

**BACHADON MIOMASI: ZAMONAVIY DIAGNOSTIKA VA
KONSERVATIV HAMDA JARROHLIK DAVOLASH USULLARINING
QIYOSIY TAHLILI**

Ro'ziyeva Farida Rustam qizi

Termiz Iqtisodiyot va Servis Universiteti

Tibbiyot fakulteti davolash ishi talabasi

Kibriyev Bexruz Abduraxmonovich

Termiz iqtisodiyot va servis universiteti

Tibbiyot fakulteti o'qituvchisi

Kibriev1991@gmail.com

Kattaboyeva Muhayyo Nurmuhammad qizi

Termiz Iqtisodiyot va Servis Universiteti,

Tibbiyot fakulteti, Terapevtik fanlar kafedrasida O'zbekiston

E-mail: muhayyo_kattaboyeva@tues.uz;

mnkattaboyeva@gmail.com

ORCID: 0009-0005-7146-1255

Tel.: +998 91 589 93 07

Annotatsiya. Bachadon miomasi reproduktiv yoshdagi ayollarda uchraydigan eng ko'p benign ginekologik o'smalardan biri bo'lib, u ko'p hayz ko'rish, tos og'rig'i, bosim simptomlari, temir tanqisligi anemiyasi va reproduktiv muammolar bilan namoyon bo'lishi mumkin. Zamonaviy klinik amaliyotda tashxis qo'yish birgina fizik ko'rik bilan cheklanmaydi; transvaginal UZI, pelvik UZI, sonogisterografiya, gistroskopiya va zarur holatlarda MRT mioma soni, hajmi, joylashuvi hamda endometriy kavitasiga ta'sirini aniqlashda muhim ahamiyat kasb etadi. Ushbu maqolaning maqsadi bachadon miomasida diagnostik yo'lni va konservativ hamda jarrohlik yondashuvlarni o'zaro qiyoslab, ularning klinik afzalliklari, cheklovlari va tanlash mezonlarini tahlil qilishdan iborat. Ishda ACOG, NICE, RadiologyInfo va 2024-yilgi sharh hamda meta-tahlil ma'lumotlari asosida tavsifiy-analitik yondashuv qo'llanildi. Tahlil shuni ko'rsatdiki, UZI birinchi qator usul bo'lib qolmoqda, submukoz mioma gumonida outpatient gistroskopiya yoki sonogisterografiya muhim, katta va ko'p sonli miomalarda hamda organ saqlovchi aralashuv rejalanganda MRT diagnostik aniqlikni oshiradi. Konservativ davolashda traneksamik kislota, NSAID, LNG-IUS, kombinatsiyalangan gormonal vositalar, progestinlar, GnRH agonist va antagonistlari simptomlarni kamaytiradi, biroq yirik yoki kavita deformatsiyasi qiluvchi miomalarda

imkoniyatlari cheklanishi mumkin. Jarrohlik usullardan gisteroskopik myomektomiya submukoz tugunlarda, laparoskopik yoki ochiq myomektomiya fertilitetni saqlash maqsadida, histerektomiya esa radikal davolash sifatida muhim o'rin tutadi. UAE va MRgFUS kam invaziv alternativa bo'lsa-da, qayta aralashuv ehtiyoji ayrim bemorlarda yuqoriroq bo'lishi mumkin. Xulosa qilib aytganda, bachadon miomasini samarali boshqarish uchun diagnostik aniqlik, FIGO klassifikatsiyasi, simptom og'irligi, reproduktiv reja va bemor afzalliklarini birlashtirgan individual yondashuv zarur.

Kalit so'zlar: bachadon miomasi, leiomioma, UZI, MRT, gistroskopiya, konservativ davolash, myomektomiya, histerektomiya, UAE, MRgFUS.

