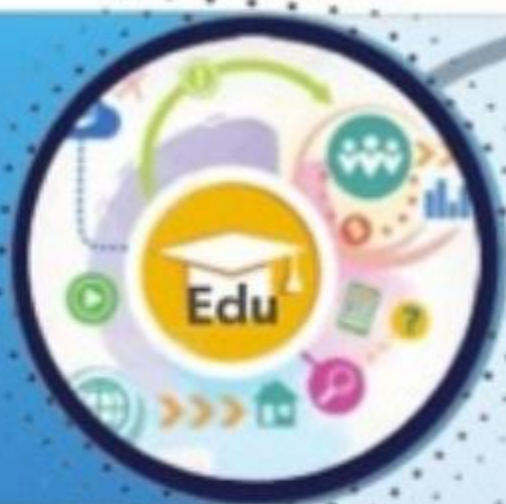




TASHKENT MEDICAL ACADEMY

100
TMA
ANNIVERSARY



Journal of Educational and Scientific Medicine



Issue 5 | 2025



OAK.UZ

Google Scholar

Science Education Commission of the Cabinet
Ministry of the Republic of Uzbekistan

ISSN: 2181-3175

MODERN APPROACHES IN CLINICAL-ANAMNESTIC AND IMMUNOHISTOCHEMICAL ANALYSIS IN WOMEN WITH HYDATIDIFORM MOLE

Madrimova Kuvonchoy Kakhramonovna¹, Nishonov Daniyar Anarbaevich²Matrizayeva Gulnara Dzhumaniyazovna³,

^{1,3,4}Urgench branch of the Tashkent Medical Academy (Republic of Uzbekistan)

²Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology (Republic of Uzbekistan)

Abstract: Modern advances in the field of cell biology and the development of modern diagnostic methods have led to improved results of treatment of gynecological diseases and increased opportunities for preserving fertility in women. In particular, some forms of gestational trophoblastic disease, such as hydatidiform mole, detected early in pregnancy, have a favorable prognosis.

Key words: HCG, hormonal receptors, immunohistochemistry, endometrium, hydatidiform mole.

YELBO'G'OZ KUZATILGAN AYOLLARDA KLINIK-ANAMNESTIK VA IMMUNOGISTOKIMYOVIY TAHLILLAR O'TKAZGAN HOLDA ZAMONAVIY YONDASHUVLAR

Madrimova Quvonchoy Qaxramonovna¹, Nishonov Daniyar Anarbeyevich², Matrizayeva Gulnora Dzhumaniyazovna³, Ikramova Xolida Sohibovna⁴

^{1,3,4} Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali (O'zbekiston Respublikasi)

²Respublika ixtisoslashtirilgan onkologiya va radiologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi (O'zbekiston Respublikasi)

Annotatsiya: Hujayra biologiyasi sohasidagi zamonaviy yutuqlar va zamonaviy diagnostika usullarining rivojlanishi ginekologik kasalliklarni davolash natijalarini yaxshilashga va ayollarda tug'ishni saqlash imkoniyatlarini oshirishga olib keldi. Xususan, homiladorlik trofoblastik kasalliklarining ba'zi shakllari, masalan, homiladorlikning erta muddatlarida aniqlangan yelbo'g'ozni to'g'ri tanlangan terapiya va kuzatuv tufayli ayolga homilador bo'lish, sog'lom bolani tug'ish imkoniyatini beradi.

Kalit so'zlar: HGG, gormonal retseptorlar, immunogistokimyo, endometriy, yelbo'g'oz.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКОГО И ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА У ЖЕНЩИН С ПУЗЫРНЫМ ЗАНОСОМ

Мадримова Кувончой Кахрамоновна¹, Нишонов Данияр Анарбаевич², Матризаева Гульнара Джуманиязовна³

^{1,3,4} Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии (Республика Узбекистан)

²Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии (Республика Узбекистан)

Резюме: Современные достижения в области клеточной биологии и разработка современных методов диагностики привели к улучшению результатов лечения гинекологических заболеваний и увеличению возможностей сохранения фертильности у женщин. В частности, некоторые формы гестационной трофобластической болезни, такие как пузырный занос, выявленные на ранних сроках беременности, имеют благоприятный прогноз. Правильно выбранная терапия и последующее наблюдение дают женщине возможность забеременеть, выносить и родить здорового ребенка

Ключевые слова: хХГ, гормональные рецепторы, иммуногистохимия, эндометрий, пузырный занос.

