

BRITISH VIEW

MULTIDISCIPLINARY JOURNAL



Anthropologie, Applied Linguistics, Applied Physics, Architecture, Artificial Intelligence, Astronomy, Biological Sciences, Botany, Chemistry, Communication studies, Computer Sciences, Computing technology, Cultural studies, Design, Earth Sciences, Ecology, Education, Electronics, Energy, Engineering Sciences, Environmental Sciences, Ethics, Ethnicity and Racism Studies, Fisheries, Forestry, Gender Studies, Geography, Health Sciences, History, Interdisciplinary Social Sciences, Labour studies, Languages and Linguistics, Law, Library Studies, Life sciences, Literature, Logic, Marine Sciences, Materials Engineering, Mathematics, Media Studies, Medical Sciences, Museum Studies, Music, Nanotechnology, Nuclear Physics, Optics, Philosophy, Physics, Political Science, Psychology, Publishing and editing, Religious Studies, Social Work, Sociology, Space Sciences, Statistics, Transportation, Visual and Performing Arts, Zoology and all other subject areas.

Editorial board

Dr. Marcella Mori Agrochemical Research Centre, Sciensano, Brussels, Belgium.

Dr. Sara Villari Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Sicilia, Palermo, Italy.

Dr. Loukia V. Ekateriniadou Hellenic Agricultural Organization, Thessaloniki, Greece.

Dr. Makhkamova Feruza Tashkent Pediatric Medical Institute Uzbekistan

Prof. Dr. Xhelil Koleci Agricultural University of Tirana, Albania.

Prof Dr. Dirk Werling The Royal Veterinary College, London, UK.

Dr. Otabek Yusupov Samarkand State Institute of Foreign Languages

Dr. Alimova Durдона Tashkent Pediatric Medical Institute

Dr. Jamol D. Ergashev Tashkent Pediatric Medical Institute

Dr. Avezov Muhiddin Ikromovich Urgench branch of Tashkent Medical Academy

Dr. Jumaniyozov Khurmatbek Palvannazirovich Urgench state university

Dr. Karimova Aziza Samarkand Institute of Economics and Service

Dr. Rikhsikhodjaeva Gulchekhra Tashkent State Transport University

Dr. David Blane General Practice & Primary Care, University of Glasgow, UK

Dr Raquel Gómez Bravo Research Group Self-Regulation and Health, Institute for Health and Behaviour, Department of Behavioural and Cognitive Sciences, Faculty of Humanities, Education, and Social Sciences, University of Luxembourg, Luxembourg

Dr. Euan Lawson Faculty of Health and Medicine, University of Lancaster, UK

Dr. Krsna Mahbubani General practice, Brondesbury Medical Centre/ University College London, UK

Dr. Patrick Redmond School of Population Health & Environmental Science, King's College London, UK

Dr. Lecturer Liz Sturgiss Department of General Practice, Monash University, Australia

Dr Sathish Thirunavukkarasu Department of Global Health, Population Health Research Institute, McMaster University, Canada

Dr. Sarah White Department of Biomedical Sciences, Macquarie University, New Zealand

Dr. Michael Gordon Whitfield NIHR Health Protection Research Unit in Healthcare-Associated Infections and Antimicrobial Resistance, Imperial College London, UK

Dr. Tursunov Khatam Andijan State Medical Institute Uzbekistan

Manuscripts typed on our article template can be submitted through our website here. Alternatively, authors can send papers as an email attachment to editor@britishview.co.uk

Editor Multidisciplinary Journals

Website: <http://britishview.co.uk>

Email: editor@britishview.co.uk

SYMPTOMS OF OVARIAN GRANULOSA CELL TUMORS ASSOCIATED WITH THEIR HORMONE PRODUCTION IN ADULT AND YOUNG PATIENTS IN THE ANDIZHAN REGION

