

ЭНДОМЕТРИОЗ КАСАЛЛИГИНИНГ КЛИНИК КИЧИШИ ВА ДИАГНОСТИКАСИНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ.

Шопулатов Эркин Холтожиевич

2-сон Акушерлик ва гинекология кафедраси ассистенти

Самарқанд давлат тиббиёт университети,

Самарқанд шаҳри, Ўзбекистон Республикаси

Резюме: Бугунги кунда эндометриоз касаллигини тарқалиши частотасининг юқорилиги туфайли замонавий гинекологиянинг долзарб мавзуларидан бирига айланиб улгирди. Оғир клиник белгилар, қайталаниш тенденцияси ва кичик чаноқ аъзоларида битишманинг тез ривожланиши шунингдек малигнизатсияланиш эҳтимолига эгалигидир. Патологик жараённинг ривожланиши ва унинг тарқалиши билан эндометриоз аутоиммун жараёнлар фонида гормонал мувозанат билан боғлиқдир. Аёл танасининг тизимли касаллиги, кейинчалик репродуктив тизимнинг, чаноқ аъзоларининг кўплаб функцияларининг бузилиши ва аёлнинг психосоматик эмотсионал ҳолатига таъсир курсатади. Эндометриоз гетеротопияларни тубдан олиб ташлашнинг иложи йўқлиги эса касаллик беморларнинг ҳаёт сифатини пасайтиради, ҳомиладор булишга салбий таъсир қилади. Биринчи аломатлар пайдо бўлишидан ташхис қўйиш ва даволанишни бошлашгунча бўлган давр нисбатан узоқлиги билан тавсифланади.

Калит сўзлар: эндометриоз, репродуктив тизим, эндометриознинг гетеротопиялари

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКА ЭНДОМЕТРИОЗНОЙ БОЛЕЗНИ.

Шопулатов Эркин Холтожиевич

Ассистент кафедра 2-акушерства и гинекологии

Самаркандский государственный медицинский университет,

город Самарканд, Республика Узбекистан

Резюме: Сегодня эндометриоз стал одной из актуальных тем современной гинекологии из-за его высокой распространенности. Тяжелая клиническая симптоматика, склонность к рецидивам и быстрому развитию спаечного процесса в органах малого таза, а также возможность малигнизации.

Развитие и распространение патологического процесса связано с гормональным дисбалансом на фоне аутоиммунных процессов. Являясь системным заболеванием женского организма, оно в дальнейшем приводит к нарушению многих функций репродуктивной системы, органов малого таза, влияет на психосоматическое и эмоциональное состояние женщины. Невозможность полного удаления эндометриозных гетеротопий снижает качество жизни пациенток и негативно влияет на фертильность. Период от появления первых симптомов до постановки диагноза и начала лечения характеризуется относительно длительным сроком.

Ключевые слова: эндометриоз, репродуктивная система, эндометриозные гетеротопии

FEATURES OF THE CLINICAL COURSE AND DIAGNOSIS OF ENDOMETRIOSIS.

Shopulatov Erkin Holtozhievich

Assistant Professor, Department 2-Obstetrics and Gynecology

Samarkand State Medical University,

Samarkand, Republic of Uzbekistan

Summary: Today, endometriosis has become one of the most relevant topics in modern gynecology due to its high prevalence. Severe clinical symptoms, a tendency to relapse and rapid development of adhesions in the pelvic organs, as well as the possibility of malignancy.

The development and spread of the pathological process is associated with hormonal imbalance on the background of autoimmune processes. Being a systemic disease of the female body, it further leads to disruption of many functions of the reproductive system, pelvic organs, affects the psychosomatic and emotional state of a woman. The inability to completely remove endometriotic heterotopias reduces the quality of life of patients and negatively affects fertility. The period from the appearance of the first symptoms to the diagnosis and the start of treatment is characterized by a relatively long period.

Key words: endometriosis, reproductive system, endometriotic heterotopias

Кириш. Бир қатор муаллифларнинг маълумот беришларича, эндометриоз билан касалланиш аёлларнинг репродуктив тизимининг барча касалликлари орасида 7%- 10% дан 80% ни ташкил қилади. Бироқ, эндометриознинг ҳақиқий частотаси номаълум. Гинекологик касалликлар структурасида мазкур касаллик яллиғланиш касалликлари ва миомадан кейин учинчи ўринда туради [1,2].

