ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ТАДЖИКСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ АКУШЕРСТВА, ГИНЕКОЛОГИИ И ПЕРИНАТОЛОГИИ»

УДК:618.19-007.23-08 (043.2)

На правах рукописи

НИЁЗЗОДА САЙЁРА ДЖУМЪА

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У ЖЕНЩИН, АССОЦИИРОВАННЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ РЕПРОДУКТИВНЫХ ОРГАНОВ

Автореферат
Диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук по специальности
14.01.01- Акушерство и гинекология

Душанбе - 2025

Научная работа выполнена в гинекологическом отделе ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

Научный руководитель: **Хушвахтова Эргашой Хушвахтовна**
доктор медицинских наук, доцент, ведущий научный сотрудник гинекологического отдел ГУ «ТНИИ АГиП» МЗ СЗН РТ

Официальные оппоненты: **Мухамадиева Саодатхон Мансуровна** –
доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии №1 имени профессора Е.Н. Нарзуллаевой ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Рафиева Зарина Хамдамовна
доктор медицинских наук, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии медицинского факультета «Таджикский национальный университет»

Ведущая организация: ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»

Защита диссертации состоится «____» _____ 2025 г. в «_____» часов на заседании диссертационного совета 6D.KOA-006 на базе Государственного учреждения «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан. Адрес: 734002, Республика Таджикистан, г. Душанбе, ул. Мирзо-Турсунзаде, д.31. sh.tabarovna@mail.ru; телефон – 918691668.

С диссертацией и авторефератом можно ознакомиться в библиотеке и на официальном сайте (www.niiagip.tj) ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

Автореферат разослан «_____» _____ 2025 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета,
кандидат медицинских наук **Муминова Ш.Т.**

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Доброкачественные заболевания молочных желёз (ДЗМЖ) являются одной из наиболее распространённых патологий среди женщин репродуктивного возраста, охватывая, по данным различных авторов, от 30 до 70% обследованных пациенток [Е.Н. Андреева с соат., 2016; А.З. Хашукоева с соавт., 2024; Shang-Nao Xie, et all. 2019] [2, 5, 16]. К числу наиболее часто встречающихся относятся доброкачественные процессы в молочной железе: их выявляемость за последние годы достигает 60–80%. Особенно часто эти нарушения фиксируются у женщин с гинекологическими заболеваниями — в таких случаях их диагностируют у 90% пациенток. Хотя было проведено немало исследований, современные задачи, касающиеся выявления и терапии заболеваний молочной железы, в том числе на фоне воспалительных заболеваний органов малого таза, по-прежнему остаются предметом значительного научного и клинического интереса. Это связано с влиянием заболеваний органов малого таза, которые могут усугублять состояние молочных желез [В.Е. Радзинский, 2017; Л.В. Адамян, В.В. Родионов 2023] [11, 8].

Выявлено, что риск развития рака молочной железы увеличивается в пять раз при наличии доброкачественных заболеваний этого органа. В частности, диффузная мастопатия увеличивает риск злокачественного перерождения в 3-4 раза, а при узловых и пролиферативных изменениях вероятность малигнизации возрастает в 30-40 раз. Исходя из этого, доброкачественные заболевания молочных желез требуют повышенного внимания врачей различных специальностей из-за потенциальной угрозы их перехода в злокачественную форму. Исследования последних лет указывают на взаимосвязь патологии молочных желёз и заболеваний органов гениталий [Г.М. Савельева, 2020; Л.В. Адамян 2023; Pleasant V., 2022] [7, 1, 15]. Кроме того, при мастопатии снижается качество жизни женщин, что указывает на социальную значимость проблемы [И. В. Высоцкая, 2016; А.А. Белоцерковцева, 2025] [6, 3].

Многочисленные исследования свидетельствуют о том, что в 70% случаев ДЗМЖ сочетаются с патологией репродуктивной системы и нейроэндокринной сферой [Н.И. Рожкова, 2016; Л.Э. Кузнецова 2017; В.Е.

Радзинский, 2017] [14, 9, 11]. Аналогичные научные разработки были проведены и в нашей стране [Г.У. Болиева, 2006; Д.Б. Мурадова, 2012] [4, 12].

Проблема роста заболеваемости органов репродуктивной системы женщин, в том числе молочных желёз, остаётся актуальной на современном этапе, так как наличие патологии репродуктивных органов является постоянным источником дисгормональных процессов в молочных железах. Решение данной проблемы является важной составляющей здоровья и качества жизни женщин. Ключевой стратегией системы здравоохранения является установление эффективной первичной помощи, преемственности и маршрутизации пациенток [А.Д. Каприн, Н.И. Рожкова, 2021] [10]. Снижение качества жизни пациенток, высокая частота рецидивов, а также возможный онкологический риск подчёркивают важность ранней диагностики и комплексного подхода к лечению. Актуальность проблемы также обусловлена недостаточной эффективностью ряда применяемых терапевтических подходов и отсутствием единых диагностических алгоритмов, учитывающих сочетанную патологию репродуктивной системы. Результаты последних исследований подтверждают тесную взаимосвязь между дисгормональными процессами в молочных железах и патологией органов малого таза [В.Е. Радзинский, 2017; Л.В. Адамян с соавт., 2023; В.В. Родионов, 2018; Pleasant V., 2022] [11, 1, 13, 15]. Это делает необходимым проведение комплексных клинико-диагностических исследований для разработки дифференцированных подходов к ведению таких пациенток.

Степень научной разработанности изучаемой проблемы. Вопросы патогенеза, диагностики и лечения доброкачественных заболеваний молочных желёз на протяжении последних десятилетий активно изучаются в отечественной и зарубежной медицинской науке. Тем не менее, проблема ДЗМЖ в сочетании с воспалительными заболеваниями органов малого таза и ДНЯ до настоящего времени остаётся недостаточно изученной. Имеются отдельные исследования, в том числе в Республике Таджикистан [Г.У. Болиева, 2006; Д.Б. Мурадова, 2012] [4, 12], однако они не охватывают всех аспектов комплексного ведения данной категории пациенток. В этой связи существует необходимость в уточнении клинической тактики и оптимизации лечебно-диагностических

подходов.

Связь исследования с программами (проектами), научной тематикой. Диссертационная работа выполнена в рамках реализации «Национальной стратегии развития Республики Таджикистан на период до 2030 года», утвержденной Постановлением Правительства Республики Таджикистан №414 от 30 сентября 2021 г. и научно-исследовательской темы гинекологического отдела ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан «Диагностика и лечение заболеваний молочных желёз и шейки матки с использованием современных технологий» (регистрационный номер 0119TJ00973 от 02.04.2019 г.).

Общая характеристика исследования

Цель исследования: изучить особенности диагностических и лечебных мероприятий у женщин с доброкачественными заболеваниями молочных желёз на фоне патологией органов малого таза.

Задачи исследования:

1. Оценить состояние репродуктивной функции у пациенток с дисгормональными патологиями молочных желёз в сочетании с воспалительными заболеваниями органов малого таза и доброкачественными новообразованиями яичников.
2. Установить эффективность современных диагностических технологий при выявлении дисгормональных заболеваний молочных желёз на фоне воспалительных процессов в органах репродуктивной системы и доброкачественных новообразований яичников.
3. Изучить распространённость и структурные варианты дисгормональных патологий молочных желёз у женщин с воспалительными заболеваниями органов малого таза и доброкачественными новообразованиями яичников.
4. Разработать клинический алгоритм диагностики и лечения доброкачественных заболеваний молочных желёз у женщин с патологией репродуктивных органов.

Объект исследования. Проспективное обследование 502 женщин ДЗМЖ ассоциированных с хроническими воспалительными заболеваниями органов малого таза и доброкачественными новообразованиями яичников.

Предмет исследования. Консервативное и хирургическое лечения доброкачественных заболеваний молочных желёз, воспалительные заболевания органов малого таза и доброкачественные новообразования яичников, современные технологии в диагностике ДЗМЖ.

Научная новизна исследования. Впервые в регионе проведено комплексное изучение состояния молочных желёз у женщин в зависимости от патологии репродуктивных органов, представленной воспалительными заболеваниями органов малого таза и доброкачественными новообразованиями яичников.

Изучены особенности диагностики гиперпластических процессов молочных желёз с применением современных методов обследования. Установлена частота распространения и структурные варианты доброкачественных заболеваний молочных желёз у женщин с ВЗОМТ и ДНЯ. Выявлено, что при ВЗОМТ преобладает диффузная фиброзно-кистозная мастопатия с железистым компонентом, что достоверно чаще встречается у пациенток с воспалительными процессами органов гениталий. Локальная форма мастопатии статистически значимо чаще диагностируется у женщин с доброкачественными новообразованиями яичников.

Определена корреляционная связь между дисгормональными заболеваниями молочных желёз и патологией органов малого таза, в том числе с наличием трёх нозологий ВЗОМТ, поздним менархе, болями и уплотнениями в молочных железах, а также с рубцовой деформацией и железисто-мышечной гипертрофией шейки матки. Установлена статистически значимая корреляция между дисгормональными процессами молочных желез и доброкачественными новообразованиями яичников, и заболеваниями шейки матки и влагалища.

Проведён сравнительный анализ информативности ультразвуковой диагностики и рентгенологической маммографии при выявлении заболеваний

молочных желёз у пациенток с сопутствующими гинекологическими патологиями. Результаты показали отсутствие статистически значимых различий между методами, что подтверждает возможность их взаимозаменяемости. Ультразвуковое исследование и эластография рекомендованы в качестве доступных и экономически оправданных скрининговых методов. Продемонстрирована высокая эффективность эластографии в дифференциальной диагностике патологии молочных желёз, что позволило выявить изолированные образования, кисты и фиброаденомы у пациенток молодого возраста, а также оценить характер пролиферации в узловых образованиях. На основании полученных данных разработан алгоритм диагностики и выбора лечебной тактики у женщин с доброкачественными заболеваниями молочных желёз в условиях сочетанной патологии органов малого таза.

Теоретическая и научно-практическая значимость исследования. Результаты работы могут быть использованы в учебном процессе кафедр акушерства и гинекологии, а также общественного здоровья и здравоохранения медицинских вузов. На основе проведённых исследований оптимизированы алгоритмы обследования и лечения женщин с ДЗМЖ на фоне воспалительных заболеваний органов малого таза и доброкачественных новообразований яичников. Предложенный алгоритм способствует повышению эффективности терапии, снижению частоты рецидивов и улучшению качества жизни пациенток. Практическое применение результатов внедрено в работу профильных отделений ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии».

Положения, выносимые на защиту:

1. Репродуктивная функция женщин с дисгормональными заболеваниями молочных желёз, ассоциированных с воспалительными заболеваниями органов малого таза и доброкачественными новообразованиями яичников характеризуется высокой частотой нарушений менструально-овариального цикла, многократных родов, неразвивающейся беременности и

бесплодия.

2. Высока эффективность комплексного обследования молочных желёз и органов малого таза, включающего самообследование, ультразвуковое исследование, эластографию, маммографию (с учётом возраста и показаний), цитологические и биохимические методы, а также бактериологические исследования.

3. При ВЗОМТ и ДНЯ преобладает диффузная фиброзно-кистозная мастопатия с железистым компонентом, что достоверно чаще встречается при воспалительных процессах гениталий, в то время как локальная форма мастопатии чаще диагностируется при доброкачественных новообразованиях яичников.

4. Предложенный алгоритм диагностики и лечения с учётом патогенеза заболеваний репродуктивных органов способствует достижению длительного без рецидивного эффекта терапии доброкачественных заболеваний молочных желёз и половых органов.

Степень достоверности результатов диссертации. Достоверность полученных результатов обеспечена объёмом собранного материала, использованием современных методов статистической обработки и клинических исследований, а также подтверждена публикациями и соответствующими выводами.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности. Диссертационная работа соответствует паспорту высшей аттестационной комиссии при Президенте Республики Таджикистан (Утвержден решением Президиума Высшей аттестационной комиссии при Президенте Республики Таджикистан от 28 сентября 2017 г. № 4/1). Шифр специальности: 14.01.01 – Акушерство и гинекология. I. Отрасль науки: Медицинские науки. II. Формула специальности: Акушерство и гинекология. III. Область исследований: 3.2. Гинекология. 3.2.1 Менструальная функция и ее нарушения. Регуляция менструальной функции, аменорея, аменорея и гипоменструальный синдром, дисфункциональные маточные нарушения, болезненные менструации. 3.2.2.

Воспалительные заболевания женских половых органов неспецифической и специфической этиологии: вульвиты, кольпиты, эндометриты, аднекситы, параметриты. Трихомониаз, гонорея, кандидоз, микоплазмоз. Хламидиоз, простой герпес. Клиника, диагностика, лечение, профилактика. 3.2.3. Предопухолевые и опухолевые заболевания половых органов. Лейкоплакии. Кисты и кистомы. Миомы. Рак и саркома. Трофобластическая болезнь. Клиника, диагностика, лечение, профилактика. Усовершенствование и предложение новых гинекологических операций.

Личный вклад соискателя ученой степени в исследовании. Диссертантом проведён системный поиск современной отечественной и зарубежной литературы по вопросам патологии молочных желёз, инфекций, передаваемых половым путём, воспалительных заболеваний органов малого таза и доброкачественных новообразований яичников, а также написан обзор литературы. Соискателем подготовлены карты первичного материала, организован сбор данных, принималось активное участие в оперативном и консервативном лечении пациенток. Выполнена статистическая обработка и анализ полученных результатов, участие в научных конференциях, написание научных статей и учебно-методического пособия, внедрение результатов исследования и подготовка диссертации и автореферата.

Апробация и реализация результатов диссертации. Основные результаты исследования представлены и обсуждены на VI и VII съездах акушеров – гинекологов Республики Таджикистан (2016 и 2022), конференции молодых ученых ГУ «ТНИИ АГиП» МЗ СЗН РТ (2016, 2023, 2024 гг), межклиническом заседании гинекологического отдела ГУ «ТНИИ АГиП» МЗ СЗН РТ (12-мая 2025), заседании Проблемной комиссии акушеров-гинекологов ГУ «ТНИИ АГиП» МЗ СЗН РТ (протокол №1 от 19 мая 2025 г). Результаты проведенных исследований внедрены в работу гинекологического отделения, отделение эндокринологической гинекологии, отделение функциональной диагностики и научной лаборатории ГУ «ТНИИ АГиП» МЗ СЗН РТ, ЦРЗ района Дж. Балхи.

Публикации по теме диссертации. По теме диссертации опубликовано 9 научных работ, из них 6 - в рецензируемых журналах, включённых в реестры ВАК при Президенте Республики Таджикистан и ВАК Российской Федерации; имеется 3 удостоверения на рационализаторское предложение.

Структура и объём диссертации. Диссертация изложена на 179 страницах компьютерного текста и включает: введение, общую характеристику работы, обзор литературы, главу, посвящённую материалам и методам исследования, три главы с результатами собственных исследований, обсуждением и выводами, заключение с практическими рекомендациями, список литературы из 153 источников, из них 78 - на русском языке и 75 - на английском. Работа иллюстрирована 26 таблицами и 14 рисунками.

Основная часть исследования

Материалы и методы исследования. Проведено проспективное наблюдение за 545 женщинами репродуктивного возраста, включавшее 213 пациенток с ВЗОМТ (I группа) и 289 пациенток с ДНЯ (II группа). Контрольную выборку составили 43 женщины, у которых репродуктивная функция не имела нарушений (III группа). Исследование проводилось на базе ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» МЗ СЗН РТ в гинекологическом отделении в период с 2015 по 2020 гг. При этом учитывались личные медицинские показатели пациенток и применялись методы ранней диагностики, что позволило получить объективные данные о распространённости изучаемой патологии.

Критерии включения в I группу: предполагали выявление у женщин репродуктивного возраста различных форм ВЗОМТ, а также определение связи этих состояний с ДЗМЖ. Во II группу включали пациенток с ДНЯ и зарегистрированными среди них ДЗМЖ, а также дававших добровольное согласие на всестороннее обследование и последующее лечение. Кроме того, в ходе работы активно использовались современные технологии диагностики и комплексная оценка состояния здоровья, соответствующая международным стандартам.

Критериями исключения из исследования явились: беременность, лактационный период, тяжелая экстрагенитальная патология, злокачественный процесс любого органа.

Критерии отбора в контрольную группу составили женщины с нормальной репродуктивной функцией, отсутствие ДЗМЖ с ВЗОМТ и ДНЯ.

Разработан дизайн исследования и лечения пациенток с составлением карт, изучена клинико-социальная характеристика пациенток с ВЗОМТ и ДНЯ. Исследование состояло из двух последовательных этапов.

Первый этап. Обследовано 213 женщин с ВЗОМТ (I группа) и 289 с ДНЯ (II группа). Включал клинико-анамнестический сбор данных, общий и гинекологический осмотр, пальпацию молочных желез, УЗИ, эластографию, маммографию, лабораторные исследования (онкомаркеры, ПЦР и т.д.).

Пациенток разделили на четыре подгруппы: Iа: ВЗОМТ + ДЗМЖ, Iб: ВЗОМТ без ДЗМЖ, IIа: ДНЯ + ДЗМЖ, IIб: ДНЯ без ДЗМЖ.

Разработан оптимизированный алгоритм диагностики и лечения ДЗМЖ на фоне ВЗОМТ и ДНЯ.

Второй этап. Лечение с учетом этиологии ВЗОМТ и специфическое лечение ЗППП. Гормональная терапия при нарушениях менструального цикла. Хирургическое лечение ДНЯ и ДЗМЖ (по показаниям). Консервативная терапия и динамическое наблюдение.

В рамках клинического наблюдения за пациентками изучались их анамнестические данные, включая анализ истории развития заболевания, социально-бытовых условий, особенности семейного положения и наследственной предрасположенности, параметры менструального цикла, репродуктивной функции, контрацептивный анамнез и характеристика лактации. При разборе жалоб особый акцент делался на симптоматику со стороны органов малого таза, природу выделений из половых путей, а также на текущее состояние молочных желез. Оценено эндокринные и метаболические характеристики пациенток. Оценка состояния молочных желез проводилась с применением пальпации в двух различных позициях. При гинекологическом

обследование проведено осмотр влагалища в зеркалах, оценку состояния шейки матки, анализ отделяемого из цервикального канала и характеристик слизистой влагалища. Выполнялось двуручное исследование матки и состояние придатков матки.

Использовалось ультразвуковое исследование для более точной диагностики патологических изменений молочных желез и органов малого таза.

Общеклинические исследования включали анализ крови, мочи, а также мазок на флору из влагалищного содержимого. В процессе предоперационной подготовки у всех пациенток проводился расширенный биохимический анализ крови (все исследования выполнялись в научной лаборатории ГУ «ТНИИ АГиП» МЗ СЗН РТ. Зав. Лабораторией Аджикова Т.).

Ультразвуковая диагностика органов малого таза и цветное допплеровское картирование проведены на базе отделения функциональной диагностики НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии МЗ СЗН РТ. Исследование состояния молочных желез осуществлялось в отделении функциональной диагностики РОНЦ МЗ СЗН РТ. Диагностика проводилась преимущественно на 5–12 дни менструального цикла, что обеспечивало максимальную информативность и достоверность результатов (специалист высшей квалификационной категории-Холматова Х. К.)

Современный метод сонографической визуализации - эластография основывается на неинвазивном определении плотности и степени жесткости выявленных новообразований, что значительно повышает диагностическую точность и позволяет более четко проводить дифференциацию между различными типами поражений. С помощью эластографии визуализируется разница в эластичности различных участков (эластография проводилась в Национальном диагностическом центре РТ на аппарате Sono-scople 40 врачом высшей квалификационной категории Бабаджановой Ф.И.)

В плане диагностики заболеваний яичников значимым индикатором выступает маркер СА-125, обладающий высокой лабораторно-диагностической ценностью для идентификации и уточнения характера поражения данной

локализации. У женщин, с выявленными патологиями молочных желез, осуществлялось определение уровня опухолевого маркера CA-15-3. Для оценки концентрации опухолевых маркеров в сыворотке крови у пациенток применялась методика иммуноферментного анализа с использованием автоматизированного анализатора «Униплан-2000». Все лабораторные процедуры выполнялись на базе отделения клинической биохимии и иммунологии ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии».

