

УДК: 616.441–008.6:618:612.6

YELBO‘G‘OZ KASALLIGINING ZAMONAVIY ASPEKTLARI: TURLI YOSHDAGI AYOLLARDA KASALLIKNING KLINIK, MORFOLOGIK VA FIZIOLOGIK KECHISH XUSUSIYATLARI

Tugizova D.I.¹, Mamarizayeva N.Z.²

3-son akusherlik va ginekologiya ¹
Samarqand Davlat Tibbiyot Universiteti²
(O‘zbekiston Respublikasi)

ABSTRACT

This article discusses molar pregnancy disease, its clinic, diagnosis, treatment methods and modern methods of rehabilitation. Molar pregnancy, or hydatidiform mole, is rare pathology of the embryo that occurs due to a disruption in the development and growth of the trophoblast (the outer layer of embryonic cells). Molar pregnancy is classified as a type of gestational trophoblastic disease. The frequency of occurrence varies significantly between different countries. In the United States, molar pregnancy is relatively rare (1 in 1200 pregnancies), while in Asian and Latin American countries, it is more widespread (1 in 200 pregnancies). Its frequency increased with age: in women over 40 years old, the pathology is detected much more frequently. The exact causes of the pathology are currently unknown; there are several theories that significantly complicate not only the diagnosis of the condition but also its treatment and prevention. However, several factors can be noted that increase the risk of developing a molar pregnancy: a history of molar pregnancy in the patient increase the risk of recurrence to 1-1.5% for a single case and 11-25% for two cases; abortion increase the risk by 3.1 times; and being younger than 15 years or older than 40 years increases the risk by 7.5 times. In women with late onset of menstruation (17 years and older), the likelihood of developing malignant forms of molar pregnancy is higher compared to patients with timely or early onset of menstruation.

Keywords: hydatidiform mole, trophoblastic disease, tumor, choriocarcinoma, menstrual cycle, rehabilitation

АННОТАЦИЯ

В данной статье рассматривается болезнь пузырный занос, ее клиника, диагностика, методы лечения и современные методы реабилитации. Пузырный занос, или молярная беременность, - это редкая патология плодного яйца, возникающая из-за нарушения развития и роста трофобласта (наружного слоя клеток зародыша). Пузырный занос относится к группе гестационных трофобластических болезней. Частота встречаемости сильно варьирует в различных стран. Так, в США пузырный занос встречается довольно редко (1:1200 беременностей), в то время как в странах Азии и Латинской Америки – широко распространен (1:200 беременностей). Его частота повышается с возрастом: у женщин старше 40 лет – патология выявляется значительно чаще. Причины развития патологии на сегодняшний день достоверно неизвестны – существует несколько теорий, что существенно затрудняет не столько диагностику патологии, сколько её лечение и профилактику. Однако можно отметить факторы, повышающие риск развития пузырного заноса: наличие в истории пациентки пузырного заноса: единственный случай повышает риск повтора на 1-1,5 %, два случая – на 11-25%; аборт – повышают риск в 3,1 раза; возраст младше 15 лет и старше 40 лет – повышает риск в 7,5 раз. У женщин поздним

началом менструаций (от 17 лет и старше) вероятность развития злокачественных форм пузырного заноса выше относительно пациенток со своевременным или ранним появлением менструаций.

Ключевые слова: пузырный занос, трофобластическая болезнь, опухоль, хорюкарцинома, менструальный цикл, реабилитация