Kirish

Uterin leiomiomalar yoki bachadon miomalari ginekologik amaliyotda eng ko'p uchraydigan benign o'smalardan biridir. Turli manbalarga ko'ra, ularning histologik uchrash darajasi menopauzagacha bo'lgan davrda 50-70 foizga, ayrim populyatsiyalarda undan ham yuqoriga yetadi, biroq klinik simptomlar hamma bemorlarda kuzatilmaydi. Klinik jihatdan namoyon bo'ladigan holatlar odatda ko'p va uzoq davom etuvchi hayz, tos og'rig'i, bosim hissi, siydik pufagiga bosim, ich qotishi, jinsiy hayotdagi noqulaylik, infertillik va qayta-qayta tushish bilan bog'liq bo'ladi. Shu sababli bachadon miomasi faqat anatomik topilma emas, balki ayolning hayot sifati, mehnat qobiliyati va reproduktiv salohiyatiga ta'sir qiluvchi klinik muammo sifatida baholanishi kerak.

Miomani boshqarishdagi eng katta xato - har bir tugunni bir xil usul bilan davolashga urinishdir. Amalda esa mioma soni, FIGO bo'yicha joylashuvi, diametri, degenerativ o'zgarishlari, bachadon kavitasiga deformatsiya berishi, bemorning yoshi, fertilitet rejalari, anemiya darajasi va malignlikka shubha kabi omillar qaror qabul qilishni tubdan o'zgartiradi. Masalan, kichik va asimptomatik intramural tugun kuzatuvni talab qilishi mumkin, submukoz va ko'p hayz bilan kechayotgan miomada esa gisteroskopik yondashuv birinchi tanlovga aylanishi ehtimoli yuqori. Katta, ko'p sonli yoki bachadon arxitekturasini keskin o'zgartiruvchi tugunlarda esa tasviriy diagnostika va jarrohlik rejalashtirish ancha murakkablashadi.

So'nggi yillarda tasviriy diagnostika imkoniyatlarining kengayishi bachadon miomasiga yondashuvni sezilarli darajada o'zgartirdi. Transvaginal UZI hanuz birinchi qator usul hisoblanadi, chunki u keng mavjud, nisbatan arzon va real vaqtda morfologik baholash imkonini beradi. Biroq UZI barcha klinik savollarga javob bermaydi. Submukoz komponentni, uterin kavita bilan aloqani yoki ko'p sonli tugunlarda anatomik nisbatlarni aniqlash zarur bo'lsa, sonogisterografiya, gistroskopiya yoki MRT

kerak bo'ladi. Aynan diagnostik yo'lning to'g'ri tanlanishi ortiqcha operatsiyalarni kamaytiradi va bemorga mos davolash strategiyasini ishlab chiqishga yordam beradi.

Boshqa tomondan, zamonaviy terapiya faqat histerektomiya bilan cheklanmaydi. Konservativ yondashuvlar orasida traneksamik kislota, nosteroid yallig'lanishga qarshi preparatlar, levonorgestrel ajratuvchi intrauterin tizim, kombinatsiyalangan gormonal kontratsepsiya, og'iz orqali progesterinlar, GnRH agonistlari va GnRH antagonistlari bor. Jarrohlik spektri esa gisteroskopik, laparoskopik yoki laparotomik myomektomiyadan tortib, histerektomiyagacha kengayadi; oraliq bo'g'in sifatida UAE va MRgFUS kabi kam invaziv aralashuvlar ham mavjud. Shuning uchun hozirgi davrda asosiy savol 'miomani davolash kerakmi?' emas, balki 'qaysi bemorda qaysi diagnostik yo'l va qaysi usul eng maqsadga muvofiq?' degan savoldir.

Ushbu maqolaning dolzarbligi aynan mana shu qaror nuqtasida namoyon bo'ladi. Klinik amaliyotda ko'p hayz bilan murojaat qilgan bemorga faqat gemostatik dori buyurish, UZI topilmasini FIGO klassifikatsiyasiz qayd etish yoki reproduktiv reja hisobga olinmagan radikal operatsiya taklif etish hali ham uchrab turadi. Holbuki, zamonaviy yondashuv multidisipliner, dalillarga asoslangan va bemor markazli bo'lishi lozim. Maqolaning maqsadi bachadon miomasida diagnostik algoritmi tizimlashtirish, konservativ va jarrohlik usullarni klinik natija, fertilitet, qaytalanish xavfi, tiklanish tezligi va invazivlik bo'yicha qiyoslash hamda amaliy qaror qabul qilish uchun aniq xulosalar ishlab chiqishdan iborat.

