

O'zbekiston Respublikasi
Sog'liqni saqlash vazirining
2025 yil "23" iyundagi
180-sonli buyrug'iga
2-ilova

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
RESPUBLIKA IXTISOSLASHTIRILGAN ONA VA BOLA SALOMATLIGI ILMIY-
AMALIY TIBBIYOT MARKAZI**

**«BACHADON MIOMASI»
BO'YICHA
MILLIY KLINIK PROTOKOL**

TOSHKENT 2025

«TASDIQLAYMAN»

RIOvaBSIATM direktori

N.S. Nadirxanova



2025 yil

**«BACHADON MIOMASI»
BO'YICHA
MILLIY KLINIK PROTOKOL**

TOSHKENT 2025

TOSHKENT 2025

Mundarija

| | |
|---|----|
| Ishchi guruh tarkibi | 6 |
| Qisqartmalar ro'yxati | 8 |
| Terminlar | 7 |
| Ta'riflar | 7 |
| Qisqacha ma'lumot | 9 |
| Tashxis | 9 |
| Davolash | 14 |
| Reabilitatsiya | 17 |
| Oldini olish | 17 |
| Tibbiy yordam sifatini baholash mezonlari | 18 |
| Adabiyotlar | 22 |
| Ilova. Protokolni ishlab chiqish metodologiyasi | 26 |

1. Kirish qismi

XKT-10 bo'yicha kodlanishi

| | |
|---------|---|
| D25.0 | Submukoz bachadon leyomiomasi; |
| D25.1 | Intramural leyomioma; |
| D25.2 | Subseroz leyomioma; |
| D25.9 | Aniqlanmagan leyomioma. |
| D26.0 | Bachadon bo'yni yaxshi sifatli neoplazmasi; |
| D26.1 | Bachadon tanasining yaxshi sifatli neoplazmasi; |
| D26.7 | Bachadonning boshqa qismlari yaxshi sifatli neoplazmasi; |
| D26.9 | Bachadonning aniqlanmagan qismida yaxshi sifatli neoplazmasi. |
| O34.1 | Onaga tibbiy yordam ko'rsatishni talab qiladigan bachadon tanasining o'smasi. |
| Ссылка: | https://mkb-10.com/index.php?pid=13490 |

XKT-11 bo'yicha kodlanishi

| | |
|---------|---|
| 2E86.0 | Bachadon leyomiyomasi |
| 2E86.00 | Submukoz bachadon leyomiomasi |
| 2E86.01 | Intramural bachadon leyomiomasi |
| 2E86.02 | Subseroz bachadon leyomiomasi |
| 2E86.Z | Aniqlanmagan silliq mushak yoki skelet mushaklarining xavfsiz o'smasi, aniqlanmagan lokalizatsiyadagi mioma |
| JA84.1 | Onada bachadon tanasidagi o'sma (mioma) bo'lganda tibbiy yordam |
| Havola: | https://icd11.ru/zhenskoi-polovoi-sistemy-mkb11/ |

Ushbu klinik protokol 2025 yilda ishlab chiqildi va har 5 yilda yoki dalillarga asoslangan yangi ma'lumotlar paydo bo'lganda qayta ko'rib chiqiladi.

Ushbu klinik protokolni ishlab chiqish uchun Respublika ixtisoslashtirilgan ona va bola salomatligi ilmiy-amaliy tibbiyot markazi masul hisoblanadi.

Klinik protokolni ishlab chiqishda hissa qo'shgan mutaxassislar

| № | F.I.Sh. | Lavozimi | Ish joyi |
|---|------------------|---|--|
| 1 | Nadirxanova N.S. | direktor, t.f.d. | RIOvaBSIATM |
| 2 | Abdullaeva L.M. | O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining Bosh akusher-ginekologi, t.f.d., professor | TTA |
| 3 | Gafurova F.A. | kafedra mudiri, t.f.d., professor | TXKMRM, Akusherlik va ginekologiya, perinatal tibbiyot kafedrası |
| 4 | Karimova F.D. | Kafedra mudiri, t.f.d., professor | TXKMRM, №2-sonli akusherlik va ginekologiya kafedrası |

Mualliflar ro'yxati

| № | F.I.Sh. | Lavozimi | Ish joyi |
|---|-----------------|-------------------------------------|-------------|
| 1 | Yusupov U.Yu. | akusher-ginekolog, t.f.d. | RIOvaBSIATM |
| 2 | Irgasheva S.U. | akusher-ginekolog, t.f.d. | RIOvaBSIATM |
| 3 | Alieva D.A. | akusher-ginekolog t.f.d., professor | RIOvaBSIATM |
| 4 | Nishanova F.P., | akusher-ginekolog, t.f.n. | RIOvaBSIATM |
| 5 | Mavlyanova N.N. | akusher-ginekolog, t.f.d. | RIOvaBSIATM |
| 6 | Karimova L.A. | akusher-ginekolog | RIOvaBSIATM |
| 7 | Yuldashev S.K. | akusher-ginekolog, t.f.n. | RIOvaBSIATM |
| 8 | Miraliev F.K. | akusher-ginekolog | RIOvaBSIATM |

| | | | |
|----|-------------------|---------------------------|-------------------------------------|
| 9 | Shomirova D.A. | akusher-ginekolog, t.f.n. | RIOvaBSIATM |
| 10 | Kurbanov B.B. | kafedra mudiri, t.f.d. | TashPMI |
| 11 | Matyakubova S.A. | direktor, t.f.d. | RIOvaBSIATM Xorezm filiali |
| 12 | Nasretdinova D.B. | direktor, t.f.d. | RIOvaBSIATM Andijon filiali |
| 13 | Suyarkulova M.E. | direktor, t.f.d. | RIOvaBSIATM Fargona filiali |
| 14 | Shodmonov N.M. | direktor, t.f.d. | RIOvaBSIATM Djizak filiali |
| 15 | Djumaev B.A. | direktor, t.f.d. | RIOvaBSIATM Toshkent shaxar filiali |
| 16 | Daminova R.A. | direktor, t.f.d. | RIOvaBSIATM Namangan filiali |
| 17 | Dustmurodov B.M. | direktor, t.f.d. | RIOvaBSIATM Surxandarya filiali |
| 18 | Ashirbekova G.U. | direktor, t.f.d. | RIOvaBSIATM RK filiali |
| 19 | Xamroeva L.K. | direktor, t.f.d. | RIOvaBSIATM Samarkand filiali |
| 20 | Sadykova X.Z. | direktor, t.f.d. | RIOvaBSIATM Syrdarya filiali |
| 21 | Eshonkulov A.G. | direktor, t.f.d. | RIOvaBSIATM Navoi filiali |
| 22 | Ziyoev A.M. | direktor, t.f.d. | RIOvaBSIATM Surxandaryo filiali |
| 23 | Juraev N.B. | direktor, t.f.d. | RIOvaBSIATM Buxoro filiali |
| 24 | Achilova S.I. | direktor, t.f.d. | RIOvaBSIATM Kashkadarya filiali |

