиферация даври – фолликулогенез жараёни ва эстроген синтези кучайишига боғлиқ босқич; васкуляризация – кўп қаватли фолликула эпителийси пролиферацияси ва капиллярлар пайдо бўлиши босқичи; гуллаш даври – бевосита лютеинли кистанинг пайдо бўлиши. Асоратлар камдан-кам ҳолда ривожланади, кўпинча киста бўшлиғига қон қуйилиш, кучли оғрик пайдо бўлиши, кўнгил айланиш ва қусиш, қорин девори мушакларининг таранглашиши. Яна бир асорати бу кистанинг буралиб қолиши, тўқимасининг nobud бўлиши ва атроф тўқималарга тарқалиши кузатилади[34,99,100].

Текалютеин киста. Одатда тека тўқимадан, яъни тухумдон строма хужайраларидан ривожланган киста хужайралари гормонал фаол ҳисобланиб, агар донатор хужайралардан пайдо бўлган бўлса феминизацияга, агар Сертоли-Лейдиг типдаги хужайралардан пайдо бўлган бўлса маскулинизацияга олиб келади. Бундай ҳолатларда “тухумдоннинг жинсий тутамларидан ўсган таснифланмаган кисталар” деб номланади. Бундай турдаги кисталар одатда кўп бўшлиқли, девори юпқа, сарик рангли, қон қуйилиш ва некрозлари бор, юзаси силлиқ, баъзида нотекис, ичида қонли

суяқлик аниқланади. Фақат тека тўқимадан киста пайдо бўлиши 3 баробар кам учрайди. Унда тека хужайралар цитоплазмасида кўп миқдорда липидлар борлиги аниқланади. Тека хужайраларда фолликуланинг атрезияланиш белгилари аниқланади, баъзида киста ташқи пардаси қалин бўлса фиброзланган ўзгариш аниқланади.

Текалютеинли кисталар гонадотропин ва хорионал гонадотропин кўп ишлаб чиқарилишида лютенизация кучайишидан пайдо бўлади. Улар бевосита фолликулалардан ҳосил бўлади. Текалютеинли кисталар кўп пуфакли думалоқ ёки овал шаклли, икки томонлама, девори юпка, силлиқ, ичида тиниқ суяқлик сақлаган кисталар ҳисобланади. Ушбу кистанинг пайдо бўлиши хорионал гонадотропиннинг кўплигига, тухум хужайранинг аномал ривожланишига ёки хориокарцинома мавжудлигига боғлиқ ҳолда пайдо бўлади. Текалютеинли кисталар одатда икки томонлама учрайди. Ушбу кистанинг пайдо бўлишида асосий ўринни хорионал гонадотропин концентрациясининг ошиши ҳисобланади. Шунинг учун трофобласт касаллик ривожланганда, ХГ миқдори ошганда 25-60% ҳолларда текалютеинли кисталар пайдо бўлиши кузатилади[34,91,100,101,107]. Эгизак ҳомиладорликда агар гестация даврида қандли диабет, гипертензия, преэклампсия ва резус-конфликт мавжуд бўлса текалютеинли киста пайдо бўлишининг хавфи юқори бўлади.

Ушбу кисталар одатда тека хужайралардан ташкил топади, айрим ҳолларда гранулез хужайралар учрайди. Тухумдон тўқимаси одатда шишга учраган кўп миқдорда лютеинлашган стромал хужайралар ўчоғи аниқланади.

Текалютеинли кисталар ҳомиладорликнинг барвақт даврида пайдо бўлади, қачонки сариқ тана кераклича гормон ишлаб чиқармаганда. Ҳомиладорлик тўхтатилганда киста ўз-ўзидан сўрилиб кетиши мумкин.

Текалютеинли киста аёлларнинг репродуктив даврида пайдо бўлади ва кўпинча ҳомиладорлик билан бирга давом этади. Унинг сабаби гипофиз олдинги бўлагидан жинсий гормонларнинг кўп ишлаб чиқарилишидан тека хужайраларнинг лютеинланиши оқибатида ва хорионал гонадотропин

таъсирида юз беради. Текалютеинли кисталар елбўғоз ва хорионкарцинома мавжуд пайти бевосита фолликуладан пайдо бўлади. Базида меёрдаги ҳомиладорлик пайтида ҳам, агар қандли диабет, резус-конфликт ва преэклампсия касалликлари мавжуд бўлса.

Параовариал киста. Параовариал киста, бу ретенцион тузилмалар бўлиб, бачадоннинг кенг бойламлари орасида жойлашади. Тухумдон устидаги ортик, бирламчи буйрак усти эмбрионал қолдиқ эпиофорондан пайдо бўлади. Сабаби – тухумдон усти ортиқларда секрет туриб қолишидан пайдо бўлади. Ўлчамлари 30 смгача катталигга етади. Параовариал кисталар тухумдоннинг барча ўсмали тузилмаларининг 8-16,4% ташкил қилади. Бу кисталар асосан 20-40 ёшли аёлларда аниқланади. Киста одатда 5-6 см, айрим ҳолларда улкан ўлчамларда бўлиб, қорин бўшлиғини тўлдиради. Макроскопик жиҳатдан думалоқ ёки овал шаклда бўлиб, қаттиқ-эластик концистенцияли, бачадоннинг ёни ёки устида жойлашади. Девори юпқа (1-2мм), томирлар тўри ва бачадон найи тутқичидан иборат бўлади. Киста устида одатда бироз чўзилган шаклдаги бачадон найи жойлашади. Киста бўшлиғида сувга ўхшаш тиниқ суюқлик ушлайди. Девори бириктирувчи тўқима, мушак толаларидан иборат бўлиб, ички юзаси цилиндрсимон, кубсимон бир қаторли эпителий билан қопланган бўлади. Параовариал киста катталашса клиник жиҳатдан қорин бўшлиғининг пастида оғриқ, қориннинг катталашиши билан намоён бўлади[42,44,45,46].

Параовариал яллиғланишли киста, бу – фоллопий найининг грааф фолликуласи яллиғланишида тухумдон ва бачадон найи орасида пайдо бўлади. Яллиғланишли параовариал кистанинг кўп учраши ва ўсиб катталашиши тухумдон ва бачадон ортиқларининг яллиғланишига боғлиқ. Бундан ташқари, эндокрин касалликлар, ҳомиладорликни барвақт тўхтатишда, назоратсиз ҳолда контрацепция қабул қилиш, маҳаллий гипертермия пайтида кузатилади. Одатда бу кисталар унча катта бўлмайди, агар катталашган бўлса кучли санчиқли, кичик тазга тарқаладиган, овуляцияга боғлиқ бўлмаган оғриқ кузатилади[10,15,21].