Эндометриоз касаллиги бизнинг минтақамизда кам диагностика қилинади, аммо бу касаллик бизда кам учрайди, дегани эмас. Кўплаб беморлар бошқа ташхислар билан самарасиз даволаниб, азоб чекиб юрганлиги эндиликда бизга маълум. Эндометриоз туфайли бепуштликка дучор бўлган аёллар ҳам талайгина. Кам диагностика қилиниши билан бирга, уни даволашда ҳам бир қанча камчиликларга йўл қўйилмоқда. Тан олиш лозимки, бизда ҳозирги пайтда эндометриоз билан оғриган беморларни олиб боришда аниқ ва ягона даволаш протоколи хали ишлаб чиқилмаган.

Ишнинг максади. Эндометриоз касаллигининг клиник кичиши ва диагностикасининг хусусиятларини шрганиш.

Тадқиқот материаллари ва муҳокамаси

Эндометриоз касаллиги асосан репродуктив ёшдаги аёлларда ривожланади, лекин ҳайз даври мунтазамлашган қизларда ва усмир беморларда (15-17%),

пери ва постменопаузал аёлларда (8-10% гача) ҳам учрайди. Операция қилинган барча беморларда эндометриоз ва бачадон миомасининг комбинатсияси 46-85% га этади. Хулоса маълумотларга кўра, Қўшма Штатларда эндометриоз репродуктив ёшдаги аёлларнинг тахминан 70-80 %ида бепуштлиқ, ҳайз даврининг бузилиши ва оғриқ кузатилган.

Одатда эндометриоз кам учрайдиган касалликлардан бири сифатида қаралади. Аслида эса, асосланган тиббиёт маълумотларга қараганда, кенг қамровли рандомизатсияланган текширишларнинг кўрсатишича, лапароскопия қилинган аёлларнинг 10% да турли катталиқдаги эндометриоз учоқлари топилган [3]. Аммо, жуда кўп ҳолатларда улар ҳеч қандай клиник белгиларсиз кечади ва аёлни безовта қилмайди. Яна кўп ҳолларда эндометриоз енгил ёки ўрта даражали алгодисменорея кўринишида кечади. Бундай ҳолларда камдан кам эндометриоз ташхиси қўйилади, одатда бошқа диагнозлар – турли яллиғланиш касалликлари ёки инфантилизм ташхиси остида беморлар олиб борилади [4,5].

Эндометриоз - гормонларга боғлиқ патологик жараён бўлиб, эндометрий тўқимасининг бачадон бўшлиғидан ташқарида жойлашиши билан характерланади. Ундан фарқ равишда аденомиоз эндометрий тўқимасининг миометрийга ўсиб киришидир. Биринчи навбатда кичик чаноқ аъзолари – тухумдон, фаллопий найлари, тўғри ичак-бачадон боғламалари, йўғон ичакнинг ректосигмоидал бўлими ва сийдик пуфағи зарарланади. Касаллик гематоген йўл билан тарқалганда бошқа узоқ органлар – буйрак, упка, кўз конъюнктиваси каби орган зарарланади [5,6].

Эндометриоз деярли фақат репродуктив ёшда учрайдиган касалликлар жумласига киради. Эндометриоз учрайдиган ўртача ёш 25-29 ни ташкил этади. Постменопаузадаги аёлларда эса, ҳатто ўринбосар гормонал терапия қўлланган тақдирда ҳам, жуда камдан кам ҳолларда эндометриоз симптоматикаси намоён бўлади.

Касалликнинг этиология ва патогенези ўзига хос бўлиб, унинг келиб чиқиши ва ривожланишини тушунтириб берувчи метапластик, имплантатсион, механик, гематоген назариялар мавжуд. Хозирги вақтда учта назария – имплантатсион, гематоген ва механик назариялар тан олинади. Имплантатсион назарияга кўра, хайз қонининг ретроград оқиши натижасида эндометрий хужайралари кичик чанок бўшлиғига киради ва турли аъзоларга имплантатсияланади [7]. Гематоген назарияга кўра, эндометрий фрагментлари (бўлакчалари) қон томирлар ва лимфа томирлари орқали тарқалади, бунда экстрагенитал эндометриоз ривожланади. Механик назарияга биноан, эндометрий фрагментлари ҳар хил хирургик операциялар вақтида операцион жароҳатга ёки қорин бўшлиғига тушиб қолади ва кўпая бошлайди.

