



БОЛАЛАР ИНЕКООЛОГИЯСИ



ТИББИЁТ
ИНСТИТУТЛАРИ
ТАЛАБАЛАРИ УЧУН

УЎУВ
АДАБИЁТИ

А.А. ҚОДИРОВА, ф.М. АЮПОВА
Д.Қ. НАЖМИДД ИНОВА

АБУ АЛИ ибн СИНО
НОМИДАГИ ТИББИЁТ
НАШРИЕТИ

Тақризчилар: Тошкент Давлат врачлар малакасини ошириш институти, акушерлик ва гинекология кафедрасининг мудир, тиббиёт фанлари доктори, профессор *Д. Ф. КАРИМОВА*, тиббиёт фанлари доктори, профессор *М. ЦІ. СОДИКОВА*.

Қодирова А. А. ва бошқ.

Қ 53 Болалар гинекологияси: Тиббиёт институтлари талабалари учун ўқув қўлланмаси/А. А. Қодирова, Ф. М. Аюпова, Д. Қ. Нажмиддинова.— Т.: Абу Али ибн Сино номидаги тиббиёт нашр., 1998.— 192 б.

1.1,2 Автордош.

Мазкур ўқув қўлланмасида болалар гинекологиясига доир талайгина масалалар: киз болалар жинсий аъзоларининг анатомик ва физиологик хусусиятлари, гормонал ўзгаришлар, яллиғланиш ва ўсма хасталиклари хақида батафсил маълумотлар берилган. Шунингдек гигиеник омиллар, эстетика ва ахлоқ-одоб (деонтология) га доир муаммоларга ҳам старлича ўрин ажратилган.

Қўлланма ўқув дастурига асосланиб ёзилган, тиббиёт институтлари талабаларига мўлжалланган.

ББК 57.33я73

4108170000—004

К ----- 97

М354(04)97

18ВИ 5-638-01247-8

© А. А. Қодирова, Ф. М. Аюпова,
Д. Қ. Нажмиддинова

СЎЗ БОШИ

Қиз болаларнинг жинсий аъзоларида, уларнинг она қорнидалиги давридан бошлаб, болалик ва балоғатга етгунигача, шу даврларга хос бўлган анатомик ва физиологик хусусиятларнинг юз бериши кузатилади. Бундан ташқари, уларнинг ривожланишида яна патологик ўзгаришлар ҳам кузатилиши мумкин.

Қиз боланинг жинсий аъзоларида рўй берадиган нуқсонларнинг вужудга келишига турлича зарарли омиллар сабабчи бўлади: бир қатор юқумли касалликлар (бру-целлез, токсоплазмоз, листериоз, орнитоз ва б.қ.), нотўғри ишлатилган дори-дармонлар, заҳарли моддалар (алкогол, тамаки, наркотиклар) шулар жумласидан.

Бу патологик ҳолатлар ҳомила туғилганидан кейин яққол намоён бўлади. Яна қизларнинг болалик ва ўсмирлик ёшларида учрайдиган турли хилдаги нуқсонлардан ташқари, уларда катталарда учрайдиган қатор касалликлар ҳам кузатилади.

Туғруқ жараёнининг нотўғри кечиши, ҳомиланинг туғруқ пайтида жароҳатланиши, асфиксияси каби хасталиклар ҳам чақалоқнинг саломатлигига путур етказди. Оналарнинг жинсий аъзоларидаги ҳомиладор бўлишдан аввал ва ҳомиладор бўлганидан кейин юз берган ялиғланиш жараёнлари ҳамда танадаги гормонлар нисбатининг бузилиши ҳам ҳомила саломатлигига салбий таъсир қилади.

Хусусан, она шу даврда сўзакка чалиниб тўла даволанмаса, унинг қорнидаги ҳомила ўша даврдаёқ ёки туғруқ пайтида бу хасталикка гирифтор бўлиши мумкин. Чунки она жинсий аъзоси ҳисобланган қинидаги микроб — гонококк боланинг жинсий аъзосига, кўзига ўтиши мумкин. Натижада, чақалоқнинг шу аъзолари хасталанади. У туфайли пайдо бўлган чандиқлар жинсий аъзоларнинг топографик ва физиологик хусусиятларини бузиб қўяди.

Бундан ташқари, қиз бола томоқ дифтерияси билан оғрива ва бу касаллик асорати қинга ҳам ўтган бўлса, қинда чандиқлар пайдо бўлиб, қин битов бўлиб қолиши мумкин.

Демак, қизларнинг соғ-саломат ўсиши, балоғатга етиб,

соғлом авлодни дунёга келтириши учун кенг кўламда профилактика ва санитария маорифи ишларини тўғри йўлга қўйиш лозим.

Шу мақсад йўлида қиз болаларнинг саломатлигини доимо кузатиб бориш, профилактика ва муолажа ишлари- ни яхши ва сифатли ташкил қилиш учун туман, қишлоқ, вилоят ва умуман болалар поликлиникалари, маслаҳатхо- налари қошида болалар ва ўсмирлар учун гинекология бўлимлари очиш ва боғча, ясли ҳамда мактабларда қиз болаларни мунтазам равишда диспансер кўригидан ўтқа- зиб туриш муҳим аҳамият касб этади.

Республикамизда 1970-йилларга қадар қиз болалар ва ўсмирларга гинекологик ёрдам кўрсатиш ишларига унча- лик эътибор берилмас эди. Ҳозир эса бу соҳага эътибор кучайиб, гинекологик ёрдам бериш тармоқлари сони тобора кўпаймоқда.

Республикамизда ўсиб келаётган ёш авлоднинг сало- матлигини мустақкамлаш мақсадида улкан ишлар амалга оширилмоқда. «Соғлом авлод учун» Халқаро фонд ташкил этилди. Унинг вазифаси — ўсиб келаётган авлодни соғлом- лаштириш учун курашаётган барча мутахассисларнинг саъй- ҳарақатларига мадад беришдан иборатдир.

Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси 1993 йилда «Ўсиб келаётган авлодни соғломлаштириш муаммоларининг комплекс ечими» деган муҳим Қарор чиқарди. Унда болалар ва ўсмирлар гинекологиясига доир муаммоларга ҳам катта ўрин берилган.

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги мутахассислари билан биргаликда, тиббий ёрдам кўрса- тишнинг 3 босқичли тизимига таяниб, болалар ва ўсмирлар гинекологияси хизматини ташкил қилишнинг асослари ишлаб чиқилди. Бу тизим айнан бизнинг минтақамизга мос келади.

I босқич — бу, мактабгача бўлган болалар муассаса- лари, мактаблар, болалар санаторийлари, интернатлар, болалар поликлиникаларида амалга ошириладиган иш- лардан иборат. Бунда мактабгача ва мактабда ишлаётган педиатрлар, участка педиатрлари фақат жинсий аъзо- лардаги бирор-бир ўзгаришларни аниқлайди ва янада чуқурроқ текшириш, профилактик текширувларни ўтқа- зиш учун гинеколог ҳузурига маслаҳатга юборади.

II босқич — туман болалар поликлиникалари ёки гуманитар аёллар маслаҳатхоналари қошида ташкил қилинган болалар ва ўсмирлар гинекологияси кабинетлари. Бу босқичнинг вазифаси шуки, поликлиника шароитларида ташхис қўйиш ва даволаш, стационарга йўллаш, стацио- нардан чиққанларни кузатиб бориш.

III босқич — улар қошидаги ихтисослаштирилган гинекологик стационарлар ва консултатив кабинетлар. Уларнинг қиладиган ишлари — ташхис қўйиш ва даво- лаш,

маслаҳат бериш, туман болалар гинекологлари билан шуғулланиш ва уларга раҳбарлик қилиш, кадрлар тайёрлаш, илмий-тадқиқот ва ташкилий-услубий ёрдам- дан иборат бўлади.

Маълум бўлишича, кўпгина гинекологлар болалар ва ўсмирлар гинекологиясига етарлича эътибор бермайдилар Шу сабабли фаннинг бу соҳаси эътибордан четда қолмоқда. Шу нуқсонларни кўзда тутган ҳолда биз ушбу қўлланмани, савоб ишга озроқ бўлса-да, ҳисса қўшиш мақсадида ўқувчиларга ҳавола этилди.

Муаллифлар

ҚИСҚАЧА ТАРИХИЙ МАЪЛУМОТ

Маълумки, 1920 йилда Туркистон давлат университети қошида тиббиёт факультетини ташкил қилиш ҳақида декрет қабул қилинган. 1931 йилда тиббиёт факультети дорилфунун таркибидан ажралиб чиқиб, мустақил Ўрта Осиё тиббиёт институти ташкил топди. 1935 йилда Ўрта Осиё тиббиёт институти Тошкент Давлат тиббиёт институти деб номланди. Шу даврдан бошлаб даволаш факультети билан биргаликда акушер-гинекологик педиатрия курси ташкил қилинди.

1940 йилгача бу курс даволаш кафедраси билан биргаликда бўлган. 1940 йилда педиатрия кафедраси ажралиб чиқиб, бу кафедрага проф. Г. Л. Вайнштейн, Г. В. Пиньков ва Е. И. Гликина раҳбарлик қилган. 1967 йилдан бошлаб то педиатрия тиббиёт институти очилгунча проф. А. А. Қодирова мудирлик қилган.

Ўрта Осиё педиатрия тиббиёт институти очилгандан кейин педиатрия кафедраси шу институт таркибига ўтган (кафедра мудир А. А. Қодирова.).

1930 йилда Самарқанд тиббиёт институти очилиб (биринчи кафедра мудир А. В. Поляков), 1959 йилдан бошлаб бу даргоҳга И. З. Зокиров бошчилик қилиб келмоқда.

1965 йилда даволаш кафедраси билан биргаликда педиатрия курси ташкил қилиниб, 1974 йи.>1/1.111 даволаш кафедрасидан педиатрия кафедраси ажрлиб чиқиб, унга биринчи кафедра мудир бўлиб Л. Л Қодирова, кейин эса М. Ҳ. Ҳамидов раҳбарлик қилмоқда

1955 йилда Андижонда, 1990 йилдан п<шлар эса Бухоро ва Хоразмда тиббиёт институти қошида акушер- гинекологик кафедралари ташкил этилди

Биз юқорида педиатрия кафедралари ҳақида тўхталиб ўтдик, бунга сабаб болалар гинекологияси масалалари билан ана шу кафедралар шуғулланади.

Болалар гинекологияси бошқа мутахассисликларга нисбатан анча кам тараққий этган.