Taqrizchilar

| № | F.I.Sh. | Lavozimi | Ish joyi |
|---|-------------------|---|-------------|
| 1 | Yusupbaev R.B. | t.f.d., professor | RIOvaBSIATM |
| 3 | Saidjalilova D.D. | T.f.d., professor, akusherlik va ginekologiya kafedrasi | TTA |

RIOvaBSIATM – Respublika ixtisoslashtirilgan ona va bola salomatligi ilmiy-amaliy tibbiyot markazi

TTA – Toshkent tibbiyot akademiyasi

TXKMRM – Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini rivojlantirish markazi

ToshPTI – Toshkent pediatriya tibbiyot instituti

TDSI – Toshkent davlat stomatologiya instituti

Klinik protokol OTM professor-o'qituvchilari, O'zbekiston Respublikasi Akusher-ginekologlar assotsiatsiyasi azolari, sog'liqni saqlash tashkilotchilari (RIOvaBSIATM filiallari direktorlari va ularning o'rinbosarlari) hamda viloyat tug'ruqqa ko'maklashish muassasalari shifokorlari ishtirokidagi ishchi guruhning onlayn shaklda o'tkazilgan yakuniy yig'ilishida norasmiy kelishuv orqali muhokama qilindi va 2023 yil 18 dekabr 2-sonli bayonnomasi bilan tasdiqlandi.

Klinik protokol RIOvaBSIATM Ilmiy kengashida ko'rib chiqildi va 2024 yil 21 dekabrda 19-sonli bayonnomasi bilan tasdiqlandi.

Ilmiy kengash raisi t.f.d., professor Asatova M.M.

Texnik ekspert baho va tahrirlash

| № | F.I.Sh. | Lavozimi | Ish joyi |
|---|---------|----------|----------|
|---|---------|----------|----------|

| | | | |
|---|--------------|---------------------------|--|
| 1 | Alieva T. M. | akusher-ginekolog, t.f.d. | Ilmiy tadqiqot xalqaro aspirantura instituti Olmaota (Qozog'iston) |
|---|--------------|---------------------------|--|

Protokolda foydalanilgan qisqartmalar:

| | |
|-------------------|---|
| aGn-RG (GChGA) | gonadotropinni chiqaradigan gormon agonistlari |
| AMK (ABQK) | anormal bachadon qon ketishi |
| LNG-VMS (LNG-IUT) | levonorgestrelni chiqaradigan intrauterin tizim |
| MGT | menopauza gormoni terapiyasi |
| MKB-10 (KXT-10) | Kasalliklarning xalqaro tasnifi, o'ninchi qayta ko'rib chiqish |
| MRI | magnit-rezonans tomografiya |
| NPVS (SBYaQD) | steroid bo'lmagan yallig'lanishga qarshi dorilar |
| UTT | ultratovush tekshiruvi |
| FUZ (FUT) | yo'naltirilgan(fokuslangan) ultratovush tekshiruvi |
| EMA (BAE) | bachadon arteriyasi embolizatsiyasi |
| MRgFUS (MRT FUT) | magnit-rezonans tomografiya nazorati ostida ultratovush tekshiruvi. |
| aGn-RG (GChGA) | gonadotropinni chiqaradigan gormon agonistlari |
| AMK (ABQK) | anormal bachadon qon ketishi |
| LNG-VMS (LNG-IUT) | levonorgestrelni chiqaradigan intrauterin tizim |

Klinik protokoldan foydalanuvchi guruhlar: akusher-ginekologlar, gematologlar, terapevtlar, oilaviy shifokorlar, laborantlar, sog'liqni saqlash tashkilotchilari, tibbiyot OTM o'qituvchilari, talabalari, klinik ordinatorlari, magistrantlari va aspirantlari.

Bemorlar toifasi: bachadon miomasi ayollar.

Protokol tavsiyalariga rioya qilish:

Protokol nashr paytida mavjud bo'lgan dalillarga asoslangan umumiy tavsiyalar beradi.

Agar amalda ushbu protokolning tavsiyalaridan chetga chiqish to'g'risida qaror qabul qilingan bo'lsa, shifokorlar bemorning kasallik tarixida quyidagi malumotlarni hujjatlashtirishlari kerak:

- bu qarorni kim qabul qilgan;
- bayonnomadan chetga chiqish to'g'risidagi qarorni batafsil asoslash;
- bemorni boshqarish bo'yicha qanday tavsiyalar qabul qilingan

Ko'rsatmalar klinik amaliyotning barcha elementlarini qamrab olmaydi, lekin klinitsist-shifokorlar bemorning ehtiyojlarini hisobga olgan holda, hurmatli, maxfiy muloqot tamoyiliga rioya qilgan holda bemorlar bilan individual boshqaruvni muhokama qilishlari kerakligini anglatadi.

Bunga quyidagilar kiradi:

- Zarur holatlarda tarjimon xizmatlaridan foydalanish;
- Bemor bilan maslahatlashish va malum bir manipulyatsiya yoki mamuriyat taktikasi uchun xabardorlik roziligini olish;
- Qonuniy talablar va kasbiy xulq-atvor standartlariga rioya qilish doirasida yordam ko'rsatish;
- Umumiy va mahalliy talablarga muvofiq har qanday boshqaruv va parvarish taktikasini hujjatlashtirish.

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasini baholash shkalasi:

| | |
|--------------------------------------|--|
| Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi | |
| A | Kuchli tavsiya (barcha ko'rib chiqilgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim o'rinni egallaydi, barcha tadqiqotlarning metodologik sifati yuqori yoki qoniqarli va qiziqtirayotgan |

| | |
|---|--|
| | natijalar bo'yicha xulosalari kelishilgan) |
| B | Shartli tavsiya (ayrim ko'rib chiqilgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim o'rinni egallaydi, ayrim tadqiqotlarning metodologik sifati yuqori yoki qoniqarli va/yoki qiziqtirayotgan natijalar bo'yicha xulosalari kelishilmagan) |
| C | Kuchsiz tavsiya (sifatli dalillar keltirilmagan (ko'rib chiqilgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim o'rinni egallamaydi, barcha tadqiqotlarning metodologik sifati past va qiziqtirayotgan natijalar bo'yicha xulosalari kelishilmagan) |

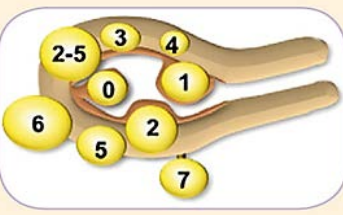
2. Asosiy qism

1) Kirish. Bachadon miomasi ayol jinsiy tizimining eng keng tarqalgan yaxshi sifatli o'smasi hisoblanadi. Reproduktiv yoshdagi ayollar orasida kasallik bilan kasallanish 70% ga etadi. Bachadon miomasini aniqlashning o'rtacha yoshi 32-34 yoshni tashkil qiladi va kasallikning eng yuqori darajasi menopauzaning boshida sodir bo'ladi. Hozirgi vaqtda reproduktiv funksiyasini amalga oshirmagan 30 yoshgacha bo'lgan yosh ayollarda bachadon miomasi bilan kasallanishning ko'payishi kuzatilmoqda.