Проведение рентгенологической маммографии осуществлялось утверждённому протоколу. Исследование включало получение изображений молочных желез в трёх стандартных проекциях – прямой, боковой и косой. Этот метод диагностики позволил определить особенности структуры патологического процесса, а также выявить возможные признаки предопухолевых и опухолевых изменений (врач-рентгенолог высшей квалификационной категории, асс. кафедры РОНЦ МЗ СЗН РТ Наджмиддинов Х.Х.).

Мультифокальная трепан-биопсия проводилась всем женщинам с наличием очагового образования в молочной железе в условиях РОНЦ МЗ СЗН РТ. Применялась автоматическая биопсийная система BARD «MAGNUM» с диаметром иглы 16G.

Цитологическое и морфологическое исследование операционного материала молочных желез и опухолей яичников проводили в патоморфологической лаборатории РОНЦ МЗ СЗН РТ (врач высшей категории Восихов Ш.А.)

Статистическая обработка данных осуществлялась на основании данных, собранных в рамках проспективного наблюдения и занесённых в электронные таблицы Excel. Связи между категориальными переменными определялись посредством построения таблиц сопряжённости с использованием критерия χ^2 Пирсона. Сравнение зависимых количественных данных осуществлялось с помощью критерия Стьюдента, а в ситуациях нарушения

нормального распределения - с использованием непараметрического критерия Вилкоксона. Для оценки типа распределения данных применялся критерий Колмогорова–Смирнова. Вся статистическая обработка выполнялась с использованием программного обеспечения SPSS 17.0 (IBM SPSS Statistics, США). Статистическую значимость выявленных различий устанавливали на уровне $p<0,05$.

Результаты исследования

После обследования пациентки были распределены на следующие группы: Iа 127/59,6% женщин с ДЗМЖ на фоне ВЗОМТ, Iб 86/40,3% пациенток с воспалительными заболеваниями органов малого таза без патологии молочных желёз; группа IIа 163/56,4% ДЗМЖ на фоне ДНЯ, IIб группа 126/43,5% женщины с ДНЯ без патологии молочных желёз.

Сравнительный анализ результатов обнаружил значимые различия ($p<0,01$) в частоте возникновения диффузной формы фиброзно-кистозной мастопатии и секреторной болезни с расширением млечных протоков пациенток групп Iа и IIа. При этом, в группе IIа, где доминирует диффузная форма ФКМ, удельный вес пациенток с преобладанием железистого компонента оказался статистически значительно выше ($p<0,001$) по сравнению с группой Iа. Сравнительный анализ данных комплексного исследования молочных желёз у женщин показали, что диффузная форма ФКМ достоверно ($p<0,05$) в 1,2 чаще установлена у пациенток Iа группы по сравнению с больными IIа группы (91/71,6±3,9% и 94/57,6±3,8% соответственно). Диффузная мастопатия у женщин Iа группы в большинстве случаев имела место двусторонней локализации: 56/61,5±5,0%, что в 1,5 раза достоверно ($p<0,05$) больше, чем во IIа группе - 39/41,4±5%. Изолированный процесс выявлен только в правой молочной железе у каждой пятой (22/24,1±4,4%) и каждой третьей (31/32,9±4,8%) пациенток соответственно Iа и IIа группы. Очаговая мастопатия у женщин Iа группы имела место в четырех (3,1%) случаях, причем, только слева. А у женщин IIа группы в 7/4,3±1,5% случаях, два в левой молочной железе и в обеих грудях в 5/71,4±17,0%. Киста молочных желёз установлена у 11/8,6±2,4% в Iа группе и IIа группе у 15/9,2±2,2% пациенток, и чаще всего локализовалась в левой молочной

железе (6/54,5% и 10/66,6% случаях соответственно). В группе Ia фиброаденома молочных желез наиболее часто выявляется в правой груди – зарегистрировано 10 случаев, что соответствует 66,6% пациентов. В то же время у женщин группы IIa данная патология распределяется равномерно: её локализация наблюдается как в левой молочной железе, так и при двустороннем поражении, с общим числом случаев - 10 (50%). Исследование продемонстрировало, что галакторея, не обусловленная деторождением, встречается с высокой статистической значимостью ($p < 0,001$) почти в восемь раз чаще у женщин IIa группы (20 случаев, $12,2 \pm 2,5\%$) по сравнению с пациентками Ia группы (2 случая, 1,6%) (табл.1).

Таблица 1. – Сравнительная характеристика частоты и структуры доброкачественных заболеваний молочных желёз у обследованных женщин

Группы / **Нозология**	**Ia (n=127) n/M±m**	**IIa(n=163) n/M±m**	**Значение Хи-квадрат**	**Уровень значимости**
1Диффузная форма фиброзно-кистозной мастопатии	91/71,6±3,9*	94/57,6±3,8*	6,004	0,014
С преобладанием:				
-фиброзно-кистозного компонента	21/23,0±4,4	24/25,5±4,4	0,151	0,698
-железисто-кистозного компонента	36/39,5±5,1	36/38,3±5	0,031	0,861
-фиброзного компонента	15/16,4±3,8	16/17,0±3,8	0,01	0,923
-железистого компонента	19/20±4,2**	36/38,3±5**	6,715	0,010
2.Очаговая мастопатия	4/3,1±1,5	7/4,3±1,5	0,039	0,845
3.Киста молочных желез	11/8,6±2,4	15/9,2±2,2	0,002	0,963
4.Фиброаденома м/ж	15/11,8±2,8	20/12,2±2,5	0,004	0,951
5.Папиллома м/ж	2/1,6±1,1	3/1,8±1,0	0,080	0,778
6.Фибролипома	2/1,6±1,1	4/2,4±1,2	0,011	0,916
7.Секреторная болезнь. Расширение млечных протоков	2/1,6±1,1*	20/12,2±2,5*	10,171	0,002

Примечание: p<0,01; p**<0,001 статистическая значимость различий показателей между сравниваемыми группами (по U-критерию Манна-Уитни).*

Таким образом, наши исследования установили, что у обследованных женщин, сравниваемых групп, различные виды доброкачественных заболеваний молочных желёз. Диффузная форма ФКМ достоверно ($p<0,05$) чаще выявлена у женщин Iа группы, по сравнению с пациентками IIа группы (71,6% и 57,6%). Узловая или локальная форма мастопатии установлена в 1,5 раза достоверно ($p<0,05$) чаще больных IIа группы (42,3%) по сравнению с пациентками Iа группы (28,3%). У пациенток обеих групп достоверно чаще ($p<0,01$) имеет место двусторонняя локализация процесса доброкачественных заболеваний молочных желёз и диффузная форма ФКБ с преобладанием железисто-фиброзного компонента (39,5% и 38,3% соответственно).

Несмотря на высокую информативность ультразвуковых методов, в ряде клинических ситуаций возникали трудности при точном определении структуры и характера выявленных образований в ткани молочных желез. В подобных случаях, с учетом того, что рентгенологическая маммография признана эталонным методом для объективной оценки состояния молочных желез и обладает наибольшей точностью при дифференцировании различных патологических процессов, обследование дополнялось данным исследованием.

В рамках проведённого исследования рентгенологическая маммография была выполнена с целью уточнения структурных особенностей патологического процесса молочных желез у 45 пациенток, входивших в Iа группу, а также у 35 женщин из IIа группы. Из 45 пациенток Iа группы в 25/55,5% случаях диагностирована диффузная форма ФКМ, а на УЗИ этот показатель составил 32/71,1%. Как на УЗИ, так и на рентген маммографии чаще всего имело место фиброзно-кистозной мастопатии – 13/40,6% и 15/60% соответственно. Из локальных форм мастопатии очаговая форма на УЗИ выявлена у 4/8,8% пациенток, а на маммографии - у 7/15,5%. Фиброаденома и киста молочных желез на УЗИ установлены 2/4,4% и 3/6,6% соответственно, а на маммографии в 3/6,6% и 5/11,1% случаях. Проведенный сравнительный анализ результатов УЗИ и рентген маммографии показал, что между исследуемыми группами отсутствуют достоверные различия в средних значениях структурных параметров заболеваний молочных желез(табл.2).10

Таблица 2. – Сравнительный анализ результатов УЗИ молочных желёз и рентген маммографии у женщин Iа группы (ДЗМЖ на фоне ВЗОМТ)

Нозология	УЗИ n/%	R-графия n/%	Значение Хи-квадрат с поправкой Йейтса	Уровень значимости
1.Диффузная форма мастопатии:	32 /71,1%	25/55,5%	1,722	>0,05
-фиброзно-кистозная мастопатия	13/40,6%	15/60%	0,001	>0,05
-железисто-кистозная мастопатия	9/28,1%	6/24%	0,002	>0,05
-фиброзная мастопатия	7/21,8%	4/16%	0,048	>0,05
-железистая мастопатия	3/9,3%	-	0,951	>0,05
2.Очаговая мастопатия	4/8,8%	7/15,5%	0,414	>0,05
3.Фиброаденома	2/4,4%	3/6,6%	0,212	>0,05
4.Киста молочных желёз	3/6,6%	5/11,1%	0,137	>0,05
5.Папиллома	2/4,4%	2/4,4%	0,262	>0,05
6.Фибролипома молочной железы	2/4,4%	3/6,6%	0,212	>0,05
Всего	45	45	-	-

У пациенток IIа группы патология молочных желёз как на УЗИ, так и на рентген маммографии в основном представлена диффузной формой ФКМ: 12/32,4% и 14/40% соответственно. Из локальных форм мастопатии очаговая форма на УЗИ выявлена 4/11,4% пациенток, а на маммографии у 2/5,1%. Фиброаденома и киста молочных желез на УЗИ установлены по 8/22,8%случаев, а на маммографии соответственно в 10/28,6% и 9/25,7% случаях. Папиллома на маммографии не выявлена (табл.3).

Таблица 3. – Сравнительный анализ результатов УЗИ молочных желёз и рентген маммографии у женщин IIа группы

Нозология	УЗИ n/%	R-графия n/%	Значение Хи-квадрат с поправкой Йейтса	Уровень значимости
1.Диффузная мастопатия	12/32,4%	14/40%	0,061	>0,05
2.Очаговая мастопатия	4/11,4%	2/5,1%	0,182	>0,05
3.Фиброаденома	8/22,8%	10/28,6%	0,075	>0,05
4.Киста молочных желёз	8/22,8%	9/25,7%	0,000	>0,05
5.Папиллома	3/8,5%	-	1,393	>0,05
Всего	**35**	**35**	**-**	**-**

Полученные данные свидетельствуют, что частота выявления различных форм доброкачественных заболеваний молочных желез с помощью УЗИ и рентгенологической маммографии не имеет статистически значимых различий. Это указывает на возможность равнозначного использования обоих методов в диагностике. Повышение точности УЗИ связано с улучшением оборудования и квалификации специалистов.

Цветное допплеровское картирование выявленных образований показало, что в фиброаденомах и большинстве кистозных образований сосуды и признаки кровотока не выявлялись. Применение данной технологии расширяет возможности дифференциальной диагностики различных форм патологии молочных желез и способствует своевременному выявлению заболеваний. Кроме того, допплерография помогает более обоснованно планировать лечебные мероприятия и выбирать оптимальную тактику ведения пациенток.

После УЗИ и допплерометрии 32 пациенткам обеих групп была проведена эластография. Установлено, что у большинства пациенток имели место двусторонние образования в молочных железах (18/56,2±8,7%), а у 14/43,7±8,7% больных выявлена изолированная форма патологии, причём они локализовались только в левой молочной железе. Результаты исследования выявили, что киста и фиброаденома молочной железы имели место у 13/43,3±9% молодых нерожавших и незамужних больных. При эластографии только у одной пациентки выявлена малигнизация процесса в молочной железе.

Таким образом, при эластографии выявлено в основном двустороннее расположение образований, а при изолированной форме процесса – локализация только в левой молочной железе. Учитывая неинвазивность, высокую эффективность и отсутствие возрастных ограничений, метод эластографии целесообразно широко применять в клинической практике.

Обследование пациенток на онкомаркеры при патологии молочных желез, а также при новообразовании в яичниках установило, что концентрация ОМ СА-15,3 и СА-125 в сыворотке крови находились в пределах нормативных

данных.

Корреляционный анализ выявил связь между частотой ДЗМЖ и наличием гинекологических или экстрагенитальных заболеваний. Ассоциация отмечена у пациенток обеих групп - как у женщин с ВЗОМТ (группа Iа), так и у женщин с доброкачественными новообразованиями яичников (группа IIа). Это подтверждает значимость комплексного подхода в обследовании пациенток с патологиями молочных желез и сопутствующими заболеваниями.

Пункционная биопсия образований в молочных железах проводилась после завершения всех этапов обследования с последующим цитологическим исследованием биоптатов. У пациенток Iа группы взяты 42/46,6±5,1% и у больных IIа группы -50/54,3±5% биоптатов. Наиболее часто показание к биопсии у женщин Iа группы было наличие диффузной формы ФКМ, фиброаденомы и кисты молочных желез: 33,3%, 30,9% и 19% соответственно, а у пациенток IIа группы фиброаденома (40%) и очаговая мастопатия и киста молочных желез по 16% случаев.

Оперативное вмешательство выполнялось при следующих состояниях: узловая форма мастопатии с пролиферацией; пролиферация эпителия в кистах менее 5 мм; кисты диаметром более 5 мм без пролиферации (после тонкоигольной биопсии); повторное наполнение кист; выявление микрокальцинатов на маммографии; отсутствие эффекта от консервативной терапии.

Операция была проведена в 29 случаях при фиброаденоме молочных желез: 12 пациенток Iа группы (сочетание с ВЗОМТ) и 17 — IIа группы (сочетание с доброкачественными новообразованиями яичников). Кисты молочных желез прооперированы у 6/24±8,5% пациенток Iа группы и у 10/27,8 ± 7,4% женщин IIа группы. По 2 пациентки в каждой группе оперированы при очаговой мастопатии. Операции при внутрипротоковой папилломе выполнены с одинаковой частотой: 2/8,0 ± 5,4%) и 3/8,3 ± 4,6% случая соответственно. Секторальная резекция молочной железы проведена у 2 и 4 пациенток с

фибролипомой в группах Ia и IIa соответственно. Во всех случаях резекция выполнялась в зоне, предшествующей мультифокальной трепанбиопсии.

Всего 61 образец операционного материала прошёл гистологический анализ: Фиброаденома выявлена у 12/48 ± 9,9% женщин Ia группы и у 17/41,6 ± 8,2% пациенток IIa группы. В группе Ia преобладала перикалликулярная фиброаденома (66,6%), тогда как во IIa группе чаще встречалась интракалликулярная форма (58%). Кисты молочных желез диагностированы у 6/24 ± 8,5% и 10/27,8 ± 7,4% женщин соответственно. В половине случаев обеих групп выявлялась фиброзная киста (3/50% и 5/50% соответственно). Многокамерная киста чаще встречалась в Ia группе (2/33,3%), чем во IIa (2/20%). Жировая киста была в 1,8 раза чаще у пациенток IIa группы (30%), чем Ia (16,6%). Очаговая мастопатия морфологически соответствовала очаговой фиброзной мастопатии во всех случаях обеих групп. Внутрипротоковая папиллома встречалась с одинаковой частотой - 100% в обеих группах. Фибролипомы содержали капли жира и ангиофиброму в равной мере (по 50% в обеих группах). В группе Ia перикалликулярная фиброаденома встречалась в 2 раза чаще интракалликулярной ($p<0,05$), в то время как во IIa группе частоты были сопоставимы. Частота жировых кист значительно выше в группе IIa, а многокамерных - выше в группе Ia.

Корреляционный анализ выявил полное соответствие между очаговой мастопатией и очаговой фиброзной мастопатией, а также между папилломами и внутрипротоковыми папилломами.

Цитологический и морфологический анализы подтвердили доброкачественный характер новообразований в молочных железах и яичниках. Тем не менее, данная группа пациенток относится к группе риска по развитию онкопатологии. Для профилактики малигнизации необходимо своевременное и эффективное лечение, а также диспансерное наблюдение с использованием комплексного алгоритма обследования и терапии дисгормональных заболеваний молочных желез на фоне патологии органов гениталий.

Изучение особенностей микрофлоры у 213 женщин с ВЗОМТ показало, что ассоциации обнаруженных микроорганизмов у 127 женщин Iа группы (ВЗОМТ в сочетании с заболеваниями молочных желёз), характеризовались сочетанием нескольких видов инфекции, и самая высокая частота встречаемости выявлено сочетании 4-х инфекций (57/44,8±4,4%. В Iб группе 86 женщин с ВЗОМТ без патологии молочных желёз, моноинфекция выявлена у 4/4,6±2,2% пациенток, сочетание 3-х инфекций имело место у более половины обследованных - 45/52,3±5,3%. В Iа группе сочетание трёх инфекционных агентов выявлены достоверно ($p<0,05$) ниже, чем у пациенток Iб группы, а четырёх инфекции установлено достоверно ($p <0,001$) больше, чем у пациенток Iб группы. Trichomonas vaginalis, во всех случаях сопровождалось присутствием вирусных компонентов, таких как Cytomegalovirus и вирус простого герпеса первого и второго типов. У большинства пациенток регистрировалось совместное выявление U.urealiticum, M.hominis вместе с вышеуказанными вирусными агентами.

Проводилась этиотропная терапия у женщин с ВЗОМТ, использовался Вильпрафен. Для усиления специфической резистентности организма была реализована терапия с применением иммуномодулирующих средств. Одновременно осуществлялось проведение неспецифического противовоспалительного лечения. Для лечения и профилактики назначался противогрибковый препарат группы триазолов.

При лечении Trichomonas vaginalis и гарднереллез женщинам был назначен метронидазол, и местное лечение в виде вагинальных свечей с метронидазолом.

По окончании курса лечения повторное обследование выявило, что у большинства пациенток полностью исчезли инфекции, передающиеся половым путем: при сочетании двух инфекций - у 13/86,6% и 5/83,3%; сочетание трех инфекционных агентов - у 33/76,7% и 37/77,7%; сочетание четырех инфекций– у 43/75,4% и 8/72,7%; сочетание более четырех инфекций – у 5/55,5% и 12/60%

соответственно в Iа и Iб группах. У женщин с Trichomonas vaginalis уничтожение инфекции установлено в 47/79,6% и 31/77,5% случаях соответственно Iа и Iб группах. При отсутствии эрадикации ИППП, пациенткам после первого курса этиотропной терапией, через две недели перерыва, повторяли назначение антибиотиков последнего поколения. Важной составляющей комплексной терапии являлось параллельное лечение сопутствующих гинекологических и экстрагенитальных заболеваний у пациенток с патологией молочных желез.

В свою очередь, пациентки с ДНЯ проходили всестороннее обследование, направленное на исключение злокачественного процесса в яичниках. Во всех 83 случаях пациенток с ДОЯ произведено хирургическое удаление опухоли яичников. Объём операции при локальном поражении яичника составлял вылущивание кисты яичника или резекция яичника, а при полном поражении яичника - аднексэктомия.

Результаты изучения морфологической картины макропрепаратов установили: среди ДОЯ в 64,5±4,9% случаях - серозная цистаденома яичников, в каждом пятом (24,7±4,5%) случае эндометриоидная киста яичников. Опухолевидные образования во всех случаях были представлены фолликулярной кистой яичников. Показаниями к оперативному лечению при ООЯ явились: перекрут ножки кисты, разрыв капсулы кисты.

