

РЕПРОДУКТИВ ЁШДАГИ АЁЛЛАРДА БАЧАДОН МИОМАСИНИНГ FIGO ТОПИК ВАРИАНТЛАРИ ВА КЛИНИК КЕЧИШИ: РЕТРОСПЕКТИВ ТАҲЛИЛ НАТИЖАЛАРИ

Мухитдинова М.Ё

Шокирова С.М

Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон, Ўзбекистон

<https://doi.org/10.5281/zenodo.23044940>

Долзарблиги. Миоманинг кечиши ва репродуктив оқибатлари нафақат тугуннинг катталигига, балки унинг FIGO бўйича турига ва аёлнинг ёшига ҳам боғлиқ. Амалиётда бу омиллар даволаш режасини тузишда қанчалик ҳисобга олинаётгани ҳақида маҳаллий маълумотлар кам.

Мақсад. Эрта ва кеч репродуктив ёшдаги аёлларда миоманинг FIGO турлари бўйича тақсимоли, клиник кечиши ҳамда илгари қўлланилган текширув ва даволаш натижаларини тиббий ҳужжатлар асосида ўрганиш.

Материал ва усуллар. 2023–2024 йилларда Андижон шаҳар 2-сон туғруқ комплексида бачадон миомаси ташхиси қўйилган 18–40 ёшли 100 нафар аёлнинг амбулатор карталари, ультратовуш баённомалари ва таҳлил натижалари кўриб чиқилди. Аёллар икки гуруҳга бўлинди: 18–35 ёшлилар ($n=50$, ўртача $29,4 \pm 0,5$ ёш) ва 36–40 ёшлилар ($n=50$, ўртача $38,1 \pm 0,3$ ёш). Тугунлар FIGO бўйича таснифланди; бир нечта тугун бўлса, эндометрийга энг кўп таъсир қилаётгани ҳисобга олинди. Гуруҳлар χ^2 мезони билан солиштирилди.

Натижалар. Энг кўп интрамурал ва интрамурал-субсероз миома (FIGO 3–5) учради — 43,0%. Субмукоз миома (FIGO 0–2) 32,0%, субсероз миома (FIGO 6–7) 25,0% ҳолатда аниқланди. Ёшроқ аёлларда субмукоз (36,0%) ва интрамурал (44,0%) тугунлар, 36 ёшдан катталарда эса субсероз тугунлар (30,0% ва 20,0%) бир оз кўпроқ бўлди, лекин бу фарқ ишончли эмас ($\chi^2=1,52$; $p>0,05$).

Ҳайз бузилишлари ёш гуруҳда 68,0%, катта ёшдагиларда 78,0% аёлда бор эди ($\chi^2=1,27$; $p>0,05$). Бачадондан аномал қон кетиши 50,0% ва 56,0%, дисменорея 48,0% ва 58,0% ҳолатда учради. Қон кетиши ва гиперменорея кўпроқ субмукоз, оғриқли ҳайз ва цикл бузилиши эса интрамурал миомада кузатилди. Фарзанд кўриш билан боғлиқ муаммолар 54,0% ва 58,0% аёлда қайд этилди. 36 ёшдан катта аёлларда иккиламчи бепуштлиқ (36,0% ва 22,0%), ҳомила тушиши (30,0% ва 22,0%), эндометрий патологияси (56,0% ва 44,0%) ва илгари ўтказилган муолажалар (42,0% ва 26,0%) кўпроқ учради, аммо бу фарқлар ишончли даражага етмади ($p>0,05$).

Трансвагинал ультратовуш барча аёлларда ўтказилган. Бироқ доплерометрия 62,0%, гормонал текширув 74,0%, гистероскопия 21,0%, эндометрий биопсияси эса бор-йўғи 18,0% беморда бажарилган. Даволаш кўпинча қон тўхтатувчи дорилар (34,0%), темир препаратлари (31,0%), гормонлар (28,0%) ва яллиғланишга қарши воситалар (22,0%) билан чекланган; гистероскопик муолажа 11,0%, миомэктомия 9,0% аёлга қилинган. Шикоятлар батамом йўқолиши 29,0%, қисман яхшиланиш 38,0% беморда қайд этилган, қолган 33,0% да эса шикоятлар сақланган ёки қайтарилган. Катта ёшдаги аёлларда бу кўрсаткич юқорироқ бўлди (38,0% ва 28,0%).

Хулоса. Ёшроқ аёлларда субмукоз ва интрамурал миома кўпроқ учраса, 36 ёшдан кейин иккиламчи бепуштлиқ, эндометрий патологияси ва илгари ўтказилган муолажалар кўпаяди. Илгари эндометрий кам ҳолатда чуқур текширилган, даволаш эса асосан симптоматик бўлган, шу

Multidisciplinary research and Innovation (SICMRI 2026)

сабабли ҳар учинчи беморда шикоятлар сақланиб қолган. Бу эса даволаш режасини тузишда тугуннинг FIGO бўйича тури, эндометрий ҳолати ва аёлнинг фарзанд режасини ҳисобга оладиган ёндашувга эҳтиёж борлигини кўрсатади.

Адабиётлар

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. 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.000000000000164.