Akbarova Maftuna Adhamjon kizi

Andijan State Medical Institute Assistant, Department of Oncology

Abstract: Having studied various types of ovarian tumors, the authors determined that granulosa cell tumors (GCTs) are the most common among hormone-producing ovarian tumors and, according to various authors, account for 2–7.5% of all ovarian tumors and 85% of all hormone-producing ovarian tumors [1, 2, 3, 5, 8, 9, 10, 11]. In their lectures, M.I. Davydov and other scientists note that most GKOVT produce steroid (estrogens, less often progesterones and androgens) and glycoprotein (inhibin, Müllerian inhibitory substance) hormones, which leads to menstrual irregularities such as hyperpolymenorrhea, amenorrhea with subsequent acyclic bloody discharge or bleeding and the development of dishormonal symptoms of rejuvenation. Thanks to such a vivid clinical picture, in 90% of patients the disease is diagnosed already in stage I. At the same time, there are reports in the literature about hormonally inactive GCTs, which, according to some authors, indicates a high degree of anaplasia of neoplasm cells and a poor prognosis. [4] **Key words:** granulosa cell tumors of the ovaries, granulosa cell tumors of the adult type ovaries, juvenile granulosa cell tumors, follicle-stimulating hormone, luteinizing hormone, inhibin A and B, estradiol, menstrual cycle. In most cases, the clinical manifestations of the disease are caused by hyperestrogenism. In children it leads to premature puberty; in women of reproductive age - delayed ovulation, infertility, acyclic bleeding from the genital tract or amenorrhea; in postmenopausal women - to pathological “rejuvenation”, increased libido. About 25% of patients have a nonspecific symptom complex - pain, abdominal discomfort

СИМПТОМЫ ГРАНУЛЁЗОКЛЕТОЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ, СВЯЗАННЫЕ С ИХ ГОРМОНОПРОДУЦИЕЙ У ПАЦИЕНТОК ВЗРОСЛОГО И МОЛОДОГО ВОЗРАСТОВ ПО АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ

**Акбарова Мафтуна Адхамжон кизи
Андижанский Государственный Медицинский Институт
Ассистент кафедры Онкологии**

Аннотация: Исследовав различные виды опухолей яичников, авторы определили что, гранулезоклеточные опухоли (ГКО) — самые частые среди гормонопродуцирующих новообразований яичников и составляют, по данным разных авторов, 2–7,5% всех опухолей яичников и 85% из всех гормонопродуцирующих опухолей яичников [1, 2, 3, 5, 8, 9, 10, 11]. В своих лекциях Давыдов М.И и другие учёные отмечают что большинство ГКОВТ продуцируют стероидные (эстрогены, реже прогестероны и андрогены) и гликопротеидные (ингибин, мюллеровская ингибирующая субстанция) гормоны, что приводит к нарушениям менструального цикла по типу гиперполименореи, аменореи с последующими ациклическими кровянистыми выделениями или кровотечением и развитию дисгормональных симптомов омоложения. Благодаря такой яркой клинической картине у 90% больных заболевание диагностируют уже в I стадии. В то же время в литературе имеются сообщения о гормонально-неактивных ГКОЯ, что, по мнению ряда авторов, свидетельствует о высокой степени анаплазии клеток новообразования и плохом прогнозе. [4] **Ключевые слова:** Гранулёзоклеточные опухоли яичников, гранулёзоклеточные опухоли яичников взрослого типа, гранулёзоклеточные опухоли ювенильного типа, фолликулостимулирующий гормон, лютеинизирующий гормон, ингибин А и В, эстрадиол, менструальный цикл. В большинстве случаев клинические проявления заболевания обусловлены гиперэстрогенией. У детей она приводит к преждевременному половому созреванию; у женщин репродуктивного возраста – к задержке овуляции, бесплодию, ациклическим кровянистым выделениям из половых путей или аменорее; у женщин в постменопаузе – к патологическому “омоложению”, повышению либидо. Около 25% пациенток имеют неспецифический симптомокомплекс – болевой синдром, абдоминальный дискомфорт [6, 7, 12, 13].

Материалы и методы исследования: Материалом для изучения методов обследования явились амбулаторные карты, ультразвуковые исследования, данные маммографии, истории болезни, результаты гистологических и цитологических исследований. В общей сложности были обработаны данные обследований 34 больных с гранулёзоклеточными опухолями яичников за 2001-2021 гг., прошедших через гинекологическое отделение Андижанского филиала Республиканского специализированного научно-практического центра

Онкологии и радиологии. Из них 5 ГКОЯ ювенильного типа, а 29 ГКОЯ взрослого типа.

Результаты исследования:

Морфологические изменения в органах-мишенях под воздействием стероидных гормонов продуцируемых ГКОВТ:

Морфологические изменения	Абс.	%
Железисто- кистозные изменения	11	38%
Эндометриальные полипы	2	6,8%
Синхронный рак эндометрия	1	3,5%
Миома матки	10	34,4 %
Гипертрофия миометрия	1	3,5 %
Внутренний и наружный эндометриоз	2	6,8%
Синхронный рак молочной железы	1	3,5%
Атрофия эндометрия	1	3,5%

Таблица 1.