Aksariyat ayollarda kasallik asemptomatikdir, bu esa haqiqiy tarqalishning baholanishini qiyinlashtiradi. Reproduktiv yoshdagi bemorlarning 25 foizi davolanishni talab qiladigan klinik ko'rinishga ega. Birlamchi va ikkilamchi bepustlikda bachadon miomasi 23,5% hollarda uchraydi. Bazi hollarda bachadon miomasi homiladorlikning boshlanishi va homila rivojlanishiga to'sqinlik qilmaydi, biroq homiladorlik va tug'ish asoratlari chastotasini oshiradi.

Tarifi

Bachadon miomasi - bachadon bo'yni yoki bachadon tanasining silliq mushak hujayralaridan kelib chiqqan yaxshi sifatli monoklonal o'sma.

| | | | |
|---|--|-----|---|
|  | Submukoz mioma | 0 | "Oyoq"dagi bo'shliqdagi tugun |
| | | 1 | < 50% intramural komponent |
| | | 2 | ≥ intramural komponent |
| | | 3 | Endometriy bilan aloqada, 100% intramural tugun |
| | Boshqalar | 4 | Intramural |
| | | 5 | Subseroz ≥50% intramural |
| | | 6 | Subseroz <50% intramural |
| | | 7 | "Oyoq"da Subseroz |
| | | 8 | Boshqa |
| | Gibrid (endometrium va seroz membrana bilan aloqada) | 2-5 | Submukoz yoki subseroz |

Xalqaro ginekologiya va akusherlik Federatsiyasi (The International Federation of Gynecology and Obstetrics, FIGO) tomonidan bachadon miomasining tasnifi:

Epidemiologiyasi

Bachadon miomasi ayol jinsiy tizimining eng keng tarqalgan yaxshi sifatli o'smasi hisoblanadi. Reproduktiv yoshdagi ayollar orasida kasallik bilan kasallanish 70% ga etadi. Bachadon miomasini aniqlashning o'rtacha yoshi 32-34 yoshni tashkil qiladi va kasallikning eng yuqori darajasi menopauzaning boshida sodir bo'ladi. Hozirgi vaqtda reproduktiv funksiyasini amalga oshirmagan 30 yoshgacha bo'lgan yosh ayollarda bachadon miomasi bilan kasallanishning ko'payishi kuzatilmoqda.

Aksariyat ayollarda kasallik asemptomatikdir, bu esa haqiqiy tarqalishning baholanishini qiyinlashtiradi. Reproduktiv yoshdagi bemorlarning 25 foizi davolanishni talab qiladigan klinik

ko'rinishga ega. Birlamchi va ikkilamchi bepushtlikda bachadon miomasi 23,5% hollarda uchraydi. Bazi hollarda bachadon miomasi homiladorlikning boshlanishi va homila rivojlanishiga to'sqinlik qilmaydi, biroq homiladorlik va tug'ish asoratlari chastotasini oshiradi.

Etiologiyasi va patogenezi

Estrogenlar va progesteron ananaviy ravishda leyomioma o'sishining stimulyatorlari sifatida qabul qilinadi, bu estrogen retseptorlari, ulardagi estrogen bilan boshqariladigan genlarning sezilarli darajada ko'proq ifodalanishi va ko'proq darajada progesteron retseptorlari (A va B izoformalari) miometriy va endometriy bilan solishtirish ifodasi bilan tasdiqlanadi.

Ushbu kasallikning genetik tabiati ayollarning 5-10 foizida bachadon miomasining "oilaviy shakllari" mavjudligi bilan tasdiqlanadi, shu bilan birga bachadon miomasi monoklonal o'simta ekanligi isbotlangan, yani. uning o'sishi tartibga solinmagan o'sish qobiliyatiga ega bo'lgan bitta asosiy mutant hujayradan sodir bo'ladi. Bachadon miomasining patogenezigiga eng muhim hissa HMGA2 genining ekspressionining oshishi bilan bog'liq xromosoma qayta tuzilishi, shuningdek, RNK polimeraza 2 kodlovchi MED 12 genining ekzon 2 genining somatik mutatsiyalari bilan bog'liq.

Bachadon miomasining patogenezigiga mavjud tomirlardan yangi tomirlar – neoangiogenezni shakllantirish jarayoni ham katta hissa qo'shadi.

Bachadon miomasining rivojlanishida o'sish omillari ham asosiy rol o'ynaydi. Bachadon miomasining patogenezida ishtirok etadigan asosiy o'sish omillari insulinga o'xshash o'sish omillari (IGF), qon tomir endotelial o'sish omili (VEGF), gipoksiya-induktiv omil (HIF), fibroblast o'sish omili, trombotsitlardan kelib chiqadigan o'sish omili, angiogenin, epidermaldir. o'sish omili, azot oksidi, interleykin-8, matritsali metalloproteinazalar (MMPs). Bu omillarning barchasi leyomiomaning molekulyar patogenezida asosiy rolga ega bo'lgan o'zaro tasir va faollashuv kaskadlarining murakkab tizimini tashkil qiladi.

Bachadon miomasining rivojlanishi bilan bog'liq xavf omillari orasida erta hayz ko'rish, tug'ilish tarixining yo'qligi, kech reproduktiv yosh, semizlik, tamoksifenni qabul qilish, yuqori paritet, menopauza, chekish, KOKni qabul qilish va yallig'lanish jarayonlari kiradi.

Klinik ko'rinishi

Bachadon miomasi diagnostikasi tos azolarining shikoyatlari, anamnestik ma'lumotlar, fizik tekshiruv, ultratovush va MRT ma'lumotlari (ko'rsatmalarga muvofiq) asosida belgilanadi.

Shikoyatlar va anamnez

Bachadon miomasining namoyon bo'lishi asemptomatik va simptomatik bo'lishi mumkin. Kasallikning belgilari: anormal bachadon qon ketishi, turli xil va intensivlikdagi qorin og'rig'i, og'riqli va ko'p hayz ko'rish, boshqa sabablar bo'lmaganda bepushtlik, abort, qo'shni organlarning disfunktsiyasi (dizurik kasalliklar, ich qotishi), disparuniya va boshqalar.