Биринчи марта 1973 йилда Ўрта Осиё тиббиёт институтининг акушерлик-гинекология кафедраси хузури- да, Тошкент шаҳар 22-сонли поликлиника қошида болалар гинекология хонаси ташкил этилди. 1985—1992 йилларда Тошкент шаҳридаги 9-сон туғруқхона болалар гинеколо- гияси учун ихтисослашган бўлиб, бу ерда Тошкенттиббиёт институтининг кафедраси фаолият кўрсатган (кафедра мудири А. А. Қодирова).

Республикада биринчилардан бўлиб доц. З. М. Жамо- лова раҳбарлигида Ф. З. Низомова «Мақтаб ёшидаги қизларда вульвовагинит» мавзусида номзодлик диссерта- циясини ёклаган. Проф. И. З. Зокиров бир неча илмий мақолалар ёзган, проф. А. А. Қодирова «Қиз болаларни парвариш қилиш», «Қиз болалар гигиенаси» номли илмий- оммабоп рисоаларни кенг аҳоли оммасига тақдим этган.

Республикада болалар гинекологияси фани энди- на ривожланиб келаяпти. Мустақиллик шарофати туфайли бу соҳани ривожлантиришга, оналар ва болалар соғлигини муҳофаза қилишни яхшилашга барча шарт-шароитлар вужудга келди. Бу имкониятлардан тўла фойдаланиш, шу тариқа соғлом авлодетиштиришдекхайрли ишга ўз хисса- сини қўшиш ҳар бир врачнинг шарофли бурчидир.

1 БОБ

БАЛОҒАТГА ЕТГАН ҚИЗ БОЛАЛАР ЖИНСИЙ АЪЗОЛАРИНИНГ АНАТОМИК ВА ФИЗИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ ҲАҚИДА ҚИСҚАЧА МАЪЛУМОТ

Қиз боланинг жинсий аъзолари ички ва ташқи аъзо- лардан таркиб топган.

Ташқи жинсий аъзолар (^epHaИa ex!erpa) қов. катта ва кичик жинсий лаблар, клитор, қин даҳлизи ва Бартолиний безларидан иборат. Ташқи жинсий аъзолар билан ички жинсий аъзоларни қизлик'пардаси ажратиб туради.

Қов (гпопз уепепз) қорин деворининг пастки қисми бўлиб, қиз боланинг балоғатга етиш жараёнида шу соҳага ёғ қатлами йиғила боради. Қиз бола тўла балоғатга етганда бу ёғ қатлами анча тараққий қилган бўлади Чунки бу ҳолат гормонал жараён билан боғлиқ бўлади. Қовнинг ҳар икки ёнида қов бурмалари жойлашган. Қовнинг пастки чегараси катта жинсий лабга туташади. Қиз бола балоғатга етган сари қов устида тук кўпая бориб, туклар горизонтал ҳолда ўсади.

ТАШҚИ ЖИНСИЙ ЛАБЛАР

Катта ва кичик жинсий лаблар (1аbта ридепсИа тарга е! тшога) қовдан бирмунча пастда, узунасига жойлашган катта тери бурмасидан иборат. Улар бир-биридан жинсий ёриқ билан ажралиб туради. Орқа томондан секин-аста пасая бориб (торая бориб), ўзаро қўшилади ва юпқа тери бурмасини ҳосил қилади (согтзига 1аb1а роз1епог).

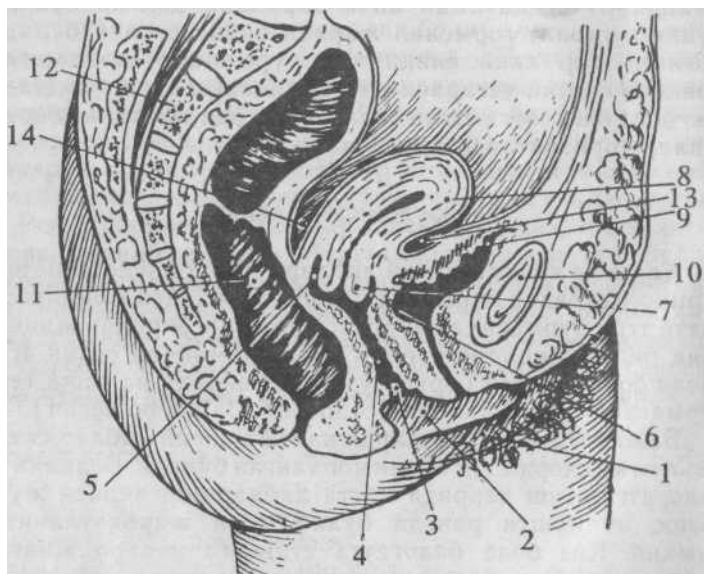
Балоғатга етган қизларда катта жинсий лаблар сатҳи маълум миқдорда тук билан қопланган бўлади. Болалик ва балоғатга етиш даврида катта лабларнинг териси жуда нозик, оч пушти рангда бўлиб, осон жароҳатланиши мумкин. Қиз бола балоғатга етавергани сари жинсий лаблардаги ёғ қатлами қалинлаша боради.

Катта жинсий лабларнинг пастки 1/3 қисмида Барто-линий (&1апс1и1а ВаКоНт) беги жойлашган бўлиб, бу без фаолияти жинсий балоғатга етиш давридан бошланади.

Кичик жинсий лаблар (1аb1а рискпда гнпога) катта жинсий лаблардан ичкарида жойлашиб, бир жуфт бўлади ва бўйлама жойлашган тери бурмаларидан иборат У орқа (пастки) томонда катта жинсий лабларга қўшилиб кетади Кичик лаблар бурмасининг ҳар бири 2 тадан бурмага ажралади ва ички ва ташқи оёқчалар деб аталади. Ҳар икки лабнинг ташқи оёқчалари ўзаро қўшилиб, кли-торнинг чекка кертмагини (ргаерит сШопсНз), ички оёқчанинг оёқчалари клитор остида кўндаланг жойлашиб, юганча (1гепит сШопз) ҳосил қилади. (1-расм)

Клитор (сШопз) ички жинсий аъзолар билан ташқи жинсий аъзоларнинг чегарасида жойлашган бўлиб, ко-нуссимон 2 та ғовак танадан ташкил топган. Қлиторнинг боши, танаси ва оёқчалари бўлгани учун у кўзга аниқ ташланиб туради. Қлиторнинг оёқчалари қов ва қуймич суяклари устига ёпишиб туради. Клиторда жуда кўп миқдорда майда нерв шоҳобчалари бўлиб, бу шоҳобчалар туфайли уни жинсий сезиш аъзоси деб аташ мумкин. Клиторнинг ўзида махсус қон томири йўқ, у жинсий аъзо томирлари орқали таъминланади.

Қин даҳлизи (уезНЬШит уа^тае) ни қиндан қизлик



1-рasm. Аёлларнинг кичик чаноғи ичидаги аъзолар (сагиттал).

1 — катта жинсий лаблар; 2 — кичик жинсий лаблар; 3 — қинга кириш жойи; 4 — қин; 5 — қиннинг орқа гумбаз; 6 — қиннинг олдинги гумбаз; 7 — бачадон бўйни, 8 — бачадон танаси; 9 — сийдик қопи (қовуқ); 10 — симфиз; 11 — тўғри ичак; 12 — думгаза; 13 — қовуқ- бачадон оралиғи, 14 — тўғри ичак бачадон оралиғи (Дуглас бўшлиғи).

пардаси ажратиб туради. Бу қисм ҳам юпқа тери қавати билан қоплашган. Қин дахлизидида жуда кўп майда шингилсимон безлар ва чуқурчалар бор. Қиз бола балоғатга етгунча шиллик қават юпқа бўлиб, осон жароҳатланиши мумкин.

Сийдик чиқариш йўли (игелга), қиз болаларда ҳали калта бўлиб, балоғатга етиш даврида катталашиб бориб, бўй етган қизларда унинг узунлиги 3—4 см га етади. Унинг шакли деярли тўппа-тўғри бўлиб, қин олдинги деворининг ташқи юзасида жойлашган, юқори қисми сийдик қопи (қовуқ) билан бириккан бўлади. Шиллик қавати цилиндрсимон эпителий билан қопланиб, тўғри жойлашган бурмаси ҳам бўлади. Йўлнинг қовуққа яқин бўлган қисми мускул қаватининг айланма толалари билан зичлашиб, каналнинг ички сиқувчи мускули (сфинктер) ни ҳосил қилади. Қаналнинг ташқи тешиги атрофида кўндаланг- тарғил мускуллардан ташкил топган ташқи сиқувчи мускул (сфинктер) бўлади. Сийдик чиқариш йўлининг ташқи тешиги клитордан 1,5—2 см пастда туради. Бу тешик думалоқ, ёриқсимон ва баъзан юлдузсимон шаклда бўлади. Сийдик чиқариш йўлининг ташқи тешиги ёнида суюқлик чиқарадиган безлар жойлашган.

Қизлик пардаси (Бутеп) бириктирувчи тўқимали пардадан иборат, унда мускул ва нерв толалари, қон томирлари бор. Қизларда у қинга кириш тешигини бекитиб туради. Қизлик пардаси турли (ҳалқасимон, панжарасимон, яримойсимон,

парраксимон ва ҳ.к.) шаклларда бўлади.

Баъзан туғма ёки яллиғланиш жараёни (вульвит) натижасида парда тешиги битов бўлиши мумкин (бунинг оқибатларини жинсий аъзоларнинг нуқсонлари тасвирланган бобда айтиб ўтамиз).

Қизлик пардаси ҳар икки томонидан ясси эпителий билан қопланган.

Орқа чиқарув йўли билан ташқи жинсий аъзо ўртасидаги соҳа «чот» деб аталади. Чот эластик бўлиб, тери, мускул, фасция ва ёғ қатламларидан ташкил топган.

Ички жинсий аъзоларга қин, бачадон, бачадон найчалари ва тухумдон киради.

Қин (уа¹Ба, со!роз) юмшоқ мускул тўқималаридан тузилган эластик найча бўлиб, балоғатга етган қизларда узунлиги 8,9 см, кенглиги 2—2,5 см гача бўлади.

Қиннинг ўрта қисмида деворлари бир-бирига тегиб туради, юқори қисми эса кенгая бориб. 4 та, яъни олдинги, орқа ва иккита ён гумбазларни ҳосил қилади. Бу гумбазлар юқоридан қин бўшлиғига кириб турган бачадон бўйнини ўраб туради. Шу сабабли бу гумбазлар олдинги, орқа ва икки ён томондаги қин гумбазлари деб аталади. Олд томондан қин деворининг пастки қисми сийдик чиқариш йўлига, юқори қисми эса қовнинг юзасига тегиб туради. Қиннинг орқа девори тўғри ичакка яқин туради (қиннинг орқа девори) ва ундан оралиқ тўқималар ёрдамида ажралган бўлади. Орқа деворининг юқори қисми қоринпарда билан қопланган. Икки ён томондан қинни чанокдан мускуллар ва клетчаткалар ажратиб туради.