В современной гинекологии при кистозных образованиях яичников используется преимущественно консервативная и органосохраняющая тактика. В течение 6–12 месяцев проводилось динамическое наблюдение за 196 пациентками репродуктивного возраста, у которых были диагностированы ООЯ. По данным ультразвуковой диагностики, выявленные структуры характеризовались как однокамерные образования с тонкими стенками, не содержали внутренних перегородок, плотных включений или дополнительных полостей. При ООЯ были выявлены такие эхографические формы ретенционных кист: фолликулярная – 152/77,5±2,9% и киста жёлтого тела – 44/22,4±2,9%. Этим пациенткам назначалось консервативное лечение.

При проведении комплексной консервативной терапии пациенткам с ДЗМЖ на фоне гинекологической патологии разрабатывалась индивидуализированная схема, включавшая мероприятия по восстановлению функции щитовидной железы, обеспечению метаболического баланса и коррекции нарушений со стороны гепатобилиарной системы.

Назначалась витаминная поддержка: витамины А и Е, а количество курсов корректировалось с учётом тяжести клинических проявлений мастопатии. Также пациенткам рекомендовалось разнообразить рацион продуктами, богатыми витаминами А, Е и С, включая молоко, рыбу, печень, яичный белок, сливочное масло и кукурузу. Особое внимание уделялось ограничению потребления животных жиров. В перечень лечебных методик были также включены: фитотерапия, местная терапия, лечение ВЗОМТ и оперативное удаление доброкачественных опухолей яичников. Пациенткам, страдающих различными видами НМЦ, предусматривалось назначение комбинированного орального контрацептива «Линдинет-20» (схема контрацепции, продолжительность 3-6 месяцев). Для коррекции гиперпролактинемии, сопровождающейся не лактационными выделениями из молочных желез, применялся препарат «Достинекс». С целью уменьшения выраженности симптомов циклической масталгии и мастопатии (гиперплазии молочной железы на фоне фиброзно-кистозных изменений), был использован препарат «Мастодинон». Длительность терапии - непрерывно не менее 6 месяцев. Повторные курсы проводятся через 3-6 месяцев. Для улучшения эмоционального фона женщин назначалось одно из перечисленных седативных средств: вамелан, настойка пустырника, персен, бромкамфора; адаптогены: элеутерококк, пантокрин, настойка женьшеня.

Для объективизации результатов лечебного воздействия, состояние всех пациенток оценивали дважды: до начала курса терапии, а затем спустя 6–12 месяцев после его старта.

Таблица 4. – Эффективность комплексной терапии ДЗМЖ у обследованных пациенток с ВЗОМТ и ДНЯ на фоне терапии в течение 6- и 12 месяцев наблюдения

Группы	**Iа гр**	**IIа гр**	**Iа гр**	**IIа гр**
Результаты	**Через 6мес.**		**Через 12 мес.**	
улучшение	91/71,6±3,9	117/71,7±3,5	96/75,5±3,8	134/82,2±2,9
отсутствие жалоб	36/28,3±3,9	46/28,2±3,5	31/24,4±3,8	29/17,8±3,0

На основании полученных результатов наших исследований, нами предложен и внедрён диагностический алгоритм, который отличается универсальностью применения: он адаптирован для работы как в учреждениях первичного и вторичного звена медицинской помощи, так и на уровне специализированных центров. Такой интегрированный подход способствует своевременному выявлению даже начальных стадий заболеваний молочных желёз у женщин. Использование данной схемы позволяет осуществлять обследование на предмет патологии молочных желёз каждой пациентки, обратившейся за помощью по поводу нарушений со стороны репродуктивной системы, уже при первом посещении акушера-гинеколога, в том числе и в условиях районных лечебных учреждений. Женщинам предлагается самообследование молочных желез. В случае установления патологии молочных желез, акушер-гинеколог осуществляет грамотное направление пациентки для проведения дополнительной диагностики, уточнения клинического диагноза и определения последующей лечебной стратегии. Внедрение подобного алгоритма способствует не только росту выявляемости заболеваний на доклинических этапах, но и значительно повышает эффективность проводимой терапии, благодаря своевременной коррекции тактики ведения. В целом, диагностические методы должны использоваться комплексно, с целью полного исключения рака молочной железы.

Таким образом, своевременная диагностика заболевания молочных желез на фоне патологии органов малого таза с последующим комплексным лечением,

способствует улучшению услуг предоставляемой женщинам детородного периода и повышению качества их жизни, путем улучшения здоровья, снижения частоты доброкачественных заболеваний молочных желез, ВЗОМТ и доброкачественных новообразований яичников. Разработан алгоритм ведения больных с ДЗМЖ, сочетающийся с ВЗОМТ и ДНЯ, который включает диагностику и лечение этих больных, и показал высокую эффективность (75,5% у женщин с ВЗОМТ и 82,2% у пациенток с ДНЯ).

Выводы

1. Установлено, что среди пациенток с дисгормональными заболеваниями молочных желёз (ДЗМЖ), сопряжёнными с воспалительными заболеваниями органов малого таза (ВЗОМТ) и доброкачественными новообразованиями яичников (ДНЯ), нарушения репродуктивной функции встречаются достоверно чаще, чем у женщин с неизменёнными молочными железами. Так, нерегулярность менструального цикла фиксировалась у 30,7% и 32,5% пациенток с ДЗМЖ на фоне ВЗОМТ и ДНЯ соответственно, тогда как среди женщин без патологии молочных желез — лишь у 8,1% и 10,3% ($p<0,001$). Гипоменструальный синдром наблюдался у 15,7% женщин с ДЗМЖ (против 3,4%, $p<0,01$), ациклические маточные кровотечения — у 9,4% и 9,2% (по сравнению с 2,3% и 1,8%; $p<0,05$ и $p<0,01$). Опсоменорея регистрировалась в 3,1 раза чаще у женщин с заболеваниями молочных желёз на фоне доброкачественных новообразований яичников (12,3% против 3,9%, $p<0,05$), а частота бесплодия в 11,7 раза превышала у пациенток с ДЗМЖ на фоне ДНЯ показатели группы без заболевания молочных желез (27,1% против 2,3%, $p<0,001$). Частота неразвивающейся беременности была в 4 раза выше у женщин с патологией молочных желез (12% и 11% против 2,7% и 3,1% соответственно по группам; $p<0,05$). Доля женщин с многократными родами в группе с ВЗОМТ и ДЗМЖ (Iа группа) была достоверно выше (48,1% против 20%, $p<0,001$), чем в IIа группе **[4-А].**

2. Сравнительный анализ методов визуализации заболеваний молочных желёз показал отсутствие достоверных различий в информативности

ультразвукового исследования и маммографии ($p>0,05$), что позволяет рассматривать их как взаимозаменяемые в клинической практике. Учитывая доступность и экономическую целесообразность, рекомендовано применение УЗИ и эластографии в качестве скрининговых методов обследования **[3-А, 5-А,7-А].**

3. У пациенток с ДЗМЖ, ассоциированными с ВЗОМТ (59,6%) и доброкачественными новообразованиями яичников (56,4%), выявлено преобладание диффузной формы мастопатии у женщин с ВЗОМТ (71,6% и 57,6% соответственно ($p<0,05$), в то время как локальная форма встречалась достоверно чаще у пациенток с ДНЯ (28,3% и 42,3% соответственно, ($p<0,05$). Двусторонняя локализация патологии молочных желёз диагностировалась достоверно чаще, чем одностороннее в обеих группах (61,5% и 41,4%; $p<0,01$). Установлено преобладание железисто-фиброзного компонента в структуре фиброзно-кистозной болезни (39,5% и 38,3%). Частота ДЗМЖ среди женщин с опухолевидными образованиями яичников (68,7%) в 2,2 раза превышала аналогичный показатель у пациенток с доброкачественными опухолями яичников (31,2%, $p<0,001$) **[1-А, 6-А].**

4. У женщин с ДЗМЖ на фоне ВЗОМТ выявлены частые ассоциации урогенитальной инфекции с бактериальными (75%) и вирусными (ЦМВ – 70,0%; ВПГ – 52,7%) агентами. При этом сочетание четырёх инфекционных возбудителей регистрировалось достоверно чаще (44,8%) по сравнению с пациентками с ВЗОМТ без заболеваний молочных желёз ($p<0,001$), что указывает на выраженную полимикробную инфекционную нагрузку у данной категории пациенток **[8-А].**

5. Разработанный комплекс диагностических и лечебных мероприятий, адаптированный с учётом этиологической структуры гинекологической патологии, продемонстрировал высокую клиническую эффективность: 75,5% – у женщин с ВЗОМТ и 82,2% – у пациенток с доброкачественными новообразованиями яичников **[2-А, 9-А].**

Рекомендации для практического использования результатов исследования

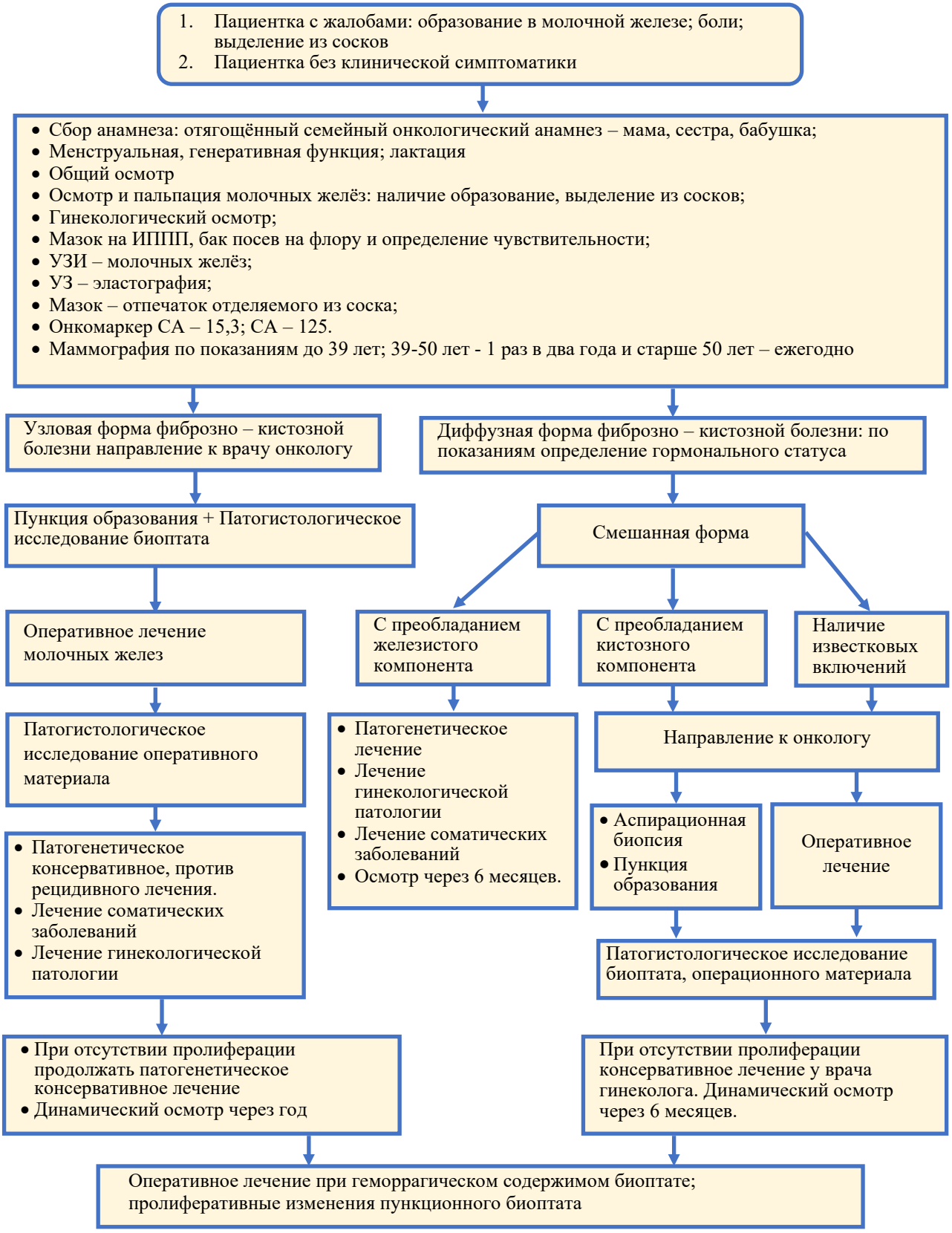
1. Женщины с воспалительными заболеваниями органов малого таза (ВЗОМТ) и доброкачественными новообразованиями яичников (ДНЯ) должны рассматриваться как группа повышенного риска по развитию дисгормональных заболеваний молочных желёз (ДЗМЖ). В связи с этим целесообразно включение комплексного обследования молочных желёз в алгоритм их ведения с обязательным междисциплинарным взаимодействием между акушерами-гинекологами и онкомаммологами.

2. При подозрении на ДЗМЖ у пациенток с ВЗОМТ и ДНЯ рекомендуется проведение ультразвуковой эластографии молочных желёз в качестве скринингового метода. Этот способ диагностики является высокоинформативным, доступным, неинвазивным и не имеет возрастных ограничений, что делает его предпочтительным для широкого клинического применения.

3. Этиотропная терапия воспалительных заболеваний органов малого таза должна основываться на результатах микробиологического исследования (бактериологический посев из цервикального канала с определением чувствительности к антибактериальным препаратам) и анализов на инфекции, передающиеся половым путём (ИППП). Лечение ДНЯ определяется характером образования: при доброкачественных опухолях показано хирургическое вмешательство; при функциональных (опухолевидных) образованиях предпочтение следует отдавать консервативной терапии с динамическим наблюдением

4. При медикаментозном лечении заболеваний молочных желёз возможно использование растительных препаратов, обладающих мягким действием и минимальным риском побочных эффектов. Их применение целесообразно у пациенток, нуждающихся в длительной терапии, а также в рамках комплексного подхода к лечению дисгормональных нарушений.

Алгоритм обследования и лечения женщин с доброкачественными заболеваниями молочных желёз и гинекологической патологией



Примечание: *обследование необходимо проводить в I фазу менструально-овариального цикла на 5-12 день. Обследование начинают с клинического исследования для определения дальнейшей тактики ведения пациенток.*

Список публикаций соискателя ученой степени

Статьи в рецензируемых журналах:

Статьи в журналах, входящих в Перечень ВАК при Президенте РТ

[1-А.] Ниязова С.Дж. Состояние молочных желёз у женщин с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями яичников [Текст] / С.Х. Холова, С.Дж. Ниязова, Э.Х. Хушвахтова, Г.У. Болиева // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2019 - Том 18. №1.- С. – 109-114.

[2-А.] Ниязова С.Дж. Алгоритм диагностики и лечения доброкачественных заболеваний молочных желёз у женщин [Текст] / Э.Х. Хушвахтова, С.Дж. Ниязова, М.Х. Курбанова, Г.У. Болиева, М.Н. Кармишева // Здравоохранение Таджикистана. - 2023. - №3.- С. – 84-91.

[3-А.] Ниязова С.Дж. Эффективность современных методов обследования доброкачественных заболеваний молочных желёз у женщин [Текст] / С.Дж. Ниязова, // Здравоохранение Таджикистана - 2023. - №4.- С. – 64-71.

[4-А.] Ниязова С.Дж. Генеративная функция женщин с доброкачественными процессами молочных желёз на фоне воспалительных заболеваний органов малого таза и доброкачественных новообразований яичников [Текст] / С. Дж. Ниязова // Научно-медицинский журнал «Симург» - 2023. - 19- №3. С. – 63-67.

[5-А.] Ниязова С.Дж. Результаты оценки цито-морфологической картины у женщин с дисгормональными заболеваниями молочных желёз и доброкачественными новообразованиями яичников [Текст] / Э.Х. Хушвахтова, С. Дж. Ниязова, М.Х. Курбанова, С.Х. Холова, // Научно-медицинский журнал «Симург» - 2023. -19- №3. С. – 39-44.

[6-А.] Ниязова С.Дж. Доброкачественные заболевания молочных желёз у женщин с патологией органов малого таза [Текст] / Дж. Ниязова, Э.Х. Хушвахтова // Научно-медицинский журнал «Симург» -2024.-23- №3. С. – 61-69.

Научные статьи, опубликованные в сборниках и других научно-практических изданиях

[7-А.] Ниязова С.Дж. Состояние молочных желёз у женщин с гинекологической патологией [Текст] / С.Дж. Ниязова, Э. Х. Хушвахтова, Ф.И. Бободжанова // Материалы VII съезда акушеров-гинекологов Республики Таджикистан (26.11.2022 г.) – Душанбе, 2022.- С. – 296-297.

[8-А.] Ниязова С.Дж. Особенности гинекологического статуса и микрофлоры у женщин с дисгормональными заболеваниями молочных желёз на фоне воспалительных заболеваний органов гениталий [Текст] /С.Дж. Ниязова, Э. Х. Хушвахтова // Научно- практический журнал «Мать и дитя» №1, 2024 С. – 27-39.

[9-А.] Хушвахтова Э.Х., Ниязова С.Дж., Болиева Г.У. Эффективность современных методов лечения доброкачественных заболеваний молочных желёз у женщин с патологией органов гениталий [Текст] / Э.Э. Хушвахтова, С.Дж. Ниязова, Г.У. Болиева // Вестник медико-социального института Таджикистана. Научно-медицинский журнал №1 (14) - 2025. С. – 64-71.

Доклады на съездах и конференциях

1. Ниязова С.Дж. Состояние молочных желёз у женщин с гинекологической патологией / VII съезд акушеров-гинекологов ГУ ТНИИ АГ и П, Душанбе – 26.11.2022 г.
2. Ниязова С.Дж. Состояние молочных желез у женщин с патологией органов гениталий. Научно-практическая конференция ГУ ТНИИ АГ и П «Неотложные состояния в акушерстве, гинекологии и перинатологии». Душанбе – 25.11.2023 г.
3. Ниязова С.Дж. Сравнительная характеристика доброкачественных заболеваний молочных желёз у женщин с патологией органов гениталий. Научно-практическая конференция ГУ ТНИИ АГ и П «Акушерские кровотечения: Современные аспекты профилактики массивных кровопотерь». Душанбе – 23.11.2024 г.

Рационализаторское предложение

1. Ниязова С.Дж. УЗ-эластография - новый неинвазивный метод для получение дополнительной информации о состоянии молочных желёз у женщин репродуктивного возраста. Э.Х. Хушвахтова, Г.К. Давлатзода, С.Дж. Ниязова, М.Х. Курбанова, З.Т. Мамедова, Г.У. Болиева. // Удостоверении №6 от 05.03.21.
2. Ниязова С.Дж. Алгоритм обследования и лечения доброкачественных заболеваний молочных желёз. / Э.Х. Хушвахтова, М.Х. Курбанова, Г.К. Давлатзода, С.Дж, Ниязова, Г.У. Болиева, М.Н. Кармишева, З.Т. Мамедова, Н.Т. Хакимова, Ф.Д. Сангинова // Удостоверении №7 05.03.21.
3. Ниязова С.Дж. Использование УЗИ молочных желёз, эластографии и маммографии для обследования молочных желёз в медицинских учреждениях разного уровня / Э.Х. Хушвахтова, М.Х. Курбанова, Г.У. Болиева, Н.Дж. Абдурахмонова, С.Дж, Ниязова, Н.Т. Хакимова, М.Н. Кармишева, С.Х. Холова, Д.М. Акилова // Удостоверении №2 28.02.2025.

