УДК: 618.14-006.36-055.2:618.177

БАЧАДОН МИОМАСИНИНГ ТУРЛИ FIGO ТОПИК ВАРИАНТЛАРИ МАВЖУД АЁЛЛАРДА ҲАЙЗ ВА РЕПРОДУКТИВ ФУНКЦИЯНИНГ КЛИНИК-АНАМНЕСТИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Мухитдинова Мехринисо Ёркинбековна - *Андижон давлат тиббиёт институти, 2-акушерлик ва гинекология кафедраси ассистенти*
Шокирова Садокатхон Мухамматсолиевна - *Андижон давлат тиббиёт институти, 2-акушерлик ва гинекология кафедраси доценти, Андижон, Ўзбекистон*

Аннотация. **Долзарблиги.** Бачадон миомаси репродуктив ёшдаги аёлларда ҳайз бузилишлари ва бепуштликнинг кўп учрайдиган сабабларидан биридир. Касалликнинг клиник кечиши тугуннинг ўлчамидан кўра кўпинча унинг жойлашувига — FIGO бўйича топик вариантига ва эндометрийга қанчалик яқинлигига боғлиқ. Бироқ турли топик вариантларда ҳайз ва репродуктив функция қандай ўзгаришини бир хил ёндашувда солиштирган ишлар кам.

Мақсад. Бачадон миомасининг турли FIGO топик вариантлари бўлган репродуктив ёшдаги аёлларда ҳайз ва репродуктив функциянинг клиник-анамнестик хусусиятларини, гинекологик ва соматик фонни солиштириб баҳолаш.

Материал ва усуллар. Проспектив қиёсий тадқиқотга 18–40 ёшли 150 нафар аёл жалб қилинди. I-гуруҳни FIGO 0–2 субмукоз миомаси бор 40 нафар, II-гуруҳни FIGO 3–5 интрамурал ва интрамурал-субсероз миомаси бор 40 нафар, III-гуруҳни FIGO 6–7 субсероз миомаси бор 40 нафар аёл ташкил қилди. Таққослаш гуруҳига фаол даволанишдан воз кечиб, кузатувда қолган 30 нафар миомали бемор киритилди. Анамнез маълумотлари ягона тадқиқот картаси бўйича йиғилди, гуруҳлар Pearson χ^2 мезони билан солиштирилди.

Натижалар. Гуруҳлар ёши бўйича деярли фарқ қилмади (ўртача 32,4±0,5 ёш; χ^2=1,31; p>0,05). Бачадондан аномал қон кетиши I-гуруҳда 60,0%, II-гуруҳда 40,0%, III-гуруҳда ва таққослаш гуруҳида 20,0% дан қайд этилди (χ^2=18,06; p<0,001). Номунтазам ҳайз цикли (52,5%) ва дисменорея (60,0%) II-гуруҳда энг кўп учради (χ^2=14,56 ва 14,20; p<0,01). Бепуштлик I-гуруҳда 77,5%, II-гуруҳда 65,0%, III-гуруҳда 37,5%, таққослаш гуруҳида 30,0% ни ташкил этди (χ^2=22,18; p<0,001); бирламчи бепуштлик кўпроқ субмукоз миомада кузатилди (42,5%; p=0,024). Гинекологик касалликлар I ва II гуруҳларда 77,5% ва 72,5% ҳолатда аниқланди (χ^2=24,43; p<0,001). Соматик касалликлар бўйича гуруҳлар ўртасида ишончли фарқ топилмади (p=0,184).

Хулоса. Миоманинг клиник кўриниши кўп жиҳатдан тугуннинг қаерда жойлашганига боғлиқ. Субмукоз миомада қон кетиши ва бирламчи бепуштлик, интрамурал миомада цикл бузилиши ва оғриқли ҳайз олдинга чиқади, субсероз миомада эса ҳайз ва репродуктив бузилишлар камроқ бўлади. Анамнезни FIGO бўйича жойлашув билан бирга баҳолаш репродуктив хавфи юқори беморларни эртароқ ажратишга ёрдам беради.

Калит сўзлар: бачадон миомаси, FIGO, ҳайз функцияси, бачадондан аномал қон кетиши, дисменорея, бепуштлик, репродуктив анамнез.

Аннотация. **Актуальность.** Миома матки — одна из частых причин нарушений менструального цикла и бесплодия у женщин репродуктивного возраста. Клиническое течение заболевания нередко определяется не столько размером узла, сколько его расположением — топическим вариантом по FIGO и близостью к эндометрию. Работ, в которых менструальная и репродуктивная функция при разных топических вариантах сравнивалась бы по единому протоколу, немного.

Цель. Сравнить клинико-анамнестические особенности менструальной и репродуктивной функции, гинекологический и соматический фон у женщин репродуктивного возраста с различными топическими вариантами миомы матки по FIGO.

