

Ўзбекистон Республикаси
Соғлиқни сақлаш вазирининг
2025 йил "23" июндаги
180-сонли буйруғига
2-илова

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ
ВАЗИРЛИГИ
РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ОНА ВА БОЛА
САЛОМАТЛИГИ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

**«БАЧАДОН МИОМАСИ»
БЎЙИЧА
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

ТОШКЕНТ – 2025

«ТАСДИҚЛАЙМАН»
РИОваБСИАТМ директори
Н.С. Надирханова



2025 йил

**«БАЧАДОН МИОМАСИ»
БЎЙИЧА
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

ТОШКЕНТ – 2025

Мундарижа

Ишчи гуруҳ таркиби _____	6
Қисқартмалар рўйхати _____	8
Терминлар _____	8
Таърифлар _____	10
Қисқача маълумот _____	11
Ташхис _____	11
Даволаш _____	15
Реабилитация _____	17
Олдини олиш _____	17
Тиббий ёрдам сифатини баҳолаш мезонлари _____	20
Адабиётлар _____	21
Илова _____	25

1. Кириш қисми

ХКТ-10 бўйича кодланиши

D25.0	Субмукоз бачадон лейомиомаси;
D25.1	Интрамурал лейомиома;
D25.2	Субсероз лейомиома;
D25.9	Аниқланмаган лейомиома.
D26.0	Бачадон бўйни яхши сифатли неоплазмаси;
D26.1	Бачадон танасининг яхши сифатли неоплазмаси;
D26.7	Бачадоннинг бошқа қисмлари яхши сифатли неоплазмаси;
D26.9	Бачадонининг аниқланмаган қисмида яхши сифатли неоплазмаси.
O34.1	Онага тиббий ёрдам кўрсатишни талаб қиладиган бачадон танасининг ўсмаси.
Ссылка: https://mkb-10.com/index.php?pid=13490	

ХКТ-11 бўйича кодланиши

2E86.0	Бачадон лейомиомаси
2E86.00	Субмукоз бачадон лейомиомаси
2E86.01	Интрамурал бачадон лейомиомаси
2E86.02	Субсероз бачадон лейомиомаси
2E86.0Z	Аниқланмаган бачадон лейомиомаси
JA84.1	Онада бачадон танасидаги ўсма (миома) бўлганда тиббий ёрдам
Хавола: https://icd11.ru/zhenskoj-polovoi-sistemy-mkb11/	

Ушбу клиник протокол 2025 йилда ишлаб чиқилди ва ҳар 5 йилда ёки далилларга асосланган янги маълумотлар пайдо бўлганда қайта кўриб чиқилади.

Ушбу клиник протоколни ишлаб чиқиш учун Республика ихтисослаштирилган она ва бола саломатлиги илмий-амалий тиббиёт маркази масъул ҳисобланади.

Клиник протоколни ишлаб чиқишда ҳисса қўшган мутахассислар

№	Ф.И.Ш.	Лавозими	Иш жойи
1	Надирханова Н.С.	директор, т.ф.д.	РИОваБСИАТМ
2	Абдуллаева Л.М.	Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг Бош акушер-гинекологи, т.ф.д., профессор	ТТА
3	Гафурова Ф.А.	кафедра мудири, т.ф.д., профессор	ТХКМРМ, Акушерлик ва гинекология, перинатал тиббиёт кафедраси
4	Каримова Ф.Д.	Кафедра мудири, т.ф.д., профессор	ТХКМРМ, №2-сонли акушерлик ва гинекология кафедраси

Муаллифлар рўйхати

№	Ф.И.Ш.	Лавозими	Иш жойи
1	Юсупов У.Ю.	акушер-гинеколог, т.ф.д.	РИОваБСИАТМ
2	Иргашева С.У.	акушер-гинеколог, т.ф.д.	РИОваБСИАТМ
3	Алиева Д.А.	акушер-гинеколог т.ф.д., профессор	РИОваБСИАТМ
4	Нишанова Ф.П.,	акушер-гинеколог, т.ф.н.	РИОваБСИАТМ
5	Мавлянова Н.Н.	акушер-гинеколог, т.ф.д.	РИОваБСИАТМ
6	Каримова Л.А.	акушер-гинеколог	РИОваБСИАТМ
7	Юлдашев С.К.	акушер-гинеколог, т.ф.н.	РИОваБСИАТМ

8	Миралиев Ф.К.	акушер-гинеколог	РИОваБСИАТМ
9	Шомирова Д.А.	акушер-гинеколог, т.ф.н.	РИОваБСИАТМ
10	Курбанов Б.Б.	кафедра мудир, т.ф.д.	ТашПМИ
11	Матякубова С.А.	директор, т.ф.д.	РИОваБСИАТМ Хорезм филиали
12	Насретдинова Д.Б.	директор, т.ф.д.	РИОваБСИАТМ Андижон филиали
13	Суяркулова М.Э.	директор, т.ф.д.	РИОваБСИАТМ Фаргона филиали
14	Шодмонов Н.М.	директор, т.ф.д.	РИОваБСИАТМ Джизак филиали
15	Джумаев Б.А.	директор, т.ф.д.	РИОваБСИАТМ Тошкент шаҳар филиали
16	Даминова Р.А.	директор, т.ф.д.	РИОваБСИАТМ Наманган филиали
17	Дустмуродов Б.М.	директор, т.ф.д.	РИОваБСИАТМ Сурхандарья филиали
18	Аширбекова Г.У.	директор, т.ф.д.	РИОваБСИАТМ РК филиали
19	Хамроева Л.К.	директор, т.ф.д.	РИОваБСИАТМ Самарканд филиали
20	Садыкова Х.З.	директор, т.ф.д.	РИОваБСИАТМ Сырдарья филиали
21	Эшонкулов А.Г.	директор, т.ф.д.	РИОваБСИАТМ Навои филиали
22	Зиёев А.М.	директор, т.ф.д.	РИОваБСИАТМ Сурхандарья филиали
23	Жураев Н.Б.	директор, т.ф.д.	РИОваБСИАТМ Бухоро филиали
24	Ачилова С.И.	директор, т.ф.д.	РИОваБСИАТМ Кашкадарья филиали

Такризчилар

№	Ф.И.Ш.	Лавозими	Иш жойи
1	Юсупбаев Р.Б.	т.ф.д., профессор	РИОваБСИАТМ
3	Саиджалилова Д.Д.	Т.ф.д., профессор, акушерлик ва гинекология кафедраси	ТГА

РИОваБСИАТМ – Республика ихтисослаштирилган она ва бола саломатлиги илмий-амалий тиббиёт маркази

ТГА – Тошкент тиббиёт академияси

ТХКМРМ – Тиббиёт ходимларнинг касбий малакасини ривожлантириши маркази

ТошПТИ – Тошкент педиатрия тиббиёт институти

ТДСИ – Тошкент давлат стоматология институти

Клиник протокол ОТМ профессор-ўқитувчилари, Ўзбекистон Республикаси Акушер-гинекологлар ассоциацияси аъзолари, соғлиқни сақлаш ташкилотчилари (РИОваБСИАТМ филиаллари директорлари ва уларнинг ўринбосарлари) ҳамда вилоят туғруққа кўмаклашиш муассасалари шифокорлари иштирокидаги ишчи гуруҳнинг онлайн шаклда ўтказилган якуний йиғилишида норасмий келишув орқали муҳокама қилинди ва 2023 йил 18 декабр 2-сонли баённомаси билан тасдиқланди.

Клиник протокол РИОваБСИАТМ Илмий кенгашида кўриб чиқилди ва 2024 йил 21 декабрдаги 19-сонли баённомаси билан тасдиқланди.
Илмий кенгаш раиси – т.ф.д., профессор Асатова М.М.