ANNOTATSIYA

Ushbu maqolada yelbo'g'oz kasalligi, uning klinikasi, diagnostikasi, davolash usullari va rehabilitatsiyasining zamonaviy usullari haqida fikr yuritilgan. Yelbo'g'oz – bu trofoblastning (embrion hujayralaring tashqi qavati) rivojlanishi va o'sishining buzilishi natijasida kelib chiqadigan homila tuxumining kamdan-kam uchdaydigan patologiyasidir. Yelbo'g'oz gestatsion trofoblastik kasalliklar guruhiga kiradi. Kasallik chastotasi turli mamlakatlarda juda farqlanadi. Masalan, AQSHda yelbo'g'oz juda kam uchraydi (1:1200 homiladorlikda), Osiyo va Lotin Amerikasi mamlakatlarida esa nisbatan keng tarqalgan (1:200 homiladorlikda). Uning uchrash chastotasi yoshga bog'liq ravishda ortib boradi: 40 yoshdan oshgan ayollarda bu patologiya ancha ko'proq uchraydi. Patologiyaning rivojlanish sabablari hozirgi kunda aniq ma'lum emas – bir nechta nazariyalar mavjud bo'lib, bular nafaqat patologiyani diagnostika qilishni, balki uni davolash va profilaktikasini ham qiyinlashtiradi. Shunga qaramay, yelbo'g'oz rivojlanish xavfini oshiruvchi omillarni qayd etish mumkin: bemor anamnezida yelbo'g'ozning mavjudligi: bitta holat qaytalanish xavfini 1-1,5 % ga oshiradi, ikki marta ushbu patologiya bilan kasallanganlik esa 11-25 % ga; abortlar qaytalanish xavfini 3,1 barobar oshiradi; 15 yoshdan kichik va 40 yoshdan katta yosh ko'rsatkichi xavfni 7,5 barobar oshiradi. Hayz sikli kech (17 yosh va katta) boshlangan ayollarda yelbo'g'ozning yomon sifatli shakllarining rivojlanish ehtimoli hayz sikli o'z vaqtida yoki erta boshlangan bemorlarga nisbatan yuqori ko'rsatkichga ega.

Kalit so'zlar: yelbo'g'oz, trofoblastik kasallik, o'sma, xorionkarsinoma, menstrual sikl, rehabilitatsiya.

KIRISH. Trofoblastik o'sma kasalliklari - platsenta elementlaridan rivojlanuvchi yomon sifatli va yaxshi sifatli o'smalar hisoblanadi. Hozirgi kunda trofoblastik kasalliklar reproduktiv yoshdagi ayollarda ko'p uchraganligi, ayollarda ruhiy zo'riqish, bir umrlik bepushtlikka, nogironlikka, kasallikning bir qancha organlarga asorat berishi tufayli o'limga sabab bo'lmoqda. Aynan reproduktiv yoshda uchraganligi sababli oila mustahkamligi, jamiyat rivoji va iqtisodiyotiga zarar keltirmoqda.

Statistik ma'lumotlarga ko'ra, trofoblastik kasalliklar uchrash chastotasi yildan-yilga oshib bormoqda. Butunjahon Sog'liqni Saqlash Tashkilotining 2012-yilgi ma'lumotiga qaraganda, ushbu kasalliklar tufayli ro'yxatga olinganlar soni 46 000 dan ortiq, kimyoterapiya davosini olgan bemorlar soni 40 000 dan ortiq bo'lib, shu kungacha bu ko'rsatkich ortib bormoqda. Jeneva shahridagi 2011-yilda o'tkazilgan yig'ilishda har 1000 ta tug'ruqning 1 tasi yelbo'g'oz kasalligiga to'g'ri

keladi. Butun dunyo bo'yicha 1 yilda 126 millionta tug'ruq bo'lsa, shulardan 126 000 tasi yelbo'g'oz kasalligi yoki xoriokarsinomaga to'g'ri keladi. Lekin 1 yilgi trofoblastik kasalliklar bilan ro'yxatga olinganlar soni 150 000 taga yetgan. Trofoblastik o'sma kasalliklari 20 yoshgacha va 40 yoshdan keyin ham uchrashi mumkin, xorionkarsinoma, asosan, postmenopauzadan keyin uchrashi e'tirof etiladi. Dunyoda trofoblastik kasalliklar 2006-yil ma'lumotlariga ko'ra, onkoginekologik kasalliklarning 3.6 % ni tashkil etadi. Trofoblastik kasalliklarning 80 % ini oddiy yelbo'g'oz, 15 % ini invaziv yelbo'g'oz, 5 % ini xorionkarsinoma tashkil etadi. Xorionkarsinoma aniqlangan ayollar anamnezida 50 % yelbo'g'oz, 25 % abort, 20 % tug'ruq, 5% bachadondan tashqari homiladorlik kuzatilgan [1].