В таблицу 1 собраны данные морфологических обследований органов-мишеней стероидных гормонов, продуцируемых ГКОВТ. Как можно заметить большинство изменений показывают воздействие повышенных доз эстрогенов. Так, например, железисто-кистозная гиперплазия наблюдалась у 11 женщин, что составило 38%, эндометриальные полипы всего 2, и составили 6,8%, синхронный рак эндометрия был у 1 женщины – 3,5%, миома матки у 10, что равнялось 34,4%, гипертрофия миометрия у 1 – 3,5%, внутренний и наружный эндометриоз у 2, что примерно 6,8%. Был также случай с воздействием повышенных доз андрогенов – атрофия эндометрия у 1 наблюдаемой, что равнопримерно 3,5%. И один случай синхронного рака молочной железы.

(Диаграмма 1)

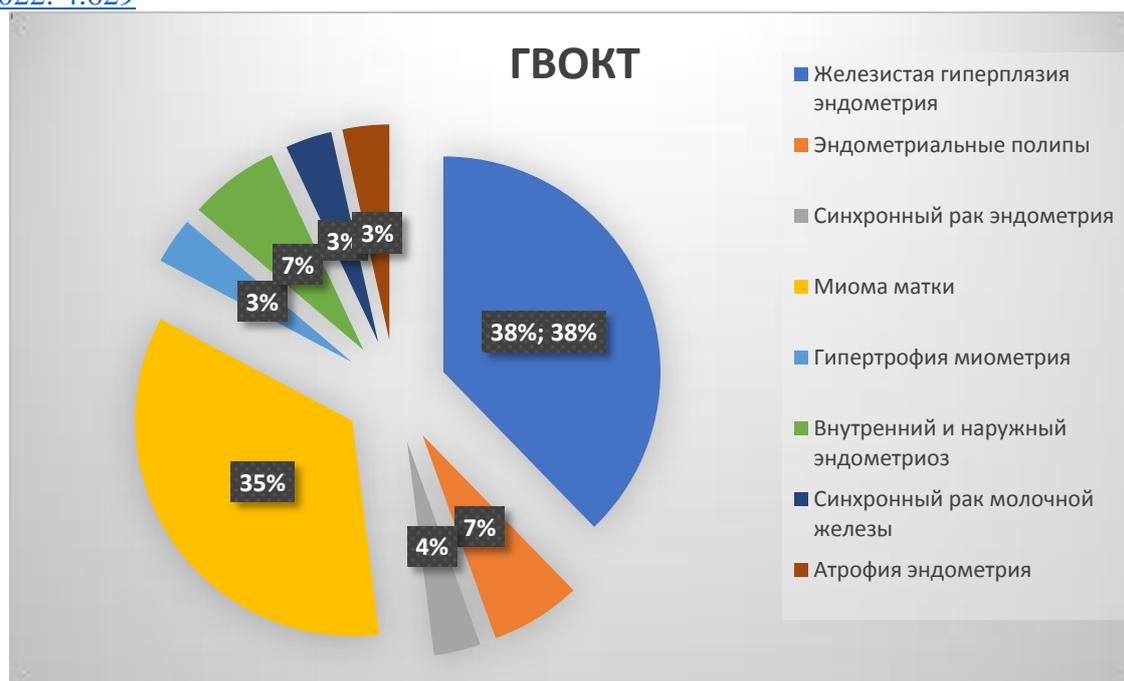


Диаграмма 1. Симптомы, связанные с гормональными нарушениями женщин с ГКОВТ:

Симптомы	Абс.	%
Аменорея	4	13,8%
Ациклические метроррагии	4	13,8%
Аменорея с последующими	2	6,9%
Ациклическими кровянистыми выделениями	1	3,5%
Гиперменорея	1	3,5%
Опсоменорея	1	3,5%
Аменорея с последующим маточным кровотечением	1	3,5%
Опсоменорея с последующей аменореей	1	3,5%
Кровянистые выделения в постменопаузе	14	48%
Вирилизация и гирсутизм	1	3,5%

Таблица 2.