Қиннинг шиллиқ пардаси оч пушти рангда бўлиб, кўп қаватли ясси эпителий билан қоплангандир. У қиннинг орқа ва олдинги деворларида кўпгина бурмалар (Со-литпае Ки^агит) ҳосил қилади. Шиллиқ парда остида шиллиқ ости қавати бўлмай, фақат икки қават мускул жойлашган (айланма ва узунасига кетган).

Балоғатга етмаган қиз болаларда қиннинг шиллиқ пардаси юпқа ҳамда нозик бўлади ва бурмалар деярли бўлмайди. Шунинг учун у осон зарарланиши мумкин. Қиз бола балоғатга етиши жараёнида шиллиқ парда ҳам такомиллаша бориб, балоғатга етганида, худди аёлларни- кига ўхшаб кетади.

Қинда шиллиқ ости қавати бўлмаганлиги туфайли, безлар ҳам йўқ бўлади. У қон ҳамда лимфа томирларидан ва қисман бачадон бўйнидан ажралган суюқлик ҳисобига намланиб туради. Қин чиқиндисида қиндан кўчган эпителийлар, қиз боланинг ёшига қараб, грам-мусбат бациллалар — Дедерлейн таёқчалари (БасННзуа^{та}Нз ЭайеНет!) бўлади.

Одатда, қиз бола балоғатга етган сари қин суюқлиги нордон реакцияга айлана боради. Бу реакция қанча турғун бўлса, қин шунча тоза бўлади (балоғатга етган қизлар- да) одатда қин

чиқиндисининг тозалиги 4 даражага бў- линади:

1) эпителиал хужайралар ва қин таёқчалари (Де- дерлейн таёқчалари), рН 4,0—4, 5, нордон реакцияли;

2) эпителиал хужайралар ва Дедерлейн таёқчалари, рН 5,0—5, 5, нордон реакцияли, онда-сондд лейкоцитлар, кам микдорда кокклар бўлади;

3) Дедерлейн таёқчалари анча кам, лейкоцитлар, эпителиал хужайралар, кокклар кўпроқ, рН 6,0—6,6, нейтрал ёки ишқорли реакцияли;

4) Дедерлейн таёқчалари бўлмайди, лейкоцитлар, кокклар, гонококк, трихомонада, трихомоноз ва бактерия- лар кўп, рН 7,0—8, 0, ишқорли реакцияли Янги туғилган чақалоқларда ҳали Дедерлейн таёқчаси бўлмайди, аммо онадан ўтган гормон туфайли чилла даврининг бошлари- да қиз бола кинида нордон реакция сақланиши кузати- лади.

Бачадон (илегиз) текис толали мускуллардан тузилган ковак аъзодир.

Балоғатга етган қизларда унинг узунлиги 6,7 см, туб соҳасининг кенглиги 4—4,5 см, деворининг қалинлиги 1 —1,5 см, оғирлиги 40—50 г бўлади. У бора-бора катталашиб, аёлларникининг ҳажмидек бўлиб қолади. Бачадон 4 қисмдан иборат: туби ({ипёиз), танаси (согриз), бўйин олди (хз^Ътиз), бўйни (сегУ1з, соПит) бўлади.

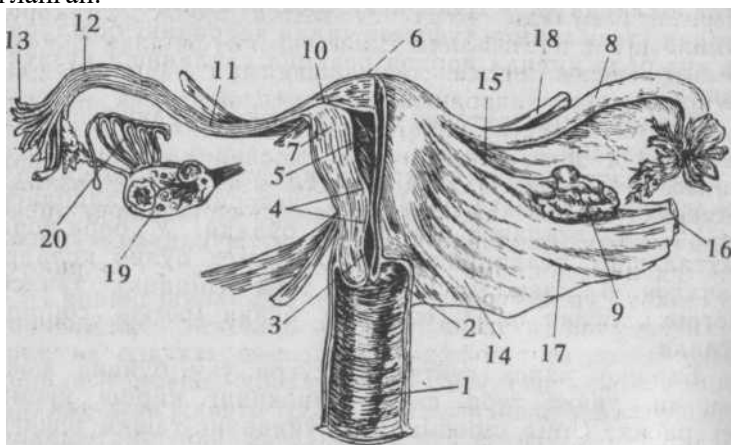
Бачадон чанок суягининг тўғри ўқи бўйича жой- лашган, унинг туби кичик чанокнинг кириш қисми чегарасида (Иша тпотта!а), бўйиннинг ташқи тешиги қуймич киррасининг бириктирувчи чизигида (зрта 18сЫа- (Иса) туради Бачадон танаси олдинга эгилган ва оған (ап1еНехю, уегзю) ҳолатда бўлиб, бўйнининг ташқи тешиги қиннинг орқа гумбазига қараган. Бачадон танаси билан бўйни ўртасида тўмтоқ бурчак ҳосил бўлган. Қовуқ тўлганда бачадон жуда олдинга, баъзан орқа томонга эгилган ёки юқорига кўтарилган ҳолда, тўғри ичак тўлганида қарама-қарши томонга сурилади. Шу ҳолни назарга олиб, қиз болалар орасида тушунтириш ишларини олиб бориш лозим бўлади. (2-расм).

Қин бўшлиғига кириб турган бачадон бўйнининг қин қисми (рогНо уа^таИз), қинга ёпишиб турган жойидан юқорисини бўйиннинг юқори қисми (рогйю зиргауа^таНз) деб аталади.

Бачадон бўйнининг шиллиқ қавати қийшиқ бурмали, қалинлиги 2 мм бўлади, узунчоқ цилиндр шаклидаги шителий билан қопланган. Шиллиқ қаватининг қалин жойида безлар кўп, улар ишқорли реакцияда суюқлик ажратади. Бачадон бўшлиғининг шиллиқ пардаси текис юзали бўлиб, бир қаватли цилиндрик, қисман киприкли чпителий билан қопланган. Шиллиқ қаватнинг ўзи яна икки қаватдан, яъни бачадон бўшлиғига қараган, ҳайз циклига мувофиқ тарзда ўзгарувчан

функционал юза қават ва бачадоннинг мускул қавати устидаги базал қаватдан иборат бўлади. Бачадон мускуллари уч қаватдан (оўйлама, кўндаланг, айланма) иборат.

Бачадон мускулларининг ташқи қисми билан бачадон ийчалари ва бойламларининг толалари ўзаро чамбарчас боғланган.



2-расм. Аёлларнинг ички жинсий аъзолари (фронтал кесилган)

1 — кин; 2 — бачадон бўйнининг кин қисми; 3 — бўйин канали; 4 — бўйин олди; 5 — бачадон бўшлиғи; 6 — бачадон туби; 7 — бачадон девори; 8 — бачадон найчаси; 9 — тухумдон. 10 найчанинг бачадон деворига кирган қисми, 11 — найчанинг истмик қисми; 12 — найчаннш ампулар қисми; 13 — найча шокилалари; 14 — думгаза-бачадон бойлами; 15 — тухумдоннинг махусе бойлами; 16 — воронка чаноқ бойлами; 17 — кенг бойлам, 18 — юмалок бойлам, 19 тухумдон (кесилган фолликулалар ва сарик таналар); 20 — параовариум.

Сероз парда бачадон мускул қаватини тўла қопламай ди. У қориннинг олдинги деворидан аввал қовуқ тепасини қоплаб, кейин бачадон бўйнининг ички тешиги олдигача етиб, бачадон танаси ва тубини қоплайди. Бунда қовуқ билан бачадон орасида чўнтак (бўшлик) ҳосил бўлади (exsacuaНо uез|сop|ег|пае) ва шу жойда сероз пардада бурма вужудга келади (pHca uез|сop|ег|пае). Сероз парда бачадоннинг орқа томонидан то бачадон бўйнининг ташқи тешиги соҳасигача қоплаб, кейин тўғри ичакнинг олдинги юзасига ўтади. Бунда орқа чўнтак вужудга келади. Бу олдинги чўнтақдан анча чуқурроқ бўлади.

Бачадон найчалари (либае илеппае, либае гаНорп) бачадон танасининг юқори бурчагидан бошланиб, чаноқ-нинг ён деворларига қараб йўналади, сўнгра пастга қайрилиб, унинг букилган томони тухумдон томонга қараган бўлади. Болалиқда найчалар анча ингичка ва чғри-бугри ҳолда бўлади. Қиз болалар балоғатга етганла-рида найчалар аёлларникига ўхшаб боради.

Найчаларнинг ташқи тешиги воронкасимон кенгайиб, 41111111 киргоқларида шокилалар (фимбриялар) бўлади.

йўли блчадон бўшлиғи билан кўшилган Бу ерда Найч.1 и.1|| (|о|цк,| цц< мига нисбатан жуда тор, атиги 0,7— 0.К мм

бўл.1)1Н 1»ач.1л<>||длн у.юқлашган сари найча кенгая бориб, 6,7 мм га етади. Найчаларнинг узунлиги 10—12 см атрофида бўлади. Уларнинг ташқи тешиклари қорин бўшлиғига қараб очилади. Найчалар 3 қисмдан: энг қисқа, бачадон девори орасига жойлашган (рагз т{er\$Hc1aИз), бўйин олдидаги торайган (рагз тШппса) ва воронка қисмлардан (рагз атрШапз) иборат. Найчаларнинг шиллиқ қавати бир қаватли, цилиндрик киприкчали эпителий билан қопланган, шиллиқ ости қавати бўлмайди. Мускул қавати айланма ва узунасига жойлашган. Найчаларни устки ва ён томондан сероз парда ўраган, пастидан эса қон томирлари ва нервлар ўтади, буларни бой клетчатка ўраб туради.

Тухумдон (оуагшт) жуфт аъзо бўлиб, бачадоннинг икки ёнида, кенг бойламнинг орқа варағига олди сатҳи билан жойлашган (унга тегиб туради). Икки юзаси эса кичик чанок бўшлиғига қараган. Тухумдон ловия шаклида бўлиб, узунлиги 2,25 см, кенглиги 0,8 см, оғирлиги 5,7 г. Тухумдон бачадоннинг туб соҳаси ёнидан бошланиб, ўзининг махсус бойламига (НҗатепIит оуапа ргорпа) осилиб туради. Тухумдон 4 қаватдан иборат: устки эпителиал қават, оқ парда (Iишса аИш^теа) пўстлоқ ва мия қаватларидан иборат. Тухумдоннинг пўстлоқ-қаватида бирламчи фолликулалар жойлашган, улар янги туғилган қиз болаларда 45 000—50 000 гача бў- лади.

Балоғатга етиш жараёнида фолликулаларнинг бир қисми атрофияланса-да, баъзилари етарли даражада ривожланмай, атрезияга учрайди. Агар аёл бутун ҳаёти давомида бирор марта ҳам ҳомиладор бўлмаган бўлса, унда 450—500 та фолликул етишади.