Demografik aspekti o'rganilganda, trofoblastik o'smalarning bir millat ichida uchrashining turli darajadaligi endogen omillarga: genetik apparatga, endokrin sistemaga, immun holatiga, hamda ekzogen omillarga:

muhit, ijtimoiy-etnik yashashi, madaniy omillariga, ularning iqtisodiy holatiga va turmush tarziga bog'liq. O'zbekistonda sog'liqni saqlash boshqarmasining ma'lumotlariga ko'ra, keyingi yillarda trofoblastik o'sma kasalliklari uchrash darajasi oshib borayotganligi aniqlangan. Bunga mintaqamiz iqlim sharoiti, erta tug'ruq, tez tug'ruq (tug'ruq soni oraligi yaqinligi), qalqonsimon bezi kasalliklari ko'p uchraganligi (endemik buqoq, ya'ni tireotoksikoz), katta yoshda ham homiladorlik ko'p uchrash sabab bo'lmoqda. Trofoblastik o'sma kasalliklarning asosiy xususiyati homiladorlik bilan bog'liq bo'lib, normal tug'ruq yoki yelbo'g'oz bilan tugashi mumkin. Torofblastik o'sma kasalliklari, asosan, reproduktiv yoshdagi ayollarda uchraydi, xoriokarsinoma esa kata yoshli ayollarda uchraydi. So'nggi ma'lumotlarga ko'ra, O'zbekistonda yelbo'g'oz bilan kasallanish cho'qqisi 20-30 yosh bo'lsa, xarionkarsinoma bilan kasallanish cho'qqisi 31-40 yoshni tashkil etadi [2].

Bir guruh olimlar tuxum hujayra urug'lanishi bilan eng avvalo yelbo'g'oz, kam holatlarda xoriokarsinoma rivojlana boshlashini ta'kidlashadi va bu xususiyat tuxum hujayraning o'zida bo'lishini aytishadi. Tuxum hujayra tuxumdonda vaqtida yomon sifatli elementlarni o'zida to'plab, follikuladan patologik tuxum hujayra ajralib chiqadi. Homila o'lganidan keyin kislorod va oziq moddalar hisobiga Langhans hujayralar va plazmatik hujayralar o'lchami kattalashib, sekretor funksiyasi oshadi [3].

Boshqa guruh olimlar trofoblastik o'smalarning rivojlanishiga ona organizmidagi patologik jarayonlar sabab bo'lishini ta'kidlab o'tadilar. Detsidual endometriyda ikkilamchi vorsinkalar rivojlanishi natijasida trofoblastik o'smalar kelib chiqishi mumkin [2]. Baltazar oziq-ovqatdagi oqsil defitsiti ahamiyatini muhim hisoblab, bu xromosom genlarida defektga olib kelishini va mutatsiya hisobiga o'sma transplantatsiyasi yuzaga keladi degan fikrni ilgari surgan.

Yana boshqa guruh olimlar gialuronidaza fermenti hujayralararo bog'lanishini susaytirib, atrof-to'qimalar o'tkazuvchanligini oshirishini

aytib o'tishgan. Shu sababli trofoblast elementlari qon oqimiga tushadi va metastazlanish kuzatiladi. Shu yo'nalishda ilmiy izlanish olib borgan olimlarning aniqlashicha, sog'lom, homilador bo'lmagan ayol organizmidagiga nisbatan, sog'lom, homilador ayolda gialuronidaza fermenti miqdori 2 marta, yelbo'g'ozda 7.2 marta, xoriokarsinomada 15.6 marta oshar ekan. Bundan ko'rinib turibdiki, xoriokarsinomada gialuronidaza fermenti qon-tomirlarni yemirishi va ba'zi bir organlarga metastaz berishi mumkin ekan [4].

Yelbo'g'oz kasalligi oxirgi vaqtlarda ginekologik amaliyotda oldingi o'rinlarni egallamoqda. Bu kasallik bilan ayollarni 100% holatlarda sog'ayib ketishi, kasallik hujayralarini ximiyaviy preparatlarga yuqori sezgirliги tufayli uni davolashda ximiyaviy preparatlarni qo'llash orqali isbotlanmoqda [5].