Diagnostikasi

Jismoniy tekshiruv

| | |
|---|--|
| C | Tashxis qo'yish uchun barcha bemorlarga tashqi jinsiy azolarni vizual tekshirish, ko'zgularda bachadon bo'yni tekshiruv va bimanual vaginal tekshiruv o'tkazish tavsiya etiladi. |
|---|--|

Bimanual vaginal tekshiruv bachadon hajmini, harakatchanligini, nozikligini va boshqa tos azolari bilan aloqasini aniqlashni o'z ichiga oladi; miyomatoz tugunlarni aniqlash, shuningdek ularning lokalizatsiyasi. Bachadonning kattaligi haftalar bilan o'lchanadi (homiladorlik bo'yicha). Myomatoz tugunning servikal-istmus lokalizatsiyasi bilan bachadon bo'yni tekislanadi, assimetrik joylashadi va tugunning lokalizatsiyasiga qarama-qarshi tos devoriga o'tadi.

Laboratoriya diagnostik tekshiruvlari

| | |
|---|--|
| C | Bachadon miomasi bo'lgan barcha bemorlarga asoratlarni aniqlash, operatsiyadan oldin tekshirish va konservativ davolash taktikasini aniqlash uchun laboratoriya ma'lumotlarini |
|---|--|

| | |
|--|---------------------------|
| | kuzatish tavsiya etiladi. |
|--|---------------------------|

Umumiy qon tahlili, biokimyoviy qon tahlili, gemostaziogrammani o'rganish asoratlarni (anemiya, tugundagi qon aylanishining buzilishi va boshqalarni) aniqlash maqsadida amalga oshiriladi.), operatsiyadan oldingi tekshiruv va konservativ davo taktikasini aniqlash.

Instrumental diagnostika tadqiqotlari

| | |
|---|--|
| B | Bachadon miomasini skrining va birlamchi tashxislashning asosiy usuli sifatida tos azolarining ultratovush tekshiruvi (UTT) tavsiya etiladi. |
|---|--|

Tos azolarining ultratovush tekshiruvi (transabdominal va transvaginal sensorlar yordamida) bachadon miomasini birlamchi skrining qilish, kasallikning rivojlanishini dinamik kuzatish va har xil turdagi (konservativ va/yoki jarrohlik) terapevtik tasirlarning samaradorligini baholash usuli hisoblanadi.

Usul miyomatoz tugunlarni, ularning tuzilishini, gemodinamikasini va shunga mos ravishda proliferativ jarayonlarning og'irligini, differentsial tashxisni (adenomiyoz, sarkoma va boshqalar.), qon aylanishining buzilishi (nekroz, shish, gialinoz) natijasida tugunlarda ikkilamchi o'zgarishlarni aniqlash.

Zamonaviy 3/4-D texnologiyalari mioma tugunlarining lokalizatsiyasi haqida qo'shimcha malumot olish imkonini beradi, bu ularning markazlashgan o'sishi va submukoz joylashishi uchun ayniqsa muhimdir. Rangli Dopler xaritasi miomatoz tugunning tuzilishini baholash uchun ishlatiladi. Bazi hollarda exogisterografiya va gisterosalpingografiya qo'llanilishi mumkin.

| | |
|---|--|
| C | Adenomioz bilan differentsial tashxis qo'yish uchun reproduktiv funktsiyani amalga oshirishni rejalashtirayotgan bemorlarda qo'shni organlarning siqilishi va rekonstruktiv plastik jarrohlikni rejalashtirishda hajm va kirishni tanlashda birlashgan patologiyasi bo'lgan bemorlarda tos azolarining magnit-rezonans tomografiyasini (MRT) qo'llash tavsiya etiladi. |
|---|--|

40% hollarda bachadon miomasi adenomiyoz bilan birlashtiriladi.

| | |
|---|---|
| C | Intrauterin patologiyani istisno qilish uchun miyomatoz tugunlarning mushaklararo-submukozal va submukozal lokalizatsiyasiga shubha qilingan bemorlarga histeroskopiya tavsiya etiladi; shuningdek, jarrohlik davolash uchun yondashuvni tanlash (gisteroskopik miyomektomiya). |
|---|---|

Boshqa diagnostik tekshiruvlar

| | |
|---|--|
| C | Miyomatoz tugunlar, AMK (BAQK) sezilarli o'sishi bo'lgan bemorlarda adenomioz, bachadon sarkomasi, homiladorlik va boshqalar bilan bachadon miomasining differentsial diagnostikasini o'tkazish tavsiya etiladi. |
|---|--|

| | |
|---|---|
| C | Tashxisni tekshirish uchun olib tashlangan makropreparatni patoanatomik tekshiruvdan o'tkazish tavsiya etiladi. |
|---|---|

Davolash

Konservativ davo

| | |
|---|---|
| C | Kichik o'lchamdagi asemptomatik bachadon miomasini dinamik kuzatish tavsiya etiladi (AMK (BAQK) yo'qligi, og'riq sindromi, miomatoz tugunlarning o'sishi, bachadon o'lchamlari 12 haftagacha, submukoz lokalizatsiyaning miyomatoz tugunlari bo'lmasa). |
|---|---|

kasallikning asemptomatik davrida, bachadonning kichik o'lchamlari bo'lsa, dori-darmonlar va / yoki jarrohlik davolash ko'rsatilmaydi.

| | |
|---|--|
| C | Bachadon miomasi bo'lgan bemorlarda simptomlarni (AMK, og'riq sindromi) va birga keladigan ginekologik kasalliklarni bartaraf etish uchun dori terapiyasini o'tkazish tavsiya etiladi. |
|---|--|

Dori terapiyasi variantini tanlashda nafaqat uning samaradorligini, balki uning xavfsizligini, bardoshlilikini ham baholash, shuningdek davolanishning iqtisodiy rentabelligini hisobga olish kerak. Davom etayotgan dori terapiyasi har 3 oyda bir marta baholanishi kerak va agar u samarasiz bo'lsa, boshqa dorilarni buyurish kerak. Shuni esda tutish kerakki, dori-darmonlarni davolashning yagona maqsadi bachadon miomasi, miomatoz tugunlarning regressiyasi bilan bog'liq simptomlarni engillashtirish yoki yo'q qilishdir.

| | |
|---|--|
| B | Qon yo'qotish miqdorini kamaytirish uchun bachadon miomasi va BAQK bilan og'rigan bemorlarda traneksamik kislotadan foydalanish tavsiya etiladi. |
|---|--|

Traneksamik kislotaning optimal sutkalik dozasi 3,9 – 4,0 g, qabul qilish muddati 5 kungacha. Preparatni qabul qilishda nojo'ya tasirlarning chastotasi minimaldir va ular asosan engil ko'ngil aynish, bosh og'rig'i, burun tiqilishi va bel og'rig'i bilan namoyon bo'ladi. Traneksamik kislota hayz paytida qon yo'qotilishini 40% ga kamaytirishga yordam beradi.