Hujayra biologiyasi sohasidagi zamonaviy yutuqlar va zamonaviy diagnostika usullarining rivojlanishi ginekologik kasalliklarni davolash natijalarini yaxshilashga va ayollarda tug'ilishni saqlash imkoniyatlarini oshirishga olib keldi. Xususan, homiladorlik trofoblastik kasalliklarining ba'zi shakllari, masalan, homiladorlikning boshida aniqlangan yelbo'g'oz, qulay prognozga ega. To'g'ri tanlangan terapiya va kuzatuv ayolga homilador bo'lish, sog'lom bola tug'ish va tug'ish imkoniyatini beradi [2,6]. homiladorlik bilan bevosita bog'liq bo'lib, ginekologik onkologik kasalliklar orasida alohida o'rin tutadi.

Epidemiologik tadqiqotlar turli mamlakatlar aholisining etnik xususiyatlari, ayollarning ijtimoiy-iqtisodiy holati va turmush tarzi bilan bog'liq bo'lgan ushbu patologiyaning chastotasida sezilarli geografik farqlarni ko'rsatdi. Yevropa va Shimoliy Amerikada kasallik 1000 ta homiladorlik uchun 0,5-1,84 ni tashkil qiladi, Lotin Amerikasi va Yaqin va Uzoq Sharq mamlakatlarida u ancha yuqori (10 martagacha). Ayolning yoshi ulg'aygan sari yelbo'g'ozni rivojlanish xavfi ortadi. 20-35 yoshdagi ayollarda bu patologiya kamroq uchraydi. 16 yoshgacha bo'lgan qizlarda xavf 20 barobar, 45 yoshdan oshgan ayollarda esa 200 barobar ortadi. Yelbo'g'ozning rivojlanishiga moyil bo'lgan omillar orasida muhim rol o'ynaydi. erta birinchi homiladorlik; homiladorlik pariteti; immunitetning buzilishi; A va C vitaminlari, oziq –ovqatlarda oqsil yetishmasligi; chanoq a'zolarining yallig'lanish kasalliklari; irsiy moyillik [3,4,7]. Profilaktik chora-tadbirlarni o'z vaqtida amalga oshirish qaytalanish chastotasini kamaytirishi va keyingi homiladorlikning ijobiy kechishini ta'minlashi mumkin [1,5,8,12].

Hozirgi vaqtda yelbo'g'oz patogenezi genetik nazariyasi dolzarb hisoblanadi. 1. Patologiya embrion tuxumining rivojlanishini buzadigan xromosoma aberatsiyasi tufayli yuzaga keladi.

2. Embriyon karyotipida ota xromosomalarining ustun bo'lishi, bir tuxumning bir necha spermatozoid yoki bitta diploid spermatozoid bilan urug'lanishi bilan bog'liq bo'lishi embrion rivojlanishida anomaliya va deformatsiyalarga olib keladi [7,9]. Yelbo'g'oz trofoblastik shikastlanish bo'lib, xorion villi shishishi va trofoblastik proliferatsiya bilan tavsiflanadi. Shu bilan birga, trofoblastik hujayralarning miometriyaga yoki qon tomirlariga kirib borishi yo'q.

Klinik nuqtai nazardan, yelbo'g'ozning to'liq va qisman shakllari mavjud. yelbo'g'oz - platsenta to'qimalaridan kelib chiqadigan patologiya, metastaz berishi mumkin. Onalik to'qimalaridan rivojlanadigan o'smalardan farqli o'laroq, homiladorlik trofoblastik kasallikning bu shakli xomilalik to'qimalardan kelib chiqadi. Klinik jihatdan homiladorlik trofoblastik kasalligining invaziv bo'lmagan shakllari bo'lgan yelbo'g'ozning to'liq va qisman shakllari mavjud. • To'liq yelbo'g'oz eng keng tarqalgan shakl bo'lib, embrionning qismlarini o'z ichiga olmaydi va diploid karyotipga ega (46.XX - 90% hollarda, 46.XY - 10% hollarda). Anuklu yoki faol bo'lmagan tuxumning bitta haploid sperma bilan urug'lanishi, so'ngra endoreduplikatsiya natijasida paydo bo'ladi, natijada faqat ota DNKsi ifodalanadi. • Qisman yelbo'g'oz embrion qoldiqlarini o'z ichiga oladi va triploid karyotipga ega (69,XXX yoki 69,XXY), bu bitta tuxumning ikkita sperma bilan urug'lanishi bilan bog'liq[10-12].

Ikkala shakl ham chorion villi gipertrofiyasi va giperfunktsiyasi bilan bog'liq. To'liq yelbo'g'ozda inson xorionik gonadotropini (hGG) darajasi sezilarli darajada oshadi, bu asosiy klinik belgilardan biridir. Patogenetik o'zgarishlar orasida: og'ir vaskulogen yetishmovchilik; kechiktirilgan angiogenez; suyuqlikning to'planishi va chorion villi ichida kistli bo'shliqlar (sisternalar) shakllanishi.