Statistik ma'lumotlarga ko'ra, trofoblastik o'smalarning uchrash darajasi sekin-asta oshib bormoqda. Butunjahon Sog'liqni Saqlash jamiyatining 2021 yilgi ma'lumotiga ko'ra shu kasallik tufayli ro'yxatga olinganlar soni 46 000 dan ortiq bemorlar, shulardan ximiyaterapiya davosini olgan bemorlar soni 40 000 dan ortiq bo'lib, shu kungacha bu ko'rsatkich ortib bormoqda.

Dunyoda trofoblastik kasalliklar 2021 yil ma'lumotlariga ko'ra onkoginekologik kasalliklar ichida 3.6 % ni tashkil etadi [6].

Trofoblastik kasalliklarning 80% ini oddiy yelbo'g'oz, 15% ini invaziv yelbo'g'oz, 5% ini xoriokarsinoma tashkil etadi. Xoriokarsinoma aniqlangan ayollar anamnezida 50% yelbo'g'oz, 25% abort, tez tug'ruq 20%, bachadondan tashqari homiladorlik 5% ni tashkil etadi.

Yelbo'g'oz evakuatsiyasidan keyin, har ikki haftada siydikda XGCH gormonining titri aniqlanib turiladi. 2 yil mobaynida bemorlar kuzatuvda bo'lishi tug'ish funksiyasining tiklanishiga olib keladi [7].

Hozirgi kunda trofoblastik kasalliklarni ximioterapiya usulida davolash samaradorligi yuqori bo'lib, ayollarda reproduktiv funksiyaning saqlanib qolishi va tug'ruq normal kechib, 80-85 % sog'lom bola tug'ilmoqda.

USLUB VA MATERIALLAR. Ushbu ishning maqsad va vazifalaridan kelib chiqib, istiqbolli tadqiqotda homiladorligi yelbo'g'oz bilan yakunlangan 43 nafar ayolda yelbo'g'oz o'tkazgandan so'ng bachadon bo'shlig'ini diagnostik qirish amaliyotidan keyingi davrda ayollarning obyektiv-klinik, laborator va gormonal holatini tahlil qildik.

Belgilangan maqsadga erishish va vazifalarni bajarish uchun SamDTU 3-son Akusherlik va ginekologiya kafedrasida Samarqand shahar 1-son tug'ruq majmuasiga hamda RIO va RIATM Samarqand filialiga murojaat qilgan 43 nafar reproduktiv yoshdagi ayollar tadqiqotga kiritildi. Tadqiqot 2024-2025 yillar davomida o'tkazildi.

Ayollarni tekshirish quyidagilarni o'z ichiga oldi: klinik, anamnestik xususiyatlarini aniqlash, laboratoriya diagnostikasi, instrumental usullardan UTT orqali kichik to'sa'zolari holati baholandi.

Bemorlarni tekshirilgan guruhlariga kiritish mezonlari sifatida siydik ajratish tizimining organik patologiyasining yo'qligi, o'tkir yuqumli patologiyaning, o'ziga xos infeksiyaning va jinsiy yo'l bilan yuqadigan infeksiyaning yo'qligi asos qilib olindi. O'tkir bosqichda yallig'lanish patologiyasi mavjud yoki surunkali ekstragenital o'choqlari bo'lgan bemorlarning kasallik qo'zg'ash davridagi holatlari tadqiqotdan chiqarish uchun asos sanaldi.

Tadqiqotga kiritish mezonlari:

- tadqiqot davrida gistologik tarzda tasdiqlangan yelbo'g'oz (to'liq yoki qisman) aniqlangan 18–49 yosh oralig'idagi ayollar;

11. Bachadonni diagnostik qirish (vakuum-aspiratsiya) amaliyoti bajarilgan, hech qanday asoratlarni kuzatilmagan hamda yelbo'g'ozdan keyingi kuzatuv davolanishi boshlangani;

12. Reabilitatsiya dasturida ishtirok etishga roziligi va belgilangan kuzatuv jadvaliga amal qilish imkoniyati (ya'ni, doimiy klinik tashriflar, laborator tekshiruvlar va boshqalar);

13. Tadqiqotda ishtirok etish, ma'lumot to'plash va kuzatuvga rozilik

berganligi haqidagi yozma ravishda xabardor rozilik hujjati (informed consent) taqdim etilgan bo'lishi.