Эндометриоид киста. Морфологик текширувлар кўрсатишича, эндометриоид кистанинг пайдо бўлиш механизми икки хил жараёнга боғлиқ: биринчиси менструация пайтида эндометрий хужайралари бачадон найи орқали қорин бўшлиғига миграцияланишида, тухумдон юзасига эндомириал безлар ёпишиб, атрофида яллиғланиш ва бириктирувчи тўқима ўсиб, эндометриоид киста пайдо бўлади; иккинчи механизм асосида дисгормонал ҳолат, яъни прогестерон камайиб, эстроген ва пролактин ошиши, қолқонсимон без ва буйрак усти беи дисфункцияси оқибатида, тухумдон юзасидаги призматик эпителий метаплазияланиб, эндометрий эпителийсига айланади ва ундан эндометриоид киста пайдо бўлади.

Эндометриоид киста, бу – эндометриоз оқибатида ривожланадиган ўсмасимон тузилма бўлиб, қаттиқ оқиш-кўкиш пардали, ичидан кўкиш-қилиш ранг кўринадиган, бачадон орқасида, бачадон найлари ва қорин пардаси билан туташган кўринишида аниқланади. Бу киста кўпинча икки томонлама учрайди ва генитал эндометриозда кузатилади. Эндометриоид киста одатда 30-50 ёшли аёлларда, кўпинча бачадон миомаси ва эндометрий гиперплазияси билан бирга ривожланади. Киста ичида шоколад рангли модда жойлашади. Навбатдаги менструал циклда эндометрий янгиланаётган даврда эндомириал тўқима тухумдонда ҳам пайдо бўлиши эндометриоз дейилади. Агар тухумдоннинг юзасида эндомириал тўқима пайдо бўлса, безлар атрофида фиброз парда пайдо бўлиб, кистага айланади ва менструал қони билан тўлади ва қон қуюқлашиб, жигар рангга айланади, шунинг учун эндометриоид кисталар шокаладли кисталар дейилади. Эндометриоид кисталар пайдо бўлишининг сабаби имплантацион назарияга боғлиқ, яъни ретроград менструация жараёнида, эндометрий хужайралари қон билан бачадон найи, тухумдон ва қорин бўшлиғи тўқималарига миграцияланиши оқибатида ривожланади. Хавфли омиллари сифатида прогестероннинг камайиши, эстроген ва пролактиннинг ошиши, қалқонсимон без ва буйрак усти дисфункцияси ҳисобланади[7,27,33,88,107].

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

Серозли цистаденомага хос нарса юмшоқ сўрғичли тузилмалар борлиги ҳисобланади ва улар барча бўшлиқларни тўлдириб гул карамга ўхшайди. Бошқа ҳолатларда кўп сонли сўгалли тузилишга эга бўлади. Сўрғичлари оҳакланган қаттиқ тузилишга эгаллиги кузатилади. Ушбу цилиоэпителиал кисталар кўпинча икки томонлама бўлади. Ичидаги суюқлиги сариқ, жигаррангли суюқликдан иборат. Кўпинча сўрғичли тузилмалар нафақат ички юзасида, балки ташқи юзасида ҳам мавжудлиги аниқланади. Кўп сонли сўрғичлар ҳужайраларга ва томирларга бой юпқа асоси бириктирувчи тўқимадан иборат тузилмалардан ташкил топади. Қопловчи эпителийсига бир қаватли бўлиб бачадон найи эпителийсини эслатади. Киста стромасида псамомм таначалар топилади.

Муцинозли цистаденома муциноз ўсмаларнинг энг кўп учрайдиган тури бўлиб, ҳам бир томонлама, ҳам икки томонлама жойлашади ва 10% ҳолларда аниқланади. Унинг ўлчами 15-30 см, баъзида 50 смгача катталиқда бўлиб, думалоқ ёки овал шакли кўп камерали тузилишга эга бўлади. Деворининг ички юзаси бир қаватли цилиндрсимон эпителий билан қоплангандир ва цервикал канал эпителийсига ўхшайди. Муцинозли цистаденома эпителийсига хос белги, у шилимшиқ модда, яъни муцин ишлаб чиқаради. Бу муцин муцикармин, альцианли кўки билан ва ШИК реакцияси билан мусбат бўялади. Папилляр муцинозли цистаденома баъзида псевдопапилляр муциноз тузилишга эга бўлиб, ярим ҳолатларда икки томонлама жойлашади. Деворининг ички юзасида сўрғичли тузилмалар

аниқланиб, гул карамга ўхшаш тузилишга эга бўлади. Деворининг ички юзасини қоплаган эпителий бир хил тузилишга эга бўлиб, унда қадохсимон хужайралар, ядроси чўзинчок хужайралар учрайди. Ушбу хужайралар шилимшиқ модда синтезлайди ва цитоплазмаси муцин билан тўлган ҳолатда учрайди[22,76,92].

Тухумдоннинг муцинозли ўсмалари кўпинча корин бўшлиғининг псевдомиксомаси билан асоратланади. Унинг ривожланиш механизми куйидагича, яъни атроф тўқима шилимшиқ модда билан шимилиб, баъзида киста бўшлиғи ёрилиб тарқалади. Киста деворида яллиғланиш ривожланган бўлса псевдоксантом хужайралар пайдо бўлиши кузатилади. Ушбу хужайралар овал ва полигонал шаклда бўлиб, цитоплазмаси оч ёки эозинофил бўялган бўлиб, ядроси унча катта бўлмайди. Ушбу хужайралардан баъзида хавфли ўсма малигнизацияланади. Стромасидаги лютеинланган хужайралари гормонал фаол ҳолатда бўлиб, ўзида липидлар ушлайди ва стероидлар синтезида иштирок этади. Ушбу хужайралар эндокрин хусусиятга эга бўлиб, бачадондан қон кетиши, безларнинг гиперплазияланиши ва бачадон найида пролифератив жараёнлар ривожланиши билан намоён бўлади ва бундай ўсмалар “стромаси фаол функцияланадиган ўсмалар” дейилади.

ХУЛОСАЛАР

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

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

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

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

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

АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР

Ўзбекистон шароитида охирги 10 йил маълумотлари бўйича аёллар тухумдонида ўсмасимон кисталар 79,2%-да, кистали эпителий ўсмалари 20,8%-да учраш даражаси ҳақидаги маълумотлар аёллар гинекологик ўсмали жараёнларни тўғри баҳолашда асосий маълумот сифатида тавсия этилади.

Тухумдоннинг ретенцион ўсмасимон кисталаридан фолликуляр киста ўсмир ва фертил ёшлиларда юқори даражада учраши, 50-60 ёшлиларда жуда кам, бор-йўғи 3,6% учраши, бунга аксинча, эндометриоид киста ёш аёлларда кам, ёш ўтган сари учраш даражаси ортиб бориши ҳақидаги маълумотлар аёлларни профилактика ва даволаш жараёнида инобатга олиш тавсия этилади.