Материал и методы. В проспективное сравнительное исследование вошли 150 женщин 18–40 лет. I группу составили 40 пациенток с субмукозной миомой FIGO 0–2, II группу — 40 с интрамуральной и интрамурально-субсерозной миомой FIGO 3–5, III группу — 40 с субсерозной миомой FIGO 6–7. В группу сравнения включены 30 пациенток с миомой матки, отказавшихся от активного лечения и оставшихся под наблюдением. Анамнестические данные собирали по единой карте, группы сравнивали с помощью критерия χ^2 Пирсона.

Результаты. Группы практически не различались по возрасту (в среднем 32,4±0,5 года; χ^2=1,31; p>0,05). Аномальные маточные кровотечения отмечены у 60,0% женщин I группы, 40,0% — II, по 20,0% — III группы и группы сравнения (χ^2=18,06; p<0,001). Нерегулярный цикл (52,5%) и дисменорея (60,0%) чаще встречались во II группе (χ^2=14,56 и 14,20; p<0,01). Бесплодие выявлено у 77,5%, 65,0%, 37,5% и 30,0% женщин соответственно (χ^2=22,18; p<0,001); первичное бесплодие чаще наблюдалось при субмукозной миоме (42,5%; p=0,024). Гинекологические заболевания диагностированы у 77,5% и 72,5% пациенток I и II групп (χ^2=24,43; p<0,001). По частоте соматических заболеваний достоверных различий не получено (p=0,184).

Заключение. Клиническая картина миомы во многом зависит от расположения узла. При субмукозной миоме на первый план выходят кровотечения и первичное бесплодие, при интрамуральной — нарушения цикла и болезненные менструации, при субсерозной миоме менструальные и репродуктивные нарушения выражены слабее. Оценка анамнеза вместе с FIGO-топографией помогает раньше выделять пациенток с высоким репродуктивным риском.

Ключевые слова: миома матки, FIGO, менструальная функция, аномальное маточное кровотечение, дисменорея, бесплодие, репродуктивный анамнез.

Abstract. **Background.** Uterine fibroids are a common cause of menstrual disorders and infertility in women of reproductive age. The clinical course often depends less on the size of the nodule than on its location, i.e. the FIGO type and its proximity to the endometrium. Few studies have compared menstrual and reproductive function across FIGO types using a single protocol.

Objective. To compare menstrual and reproductive history, as well as gynecological and somatic comorbidity, in women of reproductive age with different FIGO types of uterine fibroids.

Materials and Methods. A prospective comparative study included 150 women aged 18–40 years. Group I comprised 40 patients with FIGO 0–2 submucosal fibroids, Group II 40 patients with FIGO 3–5 intramural or intramural-subserosal fibroids, and Group III 40 patients with FIGO 6–7 subserosal fibroids. The comparison group included 30 women with fibroids who declined active treatment and remained under observation. History was recorded on a uniform study form; groups were compared using Pearson's χ^2 test.

Results. The groups did not differ in age (mean 32.4±0.5 years; χ^2=1.31; p>0.05). Abnormal uterine bleeding was reported by 60.0% of women in Group I, 40.0% in Group II, and 20.0% in both Group III and the comparison group (χ^2=18.06; p<0.001). Irregular cycles (52.5%) and dysmenorrhea (60.0%) were most common in Group II (χ^2=14.56 and 14.20; p<0.01). Infertility was found in 77.5%, 65.0%, 37.5% and 30.0% of women, respectively (χ^2=22.18; p<0.001); primary infertility was most frequent with submucosal fibroids (42.5%; p=0.024). Gynecological diseases were present in 77.5% and 72.5% of patients in Groups I and II (χ^2=24.43; p<0.001). No significant difference was found for somatic diseases (p=0.184).

Conclusion. The clinical picture of fibroids depends largely on nodule location. Bleeding and primary infertility dominate in submucosal fibroids, cycle irregularity and painful menstruation in intramural fibroids, while subserosal fibroids are less often associated with menstrual and reproductive problems. Taking FIGO type into account when assessing history helps to identify women at high reproductive risk earlier.

Keywords: uterine fibroids, FIGO, menstrual function, abnormal uterine bleeding, dysmenorrhea, infertility, reproductive history.

Кириш. Бачадон миомаси аёллар жинсий аъзоларининг энг кўп учрайдиган хавфсиз ўсмасидир. Ультратовуш скрининги маълумотларига кўра, 50 ёшга етганда аёлларнинг аксариятида миоматоз тугунлар топилади [1, 2, 14]. Касаллик симптомлар билан кечса, аёлнинг ҳаёт сифати, иш қобилияти ва фарзанд кўриш режаларига жиддий таъсир қилади; кўп беморлар эса ташхис қўйилгунга қадар йиллар давомида шикоятлар билан юради [2, 13, 16].

Миоманинг клиник кўриниши бир хил эмас. Тугуннинг ўлчами ва сони муҳим, аммо кўп ҳолларда ҳал қилувчи омил — унинг қаерда жойлашгани [3, 7]. FIGO таснифи тугуннинг эндометрий, миометрий ва сероз қаватга нисбатан ўрнини аниқ белгилашга имкон беради. PALM-COEIN тизимида бачадондан аномал қон кетишининг структуравий сабаблари орасида миома (AUB-L) алоҳида ажратилиб, субмукоз тугунлар бошқаларидан фарқланади [4, 5]. Шу боис FIGO бўйича тур бугунги кунда ташхис ва даволаш режасини тузишда кенг қўлланилмоқда [3, 4].