Tashxis: asosiy diagnostika usullariga ultratovush tekshiruvi (ultratovush) va qondagi hGG darajasini aniqlash kiradi.

• To'liq yelbo'g'oz bilan ultratovush umumiy giperplaziyani aniqlaydi. • Qisman yelbo'g'oz bilan platsentada fokal kista o'zgarishlari va homilalik platsenta hajmining 1,5 barobarga oshishi kuzatiladi, bu triploidiyani ko'rsatadi.

Diagnostika usullari morfologik tadqiqotlar va zamonaviy immunohistokimyoviy yondashuvlarni o'z ichiga oladi, bu Ki-67, CD34 va p53 kabi markerlarning ifoda darajasini baholash imkonini beradi.

Immunogistokimyoviy belgilar: • p53: hujayra siklini va apoptozni nazorat qilish uchun mas'ul, mutatsiyalar to'planishining oldini oladi.

• Ki-67: hujayra proliferativ faolligining belgisi, xavfli o'smalarning biologik salohiyatini baholash uchun ishlatiladi.

• CD34: hujayralararo adezyon molekulasi, gematopoezning dastlabki bosqichlarida ishtirok etadi.

• HCG: Bu gormonning yuqori darajalari yelbo'g'oz[8-9] uchun asosiy diagnostik mezonidir. Tadqiqot maqsadi: Orolbo'yida yashovchi ayollarda yelbo'g'ozning xavfli o'zgarishi diagnostikasida immunogistokimyoviy tadqiqotlarning ahamiyatini aniqlash va ularni davolash algoritmini ishlab chiqish.

Tadqiqot maqsadi. Orolbo'yida yashovchi ayollarda yelbo'g'ozning xavfli o'zgarishi diagnostikasida immunogistokimyoviy tadqiqotlarning ahamiyatini aniqlash va ularni davolash algoritmini ishlab chiqish.

Materiallar va tadqiqot usullari: Tadqiqot 2022–2024 yillarda Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali akusherlik, ginekologiya va onkologiya kafedrasida olib borildi. Klinik material: Respublika ixtisoslashtirilgan ona va bola salomatligini muhofaza qilish ilmiy-amaliy markazi Xorazm filiali hamda Respublika ixtisoslashtirilgan onkologiya va radiologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazidan materiallar to'plangan. Ushbu markazning patomorfologiya bo'limida patomorfologik tadqiqotlar olib borildi– “FBC NGS MEDICAL” MChJ laboratoriyasida immunogistokimyoviy tadqiqotlar o'tkazildi.

Ma'lumotlar va tadqiqot guruhleri:

1. Tadqiqotning retrospektiv bosqichi: 2019–2022 yillarda to'plangan gidatidiform mollari bo'lgan ayollarning bachadon bo'shlig'idan 70 ta aspirat namunalari o'rganildi. Ulardan 40 ta namunada Ki-67, CD34, hGG va p53 markerlari uchun immunohistokimyoviy tahlil o'tkazildi. 2. Tadqiqotning istiqbolli bosqichi: o'rtacha yoshi 25,8 yoshdan 38,2 yoshgacha bo'lgan 94 nafar ayol ishtirok etdi. Ishtirokchilar Xorazm viloyati va Qoraqalpog'iston Respublikasida istiqomat qilgan (44,6% shahar, 55,4% qishloq aholisi).

Ayollar 3 guruhga bo'lingan: asosiy guruh (n = 44): yelbo'g'oz bor ayollar. Taqqoslash guruhi (n = 30): rivojlanmagan homilador ayollar. Nazorat guruhi (n = 20): tibbiy abort qilish uchun murojaat qilgan deyarli sog'lom ayollar.

Tadqiqot usullari: anketalar (shikoyat, hayot va kasallik anamnezi, hayz ko'rish funktsiyasi, reproduktiv faoliyat, ob'ektiv tekshirish). Klinik va laboratoriya tekshiruvlari: biokimyoviy, gormonal testlar, ultratovush natijalari.

Tatqiqot natijalari: Ma'lumotlarni qayta ishlash uchun o'rtacha arifmetik qiymatlar (M), o'rtacha arifmetik xatolar (m) va nisbiy ko'rsatkichlar (%) hisoblab chiqilgan. Statistik taqqoslashlar guruhlarini to'g'ri taqqoslashni ta'minladi Natijalar va tahlillar: Tekshirilayotgan ayollar tarixidagi somatik kasalliklarni o'rganish shuni ko'rsatdiki, har uch guruh orasida eng ko'p uchraydigan somatik kasalliklar kamqonlikdir: asosiy guruhda - $50 \pm 2,2\%$ (n = 22); taqqoslash guruhida - $46,7 \pm 2,0\%$ (n = 14); nazorat guruhida - $45 \pm 2,2\%$ (n = 9).