Аёлларда тухумдон кистали эпителий ўсмалари учраш даражаси ҳақидаги маълумотлар, яъни серозли цистаденома ўсмир ва фертил ёшлиларда нисбатан кам учраши, 50-60 ёшга бориб 3 баробар кўпайиши, бунга акси сифатида муцинозли цистаденома ёшларда кўпроқ, ёши ўтганларда деярлик 2 баробар кам учрашлиги уларнинг клиник диагностикасида ва ўсмасимон кисталардан фарқ қилишда муҳим қўлланма сифатида фойдаланиш тавсия этилади.

Тухумдонда учрайдиган ўсмасимон кисталар ва чин ўсмали кисталар гистогенези, морфогенези ва морфологик хос белгилари ҳақидаги маълумотлар, бу жараёнларнинг туб моҳиятини тушиниб олишда ва уларга нисбатан даволаш ва профилактика муолажаларини ўтказишда асосий фундаментал маълумотлар ҳисобланади.

ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ

1. Адамян Л. В., Оразвалиева Д. Р., Бурдина Л. М. Состояние молочных желез и эндометрия у больных с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями яичников // Акуш. и гин. – 1989. - №4. - С. 21-24.

2. Адамян Р. Т. Лапароскопия и срочное гистологическое исследование в диагностике гормонально-активных опухолей яичников // Экспер. и клинич. медицина. - 1990. – №5. – С. 436-439.

3. Адамян Л. В. Особенности дифференциальной диагностики опухолей яичников у девочек : научное издание / Л. В. Адамян, И. Е. Колтунов [и др.] // Детская хирургия. - М., 2018. - Том 22 N4. - С. 205-208. - Библиогр.: 21 назв.

4. Адамян Л. В. Морфофункциональная оценка состояния фолликулярного аппарата яичников у пациенток со сниженным овариальным резервом : научное издание / [и др.] // Проблемы репродукции : научно-практический журнал / Общество репродуктивной медицины и хирургии, Российская Ассоциация Репродукции Человека, Ассоциация гинекологов-эндокринологов России. - Москва : Издательство Медиа Сфера. - 2020. - Том 26 N 4. - С. 30-36 (Шифр ПЗ/2020/Том 26/4). - Библиогр.: 12 назв.

5. Алексеева М. Л., Гусарова Е. В., Муллабаева С. М., Панкратова Т. С. Онкомаркеры, их характеристика и некоторые аспекты клинико-диагностического использования (Обзор литературы) // Проблемы репродукции. – 2005. - №3. – С. 65-79.

6. Ананьев Е. В. Синдром поликистозных яичников и беременность : научное издание / Е. В. Ананьев // Акушерство и гинекология. - М., 2017. - N9. - С. 5-11. - Библиогр.: 50 назв.

7. Андреев Е. Н. Патогенетические эффекты фолатсодержащих комбинированных оральных контрацептивов при синдроме поликистозных яичников : научное издание / Е. Н. Андреев, Ю. С. Абсатаров // Проблемы репродукции. - М., 2018. - Том 24 N3. - С. 21-26. - Библиогр.: 29

8. Арсланян К. Н. Что мы знаем об эндометриоидных кистах яичников? / К. Н. Арсланян, Э. И. Харченко, О. Н. Логинова // Проблемы репродукции. - 2018. - Том 24 N6. - С. 103-107. - Библиогр.: 9 назв

9. Бабаева Д. О., Омаров М. А. Миома матки и доброкачественные образования яичников. – Махачкала: ДНЦ РАН, 2006. – 192 с.

10. Бабаджанова Г. С. Патогенетические аспекты развития фолликулярных кист яичников : научное издание / Г. С. Бабаджанова, Б. Б. Курбанов // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. - Ташкент, 2014. - N3N19014. - С. 68-71. - Библиогр.: 37 назв.

11. Бохман Я. В. Вопросы патогенеза и факторы риска опухолей яичников // Опухоли яичников: Сб. науч. тр. Всесоюз. конф. Гинекологов и онкологов, 4-6 сент.1990г. / Под ред. С. И. Кулинич. - Иркутск, 1990. -С. 16-26.

12. Бохман Я. В. Руководство по онкогинекологии. - Л.: Медицина, 1989. – 463 с.

13. Бреусенко В. Г. [и др.] Морфофункциональное состояние яичников у пациенток с гиперпластическими процессами эндометрия после внутриматочных хирургических вмешательств : научное издание / // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии : научно-практический журнал / Российская Ассоциация специалистов перинатальной медицины. - Москва : Издательство "Династия". - 2019. - Том 18 N 6. - С. 21-27 (Шифр В27/2019/Том 18/6). - Библиогр.: 10 назв

14. Вищевский А. С. Опухоли яичников // Журнал акушерства и жен. болезней. - 1999. -Т.48, №4. -С. 54-60.

15. Виллерт А. Б. Молекулярно-генетические подтипы рака яичников: перспективы дальнейших исследований: обзор : научное издание / [и др.] // Вопросы онкологии : научно-практический журнал / Федеральное государственное бюджетное учреждение "Научно-исследовательский институт онкологии им. Н. Н. Петрова" Минздрава России. - Санкт-Петербург : АННМО "Вопросы онкологии". - 2019. - Том 65 N 1. - С. 56-62

(Шифр В8/2019/Том 65/1). - Библиогр.: 18 назв.

16.Владимирская Е. Б., Масчан А. А., Румянцев А. Г. Апоптоз и его роль в развитии опухолевого роста // Гемат., трансфуз. – 1997. - №5. – С. 4-9.

17.Войцович, А.Б. Возрастная клинико-морфологическая характеристика яичникового придатка : Дис. ...канд. мед. наук / А.Б. Войцович. - Томск, 1998. - 157 с.

18. В.В. Шелудько and Е.Е. Росткова and Н.И. Галактионова and Е.Б. Пухов Сбор. мат. межд. науч.-практ. конф., посвященной 30-летнему юбилею Мед. института «Современная медицина новые подходы и актуальные исследования», Патоморфологические изменения в яичниках женщин при хроническом алкоголизме 2020-132 с

19. В. А. Печеникова, Д. Ф. Костючек, Е. Н. Дурасова. Клинико-морфологические и морфофункциональные особенности эндометриоза яичников 110 теория и практика

20.Ганцев Ш. Х., Новикова Е. Г., Ганцева Г. Ю. Алгоритм дифференциальной диагностики и оценки распространенности опухолей яичников // Российский онкологический журнал. – 1996. -№2. – С. 41-43.

21.Гигантская муцинозная цистаденома яичника у женщины 54 лет : научное издание / В. Д. Чупрынин [и др.] // Акушерство и гинекология. - М., 2018. - N1. - С. 148-153. - Библиогр.: 13 назв.