Tadqiqotdan chiqarish mezonlari:

1. Bachadonni qirish o'tkazilgan so'ng darhol Gestatsion trofoblastik neoplaziya (GTN) rivojlanishi aniqlanib, kimyoterapiya talab etilgan holatlar (masalan, XGCh darajasining ko'tarilishi yoki tekis qolishi, bu esa doimiy trofoblastik kasallikdan dalolat beradi). Xususan, ko'p komponentli kimyoterapiya talab etilgan xorionkarsinoma yoki invaziv metastatik mol holatlar ushbu tadqiqot doirasiga kiritilmadi, chunki ularning davolash yondashuvi va prognozi reabilitatsiya tadqiqotidan farqlanadi;

2. Reabilitatsiya natijalariga ta'sir qilishi yoki kuzatuv davrida xavf tug'dirishi mumkin bo'lgan jiddiy hamroh kasalliklar mavjudligi (masalan, nazorat qilinmayotgan qalqonsimon bez kasalligi, yurak yetishmovchiligi, immunitetni pasaytiruvchi holatlar va boshqalar);

3. Kuzatuv jadvaliga rioya qila olmaslik yoki istamaslik (masalan, boshqa joyga ko'chish rejalari, yoki kuzatuv davrida homiladorlikdan tiyilish shartlariga rozi bo'lmaslik);

4. Kuzatuv davrida yoki tadqiqotga qabul paytida homiladorlik holati. Agar ishtirokchi kuzatuv muddati tugashidan oldin homilador bo'lib qolsa, u tadqiqot tahlilidan chiqariladi, chunki yangi homiladorlik XGCh darajasini baholash va reabilitatsiya protokoliga xalaqit beradi (etik nuqtai nazardan bunday bemorlar akusherlik asosida boshqariladi va tadqiqot davom ettirilmaydi);

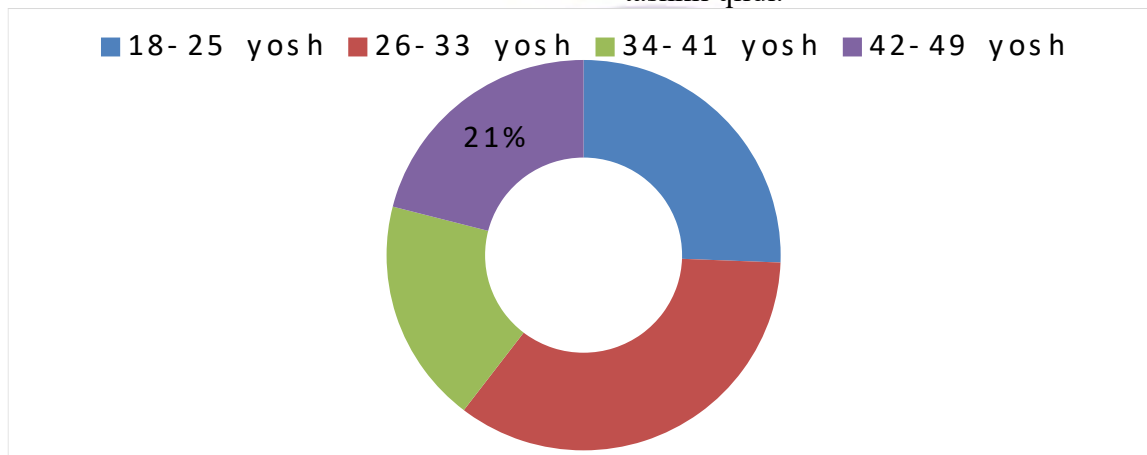
5. Ayolning roziligi bo'lmasligi yoki tadqiqotni tark etish istagi.