Перечень сокращений и условных обозначений

ВАК – высшая аттестационная комиссия

ВЗОМТ – воспалительные заболевания органов малого таза

ВПГ – вирус простого герпеса

ГУ «ТНИИ АГиП» – Государственное учреждение «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии»

ДОЯ – доброкачественные образования яичников

ДЗМЖ – дисгормональные заболевания молочных желёз

ДНЯ – доброкачественные новообразования яичников

ИФА – Иммунноферментный анализ

ИППП – инфекции, передаваемые половым путём

МЗ СЗН РТ – Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

НМЦ – нарушения менструального цикла

ООЯ – опухолевидные образования яичников

ОМ – онкомаркер

ПЦР – полимиразная цепная реакция

РОНЦ – Республиканский онкологический научный центр

США – Соединённые Штаты Америка

УЗИ – ультразвуковое исследование

ФКБ – фиброзно-кистозная болезнь

ФКМ – фиброзно-кистозная мастопатия

ЦДК – цветное допплеровское картирование

ЦМВ – цитомегаловирус

ЦРЗ – центр репродуктивного здоровья

BI-RADS – Breast Imaging Reporting and Data Sistem

CA-15,3 – Cancer Antigen 15,3

CA-125 – Cancer Antigen 125

МУАССИСАИ ДАВЛАТИИ

«ПАЖӮҲИШГОҲИ АКУШЕРӢ, ГИНЕКОЛОГӢ ВА

ПЕРИНАТОЛОГИИ ТОҶИКИСТОН»

ВБД:618.19-007.23-08 (043.2)

Бо ҳуқуқи дастнавис

НИЁЗЗОДА САЙЁРА ҶУМЪА

ХУСУСИЯТҲОИ ТАШХИС ВА МУОЛИҶАИ БЕМОРИҲОИ ХУШСИФАТИ ҒАДУДИ ШИРИИ ЗАНҲО, КИ БО БЕМОРИҲОИ УЗВҲОИ РЕПРОДУКТИВӢ ТАВЪАМ АФТОДААСТ

Автореферати

диссертатсия барои дарёфти дараҷаи илмии номзади илмҳои тиббӣ

аз рӯйи ихтисоси 14.01.01- Момопизишкӣ ва бемориҳои занона

Душанбе - 2025

Таҳқиқоти илмӣ дар пойгоҳи бахши гинекологии МД «Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон»-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон иҷро шудааст.

Роҳбари илмӣ: **Хушвахтова Эргашой Хушвахтовна**
доктори илмҳои тиб, дотсент, корманди пешбари илмии бахши гинекологии МД «ПАГ ва ПТ» ВТ ҲИА ҶТ

Муқарризони расмӣ: **Муҳамадиева Саодатхон Мансуровна** -
доктори илмҳои тиб, профессори кафедраи акушерӣ ва гинекологии №1 ба номи профессор Е.Н. Нарзуллоева МДТ «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон»

Рафиева Зарина Ҳамдамовна
доктори илмҳои тиб, мудири кафедраи акушерӣ ва гинекологии факултаи тиббии «Донишгоҳи миллии Тоҷикистон»

Муассисаи пешбар: МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино»

Ҳимояи диссертатсия рӯзи «_____»_____с. 2025 соати «____» дар ҷаласаи шурои диссертатсионии 6D.KOA-006 дар назди Муассисаи давлатии «Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон»-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар суроғаи 734002, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, к. Мирзо Турсунзода 31 баргузор мегардад, sh.tabarovna@mail.ru; телефон – 918691668.

Бо диссертатсия ва автореферат дар китобхона ва сомонаи расми (www.niiagip.tj)-и МД «Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон»-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон шинос шудан мумкин аст.

Автореферат «_____» _____ соли 2025 ирсол гардид.

Котиби илмии
шӯрои диссертатсионӣ,
номзади илмҳои тиббӣ **Муминова Ш.Т.**

МУҚАДДИМА

Мубрамии мавзӯи таҳқиқот. Бемориҳои хушсифати ғадуди шир (БХҒШ), яке аз бемориҳои нисбатан паҳшудатарин дар байни занҳои синни репродуктивӣ ба шумор рафта, бар пояи маълумоти муҳаққиқони мухталиф, аз 30 то 70%-и занҳои бемори муоинашударо фаро мегирад [Е.Н. Андреева бо ҳамкорон, 2016; А.З. Хашукоева бо ҳамкорон, 2024; Shang-Nao Xie, et all. 2019] [2, 5, 16]. Равандҳои хушсифати ғадуди шир ба шумори амрози нисбатан бештар мушоҳидашавандаҳо тааллуқ доранд: солҳои охир сатҳи ошкоршавии онҳо ба 60–80% мерасад. Ихтилолоти мазкур махсусан зуд-зуд дар мавриди занҳои мубтало ба бемориҳои гинекологӣ ба қайд гирифта мешаванд, дар чунин ҳолатҳо онҳо ҳангоми 90%-и занҳои бемор ташхис карда мешаванд. Бо вуҷуди он ки дар ин самт пажуҳишҳо кам набуданд, вазифаҳои муосир, ки ба ошкор ва муолиҷа намудани бемориҳои ғадуди шир мутааллиқанд, аз ҷумла бемориҳои илтиҳобии узвҳои коси хурд, мисли пешина мавзуи баҳси беканори илмӣ ва клиникӣ боқӣ мемонанд. Ҳолати мазкур бо таъсири бемориҳои узвҳои коси хурд алоқамандӣ дорад, ки метавонад ҳолати ғадуди ширро мураккабтар созад [В.Е. Радзинский, 2017; Л.В. Адамян, В.В. Родионов 2023] [11, 8].

Зоҳир гардидааст, ки дар ҳолати мавҷуд будани бемориҳои хушсифати ин узв, хатари инкишоф ёфтани саратони ғадуди шир панҷ маротиба меафзояд. Хусусан, мастопатияи интишорёфта хатари табдилёбӣ ба бадсифатшавиро 3-4 маротиба меафзояд, нишондиҳандаи мазкур ҳангоми тағйирёбиҳои гиреҳӣ ва пролиферативӣ бошад, эҳтимоли малигнизатсия ба 30-40 маротиба зиёдтар мегардад. Ба асоси маълумотҳои мазкур чунин натиҷагирӣ мешавад, ки бемориҳои хушсифати ғадуди шир бо сабаби таҳдиди эҳтимолӣ ва гузариш ба шакли бадсифат, таваҷҷуҳи зиёди табибони соҳоти гуногунро тақозо менамояд. Пажуҳишҳои солҳои охир ба робитаи дуҷониба доштани патологияҳои ғадуди шир ва бемориҳои узвҳои таносулӣ далолат менамоянд [Г.М. Савельева, 2020; Л.В. Адамян 2023;

Pleasant V., 2022] [7, 1, 15]. Илова бар ин, ҳангоми мастопатия сифати умри занҳо коста мешавад, ки ҳолати мазкур аз аҳамияти иҷтимоӣ доштани мушкилоти мазкур дарак медиҳад [И.В. Высоцкая, 2016; А.А. Белоцерковцева, 2025] [6, 3].

Пажӯҳишҳои бешумор ба он далолат мекунанд, ки зимни 70 %-и ҳолатҳо БХҒШ бо бемориҳои системаи репродуктивӣ ва соҳаи нейроэндокринӣ якҷоя мешаванд [Н.И. Рожкова, 2016; Л.Э. Кузнецова 2017; В.Е. Радзинский, 2017] [14, 9, 11]. Дар кишвари мо баррасиҳои илмии ҳамсон ба амал оварда шуда буданд [Г.У. Болиева, 2006; Д.Б. Мурадова, 2012] [4, 12].

Мушкилоти болоравии дараҷаи гирифторшавӣ ба бемориҳои узвҳои системаи репродуктивии занҳо, аз ҷумла ғадуди шир, дар марҳалаи муосир мубрам боқӣ мемонад, зеро мавҷудияти патологияи узвҳои репродуктивӣ манбаи доимии равандҳои халалёбии гормонҳо дар ғадуди шир ба шумор меравад. Ҳалли мушкилоти мазкур қисмати муҳими ташкили саломатӣ ва сифати умри занҳо маҳсуб меёбад. Муайян кардани самаранокии ёрии аввалия, муттасилӣ ва маршрутизатсияи беморзанҳо стратегияи асосии системаи ҳифзи тандурустӣ ба шумор меравад [А.Д. Каприн, Н.И. Рожкова, 2021] [10]. Коҳиш ёфтани сифати умри занҳо бемор, басомади баланди такроршавиҳо, инчунин хатари имконпазири саратонӣ муҳиммияти ташхиси барвақтӣ ва равиши маҷмуӣ ба муолиҷаро таъкид менамояд. Нокифоя будани натиҷабахшии як зумра равишҳои истифодашавандаи муолиҷа ва набудани алгоритми ягонаи ташхис, ки патологияи якҷояи системаи репродуктивиро ба назар гирад, мубрамияти мушкилоти мазкурро асоснок менамояд. Натиҷаҳои пажуҳишҳои охир робитаи дуҷониба байни равандҳои халалёбии гормонҳо ва бемориҳои узвҳои коси хурдро тасдиқ мекунанд [В.Е. Радзинский, 2017; Л.В. Адамян с соавт., 2023; В.В. Родионов, 2018; Pleasant V., 2022] [11, 1, 13, 15]. Нуктаи мазкур амалинамоии таҳқиқоти маҷмуии клиникӣ-ташхисиро барои таҳияи равишҳои тафриқашаванда ба муроқабати чунин занҳои бемор зарур мегардонад.

Дараҷаи коркарди илмии проблемаи мавриди омӯзиш. Тайи

даҳсолаи охир масоили патогенез, ташхису муолиҷаи бемориҳои хушсифати ғадуди шир дар илми тибби ватаниву хориҷӣ фаъолона мавриди омӯзиш қарор гирифтааст. Бо вуҷуди ин, то имрӯз мушкилоти БХҒШ дар якҷоягӣ бо бемориҳои илтиҳобии узвҳои коси хурд ва НХТ, ба таври кофӣ таҳти омӯзиш қарор нагирифтааст. Дар ин самт пажуҳишҳои алоҳида, аз ҷумла дар Ҷумҳурии Тоҷикистон мавҷуданд [Г.У. Болиева, 2006; Д.Б. Мурадова, 2012] [4, 12], вале онҳо тамоми ҷанбаҳои муроқабати маҷмуии ин категорияҳои занҳои беморро фаро нагирифтаанд. Дар иртибот бо нуктаи мазкур, зарурати аниқ кардани шеваҳои клиникӣ ва оптимизатсияи равишҳои муолиҷавӣ-ташхисӣ ба миён омадааст.

Робитаи таҳқиқот бо барномаҳо (лоиҳаҳо), мавзуъҳои илмӣ. Кори диссертатсионӣ дар доираи амалинамоии «Стратегияи милли рушди Ҷумҳурии Тоҷикистон дар давраи то солҳои 2030» иҷро гардидааст, ки бо Қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон таҳти №414 аз 30-юми сентябри соли 2021 ва мавзуи илмӣ-таҳқиқотии шуъбаи гинекологии МД «Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон»-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон «Ташхис ва муолиҷаи бемориҳои ғадуди шир ва гарданаки бачадон бо истифода аз технологияи муосир» (рақами бақайдгирӣ 0119TJ00973 аз 02.04 с. 2019) тасдиқ шудааст.

Тавсифи умумии таҳқиқот

Мақсади таҳқиқот: омӯзиши хусусиятҳои чорабиниҳои ташхисӣ ва муолиҷавӣ дар занҳои мубтало ба бемориҳои ғадуди шир дар заминаи патологияҳои узвҳои коси хурд.

Вазифаҳои таҳқиқот:

1. Арзёбӣ намудани ҳолати функсияҳои репродуктивӣ дар мавриди занҳои бемори гирифтор ба халалёбии гормонҳои ғадуди шир, ки бо бемориҳои илтиҳобии узвҳои коси хурд ва номияҳои хушсифати тухмдонҳо якҷоя шудаанд.

2. Дар заминаи равандҳои илтиҳобии узвҳои системаи репродуктивӣ ва номияҳои хушсифати тухмдонҳо муайян кардани самаранокии технологияи муосири ташхисӣ дар ошкор кардани бемориҳои халалёбии гормонҳои ғадуди шир.
3. Омӯзиши паҳншавӣ ва вариантҳои сохтории бемориҳои халалёбии гормонҳои ғадуди шир дар мавриди занҳои гирифтор ба бемориҳои илтиҳобии узвҳои коси хурд ва номияҳои хушсифати тухмдонҳо.
4. Таҳия намудани алгоритми клиникии ташхис ва муолиҷаи бемориҳои хушсифати ғадуди шир ҳангоми занҳое, ки аз патологияҳои узвҳои репродуктивӣ ранҷ мекашанд.

Объекти таҳқиқот. Ба мақсади ошкор кардани бемориҳои ғадуди шир 502 зани мубтало ба бемориҳои музмини илтиҳобии узвҳои коси хурд ва номияҳои хушсифати тухмдонҳо таҳти муоинаи проспективӣ қарор дода шуданд.

Мавзуи (предмет) таҳқиқот. Ба таври маҷмуӣ ба кор бурдани усулҳои ғайриҷарроҳӣ ва ҷарроҳии муолиҷаи бемориҳои хушсифати ғадуди шир дар заминаи бемориҳои илтиҳобии узвҳои коси хурд ва номияҳои хушсифати тухмдонҳо бо истифода аз ташхис ва технологияи муосир.

Навгонии илмии таҳқиқот. Бори аввал дар минтақа ҳангоми занҳо омӯзиши маҷмуии ҳолати ғадудҳои шир вобаста ба патологияи узвҳои репродуктивӣ ба амал оварда шуд, ки он аз бемориҳои илтиҳобии узвҳои коси хурд ва номияҳои хушсифати тухмдон иборат буд.

Бо истифода аз усулҳои муосири муоина хусусиятҳои ташхиси равандҳои гиперплазияи ғадудҳои шир мавриди омӯзиш қарор дода шуданд. Басомади паҳншавӣ ва варинатҳои сохтории бемориҳои хушсифати ғадудҳои шир дар мариди занҳои мубтало ба БИУКХ ва НХТ муайян карда шуд. Ошкор гардид, ки ҳангоми БИУКХ мастопатияи интишорёфтаи фиброзӣ-киставӣ бо ҷузъи ғадуддор афзалият дорад, ки саҳеҳан бештар дар занҳои бемори мубтало ба раванди илтиҳобии узвҳои таносулӣ мушоҳида

мешавад. Шакли мавзеии мастопатияи аз ҷиҳати оморӣ муҳим буда, бештар ҳангоми занҳои гирифтор ба номияҳои хушсифати тухмдон ташхис мешавад.

Робитаи ҳамбаста байни бемориҳои халалёбии гормонии ғадудҳои шир ва бемориҳои узвҳои коси хурд, аз ҷумла бо мавҷудияти се нозологияи БИУКХ, менархияи таъхирафтода, дард ва сахтшавии ғадудҳои шир, инчунин деформатсияи хадшаӣ ва гипертрофияи ғадудӣ-мушакии гарданаки бачадон муайян карда шуд. Ҳамбастагии аз ҷиҳати оморӣ муҳим байни равандҳои халалёбии гормонии ғадудҳои шир ва номияҳои хушсифати тухмдон ва бемориҳои гарданаки бачадону маҳбал муайян карда шуданд.

Таҳлили муқоисавии маълумотнокии ташхис ва маммографияи рентгенологӣ ҳангоми ошкор кардани бемориҳои ғадуди шир дар занҳои бемори гирифтор бо бемориҳои ҳамроҳи гинекологӣ ба амал оварда шуд. Натиҷаҳо аз набудани фарқиятҳои аз ҷиҳати оморӣ муҳим дарак доданд, ки имконияти иваз кардани ҳамдигарро тасдиқ менамояд. Таҳқиқи ултрасадо ва эластография ҳамчун усулҳои дастрас ва аз ҷиҳати скринингӣ асоснокшуда тавсия шудаанд. Натиҷабахшии баланди ташхиси тафриқавии бемориҳои ғадуди шир нишон дода шуд, ки зоҳир намудани номияҳои изолятсияшуда, киста ва фиброаденомаҳоро дар занҳои бемори ҷавон, инчунин арзёбӣ намудани хусусиятҳои пролифератсияро дар ҳосилаҳои гиреҳиро имконпазир гардонид. Ба асоси маълумотҳои ҳосилшуда алгоритми клиникии ташхис ва интихоби равиши муолиҷа дар занҳои гирифтор ба бемориҳои хушсифати ғадуди шир дар шароити бемориҳои якҷояшудаи узвҳои коси хурд таҳия карда шуд.

Аҳамияти назариявӣ ва илмию амалии таҳқиқот. Натиҷаҳои таҳқиқотро дар раванди таълими кафедраҳои акушерӣ ва гинекологӣ, инчунин тандурустии ҷамъиятӣ ва ҳифзи тандурустии муассисаҳои олии тиббӣ ба кор бурда мумкин аст. Ба асоси пажуҳишҳои амалишуда

алгоритми муоина ва муолиҷаи занҳои мубтало ба БИУКХ дар заминаи бемориҳои илтиҳобии узвҳои коси хурд ва номияҳои хушсифати тухмдон оптимизатсия карда шуданд. Алгоритми пешниҳодгардида ба боло бурдани натиҷабахшии муолиҷа, коҳиш додани басомади такроршавиҳо ва беҳбудии сифати умри занҳои бемор мусоидат менамояд. Истифодаи амалии натиҷаҳо дар кори шуъбаҳои соҳавии МД «Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон» татбиқ карда шуданд.

Нуктаҳои ба ҳимоя пешниҳодшаванда:

1. Функсияи репродуктивии занҳои гирифтор ба бемориҳои халалёбиҳои гормонии ғадудҳои шири мубтало ба бемориҳои илтиҳобии узвҳои коси хурд ва номияҳои хушсифати тухмдон бо басомади баланди ихтилолоти даври ҳайзӣ-тухмдонӣ, зоимониҳои бисёркарата, ҳомилагӣ ва безурриётии инкишофнаёфта.

2. Самаранокии муоинаи маҷмуии ғадудҳои шир ва узвҳои коси хурд хеле баланд аст, ки фарогири худмуоина, таҳқиқи ултрасадоӣ, эластография, маммография (бо дарназардошти син ва нишондиҳандаҳо), усулҳои ситологӣ ва биохимиявӣ, инчунин таҳқиқи бактериологӣ мебошад.

3. Ҳангоми БИУКХ ва НХТ мастопатияи интишорёфтаи фиброзӣ-киставӣ бо ҷузъи ғадуддор бартарият дорад, ки ҳангоми равандҳои илтиҳобии узвҳои таносулӣ саҳеҳан бештар мушоҳида мешавад, дар ҳоле ки шакли мавзеии мастопатия бештар ҳангоми номияҳои хушсифати тухмдон ташхис мешавад.

4. Алгоритми пешниҳодгардидаи ташхис ва муолиҷа бо дарназардошти патогенези бемориҳои узвҳои репродуктивӣ ба ҳосил шудани таъсири дарозмуддати такрорнашавандаи муолиҷаи бемориҳои хушсифати ғадудҳои шир ва узвҳои таносулӣ мусоидат менамояд.

Дараҷаи эътимоднокии натиҷаҳои диссертатсия. Саҳеҳияти натиҷаҳои ҳосилшуда бо ҳаҷми маводи гирдовардашуда, истифодаи усулҳои муосири бозрасии оморӣ ва таҳқиқоти клиникӣ таъмин, инчунин

бо интишорот ва хулосаҳои дахлдор тасдиқ шудааст.

Мутобиқати диссертатсия ба шиносномаи ихтисоси илмӣ. Кори диссертатсионӣ ба шиносномаи Комиссияи олии атестатсионӣ дар назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон (бо Қарори Президиуми Комиссияи олии атетстатсионӣ аз 28-уми сентябри соли 2017 таҳти рақами 4/1 тасдиқ шудааст) мувофиқат мекунад. Рамзи ихтисос: 14.01.01 – Акушерӣ ва гинекологӣ. I. Соҳаи илм: Илми тиб. II. Формулаи ихтисос: Акушерӣ ва гинекология. III. Соҳаи таҳқиқ: 3.2. Гинекология. 3.2.1 Функсияи ҳайз ва ихтилолоти он. Танзими функсияи ҳайз, аменорея, аменорея ва синдроми гипоҳайз, халалёбии функсияи ихтилолоти бачадон, ҳайзи дарднок. 3.2.2. Бемориҳои илтиҳобии узвҳои таносулии этиологияи ғайрихосса ва хосса: илтиҳоби маҳбал, колпит, эндометрит, аднексит, параметрит. Трихомониаз, гонорея, кандидоз, микоплазмоз. Хламидиоз, табхоли одӣ. Клиника, ташхис, муолиҷа, пешгирӣ. 3.2.3. Бемориҳои пешазомосӣ ва омосии узвҳои таносулӣ. Лейкоплакия. Киста ва кистома. Миома. Саратон ва саркома. Бемории трофобластӣ. Клиника, ташхис, муолиҷа, пешгирӣ. Такмил ва пешниҳод намудани амалиётҳои ҷарроҳии гинекологӣ.