Миоманинг энг кўп учрайдиган белгилари — бачадондан аномал қон кетиши ва гиперменорея. Бунда эндометрий юзасининг катталашуви, бачадон бўшлиғининг деформацияси, эндометрийдаги гемостаз ва ангиогенез бузилиши, миометрий қисқарувчанлигининг ўзгариши роль ўйнайди [6, 15]. Оғриқли ҳайз ва чаноқда босим ҳисси эса кўпроқ миометрий ичидаги ёки субсероз тугунларда, бачадон катталашиб, қўшни аъзоларга босим берганда кузатилади [7, 16].

Мета-таҳлиллар субмукоз миома имплантация ва ҳомиладорлик частотасини пасайтириб, ҳомила тушиш хавфини оширишини кўрсатган. Бачадон бўшлиғини деформация қилмайдиган интрамурал тугунлар бўйича фикрлар турлича: таъсир тугуннинг катталиги, сони ва эндометрийга яқинлигига боғлиқ деб ҳисобланади. Субсероз миоманинг фертилликка таъсири эса кам [8, 9, 11, 12]. Бу таъсирнинг механизмлари — механик деформация, миометрий перистальтикасининг бузилиши, маҳаллий яллиғланиш, эндометрий рецептивлигининг пасайиши — ҳанузгача баҳсли [10, 11].

Турли FIGO вариантларида ҳайз функцияси, репродуктив ва акушерлик анамнези, ёндош гинекологик ва соматик касалликларни битта популяцияда, бир хил протокол бўйича солиштирган ишлар кам, Марказий Осиё аҳолиси бўйича эса улар деярли йўқ. Ҳолбуки, бундай маълумотлар шикоятлар ва анамнезга қараб беморни қайси хавф гуруҳига киритиш ва қандай текширувлар буюришни аниқлашда амалиётчи шифокорга керак.

Тадқиқот мақсади — бачадон миомасининг турли FIGO топик вариантлари бўлган репродуктив ёшдаги аёлларда ҳайз ва репродуктив функциянинг клиник-анамнестик хусусиятларини, гинекологик ва соматик фонни солиштириб баҳолаш.

Материал ва усуллар. Тадқиқот 2024–2026 йилларда Андижон давлат тиббиёт университети клиникаси ва Андижон шаҳар 2-сон туғруқ комплексида олиб борилди. Унга бачадон миомаси бор 18–40 ёшли 150 нафар аёл жалб қилинди. Тугуннинг FIGO бўйича тури трансвагинал ультратовуш текширувида аниқланди ва керак бўлганда гистероскопия, лапароскопия ёки гистологик хулоса билан тасдиқланди. Бир нечта тугун

бўлса, бемор бачадон бўшлиғи ёки эндометрийга энг кўп таъсир қилаётган (доминант) тугуннинг турига қараб гуруҳга киритилди.

I-гуруҳга FIGO 0–2 субмукоз миомаси бор 40 нафар, II-гуруҳга FIGO 3–5 интрамурал ва интрамурал-субсероз миомаси бор 40 нафар, III-гуруҳга FIGO 6–7 субсероз миомаси бор 40 нафар аёл киритилди. Таққослаш гуруҳини жарроҳлик ёки дори билан даволанишдан воз кечиб, кузатувда қолишни танлаган 30 нафар миомали бемор ташкил қилди.

Тадқиқотга 18–40 ёшли, ҳайз цикли сақланган, миома ва унинг тури инструментал ёки морфологик тасдиқланган ҳамда ёзма розилик берган аёллар олинди. Ҳомиладор ва эмизикли аёллар, онкологик, оғир соматик, аутоиммун ва руҳий касаллиги бор беморлар, эндометриоз, тухумдонлар поликистози ёки кистаси, ўткир яллиғланиш жараёни аниқланганлар, сўнгги 3 ойда гормонал дори қабул қилган ва сўнгги 6 ойда гинекологик операция ўтказган аёллар киритилмади.

Анамнез ягона тадқиқот картаси бўйича йиғилди. Унда ёш, менархе, цикл давомийлиги ва мунтазамлиги, ҳайзнинг давомийлиги ва ҳажми, бачадондан аномал қон кетиши (БАҚК), гиперменорея, дисменорея, ҳайз олди оғриқлари ва қорин пастида босим ҳисси қайд этилди. Ҳайз бузилишлари FIGO нинг 2018 йилдаги атамаларига мос равишда баҳоланди [5]. Бундан ташқари бирламчи ва иккиламчи бепуштлик, туғруқ ва ҳомила тушишлар, ўтказилган гинекологик касалликлар (сурункали эндометрит, эндометрий гиперплазияси, цервицит, бактериал вагиноз, сальпингоофорит) ва муолажалар, шунингдек анемия, семизлик, артериал гипертензия, қалқонсимон без касалликлари ва метаболик бузилишлар ҳисобга олинди.