Техник эксперт баҳо ва таҳрирлаш

№	Ф.И.Ш.	Лавозими	Иш жойи
1	Алиева Т.М.	акушер-гинеколог, т.ф.д.	Илмий тадқиқот халқаро аспирантура институти Олмаота (Қозоғистон)

Протоколда фойдаланилган қисқартмалар:

аГн-РГ (ГЧГА)	гонадотропинни чиқарадиган гормон агонистлари
АМК (АБҚК)	анормал бачадон қон кетиши
ЛНГ-ВМС (ЛНГ-ИУТ)	левоноргестрелни чиқарадиган интраутерин тизим
МГТ	менопауза гормони терапияси
МКБ-10 (КХТ-10)	касалликларнинг халқаро таснифи, ўнинчи қайта кўриб чиқиш
МРИ	магнит-резонанс томография
НПВС (СБЯҚД)	стероид бўлмаган яллиғланишга қарши дорилар
УТТ	ультратовуш текшируви
ФУЗ (ФУТ)	йўналтирилган(фокусланган) ультратовуш текшируви
ЭМА (БАЭ)	бачадон артерияси эмболизацияси
MRgFUS (МРТ ФУТ)	магнит-резонанс томография назорати остида ультратовуш текшируви.
аГн-РГ (ГЧГА)	гонадотропинни чиқарадиган гормон агонистлари
АМК (АБҚК)	анормал бачадон қон кетиши
ЛНГ-ВМС (ЛНГ-ИУТ)	левоноргестрелни чиқарадиган интраутерин тизим

Клиник протоколдан фойдаланувчи гуруҳлар: акушер-гинекологлар, гематологлар, терапевтлар, оилавий шифокорлар, лаборантлар, соғлиқни сақлаш ташкилотчилари, тиббиёт ОТМ ўқитувчилари, талабалари, клиник ординаторлари, магистрантлари ва аспирантлари.

Беморлар тоифаси: бачадон миомаси аёллар.

Протокол тавсияларига риоя қилиш:

Протокол нашр пайтида мавжуд бўлган далилларга асосланган умумий тавсиялар беради. Агар амалда ушбу протоколнинг тавсияларидан четга чиқиш тўғрисида қарор қабул қилинган бўлса, шифокорлар беморнинг касаллик тарихида қуйидаги маълумотларни хужжатлаштиришлари керак:

- бу қарорни ким қабул қилган;
- баённомадан четга чиқиш тўғрисидаги қарорни батафсил асослаш;
- беморни бошқариш бўйича қандай тавсиялар қабул қилинган

Кўрсатмалар клиник амалиётнинг барча элементларини қамраб олмайди, лекин клиницист-шифокорлар беморнинг эҳтиёжларини ҳисобга олган ҳолда, ҳурматли, махфий мулоқот тамойилига риоя қилган ҳолда беморлар билан индивидуал бошқарувни муҳокама қилишлари кераклигини аңглатади.

Бунга қуйидагилар қиради:

- Зарур ҳолатларда таржимон хизматларидан фойдаланиш;
- Бемор билан маслаҳатлашиш ва маълум бир манипуляция ёки маъмурият тактикаси учун хабардорлик розилигини олиш;

- Қонуний талаблар ва касбий хулқ-атвор стандартларига риоя қилиш доирасида ёрдам кўрсатиш;
- Умумий ва маҳаллий талабларга мувофиқ ҳар қандай бошқарув ва парвариш тактикасини ҳужжатлаштириш.

Тавсияларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи:

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси	
А	Кучли тавсия (барча кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилган)
В	Шартли тавсия (айрим кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, айрим тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва/ёки қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган)
С	Кучсиз тавсия (сифатли далиллар келтирилмаган (кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгалламайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати паст ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган)

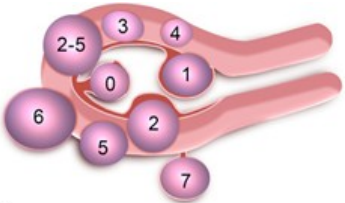
2. Асосий қисм

Кириш. Бачадон миомаси аёл жинсий тизимининг энг кенг тарқалган яхши сифатли ўсмаси ҳисобланади. Репродуктив ёшдаги аёллар орасида касаллик билан касалланиш 70% га етади. Бачадон миомасини аниқлашнинг ўртача ёши 32-34 ёшни ташкил қилади ва касалликнинг энг юқори даражаси менопаузанинг бошида содир бўлади. Ҳозирги вақтда репродуктив функциясини амалга оширмаган 30 ёшгача бўлган ёш аёлларда бачадон миомаси билан касалланишнинг кўпайиши кузатилмоқда.

Аксарият аёлларда касаллик асимптоматикдир, бу эса ҳақиқий тарқалишнинг баҳоланишини қийинлаштиради. Репродуктив ёшдаги беморларнинг 25 фоизи даволанишни талаб қиладиган клиник кўринишга эга. Бирламчи ва иккиламчи бепуштлиқда бачадон миомаси 23,5% ҳолларда учрайди. Баъзи ҳолларда бачадон миомаси ҳомиладорликнинг бошланиши ва ҳомила ривожланишига тўсқинлик қилмайди, бироқ ҳомиладорлик ва туғиш асоратлари частотасини оширади.

Таърифи

Бачадон миомаси - бачадон бўйни ёки бачадон танасининг силлиқ мушак ҳужайраларидан келиб чиққан яхши сифатли моноклонал ўсма.

 <p>Leiomyoma subclassification system</p>	Субмукоз миома	0	"Оёқ"даги бўшлиқдаги тугун
		1	< 50% интрамурал компонент
		2	≥ интрамурал компонент
		3	Эндометрий билан алоқада, 100% интрамурал тугун
	Бошқалар	4	Интрамурал
		5	Субсероз ≥50% интрамурал
		6	Субсероз <50% интрамурал
		7	"Оёқ"да Субсероз
	8	Бошқа	
Гибрид (эндометриум ва сероз мембрана билан алоқада)	2-5	Субмукоз ёки субсероз	

Халқаро гинекология ва акушерлик Федерацияси (The International Federation of Gynecology and Obstetrics, FIGO) томонидан бачадон миомасининг таснифи:

Эпидемиологияси

Бачадон миомаси аёл жинсий тизимининг энг кенг тарқалган яхши сифатли ўсмаси ҳисобланади. Репродуктив ёшдаги аёллар орасида касаллик билан касалланиш 70% га етади. Бачадон миомасини аниқлашнинг ўртача ёши 32-34 ёшни ташкил қилади ва касалликнинг энг юқори даражаси менопаузанинг бошида содир бўлади. Ҳозирги вақтда репродуктив функциясини амалга оширмаган 30 ёшгача бўлган ёш аёлларда бачадон миомаси билан касалланишнинг кўпайиши кузатилмоқда.

Аксарият аёлларда касаллик асимптоматикдир, бу эса ҳақиқий тарқалишнинг баҳоланишини қийинлаштиради. Репродуктив ёшдаги беморларнинг 25 фоизи даволанишни талаб қиладиган клиник кўринишга эга. Бирламчи ва иккиламчи бепуштликда бачадон миомаси 23,5% ҳолларда учрайди. Баъзи ҳолларда бачадон миомаси ҳомиладорликнинг бошланиши ва ҳомила ривожланишига тўсқинлик қилмайди, бироқ ҳомиладорлик ва туғиш асоратлари частотасини оширади.

Этиологияси ва патогенези

Эстрогенлар ва прогестерон анъанавий равишда лейомиома ўсишининг стимуляторлари сифатида қабул қилинади, бу эстроген рецепторлари, улардаги эстроген билан бошқариладиган генларнинг сезиларли даражада кўпроқ ифодаланиши ва кўпроқ даражада прогестерон рецепторлари (А ва Б изоформалари) миометрий ва эндометрий билан солиштириш ифодаси билан тасдиқланади.