Materiallar va metodlar

Ushbu ish narrativ sharh va tavsifiy-analitik tahlil formatida bajarildi. Maqola tayyorlashda bachadon miomasi bo'yicha klinik ko'rsatmalar, bemorlar uchun rasmiy ma'lumotnomalar, radiologik tavsiyalar va 2024-yilgacha bo'lgan sharh hamda meta-tahlillar o'rganildi. Asosiy manbalar sifatida American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), National Institute for Health and Care Excellence (NICE), RadiologyInfo hamda PubMed/PMC bazalarida e'lon qilingan so'nggi tematik sharhlar tanlandi.

Materiallarni tanlashda uchta mezon asos qilib olindi: birinchisi - diagnostik yo'lni yorituvchi va UZI, sonogisterografiya, gistroskopiya, MRT o'rnini ko'rsatadigan manbalar; ikkinchisi - konservativ davolash usullarining klinik samaradorligi va cheklovlarini bayon qiluvchi sharhlar; uchinchisi - myomektomiya, histerektomiya va kam invaziv muolajalarni qiyoslaydigan meta-tahlillar. Tahlil jarayonida simptomatik bemorlar uchun klinik natijalar sifatida ko'p hayzni nazorat qilish, tos og'rig'ini kamaytirish, bosim simptomlarini yengillashtirish, reproduktiv reja, reintervensiya ehtiyoji, tiklanish muddati va erta asoratlar o'rganildi.

Ma'lumotlar quyidagi savollar atrofida tizimlashtirildi: 1) qaysi bemorda qaysi tasviriy diagnostika usuli birinchi tanlov bo'lishi kerak; 2) konservativ davolash qaysi klinik fenotiplarda yetarli natija beradi; 3) jarrohlik va kam invaziv usullar qaysi holatlarda afzal; 4) organ saqlash istagi bo'lgan bemorlarda qaysi kompromisslar yuzaga keladi. Tahlilning cheklovi shundaki, u yangi birlamchi klinik materialga emas, mavjud dalillarni sintez qilishga asoslangan. Shunga qaramay, tanlangan manbalar amaliy qarorlar uchun yuqori klinik ahamiyatga ega.

Natijalar

Tahlil natijalari bachadon miomasida diagnostika bosqichi davolash natijasini oldindan belgilashini ko'rsatdi. Zamonaviy klinik yo'lda birinchi qadam simptomlarni to'g'ri fenotiplashdir: ko'p hayz va anemiya ustunmi, bosim va og'riq ustunmi, yoki asosiy muammo infertillikmi. Aynan shu farq instrumental tekshiruv tanloviga ta'sir qiladi. NICE tavsiyalariga ko'ra, og'ir hayz bilan kelgan bemorda anamnez va ko'rik asosida submukoz mioma, polip yoki endometriy patologiyasi gumon qilinsa, birinchi qator tekshiruv sifatida outpatient gistroskopiya ko'rib chiqiladi; aksincha, bachadon kattalashgan, to'sda massa sezilgan yoki ko'rik qiyin bo'lsa, pelvik UZI birinchi qator tekshiruv bo'ladi. Demak, bir xil shikoyat bilan kelgan barcha bemorlarga avtomatik ravishda faqat UZI buyurish dalillarga to'liq mos kelmaydi.