Маълумотлар IBM SPSS Statistics дастурида қайта ишланди. Сифат белгилари n (%), миқдорий кўрсаткичлар M±m кўринишида берилди. Тўрт гуруҳ Pearson χ^2 мезони билан солиштирилди, кутилган частота кам бўлганда Фишернинг аниқ мезонидан фойдаланилди. Таққослаш гуруҳи таркиби бир хил бўлмагани учун асосий кўрсаткичлар фақат учта FIGO гуруҳи ўртасида ҳам алоҳида текширилди. Фарқ $p<0,05$ да ишончли деб ҳисобланди.

Натижалар. Аёлларнинг ёши 18 дан 40 ёшгача, ўртача 32,4±0,5 ёш бўлди. Гуруҳлар бўйича ўртача ёш 31,8±0,7 ёшдан 33,1±0,7 ёшгача ўзгарди. Энг кўп 31–35 ёшли аёллар учради — 47 нафар (31,3%). Ёш тақсимоти бўйича гуруҳлар ўртасида фарқ йўқ эди ($\chi^2=1,31$; $p>0,05$), шу сабабли кейинги фарқларни ёш билан боғлаш асоссиз (1-жадвал).

1-жадвал. Тадқиқот иштирокчиларининг ёш гуруҳлари бўйича тақсимланиши, n (%)

Ёш гуруҳлари	I-гуруҳ FIGO 0–2, n=40	II-гуруҳ FIGO 3–5, n=40	III-гуруҳ FIGO 6–7, n=40	Таққослаш гуруҳи, n=30	Жами, n=150
18–25 ёш	8 (20,0)	7 (17,5)	6 (15,0)	7 (23,3)	28 (18,7)
26–30 ёш	11 (27,5)	10 (25,0)	10 (25,0)	8 (26,7)	39 (26,0)
31–35 ёш	12 (30,0)	13 (32,5)	13 (32,5)	9 (30,0)	47 (31,3)
36–40 ёш	9 (22,5)	10 (25,0)	11 (27,5)	6 (20,0)	36 (24,0)
Ўртача ёш, M±m	31,8±0,7	32,6±0,6	33,1±0,7	32,2±0,8	32,4±0,5

Изоҳ: гуруҳлар ўртасида ёш тақсимоти бўйича ишончли фарқ аниқланмади ($\chi^2=1,31$; $p>0,05$).

Менархе кўпчилик аёлларда 13–15 ёшда бошланган (62,5–67,5%), бу жиҳатдан гуруҳлар фарқ қилмади ($\chi^2=0,32$; $p>0,05$). Ҳайз бузилишларининг таркиби эса гуруҳларда анча фарқли бўлди (2-жадвал).

2-жадвал. Бачадон миомасининг турли FIGO топик вариантларида ҳайз функцияси кўрсаткичлари, n (%)

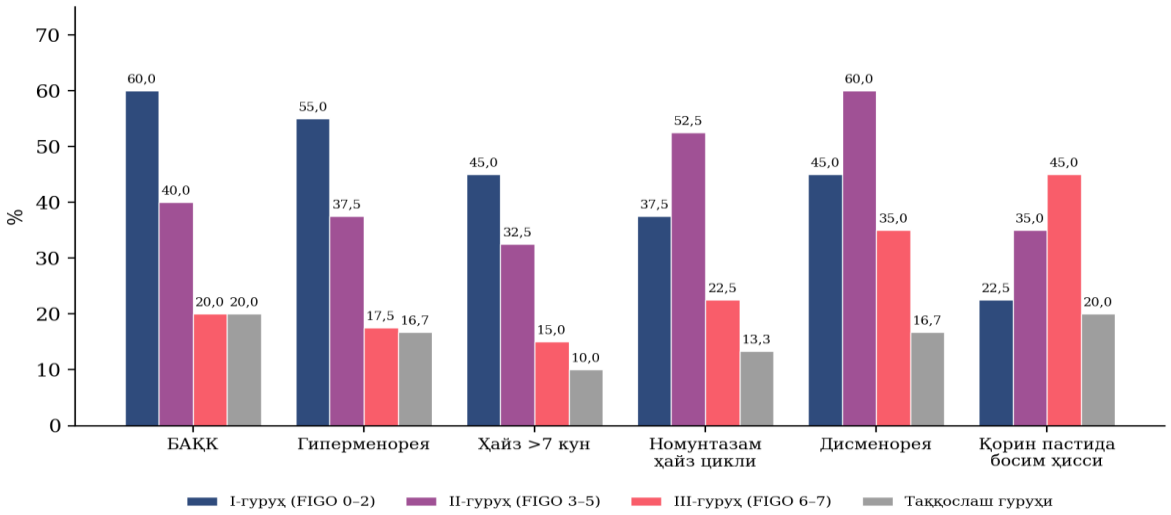
Кўрсаткичлар	I-гуруҳ FIGO 0–2, n=40	II-гуруҳ FIGO 3–5, n=40	III-гуруҳ FIGO 6–7, n=40	Таққослаш гуруҳи, n=30	χ^2	p
Менархе ёши						
11–12 ёшда	7 (17,5)	8 (20,0)	7 (17,5)	5 (16,7)		
13–15 ёшда	27 (67,5)	25 (62,5)	26 (65,0)	20 (66,7)	0,32*	0,999
16 ёшдан кейин	6 (15,0)	7 (17,5)	7 (17,5)	5 (16,7)		
Ҳайз функцияси бузилишлари ва клиник белгилар						
Бачадондан аномал қон кетиши	24 (60,0)	16 (40,0)	8 (20,0)	6 (20,0)	18,06	<0,001
Гиперменорея	22 (55,0)	15 (37,5)	7 (17,5)	5 (16,7)	17,17	<0,001
Ҳайз давомийлиги 7 кундан ортиқ	18 (45,0)	13 (32,5)	6 (15,0)	3 (10,0)	14,62	0,002
Номунтазам ҳайз цикли	15 (37,5)	21 (52,5)	9 (22,5)	4 (13,3)	14,56	0,002
Ҳайз цикли 30 кундан ортиқ	17 (42,5)	19 (47,5)	11 (27,5)	4 (13,3)	11,00	0,012
Дисменорея	18 (45,0)	24 (60,0)	14 (35,0)	5 (16,7)	14,20	0,003
Ҳайз олди оғриқ синдроми	14 (35,0)	20 (50,0)	10 (25,0)	4 (13,3)	11,83	0,008
Қорин пастки қисмида босим ҳисси	9 (22,5)	14 (35,0)	18 (45,0)	6 (20,0)	6,96	0,073