Бутун жинсий тараққиёт давомида фолликуллар аста-секин етила боради, балоғатга етгач, улар кетма-кет етилиб, ёрилганидан кейин (овуляция) 13—14 кун ўтиб, қиз бола ҳайз кўради. Баъзи патологик ҳолатларда овуляциясиз ҳам ҳайз кўриш мумкин. Бу ҳол куйида батафсил кўриб чиқилади.

Тухумдоннинг мия қаватида қон, лимфа томирлари ва нерв толалари жойлашган.

ИЧКИ ЖИНСИЙ АЪЗО БОЙЛАМЛАРИ

Чанок туби мускуллари кичик чанок ичидаги аъзо- ларнинг нормал туришини таъминлайди. Ички жинсий аъзоларга қуйидагилар киради:

1) юмалоқ бойлам (Н^атегIит (егез и!еп) бачадон бурчакларидан, найчалар олдидан бошланиб, кенг бойламнинг олдинги қаватининг пастки чети бўйлаб чов каналининг

(сапаНв ип^шпаИз) ички тешиги томон йўналади. Бойламнинг узунлиги 10—12 см. Бойлам чов каналидан ўтгач, елпиғичга ўхшаб ёйилиб, қов устидаги ва жинсий лаблардаги клетчаткаларга тарқалиши билан тугайди. Юмалоқ бойлам бачадон тубини олдинга тортиб туради (3 а-расм);

2) кенг бойлам (Н&атеп1ит 1а1ит и!еп) қорин пардасининг ички қаватидан ташкил топиб, ён деворлари томон йўналган бўлади. Ҳар иккала варағи орасида клетчаткалар, қон томирлар ва нерв шоҳобчалари жой- лашган;

3) воронкасимон чаноқ бойлами (И^атерПит 1п1ип(Н-Биле реМе!) кенг бойламларнинг ҳар иккала қават варақлари бачадон найчаларининг ампуляр қисмида қўшилиб, чаноқ девори томонига йўналади. Бу бойлам орқали тухумдон артерияси ўтади (3 б-расм);

4) думғаза-бачадон бойлами (И§. засгои(еппит) бачадонни ушлаб турувчи бойлам бўлиб, бачадоннинг орқа юзасидан (бачадоннинг танаси билан бўйни чегара- сидан) бошланади ва думғаза суягининг ички юзасига бориб ёпишади;

5) бачадон атрофидаги бириктирувчи тўқималар бачадонни осилган ҳолда ушлаб туради. Бу тўқималар чаноқ аъзоларининг атрофини ўраб турган ҳолда жой- лашган.

ЧАНОҚ КЛЕТЧАТКАЛАРИ

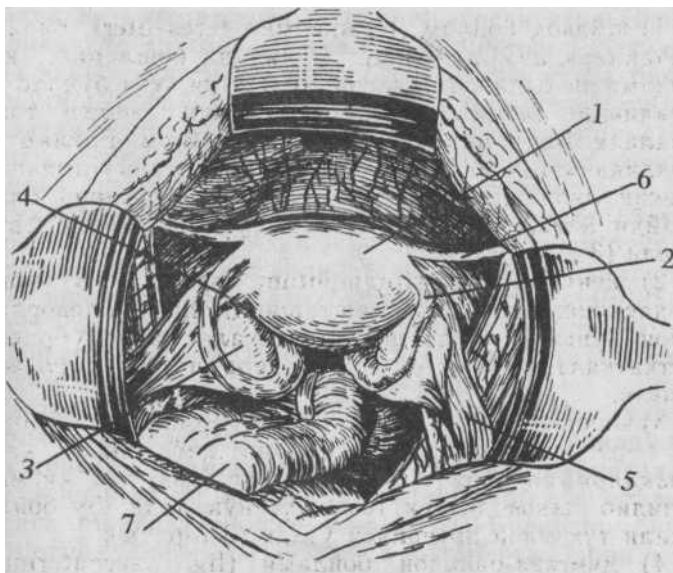
Қоринпарда тагидаги бўшлиқни тўлдирувчи чаноқ клетчаткаси 4 қисмга бўлинади:

1) бачадон атрофидаги клетчатка (рагате(пит), олд ва орқа томондан кенг бойламнинг олдинги ва орқа варағи билан чегараланган ҳамда бачадоннинг ён бўлиmidан то чаноқнинг ён деворигача бўлган бўшлиқни эгаллайди;

2) қовуқ атрофидаги клетчатка (рагаузгсаНз) қовуқ- нинг олдинги орқасидаги бўшлиқни эгаллайди;

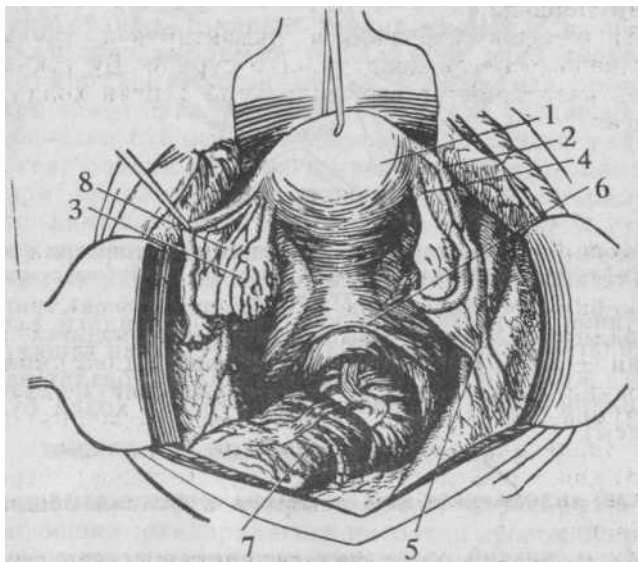
3) қин атрофидаги клетчатка (рагас!роз) тўғри қин ён деворининг то чаноқ деворигача бўлган бўшлиғини эгаллайди;

4) тўғри ичак атрофидаги клетчатка (рагагес(ит) гўгри ичакни ҳамма томонидан ўраб олади. Бу клетчатка- пнр бир бири билан туташган ҳода жойлашган



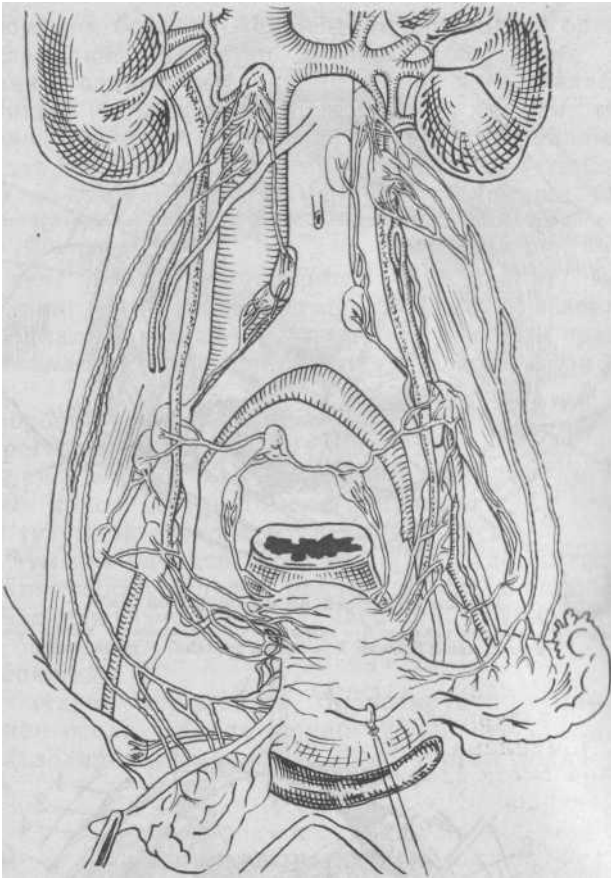
3- расм (А). Жинсий аъзолар бойлами.

1 — бачадон; 2 — бачадон найлари; 3 — тухумдон; 4 — тухумдоннинг мғхус бойлами, 5 — воронка чанок бойлами; 6 — юмалок бойлам; 7 — тўғри ичак.



3- расм (Б). Жинсий аъзолар бойламлари.

1 — бачадон; 2 — бачадон найи; 3 — тухумдон; 4 — тухумдоннинг махсус бойлами; 5 — воронка чанок бойлами; 6 — думгаза-бачадон бойлами; 7 — тўғри ичак; 8 — кснг бойлам.



4- расм. Жинсий аъзоларнинг лимфа ва қон томирлари ҳамда лимфанинг безтуғунлари. Юқоридан пастга: бел, ёнбош, думғаза, чет туғунлари.

Чанок клетчаткалари кичик чанок ичидаги аъзолар орасидаги бўшлиқларни тўлдириб туришдан ташқари, бу ердаги жуда кўп қон ва лимфа томирлари, безлар ва нерв туғунлари ҳамда шахобчаларини ўраган ҳолда бўлади. (4-расм).

ЖИНСИЙ АЪЗОЛАРНИНГ ҚОН ВА ЛИМФА БИЛАН ТАЪМИНЛАНИШИ

Ички жинсий аъзоларни қон билан асосан бачадон артерияси ва тухумдон артерияси, ташқи жинсий аъзоларни ҳа асосан уятли артериялар таъминлайди

Бачадон артерияси (а. и(еппае) асосан ички ёнбош

артериядан (а. Шаса т(егпа) ажралиб чиқади. У бачадон бўйни каналининг ички тешиги қаршисига етгач, бача- донга ўтиб, унинг ёни бўйлаб найчалар томонга кўтарилди. Бачадон артерияси бачадонга етмасдан 1,5—2 см нарироқда ички сийдик йўли билан кесишади. Юқорида тухумдон артерияси билан бирикади (анастомоз).

Тухумдон артерияси (а. оуапса) ҳам бир жуфт бўлиб, у аортанинг олд томонидан (чап артерия баъзан буйрак артериясидан бошланади) чиқиб, чаноқ томон йўналади, ундан воронкасимон чаноқ бойлами (11£ ШШпсШЬШит рelylC1) қалинлигидан ўтиб, тухумдонга киради ҳамда бачадон артерияси билан бирикади. Найчаларга (а. Шеп- пае) ҳам а. оуапса шоҳобчалар беради.

Ташқи жинсий аъзоларни таъминлайдиган уятли артерия (а. ридепйа ех!егпа) сон артериясидан чиқади ва катта жинсий лабларга боради. Ички ёнбош артериясидан чикувчи ички уятли артерия (а. рийепда Ш!егпа) оралиқ гоҳасига етганида иккига ажралади. Булардан бири (а. сШопШз) бирмунча йўғонроқ бўлиб, клиторни қон билан таъминлайди ва бошқа қўшни аъзо қисмларига ҳам шоҳобчалар беради. Жинсий аъзоларнинг веналар систе- маси шу артерияларга тааллуқли бўлади.