| | |
|---|---|
| C | Og'riq va qon yo'qotilishini kamaytirish uchun dismenoreya va BAQK bilan bachadon miomasi bo'lgan bemorlarda nosteroid yallig'lanishga qarshi dorilarni (NYaQD) qo'llash tavsiya etiladi. |
|---|---|

NYaQDlar TsOG-2 ning faolligini (uning ifodasi bachadon miomasida normal miometriyaga nisbatan sezilarli darajada yuqori) va prostaglandinlar darajasini pasaytiradi, bu og'riqning og'irligini va qon yo'qotish miqdorini kamaytiradi.

| | |
|---|---|
| B | BAQKni davolash uchun bachadon miomasi bo'lgan bemorlarda progestogenlarni (dorilarning anatomik-terapevtik-kimyoviy tasnifi (ATK) bo'yicha - Progestogenlar) qo'llash tavsiya etiladi. |
|---|---|

Glandular epiteliyning atrofiyasi va stromal komponentning desidualizatsiyasini taminlash uchun progestogenlar bilan terapiyani asosan uzluksiz rejimda o'tkazish tavsiya etiladi. Og'iz orqali yuboriladigan progestogenlar kasallikning tegishli belgilarini kamaytiradi, ularning samaradorligi administratsiya rejimiga bog'liq. Tsiklik rejimda (tsiklning 14-26-kunlarigacha) samaradorlik 0-20% ni, 21 kunlik rejimda (tsiklning 5-dan 26-kuniga qadar) 30-50% ni tashkil qiladi.

Progestogenlar miomatoz tugunlarning o'sishini barqarorlashtirish yoki kamaytirishga tasir qilmaydi, ammo ular BAQK hajmini kamaytirish uchun dori sifatida, shuningdek, bachadon miomasi bilan bog'liq endometrial giperplastik jarayonlarning oldini olish uchun ishlatilishi mumkin. Progestogen terapiyasi submukoz bachadon miomasi mavjud bo'lganda noo'rin.

| | |
|---|---|
| A | Qon yo'qotish hajmini kamaytirish uchun bachadon miomasi va AUB bilan og'rigan bemorlarda muqobil davolash usuli sifatida intrauterin terapevtik tizim shaklida #levonorgestrelni qo'llash tavsiya etiladi (ATX bo'yicha - gestagenli plastik spirallar). |
|---|---|

LNG-BISdan foydalanish miomatoz tugunlarning submukozal lokalizatsiyasi holatlarida, markazlashtirilgan o'sish bilan miomatoz tugunlarda qarshi ko'rsatmalarga ega. LNG-BIS 52 mg levonorgestrelni o'z ichiga oladi, u dastlabki 5 yil davomida kuniga 20 mkg dozada chiqariladi. LNG-BIS miomatoz tugunlarning kattaligiga tasir qilmasdan, qon yo'qotish hajmini 74-97% gacha samarali ravishda kamaytiradi.

| | |
|---|--|
| B | Bachadon miomasi bilan og'rigan bemorlarda kontratseptsiya va simptomlarni engillashtirish maqsadida kombinatsiyalangan og'iz kontratseptivlarini (ATX bo'yicha - progestogen va estrogenlar (qat'iy kombinatsiyalar))ni qo'llash tavsiya etiladi. |
|---|--|

Ushbu dorilar guruhi mioma o'sishiga tasir qilmasdan hayz ko'rish qon yo'qotish hajmini samarali ravishda kamaytiradi.

| | |
|---|--|
| A | Bachadon miomasi va anemiya bilan og'rigan bemorlarda gonadotropinni chiqaradigan gormon (aGn-RG) agonistlarini (gonadotropinni chiqaradigan gormonning ATX bo'yicha |
|---|--|

| | |
|--|---|
| | analoglari) qo'llash operatsiyadan oldingi davolash sifatida, shuningdek, miomatoz tugunlar hajmini kamaytirish va operatsiya ichra qon yo'qotilishini kamaytirish uchun tavsiya etiladi. |
|--|---|

Gonadotropinni chiqaradigan gormon analoglari bachadon miomasi sabab bo'lgan alomatlariga tasir qiluvchi va miomatoz tugunlar hajmiga vaqtincha tasir qiluvchi samarali dorilardan biridir, davolash davomiyligi esa yon tasiri (gipoestrogenizm, suyak mineral zichligini yo'qotish) tufayli 6 oy bilan cheklangan). Operatsiyadan oldingi davolanish muddati 3 oy bilan cheklangan.

| | |
|---|---|
| A | Bachadon miomasi va ABQK bilan og'rigan bemorlarda mifepristonni (ATX - progesteron antagonistlariga ko'ra) qo'llash tavsiya etiladi. |
|---|---|

Mifepristonni 2,5-5 mg dozada 3-6 oy davomida qo'llash miomada qon yo'qotish hajmini kamaytiradi va miomatoz tugun hajmini sezilarli darajada kamaytirmasdan hayot sifatini yaxshilaydi.

Jarrohlik davolash

| | |
|---|---|
| C | ko'rsatkichlari bo'lgan bemorlarda bachadon miomasini jarrohlik yo'li bilan davolash. |
|---|---|

Jarrohlik uchun ko'rsatmalar:

- 1) kamqonlikka olib keladigan BAQK (bachadondan akusherlik qon ketishi);
- 2) hayot sifatini pasaytiradigan surunkali tos og'rig'i;
- 3) qo'shni organlarning siqilish belgilari (to'g'ri ichak, siydik pufagi, siydik yo'llari);
- 4) katta o'simta hajmi (homiladorlikning 12 haftasidan ko'prog'i); 5) o'simtaning tez o'sishi. (1 yil davomida homiladorlikning 4 haftasidan kattaroq muddatiga teng bachadonning o'sishi);
- 6) postmenopozal o'simta o'sishi;
- 7) mioma tugunining shilliq osti joylashishi;
- 8) mioma tugunlarining ligamentlararo va past (bo'yin va bachadon bo'yni) joylashishi;
- 9) reproduktiv disfunktsiya (homiladorlikning yo'qligi, boshqa sabablar bo'lmaganda bepushtlik);
- 10) bachadon mioma tugunlarida qon aylanishining buzilishi belgilari (nekroz, shishish, gialinoz).