NATIJALAR VA MUHOKAMA. Kasallik rivojlanishini hech narsa bilan bog'lamagan bemorlarda, yelbo'g'ozning nomalum etiologiyasi va bachadondan tashqari homiladorlik 10% ni tashkil qiladi, bola tushish bilan bog'lagan bemorlar 30% ni tashkil qiladi va tug'ruqdan keyin rivojlangan yelbo'g'oz 20%, abortdan keyin rivojlangan yelbo'g'oz kasalligi 30% bemorda uchragan. Bu bemorlarda homiladorlikning erta muddatlarida

homilaning bir necha bor tushishi kuzatilgan. Bu bemorlarda qayta-qayta tibbiy abortlar o'tkazilgan. Tahlilimizdan ko'rinib turibdiki abortdan keyingi yelbo'g'ozning rivojlanish darajasi eng yuqori ko'rsatgich bo'lib, 30% ni tashkil etgan. Tug'ruq va bola tushgandan

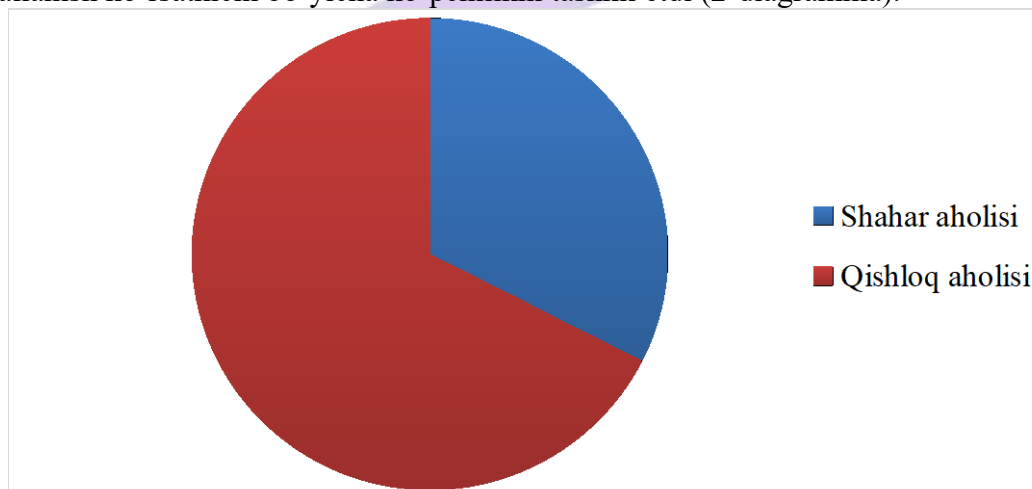
keyin rivojlangan yelbo'g'oz kasalligi ham yuqori ko'rsatgichga ega.

Barcha o'rganilgan homilador ayollar reproduktiv yoshda edilar, yosh diapazoni 18 yoshdan 49 yoshgacha bo'lgan oraliqni tashkil qildi (1-diagramma). O'rtacha yosh $32 \pm 0,4$ ni tashkil qildi.



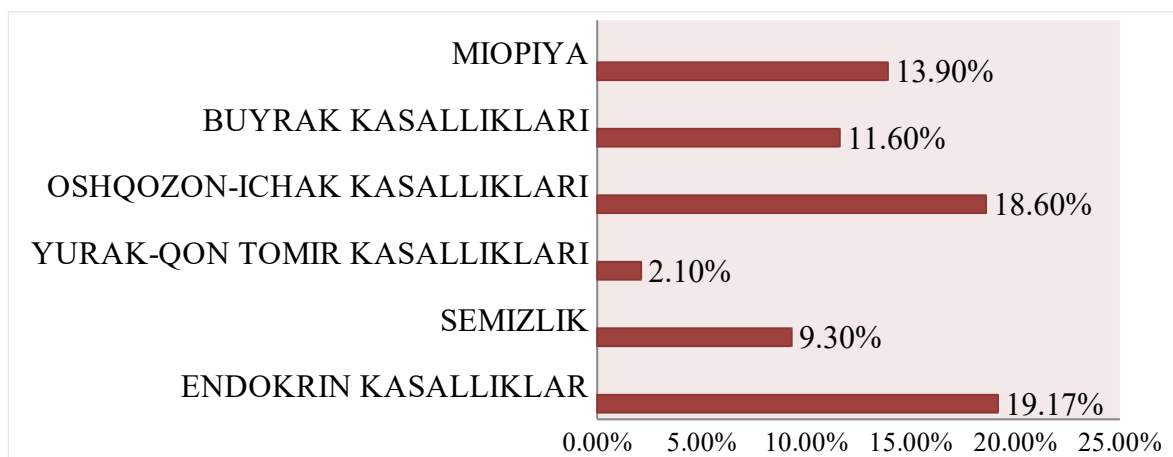
Diagrammadan ko'rinib turibdiki, tekshirilayotgan ayollarning aksariyati 26-33 yoshda edilar (34,8%). Perimenopauza davridagi ayollar soni umumiy ayollarning 21% ini tashkil etdi.