Аёллар жинсий аъзосида жуда кўп лимфа тугунлари ва томирлари бўлади. Тананинг пастки қисмидан ва ички жинсий аъзолардан лимфа суюқлигини олиб келувчи лимфа томирлари пастки кавак вена ҳамда лимфа тугунлари томон йўналади. Қиннинг юқори учидан икки қисми, бачадон бўйни ва бачадоннинг пастки қисмидан лимфа, кенг бойлам асосидаги клетчатка ичидан лимфа томирлари орқали қорин ва ёнбош қон томирлари олдидаги лимфа тугунларига боради. Қиннинг пастки учдан бир қисми ҳамда ташқи жинсий аъзолардаги лимфа томирлари четдаги лимфа тугунларига боради. Бачадон танасининг лимфа томирлари четдаги лимфа тугунларига боради. Бачадон танасининг лимфа томирлари юмалок бойламлар билан бирга чуқурда ётган чот лимфа тугунларига туташади.

ЖИНСИЙ АЪЗОЛАРНИНГ НЕРВ СИСТЕМАСИ

Жинсий аъзоларни идора қилувчи нервлар орга- низмнинг бошқа соҳаларидагига нисбатан кўпроқ бўлиб, бунда симпатик ва парасимпатик ҳамда орқа миядан чикувчи бир неча соматик нерв ишТирок этади. Орқа мия нерв толалари билан қўшиладиган бу симпатик нервлар бачадонни идора қилишда асосий вазифани ўтайди. Симпатикнерв системасининг аорта соҳасидаги чигалидан (р!ехиз аогйсиз) симпатик нерв толалари чиқиб, куёш чигали толалари билан қўшилади ва бел умуртқаси юзасида қорин усти чигали (р!ехиз йуро^азйчсиз зирепог) ни

ҳосил қилади. Бу чигал пастга ва ён томонга давом этиб, чап ва ўнг пастки қорин чигалларини (р1ехиз Буро^азШсиз тТепог) ҳосил қилади. Сўнгра у бачадон бўйни каналининг ички тешиги қаршисида, клетчаткадан бачадон-қин чигали (р1ехиз и(его — уа^таИз) нинг толалари билан қўшилади. Пастки қорин чигали (р1ехиз Буро^азТсиз тТепог) нинг нервлари бачадондан ташқари тўғри ичак, қов, сийдик чиқариш йўли ва қинни идора қилади. Чаноқдан парасимпатик нервларнинг шоҳлари бачадон-қин чигалига (р1ехиз и(его — уа^таИз) қўшилиб, бу икки системанинг толалари қин, бачадон, қов, бачадон найчаларининг ички (медиал) ярмини идора қилади.

Тухумдон чигалидан (р1ехиз оуагн) чиқувчи нервлар тухумдонни ва бачадон найчаларининг ташқи (лате- рал) ярмини идора қилади ва бачадон-қин чигалига боради.

Ташқи жинсий аъзоларни ва чаноқтубини уятли нерв шоҳлари идора қилади. Бачадонда, бачадон найчалари деворида ва тухумдоннинг мия қаватида жойлашган нерв толалари интерорецепторлар, ташқи жинсий аъзолардан қабул қилиб олувчи нерв учлари эса экстерорецепторлар деб аталади.

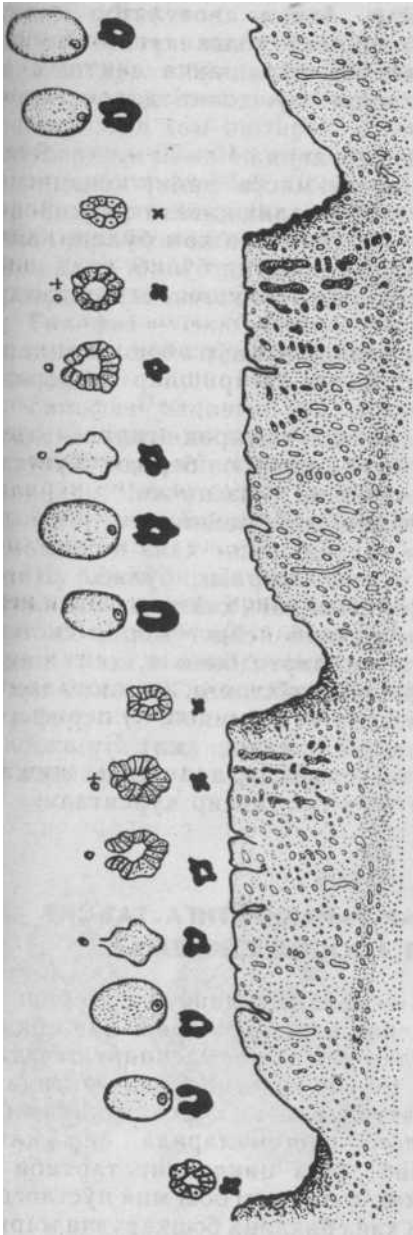
Жинсий қўзғалиш ташқи муҳитдан ички жинсий аъзоларнинг рецепторлари орқали қабул қилинади ва бу сезгилар марказий нерв системасига нерв толалари орқали боради.

Жинсий аъзоларга марказдан нерв толалари орқали қайтиб келган импульслар мускулларнинг қисқаришини, безларда суюқлик ишланиб чиқишини вужудга келтиради.

ТУХУМДОН ФИЗИОЛОГИЯСИ

Хайз кўриш (ой кўриш— тепшз) деб, балоғатга етган қизларнинг бачадонидан вақти-вақти билан қон келишига айтилади. Маълумки, хайз балоғатга етиш даврининг охирида менархе сифатида бошланади.

Хайз кўриш оралиғи кўпинча 24 кун, камдан-кам ҳолларда 21, 26, 30, 32 кун бўлиб, 3—4, гоҳо 7 кун давом этиши мумкин. Қизлар 16—17 ёшларида жинсий жиҳатдан тўла етиладилар. Биринчи хайз — менархе 13—14, баъзан 11 —12 ёшдан бошланиши ҳам мумкин. Баъзиларда тартиб



5-расм. Нормал хайз цикли (Р. Шредер буйича). Схема, юкорида — тухумдон цикли. Пастда — бачадон шиллик пар- дасидаги ўзгариш.

циклик ҳолатда бўлмайди. Аввал ановулятор ҳолати кузатилади, секин-секин нормал ҳолга тушиб кетиши ёки бирор патологик сабабга кўра, анча вақтгача ва ҳатто бутун ҳаёти

давомида шу ҳолат давом этиши мумкин.

Қиз бола ҳар гал ҳайз кўрганида 40—70 мл қон йўқо- тади. Ҳайз вақтида ажралган масса фақат қондангина иборат бўлмай, унда бачадон шиллиқ қавати функционал қисмининг кўчиб тушган бўлакчалари ҳам бўлади. Ҳайз қони ишқор реакцияли, қўнғир рангда бўлиб, унда ивиш жараёни суст кечади. Таркибида гликоген, ёғ моддалари ва ферментлар ҳам бор.

Қиз болалар биринчи марта ҳайз кўра бошлаганлари- да улар организмида бир қатор ўзгаришлар юз беради. (5- расм).

Ҳайз циклида шу жараёнда иштирок этадиган аъзо- ларда ритмик равишда ўзгаришлар юз беради. Хусусан:

Тухумдонда — тухумдоннинг ҳайз цикли;

Бачадонда — бачадоннинг ҳайз цикли;

Организмда—бутун организмнинг ҳайз цикли.

Ҳайз цикли физиологик жараён бўлиб, охириги ҳайзнинг биринчи кунидан то кейинги ҳайзнинг бошланиш кунигача бўлади. Уни мураккаб нейрогуморал система бошқаради. Ҳозирги тушунчаларга биноан, ҳайз цикли 5 та босқичда ўтади: 1) бош мия пўстлоғи; 2) гипоталамус; 3) гипофиз; 4) жинсий безлар — тухумдон; 5) периферик аъзолар (бачадон найчалари, бачадон, қин). Бу аъзолар тухумдондан ажраладиган гормонлар таъсирида шу ҳайз циклида иштирок этади ва унга таъсир кўрсатади.

II БОБ

ЖИНСИЙ АЪЗОЛАР ТАРАҚҚИЁТИГА ТАЪСИР КЎРСАТАДИГАН АСОСИЙ СИСТЕМАЛАР

Бош мия пўстлоғи — ҳайз циклини бошқариш ва тартибга солиш вазифасини бажаради. Бош мия орқали ташқаридаги таассуротлар нерв системасининг пастдаги ҳайз циклида иштирок этувчи бўлимларига узатилади. Тажриба ва клиник кузатувлар шуни кўрсатдики, асабий ҳолатларда жинсий аъзо системаларида бир қатор ўзгаришлар содир бўлиб, ҳайз циклининг тартиби ва ҳолати издан чиқади. Аммо ҳозир ҳам бош мия пўстлоғида ёки унинг бирор қисмида ҳайз циклини бошқаруви марказ бор-йўқлиги аниқланмаган.

Гипоталамус— оралик миянинг бўлими бўлиб, бир қатор ўтказувчи *нерв толалари* (аксонлар) туфайли, бош миянинг турли бўлимлари билан боғлиқ бўлади. Шунга кўра, у марказий нерв системасининг ҳайз циклини бошқаришда ҳам иштирок этади. Гипоталамусда барча периферик гормонлар учун, шулар қаторида тухумдон учун ҳам рецепторлар бор. Демак, гипоталамус организмга атроф-муҳитдан узатиладиган импульсларнинг бир-бири билан мулоқот қилишини таъминлайди. Шу билан бир қаторда у ички секреция

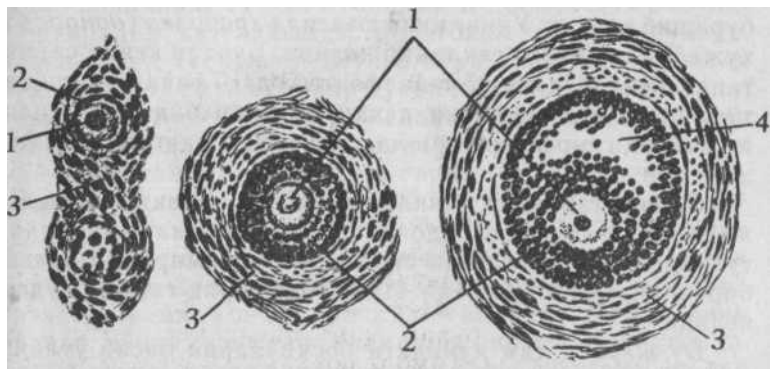
безларининг фаолиятида ҳам иштирок этади.