Tekshirilayotgan ayollar tarixidagi somatik kasalliklarni o'rganish shuni ko'rsatdiki, har uch guruh orasida eng ko'p uchraydigan somatik kasalliklar kamqonlikdir: asosiy guruhda - $50 \pm 2,2\%$ (n = 22); taqqoslash guruhida - $46,7 \pm 2,0\%$ (n = 14); nazorat guruhida - $45 \pm 2,2\%$ (n = 9). Keyingi keng tarqalgan: xoletsistit (asosiy guruh - $27,3 \pm 1,5\%$, taqqoslash guruhi - $26,7 \pm 0,9\%$, nazorat guruhi - $10 \pm 1,4\%$). Gastrit (asosiy guruh - $43,2 \pm 1,3\%$, taqqoslash guruhi - $36,7 \pm 0,5\%$, nazorat guruhi - $10,0 \pm 1,1\%$). Varikoz tomirlari ($18,1 \pm 1,6\%$, n=8; $15 \pm 0,8\%$, n=15; $15 \pm 0,9\%$, n=3) holatlari ham kuzatildi.

Jadval № 1.

Tekshirilayotgan ayollarda somatik kasalliklarning chastotasi

Kasallik	Asosiy guruh, n=44	Taqqoslash guruhi, n=30	Nazorat guruhi, n=20
Anemiya	22 / $50 \pm 2,2$	14 / $46,7 \pm 2,0$	9 / $45 \pm 2,2$
Xoletsistit	12 / $27,3 \pm 1,5$	8 / $26,7 \pm 0,9$	2 / $10,0 \pm 1,4$
Varikoz	8 / $18,1 \pm 1,6$	15 / $50 \pm 0,8$	3 / $15 \pm 0,9$
Gastrit	19 / $43,2 \pm 1,3$	11 / $36,7 \pm 0,5$	1 / $10,0 \pm 1,1$

Ma'lumotlar tahlili shuni ko'rsatdiki, bu parametrlar bo'yicha guruhlar o'rtasida sezilarli farqlar yo'q. Statistik jihatdan ahamiyatli farqlarning yo'qligi bemorlarni to'g'ri tanlaganligini tasdiqlaydi.

Somatik kasalliklardan tashqari, o'rganilayotgan populyatsiyada ginekologik kasalliklar bilan kasallanish ham o'rganildi va baholandi. Natijalar 2-jadvalda keltirilgan

Jadval №2.

Qiyosiy guruhlardagi ginekologik kasalliklar

Kasallik	Asosiy guruh, n=44	Taqqoslash guruhi, n=30	Nazorat guruhi, n=20
Surunkali endometrit	12 / $27,3 \pm 1,5$	15 / $50 \pm 0,8$	1 / $5,0 \pm 1,1$
Bachadon bo'yni ektopiyasi	6 / $13,6 \pm 1,3$	11 / $36,7 \pm 0,5$	2 / $10,0 \pm 1,4$
Vulvovaginit	12 / $27,3 \pm 1,5$	15 / $50 \pm 0,8$	2 / $10,0 \pm 1,4$
Endoservitsit	6 / $13,6 \pm 1,3$	8 / $26,7 \pm 0,9$	2 / $10,0 \pm 1,4$

Ikkala tadqiqot guruhidagi ayollar tarixida ginekologik kasalliklarning tarqalishi taxminan bir xil edi. Biroq, har uchala guruhni solishtirganda, surunkali endometrit, vulvovaginit, endoservitsit va bachadon bo'yni ektopiyasi ikkinchi guruh ayollarida ko'proq ekanligi aniqlandi. Bu guruhlar o'rtasida sezilarli statistik farqlarga olib keldi ($p < 0,01$) (2-jadval).

Tadqiqot shuningdek, ayollarning hayz davri va jinsiy hayoti haqidagi ma'lumotlarni tahlil qildi, chunki bu parametrlar yelbo'g'ozni davolashda va tananing gormonal holatini baholashda muhim ahamiyatga ega.

Natijalar shuni ko'rsatdiki, birinchi guruhdagi ayollarning aksariyati hayz ko'rishni 10-13 va 14-16 yoshda boshlagan. Tekshirilayotgan ayollarda hayz davrining davomiyligi normal chegaralarda (3-5 va 6-7 kun) edi. Shu bilan birga, birinchi guruhda og'riqli hayz ko'rish ko'proq uchraydi: birinchi guruhda $27,3 \pm 1,5\%$, ikkinchi guruhda $6,7 \pm 1,2\%$ va nazorat guruhida 0%.