*Изоҳ: χ^2 — Pearson мезони (df=3); * — менархе ёши тақсимоти бўйича умумий χ^2 (4×3 жадвал, df=6); p<0,05 — статистик аҳамиятли фарқ.*

Қон кетиши билан боғлиқ белгилар тугун бачадон бўшлиғидан узоқлашган сари камайиб борди. БАҚК I-гуруҳда 60,0%, II-гуруҳда 40,0%, III-гуруҳда 20,0% аёлда (χ^2=18,06; p<0,001), гиперменорея эса мос равишда 55,0%, 37,5% ва 17,5% ҳолатда учради (χ^2=17,17; p<0,001). Ҳайзнинг 7 кундан узоқ давом этиши ҳам кўпроқ субмукоз миомада кузатилди (45,0%; χ^2=14,62; p=0,002).

Интрамурал миомали аёлларда манзара бошқача эди. Уларда номунтазам цикл (52,5%; χ^2=14,56; p=0,002), дисменорея (60,0%; χ^2=14,20; p=0,003) ва ҳайз олди оғриқлари (50,0%; χ^2=11,83; p=0,008) бошқа гуруҳларга қараганда кўп учради. 30 кундан узун цикл I ва II гуруҳларда (42,5% ва 47,5%) таққослаш гуруҳидагидан (13,3%) анча кўп эди (χ^2=11,00; p=0,012), лекин цикл давомийлигининг умумий тақсимотида фарқ ишончли чиқмади (χ^2=11,04; p=0,087).

Субсероз миомада ҳайз бузилишлари кам бўлиб, беморларни кўпроқ қорин пастидаги босим ва ноқулайлик безовта қилди (45,0%). Аммо бу белги бўйича фарқ статистик ишончли даражага етмади (χ^2=6,96; p=0,073). Эҳтимол, босим ҳисси тугуннинг жойлашувидан кўра унинг катталиги ва бачадон ҳажмига кўпроқ боғлиқдир (1-расм).



1-расм. Бачадон миомасининг турли FIGO топик вариантларида ҳайз функцияси бузилишлари ва клиник белгиларнинг учраш частотаси, %

Таққослаш гуруҳини чиқариб, фақат учта FIGO гуруҳини солиштирганимизда ҳам БАҚК (χ^2=13,33; p=0,001), гиперменорея (χ^2=12,13; p=0,002) ва номунтазам цикл (χ^2=7,68; p=0,022) бўйича фарқлар сақланди. Дисменорея бўйича фарқ эса чегаравий бўлди (χ^2=5,09; p=0,079). Демак, топилган фарқлар таққослаш гуруҳининг таркибига боғлиқ эмас.

Шикоятлар ҳам гуруҳларда турлича эди. Субмукоз миомали аёллар кўпроқ кўп ва узоқ ҳайздан, ҳайзлараро қонли ажралмалардан ва ҳомиладор бўла олмасликдан шикоят қилишди. Интрамурал миомада оғриқли ҳайз, қорин пастидаги оғриқ ва цикл бузилиши, субсероз миомада эса қўшни аъзоларга босим ва қорин катталашгандек ҳис кўпроқ учради.