Гипофиз— гипоталамус билан мураккаб анатомик фаолияти жиҳатидан бир-бирига мураккаб равишда боғлиқдир

Гипофиз олдинги бўлагининг фаолияти гипотала- мусдан ажраладиган паст молекуляр полипептидлардан иборат бўлган нейрогормонал секреция таъсирида назорат қилинади. Гипофизга таъсир кўрсатувчи нейрогормонлар рилизинг омил ёки либеринлар деб аталади (озод қилиш демакдир).

Шу билан бир қаторда статин номи билан юритилувчи *трон нейрогормонлари* ҳам мавжуд. Гипофиз икки бўлак- дан иборат бўлиб, олдинги бўлаги *аденогипофиз*, орқа бўлаги эса *нейрогипофиз* деб юритилади. Унинг ол- динги бўлагида ацидофил, базофил хромофоб хужайра- лар бор.

Ҳозирги тушунчалар бўйича соматроп (СТГ) гормони ни ацидофил хужайралар ишлаб чиқаради.



6-ри м. Фолликуланинг таракқий қилиш босқичлари. Чапда — бирламчи (**пр** мордиал) фолликулалар; ўртада — фолликуланинг стила бошлага- ни ўнгда — етилаётган фолликулада бўшлик хосил бўлиш босқичи.

1- гухум қужайраси; 2 — фолликуляр эпителий; 3 — бириктирувчи тўқима пардаси; 4 — фолликула бўшлиғи.

Базофил хужайралар эса тиреотроп (ТТГ) ва фолликулнинг етилишини (ФСГ) ҳамда сариқ тананинг таракқий- ётини таъминлайдиган (ЛГ) гонадотропинларни ишлаб чиқаради.

Кўпгина олимларнинг фикрича, юқорида қайд этилган хужайралар адренотроп (АКТГ) гормонини ҳам ишлаб чиқаради.

Тухумдон — жинсий без (гонада) бўлиб, 2 та асосий вазифани бажаради. Булардан: 1) фолликулларнинг циклик равишдаги таракқий- ёти, овуляцияси етишган тухум хужайрасининг ажралиши; 2) тухумдон 2 хил жинсий гормон: эстроген ва прогестерон ишлаб чиқаради. Бундан ташқари, қисман эркаклар гормони — андрогенлар ҳам ажратади (6-расм).

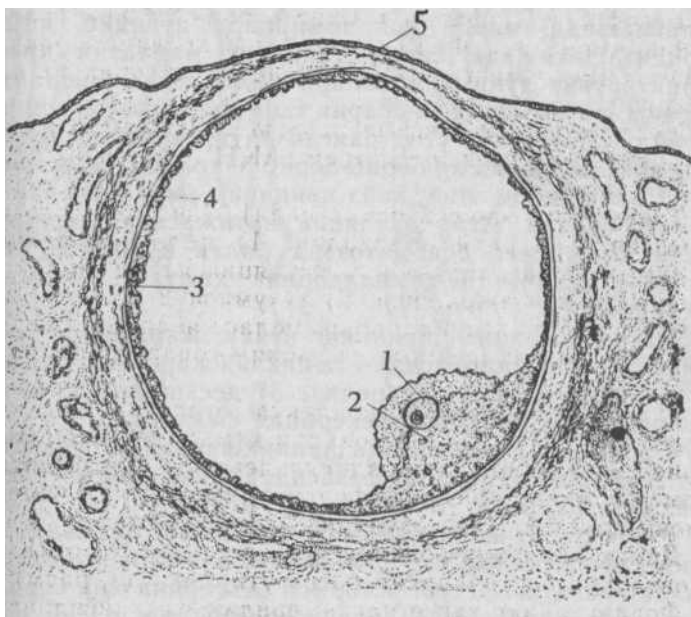
Тухумдонда бошлаб фолликул етила боради, бу жараёнга ФСГ ва ЛГ гормонлари ҳамда окситоциннинг рефлектор таъсири ва фолликул деворига протеолитик ферментларнинг таъсирида фолликулнинг қорин бўшлиғи томони ёрилади, яъни овуляция вужудга келади

Демак, бирламчи фолликул 3 та: регенерация, етишиш ва овуляция босқичларини босиб ўтар экан (7- расм).

Фолликулнинг энг етилган, ёрилишига тайёрланган давридаги ҳолатини Грааф пуфакчалари деб аталади, шундан кейин овуляция рўй беради. Овуляциядан кейин ёрилган фолликул ўрнида янги тана, яъни сариқ тана (соғриз *luteal*) вужудга келади. Бунинг вужудга келиши қуйидагича кечади: овуляция натижасида тухум хужайра фолликул суюқлиги билан биргаликда ажралади. Бу- лардан бўшаган фолликулнинг ички пардаси бужмайиб, буришиб қолади. Унинг ички юзасида *гранулез (донадор)* хужайралар бироз сақланиб қолади. Бундан кейин сариқ тана ҳосил бўлади. Бунда фолликулга, унинг ёрилиши туфайли қуюлган қоннинг ҳам таъсири бўлади. Ундан ажралган гемосидерин модда шу сариқ рангни таъмин- лайди.

Сариқ тананинг шаклланиши ва тараққий этиши жараёнида гранулез (донадор) хужайралар кўпаяди, тухумдоннинг мезенхима стромаси қон томирлари билан биргаликда ривожланади. Натижада сариқ тана вужудга келади.

Бу жараён ҳам қуйидаги босқичларни босиб ўтади: / *босқич* — пролиферация (қалинлашиш) босқичи оўқ|1(1. у қ.1Й < бошланганидан кейин 8-14 кунни ўз ичига •! 1(1 1>у лаирда грапулез хужайралар катталашади ва <!•>>>• >|нм >1Н111п н>1ки пўстлоғи бўртиб чиқади;



7-расм. Етилган фолликула.

1 — тухумдон хужайраси; 2 — тухум ташувчи дўмбоғ; 3 — донали парда; 4 — фолликуланинг бириктирувчи тўқима пардаси; 5 — тухумдоннингтухум ташувчи дўмбоғ соҳасида юпқалашадиган девори, шу ерда фолликула ёрилади.

2- *босқич* — қон томирлари билан таъминлаш босқичи (қайз циклининг 14—16 кунлари). Бу босқичда гранулез қужайралар катталашади, полигонал ҳолатда бўлади, ранги сариқ тус олади. Шунга кўра улар сариқ рангли бўлади. Сариқ қужайралар кўпайиши билан ички парда- даги майда қон томирлари (капиллярлар) қўшма тўқима толалари билан бирга ўсади, сариқ тана ҳосил бўлади, майда қон томирлари айниқса сариқ тана ичида чигалла- шади.

3- *босқич* — гуллаш босқичидир. Ҳайз келганидан бошлаб, 3 ҳафта давомида сариқ тана ўсиб етилади. Сариқ қават қалин ва кўп бурмали бўлиб қолади. Сариқ тана ўртасида майда қон томирларидан иборат қон лахталари бўлади. Бунда сариқтана ички эндокрин безига айланади Сариқ тана ривожланиш давридаёқ суяқлик ишлаб чиқаради.

4- *босқич* — сариқ тананинг сўниш (орқага қараб ўсиши) босқичидир. Бунда сариқ тана қужайралари ҳажми кичиклаша боради. Бириктирувчи тўқима толалари қалинлашади, майда қон томирлари пучайиб, камая боради. Натижада сариқ тананинг марказий қисми бириктирувчи тўқима толалари билан тўла бошлайди. Сариқ қават йўқолади ва сариқ тана гиалинли ўзгаришга учрайди. Натижада у оқ рангли ялтирок

бириктирувчи тўқимага айланади ва бориб-бориб йўқолади. Бу жараён 13—15 кун давом этиб, ҳайз қонининг ажрალიши билан намоён бўлади. Агар овуляция натижасида ажралган тухум ҳужайраси сперматозоид билан қўшилса, унда сариқ тана 14—16 ҳомиладорлик ҳафтаси давомида сақланади.

Бачадонда ҳайз циклининг кечиш жараёнида бача-доннинг шиллиқ пардасида 4 та циклик жараён юз беради: 1) пролиферация, 2) секреция, 3) десквамация, кўчиб тушиш-ҳайз кўриш, 4) регенерация фазалари.

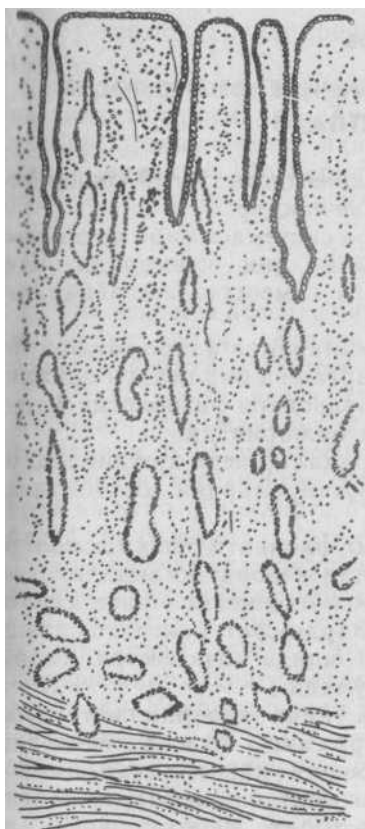
Пролиферация фазасида шиллиқ парданинг функцио-нал қаватида регенерация фазасидан кейин пролиферация фазаси бошланади. (8-расм).

Регенерация жараёнида эндометрийнинг базал қавати стромаси ва безлар иштирок этади. Бу жараён бачадон шиллиқ қаватига эстроген гормон таъсирини оша бориши билан ўтади. Пролиферация жараёни авж олган сари безлар ҳам катталаша боради ва бирмунча бурала бошлайди. Пролиферация жараёни тухумдонда фолликулларнинг тўла етишиб, овуляция бўлгунигача давом этади (28 кунлик ҳайз циклининг 12—14 кунларида). Бу даврда бачадоннинг шиллиқ қавати қалинлашиб, 3—4 мм гача етади. Шу билан пролиферация фазаси ниҳоясига етади.