22.Гилязутдинова З.Ш., Михайлова М.К. Онкогинекология: руководство для врачей. - М.: МЕДпресс, 2000. - 384 с.

23.Гокадзе Н. Н. [и др.] Иммуноцитохимический анализ аспирационного материала из полости матки в диагностике серозных карцином яичников : научное издание / // Вопросы онкологии : научно-практический журнал / Федеральное государственное бюджетное учреждение "Научно-исследовательский институт онкологии им. Н. Н. Петрова" Минздрава России. - Санкт-Петербург : АННМО "Вопросы онкологии". - 2020. - Том 66 N 2. - С. 160-166 (Шифр В8/2020/Том 66/2). - Библиогр.: 15 назв.

24. Григорян О. Р. [и др.] Отдаленные последствия синдрома поликистозных яичников: обзор : научное издание // Терапевтический архив. - М., 2017. - Том 89 N10. - С. 75-79. - Библиогр.: 24 назв.

25. Григорян О. Р., Анциферов М. Б. Современные аспекты патогенеза инсулинорезистентности при синдроме поликистозных яичников и возможности её коррекции у женщин с избыточной массой тела // Проблемы репродукции. – 2000. - №3. – С. 21-25.

26. Давыдов А. И. Эндометриоидные кисты яичников: обоснование послеоперационной гормональной терапии : научное издание / А. И. Давыдов, Л. Д. Белоцерковцева, М. Б. Таирова // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии : научно-практический журнал / Российская Ассоциация специалистов перинатальной медицины. - Москва : Издательство "Династия". - 2019. - Том 18 N 2. - С. 122-128 (Шифр В27/2019/Том 18/2). - Библиогр.: 15 назв.

27. Дамиров М. М., Бакулева Л. П., Слюсарь Н. Н. Дифференциальная диагностика доброкачественных и злокачественных опухолей яичников // Акуш. и гинек. – 1996. - №3. – С. 49-50.

28. Демидов В. Н. Кисты придатков матки и доброкачественные опухоли яичников. - М. 1999. - 97с. (Эхография органов малого таза у женщин). Практ. пособие.

29. Денисенко М. В. Динамика формирования фолликулярного резерва яичников: обзор : научное издание / М. В. Денисенко, М. А. Курцер, Л. Ф. Курило // Андрология и генитальная хирургия. - М., 2016. - Том 17 N2. - С. 20-28. - Библиогр.: 45 назв.

30. Джанклич С. М. Эпидемиологические особенности рака яичника в Республике Узбекистан за последние 5 лет : Материалы XV научно-практической конференции "Актуальные проблемы профилактики, скрининга и канцер-регистра злокачественных новообразований"(Фергана, Узбекистан 9-10 ноября 2018 г.) / [и др.] // Клиническая и экспериментальная онкология : ежеквартальный научно-практический журнал ассоциации

онкологов Узбекистана. - Ташкент : ООО "Credo print group". - 2018. - N 3. - С. 37-38 (Шифр К10/2018/3)

31. Дифференциальная диагностика хронического сальпингоофорита и рака яичников на основе иммунологического и дискриминантного методов : научное издание / Н. М. Агарков [и др.] // Клиническая лабораторная диагностика. - М., 2017. - Том 62 N10. - С. 611-615. - Библиогр.: 18

32. Егорова Я.А., Рыбалка А.Н., Загорулько А.К., Давыдова А.А. морфологическое обоснование патогенеза и терапии эндометриоидных кист яичников у женщин репродуктивного возраста *актуальні проблеми сучасної медицини: вісник української медичної стоматологічної академії (2010)* страницы: 44-47

33. Егорова Я.А., Рыбалка А.Н., Загорулько А.К., Давыдова А.А., 2010. особенности морфологического строения кист желтого тела яичников у женщин репродуктивного возраста (электронно-микроскопическое исследование) таврический медико-биологический вестник С.

34. Зеленина Н. В., Бескровный С. В., Карпищенко Ж. М., Ильин А. Б. Синдром поликистозных яичников: клинические проявления и диагностика // Росс. вестн. акуш.-гинеко. - 2005. - №6. - С. 7-12.

35. Зенкина В. Г. Формирование фолликулярного резерва яичников : научное издание / В. Г. Зенкина // Бюллетень сибирской медицины. - Томск, 2018. - Том 17 N3. - С. 197-206. - Библиогр.: 50 назв.

36. Зенкина В. Г. Молекулярно-генетические механизмы организации и развития яичника: обзор : научное издание / В. Г. Зенкина, О. А. Солодкова // Бюллетень сибирской медицины. - Томск, 2018. - Том 17 N2. - С. 133-142. - Библиогр.: 50

37. Злокачественные герминогенные опухоли яичника (обзор литературы) : научное издание / В. Н. Дмитриев [и др.] // Онкогинекология. - Москва : Межрегиональная общественная организация "Общество специалистов онкологов по опухолям репродуктивной системы". - 2020. - N 2. - С. 23-32 (Шифр ОГ/2020/2). - Библиогр.: 44 назв.

38.Злокачественные новообразования яичников у детей и подростков : обзор / Е. В. Сибирская [и др.] // Детская хирургия. - М., 2018. - Том 22 N5. - С. 258-262. - Библиогр.: 36 назв.

39.Иммунологические аспекты опухолей яичников / О. В. Макаров, А.З. Хашукоева, С. А. Борисенко и др. // Акуш.и гинек. - 1988. - №11. - С. 3-5.

40. Иргашева С. У. Влияние комбинированных оральных контрацептивов на липидный обмен у женщин с синдромом поликистозных яичников : научное издание / С. У. Иргашева, Д. В. Гуломмахмудова, М. М. Алиева, Д. А. Курбанова // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. - Ташкент, 2018. - N1-2. - С. 10-12. - Библиогр.: 5 назв.

41. Иргашева С. У. Метаболический статус подростков с синдромом поликистозных яичников : научное издание / С. У. Иргашева, Д. А. Курбанова, М. М. Алиева // Инфекция, иммунитет и фармакология : научно-практический журнал / Государственный акционерный концерн "Ухфармсаноат", Ташкентский научно-исследовательский институт вакцин и сывороток. - Ташкент : ООО "SIGMA PRINT". - 2019. - N 2. - С. 86-90 (Шифр И20/2019/2). - Библиогр.: 4 назв

42. Иргашева С. У. Особенности клинического течения синдрома поликистозных яичников в подростковом возрасте : научное издание / С. У. Иргашева, Д. А. Курбанова, М. М. Алиева // Педиатрия. - Ташкент, 2018. - N2. - С. 49-51. - Библиогр.: 4 назв.