Саҳми шахсии довталаби дарёфти дараҷаи илмӣ дар таҳқиқот. Аз ҷониби диссертант ҷустуҷӯйи системавии адабиёти ватаниву хориҷӣ оид ба масоили ғадудҳои шир, сироятҳое, ки ба воситаи узвҳои таносулӣ мегузаранд, бемориҳои илтиҳобии узвҳои коси хурд ва номияҳои хушсифати тухмдон ба амал оварда шуда, инчунин шарҳи адабиёт навишта шудааст. Унвонҷӯ картаи маводи ибтидоиро тайёр намуда, маълумотҳоро ҷамъоварӣ кард, дар муолиҷаи ҷарроҳӣ ва ғайриҷарроҳии занҳои бемор иштироки фаъолона дошт. Бозрасии оморӣ ва таҳлили натиҷаҳои ҳосилшударо иҷро ва дар конференсияҳои илмӣ иштирок намудааст, мақола ва дастурҳои таълимӣ-методӣ навишта, натиҷаҳои таҳқиқотро татбиқ ва дисертатсияву авторефератро омода намудааст.

Тасвиб ва амалисозии натиҷаҳои диссертатсия. Натиҷаҳои асосии

таҳқиқот дар съездҳои VI ва VII акушер-гинекологҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон (2016 ва 2022), конференсияҳои олимони ҷавони МД «ПАГ ва ПТ»-и ВТ ҲИА ҶТ (2016,2023,2024), ҷаласаи байниклиникии шуъбаи гинекологии МД «ПАГ ва ПТ»-и ВТ ҲИА ҶТ (12-уми майи соли 2025) ҷаласаи Комиссияи проблемавии акушер-гинекологҳои МД «ПАГ ва ПТ»-и ВТ ҲИА ҶТ (суратҷаласаи рақами 1 аз 19-уми майи соли 2025) пешниҳод ва муҳокима шудаанд. Натиҷаҳои таҳқиқотҳои амалишуда дар кори шуъбаи гинекологӣ, шуъбаи гинекологияи эндокринологӣ, шуъбаи ташхиси функсионалӣ ва лабораторияи илмии МД «ПАГ ва ПТ»-и ВТҲИА ҶТ, МСР ноҳияи Ҷалолиддини Балхӣ татбиқ шудаанд.

Интишорот аз рӯйи мавзуи диссертатсия. Мувофиқи маводҳои диссертатсия 9 асари чопӣ рӯйи нашрро дидааст, аз ҷумла шаш мақола дар маҷаллаҳои тавсияшудаи Комиссияи олии аттестатсионӣ дар назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон ва КОА-и Федератсияи Русия нашр гардидааст; инчунин 3 шаҳодатнома ба пешниҳоди ратсионализаторӣ мавҷуд аст.

Сохтор ва ҳаҷми диссертатсия. Маводи таҳқиқ дар 179 саҳифаи матни компютерӣ навишта шуда, аз муқаддима, тавсифи умумии пажуҳиш, шарҳи адабиёт, бобҳои ба маводу усулҳои таҳқиқ бахшидашуда, се боби баа натиҷаҳои таҳқиқоти шахсӣ бахшидашуда, муҳокимаву натиҷаҳо, хулосаҳо бо тавсияҳои амалӣ ва рӯйхати адабиёти аз 153 сарчашма иборат буда, ба мавзуи таҳти таҳқиқ бахшида шудаанд, ки аз ин миён 78 сарчашма ба забони рӯсӣ ва аз муаллифони хориҷӣ бо забони англисӣ мебошад. Диссертатсия бо 26 ҷадвал ва 14 расм ороиш дода шудааст.

Тавсифи умумии таҳқиқот

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Назорати проспективии 545 зани синни репродуктивӣ ба амал оварда шуд, ки аз 213 зани бемори гирифтор ба БИУКХ (гурӯҳи 1) ва 289 зани бемори мубтало ба НХТ (гурӯҳи 2) иборат буд. Интихоби гурӯҳи санҷишӣ 43 занро дар бар мегирифт, ки функсияи

репродуктивӣ дар мавриди онҳо (гурӯҳи 3) халал наёфта буд. Пажуҳиш дар пойгоҳи МД «Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон»-и ВТ ҲИА ҶТ дар шуъбаи гинекологӣ дар давраи солҳои 2015 то 2022 ба амал оварда шуд. Зимнан, нишондиҳандаҳои шахсии тиббии занҳои бемор ба назар гирифта шуда, усулҳои ташхиси барвақтӣ ба кор бурда шуданд, ки ҳосил намудани маълумотҳои объективӣ оид ба паҳншавии бемориҳои таҳти таҳқиқро имконпазир гардонид.

Меъёрҳои шомил гардидан ба гурӯҳи 1: эҳтимоли дар занҳои синни репродуктивӣ ошкор кардани шаклҳои гуногуни БИУКХ, инчунин муайян кардани робитаи ин ҳолатҳо бо БХҒШ. Ба гурӯҳи дуюм занҳои бемори гирифтор ба НХТ, ки дар байни онҳо БХҒШ ба қайд гирифта шудааст, инчунин ба муоинаи ҳаматарафа ва муолиҷаи баъдина розигӣ дода, шомил карда шуданд. Илова бар ин, технологияи муосири ташхис ва арзёбии маҷмуии ҳолатҳои саломатӣ дар ҷараёни таҳқиқот фаъолона истифода шуданд, ки ба стандартҳои байналмилалӣ мувофиқат менамуданд.

Меъёрҳои хориҷ кардан аз таҳқиқ: ҳомилагӣ, давраи лактатсия, бемориҳои вазнини хориҷигениталӣ, раванди бадсифати ҳар узв.

Занҳое, ки функсияи репродуктивӣ дар мавриди онҳо муътадил буда, БХҒШ бо БИУКХ ва НХТ мушоҳида намегардид, меъёри интихоб ба гурӯҳи санҷиширо ташкил менамуданд**.**

Ороиши таҳқиқот ва муолиҷаи занҳои беморе, ки ҳангоми онҳо карта тартиб дода шудааст, таҳия гардида, хусусияти клиникӣ-иҷтимоии занҳои бемори мубтало ба БИУКХ ва НХТ омӯхта шуданд. Таҳқиқот аз ду марҳалаи пай дар пай иборат мебошад.

Марҳалаи аввал. Муоинаи 213 зани мубтало ба БИУКХ (гурӯҳи 1) ва 289 нафари гирифтор ба НХТ (гурӯҳи 2)-ро фаро гирифта буд. Ҷамъоварии клиникӣ-анамнезии маълумотҳо, муоинаи умумӣ ва гинекологӣ, ламс кардани ғадудҳои шир, ТУС, эластография, маммография, таҳқиқотҳои лабораторӣ (маркерҳои саратонӣ, РЗП ва ғ.) шомил карда шуданд.

Занҳои бемор ба чор гурӯҳ ҷудо карда шуданд: Іа: БИУКХ + БХҒШ, Іб: БИУКХ бе БХҒШ, ІІа: НХТ + БХҒШ, ІІб: НХТ бе БХҒШ.

Алгоритми мувофиққунонидашудаи ташхису муолиҷаи БХҒШ дар заминаи БИУКХ ва НХТ таҳия карда шуд.

Марҳалаи дуюм. Муолиҷа бо дарназардошти этиологияи БИУКХ ва муолиҷаи махсуси СИРТ. Гормондаромонӣ ҳангоми ихтилолоти даври ҳайз. Муолиҷаи ҷарроҳии НХТ ва БХҒШ (аз рӯйи нишондодҳо). Муолиҷаи ғайриҷарроҳӣ ва назорати динамикӣ.

Дар доираи назорати клиникии занҳои бемор маълумоти анамнезии онҳо, бар шумули таҳлили таърихи инкишофи беморӣ, шароити иҷтимоӣ-маишӣ, хусусиятҳои ҳолати оилавӣ ва тамоюли ирсӣ, қиматҳои даври ҳайз, функсияи репродуктивӣ, анамнези контратсептивӣ ва хусусиятҳои лактатсия мавриди омӯзиш қарор дода шуд. Ҳангоми таҳлили шикоятҳо ба симптоматика аз тарафи узвҳои коси хурд, асли обият аз роҳҳои таносулӣ, инчунин ҳолати ҷории ғадудҳои шир таваҷҷуҳи махсус дода шуд. Тавсифи эндокринӣ ва метаболии занҳои бемор арзёбӣ карда шуд. Арзёбии ҳолати ғадудҳои шир бо истифода аз ламскунӣ дар ду ҳолати гуногун ба амал оварда шуд. Ҳангоми муоинаи гинекологӣ муоинаи маҳбал ба воситаи ойина, таҳлили обият аз гарданаки бачадон ва хусусиятҳои луобии маҳбал ба амал оварда шуд. Таҳқиқи дудастаи бачадон ва ҳолати зоидҳои бачадон амалӣ карда ушд.

Барои ташхиси нисбатан аниқи дигаргуниҳои патологии ғадудҳои шир ва узвҳои коси хурд таҳқиқи ултрасадоӣ истифода шуд.

Таҳқиқи умумиклиникӣ аз таҳлили хун, пешоб, инчунин андуда барои микрофлора аз муҳтавои маҳбал иборат буд. Дар раванди омодагии пешазҷарроҳӣ ҳангоми занҳои бемор таҳлили васеи биохимиявии хун (тамоми таҳқиқот дар лабораторияи илмии МД «ПАГ ва ПТ»-и ВТ ҲИА ҶТ, мудири лаборатория Аҷиков Т. иҷро гардид) ба амал оварда шуд.

Ташхиси ултрасадоии узвҳои коси хурд ва картакунонии рангаи допплеровӣ дар пойгоҳи шуъбаи ташхиси функсионалии МД

«Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон»-т ВТ ҲИА ҶТ иҷро гардид. Таҳқиқи ҳолати ғадудҳои шир дар шуъбаи ташхиси функсиолналии МҶСМ-и ВТ ҲИА ҶТ ба амал оварда шуд. Ташхис афзалан дар рӯзи 5-12-уми даврои ҳайз иҷро гардид, ки маълумотнокии максималӣ ва саҳеҳияти натиҷаҳо (мутахассиси категорияи олии тахассус -Холматов Х.К.)-ро таъмин менамуд.

Усули муосири визуализатсияи сонографӣ - эластография ба муайянкунии ғайриолоишии зичӣ ва дараҷаи дуруштии номияҳои ошкоргардида асоснок мешавад, ки дақиқияти ташхисиро афзуда, иҷрои нисбатан дақиқтари тафриқанамоиро байни навъҳои гуногуни иллат имконпазир мегардонад. Ба воситаи эластография фарқи чандирияти қитъаҳои гуногун (эластография дар Маркази миллии ташхиси ҶТ дар дастгоҳи Sono-scople 40 аз ҷониби табиби категорияи олии ихтисос Бобоҷонова Ф.И. ба амал оварда шуд) визуализатсия мешавад.

Маркери СА-125, ки барои яксонсозӣ ва аниқ кардани хусусияти иллатнокшавии ин мавзеъгирӣ дорои арзиши баланди лабораторӣ-ташхисӣ мебошаду индикатори муҳим ба ҳисоб меравад, барои ташхиси бемории тахмдонҳо ба кор бурда шуд. Ҳангоми занҳое, ки дар мавриди онҳо бемориҳои ғадудҳои шир ошкор гардидааст, сатҳи маркери омосии СА-15-3-ро муайян нмудем. Барои арзёбӣ намудани консентратсияи маркерҳои омос дар зардоби хуни зани бемор, усули таҳлили иммуноферментиро бо истифода аз анализатори автоматикунонидашудаи «Униплан-2000» истифода намудем. Тамоми илоҷияҳои лабораторӣ дар пойгоҳи шуъбаи биохимияи клиникӣ ва иммунологии МД «Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон» ба амал оварда шуданд.

Амалинамоии маммографияи рентгенологӣ тибқи протоколи тасдиқшуда иҷро гардид. Таҳқиқ аз ҳосил намудани тасвири ғадудҳои шир дар се тарҳи стандартӣ – рост, паҳлуӣ ва каҷ иборат буд. Усули мазкури ташхис муайян кардани хусусиятҳои сохтори раванди патологӣ, инчунин ошкор кардани нишонаҳои имконпазир дигаргуниҳои омос ва пешазомоси

(табиб-рентгенологи тахассуси категорияи олӣ, асс. Кафедраи МҶСМ-и ВТ ҲИА ҶТ Наҷмиддинов Х.Х.)-ро имконпазир гардонид.

Трепан-биопсияи мултифокалӣ дар мавриди ҳамаи занҳо бо мавҷудияти манбаи номия дар ғадуди шир дар шароити МҶСМ-и ВТ ҲИА ҶТ ба амал оварда шуд. Ситемаи автоматии биопсии BARD «MAGNUM» бо қутри сӯзани 16G истифода шуд.

Таҳқиқи ситологӣ ва морфологии маводи ғадуди шир ва омоси тухмдонҳо дар лабораторияи патоморфологии МҶСМ-и ВТ ҲИА ҶТ (табиби дараҷаи олӣ Восихов Ш.А.) ба амал оварда шуд

Бозрасии омории маълумотҳо ба асоси маълумотҳои дар доираи назорати проспективӣ ва ба ҷадвали электронии Excel ворид кардашуда амалӣ карда шуд. Робита байни истифодаҳои категориявӣ тавассути сохтани ҷадвали вобасткунӣ бо истифодаи меъёри χ^2 Пирсон муайян карда шуд. Муқоиса кардани маълумотҳои вобастаи миқдорӣ ба воситаи меъёри Стюдент ва дар ҳолатҳои халалёбии тақсимоти муътадил бошад, бо истифода аз меъёри ғайриқиматии Вилкокосон татби гардид. Барои арзёбии навъи тақсимоти маълумотҳо меъёри Колмогоров–Смирновро истифода намудем. Тамоми бозрасии оморӣ бо истифодаи таъминоти барномавӣ SPSS 17.0 (IBM SPSS Statistics, ИМА) иҷро гардид. Аҳамияти омории фарқиятҳои ошкоргардида дар сатҳи $p < 0,05$ муайян карда шуданд.

Натиҷаҳои таҳқиқот

Баъди муоина занҳои бемор ба гурӯҳҳои зерин ҷудо карда шуданд: 127/59,6%-и занҳо ба гурӯҳи Іа дар заминаи БИУКХ, 86/40,3%-и занҳои бемори гирифтор ба бемориҳои илтиҳобии узвҳои коси хурд бе патологияи ғадудҳои шир ба Іб; дар гурӯҳи ІІа 163/56,4% гирифторони БХҒШ дар заминаи НХТ ва ба гурӯҳи ІІб бошад, 126/43,5% занҳои мубтало ба НХТ бе патологияи ғадудҳои шир.

Таҳлили муқоисавии натиҷаҳо, дар мавриди занҳои бемори гурӯҳи дар Іа ва ІІа, фарқияти муҳим ($p<0,01$)-ро дар пайдоиши басомади шакли интишорёфтаи мастопатияи фиброзӣ-киставӣ ва бемории тарашшуҳӣ бо

калон шудани маҷроҳои шир ошкор кард. Зимнан, дар гурӯҳи IIа, ки шакли интишорёфтаи МФК афзалият дорад, вазни қиёсии занҳои бемори гирифтор ба бартарияти ҷузъи ғадуддор қиёсан ба гурӯҳи Iа аз ҷиҳати оморӣ зиёдтар ($p<0,001$) аст. Таҳлили муқоисавии маълумотҳои таҳқиқи ғадудҳои шир дар занҳо нишон дод, ки шакли интишорёфтаи МФК, дар муқоиса ба занҳои бемори гурӯҳи IIа (мутаносибан 91/71,6±3,9% ва 94/57,6±3,8%) зимни беморони гурӯҳи Iа 1,2 маротиба бештар муайян карда шудааст. Дар аксари ҳолатҳо мастопатияи интишорёфта, зимни занҳои бемори гурӯҳи Iа, ҷойгиршавии дутарафа дошт: 56/61,5±5,0%, ки дар қиёс ба гурӯҳи IIа - 39/41,4±5% саҳеҳан 1,5 маротиба ($p<0,05$) зиёдтар аст. Раванди изолятсионӣ фақат дар ғадуди шири рости ҳар зани бемори панҷум (22/24,1±4,4%) ва ҳар зани сеюм (31/32,9±4,8%), мутаносибан дар гурӯҳҳои Iа ва IIа, зоҳир карда шуд. Мастопатияи манбаӣ дар занҳои гурӯҳи Iа зимни чор (3,1%) ҳодиса, он ҳам фақат аз тарафи чап мушоҳида гардид. Дар занҳои гурӯҳи IIа бошад, зимни 7/4,3±1,5%-и ҳодисаҳо ду манбаъ дар ғадуди шири чап ва зимни 5/71,4±17,0% бошад, дар ҳар ду сина ба назар мерасид. Кистаи ғадудҳои шир ҳангоми 11/8,6±2,4% дар гурӯҳи Iа ва дар гурӯҳи IIа бошад, зимни 15/9,2±2,2%-и занҳо бемор ба қайд гирифта шуд, ки аз ҳама зиёдтар дар ғадуди шири чап (мутаносибан дар 6/54,5% ва 10/66,6%-и ҳодисаҳо) ҷойгир шуда буд. Фиброаденомаи ғадудҳои шир дар гурӯҳи Iа ҳар чи бештар дар синаи рост зоҳир гашт, 10 ҳодиса ба қайд гирифта шуд, ки ба 66,6%-и занҳои бемор рост меояд. Дар ҳоле ки бемории мазкур зимни занҳои гурӯҳи IIа баробар паҳн мешавад: бо теъдоди умумии ҳодисаҳо - 10 (50%) ҷойгиршавии онро ҳам дар ғадуди шири чап ва ҳам ҳангоми иллатнокшавии дутарафа мушоҳида кардан мумкин аст. Пажӯҳиш нишон дод, ки галакторея, ки бо сабаби бачазоӣ нест, бо қимати баланди оморӣ ($p<0,001$) мушоҳида мешавад, яъне дар занҳои гурӯҳи IIа (20 ҳодиса, 12,2 ± 2,5%) нисбат ба занҳои бемори гурӯҳи Iа (2 ҳодиса, 1,6%) қариба ҳашт маротиба бештар ба қайд гирифта мешавад (ҷадвали 1).