Jarrohlik davolashning rejalashtirilgan hajmiga bemorning yozma roziligi talab qilinadi.

| | |
|---|---|
| C | bachadon miomasi bo'lgan bemorlarda jarrohlik uchun ko'rsatmalar mavjud bo'lganda, reproduktiv rejalar bo'lmaganda, bemorning xabardor roziligini olgandan keyin gisterektomiya qilish. |
|---|---|

Bachadon miomasini davolashning yagona samarali usuli - bu umumiy gisterektomiya. Bachadon bo'yni patologiyasini istisno qilgandan so'ng subtotal gisterektomiyani amalga oshirish mumkin (bachadon bo'yni mikropreparatning tsitologik tekshiruvi + inson papilloma virusi (Papilloma virus) uchun bachadon bo'yni kanalidan ajralmalarni molekulyar biologik o'rganish), kolposkopiya, ko'rsatmalarga muvofiq biopsiya), ammo uning afzalliklari isbotlanmagan. Adenomioz bilan birlashganda va zarar etishning aniq chegarasi yo'qligini hisobga olgan holda, kasallikning qaytalanishi mumkinligi sababli vaginal amputatsiya tavsiya etilmaydi.

| | |
|---|--|
| A | reproduktiv funktsiyani amalga oshirishni xohlaydigan bemorlarga organlarni saqlaydigan jarrohlik davolash (miomektomiya). |
|---|--|

Jarrohlik davolash hayz davrining birinchi bosqichida (5-14-kun) rejalashtirilgan tarzda amalga oshiriladi. Laparoskopik yoki laparotomiya orqali miomektomiya qilish mumkin. Rekonstruktiv-plastik operatsiyalar paytida kirish klinik vaziyatga, ixtisoslashtirilgan jarrohlar guruhining mavjudligiga va sharoitlarga (uskunalar mavjudligi) qarab belgilanadi.

Laparoskopik miomektomiyani amalga oshirayotganda, tarqalishni istisno qilish uchun maxsus idishda morselatsiyadan foydalanish tavsiya etiladi.

| | |
|---|---|
| A | bachadon miomasi bo'lgan bemorlarda diametri 4-5 sm dan oshmaydigan submukozal miomatoz tugunlarni gisteroskopik olib tashlash. |
|---|---|

Gisteropik miomektomiya endometriumning ablasyonu va rezektsiyasi bilan birlashtirilishi mumkin. Tug'ilgan submukozal tugunlar bo'lsa, miomektomiya bachadon bo'shlig'ini qayta ko'rib chiqish va vaginal yondashuv bilan amalga oshirilishi kerak. Vaginal kirish bachadon bo'yni vaginasida qisman yoki to'liq lokalizatsiya qilingan miomalar uchun eng mos keladi.

| | |
|---|--|
| B | Bachadon miomasini (agar mavjud bo'lsa) va bachadon hajmini 12 haftagacha jarrohlik davolash uchun vaginal gisterektomiya tavsiya etiladi. |
|---|--|

Vaginal kirishdan foydalanish uchun bir qator shartlar talab qilinadi: etarli vaginal sig'im va bachadonning harakatchanligi; ko'pincha bachadon prolapsasida, shuningdek, stressli siydik ushlay olmaslik holatlarida rekonstruktiv-plastik operatsiyalar bilan birgalikda amalga oshiriladi.

| | |
|---|--|
| A | homiladorlikni rejalashtirmagan bemorlarda qarama-qarshi ko'rsatmalar bo'lmasa, jarrohlik davolashga muqobil sifatida yuqori jarrohlik xavfi bo'lgan bemorlarda bachadon arteriyalarining endovaskulyar embolizatsiyasini (EMA) amalga oshirish. |
|---|--|

Ko'rsatmalar, shartlar va qarama-qarshi ko'rsatmalar akusher-ginekolog tomonidan belgilanadi. Bachadon arteriyalarining embolizatsiya yoki jarrohlik yo'li bilan okklyuziyasi bachadonni saqlab qolishni xohlaydigan simptomatik miomali alohida ayollar uchun taklif qilinishi mumkin. Miomani davolash uchun bachadon arteriyasi tiqilib qolishini tanlagan ayollarga mumkin bo'lgan xavflar, jumladan, protsedura tug'ish va homiladorlik jarayoniga tasir qilishi mumkinligi haqida maslahat berish kerak. Bachadon arteriyalarining embolizatsiyasidan so'ng, miomektomiyadan keyin homiladorlikning past chastotasi, abortning yuqori darajasi va homiladorlikning salbiy natijalari qayd etiladi. Bachadon arteriyalarining endovaskulyar embolizatsiyasi tuxumdon, tuxumdonlar zaxirasining pasayishi bilan bog'liq, ayniqsa katta reproduktiv yoshdagi bemorlarda.

| | |
|---|--|
| C | Bachadon miomasi bilan og'rigan bemorlarda, agar shartlar bajarilsa va qarama-qarshi ko'rsatmalar bo'lmasa, organlarni saqlovchi davolash usuli sifatida MRT (MRgFUS) yo'l-yo'riqli fokuslangan ultratovush ablasyonini o'tkazish tavsiya etiladi. |
|---|--|

Ko'rsatmalar, shartlar va qarama-qarshi ko'rsatmalar akusher-ginekolog shifokor tomonidan belgilanadi.

Reabilitatsiya

Maxsus reabilitatsiya mavjud emas. Reabilitatsiya dasturini aniqlash uchun fizioterapevt bilan maslahatlashish.

Oldini olish (Profilaktika)

Bachadon miomasining o'ziga xos profilaktikasi ishlab chiqilmagan.

Tibbiy yordamni tashkil etish

Tibbiy tashkilotda shoshilinch kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalar:

- 1) submukozal miomatoz tugunning spontan ifodasi ("tug'ilish");
- 2) qon aylanishining buzilishi tufayli o'simtadagi degenerativ o'zgarishlar, infeksiya belgilari va "o'tkir qorin" belgilari paydo bo'lishi bilan birga keladi;
- 3) ABQK.

Tibbiy tashkilotda rejalashtirilgan kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalar:

1. Bachadon miomasini jarrohlik davolash (histerektomiya, miyomektomiya, EMA, FUZ-ablatsiya);
2. Submukozal tugun joylashishiga shubha qilingan taqdirda gisteroskopiya.

Kasallikning kechishi va natijasiga tasir qiluvchi qo'shimcha malumotlar

Bachadon miomasi va bepushtlik

| | |
|---|---|
| C | bachadon miomasi bo'lgan bemorlarda bepushtlik mavjud bo'lganda, keng qamrovli tekshiruv o'tkazish, shu jumladan miyomatoz tugunlarning turi, xususiyatlari, hajmi va joylashishini baholash, shuningdek reproduktiv funktsiya holatini tavsiflovchi ko'rsatkichlar, masalan, tubal omil, endokrin kasalliklar mavjudligi, erkak bepushtlik omili va boshqalar. |
|---|---|

| | |
|---|---|
| C | Bepushtlik bilan og'rigan ayollar populyatsiyasida bachadon miomasini davolashning mustaqil usuli sifatida dori terapiyasini o'tkazish tavsiya etilmaydi. |
|---|---|

| | |
|---|---|
| C | bepushtlik va bachadon miomasi bo'lgan ayollarda transvaginal ultratovush, gisteroskopiya, gisterosonografiya yoki magnit-rezonans tomografiya yordamida mioma turini etarli darajada baholang va tasniflang. |
|---|---|

| | |
|---|--|
| C | bachadon submukozal miomasini operatsiyadan oldin baholash, shu jumladan bachadon miomasining hajmi va joylashishini, uning bachadon bo'shlig'iga bog'liqligini aniqlash, bachadon bo'shlig'iga kirish darajasini va seroz membranaga miometriumning qalinligini baholash va jarrohlik davolash uchun. |
|---|--|