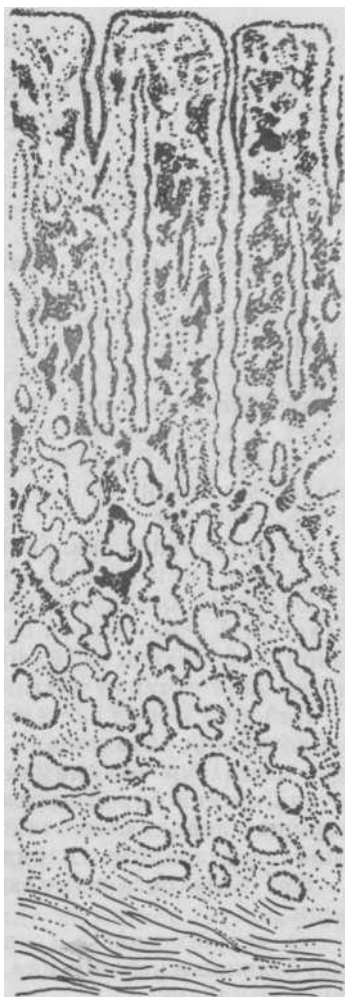
Иккинчи фаза — секреция фазаси бўлиб, у гестагенларнинг борган сари кўпроқ таъсир кўрсата бошлаши натижасида тараккий қилади. (9-расм).

Ҳайзнинг 16-кунидан бошлаб без эпителийлари ядросида бўлиниш жараёни тўхтайдди. Ҳужайралар бўйига қараб узунлашиб, суюқлик (секрет) билан тўлади, пармага ўхшаб кетадиган безлар янада кўпроқ эгри-бугри бўлиб қолади (ўсиши натижасида). 19—20 кун ичида цилиндрик эпителийлар узунлашиб, аррасимон бўлиб, без бўшлиғи томон кўпроқ ўса бошлайди. Шиллиқ қават қалинлашади, худди децидуал ҳужайраларга ўхшаб кетади. Унинг ҳужайралари шишиб, катталашади. Бунда шиллиқ қават тўқимаси 3 қаватга: *компакт, спонгиоз ва базал қлпатляргя* бўлииади

Секр! .1/қрл 11ПП босқичинингохирги муддл1ини ҳайз кўриш олди ёки ҳомиладорликнинг Лошллий1Н лшри деб ҳисобласа Лўллдн



8- расм. Проллиферация фазаси. Бачадоннинг шиллик қавати ан-ча қалин, безлар ҳам кўпроқ, баъзилари пармага ўхшаб, бурмали бўлади.



9- расм. Секрeция фазасининг охири.

Бачадон шиллик пардасининг кейинги ўзгаришини *десквамация* босқичи дейилади. Бу босқичда без йўлларидаги эпителийлар аста-секин ҳалок бўлади, шиллик қават қисман эриб (аутолиз), қисман парчаланadi ва яна қисман фагоцитоз натижасида устки спонгиоз қавати кўчиб тушади. Базал қават юзасидаги кўчган спонгиоз қават ўрнида қолган яра юзасидан ҳайз қони кетади,

5— 6 кундан сўнг қон тўхтади ва янги давр бошланади.

ИЧКИ СЕКРЕЦИЯ БЕЗЛАРИНИНГ ФИЗИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Эндокрин системанин организмдаги тутган ўрни нерв системаси билан чамбарчас боғлиқдир.

Эндокрин система ҳам, нерв системаси каби организм фаолиятини тартибга солиди ва уни бошқаради. Шу система туфайли организмдаги гомеостаз жараёнининг мувозанати сақланиб туради.

Нерв ва эндокрин системаларнинг ўзаро мулоқоти нейронлар орқали эффекторларга ёки бир нейрон орқали иккинчи нейронга узатган импульслари физиологик фаол модда — медиаторлар орқали бажарилади.

Медиаторлар ажратган моддалар нерв хужайралари билан эндокрин система хужайраларини бир-бирига яқинлаштиради.

Ички секреция безларининг фаолияти бошқа аъзолар каби, нерв системаси томонидан назорат қилинади.

Эндокрин безлар секрецияси инсоннинг ёшига қараб ўзгаради. Кичик ёшдаги болаларда сууст, балоғатга етиш даврида фаоллашган, балоғат ёшида анча юқори, қариликда анча сусайиб кетган бўлади.

Нейрогормонал система ва унинг эндокрин системаси фаолиятининг бузилиши: бирламчи, туғма, мустикал, идиопатик ёки иккиламчи, бошқа касалликлар билан кечадиган ёки бирор касаллик белгиси сифатида, баъзи юкумли касалликлар, токсик ҳолат, жароҳат, ўсма ва бошқа турдаги ҳолатларда кузатилади.

Қиз бола организмдаги гормонал ҳолатнинг бузилиши:

а) нейрогормонал (гипоталамогипофизар) фаолиятнинг бузилиши натижасида, бирор эндокрин без фаолиятининг бузилиши;

б) инфекция, интоксикация, жароҳат, ўсмалар туфайли бир ёки бир неча эндокрин безлари фаолиятининг бузилиши;

в) айрим безлар гормон ишлаб чиқаришни кучлантирувчи фермент фаолияти издан чиққанда;

г) айрим гормонларнинг бузилиши ёки фаоллигининг йўқолиши натижасида керакли аъзо системаларига етиб боролмаслиги;

д) гормонларнинг таъсир қилиш шароитининг бузилиши (хусусан тўқималарда электролитлар мувозанатининг бузилиши);

е) гормонларнинг реактив хусусиятларининг ўзгариши.

Ҳар бир гормонни айрим-айрим ўрганиш шу гормонлар ва синтетик препаратларни кўрсаткичлар бўйича тўғри татиқ қилишда катта аҳамиятга эга. Шунга қўра, биз, баъзи эндокрин безларнинг анатомик ва физиологик хусусиятлари устида

қисқача тўхталиб ўтамиз.

ГИПОФИЗ

Гипофиз мия асосида чин жойлашган бўлиб, гипотала-мик соҳа билан, оёқлари миянинг 3-қоринчасига во-ронка — ўсймтаси ва оёғи билан боғлангандир

Калла суяги асоси турк эғарида жойлашган. Бу эғарнинг усти миянинг қаттиқ парда бурмаси билан қопланган, бундан гипофизнинг оёғи ўтган бўлади.

Гипофиз асосан 3та асосий қисмдан иборат. У олдинги, ўрта ва орқа бўлақларга бўлиниб, ҳар бири маълум бир вазифани бажаради. Урта бўлағи эпителиал қисм бўлиб, аденогипофиз билан биргаликда ташкил топган. Орқа бў-лағини, яъни, нейрогипофиз воронкасининг дистал қисми-ни кенгайган қисм (рґосеззпз 1пй1П(НЪилап8) ва ней-роғлиялардан ташкил топган қисм ташкил қилади. Гипофизнинг олдинги бўлағи бир қатор гормонлар ишлаб чиқаради. Улардан 5 таси тропли гормонлардир: адрено-кортикотроп (АКТГ), тиреотроп (ТТГ), фолликулани стимуллаштирадиган (ФСГ), лютеинловчи (ЛГ) ва лак-тотроп (ЛТГ) ёки пролактинлардир.

Юқорида қайд этиб ўтилган гормонлардан ташқари, соматотроп гормонлар ҳам бўлиб, улар ўсиш жараёни ва организмнинг умумий ҳолатига таъсир қилади.

Қуйида гипофиздан ажраладиган гормон хусусиятлари ҳақида фикр юритилади.

ТИРЕОТРОП ГОРМОН (ТТГ)

Бу гормон кимёвий хусусиятига кўра гликопротеинлар қаторига киради. Унинг молекуласи таркибида 200—300 аминокислота қолдиқлари ва углеводлар (манноза, глюкозамин, галактоамин, фруктоза) бўлади. Унинг физиологик хусусияти шуки, у таркибида сульфгидрал туркуми ва а-амино гуруҳлари бўлган бўқоқ беши фаолияти (қалқонсимон без фаолияти) ни фаоллаштира-ди. Меъёрда у қонда кам бўлиб, фақат тиреоид гормонлар етишмаган ҳолларда ошади.

Тиреотроп гормон қонда бир соатдан кам сақланади. Гипотиреозда у қондан секин-аста йўқола бошлайди.

ГОНАДОТРОП ГОРМОНЛАР

Гипофизнинг олдинги бўлағи гонадалар, иккита айрим гонадтроп: фолликулларни *рағбатлантирувчи* (ФСГ) ва *лютеинловчи* (ЛГ) гормонларни фаоллаштиради. Бу ҳар иккала гормон ўзининг кимёвий бирикмаси ва физикавий

хусусиятларига қараб, бир-бирларига жуда яқин туради. Ҳозиргача буларни тоза ҳолда ажратиб олишга эри- шилмаган. Бу гормонларнинг кимёвий таркиби жиҳатидан бир-бирларига яқин туриши, уларнинг физиологик жи- ҳатдан бўлган хусусиятларининг бир-бирига боғликли- гидандир. Улар организмдаги жинсий фаолиятни бош- қаради.

ФСГ фолликулаларнинг ўсишини тезлаштира, унинг секрет ажратиш қобилиятини таъминлашда ЛГ гормони микдорининг таъсири ҳам зарур бўлади.

ЛГ овуляция ва сариқ тананинг тараққиётини даъ- минлайди.

ФСГ ва ЛГ ларнинг биргаликдаги таъсиридан қатъий назар, улар гипофизнинг олдинги бўлагининг айрим ҳосиласидир.

ЛГ айрим гипоталамик механизм томонидан бошқари- лади. Шунга кўра, гипоталамуснинг баъзи бир зарарлани- шида ЛГ нинг гипофизда чегараланган ҳолда ишлаб чиқиши тўхтади, аммо бунда ФСГ ишлаб чиқарилишига унча путур етмайди ва аксинча, ҳатто кўпаяди.

Кимёвий бирикмаси бўйича ФСГ, ЛГ ва ТТГ каби гликопротеинлар туркумига киради.

Физиологик хусусиятлари уларнинг молекуласида углевод компонентлари (гексоза, фруктоза, гексозамин ва сиал кислота) борлигига боғлиқдир.

Кичик ёшдаги ёки умуман ёш болаларда ФСГ кам, ЛГ деярли бўлмайди. Бу гормонларнинг концентрацияси жинсий тараққиёт даврида ошиб боради. Балоғатга етганда ЛГ кўп микдорда ажрала бошлайди. Болаларда ФСГ нинг гипофиздаги ва ЛГ концентрацияси 3:1 га, катталарда 1:1 га етади.

ЛАКТОТРОП ГОРМОН

Гонадотроп гормонлар қаторига ЛТГ гормони ҳам киради, шунга кўра у сариқ тана фаолиятини кўллаб туради. ЛТГ гормонининг асосий хусусияти шуки, у бево- сита кўкрак безига таъсир қилади

Кўкрак безининг анатомик жиҳатдан тараққиётини ЛТГ гормони эмас, балки овариал гормонлар таъминлай- ди. Бунда эстроген гормони айниқса аҳамиятлидир. ЛТГ гормони асосан кўкрак безларида сут алмашинувини таъминлайди.

Пролактин оксилли гормон ҳисобланади. Молекуласи таркибида 211 аминокислота қолдиқлари бор.