Эндометриознинг ирсиятга боғлиқлиги хақида ҳам талайгина далиллар мавжуд. Эндометриоз билан оғриган беморнинг опа-сингилларида ёки онасида эндометриоз учраш хавфи 7%ни ташкил этади. Бутун популятсияда эса бу хавф 1%га тенг [6].

Иммунитетнинг пасайиши ҳам эндометриозга олиб келувчи омиллардан биридир. Нормада организмнинг исталган жойида пайдо бўлган бегона хужайралар иммун тизими томонидан йўқ қилинади. Иммун тизимдаги етишмовчилик ўз-ўзидан аёнки, эктопик жойлашиб қолган эндометрий хужайраларининг ўсишига ва алоҳида учоқ ҳосил қилишига шароит яратади. Эндометриоз классификацияси асосан, локализатсияга асосланган классификациядир. Бу бежиз эмас. Зеро, касаллик клиникаси эндометриоз учоғининг қаерда жойлашганига чамбарчас боғлиқдир. Албатта даволаш тактикаси ҳам шундан келиб чиқади.

Аввало, генитал ва экстрагенитал эндометриоз фарқланади. Генитал, яъни жинсий аъзолар эндометриози ҳам ўз навбатида икки гуруҳга – ички ва ташқи эндометриозга ажратилади. Ички генитал эндометриоз деганда

эндометриоз тўқимасининг бачадон миометрийсида ривожланишига айтилади. Бошқача айтганда бу аденомиоз деб ҳам айтилади.

Экстрагенитал шакллар - топографик жиҳатдан репродуктив тизимнинг аъзолари ва тўқималарига боғлиқ бўлмаган ва қорин бўшлиғи аъзолари (ичак, сийдик пуфаги, аппендикс), ўпка ва плевра бўшлиғи, териға таъсир қилади, буйрақлар, кўзнинг конъюнктиваси, оёқ-қўллари, мия ва бошқалар. Ташқи генитал эндометриознинг тарқалишига қараб, кичик формалари, ўрта оғирликдаги ва оғир формалари фарқланади. Кичик формалар – қорин парда ва тухумдонларда битишма ва чандиқларсиз кичик-кичик учоқларнинг борлиги билан таърифланади. Ташқи эндометриознинг оғир формаси – бир тухумдонда (ёки ҳар иккала тухумдонда) диаметри 2 см дан ортиқ кисталар ҳосил бўлиши, кучли ифодаланган пароовариал ва най олди учоқлари ва битишмалари, найларнинг деформатсияси ва облитератсияси, дуглас бўшлиғи облитератсияси сийдик йўллари ва ичакларнинг патологик жараёнга тортилиши киради [1,3].

Аденомиёз билан патологик жараённинг 3 та шакли (диффуз, тугунли ва фокал) ва 4 босқич (шиллик қават остидаги қатламнинг шикастланиши, миёметриумнинг ярми қалинлиги, бутун миометрия, бачадоннинг сероз мембранасининг ўсиши) мавжуд. Шу муносабат билан кундалик клиник амалиётда ички эндометриознинг (аденомиёз) шакллари ва оғирлиги, ташқи генитал эндометриознинг тарқалиши ва инвазивлик даражаси, тухумдон эндометриоз кисталарининг ҳажми, ретросервикал эндометриознинг оғирлиги пайдо бўлиши билан клиник белгилари юзага чиқади.