O'rganilayotgan guruhlarining vakillik ko'rsatkichlaridan biri bu tekshirilayotgan ayollarning antropometriyasidir. Shunisi e'tiborga loyiqlik, barcha guruhlardagi o'rtacha bo'y va vazn statistik jihatdan taqqoslangan. Bundan tashqari, tana massasi indeksi (TMI) Quetelet formulasi yordamida hisoblab chiqilgan: $TMI = \text{tana vazni (kg)} / (\text{bo'yi (m)})^2$

Tadqiqot guruhlaridagi TMI qiymatlari bir-biriga yaqin edi. Oddiy TMI boshqa variantlarga nisbatan sezilarli darajada keng tarqalgan va bu parametrdagi guruhlar o'rtasida sezilarli farqlar yo'q edi. Bu guruhlarini shakllantirishning to'g'riligini va ularning reprezentativligini tasdiqlaydi

Belgilangan vazifalarga muvofiq 94 nafar homilador ayol tibbiy ko'rikdan o'tkazildi. O'quv guruhlarida kasbiy faoliyatning taqsimlanishi taxminan bir xil edi. Sog'lom ayollar guruhida va yelbo'g'ozbo'lgan guruhda kasbiy mansublikda sezilarli farqlar yo'q edi.

Jadval 3.

Ayollarning homiladorlik pariteti bo'yicha

Parametr	Asosiy guruh, n=44	Taqqoslash guruhi, n=30	Nazorat guruhi, n=20	p
1-homiladorlik	26 (59%)	12 (40%)	8 (40%)	p1<0,05 p2<0,05 p3>0,05
Takroriy homiladorlik	18 (40,1%)	18 (60%)	12 (60%)	p1>0,05 p2>0,05 p3>0,05
Yolg'iz tug'ilganlar	5 (11,4%)	8 (26,7%)	5 (25%)	p1<0,05 p2>0,05 p3>0,05
Ikki yoki undan ortiq tug'ilganlar	10 (22,7%)	6 (20%)	7 (35%)	p1>0,05 p2>0,05 p3>0,05
Bu homiladorlikdagi egizaklar	1 (2,27%)	-	-	-
Egizaklar tarixi	3 (6,8%)	-	1 (5%)	p2<0,05
Rivojlanmaydigan takroriy homiladorlik	3 (6,8%)	4 (13,3%)	-	p1<0,05

Eslatma: p1 - birinchi va ikkinchi guruhlar orasidagi farq; p2 - birinchi va nazorat guruhlar o'rtasidagi farq; p3 - ikkinchi va nazorat guruhlar o'rtasidagi farq.

Paritet tahlili shuni ko'rsatdiki, hidatidiform molga ega bo'lgan ayollarning ko'pchiligi uchun bu ularning birinchi homiladorligi bo'lib, u taqqoslangan guruhlar va nazorat guruhidan sezilarli darajada farq qiladi (p1, p2<0,05). Birinchi guruhda 18 (40,1%) ayolda takroriy homiladorlik kuzatilgan, ammo boshqa guruhlar bilan solishtirganda statistik jihatdan ahamiyatli farqlar topilmagan.

Ikkinchi guruhda yolg'iz tug'ilishlar, uchinchi guruhda esa takroriy homiladorlik ko'proq kuzatilgan. Biroq, bu ko'rsatkich guruhlar o'rtasida statistik jihatdan muhim farqlarga ega emas edi (p1, p2, p3>0,05). Ko'p homiladorlik ko'rsatkichi alohida e'tiborga loyiqdir: u asosan birinchi guruh ayollarida kuzatilgan, ammo bu homiladorlikning hech biri tug'ilish bilan yakunlanmagan.

Laboratoriya tekshiruvi natijalari: to'liq qon ro'yxati barcha uch guruhdagi ayollarda turli xil gemoglobin darajasini ko'rsatdi, ammo guruhlar o'rtasida sezilarli farqlar topilmadi. Leykotsitlar soni 2-guruhda eng ko'p ko'tarildi, bu erda ularning darajasi: 1-guruh – $7,533 \pm 0,123 \times 10^9/l$; 2-guruh – $10,127 \pm 0,221 \times 10^9/l$; 3-guruh - $5,783 \pm 0,1127 \times 10^9/l$.

Jadval № 5.