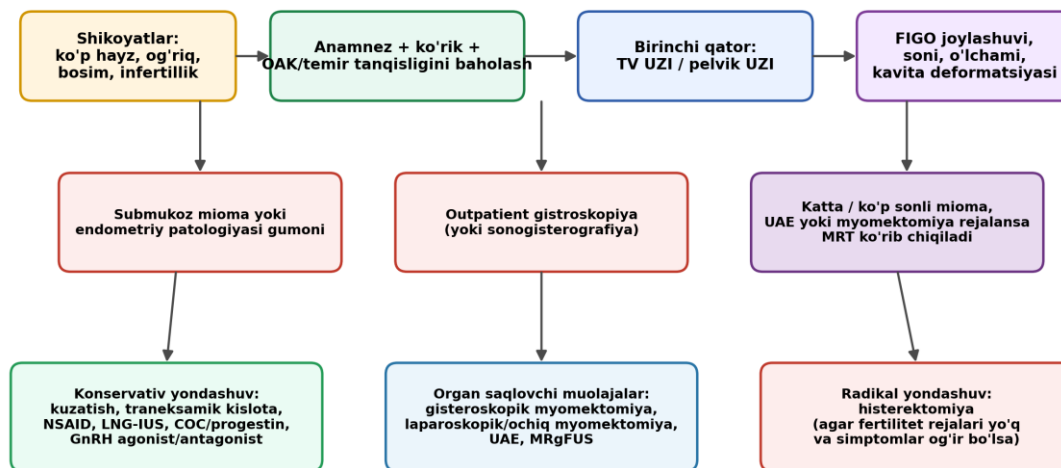
UZI bachadon miomasini aniqlashda bazaviy va amaliy jihatdan eng qulay usul bo'lib qolmoqda. 2024-yilgi narrativ sharhda transvaginal sonografiya birinchi qator usul sifatida qayd etilgan, chunki u invaziv emas, keng mavjud va tugunlarning o'lchami hamda lokalizatsiyasini tez baholaydi. Transabdominal qo'shimcha skanerlash esa yirik yoki kichik chanoqdan tashqariga chiqayotgan subseroz tugunlarda foydali. Doppler rejimi ayrim hollarda qon tomirlanish xususiyatlarini ko'rsatib, differensial diagnostikaga yordam beradi. Biroq ko'p sonli tugunlar, diffuz intramural fibromatoz yoki adenomioz bilan kombinatsiya bo'lganda UZI operatorga bog'liq bo'lib qoladi. Shu nuqtada MRTning ustunligi paydo bo'ladi.

Sonogisterografiya va gistroskopiya ayniqsa submukoz mioma yoki uterin kavita deformatsiyasi bilan bog'liq simptomlarda katta ahamiyatga ega. 2024-yilgi sharhda sonogisterografiya simptomatik bemorlarda submukoz leiomiomalarni lokalizatsiya qilishda gistroskopiya yaqin diagnostik qiymatga ega ekani, shu bilan birga kamroq invaziv va butun tugunning hajmi, chuqurligi hamda vaskulyarizatsiyasini baholash imkonini berishi ta'kidlangan. NICE esa persistent intermenstrual qon ketish yoki endometriy patologiyasi xavfi bo'lgan ayollarda gistroskopiyaning tavsiya qiladi va submukoz miomalarda gisteroskopik olib tashlashni ko'rib chiqishni tavsiya etadi.

Amaliy xulosa shuki, kavita bilan aloqasi bo'lgan tugunlarni aniqlashda 'faqat UZI yetarli' degan yondashuv ko'pincha sust natijaga olib keladi.

MRT barcha bemorlarga emas, to'g'ri tanlangan klinik holatlarda eng qimmatli usullardan biridir. NICE ko'rsatmasiga ko'ra, uterin arteriya embolizatsiyasi yoki myomektomiya rejalashtirilayotgan bo'lsa, avval UZI o'tkaziladi, ammo tugunlarning joylashuvi, soni, o'lchami yoki vaskulyarizatsiyasi bo'yicha qo'shimcha ma'lumot kerak bo'lsa, MRT ko'rib chiqiladi. RadiologyInfo ham MRTning miomani aniq nishonga olish va MRgFUS kabi muolajalarda sog'lom to'qimani asrashdagi rolini qayd etadi. Demak, MRTni skrining vositasi emas, balki ikkinchi bosqich xaritalash vositasi deb ko'rish to'g'riroq.

Bachadon miomasida diagnostika va davolash yo'li



Tanlov mezonlari: simptom og'irligi, anemiya, mioma joylashuvi va hajmi, reproduktiv reja, malignlikka shubha, hamroh kasalliklar va bemor tanlovi.