Ушбу касалликнинг генетик табиати аёлларнинг 5-10 фоизида бачадон миомасининг "оилавий шакллари" мавжудлиги билан тасдиқланади, шу билан бирга бачадон миомаси моноклонал ўсимта эканлиги исботланган, яъни. унинг ўсиши тартибга солинмаган ўсиш қобилиятига эга бўлган битта асосий мутант хужайрадан содир бўлади. Бачадон миомасининг патогенезига энг муҳим ҳисса НМGA2 генининг экспрессионининг ошиши билан боғлиқ хромосома қайта тузилиши, шунингдек, РНК полимераза 2 кодловчи MED 12 генининг экзон 2 генининг соматик мутациялари билан боғлиқ.

Бачадон миомасининг патогенезига мавжуд томирлардан янги томирлар – неоангиогенезни шакллантириш жараёни ҳам катта ҳисса қўшади.

Бачадон миомасининг ривожланишида ўсиш омиллари ҳам асосий рол ўйнайди. Бачадон миомасининг патогенезида иштирок этадиган асосий ўсиш омиллари инсулинга ўхшаш ўсиш омиллари (IGF), қон томир эндотелиал ўсиш омили (VEGF), гипоксия-индуктив омил (HIF), фибробласт ўсиш омили, тромбоцитлардан келиб чиқадиган ўсиш омили, ангиогенин, эпидермалдир. ўсиш омили, азот оксиди, интерлейкин-8, матрицали металлопротеиназалар (MMPs). Бу омилларнинг барчаси лейомиоманинг молекуляр патогенезида асосий ролга эга бўлган ўзаро таъсир ва фаоллашув каскадларининг мураккаб тизимини ташкил қилади.

Бачадон миомасининг ривожланиши билан боғлиқ хавф омиллари орасида эрта ҳайз кўриш, туғилиш тарихининг йўқлиги, кеч репродуктив ёш, семизлик, тамоксифенни қабул қилиш, юқори паритет, менопауза, чекиш, КОКни қабул қилиш ва яллиғланиш жараёнлари киради.

Клиник кўриниши

Бачадон миомаси диагностикаси тос аъзоларининг шикоятлари, анамнестик маълумотлар, физик текширув, ултратовуш ва МРТ маълумотлари (кўрсатмаларга мувофиқ) асосида белгиланади.

Шикоятлар ва анамнез

Бачадон миомасининг намоён бўлиши асимптоматик ва симптоматик бўлиши мумкин. Касалликнинг белгилари: анормал бачадон қон кетиши, турли хил ва интенсивликдаги қорин оғриғи, оғриқли ва кўп ҳайз кўриш, бошқа сабаблар бўлмаганда бепуштлик, аборт, кўшни органларнинг дисфункцияси (дизурик касалликлар, ич қотиши), диспаруния ва бошқалар.

Диагностикаси

Жисмоний текширув

С	Ташхис қўйиш учун барча беморларга ташқи жинсий аъзоларни визуал текшириш, кўзгуларда бачадон бўйни текшируви ва бимануал вагинал текширув ўтказиш тавсия этилади.
----------	--

Бимануал вагинал текширув бачадон ҳажмини, ҳаракатчанлигини, нозиклигини ва бошқа тос аъзолари билан алоқасини аниқлашни ўз ичига олади; миоматоз тугунларни аниқлаш, шунингдек уларнинг локализацияси. Бачадоннинг катталиги ҳафталар билан ўлчанади (хомиладорлик бўйича).

Миоматоз тугуннинг сервикал-истмус локализацияси билан бачадон бўйни текисланади, ассиметрик жойлашади ва тугуннинг локализациясига қарама-қарши тос деворига ўтади.

Лаборатория диагностик текширувлари

С	Бачадон миомаси бўлган барча беморларга асоратларни аниқлаш, операциядан олдин текшириш ва консерватив даво тактикасини аниқлаш учун лаборатория маълумотларини кузатиш тавсия этилади.
----------	---

Умумий қон таҳлили, биокимёвий қон таҳлили, гемостазиограммани ўрганиш асоратларни (анемия, тугундаги қон айланишининг бузилиши ва бошқаларни) аниқлаш мақсадида амалга оширилади.), операциядан олдинги текширув ва консерватив даво тактикасини аниқлаш.

Инструментал диагностика тадқиқотлари

В	Бачадон миомасини скрининг ва бирламчи ташхислашнинг асосий усули сифатида тос аъзоларининг ултратовуш текшируви (УТТ) тавсия этилади.
----------	--

Тос аъзоларининг ултратовуш текшируви (трансабдоминал ва трансвагинал сенсорлар ёрдамида) бачадон миомасини бирламчи скрининг қилиш, касалликнинг ривожланишини динамик кузатиш ва ҳар хил турдаги (консерватив ва/ёки жарроҳлик) терапевтик таъсирларнинг самарадорлигини баҳолаш усули ҳисобланади.

Усул миоматоз тугунларни, уларнинг тузилишини, гемодинамикасини ва шунга мос равишда пролифератив жараёнларнинг оғирлигини, дифференциал ташхисни (аденомиёз, саркома ва бошқалар.), қон айланишининг бузилиши (некроз, шиш, гиалиноз) натижасида тугунларда иккиламчи ўзгаришларни аниқлаш.

Замонавий 3/4-D технологиялари миома тугунларининг локализацияси ҳақида қўшимча маълумот олиш имконини беради, бу уларнинг марказлашган ўсиши ва субмукоз жойлашиши учун айниқса муҳимдир. Рангли Доплер харитаси миоматоз тугуннинг тузилишини баҳолаш учун ишлатилади. Баъзи ҳолларда эхогистерография ва гистеросалпингография қўлланилиши мумкин.

С	Аденомиоз билан дифференциал ташхис қўйиш учун репродуктив функцияни амалга оширишни режалаштираётган беморларда кўшни органларнинг сиқилиши ва реконструктив пластик жарроҳликни режалаштиришда ҳажм ва киришни танлашда бирлашган патологияси бўлган беморларда тос аъзоларининг магнит-резонанс томографиясини (МРТ) қўллаш тавсия этилади.
----------	--

40% ҳолларда бачадон миомаси аденомиёз билан бирлаштирилади.

С	Интраутерин патологияни истисно қилиш учун миоматоз тугунларнинг
----------	--

	мушаклараро-субмукозал ва субмукозал локализациясига шубҳа қилинган беморларга ҳистероскопия тавсия этилади; шунингдек, жарроҳлик даволаш учун ёндашувни танлаш (гистероскопик миомектомия).
--	--

Бошқа диагностик текширувлар

С	Миоматоз тугунлар, АМК (БАҚК) сезиларли ўсиши бўлган беморларда аденомиоз, бачадон саркомаси, ҳомиладорлик ва бошқалар билан бачадон миомасининг дифференциал диагностикасини ўтказиш тавсия этилади.
----------	---

С	Ташхисни текшириш учун олиб ташланган макропрепаратни патологик текширувдан ўтказиш тавсия этилади.
----------	---

Даволаш

Консерватив даво

С	Кичик ўлчамдаги асимптоматик бачадон миомасини динамик кузатиш тавсия этилади (АМК (БАҚК) йўқлиги, оғриқ синдроми, миоматоз тугунларнинг ўсиши, бачадон ўлчамлари 12 ҳафтагача, субмукоз локализациянинг миоматоз тугунлари бўлмаसा).
----------	---

Касалликнинг асимптоматик даврида, бачадоннинг кичик ўлчамлари бўлса, дори-дармонлар ва / ёки жарроҳлик даволаш кўрсатилмайди.