Ҷадвали 1. – Хусусияти муқоисавии басомад ва сохтори бемориҳои хушсифати ғадудҳои шир дар занҳои таҳти муоина

Гурӯҳҳо / Нозология	Ia (n=127) n/M±m	IIa (n=163) n/M±m	Қимати Хи-мураббаъ	Сатҳи қиматҳо
1 Шакли интишорёфтаи мастопатияи фиброзӣ-киставӣ	91/71,6±3,9*	94/57,6±3,8*	6,004	0,014
Бо бартарият:				
-ҷузъи фиброзӣ-киставӣ	21/23,0±4,4	24/25,5±4,4	0,151	0,698
-ҷузъи ғадудӣ-киставӣ	36/39,5±5,1	36/38,3±5	0,031	0,861
-ҷузъи фиброзӣ	15/16,4±3,8	16/17,0±3,8	0,01	0,923
-ҷузъи ғадудӣ	19/20±4,2**	36/38,3±5**	6,715	0,010
2. Мастопатияи манбаӣ	4/3,1±1,5	7/4,3±1,5	0,039	0,845
3.Кистаи ғадудҳои шир	11/8,6±2,4	15/9,2±2,2	0,002	0,963
4.Фиброаденомаи ғадудҳои шир	15/11,8±2,8	20/12,2±2,5	0,004	0,951
5.Папилломаи ғадудҳои шир	2/1,6±1,1	3/1,8±1,0	0,080	0,778
6.Фибролипома	2/1,6±1,1	4/2,4±1,2	0,011	0,916
7. Бемории тарашшуҳӣ. Калоншавии маҷрои шир	2/1,6±1,1*	20/12,2±2,5*	10,171	0,002

Эзоҳ: p<0,01; p**<0,001 фарқияти аз ҷиҳати оморӣ муҳими нишондиҳандаҳо байни гурӯҳҳои муқоисашаванда (тибқи меъёри U-и Манна-Уитни).*

Ҳамин тавр, пажуҳишҳои мо дар занҳои муоинашудаи гурӯҳҳои муқоисавӣ навъҳои гуногуни бемориҳои хушсифати ғадудҳои ширро муайян карданд. Шакли интишорёфтаи МФК дар занҳои гурӯҳи Ia қиёсан ба занҳои бемори гурӯҳи IIa (71,6% ва 57,6%) саҳеҳан (p<0,05) бештар муайян карда шуд. Шакли гиреҳӣ ва мавзеии мастопатия дар мавриди беморони гурӯҳи IIa (42,3%) нисбат ба занҳои бемори гурӯҳи Ia (28,3%) саҳзеҳан (p<0,05) 1,5 маротиба бештар муайян карда шуд. Дар занҳои

бемори ҳар ду гурӯҳ саҳеҳан бештар ($p<0,01$) ҷойгиршавии дутарафаи раванди бемориҳои хушсифати ғадудҳои шир ва шакли интишорёфтаи БФК бо бартарияти ҷузъи ғадуддор-фиброзӣ (мутаносибан 39,5% ва 38,3%) ба мушоҳида мерасад.

Бо вуҷуди дараҷаи баланди маълумотнокии усулҳои ултрасадоӣ, зимни як қатор ҳодисаҳои клиникӣ, ҳангоми аниқ муайян кардани сохтор ва хусусияти номияҳои ошкоршудаи бофтаҳои ғадудҳои шир мушкилот ба амал омад. Дар чунин ҳолатҳо бо дарназардошти он ки маммографияи рентгенологӣ барои арзёбии объективии ҳолати ғадудҳои шир усули меъёрӣ ба шумор меравад ва ҳангоми тафриқакунии равандҳои гуногуни патологӣ дорои дақиқияти зиёдтарин мебошад ва мо пажуҳишро бо ин навъи таҳқиқ мукаммал намудем.

Дар доираи пажуҳиши амалишуда ба мақсади аниқ кардани сохтори хусусиятҳои раванди патологии ғадудҳои шир, ҳангоми 45 зани бемори шомил ба гурӯҳи Ia, инчунин дар 35 зани мутааллиқ ба гурӯҳи IIa маммографияи рентгенологӣ татбиқ гардид. Аз 45 зани бемори гурӯҳи Ia, шакли интишорёфтаи МФК дар мавриди 25/55,5 %-и ҳолатҳо ташхис шуд ва нишондиҳандаи мазкур дар ТУС 32/71,1 %-ро ташкил медод. Мастопатияи фиброзӣ-киставӣ ҳам дар ТУС ва ҳам дар маммографияи рентгенӣ мутаносибан 13/40,6% ва 15/60% бештар ба мушоҳида мерасиданд. Дар ТУС аз шаклҳои мавзеӣ бештар дар 4/8,8%-и занҳои бемор ва дар маммография бошад, ҳангоми 7/15,5% мастопатияи шакли манбаӣ зоҳир карда шуд. Фиброаденома ва кистаи ғадудҳои шир, дар ТУС, мутаносибан зимни 2/4,4% ва 3/6,6% ва дар маммография бошад, зимни 3/6,6% ва 5/11,1%-и ҳодисаҳо ташхис карда шуд. Таҳлили муқоисавии амалишудаи натиҷаҳои ТУС ва рентгени маммографӣ нишон дод, ки байни гурӯҳҳои таҳти таҳқиқ дар қиматҳои миёнаи сохтории қиматҳои бемориҳои ғадудҳои шир фарқияти саҳеҳ ба назар намерасад (ҷадвали 2).

Ҷадвали 2. – Таҳлили муқоисавии натиҷаҳои ТУС-и ғадудҳои шир ва маммографияи рентгенӣ дар занҳои гурӯҳи Iа (БХҒШ дар заминаи БИУКХ)

Нозология	ТУС n/%	R-графия n/%	Қимати Хи-мураббаъ бо ислоҳи Йейтса	Сатҳи қиматҳо
1.Шакли интишорёфтаи мастопатия:	32 /71,1%	25/55,5%	1,722	>0,05
- мастопатияи фиброзӣ-киставӣ	13/40,6%	15/60%	0,001	>0,05
- мастопатия ғадудӣ-киставӣ	9/28,1%	6/24%	0,002	>0,05
- мастопатияи фиброзӣ	7/21,8%	4/16%	0,048	>0,05
- мастопатияи ғадуддор	3/9,3%	-	0,951	>0,05
2. Мастопатияи манбаӣ	4/8,8%	7/15,5%	0,414	>0,05
3.Фиброаденома	2/4,4%	3/6,6%	0,212	>0,05
4.Кистаи ғадудҳои шир	3/6,6%	5/11,1%	0,137	>0,05
5.Папиллома	2/4,4%	2/4,4%	0,262	>0,05
6.Фибролипомаи ғадудҳои шир	2/4,4%	3/6,6%	0,212	>0,05
Ҳамагӣ	45	45	-	-

Дар занҳои бемори гурӯҳи IIа бемории ғадудҳои шир ҳам дар ТУС ва ҳам дар маммографияи рентгенӣ асосан дар шакли МФК-и интишорёфта пешниҳод шудааст: мутаносибан 12/32,4% ва 14/40%. Аз шаклҳои мавзеии мастопатия, шакли манбаӣ дар ТУС ҳангоми 4/11,4%-и занҳои бемор ва дар маммография бошад, зимни 2/5,1% ошкор гардид. Фиброаденома ва кистаи ғадудҳои шир дар ТУС ҳар кадом зимни 8/22,8%-и ҳодисаҳо ва дар маммография бошад, мутаносибан ҳангоми 10/28,6% ва 9/25,7%-и ҳодисаҳо ташхис карда шуд. Папиллома дар маммография зоҳир нашуд (ҷадвали 3).

Ҷадвали 3. – Таҳлили муқоисавии натиҷаҳои ТУС-и ғадудҳои шир ва маммографияи рентгенӣ дар занҳои гурӯҳи IIа

Нозология	ТУС n/%	R-графия n/%	Қимати Хи-мураббаъ бо ислоҳи Йейтса	Сатҳи қиматҳо
1. Мастопатияи интишорёфта	12/32,4%	14/40%	0,061	>0,05
2. Мастопатияи манбай	4/11,4%	2/5,1%	0,182	>0,05
3.Фиброаденома	8/22,8%	10/28,6%	0,075	>0,05
4.Кистаи ғадудҳои шир	8/22,8%	9/25,7%	0,000	>0,05
5.Папиллома	3/8,5%	-	1,393	>0,05
Ҳамагӣ	**35**	**35**	**-**	**-**

Маълумотҳои ҳосилшуда аз он дарак медиҳанд, ки басомади ошкоркунии шаклҳои гуногуни бемориҳои хушсифати ғадудҳо ба воситаи ТУС ва маммографияи рентгенологӣ фарқияти аз ҷиҳати оморӣ муҳим надоранд. Ҳолати мазкур ба он далолат менамояд, ки ҳар ду усулро дар ташхис баробар ба кор бурдан мумкин аст. Дақиқияти баланди ТУС ба беҳбудии дастгоҳ ва дараҷаи тахассуси мутахассис алоқамандӣ дорад.

Картакунонии рангаи допплеровии номияҳои ошкоргардида нишон дод, ки дар фиброаденома ва аксари номияҳои киставӣ рагҳо ва нишонаҳои маҷрои хун зоҳир нагашт. Ба кор бурдани технологияи мазкур имконоти ташхиси тафриқавии шаклҳои гуногуни патологияҳои ғадудҳои ширро вусъат дода, барои сари вақт ошкор намудани беморӣ мусоидат менамояд. Илова бар ин, допплерография барои ба таври асоснок ба нақша гирифтани чорабиниҳои муолиҷавӣ ва интихоб кардани равиши оптималии муроқабати беморон ёрӣ мерасонад.

Баъди ТУС ва допплерометрия дар мавриди 32 зани бемори ҳар ду гурӯҳ эластография татбиқ гардид. Муайян шудд, ки дар аксари занҳои бемор номияи дутарафаи ғадудҳои шир (18/56,2±8,7%) мавҷуд аст ва дар

мавриди 14/43,7±8,7%-и беморон бошад, шакли изолятсионии патология ошкор гардид, ки фақат дар ғадудҳои шири тарафи чап ҷойгир шудаанд. Натиҷаҳои пажуҳиш ошкор намуд, ки киста ва фиброаденомаи ғадудҳои шир зимни 13/43,3±9%-и беморони таваллуднакарда ва бешавҳар ба қайд гирифта шудааст. Ҳангоми эластография фақат дар як зани бемор малигнизатсияи раванди ғадуди шир ташхис шуд.

Ҳамин тавр, ҳангоми эластография асосан ҷойгиршавии дутарафаи номия, ҳангоми шакли изолятсионии раванд бошад, ҷойгиршавӣ фақат дар ғадуди шири чап ошкор карда шуд. Усули эластографияро бо дарназардошти беолоишӣ, натиҷабахшии дараҷаи баланд ва набудани маҳдудиятҳои синнусолӣ дар амалияи клиникӣ ба таври васеъ ба кор бурдан мақсаднок мебошад.

Муоинаи занҳои бемор ба маркерҳои саратонӣ ҳангоми бемориҳои ғадудҳои шир, инчунин ҳангоми номияи тухмдонҳо маълум гардид, ки консентратсияи МС-и СА-15,3 ва СА-125 дар зардоби хун дар доираи маълумоти меъёрӣ қарор доштанд.

Таҳлили ҳамбастагӣ алоқамандӣ байни басомади БХҒШ ва мавҷудияти бемориҳои гинекологӣ ва хориҷигениталиро зоҳир намуд. Дар беморони ҳар ду гурӯҳ – ҳам дар занҳои мубтало ба БИУКХ (гурӯҳи Іа) ва ҳам дар занҳои гирифтор ба номияҳои хушсифати тухмдонҳо (гурӯҳи ІІа) якҷояшавӣ ба назар мерасид. Далели мазкур муҳиммияти равиши маҷмуиро дар муоинаи занҳои бемори гирифтор ба бемориҳои ғадудҳои шир ва бемориҳои ҳамроҳ тасдиқ менамояд.

Баъди анҷом пазируфтани тамоми марҳалаҳои муоина, биопсияи пунксионии номияҳои ғадудҳои шир бо таҳқиқи баъдинаи ситологии биоптатҳо ба амал оварда шуд. Аз занҳои бемори гурӯҳи Іа аз 42/46,6±5,1% ва аз беморони гурӯҳи ІІа бошад, аз 50/54,3±5% биоптат гирифта шуд. Шакли интишорёфтаи МФК, фиброаденома ва кистаи ғадудҳои шир, дар

мавриди занҳои гурӯҳи Іа, нишондоди бештаре ба биопсия ба шумор мерафт: мутаносибан 33,3%, 30,9% ва 19% ва ҳангоми занҳои бемори гурӯҳи ІІа бошад, фиброаденома (40 %) ва мастопатияи манбаиву кистаи ғадудҳои шир ба 16%-и ҳодисаҳо рост меомад.

Амалиёти ҷарроҳӣ дар ҳолатҳои зерин ба амал оварда шуд: шакли гиреҳии мастопатия бо пролифератсия; пролифератсияи эпителия дар кистаҳои камтар аз 5 мм; кистаҳои қутрашон зиёда аз 5 мм бе пролифератсия (баъди биопсия бо сӯзани борик); такроран пур шудани кистаҳо; ошкор кардани микрокалсинатҳо дар маммография; бенатиҷа будани муолиҷаи ғайриҷарроҳӣ.

Амалиёт дар мавриди 29 нафар ҳангоми фиброаденомаи ғадудҳои шир татбиқ гардид: зимни 12 зани бемор аз гурӯҳи Іа (якҷояшавӣ бо БИУКХ) ва 17 нафар аз гурӯҳи ІІа (якҷояшавӣ бо номияҳои хушсифати тухмдон). Кистаҳои ғадудҳои шир дар 6/24±8,5%-и занҳои бемори гурӯҳи Іа ва зимни 10/27,8 ± 7,4%-и занҳои гурӯҳи ІІа ҷарроҳӣ карда шуданд. Аз ҳар ду гурӯҳ ду нафарӣ аз хусуси мастопатияи манбаӣ ҷарроҳӣ карда шуданд. Ҷарроҳии папилломаи дохилимаҷроӣ бо басомади якхела ба амал оварда шуд: мутаносибан зимни 2/8,0 ± 5,4% ва 3/8,3 ± 4,6%-и ҳодисаҳо. Буриши секторалии ғадудҳои шир дар мавриди 2 ва 4 зани бемори мубтало ба фибролипома мутаносибан дар гурӯҳҳои Іа ва ІІа ба амал оварда шуд. Буриш дар ҳамаи ҳолатҳо дар қитъаи моқабли трепанбиопсияи мултифокалӣ иҷро гардид.

Ҳамагӣ намунаи 61 маводи ҷарроҳӣ таҳлили гистологӣ карда шуд: дар 12/48 ± 9,9%-и занҳои гурӯҳи Іа ва 17/41,6 ± 8,2% занҳои бемори гурӯҳи ІІа фиброаденома зоҳир карда шуд. Дар гурӯҳи Іа фиброаденомаи перикалликулярӣ (66,6%) бартарият дошт, дар ҳоле ки зимни гурӯҳи ІІа бештар шакли интракалликулярӣ (58%) ба назар мерасид. Кистаҳои ғадудҳои шир мутаносибан дар 6/24 ± 8,5% ва 10/27,8 ± 7,4%-и занҳо ташхис

карда шуд. Дар ҳар ду гурӯҳ, зимни нисфи ҳолатҳо, кистаи фиброзӣ (мутаносибан 3/50% ва 5/50%) ба қайд гирифта шуд. Кистаи бисёркамерагиро қиёсан ба гурӯҳи IIа (2/20%) бештар дар гурӯҳи Iа (2/33,3%) дучор омадан мумкин буд. Кистаи чарбӣ дар беморони гурӯҳи IIа (30%) нисбат ба Iа (16,6%) 1,8 маротиба зиёдтар буд. Мастопатияи манбаӣ аз ҷиҳати морфологӣ дар ҳама ҳолатҳои ҳар ду гурӯҳ ба мастопатияи манбаӣ-фиброзӣ мувофиқат менамуд. Папилломаи дохилимаҷроӣ бо басомади якхела - 100% дар ҳар ду гурӯҳ ба қайд гирифта шуд. Таркиби фибролипома қатраҳои чарб ва ба ҳадди баробар ангиофиброма дошт (50%-и дар ҳар ду гурӯҳ). Фиброаденомаи перикалликулярӣ дар гурӯҳи Iа 2 баробар зиёдтар аз интракалликулярӣ ($p<0,05$) мушоҳида мегардад, дар ҳоле ки дар гурӯҳи IIа басомадҳо муқоисашаванда буданд. Дар гурӯҳи IIа басомади кистаҳои чарбӣ ва дар гурӯҳи Iа бошад, бисёркамерагӣ хеле зиёд буд.

Таҳлили ҳамбастагӣ мувофиқати пурра байни мастопатияи манбаӣ ва мастопатияи фиброзӣ-манбавӣ, инчунин байни папиллома ва папилломаи дохилимаҷроиро ошкор намуд.

Таҳлили ситологӣ ва морфологӣ хусусияти хушсифатии номияҳоро дар ғадудҳои шир ва тухмдонҳо тасдиқ намуд. Бо вуҷуди ин, ҳолати мазкур гурӯҳи занҳои беморро ба гурӯҳи хатар оид ба инкишофи бемориҳои саратонӣ шомил медонанд. Барои пешгирии малигнизатсия муолиҷаи саривақтӣ ва натиҷабахш, инчуни назорати диспансерӣ бо истифода аз алгоритми маҷмуии муоина ва муолиҷаи бемориҳои халалёфтаи гормонҳои ғадудҳои шир дар заминаи бемориҳои узвҳои гениталий зарур аст.

Омӯзиши хусусиятҳои микрофлора дар мариди 213 зани мубтало ба БИУКХ нишон дод, ки якҷояшавии микроорганизмҳои ошкоргардида дар 127 зан аз гурӯҳи Iа (БИУКХ дар якҷоягӣ бо бемориҳои ғадудҳои шир), бо якҷояшавии якчанд навъҳои сироят тавсиф ёфта, басомади баландтарини дучоршавии якҷояшавии 4 сироят (57/44,8±4,4%) зоҳир карда шуд. Дар

гурӯҳи Iб зимни 86 зани мубтало ба БИУКХ бе патологияи ғадудҳои шир, моносироят дар мавриди 4/4,6±2,2%-и занҳои бемор зоҳир шуд, якҷояшавии се сироят ҳангоми зиёда аз нисфи муоинашудагон 45/52,3±5,3% ба назар мерасид. Дар гурӯҳи Iа якҷояшавии се омили сироятӣ, қиёсан ба занҳои бемори гурӯҳи Iб саҳеҳан (p<0,05) камтар ошкор гардид, чор сироят бошад, саҳеҳан (p <0,001) нисбат ба занҳои бемори гурӯҳи Iб зиёдтар ба қайд гирифта шуд. Дар ҳама ҳолатҳо Trichomonas vaginalis-ро мавҷудияти ҷузъҳои вирусие ба монанди Cytomegalovirus ва вируси табхоли навъи як ва ду ҳамроҳӣ менамуд. Дар аксарияти занҳои бемор якҷоя ошкор гардидани U.urealiticum, M.hominis дар якҷоягӣ бо омилҳои вирусии зикргардида ба қайд гирифта шуд.

Дар мавриди занҳои гирифтор ба БИУКХ муолиҷаи этиотропӣ татбиқ гардида, Вилпрафен ба кор бурда шуд. Барои тақвият додани муқовиматпазирии хоссаи организм муолиҷа бо истифодаи воситаҳои иммуномодулятсиякунанда амалӣ карда шуд. Ҳамзамон татбиқи муолиҷаи ғайрихоссаи зиддиилтиҳобӣ ба амал оварда шуд. Барои муолиҷа ва пешгирӣ препаратҳои зиддизанбурӯғии гурӯҳи триазолҳо таъйин карда шуд.

Ҳангоми муолиҷаи Trichomonas vaginalis ва гарднереллёз дар занҳо метранидазол ва муолиҷаи мавзеӣ дар шакли шамъчаҳои маҳбалӣ бо метронидазол таъйин карда шуданд.

Баъди анҷом пазируфтани даври муолиҷа муоинаи такрорӣ дар аксари занҳои бемор пурра нест шудани сироятеро ошкор кард, ки ба воситаи узвҳои таносулӣ мегузаранд: якҷоя шудани ду сироят - ҳангоми 13/86,6% ва 5/83,3%; якҷояшавии се омили сироятӣ - зимни 33/76,7% ва 37/77,7%; якҷояшавии чор сироят – дар 43/75,4% ва 8/72,7%; якҷоя шудани зиёда аз чор сироят – мутаносибан дар мавриди 5/55,5% ва 12/60% дар гурӯҳҳои Iа ва Iб. Ҳангоми занҳои мубтало ба Trichomonas vaginalis нест кардани сироят мутаносибан дар мавриди 47/79,6% ва 31/77,5%-и ҳолатҳо

дар гурӯҳҳои Іа ва Іб муайян карда шуд. Дар мавриди занҳои бемор баъди давраи аввали муолиҷаи этиотропӣ, дар ҳолати набудани эрадикатсияи СИРТ, баъди ду ҳафтаи танаффус таъйини антибиотикҳои насли охир такрор карда шуд. Ҳангоми занҳои бемори гирифтор ба бемориҳои ғадуди шир муолиҷаи тавъами бемориҳои ҳамроҳи гинекологӣ ва хориҷигениталӣ таркиби муҳими муолиҷаи маҷмуӣ ба шумор меравад.