43. Иргашева С. У. Эрта репродуктив ёшда тухумдонлар поликистози синдроми : научное издание / С. У. Иргашева, М. М. Алиева, Д. А. Курбанова // Инфекция, иммунитет и фармакология. - Ташкент, 2018. - N1. - С. 16-18. - Библиогр.: 4 назв

44.Иргашева С. У. [и др.] Факторы риска развития синдрома поликистозных яичников в подростковом возрасте : научное издание / // Медицинский журнал Узбекистана. - Ташкент, 2018. - N6. - С. 33-36. - Библиогр.: 5 назв.

45.Иргашева С. У. [и др.] Состояние овариального резерва у женщин с

синдромом поликистозных яичников : научное издание / // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья : Центральноеазиатский научно-практический журнал / Министерство здравоохранения Республики Узбекистан, Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии, Ассоциация врачей частной практики Узбекистана, Клиника "Mahliyo-shifo". - Ташкент : ООО ALPHA OMEGA Marketing". - 2020. - N 1-2. - С. 37-39 (Шифр H19/2020/1-2). - Библиогр.: 5 назв

46. Исраилов Р. И. Клинико-гистологическая характеристика доброкачественных образований яичников : научное издание / Р. И. Исраилов, С. С. Якуббекова // Вестник Ташкентской Медицинской Академии / Министерство здравоохранения Республики Узбекистан, Ташкентская Медицинская Академия. - Ташкент, 2018. - N 3. - С. 112-115. - Библиогр.: 6 назв.

47. Канцерогенез эндометриоидной опухоли яичника : научное издание / Ю. Г. Паяниди [и др.] // Проблемы репродукции. - М., 2017. - Том 23 N5. - С. 27-32. - Библиогр.: 17 назв

48. Касимова Д. М Опыт малоинвазивного лечения осложненных форм ретенционных и эндометриоидных кист яичников : Материалы четырнадцатой Республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: вопросы ургентной хирургии при заболеваниях и травмах гепатопанкреатодуоденальной зоны» (Ташкент, 12 декабря 2017г.) / Д. М. Касимова, Б. С. Абдикулов // Вестник экстренной медицины. - Ташкент, 2017. - Том X N4. - С. 151

49. Каримова Ф. Д. Факторы риска развития фолликулярных кист яичников : научное издание / Ф. Д. Каримова, С. Э. Шерматова // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. - Т., 2013. - N2H9013. - С. 31-32. - Библиогр.: 3 назв

50.Кареладзе А. И. Некоторые проблемы клинической морфологии эпителиальных опухолей яичников. // Практическая онкология. -2000. -№4. – С. 14-18.

51.Кондриков Н. И., Сотникова Е. И., Гордеева В. Л. Морфологические особенности яичников пациенток, перенесших синдром гиперстимуляции яичников // Акуш. и гинек. – 1999.- №5. – С. 38-40.

52. Краевая Е. Е. [и др.] Влияние внеклеточных везикул фолликулярной жидкости на коагуляционный гемостаз яичника : научное издание // Проблемы репродукции : научно-практический журнал / Общество репродуктивной медицины и хирургии, Российская Ассоциация Репродукции Человека, Ассоциация гинекологов-эндокринологов России. - Москва : Издательство Медиа Сфера. - 2020. - Том 26 N 2. - С. 18-26 (Шифр ПЗ/2020/Том 26/2). - Библиогр.: 27 назв.

53.Кудрявцева Л. И. Иммунологические аспекты доброкачественных опухолей яичников. Депонир. рукопись. - Самара, 1997. - С. 6.

54.Кудрявцева Л.И. Значение эпидемиологических исследований в раннем выявлении опухолей яичников. Депониров. Рукопись. -Самара, 1999. - С. 13.

55.Курбанов Б. Б. Особенности анамнестического и гинекологического анамнеза у женщин с фолликулярной кистой яичника : научное издание / Б. Б. Курбанов // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. - Ташкент, 2015. - N2M2015. - С. 67-68. - Библиогр.: 8 назв.

56.Лазарева Н. И., Кузнецов В. В., Захарова Т. И., Нечушкина В. М. Злокачественные мезенхимальные опухоли женских половых органов // Акуш. и гинек. - 2003. -№1. - С. 7-11.

57.Ляпунова Л. С. Фолликулярные Т-хелперные лимфоциты и их значение при раке : научное издание / Л. С. Ляпунова, Л. А. Таширева, В. М. Перельмутер // Вопросы онкологии. - СПб., 2017. - Том 63 N6. - С. 824-830. - Библиогр.: 35 назв

58.Макаров О. В. Патогенетические аспекты развития опухолей

яичников // Росс. мед. журн. – 1996. -№6. - С. 26-27.

59.Манухин И. Б., М. А. Геворкян, Л. Б. Студеная, Е. И. Манухина, З. Г. Раджабова, А. Я. Макарищев, М. Д. Скобенникова Синдром полистозных яичников // Акуш. и гинек. – 2007. - №5. – С. 62-67.

60.Мацуев А. И. Клинико-морфологические параллели при доброкачественных опухолях яичников и бесплодии у женщин //Актуальные проблемы онкологии. – Петрозаводск, 1980. - С. 143-145.

61.Мелько А. И. Эпидемиологические и клинико-морфологические особенности злокачественных опухолей яичников // Акуш. и женских болезней. - 2006. - Том IV, №2. - С. 68-73.

62.Найдукова А. А Возрастные аспекты оценки уровня антимюллера гормона при синдроме поликистозных яичников : научное издание /. [и др.] // Акушерство и гинекология. - М., 2017. - N3. - С. 95-100. - Библиогр.: 23 назв.

63.Новикова Е.Г. Злокачественные опухоли яичников I стадии // Росс. Онкол.журн., 1998.-№3.-С.52-56.

64.Обухова Ю. Д. Иммуногистохимическая характеристика стромы яичников в онтогенезе и при фолликулярных кистах : научное издание / Ю. Д. Обухова, Е. Е. Мхитарян, Н. Р. Бакаева // Морфология. - СПб, 2012. - Т.141 N3. - С. 117-118 (Шифр МО/2012/3)

65.Патологоанатомическая диагностика опухолей человека / Руков. для врачей. Под ред. Н. А. Краевского. - М., «Медицина». – 1993.

66.Паяниди Ю. Г. [и др.] Канцерогенез эндометриоидной опухоли яичника : научное издание / // Проблемы репродукции. - М., 2017. - Том 23 N5. - С. 27-32. - Библиогр.: 17 назв

67.Петров И. А. [и др.] Тканевые и молекулярные основы фолликулогенеза. Механизмы раневого фолликулярного роста : научное издание / // Проблемы репродукции. - М., 2017. - Том 23 N5. - С. 33-41. - Библиогр.: 32 назв.