С	Бачадон миомаси бўлган беморларда симптомларни (АМК, оғриқ синдроми) ва бирга келадиган гинекологик касалликларни бартараф этиш учун дори терапиясини ўтказиш тавсия этилади.
----------	---

Дори терапияси вариантини танлашда нафақат унинг самарадорлигини, балки унинг хавфсизлигини, бардошлилигини ҳам баҳолаш, шунингдек даволанишнинг иқтисодий рентабеллигини ҳисобга олиш керак. Давом этаётган дори терапияси ҳар 3 ойда бир марта баҳоланиши керак ва агар у самарасиз бўлса, бошқа дориларни буюриш керак. Шунинг эса тутиш керакки, дори-дармонларни даволашнинг ягона мақсади бачадон миомаси, миоматоз тугунларнинг регрессияси билан боғлиқ симптомларни енгиллаштириш ёки йўқ қилишдир.

В	Қон йўқотиш миқдорини камайтириш учун бачадон миомаси ва БАҚК билан оғриган беморларда транексамик кислотадан фойдаланиш тавсия этилади.
----------	--

Транексамик кислотанинг оптимал суткалик дозаси 3,9 – 4,0 г, қабул қилиш муддати 5 кунгача. Препаратни қабул қилишда ноҳўя таъсирларнинг частотаси минималдир ва улар асосан енгил қўнғил айнаш, бош оғриғи, бурун тикилиши ва бел оғриғи билан намоён бўлади. Транексамик кислота ҳайз пайтида қон йўқотилишини 40% га камайтиришга ёрдам беради.

С	Оғриқ ва қон йўқотилишини камайтириш учун дисменорея ва БАҚК билан бачадон миомаси бўлган беморларда ностероид яллиғланишга қарши дориларни (НЯҚД) қўллаш тавсия этилади.
----------	---

НЯҚДлар ЦОГ-2 нинг фаоллигини (унинг ифодаси бачадон миомасида нормал миометрияга нисбатан сезиларли даражада юқори) ва простагландинлар даражасини пасайтиради, бу оғриқнинг оғирлигини ва қон йўқотиш миқдорини камайтиради.

В	БАҚКни даволаш учун бачадон миомаси бўлган беморларда прогестогенларни (дориларнинг анатомик-терапевтик-кимёвий таснифи (АТК) бўйича - Прогестогенлар) қўллаш тавсия этилади.
----------	---

Гландулар эпителийнинг атрофияси ва стромал компонентнинг десидуализациясини таъминлаш учун прогестогенлар билан терапияни асосан узлуксиз режимда ўтказиш тавсия этилади. Оғиз орқали юбориладиган прогестогенлар касалликнинг тегишли

белгиларини камайтиради, уларнинг самарадорлиги администрация режимига боғлиқ. Циклик режимда (циклнинг 14-26-кунларигача) самарадорлик 0-20% ни, 21 кунлик режимда (циклнинг 5-дан 26-кунига қадар) 30-50% ни ташкил қилади.

Прогестогенлар миоматоз тугунларнинг ўсишини барқарорлаштириш ёки камайтиришга таъсир қилмайди, аммо улар БАҚК ҳажмини камайтириш учун дори сифатида, шунингдек, бачадон миомаси билан боғлиқ эндометриал гиперпластик жараёнларнинг олдини олиш учун ишлатилиши мумкин. Прогестоген терапияси субмукоз бачадон миомаси мавжуд бўлганда ноўрин.

А	Қон йўқотиш ҳажмини камайтириш учун бачадон миомаси ва АУБ билан оғриган беморларда муқобил даволаш усули сифатида интраутерин терапевтик тизим шаклида #левоноргестрелни қўллаш тавсия этилади (АТХ бўйича - гестагенли пластик спираллар).
----------	--

ЛНГ-БИСдан фойдаланиш миоматоз тугунларнинг субмукозал локализацияси ҳолатларида, марказлаштирилган ўсиш билан миоматоз тугунларда қарши кўрсатмаларга эга. ЛНГ-БИС 52 мг левоноргестрелни ўз ичига олади, у дастлабки 5 йил давомида кунига 20 мкг дозада чиқарилади. ЛНГ-БИС миоматоз тугунларнинг катталигига таъсир қилмасдан, қон йўқотиш ҳажмини 74-97% гача самарали равишда камайтиради.

В	Бачадон миомаси билан оғриган беморларда контрацепция ва симптомларни енгиллаштириш мақсадида комбинацияланган оғиз контрацептивларини (АТХ бўйича - прогестоген ва эстрогенлар (қатъий комбинациялар))ни қўллаш тавсия этилади.
----------	--

Ушбу дорилар гуруҳи миома ўсишига таъсир қилмасдан ҳайз кўриш қон йўқотиш ҳажмини самарали равишда камайтиради

А	Бачадон миомаси ва анемия билан оғриган беморларда гонадотропинни чиқарадиган гормон (аГн-РГ) агонистларини (гонадотропинни чиқарадиган гормоннинг АТХ бўйича аналоглари) қўллаш операциядан олдинги даволаш сифатида, шунингдек, миоматоз тугунлар ҳажмини камайтириш ва операция ичра қон йўқотилишини камайтириш учун тавсия этилади.
----------	--

Гонадотропинни чиқарадиган гормон аналоглари бачадон миомаси сабаб бўлган аломатларга таъсир қилувчи ва миоматоз тугунлар ҳажмига вақтинча таъсир қилувчи самарали дорилардан биридир, даволаш давомийлиги эса ён таъсири (гипоэстрогенизм, суяк минерал зичлигини йўқотиш) туфайли 6 ой билан чекланган). Операциядан олдинги даволаниш муддати 3 ой билан чекланган.

А	Бачадон миомаси ва АБҚК билан оғриган беморларда мифепристонни (АТХ - прогестерон антагонистларига кўра) қўллаш тавсия этилади.
----------	---

Мифепристонни 2,5-5 мг дозада 3-6 ой давомида қўллаш миомада қон йўқотиш ҳажмини камайтиради ва миоматоз тугун ҳажмини сезиларли даражада камайтirmасдан ҳаёт сифатини яхшилайдди.

Жарроҳлик даволаш

С	кўрсаткичлари бўлган беморларда бачадон миомасини жарроҳлик йўли билан даволаш.
----------	---

Жарроҳлик учун кўрсатмалар:

- 1) камқонликка олиб келадиган БАҚК (бачадондан акушерлик қон кетиши);
- 2) ҳаёт сифатини пасайтирадиган сурункали тос оғриғи;
- 3) қўшни органларнинг сиқилиш белгилари (тўғри ичак, сийдик пуфағи, сийдик йўллари);
- 4) катта ўсимта ҳажми (хомиладорликнинг 12 ҳафтасидан кўпроғи);

- 5) ўсимтанинг тез ўсиши. (1 йил давомида ҳомиладорликнинг 4 ҳафтасидан каттарок муддатига тенг бачадоннинг ўсиши);
 - 6) постменопазал ўсимта ўсиши;
 - 7) миома тугунининг шиллик ости жойлашиши;
 - 8) миома тугунларининг лигаментлараро ва паст (бўйин ва бачадон бўйни) жойлашиши;
 - 9) репродуктив дисфункция (ҳомиладорликнинг йўқлиги, бошқа сабаблар бўлмаганда бепуштлик);
 - 10) бачадон миома тугунларида қон айланишининг бузилиши белгилари (некроз, шишиш, гиалиноз).
- Жарроҳлик даволашнинг режалаштирилган ҳажмига беморнинг ёзма розилиги талаб қилинади.

С	бачадон миомаси бўлган беморларда жарроҳлик учун кўрсатмалар мавжуд бўлганда, репродуктив режалар бўлмаганда, беморнинг хабардор розилигини олгандан кейин гистеректомия қилиш.
----------	---

Бачадон миомасини даволашнинг ягона самарали усули - бу умумий гистеректомия. Бачадон бўйни патологиясини истисно қилгандан сўнг субтотал гистеректомияни амалга ошириш мумкин (бачадон бўйни микропрепаратнинг цитологик текшируви + инсон папиллома вируси (Papilloma virus) учун бачадон бўйни каналидан ажралмаларни молекуляр биологик ўрганиш), кольпоскопия, кўрсатмаларга мувофиқ биопсия), аммо унинг афзалликлари исботланмаган. Аденомиоз билан бирлашганда ва зарар етишнинг аниқ чегараси йўқлигини ҳисобга олган ҳолда, касалликнинг қайталаниши мумкинлиги сабабли вагинал ампутация тавсия этилмайди.