В таблицу 2 собраны все жалобы женщин с ГКОВТ, связанные с гормональными нарушениями. Можно предположить, что большинство метрорагий, гиперменорея и кровянистые выделения связаны с продукцией опухоли эстрогенов, а опсоменорея и аменорея связаны с продукцией ингибина, а вирилизация и гирсутизм с продукцией андрогенов. Таким образом большинство опухолей ГКОВТ продуцируют эстрогены. Аменорея наблюдалась в 4 случаях что составило 13,8%. Аналогичная ситуация с ациклическими метрорагиями – у 4 женщин – 13,8%. У 2 женщин была выявлена аменорея с последующими кровянистыми выделениями, что

составило 6,9%. На гиперменорею жаловалась 1 пациентку, также 1 жаловалась на опсоменорею, 1 на аменорею с последующим маточным кровотечением, ещё по 1 на опсоменорею с последующей аменореей и вирилизацию и гирсутизм. Каждая составила по 3,5%. На кровянистые выделения в постменопаузе жаловались 14 женщин, что составило примерно 48%. Всего симптомы связанных с гиперэстерогенией составили примерно 76

Симптомы гормональных нарушений у женщин с ГКОЮТ:

Симптомы	Абс.	%
Кровянистые выделения	2	40%
Увеличение молочных желёз	3	60%
Увеличение матки	2	40%
Оволосение лобка	1	20%
Вирилизация и гирсутизм	1	20%

Таблица 3.

Таблицу 3 можно назвать условной в связи с малым количеством наблюдаемых нами пациенток. Всего наблюдалось 5 девочек, 4 из которых были в периоде детства, соответственно признаки в основном наблюдались у них и поэтому расценивались как патологические. 1 девочка была в подростковом периоде, но менархе не наблюдалось, а имел место гирсутизм и вирилизация. Это может говорить о том, что опухоль в её случае продуцировала андрогены. А 4 девочек с симптомами www.pedagoglar.uz 29-son 4 –to'plam may 2022 Sahifa: 263 эстрогенпродуцирующей опухоли имели по несколько симптомов каждая. Итак кровянистые выделения были у 2, что составило 40%, увеличение груди у 3 (60%), увеличение матки обнаружено на УЗИ у 2, а оволосение лобка только у 1, что соответствует 40% и 20%.

ВЫВОДЫ: практически все пациентки (кроме 1) с ГКОЯ имели дисгормональные нарушения.

1. В обоих случаях были симптомы гиперэстерогении. ГКОЮТ чаще выявляют в начальной стадии, чем ГКОВТ.
2. Случаи без дисгормональных нарушений оказались более злокачественными чем гормонопродуцирующие опухоли, так как степень атипии оказалась более низкой.

Список литературы:

1. Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований женской половой сферы // Онкогинекология. 2012. № 1. С. 18–24.
2. Бохман Я.В. Руководство по онко-гинекологии. Л. Медицина, 1989.
3. Волкова А.В. Клинико-морфологические критерии прогноза ранулезоклеточных опухолей взрослого типа. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2005.
4. Давыдов М.И., Кузнецов В.В., Нечушкина В.М. Лекции по онкогинекологии. М.: МЕДпресс-информ, 2009. с. 288—322
5. Карселадзе А.И. Морфология неэпителиальных опухолей яичников: Методические рекомендации. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 1994.
6. Селезнева Н.Д., Железнов Б.И. Доброкачественные опухоли яичников. М.: Медицина, 1982. С. 147–165. Кровянистые выделения 22% Увеличение МЖ 34% Увеличение матки 22% Оволосенение лобка 11% Вирилизация и гирсутизм 11% Другой 11% ГКОЮТ www.pedagoglar.uz 29-son 4 –to'plam may 2022 Sahifa: 264
7. Gompel C., Silverberg S.G. Pathology in gynecology and obstetrics. Philadelphia: J.B. Lippincott Co., 1994. P. 358–363
8. Кержковская Н.С., Жордания К.И., Калистов И.Е. и др. Объем хирургического вмешательства при гранулезоклеточной опухоли яичников. Акушгинекол 2003;(5):36—41.
9. Кутушева Г.Ф., Урманчеева А.Ф. Опухоли и опухолевидные образования половых органов у девочек. СПб.: Н.-Л., 2001.
10. Scully R.E., Young R.H., Clement P.V. Tumors of the ovary, maldeveloped gonads, fallopian tube and broad ligament. Atlas of tumor pathology. Bethesda; Maryland, 1998.
11. Uygun K., Audiner A., Saip P. et al. Granulosa cell tumor of the ovary: retrospective analysis of 45 cases. Am J Clin Oncol 2003;26(5):517—21.
12. Yanovski N.A., Paramandhan T.L. Ovarian Tumors. Philadelphia: W.B. Saunders Co., 1973. P. 65–69.
13. Young R.H., Scully R.E. Ovarian sex cordstromal tumors: recent advances and current status // Clinics in Obstet. Gynecol. 1984. V. 11. № 1. P. 93–102