1-rasm. Bachadon miomasida diagnostika va davolash yo'lining sxematik algoritmi (muallif tomonidan tayyorlangan).

Konservativ davolash bo'yicha tahlil shuni ko'rsatdiki, barcha dori vositalari miomani bir xil darajada kichraytirmaydi va ularning ko'pi, aslida, simptomni boshqarishga qaratilgan. NICE tavsiyasida kavita deformatsiya qilmaydigan, diametri 3 sm dan kichik miomalarda LNG-IUS birinchi tanlov sifatida ko'rsatiladi; agar u mos kelmasa yoki bemor rad etsa, traneksamik kislota, NSAID, kombinatsiyalangan gormonal kontratsepsiya yoki siklik og'iz progestinlari ko'rib chiqiladi. Vannuccini va hamkorlarining 2024-yilgi sharhi ham dori vositalarining asosiy kuchi qon ketishni kamaytirish va hayot sifatini yaxshilashda ekanini, biroq ularning ko'pi tugunning

o'zini definitiv bartaraf etmasligini ta'kidlaydi. Bu juda muhim: ko'p hayz bilan kelgan bemorda gemoglobin ko'tarilishi terapiya muvaffaqiyati bo'lsa-da, mioma anatomiyasi o'zgarmagan bo'lishi mumkin.

GnRH agonistlari va antagonistlari zamonaviy konservativ davolashning eng faol gormonal yo'nalishi hisoblanadi. 2024-yilgi diagnostik-taktik sharhda elagolix va relugolix asosidagi add-back terapiyalik kombinatsiyalar og'ir hayz va mioma bilan bog'liq simptomlarni nazorat qilishda qo'llanilishi, shu bilan birga uzoq muddatli foydalanishda suyak mineral zichligini asrash uchun add-back muhimligi qayd etilgan. NICE ham relugolix-estradiol-norethisteron kombinatsiyasi va linzagolixni ma'lum simptomatik guruhlarda variant sifatida ko'rsatadi. Biroq bu dorilar ham bemor tanloviga, kontrendikatsiyalarga, narxga va monitoring imkoniyatlariga bog'liq; qolaversa, ko'pincha ular definitiv emas, ko'prik terapiya sifatida ishlatiladi.

Jarrohlik yondashuvlar qiyoslanganda, submukoz tugunlarda gisteroskopik myomektomiya eng maqsadli usul sifatida ajralib turadi. U kavita ichiga bo'rtib turgan tugunni bevosita olib tashlaydi, ko'p hayzni tez kamaytiradi va bachadonni saqlab qoladi. Ammo bu usul intramural komponent chuqur bo'lgan yoki ko'p sonli yirik tugunlarda yetarli emas. Bunday holatlarda laparoskopik yoki laparotomik myomektomiya ko'rib chiqiladi. Ular, ayniqsa, fertilitetni saqlash istagi bo'lgan bemorlarda muhim, biroq qon yo'qotish, bitishma, qaytalanish va murakkab jarrohlik strategiyasini talab qilishi mumkin.

Histerektomiya esa eng definitiv usul bo'lib, simptom qaytalanishi deyarli bo'lmaydi va ko'p sonli, yirik, qayta qaytalovchi yoki boshqa usullar samara bermagan holatlarda yuqori samaradorlik beradi. Uning eng katta cheklovi ravshan - fertilitetning butunlay yo'qolishi. Shu sababli histerektomiya klinik jihatdan kuchli usul bo'lsa-da, har doim ham 'eng yaxshi' usul emas; u faqat bemorning rejalari, yoshi, simptom og'irligi va informatsion roziligi bilan mos tushgandagina eng maqbul variantga aylanadi.