А	репродуктив функцияни амалга оширишни хоҳлайдиган беморларга органларни сақлайдиган жарроҳлик даволаш (миомэктомия).
----------	--

Жарроҳлик даволаш ҳайз даврининг биринчи босқичида (5-14-кун) режалаштирилган тарзда амалга оширилади. Лапароскопик ёки лапаротомия орқали миомэктомия қилиш мумкин. Реконструктив-пластик операциялар пайтида кириш клиник вазиятга, ихтисослаштирилган жарроҳлар гуруҳининг мавжудлигига ва шароитларга (ускуналар мавжудлиги) қараб белгиланади.

Лапароскопик миомэктомияни амалга ошираётганда, тарқалишни истисно қилиш учун махсус идишда морселяциядан фойдаланиш тавсия этилади.

А	бачадон миомаси бўлган беморларда диаметри 4-5 см дан ошмайдиган субмукозал миоматоз тугунларни гистероскопик олиб ташлаш.
----------	--

Гистеропик миомэктомия эндометриумнинг абласёни ва резекцияси билан бирлаштирилиши мумкин. Туғилган субмукозал тугунлар бўлса, миомэктомия бачадон бўшлигини қайта кўриб чиқиш ва вагинал ёндашув билан амалга оширилиши керак. Вагинал кириш бачадон бўйни вагинасида қисман ёки тўлиқ локализация қилинган миомалар учун энг мос келади.

В	Бачадон миомасини (агар мавжуд бўлса) ва бачадон ҳажмини 12 ҳафтагача жарроҳлик даволаш учун вагинал гистеректомия тавсия этилади.
----------	--

Вагинал киришдан фойдаланиш учун бир қатор шартлар талаб қилинади: етарли вагинал сиғим ва бачадоннинг ҳаракатчанлиги; кўпинча бачадон пролапсасида, шунингдек, стрессли сийдик ушлай олмаслик ҳолатларида реконструктив-пластик операциялар билан биргаликда амалга оширилади.

А	ҳомиладорликни режалаштирмаган беморларда қарама-қарши кўрсатмалар бўлмаса, жарроҳлик даволашга муқобил сифатида юқори жарроҳлик хавфи бўлган
----------	---

	беморларда бачадон артерияларининг эндоваскуляр эмболизациясини (ЭМА) амалга ошириш.
--	--

Кўрсатмалар, шартлар ва қарама-қарши кўрсатмалар акушер-гинеколог томонидан белгиланади.

Бачадон артерияларининг эмболизация ёки жарроҳлик йўли билан окклюзияси бачадонни сақлаб қолишни хоҳлайдиган симптоматик миомали алоҳида аёллар учун таклиф қилиниши мумкин. Миомани даволаш учун бачадон артерияси тикилиб қолишини танлаган аёлларга мумкин бўлган хавфлар, жумладан, процедура туғиш ва ҳомиладорлик жараёнига таъсир қилиши мумкинлиги ҳақида маслаҳат бериш керак. Бачадон артерияларининг эмболизациясидан сўнг, миомэктомиядан кейин ҳомиладорликнинг паст частотаси, абортнинг юқори даражаси ва ҳомиладорликнинг салбий натижалари қайд этилади. Бачадон артерияларининг эндоваскуляр эмболизацияси тухумдон, тухумдонлар захирасининг пасайиши билан боғлиқ, айниқса катта репродуктив ёшдаги беморларда.

С	Бачадон миомаси билан оғриган беморларда, агар шартлар бажарилса ва қарама-қарши кўрсатмалар бўлмаса, органларни сақловчи даволаш усули сифатида МРТ (MRgFUS) йўл-йўриқли фокусланган ултратовуш абласёнини ўтказиш тавсия этилади.
----------	--

Кўрсатмалар, шартлар ва қарама-қарши кўрсатмалар акушер-гинеколог шифокор томонидан белгиланади.

Реабилитация

Махсус реабилитация мавжуд эмас. Реабилитация дастурини аниқлаш учун физиотерапевт билан маслаҳатлашиш.

Олдини олиш (Профилактика)

Бачадон миомасининг ўзига хос профилактикаси ишлаб чиқилмаган.

Тиббий ёрдамни ташкил этиш

Тиббий ташкилотда шошилиш касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар:

- 1) субмукозал миоматоз тугуннинг спонтан ифодаси ("туғилиш");
- 2) қон айланишининг бузилиши туфайли ўсимтадаги дегенератив ўзгаришлар, инфекция белгилари ва "ўткир қорин" белгилари пайдо бўлиши билан бирга келади;
- 3) АБҚК.

Тиббий ташкилотда режалаштирилган касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар:

1. Бачадон миомасини жарроҳлик даволаш (ҳистеректомия, миомектомия, ЭМА, ФУЗ-абляция);
2. Субмукоз тугун жойлашишига шубҳа қилинган тақдирда гистероскопия.

Касалликнинг кечиши ва натижасига таъсир қилувчи қўшимча маълумотлар

Бачадон миомаси ва бепуштлиқ

С	бачадон миомаси бўлган беморларда бепуштлиқ мавжуд бўлганда, кенг қамровли текширув ўтказиш, шу жумладан миоматоз тугунларнинг тури, хусусиятлари, ҳажми ва жойлашишини баҳолаш, шунингдек репродуктив функция ҳолатини тавсифловчи кўрсаткичлар, масалан, tubal омил, эндокрин касалликлар мавжудлиги, еркак бепуштлиқ омили ва бошқалар.
----------	--

С	Бепуштлиқ билан оғриган аёллар популяциясида бачадон миомасини даволашнинг мустақил усули сифатида дори терапиясини ўтказиш тавсия этилмайди.
----------	--

С	бепуштлиқ ва бачадон миомаси бўлган аёлларда трансвагинал ултратовуш, гистероскопия, гистеросонография ёки магнит-резонанс томография ёрдамида миома турини етарли даражада баҳоланг ва таснифланг.
----------	---

С	бачадон субмукозал миомасини операциядан олдин баҳолаш, шу жумладан бачадон миомасининг ҳажми ва жойлашишини, унинг бачадон бўшлиғига боғлиқлигини аниқлаш, бачадон бўшлиғига кириш даражасини ва сероз мембранага миометриумнинг қалинлигини баҳолаш ва жарроҳлик даволаш учун.
----------	--

Гистероскопия ва трансвагинал ултратовуш ёки гистеросонография комбинацияси танлов усуллари ҳисобланади.

С	субмукоз миомани даволаш жарроҳлик йўли билан (гистероскопик) амалга оширилиши керак, бу ҳомиладорлик частотасини оширади.
----------	--

Катта миома билан, 2-турдаги тугунлар билан гистероскопиянинг 2 босқичини ўтказиш мумкин.

Субмукоз бачадон миомаси бўлган беморларда табиий циклда имплантация частотаси камаяди, ҳомиладорликнинг ўз-ўзидан тугаши частотаси ошади, плацента етишмовчилиги ва плацентанинг ғайритабиий локализацияси ёки унинг эрта ажралиши билан боғлиқ ҳомиладорлик асоратлари кўпроқ кузатилади. Субмукоз тугун жойлашган миомэктомия спонтан ҳомиладорлик эҳтимолини оширади.