Gormonal tahlil natijalari

Ko'rsatkich	Asosiy guruh, n=44	Taqqoslash guruhi, n=30	Nazorat guruhi, n=20	p
Prolaktin 11.2-90ng/ml	91,729±4,0555	85,56±2,56	54,729±3,059	p1>0,05 p2<0,05 p3<0,05
TTG 0.3-4.0 ng/ml	4,9±0,02	3,9±0,05	2,24±0,08	p1>0,05 p2<0,05 p3<0,05
T3 erkin 1.4-4.2 ng/ml	1,2±0,2	1,4±0,22	1,82±0,048	p1>0,05 p2<0,05 p3<0,05
T4 erkin	0,7±0,019	0,9±0,02	1,7±0,023	p1>0,05

0.8-2.2 ng/ml				p2<0,05 p3<0,05
---------------	--	--	--	--------------------

Yelbo'g'ozning sabablarini aniqlash uchun homilaning rivojlanishiga ta'sir qilishi mumkin bo'lgan gormonlar darajasini tahlil qilish o'tkazildi. Asosiy gormonal o'zgarishlar: 1-guruhdagi prolaktin normal homiladorlikdan 1,7 baravar yuqori, homila rivojlanishining kechikishi bilan esa - 1,6 baravar yuqori (p2, p3<0,05).). Tadqiqot guruhida qalqonsimon bezni ogohlantiruvchi gormon (TSH) sezilarli darajada ko'tarildi, bu Gipotiroidizmga ($4,9 \pm 0,02$ ng / ml) yuqori moyillikni ko'rsatadi. 1-guruhda T3 va T4 darajalari kamaydi, bu ham muhim ko'rsatkichdir (p<0,05).

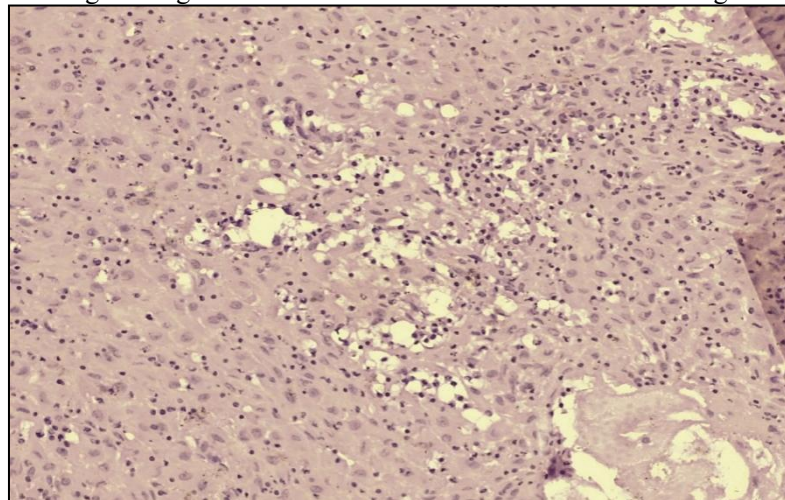
Jadval № 6.

Qiyosiy guruhlarda inson xorionik gonadotropini (hGG) darajasi

Ko'rsatkich	Asosiy guruh, n=44	Taqqoslash guruhi, n=30	Nazorat guruhi, n=20	p
HGG <50 000 ME/l	9 (20,5%)	27 (90%)	5 (25%)	p1<0,05 p2>0,05 p3<0,05
50 000-100 000	26 (59%)	3 (10%)	15 (75%)	p1<0,05 p2<0,05 p3<0,05
>100 000	9 (20,5%)	-	-	-

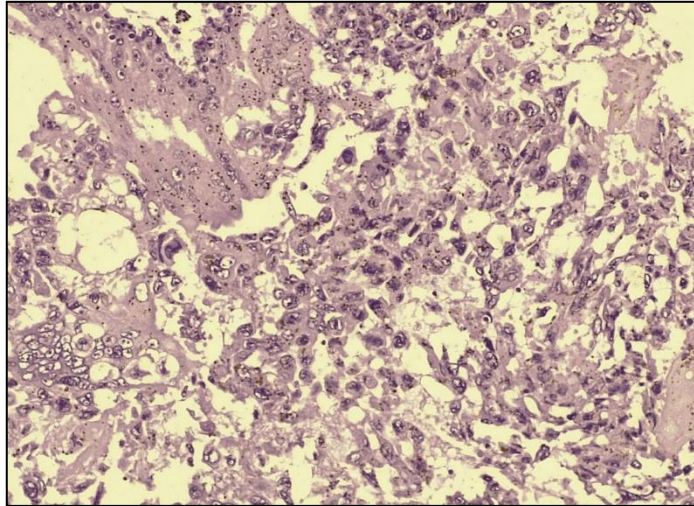
Yelbo'g'ozning asosiy diagnostik belgilaridan biri qonda inson xorionik gonadotropini (hCG) darajasining oshishi hisoblanadi. 1-guruhda (yelbo'g'oz) hCG darajasi 100 000 IU / l dan yuqori edi. 2-guruhda (homila o'sishini cheklash) hCG darajasi ayollarning 90 foizida 50 000 IU / l dan kam bo'lgan, bu statistik jihatdan muhim ko'rsatkichdir (p1<0,05; p3<0,05). Shunday qilib, homila rivojlanishining kechikishi paytida hCG darajasining pasayishi chorionik villi yetarli darajada funktsional emasligini ko'rsatadi, yelbo'g'oz paytida hGG darajasining oshishi esa villi va ularning giperplaziyasining haddan tashqari faolligini ko'rsatadi.