Ayollarni yashash joyiga qarab statistik tahlil o'tkazilganda qishloq hududida yashovchi ayollar kasallanish ko'rsatkichi bo'yicha ko'pchilikni tashkil etdi (2-diagramma).



2-diagramma. Tekshirilayotgan ayollarni yashash joyi bo'yicha taqsimlanishi.

Tekshirilayotgan bemorlarda anamnezida neyro-endokrin kasalliklar – 14 nafar (19,17%), semizlik – 4 nafar (9,3%), yurak-qon tomir kasalliklari – 1 nafar (2,3%), oshqozon-ichak kasalliklari – 8 nafar (18,6%), buyrak kasalliklari – 5 nafar (11,6%), miopiya – 6 nafar (13,9%), appendektomiya – 3 nafar (6,9%), virusli gepatit “B” – 2 nafar (4,6%) ni tashkil qilgan (3-diagramma).



3-diagramma. Bemorlarda uchragan yondosh kasalliklar.

Bemorlar anamnezidan ma'lum bo'ldiki, 19 ta (47.5%) bemorimizda hayz sikli kech (17-18 yoshdan) boshlanganligi, 10 ta (25%) bemorda 15-16 yoshda, 5 ta (12.5%) bemorda 13-14 yoshda, 6 ta (15%) bemorda 11-12 yoshda boshlanganligi ma'lum bo'ldi. Kuzatishlarga asoslanib shuni aytishimiz joizki, hayz sikli kech boshlangan bemorlar ham xavf guruhiga kirishi ma'lum bo'ldi. Yelbo'g'oz kasalligining rivojlanishida yuqorida aytib o'tganimizdek bemorlarning yoshi muhim ahamiyatga ega.

Bizning tekshiruvimizdagi bemorlarning yoshi tahlil qilinganda quyidagi natijalar olindi. Bemorlarning hayz sikli boshlangan vaqti, jinsiy hayoti erta boshlangan va birinchi homiladorlik kuzatilgan ayollarda yelbo'g'oz kasalligining ko'plab uchrashi xaqida adabiyotlarda keltirilgan, bizning tekshiruvimizdagi bemorlarda ham bu omillarning ta'sirini aniqlash maqsadida tahlil o'tkazdik.

Jadval 1

Bemorlarning reproduktiv holati

Homilador bo'lmagan	3 ta
Homiladorlar	31 ta
Normal tug'ruq	9 ta
Abort	15 ta
Bola tushishi	11 ta

Yuqoridagi tahlil natijalari shuni ko'rsatadiki, yelbo'g'oz kasalligini homiladorlik bilan bog'liqligi, hamda homila soni oshib borishi bilan abortlar, bola tushish hollari ortib borganligi kuzatilgan. Bu yelbo'g'oz kasalligi rivojlanish xavfini oshiradi. Buning natijasida ba'zi bemorlar oilasida farzand yo'qligi tufayli, kasallikning og'irlik darajasidan qat'iy nazar reproduktiv funksiyasini tiklash va reproduktiv organlarni saqlab qoluvchi davo muolajalarini qo'llashni talab etadi.

Tahlilimizdan ma'lum bo'ldiki, yelbo'g'oz kasalligi bilan kelgan 30 ta bemorga «bachadonni qirish» operatsiyasi o'tkazildi va 30 ta bemorimizda monoximiyaterapiya 1-kurs o'tkazildi. Bemorlarda 15 kundan so'ng xgch-gormoni qayta tekshirilganda 23 ta bemorimizda oshganligi ma'lum bo'lgach, monoximiyaterapiyaning 2-kursini qabul qildi. Bemorlar xgch-gormoniga qayta tekshirilganda, 16 ta bemorimizda xgch-gormonining miqdori oshganligi ma'lum bo'lgach, monoximiyaterapiyaning 3-kursi o'tkazildi. Bemorlar xgch-gormoniga qayta