С	Тавсия этилмайди: жарроҳлик даволаш учун махсус кўрсатмалар бўлмаганда (тугун оёғининг буришиши, тугундаги қон айланишининг бузилиши, қўшни органларнинг сиқилиш белгилари, тугуннинг катта ўлчамлари, тугуннинг сезиларли ўсиши) бепуштлиқда субсероз миомани олиб ташлаш.
----------	--

С	Тавсия этилмайди: жарроҳлик даволаш учун кўрсатмалар бўлмаса, гистероскопик тасдиқланган бузилмаган эндометрий билан интрамурал миомаси бўлган аёлларда миомэктомия қилиш.
----------	---

Миомэктомиянинг фойдалари хавф билан таққосланиши ва интрамурал миомани даволаш индивидуал бўлиши керак.

С	Тавсия этилади: ёрдамчи репродуктив технологиялар дастурларини режалаштиришда интрамурал миомалари 4 см дан ортиқ бўлган беморларда миомэктомия.
----------	---

С	Тавсия этилади: бепуштлиқ билан оғриган аёлларда миомэктомия учун индивидуал кириш танлови (лапароскопик ёки лапаротомия), тугунларнинг сони, ҳажми, жойлашуви, жарроҳнинг малакаси ва жарроҳлик даволаш шартларига қараб.
----------	---

Лапароскопик киришнинг афзаллиги, минимал инвазивлик билан бирга, қорин бўшлиғи органларини қайта кўриб чиқиш, шу жумладан биргаликда гинекологик касалликларни аниқлаш – эндометриоз, битишмалар ва бошқалар билан биргаликда., бу бепуштлиқ сабабларини аниқлаш ва уларни операция ичидаги тузатиш учун қидирув имкониятларини кенгайтиришга имкон беради (комбинацияланган гинекологик касалликларнинг пайдо бўлиш частотаси 30 дан 60% гача).

С	Тавсия этилмайди: ҳомиладорликни режалаштираётган аёллар учун бачадон артерияси эмболизацияси бачадон миомасини даволаш усули сифатида.
----------	--

Бачадон миомалари ва ҳомиладорлик

Ҳомилалиқ ва тос аъзоларининг ҳолатини баҳолаш учун ултратовуш текширувини ўтказиш керак. Жарроҳлик аралашувининг кўрсаткичлари, кириш имконияти ва ҳажми

комиссия томонидан белгиланади (тиббий кенгаш қарори билан). Ҳомиладорлик даврида бачадон миомасини жарроҳлик йўли билан даволаш фақат шошилиш кўрсатмалар учун амалга оширилади. Ҳомиладорлик даврида жарроҳлик даволаш учун кўрсатмалар: миома тугунининг некрози, миома тугунининг оёқларини буриш, перитонеал симптомларнинг ривожланиши. Туғруқнинг афзал усули- табиий туғилиш йўллари орқали туғруқдир. Кесар кесиш операцияси ёрдамида туғруққа рухсат берилганда, ҳомилани чиқариб олишга тўсқинлик қиладиган миоматоз тугун мавжуд бўлса, миомэктомия қилиш тавсия этилади.

Перименопозда ва постменопозда бачадон миомаси

Асимптоматик кичик бачадон миомалари мумкин бўлган онкологик хавфларни ҳисобга олган ҳолда динамик мониторингни талаб қилади.

Симптоматик касаллик бўлса, радикал операцияни танлаш афзалдир.

Миомэктомия перименопозал даврда, агар аёлнинг репродуктив функцияси амалга оширилмаган бўлса ва бемор гистеректомиядан қатъиян воз кечсагина тавсия этилади.

Постменопозда битта кичик субмукоз бачадон миомаси учун гистероскопик миомэктомия абласён ва комбинацияланган патология учун эндометриал резекция билан биргаликда амалга оширилади.

Бачадон миомаси ва саратон

Бачадон лейомиосаркомаси патоанатомик текширув пайтида цитологик атипия, юқори митотик индекс ва ўсма некрози билан тавсифланган ноёб мезенхимал ўсмадир. Бачадон миомаси учун жарроҳлик муолажадан ўтган 1 аёлдан 400 таси (0,25%) лейомиосаркома хавфи остида. Бу ноқулай прогноз билан боғлиқ бўлган ўта агрессив ёмон сифатли неоплазма. Касаллик кўпинча перименопозда ташхис қилинади. Лейомиосаркоманинг операциядан олдинги диагностикаси қийин ва кўпинча фақат патоанатомик текширув пайтида амалга оширилади.

С	Миоманинг тез ўсиши бўлган катта бачадон шаклланиши бўлган беморларда ултратовуш ва/ёки МРТ ёрдамида бачадон лейомиосаркомаси билан дифференциал ташхис қўйиш тавсия этилади.
----------	--

Муаммо шундаки, лейомиома ва лейомиосаркомаларни операциядан олдин клиник ёки бирон бир тасвирлаш техникаси билан ишончли ажратиш бўлмайди.

Бундан ташқари, бачадон бўйни саратони ва эндометриум саратони каби бачадоннинг бошқа хавфли ўсмалари беморда АБҚКга сабаби бўлиши мумкин ва дифференциал ташхисни талаб қилади.

Тиббий ёрдам сифатини баҳолаш мезонлари

№	Сифат мезонлари	Баҳолаш
1.	Тос аъзоларининг ултратовуш текшируви ўтказилди	ха/йўқ
2.	Агар мавжуд бўлса, АБҚКни даволаш буюрилади	ха/йўқ
3.	Миоматоз тугуннинг патологик текшируви ўтказилди	ха/йўқ
4.	Агар мавжуд бўлса, дисменорея учун дори терапияси буюрилади	ха/йўқ
5.	Кўрсатмаларга мувофиқ етарли жарроҳлик даволаш амалга оширилди	ха/йўқ

3. Адабиётлар рўйхати

1. Адамян Л. В. Состояние репродуктивной системы у больных доброкачественными

- опухолями внутренних гениталий и принципы восстановительного лечения //Москва. – 1985. Москва.
2. El-Balat A. et al. Modern Myoma Treatment in the Last 20 Years: A Review of the Literature //BioMed research international. – 2018. – Т. 2018.
 3. Pérez-López F. R. et al. EMAS position statement: management of uterine fibroids //Maturitas. – 2014. – Т. 79. – №. 1. – С. 106-116.
 4. Kubik-Huch R. A. et al. European Society of Urogenital Radiology (ESUR) guidelines: MR imaging of leiomyomas //European radiology. – 2018. – Т. 28. – №. 8. – С. 3125-3137.
 5. Grings A. O. et al. Protein expression of estrogen receptors α and β and aromatase in myometrium and uterine leiomyoma //Gynecologic and obstetric investigation. – 2012. – Т. 73. –№. 2. – С. 113-117.
 6. Markowski D. N. et al. HMGA2 and p14Arf: major roles in cellular senescence of fibroids and therapeutic implications //Anticancer research. – 2011. – Т. 31. – №. 3. – С. 753-761.
 7. Ciavattini A. et al. Uterine fibroids: pathogenesis and interactions with endometrium and endomyometrial junction //Obstetrics and gynecology international. – 2013. – Т. 2013.
 8. Mittal P. et al. Med12 gain-of-function mutation causes leiomyomas and genomic instability //The Journal of clinical investigation. – 2015. – Т. 125. – №. 8. – С. 3280-3284.
 10. Osinovskaya N. S. et al. Frequency and spectrum of MED12 exon 2 mutations in multiple versus solitary uterine leiomyomas from Russian patients //International journal of gynecological pathology. – 2016. – Т. 35. – №. 6. – С. 509-515.
 11. Tal R., Segars J. H. The role of angiogenic factors in fibroid pathogenesis: potential implications for future therapy //Human reproduction update. – 2013. – Т. 20. – №. 2. – С. 194-216.
 12. Сидорова И. С. и др. Современное состояние вопроса о патогенезе, клинике, диагностике и лечении миомы матки у женщин репродуктивного возраста //Акушерство, гинекология и репродукция. – 2012. – Т. 6. – №. 4.
 13. Ren Y. et al. Different effects of epidermal growth factor on smooth muscle cells derived from human myometrium and from leiomyoma //Fertility and sterility. – 2011. – Т. 96. – №. 4. – С. 1015- 1020.
 14. Plewka D. et al. Expression of VEGF isoforms and their receptors in uterine myomas//Ginekologia polska. – 2016. – Т. 87. – №. 3. – С. 166-177.
 15. Baird D. D. et al. High cumulative incidence of uterine leiomyoma in black and white women: ultrasound evidence //American journal of obstetrics and gynecology. – 2003. – Т. 188. – №. 1. – С. 100-107.
 16. Chiaffarino F. et al. Alcohol consumption and risk of uterine myoma: A systematic review and meta analysis //PloS one. – 2017. – Т. 12. – №. 11. – С. e0188355.
 17. Серов В. Н., Сухих Г. Т. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология //М: ГЭОТАР-Медиа.-4-е изд.-2017. Москва: Проблемы репродукции.
 18. Donnez J., Donnez O., Dolmans M. M. With the advent of selective progesterone receptor modulators, what is the place of myoma surgery in current practice? //Fertility and Sterility. – 2014. – Т. 102. – №. 3. – С. 640-648.
 19. Worldwide A. A. M. I. G. AAGL practice report: practice guidelines for the management of hysteroscopic distending media:(replaces hysteroscopic fluid monitoring guidelines. J Am Assoc Gynecol Laparosc. 2000; 7: 167–168.) //Journal of minimally invasive gynecology. – 2013. – Т. 20. –№. 2. – С. 137-148. SOGC clinical practice guideline, The Management of Uterine Leiomyomas, No. 318.
 20. Stewart E. A. et al. Epidemiology of uterine fibroids: a systematic review //BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. – 2017. – Т. 124. – №. 10. – С. 1501-