68.Подзолкова Н. М. Протеомные аспекты синдрома поликистозных яичников : обзор / Н. М. Подзолкова, Ю. А. Колода // Акушерство и

гинекология. - М., 2017. - N4. - С. 53-60. - Библиогр.: 47 назв.

69. Попова П. В. Синдром поликистозных яичников и кардиоваскулярный риск : научное издание / П. В. Попова, И. В. Горелова, Е. Н. Гринева // Артериальная гипертензия. - СПб., 2018. - Том 24 N6. - С. 654-665. - Библиогр.: 81 назв.

70. Прогнозирование раннего рецидивирования эндометриоидных кист яичников после оперативного лечения: факторы риска и профилактики : научное издание / Е. Ю. Пшеничнюк [и др.] // Проблемы репродукции. - М., 2018. - Том 24 N2. - С. 97-107. - Библиогр.: 35 назв.

71. Радзинский В. Е., Духин А. О. Кисты и доброкачественные опухоли яичников. Учеб.-метод. пособие. – М.: Изд-во Рос. ун-та дружбы народов, 2001. - 42 с.

72. Рак яичника: современные подходы к классификации, диагностике, стадированию и дифференцированной тактике ведения больных : научное издание / А. Г. Солопова [и др.] // Журнал акушерства и женских болезней. - СПб., 2017. - Том LXVI Вып. 2. - С. 55-66. - Библиогр.: 40 назв.

73. Рахимова С. Х. Особенности фенотипов женщин с синдромом поликистозных яичников : научное издание / С. Х. Рахимова, Д. И. Туксанова // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. - Ташкент, 2017. - Том 79-80 N3-4. - С. 105-106. - Библиогр.: 6 назв.

74. Рыбалка А. Н., Заболотнов В. А. Онкологическая гинекология. - Симферополь, 2006. - 616 с.

75. Свердлова Е. С. Муценозные опухоли яичников (клиника, диагностика, лечение): Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Иркут. гос. ин-т усовер. врачей. - Томск, 1995. - 18 с.

76. Селезнева Н. Д., Железнов Б. И. Доброкачественные опухоли яичников. – М.: Медицина, 1982, 287 с.

77. Серов С. Ф., Иржанов С. И., Беисебаев А. А. Эпителиальные опухоли яичников. – Алма-Ата: «Казахстан», 1991. – 170 с.

78.Серов В. Н., Кудрявцева Л. И. Доброкачественные опухоли и опухолевидные образования яичников // М.: Триада Х, 1999. -149 с.

79.Серов В. Н., Царегородцева М. В., Кожин А. А. Клинико-иммунологические факторы в формировании аутоиммунной овариальной недостаточности воспалительного генеза // Акуш. и гинек. - 2007. - №6. - С. 28-33.

80.Сибирская Е. В. Синдром поликистозных яичников у юных пациенток (обзор литературы) : научное издание / Е. В. Сибирская, Л. В. Адамян, И. Е. Колтунов, А. А. Плошкина // Лечащий врач. - М., 2017. - N12. - С. 8-10. - Библиогр.: 22 назв.

81.Сидорова И. С. [и др.] Клинико-патогенетические особенности эндометриоидных поражений яичников: возможности прогнозирования и профилактики рецидивов / // Вопр. гин., акуш. и перинат. — 2007. — №1. — С. 18–23.\

82.Синхронные эндометриоидные опухоли матки и яичников. Сложности интерпретации : научное издание / К. И. Жордания [и др.] // Проблемы репродукции. - М., 2018. - Том 24 N4. - С. 66-70. - Библиогр.: 15 назв.

83.Соломатина А. А. [и др.] Эндометриоз яичников малой величины. Состояние овариального резерва до и после органосохраняющих операций : научное издание / // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии : научно-практический журнал / Российская Ассоциация специалистов перинатальной медицины. - Москва : Издательство "Династия". - 2019. - Том 18 N 1. - С. 20-27 (Шифр В27/2019/Том 18/1). - Библиогр.: 22 назв

84.Терешин А. Т. Состояние репродуктивной системы у больных с синдромом поликистозных яичников : научное издание / А. Т. Терешин, А. Х. Болатчиев, Л. Л. Логвина, Л. А. Бучко // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - М., 2015. - Том 14 N4. - С. 15-20. - Библиогр.: 12 назв.

85.Тихомиров А. Л., Лубнин Д. М. Синдром поликистозных яичников. Факты. Теории. Гипотезы // Проблемы репродукции. – 2001. - №6. – С. 12-14.

86.Трус Д. А. [и др.]Моделирование функциональных кист яичников путем введения фолликулостимулирующего гормона : научное издание / // Бюллетень сибирской медицины. - Томск, 2017. - Том 16 N3. - С. 137-144. - Библиогр.: 19

87.Филиппова Е. С. [и др.] Современный взгляд на овариальный резерв у женщин репродуктивного возраста с эндометриоидными кистами яичников (обзор литературы) : научное издание / // Проблемы репродукции. - М., 2017. - Том 23 N2. - С. 72-80. - Библиогр.: 70 назв.

88.Хаитова Д. А., Бабаджанова Г. С., Петрова Т. А. Роль нарушений иммунной системы в патогенезе эпителиальных кистом яичника // Журнал теоретической и клинической медицины. – Ташкент, 2006. - №3. - С. 57-59.

89.Хашченко Е. П. [и др.] Показатели митохондриального функционирования у девочек-подростков с синдромом поликистозных яичников с учетом наличия метаболических нарушений и избыточного веса : научное издание / // Акушерство и гинекология. - М., 2017. - N7. - С. 104-113. - Библиогр.: 26 назв

90.Холмирзаева Г. К. Морфогенез и морфологические проявления фолликулярных кист яичников : научное издание / Г. К. Холмирзаева, Д. В. Евстратьев, В. Б. Рахимов // Конгресс онкологов Узбекистана, третий: сборник материалов (14-16 мая 2015 г., г. Ташкент). - Ташкент, 2015. - С. 190-191

91.Чупрынин В. Д. Гигантская муцинозная цистаденома яичника у женщины 54 лет [Текст] : научное издание / [и др.] // Акушерство и гинекология. - 2018. - N1. - С. 148-153. - Библиогр.: 13 назв.

92.Шамансурова З. М. Инсулинорезистентность в патогенезе развития синдрома поликистозных яичников // Узбекистон тиббиёт журнали. - 2004. - №1-2. - С. 186-189.

93. Шукуров Ф. И. Иммуногистохимическая характеристика эстрогеновых и прогестероновых рецепторов яичников при бесплодии, обусловленном доброкачественными структурными изменениями яичников : научное издание / Ф. И. Шукуров // Журнал теоретической и клинической медицины. - Ташкент, 2017. - N4. - С. 82-85. - Библиогр.: 8 назв.