tekshirilganda 10 ta bemorimizda oshganligi va monoximiyaterapiya effekti kam bo'lganligi sababli poliximiyaterapiyaning I kursi o'tkazildi. Poliximiyaterapiya o'tkazilgan bemorlarni 15 kundan so'ng xgch-gormoniga qayta tekshirilganda 6 ta bemorimizda oshganligi ma'lum bo'lgach, poliximiyaterapiyaning 2-kursi o'tkazildi. Boshqa davo muassasalarida bachadonni qirish amaliyoti o'tkazilgan bemorlarimizdan 2 tasida asoratlangan va 2 ta bemorda operativ davo muolajasi o'tkazilgan. Tahlilimizdagi bemorlarda 100% butunlay sog'ayish va 5% bemorda operativ davodan keyin bir umrlik bepustlik kuzatilgan. O'tkazilgan davo turlarini o'rganib chiqqanimizda yelbo'g'oz kasalligining ximiyapreparatlarga sezuvchanligi yuqori ekanligi aniqlandi.

XULOSA. Olingan natijalar tahlili bir qancha masalalarni yechimini topdi, desak mubolag'a bo'lmaydi. Dastavval bu yelbo'g'oz kasalligining uchrash darajasiga bog'liq. Biz tomondan o'rganilgan yelbo'g'oz kasalligi

bilan kasallangan 43 ta bemor umumiy homiladorliklar sonining 1,3 %ni tashkil qiladi. Bu ko'rsatkich Yevropa va AQSh davlatlarida chop etilgan ilmiy izlanish natijalariga mos keladi [9]. Yelbo'g'oz kasalligining uchrash darajasi AQShda 0,08%, Osiyo va Lotin Amerika davlatlarida esa 0,5% ni tashkil etadi [10]. Bizning kuzatuvlarimiz natijalari esa Xitoy, Hindiston, Fillipin orollaridagi yelbo'g'oz kasalligining uchrash darajasiga to'g'ri keladi [11]. Yelbo'g'oz kasalligining tarqalish darajasiga ko'ra, Samarkand viloyatining Kattaqo'rg'on tumanida yuqori ko'rsatkichlarni (20%), Urgut tumanida (15%) ni tashkil etgan. Kasallikning sababini ko'rsatib o'tilgan adabiyotlardagi ma'lumotlarga asoslanib, bemorlarning anamneziga e'tibor bersak, shu regionlarda er-xotinning qarindoshligi, turmushga erta chiqish va ko'p marta homiladorlik kuzatilishi, ayollarning qarindoshlarida trofoblastik kasalliklarning bo'lishi bilan bog'liq.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

1. "Gestatsion trofoblastik kasallik" kitobining muallifi. J. R. Smitning "onkogeneologik atlas". J. ga ko'ra, ular qazishmoqda. Del. Oldin. 2021
2. Saraton kimyoterapiyasi va bioterapiyasi: tamoyillari va amaliyoti. A. Chabner, D. L. Longo. - 3rd ed. - Baltimor-Filadelfiya-Nyu-York - London-Bangkok-Buenos-Ayres-Gonkong-Myunxen-Sidney-Tokio: Lippincott Uilyams va Uilkins, 2023. - 1140p.
3. J. F/Holland, R. C. Bast Jr., D. L. Morton va boshq tomonidan. - 4 th ed. - Baltimor-Filadelfiya-London-Parij-Bangkok-Buenos - Ayres-Gonkong-Myunxen-Sidney-Tokio-Vrotslav: Uilyams va Uilkins, 2017. - VL, 2.
4. Saraton ensiklopediyasi / Ed. - Bosh J. R. Bertino. - 2nd ed. - Amsterdam-Boston-London-Nyu-York-Oksford-Parij-San-Diego-San-rancisco - Singapur-Sidney-Tokio: akademik matbuot, 2002. - V. 1-4.
5. USP tarqatish axborot. - 19 th ed. - Micromtdex, Inc., AQSh, 2022. - V. 1, 2, 3.
6. Qochqinlar V. N. F. N., Ruxlyada N. N., Ivanova O. N. A. N. // J. akusherlik va ayollar kasalliklari. 2013. 1-son, Sankt-Peterburg.