Yelbo'g'oz diagnostikasi uchun oltin standart bachadon bo'shlig'idan aspiratning gistologik tahlilidir.



Rasm №2. Oddiy homiladorlik davrida detsidual to'qimalarning mikroskopik rasmi. Env. geme-eozin. Ob10xok40.

Nazorat guruhida (normal homiladorlik) quyidagilar aniqlandi: distrofik o'zgargan detsidual to'qimalar; angiomatoz to'qimalarning o'rtacha miqdori; endometriyal giperplaziya o'choqlari; o'rtacha limfotsitar infiltratsiyaga ega bo'lgan turli o'lchamdagi tomirlar



Rasm №3. Invaziv hidatidiform moldagi desidual to'qimalarning mikroskopik rasmi. Bo'yok gem-eozin. Ob10xok40. Immunogistokimyoviy tekshiruv hGG va boshqa oqsillarni ifodalash darajasini aniqlash imkonini beradi, bu esa kasallikning kechishini tashxislash va bashorat qilishda yordam beradi
Tadqiqot guruhlarida immunohistokimyoviy ko'rsatkichlar

Ko'rsatkichlar 1. < 10% past ijobiy reaksiya 2. 10-20% o'rtacha ijobiy reaksiya 3. > 20% yuqori ijobiy reaksiya	Asosiy guruh, n=44	Taqqoslash guruhi, n=30	Nazorat guruhi, n=20	p
HGG min –max	23,6±0,132 [18-30]	16,6±0,1265 [11-20]	18,8±0,1785 [16-20]	p1<0,05 p2<0,05 p3>0,05
CD-34 min –max	13,2±0,142 [7-18]	8,525±0,1625 [7-15]	15,5±0,349 [10-18]	p1<0,05 p2>0,05 p3<0,05
Ki-67 min –max	18,75±0,178 [11-28]	10,275±0,1421 [8-15]	16,2±0,3703 [10-19]	p1<0,05 p2>0,05 p3<0,05
wp-53 min –max	16,5±0,229 [8-25]	6,675±0,169 [16-25]	- [-]	p1<0,05

Yelbo'g'oz paytida retseptorlarning hGG ga sezgirligi nazorat guruhiga qaraganda 1,4 baravar yuqori edi. Bu chorion villi gipertrofiyasi va giperfunkttsiyasi va qonda hGG ning ortiqcha sekretsiyasi bilan bog'liq. Asosiy guruhdagi Ki-67 belgisi (hujayra proliferatsiyasining ko'rsatkichi) nazorat guruhiga qaraganda yuqori edi ($10,275 \pm 0,1421$ ga nisbatan $18,75 \pm 0,178$; $p < 0,05$). Oddiy homiladorlik davrida proliferativ jarayonlar ham kuzatiladi, ammo ularning intensivligi yelbo'g'ozga qaraganda past bo'ladi. 1 va 3 guruhlar o'rtasida statistik jihatdan muhim farqlar yo'q ($p > 0,05$). O'simta belgisi p53 (o'sma jarayonlari uchun xos) yelbo'g'oz ($16,5 \pm 0,229$) bo'lgan bemorlarda sezilarli darajada oshdi, bu jarayonning malignite xavfini tasdiqlaydi ($p < 0,05$).

Xulosa: Shunday qilib, gistologik tahlil yelbo'g'oz tashxisining asosiy usuli hisoblanadi. Immunogistokimyoviy tekshiruv kasallikning tajovuzkorligini aniqlashga va bemorlar uchun optimal davolash strategiyasini tanlashga yordam beradi. Yuqori hGG darajalari hidatidiform molning asosiy diagnostik belgisidir. Qon guruhi I (O) bo'lgan ayollar yelbo'g'ozga eng ko'p moyillikka ega. p53 ning haddan tashqari ifodalanishi yuqori xavfni ko'rsatishi mumkin qo'shimcha kuzatishni talab qiladigan neoplastik jarayonlar Yelbo'g'oz evakuatsiya qilinganidan keyin HGG darajasini ular butunlay yo'qolguncha kuzatib borish kerak, chunki hGG ning davom etishi yoki qayta ko'payishi qoldiq trofoblastik kasallik yoki malign transformatsiyani ko'rsatishi mumkin. Tekshiruvga oqilona yondashuv ortiqcha testlar va keraksiz davolanishdan qochadi, bemorga yukni kamaytiradi.