UAE va MRgFUS konservativ va klassik jarrohlik o'rtasidagi oraliq platformani tashkil etadi. RadiologyInfo ma'lumotiga ko'ra, UAE miomani oziqlantiruvchi qon ta'minotini embolik zarrachalar yordamida kamaytirib, tugunni kichraytiradi; MRgFUS esa MRT nazorati ostida yo'naltirilgan ultratovush impulslari bilan fibroid to'qimasini termik destruksiya qiladi. 2024-yilgi meta-tahlilda UAE myomektomiyaga nisbatan erta asoratlar bo'yicha qulayroq natija ko'rsatgan bo'lsa-da, to'rt yillik kuzatuvda reintervensiya ko'rsatkichi yuqoriroq (OR 1,84), keyinchalik histerektomiyaga o'tish xavfi ham balandroq (OR 4,04) bo'lgan. Shu bilan birga, homiladorlik ko'rsatkichlari va abnormal qon ketishni yaxshilash bo'yicha ayrim

natijalar taqqoslanadigan darajada bo'lgan. Bu ma'lumotlar kam invazivlik har doim uzoq muddatli ustunlik degani emasligini ko'rsatadi.

1-jadval. Konservativ, kam invaziv va jarrohlik yondashuvlarning klinik qiyosi.

Usul	Asosiy maqsad	Afzallik	Cheklov	Fertilitetg a ta'siri
Farmakoterapiya	Qon ketish va og'riqni nazorat qilish	Past invazivlik, tez boshlash, ko'prik terapiya sifatida qulay	Katta yoki kavita deformatsiya qiluvchi miomalarda anatomik muammoni to'liq hal qilmaydi	Ko'pincha saqlanadi
Gisteroskopik myomektomiya	Submukoz tugunni olib tashlash	Maqsadli, qon ketishni tez kamaytiradi, bachadon saqlanadi	Faqat mos joylashuvdagi tugunlarda samarali	Ko'pincha ijobiy
Laparoskopik/ochiq myomektomiya	Intramural/subseroz yirik tugunlarni olib tashlash	Organ saqlovchi, bosim simptomlarini kamaytiradi	Operatsion xavf, bitishma va qaytalanish ehtimoli bor	Saqlanishi mumkin
UAE / MRgFUS	Kam invaziv hajm kamaytirish	Tezroq tiklanish, katta kesma talab etmaydi	Qayta aralashuv ehtiyoji nisbatan yuqori bo'lishi mumkin	Individual baholanadi

Histerektomiya	Definitiv davolash	Simptom qaytalanishi deyarli yo'q	Reproduktiv imkoniyat yo'qoladi	Yo'qoladi
----------------	--------------------	-----------------------------------	---------------------------------	-----------

Qiyosiy tahlilning umumiy natijasi shundan iborat bo'ldiki, konservativ usullar eng yaxshi natijani kichik, kavita deformatsiya qilmaydigan, asosan qon ketish bilan namoyon bo'ladigan miomalarda beradi. Jarrohlik usullar esa anatomik muammo ustun bo'lgan, bosim va og'riq kuchli, submukoz komponent muhim yoki fertilitetga mexanik ta'sir mavjud bo'lgan holatlarda ustun. Histerektomiya maksimal simptom nazoratini beradi, ammo reproduktiv yo'qotish hisobiga; myomektomiya organ saqlaydi, biroq qaytalanish ehtimoli bor; UAE kam invaziv, ammo qayta aralashuv ehtiyoji nisbatan yuqori. Shunday qilib, 'eng yaxshi usul' emas, 'eng to'g'ri tanlangan usul' prinsipi ustun bo'lishi kerak.

Muhokama

Natijalar shuni ko'rsatadiki, bachadon miomasida asosiy klinik qaror ikki bosqichda shakllanadi: birinchisi - to'g'ri anatomik va funksional tashxis, ikkinchisi - ushbu tashxisni bemorning maqsadlari bilan moslashtirish. Agar diagnostika yuzaki bo'lsa, davolash ham yuzaki bo'ladi. Masalan, ko'p hayzdan shikoyat qilayotgan bemorda faqat gemostatik dori buyurilib, submukoz komponent aniqlanmasa, simptom vaqtincha kamayishi mumkin, biroq sabab saqlanib qoladi. Yoki aksincha, yirik intramural va subseroz tugunlari bo'lgan, ammo fertilitetni saqlashni xohlagan bemorga histerektomiya taklif etilishi klinik jihatdan samara berishi mumkin, lekin bemor maqsadi bilan mos kelmaydi. Demak, zamonaviy boshqaruvning markazida morfologiya va qadriyatlarni birlashtirgan individualizatsiya turadi.