Эндометриоз диагностикасида анамнез ва физикал текширишлар катта аҳамиятга эга. Циклик такрорланиувчи оғриқ синдроми унинг ўзига хос асосий белгиларидан бири. Шунини таъкидлаб ўтиш жоизки, далилларга асосланган тиббиёт кўрсатмаларига кўра, вагинал кўрик ултратовуш текширишидан кўра анча информатив усул ҳисобланади. Агар эндометриоз кичик чаноқ бўшлиғи соҳасида жойлашган бўлса, тегишли жойда оғриқли

тугунчалар пайпасланади. Ретротсервикал эндометриозга диагноз қўйишда ректал текшириш кўпроқ маълумот беради [4,5].

Ультратовуш текшириши динамикада ўтказилганда жиддий диагностик аҳамиятга эга бўлиши мумкин. Бунда УТТ ни камида икки марта – хайз кўришдан олдин ва кейин ўтказиш мақсадга мувофиқдир. Эндометриоз тугуни хайз кўришдан олдин катталашади, хайз тугагандан кейин эса аксинча, кичраяди. Бу феномен эндометриоз диагностикасида патогномоник рол ўйнаши мумкин;

- гистеросалпингография (аденомиёз даражасини, бепуштликлнинг тубо-перитонеал омилини аниқлаш имконини беради; хайз даврининг 5-7-кунидан кечиктирмай, бачадон бўшлиғини сувда эрувчан контраст билан тулиқ тўлдириш орқали амалга оширилади);
- лапароскопия (ташқи генитал эндометриоз, кичик шакллар, битишмалар, дифференциал диагностика учун юқори диагностик аҳамиятга эга; бир вақтнинг ўзида даволаш имконияти, чаноқ аъзоларининг ўсма белгиларини аниқлаш, гормонал диагностика (умумий шакллар учун, дифференциал диагностика зарурати, ўрин босар гормонал терапиясининг самарадорлигини назорат қилиш) амалга оширилади);

Касалликнинг клиник манзараси одатда менструатсиянинг оғриқли бўлиши билан намоён бўлади. Қорин пастида ва белдаги оғриқ дисменорея, диспареуния, баъзан ациклик оғриқ шаклида бўлиши мумкин. Экстрагенитал эндометриозни, яъни эндометриоз учоғининг кичик чаноқ аъзоларидан ташқарида жойлашиши бутунлай ўзгача клиник манзарага эга бўлади, ҳар бир зарарланган аъзолар томонидан келиб чиқадиган белгиларга сабаб бўлади. Масалан упка эндометриозида- қон туфлаш ва плеврит белгилари; операцион жароҳат эндометриозида- жароҳатнинг шишиши ва оғриқли бўлиши, терининг зарарланиши кўзатилиши мумкин. ҳар қандай ҳолатда ҳам мазкур оғриқлар циклик такрорланиб туради ва айнан шу нарса диагноз қўйишда муҳим аҳамиятга эга. Диспареуния (оғриқли жинсий алоқа) ва

алгодисменорея билан келган барча беморларда эндометриозни истисно қилиш лозим бўлади [5]. Ҳар бир орган учун ўзига хос клиник кўринишлар мавжуд бўлса, бу касалликнинг умумий симптомлар мажмуаси мавжуд. Бунга қуйидагилар киради:

Оғриқ синдроми, табиатда циклик ("ҳайзли") бўлиб, патологик жараённинг узок давом этиши учун прогрессивлик ва қатъийлик тенденцияси билан. Оғриқнинг локализацияси ҳар хил бўлиши мумкин, лекин кўпинча у икки томонлама бўлиб, бел соҳаси, чанок суягига, анусга тарқалади. Қаттиқ оғриқ ва диспареуния одатда ректовагинал ҳудуднинг чуқур инфилтратив эндометриози билан боғлиқ бўлади. Кистларнинг микроперфорацияси билан перитонит ҳодисалар ривожланиши мумкин (кўнгил айланиши, қусиш, метеоризм, тана ҳароратининг кўтарилиши); эндометриоз кистанинг ёрилишида «ўткир қорин» синдроми кузатилади ва перитонитга олиб келиши мумкин.

Алгоменорея (дисменорея), меноррагия (кўпинча аденомиоз билан), ҳайздан олдин ва кейинги қон кетиш, "контакт" қон кетиши, ҳайз кўриш ритмининг бузилиши ва бошқалар каби ҳайз даврининг бузилиши. Репродуктив функциянинг пасайиши, бачадон найчаларининг обструкцияси, деформацияланиши, ва қорин пардага ёпишиши билан тухумдонларнинг тўлиқ изоляцияси, тухумдонлар тўқималарининг бевосита шикастланиши (овуляциянинг бузилиши) оқибатидир.