Бепуштлик ҳам тугуннинг жойлашувига қараб ўзгарди (3-жадвал). У I-гуруҳда 31 нафар (77,5%), II-гуруҳда 26 нафар (65,0%), III-гуруҳда 15 нафар (37,5%), таққослаш гуруҳида 9 нафар (30,0%) аёлда аниқланди (χ^2=22,18; p<0,001). Бирламчи бепуштлик субмукоз миомада энг кўп учради — 42,5% (χ^2=9,45; p=0,024). Иккиламчи бепуштлик бўйича гуруҳлар ишончли фарқ қилмади (χ^2=4,93; p=0,177). Фақат учта FIGO гуруҳи солиштирилганда ҳам бепуштлик бўйича фарқ сақланди (χ^2=13,96; p<0,001).

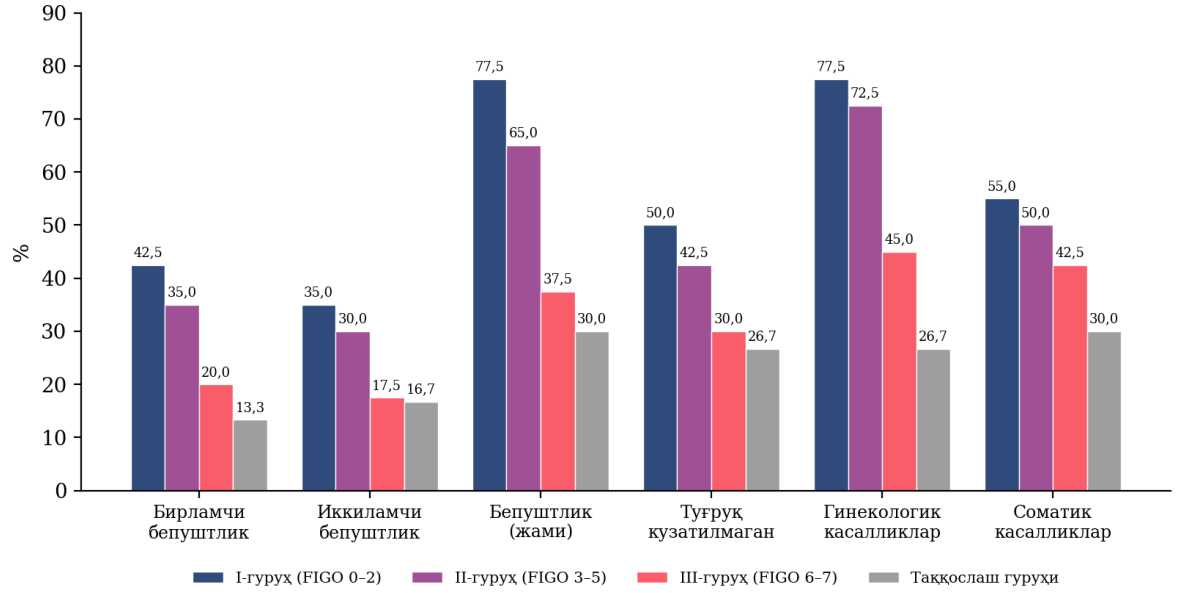
3-жадвал. Бачадон миомасининг турли FIGO топик вариантларида репродуктив, гинекологик ва соматик анамнез, n (%)

Кўрсаткичлар	I-гуруҳ FIGO 0–2, n=40	II-гуруҳ FIGO 3–5, n=40	III-гуруҳ FIGO 6–7, n=40	Таққослаш гуруҳи, n=30	χ^2	p
Репродуктив ва акушерлик анамнези						
Бирламчи бепуштлик	17 (42,5)	14 (35,0)	8 (20,0)	4 (13,3)	9,45	0,024
Иккиламчи бепуштлик	14 (35,0)	12 (30,0)	7 (17,5)	5 (16,7)	4,93	0,177
Бепуштлик (жами)	31 (77,5)	26 (65,0)	15 (37,5)	9 (30,0)	22,18	<0,001
Туғруқ кузатилмаган	20 (50,0)	17 (42,5)	12 (30,0)	8 (26,7)	5,51	0,138
Гинекологик ва соматик фон						
Гинекологик касалликлар	31 (77,5)	29 (72,5)	18 (45,0)	8 (26,7)	24,43	<0,001
Соматик касалликлар	22 (55,0)	20 (50,0)	17 (42,5)	9 (30,0)	4,84	0,184

Изоҳ: χ^2 — Pearson мезони (df=3); p<0,05 — статистик аҳамиятли фарқ.

Туғмаган аёллар улуши I-гуруҳда 50,0%, II-гуруҳда 42,5%, III-гуруҳда 30,0%, таққослаш гуруҳида 26,7% эди. Субмукоз миомадан субсероз миомага томон бу кўрсаткич камайган бўлса-да, фарқ ишончли эмас (χ^2=5,51; p=0,138). Ҳомила тушиши ва эрта муддатдаги ҳомиладорлик йўқотишлари асосан субмукоз ва интрамурал миомали аёлларда учради.