Дар навбати худ, беморони мубтало ба НХТ ҳаматарафа муоина шуданд, ки амали мазкур барои рад кардани равандҳои бадсифати тухмдон равона шуда буд. Зимни ҳамаи 83 ҳолат, омоси тухмдон, ҳангоми занҳои бемори гирифтор ба ОХТ, ба таври ҷарроҳӣ бурида шуданд. Ҳангоми иллати мавзеии тухмдон ҳаҷми амалиёт аз пӯст кардани омос ё буриши тухмдон ва ҳангоми пурра иллатнок шудани тухмдон бошад, аз аднексэктомия иборат буд.

Натиҷаҳои омӯзиши манзараи морфологии микропрепаратҳо чунин муайян намуданд: систаденомаи зардобии тухмдонҳо зимни 64,5±4,9%-и ҳолатҳо дар байни ОХТ ва дар ҳар ҳодисаи панҷум (24,7±4,5%) бошад, кистаи эндометриоидии тахмдонҳо. Дар тамоми ҳодисаҳо номияҳои омосмонанд аз кистаи фолликулярии тахмдонҳо иборат буд. Нишондод ба муолиҷаи ҷарроҳӣ ҳангоми ОХТ: тоб хӯрдани пояки киста, тарқиши ғилофаки киста.

Дар гинекологияи муосир ҳангоми номияҳои киставии тухмдонҳо афзалан равиши ғайриҷарроҳӣ ва узвҳифзкунанда ба кор бурда мешавад. Муддати 6-12 моҳ назорати диамикии 196 зани бемори синни репродуктивӣ ба амал оварда шуд, ки дар мавриди онҳо ОХТ ташхис карда шуд. Сохтори ошкоргардида, бар пояи маълумотҳои ташхиси ултрасадо, ҳамчун номияи яккамерагӣ бо деворaҳои тунуке тавсиф шудааст, ки тавораи дарунӣ, омезаи зич ё ковоки иловагӣ надоштанд. Ҳангоми ОХТ чунин шаклҳои эхографии кистаҳои ретенсионӣ зоҳир карда шуданд: фолликулярӣ – 152/77,5±2,9% ва

кистаи танаи зард – 44/22,4±2,9%. Дар мавриди ин занҳои бемор муолиҷаи ғайриҷарроҳӣ таъйин карда шуд.

Ҳангоми татбиқи муолиҷаи маҷмуии ғайриҷарроҳӣ, дар мавриди занҳои бемори гирифтор ба БИУКХ, дар заминаи патолгияи гинекологӣ нақшаи инфиродӣ таҳия шуд, ки он фарогири чорабиниҳо оид ба барқарор кардани функсияҳои ғадуди сипаршакл, таъмини мувозинати метаболӣ ва ислоҳи ихтилолот аз ҷониби системаи гепатобилиарӣ мебошад.

Ёрии витаминӣ таъйин карда шуд: витаминҳои А ва Е, даври муолиҷа бошад, бо дарназардошти вазнинии зуҳуроти клиникии мастопатия ислоҳ карда шуд. Инчунин ба занҳои бемор гуногунии ратсион аз маҳсулоти хӯрокаи саршор аз витамини А, Е ва С, бар шумули шир, моҳӣ, ҷигар, сафедаи тухм, равғани маска ва ҷуворимакка тавсия карда шуданд. Ба маҳдудият дар истеъмоли чарби ҳайвонот таваҷҷуҳи махсус дода шуд. Ба номгӯйи усулҳои муолиҷавӣ инҳо низ ворид карда шуданд: фитодармонӣ, муолиҷаи мавзеӣ, муолиҷаи БИУКХ ва ба таври ҷарроҳӣ буридани омосҳои хушсифати тухмдон. Ба бемороне, ки аз навъҳои гуногуни ХДҲ ранҷ мекашиданд, таъйни контратсептивии омехтаи даҳонгнузари «Линдинет-20» (нақшаи контратсепсия, давомнокӣ 3-6 моҳ) пешбинӣ карда шуд. Барои ислоҳи гиперпролактинемия, ки онро на обияти лактатсионӣ аз ғадудҳои шир ҳамроҳӣ менамояд, препарати «Достинекс» ба кор бурда шуд. Ба мақсади коҳиш додани зуҳурёбии симптомҳои масталгия ва мастопатияи даврӣ (гиперплазияи ғадудҳои шир дар заминаи дигаргуниҳои фиброзӣ-киставӣ), препарати «Мастодинон» истифода шуд. Давомнокии муолиҷа – муттасил на камтар аз 6 моҳ. Даврҳои такрорӣ баъди 3-6 моҳ ба амал оварда шуданд. Барои беҳбуди заминаи эмотсионалии занҳо яке аз воситаҳои таскинбахш таъйин карда шуд: вамелан, қиёми пустирник, персен, бромкамфора; адаптогенҳо: элеутерокок, пантокрин, қиёми одамгиёҳ.

Ҳолати занҳои бемор барои объективикунонии натиҷаҳои таъсири муолиҷа ду маротиба арзёбӣ карда шуд: то оғози даври муолиҷа, баъдан, паст аз 6–12 моҳи сар кардани муолиҷа.

Ҷадлвали 4. – Натиҷабахшии муолиҷаи маҷмуии БХҒШ ҳангоми занҳои бемори муоинашудаи гирифтор ба БИУКХ ва НХТ дар заминаи муолиҷа тӯли 6-12 моҳи назорат

Гурӯҳҳо	**Іа гр**	**Іа гр**	**Іа гр**	**Іа гр**
Натиҷаҳо	**Баъди 6моҳ**		**Баъди 12 моҳ**	
Беҳбудӣ	91/71,6±3,9	117/71,7±3,5	96/75,5±3,8	134/82,2±2,9
Набудани шикоят	36/28,3±3,9	46/28,2±3,5	31/24,4±3,8	29/17,8±3,0

Ба асоси натиҷаҳои ҳосилшудаи пажуҳишҳои мо, аз ҷониби мо алгоритми ташхисие пешниҳод ва татбиқ шуд, ки бо истифодаи универсалии худ фарқ мекунад: он барои кор ҳам дар муассисаҳои зинаи аввалия ва ҳам сонавии ёрии тиббӣ ва ҳам дар сатҳи марказҳои махсусгардонидашуда мутобиқ шудааст. Чунин равиши интегратсияшуда барои сари вақт дар занҳо ошкор кардани ҳатто марҳалаҳои ибтидоии бемориҳои ғадудҳои шир мусоидат менамояд. Ба кор бурдани нақшаи мазкур амалинамоии муоинаро ба мавзуи бемориҳои ғадудҳои шир дар ҳар зани беморе имконпазир мегардонад, ки аз хусуси ихтилолот аз ҷониби системаи репродуктивӣ муроҷиат намудааст ва аллакай дар ташрифи якум ба акушер-гинеколог, аз ҷумла дар шарооити муассисаҳои муолиҷавии ноҳиявӣ имконпазир мегардонад. Ба занҳо худмуоинаи ғадудҳои шир пешниҳод карда мешавад. Дар ҳолати муайян кардани патологияи ғадудҳои шир, акушер-гинеколог оқилона равона кардани занҳои беморро барои татбиқи ташхиси иловагӣ. Аниқ кардани ташхиси клиникӣ ва муайян намудани стратегияи баъдинаи муолиҷа ба амал меорад. Татбиқ кардани чунин алгоритм ба туфайли ислоҳи саривақтии шеваи муроқабат на танҳо ба афзудани ошкорнамоии беморӣ дар марҳалаҳои токлиникӣ, балки ба хеле боло бурдани натиҷабахшии муолиҷаи татбиқшуда мусоидат менамояд. Дар маҷмуъ, усулҳои ташхисба мақсади пурра рад кардани саратони ғадуди шир бояд маҷмуан ба кор бурда шаванд.

Ҳамин тавр, ташхиси саривақтии бемории ғадудҳои шир дар заминаи

патологияи узвҳои косиҳурд бо муолиҷаи маҷмуии баъдина ба беҳбудии хизматрасонӣ ба занҳои давраи наслрон ва боло бурдани сифати умри онҳо бо роҳи беҳ намудани сиҳатӣ, коҳиш додани басомади бемориҳои хушсифати ғадудҳои шир, БИУКХ ва номияҳои хушсифати тухмдон мусоидат менамояд. Алгоритми муроқабати беморони гирифтор ба БХҒШ, ки бо БИУКХР ва НХТ якҷоя мешавад, таҳия шудааст ва он аз ташхису муолиҷаи ин беморон иборат буда, натиҷабахшии дараҷаи баланд (75,5% дар мавриди занҳои мубтало ба БИУКХ ва 82,2% ҳангоми гирифторони НХТ)-ро нишон дод.

Хулоса

1. Муайян шудааст, ки дар байни занҳои бемори гирифтор ба бемориҳои халалёбии гормонҳои ғадудҳои шир (БХГҒШ), ки бо бемориҳои илтиҳобии узвҳои косиҳурд (БИУКХ) ва омосҳои хушсифати тухмдонҳо (НХТ) ҳамбаста мебошанд, ихтилолоти функсияи репродуктивӣ дар муқоиса ба занҳое, ки ғадудҳои шир дар мавриди онҳо тағйир наёфтааст, саҳеҳан бештар ба назар мерасад. Ҳамин тавр, номунтазамии даври ҳайз мутаносибан ҳангоми 30,7% ва 32,5%-и занҳои бемори гирифтор ба БХҒШ дар заминаи БИУКХ ва НХТ ба қайд гирифта шуд, дар ҳоле ки дар байни занҳои ғадудҳои шир дар мавриди онҳо патология надорад, нишондиҳанда ҳамагӣ чунин аст: 8,1% ва 10,3% ($p<0,001$). Синдроми гипоҳайз зимни 15,7%-и занҳои мубтало ба БХҒШ (муқобили 3,4 %, $p<0,01$), хунравии атсиклии бачадонӣ ҳангоми бошад, дар 9,4% ва 9,2% (дар муқоиса бо 2,3% ва 1,8%; $p<0,05$ ва $p<0,01$) мушоҳида гардид. Опсоменорея 3,1 маротиба зиёдтар дар мавриди занҳои мубтало ба бемориҳои ғадудҳои шир дар заминаи номиясҳои хушсифати тухмдон (12,3% муқобили 3,9%, $p<0,05$) ба қайд гирифта шуд, басомади безурриётӣ бошад, дар гирифторони БХҒШ дар заминаи НХТ, ки нишондиҳандаи гурӯҳҳои ғадуди ширашон солим аст (27,1% муқобили 2,3%, $p<0,001$), 11,7 маротиба зиёдтар буд. Басомади ҳомилагии инкишофнаёфта дар занҳои гирифтор ба патологияи ғадудҳои шир (12% ва 11% муқобили 2,7% ва 3,1 % мутаносибан ба гурӯҳҳо; $p<0,05$) 4

маротиба зиёдтар буд. Ҳиссаи занҳое, ки чандин бор таваллуд кардаанд, дар гурӯҳи гирифтор ба БИУКХ ва БХҒШ (гурӯҳи Ia) қиёсан ба гурӯҳи IIa (48,1% муқобили 20%, p<0,001) саҳеҳан зиёдтар буд **[4-М].**

2. Таҳлили муқоисавии усулҳои визуализатсияи бемориҳои ғадудҳои шир набудани фарқияти саҳеҳро дар маълумотнокии таҳқиқи ултрасадоӣ ва маммография (p>0,05) нишон дод, ки онҳоро дар амалияи клиникӣ ҳамчун ивазкунандаи ҳамдигар баррасӣ намудан имконпазир мегардонад. Истифодаи ТУС ва эластография ба сифати усулҳои скрининги муоина, бо дарназардошти дастрасӣ ва мақсаднокии иқтисодӣ тавсия шудааст **[3-М, 5-М,7-М].**

3. Дар занҳои бемори мубтало ба БХҒШ, ки бо БИУКХ (59,6%) ва номияҳои хушсифати тухмдонҳо (56,4%) якҷоя шудаанд, бартарияти шакли интишорёфтаи мастопатия дар занҳои гирифтор ба БИУКХ (мутаносибан 71,6% ва 57,6% (p<0,05) ошкор гардид, дар ҳоле ки шакли мавзеӣ ҳангоми беморони мубтало ба НХТ (мутаносибан 28,3% ва 42,3%, (p<0,05) саҳеҳан бештар ба назар мерасид. Ҷойгиршавии дутарафаи патологияи ғадудҳои шир, дар муқоиса ба ҷойгиршавии яктарафа, дар ҳар ду гурӯҳ (61,5% ва 41,4%; p<0,01) саҳеҳан бештар ташхис карда шуд. Бартарияти ҷузъи ғадудӣ-фиброзӣ дар сохтори бемориҳои фиброзӣ-киставӣ (39,5% ва 38,3%) муайян карда шуд. Басомади БХҒШ дар байни занҳои мубтало ба номияи тухмдонҳо (68,7%) аз нишондиҳандаи ҳамсон дар занҳои бемори мубтало ба омосҳои хушсифати тухмдон (31,2%, p<0,001) 2,2 маротиба зиёдтар буд **[1-А, 6-М].**

4. Ҳангоми занҳои гирифтор ба БХҒШ дар заминаи БИУКХ зуд-зуд якҷояшавии сирояти урогениталӣ бо омилҳои бактериявӣ (75%) ва вирусӣ (СМВ — 70,0%; ВГО — 52,7%) зоҳир карда шуд. Зимнан, якҷояшавии чор ангезандаи сироятӣ нисбат ба занҳои бемори гирифтор ба БИУКХ, ки ғадудҳои шир дар онҳо солим аст (p<0,001), саҳеҳан бештар (44,8%) ба қайд гирифта шуд, ки ба таҳмили ошкорои полимикробии сироятӣ дар мавриди ин категорияи занҳои бемор далолат менамояд **[8-М]**

5. Маҷмуи чорабиниҳои ташхисиву муолиҷавии бо дарназардошти

сохтори этиологии бемориҳои гинекологӣ таҳия карда шуд, ки натиҷабахшии дараҷаи баланди клиникиро нишон дод: дар гирифторони БИУКХ 75,5% ва дар занҳои бемори мубтало ба номияҳои хушсифати тухмдон бошад, 82,2% **[2-М, 9-М].**

Тавсияҳо барои истифодаи амалии натиҷаҳои таҳқиқот

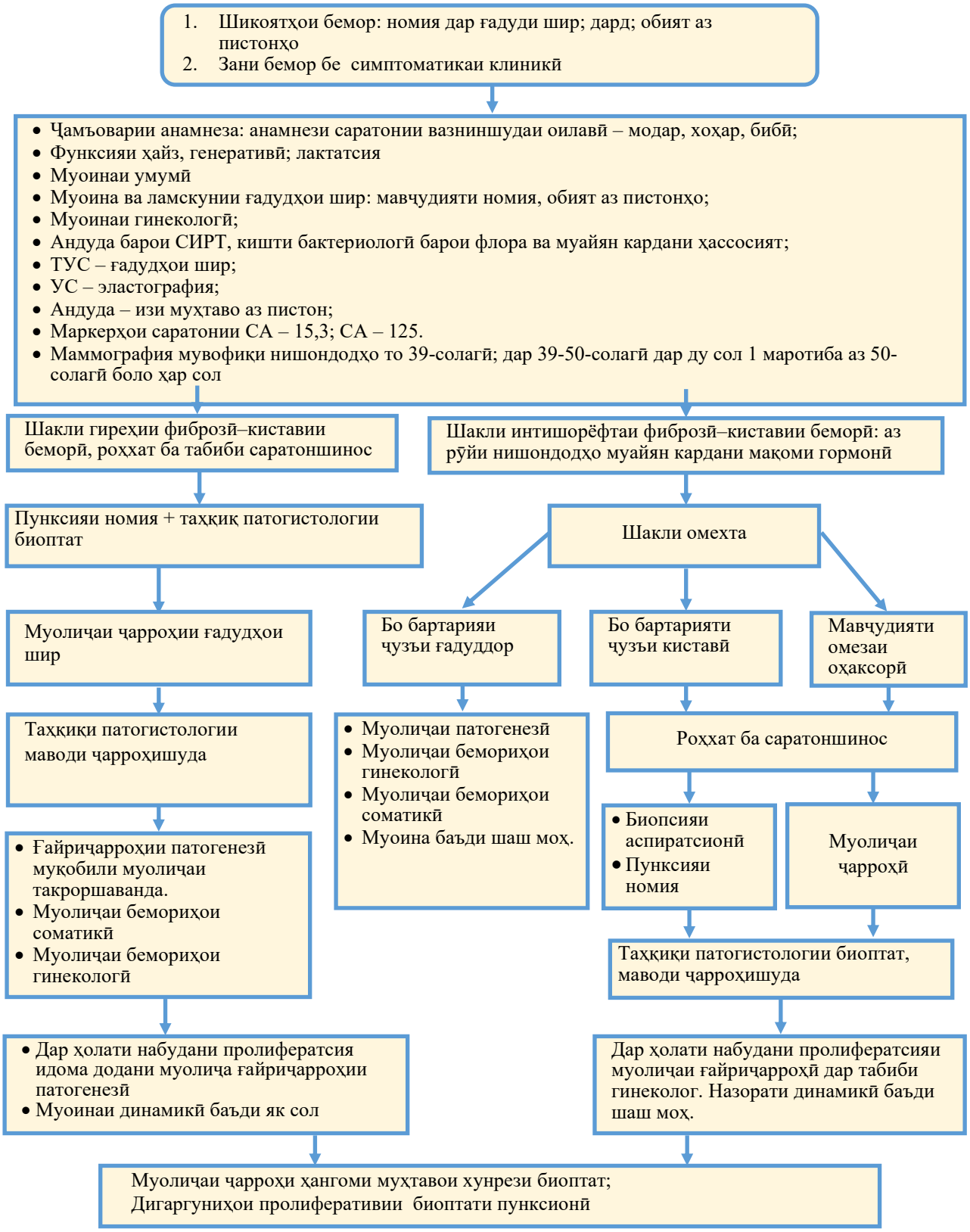
1. Занҳои мубтало ба бемориҳои илтиҳобии узвҳои коси хурд (БИУКХ) ва номияҳои хушсифати тухмдон (НХБ) бояд ҳамчун гурӯҳи хатари дараҷаи баланд оид ба инкишофи бемориҳои халалёбии гормонии ғадудҳои шир (БХҒШ) баррасӣ карда шаванд. Дар иртибот бо нуктаи мазкур, ба алгоритми муроқабат шомил намудани муоинаи маҷмуии ғадудҳои шир бо робитаи дуҷонибаи ҳатмии байнифаннӣ байни акушер-гинеколог ва маммолог-саратоншиносон мақсаднок аст.

2. Дар ҳолати гумонбар шудан аз БХҒШ ҳангоми занҳои бемори гирифтор ба БИУКХ ва НХБ ба сифати усули скринингӣ амалинамоии эластографияи ултрасадоии ғадудҳои шир тавсия мешавад. Ин усули ташхис дараҷаи баланди маълумотнокӣ дошта, дастрас ва ғайриолоишӣ аст, маҳдудияти синнусолӣ надорад, ки онро барои истифодаи васеи клиникӣ бартарият медиҳад.

3. Муолиҷаи этиотропии бемориҳои илтиҳобии узвҳои коси хурд бояд ба натиҷаҳои таҳқиқи микробиологӣ (кишти бактериологӣ аз канали гарданак бо муайян кардани ҳассосият ба препаратҳои зиддибактериявӣ) ва таҳлилҳо ба сирояте асоснок карда шавад, ки бо роҳи таносули интиқол (СИРТ) меёбад. Муолиҷаи НБХ-ро хусусияти номия муайян мекунад: дар ҳолати омоҳои хушсифат амалиёти ҷарроҳӣ нишондод шудааст; ҳангоми номияҳои функционалӣ (омосмонанд) афзалият ба муолиҷаи ғайриҷарроҳӣ бо назорати динамикӣ дода мешавад.