Gisteroskopiya va transvaginal ultratovush yoki gisterosonografiya kombinatsiyasi tanlov usullari hisoblanadi.

| | |
|---|--|
| C | submukoz miomani davolash jarrohlik yo'li bilan (gisteroskopik) amalga oshirilishi kerak, bu homiladorlik chastotasini oshiradi. |
|---|--|

Katta mioma bilan, 2-turdagi tugunlar bilan gisteroskopiyaning 2 bosqichini o'tkazish mumkin. Submukoz bachadon miomasi bo'lgan bemorlarda tabiiy tsiklda implantatsiya chastotasi kamayadi, homiladorlikning o'z-o'zidan tugashi chastotasi oshadi, platsenta etishmovchiligi va platsentaning g'ayritabiiy lokalizatsiyasi yoki uning erta ajralishi bilan bog'liq homiladorlik asoratlari ko'proq kuzatiladi. Submukoz tugun joylashgan miomektomiya spontan homiladorlik ehtimolini oshiradi.

| | |
|---|--|
| C | Tavsiya etilmaydi: jarrohlik davolash uchun maxsus ko'rsatmalar bo'lmaganda (tugun oyog'ining burishishi, tugundagi qon aylanishining buzilishi, qo'shni organlarning siqilish belgilari, tugunning katta o'lchamlari, tugunning sezilarli o'sishi) bepushtlikda subseroz miomani olib tashlash. |
|---|--|

| | |
|---|---|
| C | Tavsiya etilmaydi: jarrohlik davolash uchun ko'rsatmalar bo'lmasa, gisteroskopik tasdiqlangan buzilmagan endometriy bilan intramural miomasi bo'lgan ayollarda miomektomiya qilish. |
|---|---|

Miyomektomiyaning foydalari xavf bilan taqqoslanishi va intramural miomani davolash individual bo'lishi kerak.

| | |
|---|--|
| C | Tavsiya etiladi: yordamchi reproduktiv texnologiyalar dasturlarini rejalashtirishda intramural miomalari 4 sm dan ortiq bo'lgan bemorlarda miomektomiya. |
|---|--|

| | |
|---|--|
| C | Tavsiya etiladi: bepushtlik bilan og'rigan ayollarda miomektomiya uchun individual kirish tanlovi (laparoskopik yoki laparotomiya), tugunlarning soni, hajmi, joylashuvi, jarrohning malakasi va jarrohlik davolash shartlariga qarab. |
|---|--|

Laparoskopik kirishning afzalligi, minimal invazivlik bilan birga, qorin bo'shlig'i organlarini qayta ko'rib chiqish, shu jumladan birgalikda ginekologik kasalliklarni aniqlash – endometriozi, bitishmalar va boshqalar bilan birgalikda., bu bepushtlik sabablarini aniqlash va ularni operatsiya

ichidagi tuzatish uchun qidiruv imkoniyatlarini kengaytirishga imkon beradi (kombinatsiyalangan ginekologik kasalliklarning paydo bo'lish chastotasi 30 dan 60% gacha).

| | |
|---|--|
| C | Tavsiya etilmaydi: homiladorlikni rejalashtirayotgan ayollar uchun bachadon arteriyasi embolizatsiyasi bachadon miomasini davolash usuli sifatida. |
|---|--|

Bachadon miomalari va homiladorlik

Homilalik va tos azolarining holatini baholash uchun ultratovush tekshiruvini o'tkazish kerak. Jarrohlik aralashuvining ko'rsatkichlari, kirish imkoniyati va hajmi komissiya tomonidan belgilanadi (tibbiy kengash qarori bilan). Homiladorlik davrida bachadon miomasini jarrohlik yo'li bilan davolash faqat shoshilinch ko'rsatmalar uchun amalga oshiriladi. Homiladorlik davrida jarrohlik davolash uchun ko'rsatmalar: mioma tugunining nekrozi, mioma tugunining oyoqlarini burish, peritoneal simptomlarning rivojlanishi. Tug'ruqning afzal usuli- tabiiy tug'ilish yo'llari orqali tug'ruqdir. Kesar kesish operatsiyasi yordamida tug'ruqqa ruxsat berilganda, homilani chiqarib olishga to'sqinlik qiladigan miomatoz tugun mavjud bo'lsa, miomektomiya qilish tavsiya etiladi.

Perimenopozda va postmenopozda bachadon miomasi

Aseptomatik kichik bachadon miomalari mumkin bo'lgan onkologik xavflarni hisobga olgan holda dinamik monitoringni talab qiladi.

Semptomatik kasallik bo'lsa, radikal operatsiyani tanlash afzaldir.

Miomektomiya perimenopozal davrda, agar ayolning reproduktiv funksiyasi amalga oshirilmagan bo'lsa va bemor gisterektomiyadan qat'iyan voz kechsagina tavsiya etiladi.

Postmenopozda bitta kichik submukoz bachadon miomasi uchun gisteroskopik miomektomiya ablasyon va kombinatsiyalangan patologiya uchun endometrial rezektsiya bilan birgalikda amalga oshiriladi.

Bachadon miomasi va saraton

Bachadon leyomiosarkomasi patoanatomik tekshiruv paytida tsitologik atipiya, yuqori mitotik indeks va o'sma nekrozi bilan tavsiflangan noyob mezenximal o'smadir. Bachadon miomasi uchun jarrohlik muolajadan o'tgan 1 ayoldan 400 tasi (0,25%) leyomiosarkoma xavfi ostida. Bu noqulay prognoz bilan bog'liq bo'lgan o'ta agressiv yomon sifatli neoplazma. Kasallik ko'pincha perimenopozda tashxis qilinadi. Leyomiosarkomaning operatsiyadan oldingi diagnostikasi qiyin va ko'pincha faqat patoanatomik tekshiruv paytida amalga oshiriladi.

| | |
|---|---|
| C | Miomaning tez o'sishi bo'lgan katta bachadon shakllanishi bo'lgan bemorlarda ultratovush va/yoki MRT yordamida bachadon leyomiosarkomasi bilan differentsial tashxis qo'yish tavsiya etiladi. |
|---|---|

Muammo shundaki, leyomioma va leyomiosarkomalarni operatsiyadan oldin klinik yoki biron bir tasvirlash texnikasi bilan ishonchli ajratib bo'lmaydi.

Bundan tashqari, bachadon bo'yni saratoni va endometrium saratoni kabi bachadonning boshqa xavfli o'smalari bemorda ABQKga sababi bo'lishi mumkin va differentsial tashxisni talab qiladi.