- 1512.
21. Zepiridis L. I., Grimbizis G. F., Tarlatzis B. C. Infertility and uterine fibroids //Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. – 2016. – Т. 34. – С. 66-73.
 22. Parazzini F., Tozzi L., Bianchi S. Pregnancy outcome and uterine fibroids //Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology. – 2016. – Т. 34. – С. 74-84.
 23. Munro M. G. et al. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age //International Journal of Gynecology & Obstetrics. – 2011. – Т. 113. – №. 1. – С. 3-13.
 24. Munro M. G. et al. The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions //International Journal of Gynecology & Obstetrics. – 2018.
 25. Suzuki A. et al. Differential Diagnosis of Uterine Leiomyoma and Uterine Sarcoma Using Magnetic Resonance Images: A Literature Review //Healthcare. – Multidisciplinary Digital Publishing Institute, 2019. – Т. 7. – №. 4. – С. 158.
 26. Савельева Г. М. и др. Национальное руководство //Акушерство–М.: Гэотар-Медиа. – 2015.
 27. Marret H. et al. Therapeutic management of uterine fibroid tumors: updated French guidelines //European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. – 2012. – Т.165. – №. 2. – С. 156-164.
 28. Fascilla F. D. et al. Ultrasound diagnosis of uterine myomas //Minerva ginecologica. – 2016. – Т. 68. – №. 3. – С. 297-312.
 29. Minsart A. F. et al. Does three-dimensional power Doppler ultrasound predict histopathological findings of uterine fibroids? A preliminary study //Ultrasound in obstetrics & gynecology. – 2012. – Т. 40. – №. 6. – С. 714-720.

4. Иловалар.

Беморни бошқариш алгоритмлари. Умумий схема



Схема 1.

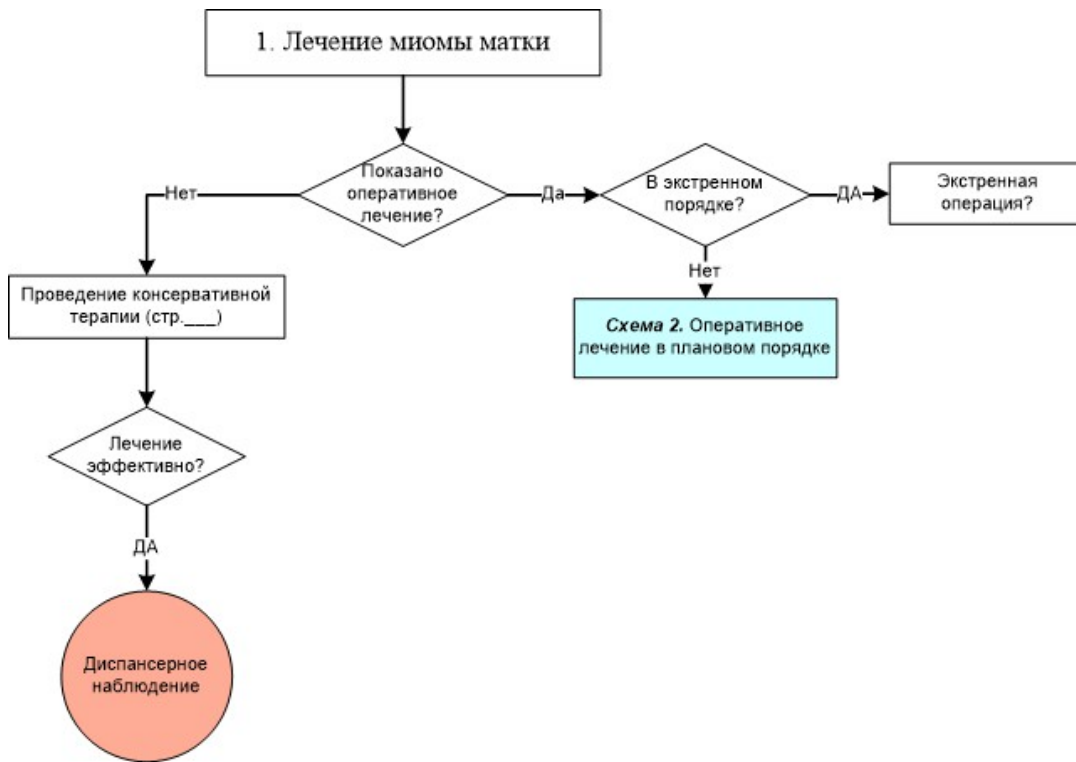


Схема 2.