Ёндош гинекологик касалликлар (сурункали эндометрит, эндометрий гиперплазияси, цервицит, бактериал вагиноз, сальпингоофорит, илгари ўтказилган муолажалар) I-гуруҳда 77,5%, II-гуруҳда 72,5%, III-гуруҳда 45,0%, таққослаш гуруҳида 26,7% аёлда топилди (χ^2=24,43; p<0,001; учта FIGO гуруҳи ўртасида χ^2=10,77; p=0,005). Соматик касалликлар эса гуруҳларда 30,0% дан 55,0% гача учради ва фарқ ишончли бўлмади (χ^2=4,84; p=0,184). Анемия, кутилганидек, қон кетиши кўп бўлган субмукоз миомада кўп қайд этилди (35,0%). Семизлик, моддалар алмашинуви ва қалқонсимон без бузилишлари асосан 31–40 ёшли беморларда учради (2-расм).



2-расм. Бачадон миомасининг турли FIGO топик вариантларида репродуктив, гинекологик ва соматик анамнез кўрсаткичлари, %

Муҳокама. Тадқиқотимиз миоманинг FIGO бўйича тури беморнинг шикоятлари ва анамнезини анча олдиндан белгилаб беришини кўрсатди. Субмукоз миомада қон кетиши ва бепуштлик, интрамурал миомада цикл бузилиши ва оғриқ, субсероз миомада эса босим билан боғлиқ шикоятлар устун келди.

БАҚК ва гиперменорея частотасининг субмукоз миомадан субсероз миомага томон камайиши PALM-COEIN тизимида субмукоз тугунларни қон кетишнинг алоҳида сабаби сифатида ажратилишига мос келади [5, 6]. Бундай тугун эндометрий юзасини катталаштиради, бачадон бўшлиғини деформация қилади ва эндометрийдаги гемостазни бузади [6, 15]. I-гуруҳда анемиянинг тез-тез учраши шу қон йўқотишнинг оқибати бўлиб, бундай беморларда қон таҳлилини мажбурий текширувлар қаторига киритиш кераклигини эслатади.

Интрамурал миомада номунтазам цикл, дисменорея ва ҳайз олди оғриқларининг кўп учрашини тугуннинг миометрий тузилиши ва эндометрий–миометрий чегара соҳасига таъсири билан тушунтириш мумкин. Адабиётда бундай тугунлар миометрий қисқарувчанлиги ва перистальтикасини бузиши, маҳаллий яллиғланиш ва ангиогенезни ўзгартириши ҳақида маълумотлар бор [10, 11]. Олдинги ишларимизда айнан шу гуруҳда эндометрий–миометрий чегарасининг ноаниқлиги ва субэндометриал қон оқимида

қаршилик ортиши аниқланган эди. Бу инструментал топилмалар ҳозирги клиник маълумотлар билан бир-бирини тўлдиради.

Бепуштлик частотаси FIGO 0–2 (77,5%) ва FIGO 3–5 (65,0%) гуруҳларида юқори, субсероз миомада эса анча паст (37,5%) бўлди. Бу бачадон бўшлиғини деформация қилувчи миомалар фертилликни пасайтиради деган маълумотларга мос келади [8, 9, 11, 12]. Бирламчи бепуштликнинг кўпроқ субмукоз миомада учраши механик омил имплантацияга бевосита халал беришини кўрсатади. Субсероз миомада эса бепуштлик частотаси таққослаш гуруҳиникига яқин бўлди — бу ҳам уларнинг фертилликка таъсири кам экани ҳақидаги фикрни қўллаб-қувватлайди [8, 12].

Субмукоз ва интрамурал миомали аёлларнинг тўртдан уч қисмида ёндош гинекологик касалликлар борлиги эътиборга лойиқ. Сурункали эндометрит, гиперплазия ва илгари ўтказилган муолажалар миома билан бирга эндометрийга қўшимча зарар етказиши мумкин. Шунинг учун фарзанд режалаштираётган бундай беморларда эндометрийни ҳар томонлама текшириш мақсадга мувофиқ [7, 11]. Соматик касалликлар бўйича фарқ бўлмагани эса улар миоманинг жойлашувидан кўра ёш ва метаболик ҳолат билан кўпроқ боғлиқ эканини кўрсатиши мумкин [14, 16].

Ишимизнинг айрим камчиликларини ҳам таъкидлаш лозим. Таққослаш гуруҳига даволанишдан воз кечган беморлар киритилган; уларда шикоятлар одатда енгилроқ бўлади ва бу асосий гуруҳлар билан фарқни бир оз катталаштириши мумкин. Шу сабабли асосий натижаларни учта FIGO гуруҳи ўртасида алоҳида текширдик ва уларнинг кўпчилиги ўзгаришсиз қолди. Репродуктив анамнез бемор сўзи ва тиббий ҳужжатлар асосида йиғилган, бир нечта тугун бўлганда эса гуруҳлаш фақат доминант тугун бўйича амалга оширилган — аралаш жойлашувнинг таъсирини бу тўлиқ акс эттирмаслиги мумкин.