Konservativ davolashning kuchli tomoni - uning past invazivligi, tez boshlanishi va anemiyaning qisqa muddatda nazorat qilish qobiliyatidir. Ayniqsa, operatsiyaga tayyorgarlik davrida yoki simptomlari o'rtacha bo'lgan bemorlarda bu juda muhim. Traneksamik kislota va NSAID qon ketish va dismenoreyani kamaytirishi mumkin; LNG-IUS va gormonal vositalar endometriyaga ta'sir qilib hayz hajmini tushiradi; GnRH antagonistlari esa zamonaviy ko'prik terapiya sifatida muhim. Biroq konservativ yondashuvning zaif tomoni shundaki, u tugunning morfologik muammosini hamma vaqt bartaraf etmaydi. Ayniqsa, kavita deformatsiyasi, yirik hajm, bosim simptomi yoki infertillikka mexanik ta'sir bo'lsa, farmakoterapiya ko'pincha yetarli bo'lmaydi.

Myomektomiya organ saqlovchi strategiyaning markazida turadi. U reproduktiv reja bo'lgan bemorlarda eng mantiqiy variantlardan biri, chunki patologik tugunni olib tashlab, bachadonni saqlaydi [7, 9]. Lekin myomektomiya avtomatik ravishda

fertilitetni kafolatlamaydi. Tugunlar soni ko'p, chandiqlanish xavfi baland, endometriyga yaqin kesmalar yoki keyingi homiladorlikdagi uterin xavfsizlik masalalari operatsiya oldi maslahatida muhokama qilinishi kerak. Demak, myomektomiya 'bachadonni saqlash' bilan 'reproduktiv natijani kafolatlash' orasida tenglik belgisi qo'yilmaydigan usuldir.

UAE va MRgFUS atrofidagi klinik bahslar ham aynan shu yerda keskinlashadi. Bir tomondan, bu usullar katta kesmasiz bajariladi, tiklanish odatda tezroq, erta asoratlarni profili ayrim bemorlarda qulayroq. Ikkinchi tomondan, 2024-yilgi meta-tahlilning o'zi ham UAE da uzoq muddatli reintervensiya ehtiyoji yuqoriroq bo'lishi mumkinligini ko'rsatgan. Shuning uchun kam invazivlikni uzoq muddatli ustunlik deb noto'g'ri talqin qilish xavfli. Bu usullar ayniqsa bachadonni saqlash istagi bo'lgan, lekin klassik operatsiyani xohlamaydigan yoki unga yuqori xavfli bemorlarda juda foydali bo'lishi mumkin. Ammo ular uchun ham to'g'ri bemor tanlovi, MRT asosidagi xaritalash va aniq maslahat zarur.

Histerektomiya bo'yicha qaror ko'pincha emotsional va ijtimoiy omillar bilan ham bog'liq. Klinik jihatdan u eng definitv usul: tugun qaytalanmaydi, qon ketish muammosi tugaydi, ko'p sonli va murakkab miomalarda muammo bir yo'la hal qilinadi. Ammo ko'plab bemorlar uchun bachadonni yo'qotish biologikdan tashqari psixologik ma'noga ham ega. Shu sababli histerektomiyani 'oxirgi chora' yoki aksincha 'eng yaxshi va tez yo'l' tarzida soddalashtirish to'g'ri emas. To'g'ri yondashuv - bu uni kuchli va aniq ko'rsatmaga ega usul sifatida baholash, lekin bemorning qadriyatlarini va rejalari bilan muvofiqlashtirishdir.