Диспареуния – жинсий алоқа пайтида оғриқ бўлиб, унга сабаб қуйидалардир: эндометриоз учоғининг бачадон ортида жойлашиши, тухумдоннинг эндометриоз кастаси, эндометриоз натижасида бачадоннинг орқага букилиши ёки силжиши [4].

Бачадон шиллиқ пардаси билан синхрон тарзда эктопик учоқларда ҳам циклик ўзгаришлар кўзатилади, аммо ҳеч вақт эндометрийнинг десквамацияси кўзатилмайди. Сурункали оғриқ синдроми. Турли

интенсивликдаги оғрик синдроми аёлнинг бахтли турмуш кечиришига халақит беради, иш қобилиятини пасайтиради.

Одатда Эндометриознинг экстрагенитал формалари - упка, буйрак, қорин парда эндометриози ва бошқалар ногироликка олиб келиши мумкин. Эндометриозни даволашдан олдин даволаш услини танлаш мақсадга мувофиқ бўлади. Даволаш усли касалликнинг шаклига, клиник кечишига, давомийлигига қараб, шунингдек, беморнинг талаблари асосида хал қилинади. Даволаш мақсади оғрикни вақтинча қолдириш, бемор ахволини маълум муддатга яхшилаш ёки оператив даволаш орқали бутунлай тузатиш бўлиши мумкин.

Хулоса:

Замонавий гинекология амалиётда эндометриозни даволашда қуйидаги усуллар қўлланилади: консерватив яъни гормонал, гормонал бўлмаган ва жарроҳлик, шунингдик комбинатсияланган (жарроҳлик ва консерватив). Жарроҳлик даволашнинг мақсади ўзгармаган (макроскопик ва палпатсия қилинадиган) тўқималарда эндометриоз ўчоқларини максимал даражада кесишдир. Ёш аёлларда репродуктив функцияни сақлаб қолиш мақсадга мувофиқдир, шунинг учун кам инвазив ва реконструктив операцияларга интилиш керак. Ёш аёлларда қисқа вақтдан бери давом этаётган эндометриоз аниқланганда, яхшиси, кутиш тактикасига амал қилган маъқул. Бунда ҳеч қандай даво чораси қўлланилмайди. Кенг кўламли рандомизатсияланган тадқиқотларда маълум бўлдики, даволаш бундай аёлларда натижани деярли ўзгартирмайди. Даво курси олган аёлларда 72% ҳолларда 1 йил давомида хомиладорлик рўй берган.

Фойдаланилган адабиётлар.

1. Аль-Шукри С.Х., Кузьмин И.В. Гиперактивность детрузора и urgentное недержание мочи.-Спб, 2020.

2. Кузмичев Л.Н., Леонов Б.В., Смолникова В.Ю. и соавт. Эндометриоз: этиология и патогенез, пролема бесплодия и современные пути ее решения в программе экстракорпорального оплодотворения. //Акуш. и гинек. –2001. - №2. –С. 8-11.
3. Посисеева Л.В., Назарова А.О., Шарабанова И.Ю. и соавт. Эндометриоз: клинико-экстрагенитальные сопоставления. //Проблемы репродукции. –2001. №4. –С. 27-31.
4. Сметнин В.П., Румилович Л.Т. Неоперативная гинекология. Руководство для врачей. –2001. М.: Медитсина.
5. Сидорова И.С., Коган Е.А., Зайратянс О.В. и соавт. Новый взгляд на природу эндометриоза (аденомиоза). //Акуш и гинек. –2002. -№3. –С. 32-38.
6. Савицкий Г.А. Савицкий А.Г. Недержания мочи в связи напряжением у женщин. Спб., 2000.
7. Филонова Л.В., Александрова Н.Н., Бруснитсина В.Ю. и соавт. Способ доклинической диагностики генитального эндометриоза. //Российский вестник акуш.-гинек. –2003. -№1. –С. 69-72.