Хулоса

1. Бачадон миомасида ҳайз ва репродуктив функция бузилишларининг хусусияти кўп жиҳатдан тугуннинг FIGO бўйича турига боғлиқ. Субмукоз миомада (FIGO 0–2) БАҚК (60,0%), гиперменорея (55,0%) ва узоқ давом этувчи ҳайз (45,0%) кўп учрайди.

2. Интрамурал миомада (FIGO 3–5) номунтазам цикл (52,5%), дисменорея (60,0%) ва ҳайз олди оғриқлари (50,0%) олдинги ўринда туради. Субсероз миомада (FIGO 6–7) ҳайз бузилишлари кам бўлиб, асосан босим билан боғлиқ шикоятлар кузатилади.

3. Бепуштлик тугун бачадон бўшлиғига қанча яқин бўлса, шунча кўп учрайди: FIGO 0–2 да 77,5%, FIGO 3–5 да 65,0%, FIGO 6–7 да 37,5% ($p<0,001$). Бирламчи бепуштлик субмукоз миомада энг кўп (42,5%).

4. Субмукоз ва интрамурал миомали аёлларда ёндош гинекологик касалликлар кўп учрагани (77,5% ва 72,5%) учун улар репродуктив хавфи юқори гуруҳ сифатида қаралиши, эндометрий ҳолати эса эхография, допплерометрия ва морфологик текширув ёрдамида батафсил баҳоланиши лозим.

АДАБИЁТЛАР

1. Stewart E.A., Cookson C.L., Gandolfo R.A., Schulze-Rath R. Epidemiology of uterine fibroids: a systematic review. BJOG. 2017;124(10):1501–1512. doi: 10.1111/1471-0528.14640.

2. Giuliani E., As-Sanie S., Marsh E.E. Epidemiology and management of uterine fibroids. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2020;149(1):3–9. doi: 10.1002/ijgo.13102.

3. Munro M.G., Tchaikovski S.N., Murji A. The epidemiology and pathogenesis of uterine fibroids. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2025;171(3):1029–1045. doi: 10.1002/ijgo.70527.

4. Lakabi R., Harth S., Meinhold-Heerlein I., Olsthoorn A.V., Munro M.G., Murji A. Diagnosis and classification of uterine fibroids. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2025;171(2):566–573. doi: 10.1002/ijgo.70538.

5. Munro M.G., Critchley H.O.D., Fraser I.S.; FIGO Menstrual Disorders Committee. 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;143(3):393–408. doi: 10.1002/ijgo.12666.

6. Vannuccini S., Petraglia F., Carmona F., Calaf J., Chapron C. The modern management of uterine fibroids-related abnormal uterine bleeding. Fertility and Sterility. 2024;122(1):20–30. doi: 10.1016/j.fertnstert.2024.04.041.

7. Mension E., Carmona F., Vannuccini S., Chapron C. Clinical signs and diagnosis of fibroids from adolescence to menopause. Fertility and Sterility. 2024;122(1):12–19. doi: 10.1016/j.fertnstert.2024.05.003.

8. Pritts E.A., Parker W.H., Olive D.L. Fibroids and infertility: an updated systematic review of the evidence. Fertility and Sterility. 2009;91(4):1215–1223. doi: 10.1016/j.fertnstert.2008.01.051.

9. Freytag D., Günther V., Maass N., Alkatout I. Uterine fibroids and infertility. Diagnostics. 2021;11(8):1455. doi: 10.3390/diagnostics11081455.

10. Don E.E., Mijatovic V., Huirne J.A.F. Infertility in patients with uterine fibroids: a debate about the hypothetical mechanisms. Human Reproduction. 2023;38(11):2045–2054. doi: 10.1093/humrep/dead194.

11. Donnez J., Taylor H.S., Marcellin L., Dolmans M.M. Uterine fibroid-related infertility: mechanisms and management. Fertility and Sterility. 2024;122(1):31–39. doi: 10.1016/j.fertnstert.2024.02.049.

12. Turkgeldi E., Kalkan Ü., Ata B. Uterine fibroids & infertility: which fibroids should be removed? — a narrative review. Gynecology and Pelvic Medicine. 2024;7:26. doi: 10.21037/gpm-22-29.

13. Marsh E.E., Al-Hendy A., Kappus D., Galitsky A., Stewart E.A., Kerolous M. Burden, prevalence, and treatment of uterine fibroids: a survey of U.S. women. Journal of Women's Health. 2018;27(11):1359–1367. doi: 10.1089/jwh.2018.7076.

14. Wise L.A., Laughlin-Tommaso S.K. Epidemiology of uterine fibroids: from menarche to menopause. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2016;59(1):2–24. doi: 10.1097/GRF.0000000000000164.

15. Bulun S.E., Yin P., Wei J.J., Zuberi A., Iizuka T., Suzuki T., et al. Uterine fibroids. Physiological Reviews. 2025;105(4):1947–1988. doi: 10.1152/physrev.00010.2024.

16. Pavone D., Clemenza S., Sorbi F., Fambrini M., Petraglia F. Epidemiology and risk factors of uterine fibroids. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. 2018;46:3–11. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2017.09.004.