94. Эластографическая характеристика рака яичника (морфологические и технические аспекты) : научное издание / В. В. Митьков [и др.] // Ультразвуковая и функциональная диагностика. - М., 2017. - N5. - С. 25-39. - Библиогр.: 22 назв

95. Эндометриоз и канцерогенез яичников (обзор литературы) : научное издание / Л. В. Адамян, Я. О. Мартиросян, А. В. Асатурова // Проблемы репродукции. - М., 2018. - Том 24 N4. - С. 7-12. - Библиогр.: 33 назв

96. Эндометриоидная пограничная опухоль яичника на фоне эндометриоза : научное издание / Н. Н. Байрамова [и др.] // Акушерство и гинекология. - М., 2018. - N2. - С. 140-144. - Библиогр.: 14 назв.

97. Франк Г.А., Москвина Л.В., Андреева Ю.Ю. Новая классификация опухолей яичника Журнал: Архив патологии. 2015; 77(4): 40-50

98. Фадеева, Н.И. Анамнестическая характеристика пациенток с геморрагической формой апоплексии яичника /Н.И. Фадеева, О.М. Сирота, Т.И. Горбачева //Немедикаментозные методы лечения и актуальные вопросы в акушерско-гинекологической практике: сб. на-уч. тр. - Барнаул, 2006. - С. 84-86.

99. Элибекова О.С., Гаспаров А.С., Косаченко А.С., Стрекалова Е.Л. Диагностика и лечение острых гинекологических заболеваний. Современные тенденции // Журн. Рос. общества акушеров-гинекологов. 2005. № 2. С. 3—6.

100. Alborzi S., Foroughinia L., Kumar P. V., Asadi N. A comparison of histopatologic findings of ovarian tissue inadvertently excised with endometrioma and other kinds of bening ovarian cyst in patients undergoing laparoscopy versus laparotomy // Fertil.Steril. 2008. - Oct. 28. – PMID.

101. Alborzi S., Ravanbakhsh R., Parsanezhad M. E., Alborzi M. A comparison of follicular response of ovaries to ovulation induction after laparoscopic ovarian cystectomy or fenestration and coagulation versus normal ovaries in patients with endometrioma // *Fertil Steril.* – 2007. – Vol. 88, №2. – P. 507-509.
102. Atilgan R., Ozkan ZS, Kuloglu, Kocaman N, Baspinar M, Can B, Şimşek M, Sapmaz E. Impact of intracystic ethanol instillation on ovarian cyst diameter and adjacent ovarian tissue. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2014 Mar;174:133-6. doi: 10.1016/j.ejogrb.2013.12.019. Epub 2013 Dec 24.
103. Balen A., Michelmore K. What is polycystic ovary syndrome? Are national views important? // *Hum. Repr.* – 2002. – Vol.17, №9. – P. 2219-2227.
104. Balen A. H., Rutherford A. J. Managing anovulatory infertility and polycystic ovary syndrome // *BMJ.* – 2007. - Vol. 335(7621). – P. 663-666.
105. Bocci A. Le terapie integrate in gynecologica // *G. Ital. Oncol.* – 1998. – Vol.18, №1. – P. 21-25.
106. Giorlandino C(1), Gleicher N, Taramanni C, Vizzone A, Gentili P, Mancuso S, Forleo R. Ovarian development of the female child and adolescent: I. Morphology. *Int J Gynaecol Obstet.* 1989 May;29(1):57-63. doi: 10.1016/0020-7292(89)90130-6.
107. The Dualistic Model of Ovarian Carcinogenesis // *Am J Pathol.* — 2016; 186: 733–47. Kurman R.J., Shih I.M.
108. Farquhar C., Lilford R. J., Marjoribanks J., Vandekerckhove P. Laparoscopic (drilling) by diathermy or laser for ovulation induction in anovulatory polycystic ovary syndrome // *Cochrane Database Syst Rev.* – 2007. – Vol.18, №3. – P. 1122.
109. Fulghesu A., Ciampelli M., Belosi C. et al. A new ultrasound criterion for the diagnosis of polycystic ovary syndrome: the ovarian stroma/total area ratio // *Fertil. Steril.* – 2001. – Vol.76, №2. - P. 326-331.
110. Furuya K., Murakami M., Makimura N., Matsuda H. et al. Immunological and endocrinological studies on lymphocyte subpopulation and

medical treatment for infertility in patients with endometriosis // *Mol. Cell Endocrinol.* - 2003. – Vol.28, №1-2. – P. 195-199.

111. Haller K., Sarapik A., Talja I., Salumets A. et al. Controlled ovarian hyperstimulation changes the prevalence of serum autoantibodies in in vitro fertilization patients // *Am J Reprod Immunol.* – 2006. – Vol.56, №5-6. – P. 364-370.

112. Hart R. PCOS and infertility // *Panminerva Med.* – 2008. – Vol.50, №4. – P. 305-314.

113. Hidlebaugh D. A., Vurgaropulos S., Orr R. K. Treating adnexal masses: Operative laparoscopy vs. laparotomy // *J. Reprod. Med.* – 1997. – Vol. 42, №9. – P. 551-558.

114. Intraepithelial carcinoma of the fi Kindelberger D.W., Lee Y., Miron A. et al. mbria and pelvic serous carcinoma: evidence for a causal relationship // *Am J Surg Pathol.* — 2007; 31: 161–69.

115. Imani B., Eijkemans M., Faessen G. et all. Prediction of the individual follicle-stimulating hormone threshold for gonadotropin induction of ovulation in normogonadotropic anovulatory infertility: an approach to increase safety and efficiency // *Fertil. Steril.* – 2002. – Vol.77, №1.– P. 83-90.

116. Jones G. L., Balen A. H., Ledger W. L. Health-related quality of life in PCOS and related infertility: how can we assess this? // *Hum. Fertil (Camb)* - 2008. – Vol.11, №3. – P. 173-185.

117. Keller D., Zeng X., Wang W., et al. // *Mol.Cell.* – 2001. – Vol.7, №6. – P.283-292. Liguori G., Tolino A., Moccia G., Scognamiglio G. et al. Laparoscopic ovarian tretment in infertile patients with polycystic ovarian syndrome: endocrine changes and clinical obtcome // *Gynec. Endocrinol.* – 1996. – Vol.10, №4. - P. 257-264.

118. Knauf Y, Köhler K, Knauf S, Wehrend A. Histological classification of canine ovarian cyst types with reference to medical history. *Vet Sci.* 2018 Nov 30;19(6):725-734. doi: 10.4142/jvs.2018.19.6.725.

119. Kutteh W. H. Autoimmune factors in assisted reproduction // *Minerva*

Ginecol. – 2002. – Vol.54, №3. – P. 217-224.