Diagnostika va davolashning integratsiyalashgan modeli quyidagi amaliy qoida bilan ifodalanishi mumkin. Agar klinik fenotip asosan qon ketish bo'lsa va mioma kichik hamda kavita deformatsiyasi minimal bo'lsa, birinchi navbatda konservativ yo'l mantiqan to'g'ri. Agar submukoz tugun ko'p hayz va infertillikka sabab bo'layotgan bo'lsa, gisteroskopik yechim ko'proq maqsadli. Agar katta intramural yoki ko'p sonli tugunlar bachadon geometriyasini o'zgartirgan bo'lsa, UZI va zarur MRT asosida myomektomiya yoki histerektomiya rejalashtiriladi. Agar bemor kam invazivlikni ustun qo'ysa va risk-profil mos bo'lsa, UAE yoki MRgFUS ko'rib chiqiladi.

Shunday qilib, bachadon miomasida zamonaviy yondashuv texnologiyalarning ko'payganidan ko'ra, tanlovning murakkablashgani bilan xarakterlanadi. Muammo usullar yetishmasligida emas; muammo qaysi usulni qaysi bemorga, qachon va qanday maqsad bilan qo'llashda. Qiyosiy tahlil aynan shuni ko'rsatdi: diagnostika qanchalik aniq bo'lsa, davolash shunchalik individual va samarali bo'ladi.

Xulosa

Bachadon miomasi bir xil klinik birlik emas, balki morfologiyasi va simptomatik profili turlicha bo'lgan holatlar majmuidir. Shu sababli diagnostik yondashuv ham bosqichma-bosqich va maqsadli bo'lishi zarur. Transvaginal va pelvik UZI birinchi qator tekshiruv sifatida yetakchi o'rinda turadi; submukoz komponent yoki endometriy patologiyasi gumonida gistroskopiya va sonogisterografiya, murakkab anatomiyada esa MRT klinik aniqlikni oshiradi.

Konservativ davolash kichik yoki kavita deformatsiya qilmaydigan, asosan ko'p hayz bilan namoyon bo'ladigan miomalarda samarali. Biroq u ko'pincha simptomni nazorat qiladi, anatomik muammoni esa to'liq bartaraf etmaydi. Jarrohlik va kam invaziv muolajalar anatomik sabab ustun bo'lgan holatlarda yuqori ahamiyatga ega: gisteroskopik myomektomiya submukoz tugunlarda, laparoskopik yoki ochiq myomektomiya organ saqlash istagida, histerektomiya esa definitv davolash sifatida ustunlik qiladi. UAE va MRgFUS esa kam invaziv alternativ bo'lib, ayrim bemorlar uchun maqbul kompromiss yaratadi.

Amaliy jihatdan eng muhim xulosa shuki, bachadon miomasida optimal natija bitta universal usulni tanlash bilan emas, balki diagnostik aniqlik, FIGO joylashuvi, simptom og'irligi, reproduktiv reja, qayta aralashuv xavfi va bemor tanlovini birlashtirgan individual qaror bilan erishiladi. Zamonaviy boshqaruvning mezonni aynan shu: to'g'ri tashxis, to'g'ri bemor va to'g'ri usul uyg'unligi.

Foydalanilgan adabiyotlar

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. Uterine Fibroids. ACOG FAQ. Washington, DC: ACOG; 2024.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. Management of Symptomatic Uterine Leiomyomas. Practice Bulletin No. 228. Obstet Gynecol. 2021.
3. National Institute for Health and Care Excellence. Heavy menstrual bleeding: assessment and management (NG88). London: NICE; updated 2021.
4. RadiologyInfo.org. Pelvis Ultrasound. Radiological Society of North America and American College of Radiology; 2023.
5. RadiologyInfo.org. Uterine Fibroid Treatments, UFE, MRgFUS. Radiological Society of North America and American College of Radiology; 2024.
6. Vannuccini S, et al. The modern management of uterine fibroids-related abnormal uterine bleeding. Minerva Obstet Gynecol. 2024.
7. Centini G, et al. Tailoring the Diagnostic Pathway for Medical and Surgical Treatment of Uterine Fibroids: A Narrative Review. Medicina (Kaunas). 2024;60(9).

8. Peng J, et al. Systematic review and meta-analysis of current evidence in uterine artery embolization vs myomectomy for symptomatic uterine fibroids. *Sci Rep.* 2024.
9. Rezk A, et al. Fertility Sparing Management in Uterine Fibroids. *StatPearls.* Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023/2025.