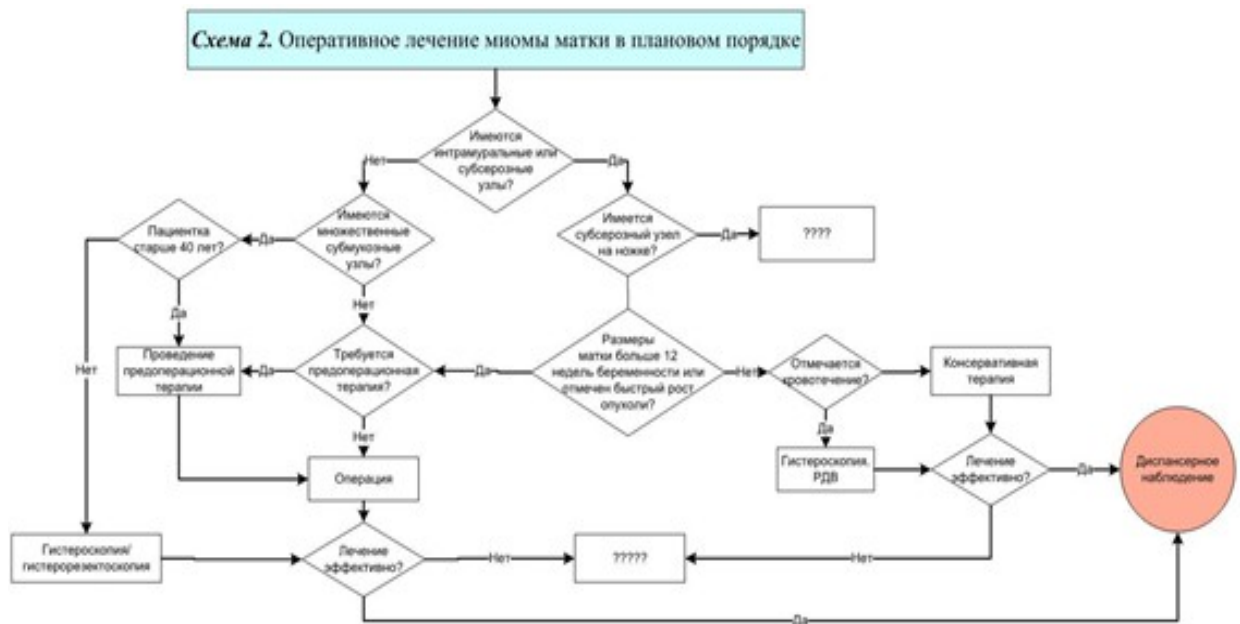
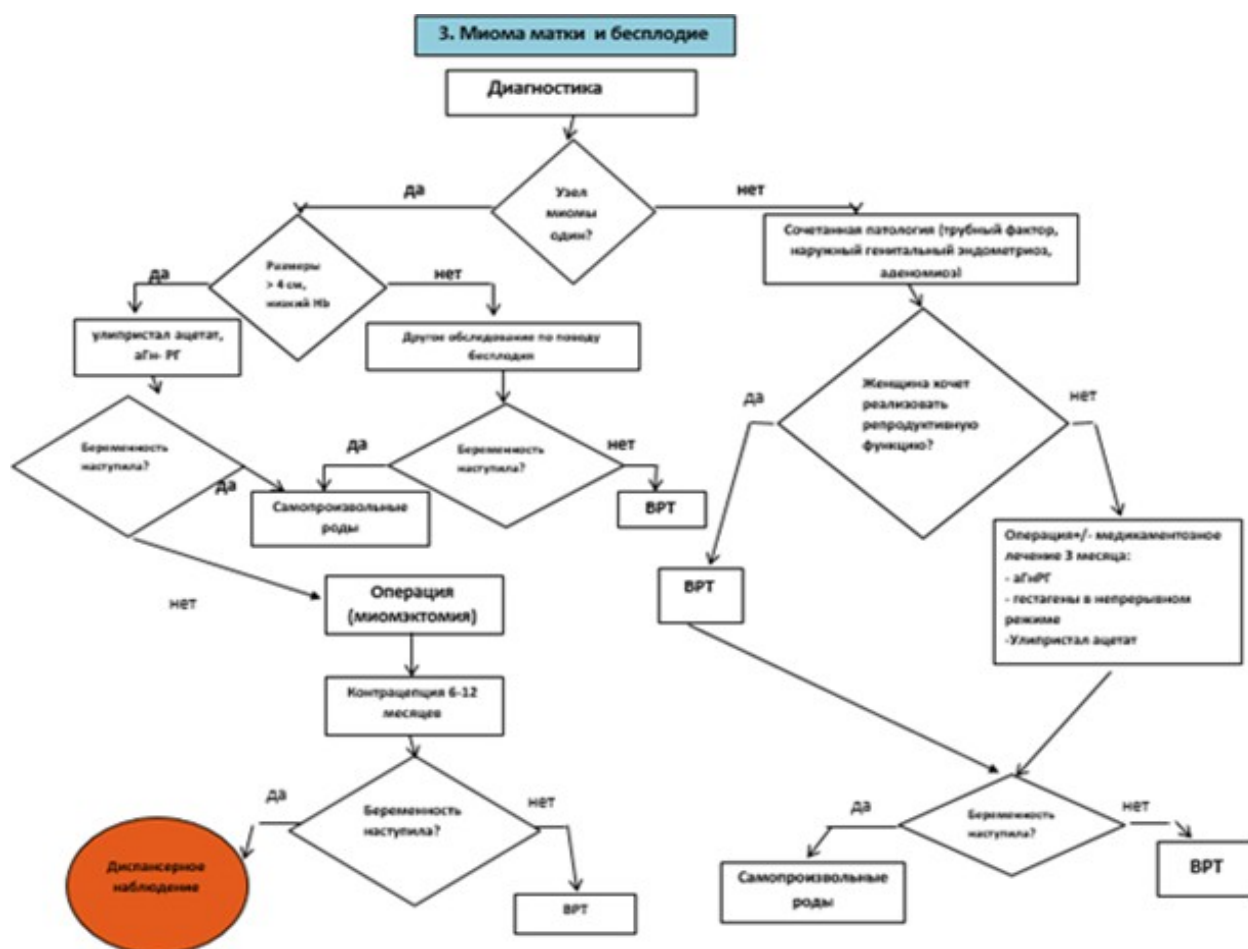


Схема 3.



Беморлар учун маълумот

Бачадон миомаси — аёл жинсий аъзоларининг энг кенг тарқалган ўсмаларидан биридир. Ушбу яхши сифатли ўсманинг ривожланишига асосан ялиғланиш касалликлари ва абортлар таъсир қилади. 30 ёшга келиб 10 марта аборт қилган аёлда 40 ёшга келиб бачадон миомаси ривожланиш хавфи икки баравар ортади. Бачадон миомалари туғмаган аёлларда кўпроқ учрайди.

30-40% ҳолларда бачадон миомасини ривожланиш тенденцияси онадан қизга мерос бўлиб ўтади. «Оилавий шакллари» бачадон миомалари деб аталадиган нарсалар мавжуд бўлиб, оиладаги барча аёллар — бувилар, оналар, холалар ва опа-сингиллар — миомаларига эга эди.

Бачадон миомаси курси асимптоматик бўлиши мумкин ва беморларда шикоятларга олиб келмайди. Миома кўпинча акушер-гинеколог томонидан диспансер текшируви пайтида аниқланади. Касалликнинг симптоматик курсида миоманинг биринчи белгилари қориннинг пастки қисмида ёки пастки орқа қисмида оғриқ, қон кетиш, ҳайз даврининг ўзгариши, қўшни органларнинг дисфункцияси, масалан, — тез-тез сийиш бўлиши мумкин. Тугунлар сонини, уларнинг ҳажмини, жойлашишини ва бошқаларни аниқлаш учун махсус тадқиқотлар талаб этилади: тос аъзоларининг ултратовуш текшируви, тос аъзоларининг МРТ. Баъзида миоманинг атипик жойлашуви билан ултратовуш натижалари ишончсиз бўлиши мумкин.

Кичик бачадоннинг асимптоматик миомалари диспансер кузатуvidан ўтказилади.

Агар касаллик белгилари мавжуд бўлса, дори терапияси ўтказилиши мумкин (аломатларни бартараф этиш учун).

Репродуктив функцияни амалга оширишни режалаштираётган беморларда реконструктив пластик жарроҳлик мумкин. Бироқ, органларни сақлайдиган операцияларни бажариш касалликнинг қайталанишига олиб келади.

Ҳозирги вақтда миомэктомия ва гистеректомия (бачадонни олиб ташлаш) лапароскопик ёндашув билан амалга оширилиши мумкин.

Лапароскопиядан сўнг фақат кичик «нуқталари 0,5-1 см кўринади, чунки 5 мм тешик ҳосил қиладиган тиббий асбоблар ёрдамида ўтказилади. Касалхонада қолиш муддати 1-2 кунгача бўлиб, у ердан чиққандан сўнг ўзининг оддий турмуш тарзига қайтиши мумкин.

Жарроҳлик аралашувининг кўлами тиббий сирдир (беморнинг ўзи ва акушер-гинекологдан ташқари, у қандай операция қилганини ҳеч ким билмайди).