Tibbiy yordam sifatini baholash mezonlari

| № | Sifat mezonlari | Baholash |
|----|---|----------|
| 1. | Tos azolarining ultratovush tekshiruvi o'tkazildi | ha/yo'q |
| 2. | Agar mavjud bo'lsa, ABQKni davolash buyuriladi | ha/yo'q |

| | | |
|----|---|---------|
| 3. | Miamatoz tugunning patologik tekshiruvi o'tkazildi | ha/yo'q |
| 4. | Agar mavjud bo'lsa, dismenoreya uchun dori terapiyasi buyuriladi | ha/yo'q |
| 5. | Ko'rsatmalarga muvofiq etarli jarrohlik davolash amalga oshirildi | ha/yo'q |

3. Adabiyotlar ro'yxati

1. Адамьян 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

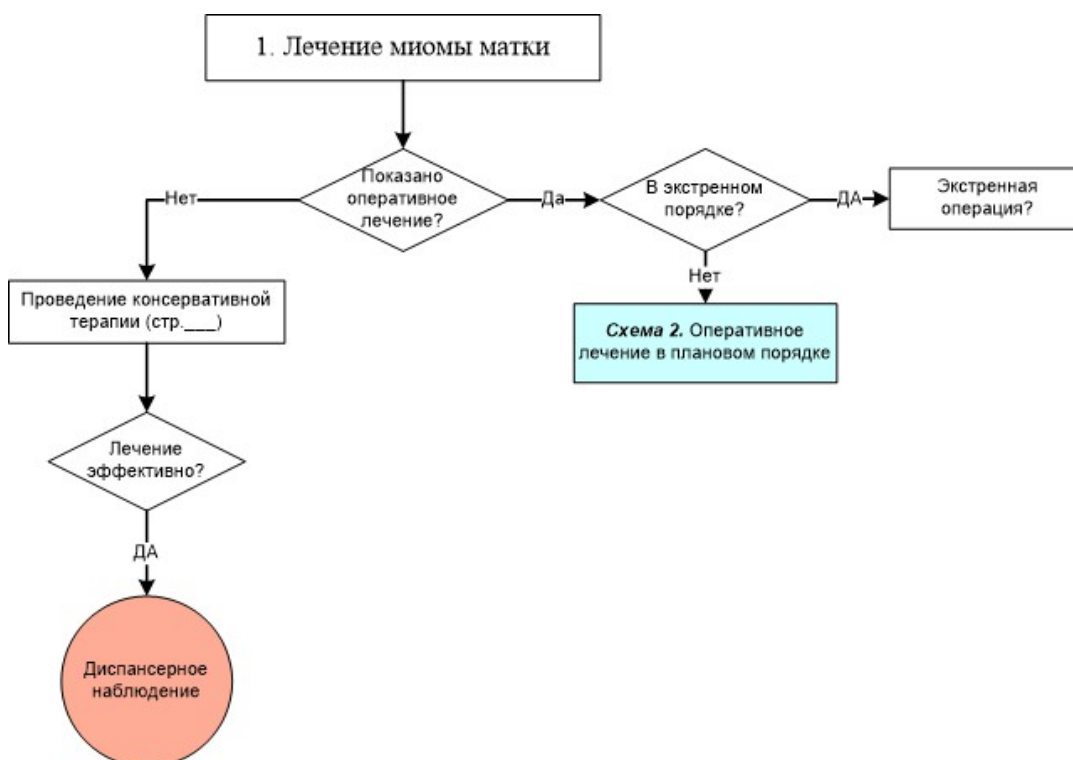
- receptor modulators, what is the place of myoma surgery in current practice? //Fertility and Sterility. – 2014. – Т. 102. – №. 3. – С. 640-648.
19. Worldwide A. A. M. I. G. AAGL practice report: practice guidelines for the management of hysteroscopic distending media:(replaces hysteroscopic fluid monitoring 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. Povalar.

Bemorni boshqarish algoritmlari. Umumiy sxema



Sхема 1.



Bemorlar uchun malumot

Bachadon miomasi – ayol jinsiy azolarining eng keng tarqalgan o'smalaridan biridir.

Ushbu yaxshi sifatli o'smaning rivojlanishiga asosan yallig'lanish kasalliklari va abortlar tasir qiladi. 30 yoshga kelib 10 marta abort qilgan ayolda 40 yoshga kelib bachadon miomasi rivojlanish xavfi ikki baravar ortadi. Bachadon miomalari tug'magan ayollarda ko'proq uchraydi. 30-40% hollarda bachadon miomasini rivojlanish tendentsiyasi onadan qizga meros bo'lib o'tadi. «Oilaviy shakllari» bachadon miomalari deb ataladigan narsalar mavjud bo'lib, oiladagi barcha ayollar — buvilar, onalar, xolalar va opa-singillar — miomalariga ega edi.

Bachadon miomasi kursi asemptomatik bo'lishi mumkin va bemorlarda shikoyatlarga olib kelmaydi. Mioma ko'pincha akusher-ginekolog tomonidan dispanser tekshiruvi paytida aniqlanadi. Kasallikning simptomatik kursida miomaning birinchi belgilari qorinning pastki qismida yoki pastki orqa qismida og'riq, qon ketish, hayz davrining o'zgarishi, qo'shni organlarning disfunktsiyasi, masalan, — tez-tez siyish bo'lishi mumkin. Tugunlar sonini, ularning hajmini, joylashishini va boshqalarni aniqlash uchun maxsus tadqiqotlar talab etiladi: tos azolarining ultratovush tekshiruvi, tos azolarining MRT. Bazida miomaning atipik joylashuvi bilan ultratovush natijalari ishonchsiz bo'lishi mumkin.

Kichik bachadonning asemptomatik miomalari dispanser kuzatuvidan o'tkaziladi.

Agar kasallik belgilari mavjud bo'lsa, dori terapiyasi o'tkazilishi mumkin (alomatlarni bartaraf etish uchun).

Reproduktiv funktsiyani amalga oshirishni rejalashtirayotgan bemorlarda rekonstruktiv plastik jarrohlik mumkin. Biroq, organlarni saqlaydigan operatsiyalarni bajarish kasallikning qaytalanishiga olib keladi.

Hozirgi vaqtda miomektomiya va gisterektomiya (bachadonni olib tashlash) laparoskopik yondashuv bilan amalga oshirilishi mumkin.

Laparoskopiyadan so'ng faqat kichik «nuqtalari 0,5-1 sm ko'rinadi, chunki 5 mm teshik hosil qiladigan tibbiy asboblardan yordamida o'tkaziladi. Kasalxonada qolish muddati 1-2 kungacha bo'lib, u erdan chiqqandan so'ng o'zining oddiy turmush tarziga qaytishi mumkin.

Jarrohlik aralashuvining ko'lami tibbiy sirdir (bemorning o'zi va akusher-ginekologdan tashqari, u qanday operatsiya qilganini hech kim bilmaydi).