Информация об авторах:

Мадримова Кувончой Кахрамоновна-ассистент кафедры Акушерства, гинекология и онкологии Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии, Ургенч, Узбекистан. E-mail: qmadrimova@gmail.com; <https://orcid.org/0009-0003-0545-3121>

Нишонов Данияр Анарбаевич-Научный руководитель отделение патоморфологии Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии, Ташкент, Узбекистан. E-mail: Morfologiya@rambler.ru

Матризаева Гулнара Джуманиязовна- к.м.н., доцент, заведующий кафедрой Акушерства, гинекология и онкологии Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии, Ургенч, Узбекистан. E-mail: gmatrizayeva@gmail.com; <https://orcid.org/0009-0001-2796-8041>

Information about the authors:

Madrimova Kuvonchoy Kakhramonovna- assistant, Department of Obstetrics, Gynecology and Oncology, Urgench branch of the Tashkent Medical Academy, Urgench, Uzbekistan. E-mail: qmadrimova@gmail.com; <https://orcid.org/0009-0003-0545-3121>

Nishonov Daniyar Anarbaevich - Scientific director of the Department of Pathomorphology, Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology, Tashkent, Uzbekistan. E-mail: Morfologiya@rambler.ru

Matrizayeva Gulnara Djumaniyazovna. - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Obstetrics and Gynecology, Urgench Branch of the Tashkent Medical Academy, Urgench, Uzbekistan. E-mail: gmatrizayeva@gmail.com; <https://orcid.org/0009-0001-2796-8041>

Литература:

1. Айламазян Э. К., Радзинский В. Е. Профилактика осложнений в ранние сроки беременности, Кибер Ленинка, 2020. <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-predstavleniya-o-prichinah-nevynashivaniya-beremennosti>
2. Доброхотова Ю. Э., Аракелов С.Э., Данелян С.Ж., Боровкова Е.И Пузырный занос: клинический случай ведения беременности //КиберЛенинка, 2019 <https://cyberleninka.ru/article/n/puzyrnyy-zanos-klinicheskiy-sluchay-vedeniya-beremennosti/viewer>
3. Ихтиярова Г.А., Дустова Н.К., Бахрамова Ш.У., Рузиева Н.Х., Иргашев Д.С., Матризаева Г.Ж. Молекулярно-генетические маркеры риска развития гипертензии у беременных с антифосфолипидным синдромом. Клинический разбор в общей медицине. 2024; 5 (9)
4. Кузнецов В.В., Мещерякова Л.А., Хохлова С.В. Клинические рекомендации по диагностике и лечению злокачественных новообразований плаценты // Общероссийский союз общественных объединений ассоциация онкологов России. Стр 16. <https://oncology.ru/association/clinical-guidelines/2014/52.pdf>
5. Мадримова К.К., Икрамова Х.С. Диагностика пузырного заноса. Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. Центрально азиатский научно-практический журнал. №1-2.2024 (105) Стр.59-61
6. Мадримова К.К., Нишонов Д.А., Матризаева Г.Д. Диагностика иммуногистохимическим методом пузырного заноса встречающегося в первом триместре беременности // “Biologiya va tibbiyot muammolari” 2024, №1 (151). Bet 168-171
7. Матризаева Г.Д., Ихтиярова Г.А. Хомиладорликнинг биринчи триместрида одатий хомила кўтара олмасликнинг патоморфологик ва иммуногистокимёвий хусусиятлари //O'zbekiston tibbiyot jurnali № 4, 2024. Ташкент. 2024.
8. Радзинский В. Е. Привычное невынашивание беременности: социальная проблема и медицинские решения, КиберЛенинка, 2021. <https://cyberleninka.ru/article/n/privychnoe-nevynashivanie-beremennosti-sotsialnaya-problema-meditsinskie-resheniya>
9. ESHRE Guideline Group on RPL; Bender Atik R., Christiansen O.B. et al. ESHRE guideline: recurrent pregnancy loss: an update in 2022. Hum Reprod Open. 2023;2023(1):hoad002. DOI: 10.1093/hropen/hoad002.
10. Candelier, J. J. (2016). The hydatidiform mole. Cell Adhesion & Migration, 10(1–2), 226–235. <https://doi.org/10.1080/19336918.2015.1093275>
11. Cue L, Farci F, Ghassemzadeh S, et al. Hydatidiform Mole. [Updated 2024 Dec 11]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459155/>

12. Marini, M.G., et al. Effects of Platelet-Rich Plasma in a Model of Bovine Endometrial Inflammation In Vitro. *Reprod Biol Endocrinol*, 2016. doi:10.1186/s12958-016-0195-4 (<https://doi.org/10.1186/s12958-016-0195-4>)