120. Legro R. S., Strauss J. F. Molecular progress in infertility: polycystic ovary syndrome // *Fertil Steril.* – 2002. – Vol.78, №3. - P. 569-576.

121. Mahdavi A, Berker B, Nezhat C, Nezhat F, Nezhat C. Laparoscopic management of ovarian cysts *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2004 Sep;31(3):581-92, ix. doi: 10.1016/j.ogc.2004.05.011.

122. Monnier-Barbarino P., Forges T., Faure G. C. Ovarian autoimmunity and ovarian pathologies: antigenic targets and diagnostic significance // *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* – 2005. – Vol.34, 7 Pt 1. – P. 649-657.

123. Mourali M., Fkih C., Essoussi-Chikhaoui J., Ben-Hadj HA. Et al. Polycystic ovary syndrome with infertility // *Tunis Med.* – 2008. –Vol. 86, №11. – P. 963-972.

124. Nardo L. G., Patchava S., Laing I. Polycystic ovary syndrome: pathophysiology, molecular aspects and clinical implications // *Panminerva Med.* – 2008. – Vol. 50, №4. – P. 267-278.

125. Next-generation sequencing of tubal intraepithelial carcinomas // *JAMA* McDaniel A.S., Stall J.N., Hovelson D.H. et al. *Oncol.* — 2015; 1: 1128–32.

126. Nowak-Psiorz I, Ciećwież SM, Brodowska A, Starczewski A. Treatment of ovarian endometrial cysts in the context of recurrence and fertility. *Adv Clin Exp Med.* 2019 Mar;28(3):407-413. doi: 10.17219/acem/90767.

127. Norman R. J., Dewailly D., Legro R. S., Hickey T. E. Polycystic ovary syndrome // *Lancet.* - 2007. – Vol. 370. – P. 685-697.

128. Palomba S., Orio F. Jr., Falbo A., Russo T., Tolino A., Zullo F. Clomiphene citrate versus metformin as first-line approach for the treatment of anovulation in infertile patients with polycystic ovary syndrome // *J Clin Endocrinol Metab.* – 2007. – Vol. 92, №9. – P. 3498-3503.

129. Poppe K, Glinoeer D, Tournaye H, Devroey P, et al. Thyroid autoimmunity and female infertility. // *Verh K Acad Geneeskde Belg.* 2006;68(5-6). – P.357-77.

130. Piek J.M., van Diest P.J., Zweemer R.P. et al. Dysplastic changes in prophylactically removed Fallopian tubes of women predisposed to developing ovarian cancer // J Pathol. — 2001; 195: 451–456.

131. Porquet D. Endocrine biochemistry of puberty. Ann. Biol. Clin. (Paris). - 1997. –Vol. 55, №5. - P. 425-433.

132. Retto G(1), Santoro G, Sturlese E, De Dominici R, Villari D, Retto A, Palmara V. J Obstet Gynaecol Res. 2011 Jun;37(6):547-52. doi: 10.1111/j.1447-0756.2010.01389.x. Epub 2011 Feb 23. Efficacy of laparoscopic stripping for ovarian cysts: histological and clinical findings.

133. Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risk related to polycystic ovary syndrome (PCOS) // Hum. Reprod. – 2004. –Vol. 19, №1. – P. 41-47.

134. Sheets E. E., Yeh J. The role of apoptosis in gynaecological malignancies // Ann. Med. – 1997. – Vol. 29, №2. – P. 121-126.

135. Schubert B, Canis M, Darcha C, Artonne C, Pouly JL, Déchelotte P, Boucher D, Grizard G. Human ovarian tissue from cortex surrounding benign cysts: a model to study ovarian tissue cryopreservation. Hum Reprod. 2005 Jul;20(7):1786-92. doi: 10.1093/humrep/dei002. Epub 2005 Mar 31.

136. Siristatidis C. S., Maheshwari A., Bhattacharya S. In vitro maturation in sub fertile women with polycystic ovarian syndrome undergoing assisted reproduction // Cochrane Database Syst Rev. – 2009. - №1.

137. Szulańczyk K(1). Histological changes within ovarian cortex, oviductal and uterine mucosa in case of ovarian cysts presence in sows. Folia Histochem Cytobiol. 2009;47(1):99-103. doi: 10.2478/v10042-009-0005-3.

138. Sherman M.E. et al. // Survival among women with borderline ovarian carcinoma // Cancer. - 2004. – Vol.100, №. - P. 1045-52.

139. Takai N., Ueda T., Nishida M Nasu K. M344 is a novel synthesized histone deacetylase inhibitor that induces growth inhibition, cell cycle arrest, and apoptosis in human endometrial cancer and ovarian cancer cells // Gynecologic Oncology. -2006. -Vol. 101, №1. - P. 108-113.

140. The disparate origins of ovarian cancers: pathogenesis Karnezis A.N., Cho K.R., Gilks C.B., Pearce C.L., Huntsman D.G. and prevention strategies // *Nat Rev Cancer*. — 2017; 17: 65–74.
141. Vacher-Lavenu MC. Histology of benign borderline ovarian and subperitoneal dystrophic cysts *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2001 Nov;30(1 Suppl):S12-9.
142. Zver T, Mouloungui E, Berdin A, Roux C, Amiot C. Validation of an automated technique for ovarian cortex dissociation: isolation of viable ovarian cells and their qualification by multicolor flow cytometry. *J Ovarian Res*. 2017 Jun 23;10(1):38. doi: 10.1186/s13048-017-0337-0.
143. Zlatkov V. Histological subtypes of ovarian carcinoma and their importance for clinical prognosis *Akush Ginekolo (Sofia)*. Article in *Bulgarian* 2015;54(2):19-23.
144. Zhu R, Nasu K, Aoyagi Y, Hirakawa T, Takebayashi K, Narahara H. Chemokine expression profiles of ovarian endometriotic stromal cells in three-dimensional culture. *J Reprod Immunol*. 2020 Apr;138:103100. doi: 10.1016/j.jri.2020.103100. Epub 2020 Feb 6.
145. Zhou W, Fu L, Sha W, Chu D, Li Y. Relationship of polar bodies morphology to embryo quality and pregnancy outcome. *Zygote*. 2016 Jun;24(3):401-7. doi: 10.1017/S0967199415000325. Epub 2015 Jul 22.
146. Zhou Y, Zhou J, Xu X, Du F, Nie M, Hu L, Ma Y, Liu M, Yu S, Zhang J, Chen Y. Matrigel/Umbilical Cord-Derived Mesenchymal Stem Cells Promote Granulosa Cell Proliferation and Ovarian Vascularization in a Mouse Model of Premature Ovarian Failure. *Stem Cells Dev*. 2021 Aug 1;30(15):782-796. doi: 10.1089/scd.2021.0005. Epub 2021 Jul 8.