4. Ҳангоми муолиҷаи доруии бемориҳои ғадудҳои шир истифодаи препаратҳои наботие имконпазир аст, ки таъсири нарм ва хатари минималии таъсирҳои иловагӣ доранд. Истифодаи онҳо ҳангоми занҳои беморе мувофиқи мақсад аст, ки ба муолиҷаи дуру дароз, инчунин дар доираи равиши маҷмуӣ ба муолиҷаи ихтилолоти гормонӣ ниёз доранд.

Алгоритми муоина ва муолиҷаи занҳои гирифтор ба бемориҳои хушсифати ғадудҳои шир ва бемориҳои гинекологӣ



Эзоҳ: *таҳқиқро дар даври I сикли ҳайзӣ-тухмдонӣ дар рӯзи 5-12-ум гузаронидан лозим аст. Муоинаро аз таҳқиқи клиникӣ барои муайян кардани шеваи мибаъдаи муроқабати бемор оғоз мекунанд.*

Адабиёт

1. Адамян Л.В. Роль ферроптоза в патогенезе и прогрессировании эндометриоза. История вопроса и новые данные / Л.В. Адамян, Л.Г. Пивазян, К.С. Маилова // Ж. Проблемы репродукции. 2023. Т. 29 -№5. С. – 92-101.
2. Андреева Е.Н. Доброкачественные дисплазии молочных желез: патогенетический вектор лечения. / Е.Н. Андреева, Н.И. Рожкова, Д.А. Соколова // М.: Редакция журнала Status Praesens, 2016. С. – 14.
3. Белоцерковцева А.А. Возможности прогнозирования и снижения риска развития рака молочной железы у женщин на фоне применения вспомогательных репродуктивных технологий. /А.А. Белоцерковцева Л.Д., Климова Н.В., Кузнецов // Российский вестник акушера-гинеколога. 2025. Т.25. №1. С. – 59-64.
4. Болиева Г.У. Доброкачественные заболевания молочных желез при гиперпластических процессах эндо и миометрия. / Болиева Г.У. // Автореферат канд. дисс. 2006 г. С. – 24.
5. Воспалительные заболевания органов малого таза: современные алгоритмы диагностики и лечения / Хашукоева А.З., Агаева М.И., Агаева З.А., и др. // Лечащий Врач. 2024. № 5. Т.27. С. – 12-17.
6. Высоцкая И.В. Опухоли женской репродуктивной системы/И.В. Высоцкая// Маммология. 2016.-№3- Т. 12. С 43-52.
7. Гинекология: Национальное руководство. Под ред. Савельевой. Г.М., Сухих Г.Т., Серова В.Н., Радзинского В.Е., Манухина И.Б... М: ГЭОТАР-Медиа; 2020. С. – 1008.
8. Доброкачественная дисплазия молочной железы с позиции BI-RADS: современный взгляд на проблему. / Адамян Л.В., Родионов В.В., Шешко Е.Л., Долгушина Н.В. // Проблемы репродукции. 2023.Т.29. №5. С. – 119-124.
9. Кузнецова Л.Э. Современные представления об опухолевых заболеваниях молочных желез, принципы их диагностики /Л.Э. Кузнецова// Медицинские новости. - 2017. - №2. - С. – 59-63.

10. Маммология: национальное руководство / Под ред. Академика РАН А.Д. Каприна, Н.И. Рожковой//. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021.С. – 379.
11. Медицина молочной железы и гинекологические болезни / под ред. В.Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: StatusPraesens, 2017. С. – 345.
12. Мурадова Д.Б. Особенности димгормональных заболеваний молочных желез у девочек и девушек с гинекологической патологией. / Мурадова Д.Б. // автореферат канд. дис. 2012. С. – 24.
13. Родионов В.В. Доброкачественные заболевания молочных желез / В.В. Родионов, А.А. Сметник**,** // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. 2018. -№ 1.- С. – 90-100.
14. Рожкова Н. И. Молочная железа и пролактин: новые данные. / Н.И. Рожкова, Н.М. Подзолкова, Т.В. Овсянникова // StatusPraesens. 2016. - № 4.-Т.33 – С. – 48-55.
15. Pleasant V. Benign Breast Disease. /Pleasant V.// Clin Obstet Gynecol. 2022. V.65(3). P. – 448-460.
16. The genomic mutation spectrums of breast fibroadenomas in Chinese population by whole exome sequencing analysis /Shang-Nao Xie, Yuan-Jie Cai, Bo Ma // Cancer Med 2019.V.8(5). P. – 2372-2379.

Рӯйхати интишороти унвонҷӯйи дараҷаи илмӣ

Мақолаҳои дар маҷаллаҳои тақризшаванда:

Мақолаҳои дар маҷаллаҳои шомил ба номгӯйи КОА-и дар назди Президенти ҶТ

[1-М.] Ниязова, С.Дж. Состояние молочных желёз у женщин с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями яичников [Матн] / С.Х. Холова, С.Дж. Ниязова, Э.Х. Хушвахтова, Г.У. Болиева //Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2019 - Том 18. №1. С. – 109-114.

[2-М.] Ниязова, С.Дж. Алгоритм диагностики и лечения доброкачественных заболеваний молочных желёз у женщин [Матн] / Э.Х. Хушвахтова,

С.Дж. Ниязова, М.Х. Курбанова, Г.У. Болиева, М.Н. Кармишева // Здравоохранение Таджикистана. - 2023. - №3. С. – 84-91.

[3-М.] Ниязова, С.Дж. Эффективность современных методов обследования доброкачественных заболеваний молочных желёз у женщин [Матн] / С.Дж. Ниязова, // Здравоохранение Таджикистана - 2023. - №4. С. – 64-71.

[4-М.] Ниязова, С.Дж. Генеративная функция женщин с доброкачественными процессами молочных желёз на фоне воспалительных заболеваний органов малого таза и доброкачественных новообразований яичников [Матн] / С. Дж. Ниязова, // Научно-медицинский журнал «Симург» - 2023. - 19- №3. С. – 63-67.

[5-М.] Ниязова, С.Дж. Результаты оценки цито-морфологической картины у женщин с дисгормональными заболеваниями молочных желёз и доброкачественными новообразованиями яичников [Матн] / Э.Х. Хушвахтова, С. Дж. Ниязова, М.Х. Курбанова, С.Х. Холова, // Научно-медицинский журнал «Симург» - 2023. -19- №3. С. – 39-44.

[6-М.] Ниязова, С.Дж. Доброкачественные заболевания молочных желёз у женщин с патологией органов малого таза [Матн] / Дж. Ниязова, Э.Х. Хушвахтова // Научно-медицинский журнал «Симург» -2024.-23- №3. С. – 61-69.

Мақолаҳои илмии дар маҷмуа ва интишороти дигари илмӣ-амалӣ нашршуда

[7-М.] Ниязова, С.Дж. Состояние молочных желёз у женщин с гинекологической патологией [Матн] / С.Дж. Ниязова, Э. Х. Хушвахтова, Ф.И. Бободжанова // Материалы VII съезда акушеров-гинекологов Республики Таджикистан (26.11.2022 г.) – Душанбе, 2022. С. – 296-297.

[8-М.] Ниязова, С.Дж. Особенности гинекологического статуса и микрофлоры у женщин с дисгормональными заболеваниями

молочных желёз на фоне воспалительных заболеваний органов гениталий [Матн] / С.Дж. Ниязова, Э. Х. Хушвахтова // Научно-практический журнал «Мать и дитя» №1, 2024. С. – 27-39.

[9-М.] Хушвахтова Э.Х., Ниязова С.Дж., Болиева Г.У. Эффективность современных методов лечения доброкачественных заболеваний молочных желёз у женщин с патологией органов гениталий [Матн] / Э.Э. Хушвахтова, С.Дж. Ниязова, Г.У. Болиева // Вестник медико-социального института Таджикистана. Научно-медицинский журнал №1 (14) - 2025. С. – 64-71.

Маърӯзаҳо дар съезд ва конференсияҳо

1. Ниязова С.Дж. Состояние молочных желёз у женщин с гинекологической патологией / VII съезд акушеров-гинекологов ГУ ТНИИ АГ и П, Душанбе – 26.11.2022 г.
2. Ниязова С.Дж. Состояние молочных желез у женщин с патологией органов гениталий. Научно-практическая конференция ГУ ТНИИ АГ и П «Неотложные состояния в акушерстве, гинекологии и перинатологии». Душанбе – 25.11.2023 г.
3. Ниязова С.Дж. Сравнительная характеристика доброкачественных заболеваний молочных желёз у женщин с патологией органов гениталий. Научно-практическая конференция ГУ ТНИИ АГ и П «Акушерские кровотечения: Современные аспекты профилактики массивных кровопотерь». Душанбе – 23.11.2024 г.

Пешниҳодоти ратсионализаторӣ

1. Ниязова С.Дж. УЗ-эластография - новый неинвазивный метод для получение дополнительной информации о состоянии молочных желёз у женщин репродуктивного возраста. Э.Х. Хушвахтова, Г.К. Давлатзода, С.Дж. Ниязова, М.Х. Курбанова, З.Т. Мамедова, Г.У. Болиева. // Удостоверении №6 от 05.03.21.
2. Ниязова С.Дж. Алгоритм обследования и лечения доброкачественных заболеваний молочных желёз. / Э.Х. Хушвахтова, М.Х. Курбанова,

Г.К. Давлатзода, С.Дж, Ниязова, Г.У. Болиева, М.Н. Кармишева, З.Т. Мамедова, Н.Т. Хакимова, Ф.Д. Сангинова // Удостоверении №7 05.03.21.

3. Ниязова С.Дж. Использование УЗИ молочных желёз, эластографии и маммографии для обследования молочных желёз в медицинских учреждениях разного уровня / Э.Х. Хушвахтова, М.Х. Курбанова, Г.У. Болиева, Н.Дж. Абдурахмонова, С.Дж, Ниязова, Н.Т. Хакимова, М.Н. Кармишева, С.Х. Холова, Д.М. Акилова // Удостоверении №2 28.02.2025.

Номгӯйи ихтисораҳо ва ифодаҳои шартӣ

БИУКХ -	бемориҳои илтиҳобии узвҳои коси хурд
БХҒШ -	бемориҳои хушсифати ғадудҳои шир
БХГҒШ -	бемории халалёбии гормонии ғадудҳои шир
БФК -	бемории фиброзӣ-киставӣ
ВТ ҲИА ҶТ	Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон
ВГО	Вируси герпеси оддӣ
ИМА	Иёлоти Муттаҳидаи Амрико
КРД -	картаркунонии рангаи допплерӣ
КОА	Кумитаи олии аттестатсионӣ
МС -	маркерҳои саратонӣ
МСР	Маркази солимии репродуктивӣ
МҶСМ	Муассисаи ҷумҳуриявии илмӣ-саратоншиносӣ
МФК	мастопатияи фибрози киставӣ
МД «ПАГ ва ПТ»	МД «Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон»
НХТ -	номияҳои хушсифати тухмдон
ОХТ -	омосҳои хушсифати тухмдон
РЗП	Реаксияи занҷираи полимеразӣ

СМВ	Ситомегаловирус
СИРТ –	сироятҳои интиқолёбанда бо роҳи таносулӣ
ТИФ	таҳлили иммуноферментӣ
ТУС -	таҳқиқи ултрасадоӣ
ХДҲ -	халалёбии даври ҳайз
BI-RADS	Breast Imaging Reporting and Data Sistem
CA-15,3 -	Cancer Antigen 15,3
CA-125 –	Cancer Antigen 125

АННОТАЦИЯ

на автореферат диссертации Ниёззода Сайёры Джумъа на тему: «Особенности диагностики и лечения доброкачественных заболеваний молочных желез женщин, ассоциированных с патологией репродуктивных органов» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности – 14.01.01. – Акушерство и гинекология

Ключевые слова: дисгормональное заболевание молочных желёз, воспалительные заболевания органов малого таза, доброкачественные новообразования яичников.

Цель исследования: изучить особенности диагностических и лечебных мероприятий у женщин с доброкачественными заболеваниями молочных желез, на фоне патологий органов малого таза.

Материал исследования: проведен сравнительный анализ результатов обследования состояния молочных пациенток с ВЗОМТ (213 пациенток) и ДНЯ (289 больных). Установлено дисгормональное заболевание молочных желёз: у женщин с воспалительными заболеваниями органов малого таза 127/59,6% и у пациенток с доброкачественными новообразованиями яичников – 163/56,4%, в связи с чем пациентки были распределены на следующие группы: Iа 127 - женщины с воспалительными заболеваниями органов малого таза и доброкачественными заболеваниями молочных желёз, Iб группа 86 - пациенток с воспалительными заболеваниями органов малого таза без патологии молочных желёз. Группа IIа 163 - женщины с доброкачественными новообразованиями яичников и доброкачественными заболеваниями молочных желёз, IIб группа 126 женщин с ДНЯ без патологии молочных желёз.

Методы исследования: изучение клинико- анамнестических данных и жалоб обратившихся женщин; общий осмотр; осмотр молочных желез; гинекологический осмотр; ультразвуковое исследование органов малого таза и молочных желез; эластография; ЦДК; онкомаркер – 125; 15-3; рентген маммография; прицельная биопсия; цитологическое исследование биоптата; гистологическое исследование операционного материала; бактериоскопия; ПЦР, ИФА на ИППП.

Научная новизна исследования: впервые в регионе проведено комплексное изучение состояния молочных желёз у женщин в зависимости от патологии репродуктивных органов, представленной воспалительными заболеваниями органов малого таза и доброкачественными новообразованиями яичников.

Внедрение результатов в практику: Результаты проведенных исследований внедрены в работу гинекологического отделения, отделение эндокринологической гинекологии, отделение функциональной диагностики и научной лаборатории ГУ «ТНИИ АГиП» МЗ СЗН РТ, ЦРЗ района Дж. Балхи.

Область применения: гинекология.

АННОТАТСИЯ

ба автореферати диссертатсияи Ниёззода Сайёра Ҷумъа дар мавзуи: «Хусусиятҳои ташхис ва муолиҷаи бемориҳои хушсифати ғадуди шири занҳо, ки бо бемориҳои узвҳои репродуктивӣ тавъам афтодааст» барои дарёфти дараҷаи илмии номзади илмҳои тиббӣ аз рӯйи ихтисоси – 14.01.01. – Момопизишкӣ ва бемориҳои занона

Калимаҳои калидӣ: бемориҳои халалёбии гормонии ғаудҳои шир, бемориҳои илтиҳобии узвҳои коси хурд, номияҳои хушсифати тухмдон.

Ҳадафи таҳқиқот: омӯзиши хусусиятҳои чорабиниҳои ташхисӣ ва муолиҷавӣ дар занҳои мубтало ба бемориҳои хушсифати ғадудҳои шир дар заминаи патологияи узвҳои коси хурд.

Маводи таҳқиқот. Таҳлили муқоисавии натиҷаҳои муоинаи ҳолати ғадудҳои шир дар мавриди занҳои бемори гирифтор ба БИУКХ (213 бемор) ва НХТ (289 зани бемор) ба амал оварда шуд. Бемории халалёбии гормонии ғадудҳои шир муайян карда шуд: 127/59,6% занҳои гирифтор ба бемориҳои илтиҳобии узвҳои коси хурд ва 163/56,4% занҳои бемори мубтало ба омосҳои хушсифати тухмдон муайян ва дар иртибот бо масоили мазкур беморон ба гурӯҳҳои зерин ҷудо карда шуданд: гурӯҳи Іа аз 127 зани мубтало ба бемориҳои илтиҳобии узвҳои коси хурд ва бемориҳои хушсифати ғадудҳои шир иборат буда, гурӯҳи Іб бошад, фарогири 86 зани бемори мубтало ба бемориҳои илтиҳобии узвҳои коси хурд бе патологияи ғадудҳои шир буд. Гурӯҳи ІІа 163 занеро дар бар мегирифт, ки аз номияҳои хушсифати тухмдон ва бемориҳои хушсифати ғадудҳои шир ранҷ мекашиданд, дар гурӯҳи ІІб 126 зани бемори мубтало ба НХТ бе патологияи ғадудҳои шир шомил буд.

Усулҳои таҳқиқ. Омӯзиши маълумотҳои клиникӣ- анамнезӣ ва шикоятҳои занҳои муроҷиаткарда; муоинаи умумӣ; муоинаи ғадудҳои шир; муоинаи гинекологӣ; таҳқиқи ултрасадоии узвҳои коси хурд ва ғадудҳои шир; эластография; КРД; маркерҳои саратонии – 125; 15-3; маммографияи рентгенӣ; биопсияи ҳадафнок; таҳқиқи ситологии биоптат; таҳқиқи гистологии маводи ҷарроҳишуда; бактериоскопия; РЗП, ТИФ ба СИРТ.

Навгонии илмии таҳқиқот: бори аввал дар минтақа омӯзиши маҷмуии ҳолати ғадудҳои шир дар занҳо вобаста ба патологияи узвҳои репродуктивӣ ба амал оварда шуд, ки аз бемориҳои илтиҳобии узвҳои коси хурд ва номияҳои хушсифати тухмдонҳо иборат буд.

Татбиқи натиҷаҳо дар амалия: Натиҷаҳои таҳқиқоти амалишуда дар кори шуъбаи гинекологӣ, шуъбаи гинекологияи эндокринологӣ, шуъбаи ташхиси функсионалӣ ва лабораторияи илмии МД «ПАГ ва ПТ» ВТҲИА ҶТ, МСР ноҳияи Ҷалолиддини Балхӣ татбиқ шуданд.

Соҳаи истифода: бемориҳои занона.

ANNOTATION

on the dissertation abstract of Saiyora Juma Niyozzoda on the topic: "Features of the Diagnosis and Treatment of Benign Breast Diseases in Women Associated with Reproductive Organ Pathology" for the degree of Candidate of Medical Sciences in the specialty 14.01.01. - Obstetrics and Gynecology.

Key words: dyshormonal breast disease, pelvic inflammatory disease, benign ovarian neoplasms.

Study objective: To examine the diagnostic and therapeutic approaches in women with benign breast diseases associated with pelvic pathologies

Study material: a comparative analysis of the examination results of breast patients with PID (213 patients) pelvic inflammatory disease and benign ovarian neoplasms BON (289 patients) was conducted. Dyshormonal breast disease was established: in women with pelvic inflammatory disease, 127%/59.6% and in patients with benign ovarian neoplasm's - 163/56.4%, in connection with which the patients were divided into the following groups: Ia 127 - women with inflammatory diseases of the pelvic organs and benign diseases of the mammary glands, group 1b (86 patients) included patients with inflammatory diseases of the pelvic organs without breast pathology. Group IIa (163) included women with benign ovarian tumors and benign breast diseases. Group IIb (126 women with pelvic inflammatory disease without breast pathology)

Research methods: study of clinical and anamnesis data and complaints of women who applied; general examination; examination of the mammary glands; gynecological examination; ultrasound examination of the pelvic organs and mammary glands; elastography; color Doppler imaging; tumor marker - 125; 15-3; X-ray mammography; targeted biopsy; cytological examination of biopsy; histological examination of surgical material; bacterioscopy; PCR, ELISA for STIs.

The scientific novelty of the study: for the first time in the region, a comprehensive study was conducted on the condition of the mammary glands in women depending on the pathology of the reproductive organs, represented by inflammatory diseases of the pelvic organs and benign ovarian neoplasm.

Implementation of results in practice: The results of the conducted research have been implemented in the gynecology department, the endocrinology and gynecology department, the functional diagnostics department, and the scientific laboratory of the State Research Institute of Obstetrics and Gynecology of the Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tatarstan, and the Central Health Center of the J. Balkhi District.

Scope: gynecology.