АДРЕНКОРТИКОТРОП (АКТГ) ГОРМОНИ

Гипофизнинг олдинги бўлагидан, гормонлар қаторида, ўзига хос маҳсулот ажратиб, у буйрак усти безининг қобиғида глюкокортикоид ва андроген ажратиш қобилия- тини фаоллаштиради. Бу гормон АКТГ гормони деб юритилади. У

кимёвий таркиби жиҳатидан оддий гормон бўлса, қуйи молекуляр оғирлиги 4500 атрофида бўлади ва полипептидлар қаторига киради. Таркибида 39 та аминокислота бўлиб, улар полипептид занжирини ҳосил қилади.

АКТГ фақат буйрак усти безининг қобиғига таъсир қилмасдан нейтрал мойлар гидролизини оширади. Шу билан бирга мойларнинг ачиш жараёнига таъсир қилади, кетогенезни ошириб, нафас олиш коэффициентини сусайтиради, мускулларда гликоген тўпланишини таъминлайди, қон плазмасида аминокислота миқдорини камайтиради ва уларнинг мускул тўқимасига ўтишини кучайтиради.

СОМАТОТРОП ГОРМОН (СТГ)

Гипофизнинг олдинги бўлагидан ажралади. Бу ўсиш гормони бўлиб, организмга таъсир кўрсатади.

Гипофиз бези яхши тараққий этмай қолса, боланинг бўйига ўсиши сустлашади ёки бутунлай тўхтаб қолади. Мабодо аксинча бўлиб, гипофиз олдинги бўлаги ортикча ривожланса, эозинофилли аденома вужудга келса, боланинг бўйи жуда ўсиб кетади (гигантизм, акромегалия).

СТГ гормони тана суягининг хондрогенез ва остеогенез жараёни фаоллашиши натижасида бўйнинг жуда ўсиб кетиши кузатилади.

Хондрогенез жараёни нордон мукополисахарид, айниқса хондроитин — сульфат кислота синтези ва алмашинувига боғлиқдир.

СТГ ёғ алмашинувига ҳам таъсир кўрсатади, у деподан ёғ чиқишини таъминлайди, шунингдек углеводлар алмашинувига ҳам таъсир этади.

Кишида СТГ молекуласи битта пептид занжирини ташкил қилиб, 188—190 аминокислота қолдиқларидан иборат бўлади.

Венага СТГ юборилганда унинг биологик жиҳатдан ярим парчаланиши 20—25 дақиқа бўлганлиги сабабли у қонда узок турмай, тез йўқолади.

МЕЛАНОЦИТЛАРНИ РАҒБАТЛАНТИРУВЧИ ГОРМОН

У гипофизнинг ўрта бўлагидан ажралади. Унинг асосий таъсири шуки, у пигмент ҳужайраларини *хромаго-фор* ёки *меланофор* жиҳатдан кенгайтиради.

Бу гормон кўз пардасининг таёқча ва қадаҳчаларининг фаоллигини кучайтириб, кўзнинг қоронғида кўриш кучини оширади, деган фикр ҳам бор. Шунга кўра, бу пре-паратдан кўз пардаси зарарланганда фойдаланилади.

Меланоцитларни қувватловчи гормон алмашинувининг бузилиши натижасида вужудга келадиган касалликлардан

ташқари, аденокортикотроп гормонининг кўп ажралиши туфайли кўп ажрала бошлайди.

Бунинг асосида ҳар иккала гормоннинг аминокислота-лар таркиби жиҳатидан бир-бирига ўхшашлиги ётади.

НЕЙРОГИПОФИЗ ГОРМОНИ

Гипофизнинг орқа бўлагида 2 турдаги гормон — вазопрессин (антидиуретик — АДГ) ва « окситоцинлар аниқланган. Булар олдинги гипоталамуснинг нейресекретор хужайралари томонидан ажратиб чиқарилса ҳам, гипофизнинг орқа бўлагида йиғилади ва шу ердан қонга ажралади.

АНТИДИУРЕТИК ГОРМОН (АДГ) — ВАЗОПРЕССИН

АДГ гормони бирламчи ва тўғридан-тўғри нефронларга оқадиган суюқликни реабсорбция қилади.

Гипофиз орқа бўлагининг фаолияти сусайганда реабсорбция камаяди, натижада полиурия ва организмнинг сувсизланиши кузатилади. Бу гормон таъсирида дистал қисмдаги нефрон каналчалари сувни реабсорбция қилади. Бунда сийдик миқдори камайиб, концентрацияси ошади.

Қонда осмотик босим ошганда ёки ҳажми камайганда, осморорецепторлар таъсирланиши натижасида рефлектор реакция сифатида АДГ секрецияси вужудга келади.

ОКСИТОЦИН

У асосан бачадон қисқаришини кучайтиради. Эстроген эса бачадоннинг окситоцинга нисбатан реактивлигини оширади.

Окситоцин сут ажралишини тартибга солишда иштирок этади. Бунда сут безларининг альвеолалари миоэпителиал хужайралар, айниқса, сут йўллариининг қисқаришини ошириш йўли билан сут ажралишини яхшилади (кўпайтиради). Бола эмаётганида кўкрак учудаги рецепторларнинг қитиқланиши ҳам сут ажралишини кучайтирувчи омиллардан биридир. Бунда ҳам окситоциннинг аҳамияти каттадир.

IV БОБ

ҚИЗ БОЛАНИНГ ТАРАККИЁТ БОСҚИЧЛАРИ

Маълумки, 60-йилларда қиз болаларнинг тараққиётида қуйидаги даврлар муҳим деб белгиланган эди.

- | | |
|--------------------------|-----------------------|
| 1. Чақалоклик даври | (1—10 кун) |
| 2. Эмиш ёши даври | (10 кундан 1 йилгача) |
| 3. Ёш болалик даври | (1—3 йил) |
| 4. Бирламчи болалик ёши | (4—7 ёш) |
| 5. Иккиламчи болалик ёши | (8—11 ёш) |
| 6. Ўсмирлик ёши | (12—15 ёш) |
| 7. Ўспирилик ёши | (16—20 ёш) |

Бизнинг фикримизча, ҳомиланинг она қорнидаги ҳаётини ҳам ҳисобга олиш зарур.

Кўпгина олимлар муолажада қуйидаги таснифларга амал қиладилар:

- 1) она қорнидаги тараққиёт даври;
- 2) чақалоклик даври;
- 3) «нейтрал» давр — 7 ёшгача;
- 4) препубертат давр, балоғатга етишдан олдинги давр, 7 ёшдан ҳайз кўргунча;
- 5) пубертат-давр—ҳайз кўриш бошланганидан то 16 ёшгача;
- 6) ўсмирлик даври — 16 дан 18 ёшгача.

Биз қуйида ҳомиланинг она қорнидаги умумий тараққиёти устида қисқача тўхталиб ўтамиз, чунки бу жараёни ҳисобга олмай туриб, жинсий аъзоларнинг тараққиёти, анатомик ва физиологик хусусиятларининг ўрганиш кифоя қилмайди.

Врачлар кейинги 15—20 йил ичидагина қиз болалар гинекологияси билан қизиқа бошладилар Унғача ба- лоғатга етмаган қиз болаларнинг ҳолати ҳақида деярли иш олиб борилмаган. Ҳозиргача болалар гинекологияси билан шуғулланадиган йирик даволаш тармоқлари ва болалар гинекологиясини ўрганадиган бирор йирик мута- хассис ҳам йўқлиги бунинг яққол исботидир.

Болалар шифокорлари ҳам бу масаладан деярли четда турадилар. Ҳолбуки, болаларда учрайдиган турли патоло- гик ўзгаришлар катталарникидан анча фарқ қилади. Шунга кўра, болалар врачлари ва болалар гинекологлари ҳамкорликда иш кўрсалар, болалар гинекологиясининг кўпгина муаммолари ойдинлашар ва болаларга тиббий ёрдам кўрсатишда анчагина ютуқларга эришилган бўлар эди.

Қатталарда учрайдиган турли патологик ҳолатлар қиз болалар организмнинг тараққиёти билан чамбарчас боғлиқлиги аниқдир.

Болаларда учрайдиган касалликларни даволаш ва уларда юз берадиган ўзгаришларни ўз вақтида аниқлаш учун, балоғатга етиш вақтида кузатиладиган патологик ҳолатлар ва физиологик ўзгаришларни ҳар томонлама ўрганиш керак бўлади. Бунинг учун:

1) жинсий аъзолар анатомияси ва физиологиясини чуқур ўрганиш;

2) жинсий аъзоларда учрайдиган ўзгаришларни қиз болаларда улар то балоғатга етгунча, катталарда учрай- диган физиологик ўзгаришларни ва жинсий аъзолардаги қиз болаларга хос бўлган анатомик тузилишларни уларнинг ёшига қараб ўзгаришини ўрганиш;

3) қиз болаларнинг аъзолари ва системаларида, хусусан, суяк системасининг тараққиёт даврида юз берадиган анатомик вафункционал ҳолатларнинг ўзгари- шини аниқлаш;

4) маълум бўлган текшириш ва даволаш усулларидан самарали фойдалана билиш;

5) турли лаборатория текшириш усулларини тўғри қўллаш.

Қиз болаларда, уларнинг она қорнидаги давридан бошланиб, туғилиши ва балоғатга етишгунча бўлган давр мобайнида, турли патологик ва физиологик жараёнлар кузатилади. Ешга қараб юз берадиган ўзгаришлар уларнинг суяк ва гормонал системаларида ҳам пайдо бўлади Қиз бола биринчи ҳайз кўргунича бўлган вақтда, унда шу ёшга хос бўлган иккиламчи жинсий белгилар пайдо бўлади

Врачлар ана шу тараққиёт даврини яқиндан ўрга- нишлари ва уни кузатиб боришлари лозим. Айни шу даврда турли ўзгаришлар юз бериши олдиндан маълум.

Аввало, қизлардаги нуқсонларни улар ҳали эмадиган вақтидаёқ аниқлаш ва шу нуқсонларни бола неча ёшга кирганида даволаш мумкинлигини белгилаш жуда му- химдир. Акс ҳолда, шундай нуқсонлар бўладики, уларни бартараф қилиш кечикса, боланинг асаб системасига салбий таъсир қилиши мумкин. Масалан, *гермафродитизм* (нармода, хунасалик) да болани генетик жиҳатдан чуқур текшириб, унинг қайси жинсга мансублигини ўз вақтида аниқлаб, унга муолажа қилиш лозим. Чунки у ўзини ўғил бола деб ҳисоблаб юрса-ю, 15—16 ёшларга кирганида унга «Сен қиз бола экансан» дейилса, бу унга оғир зарба бўлади. Булардан ташқари, жинсий аъзолардаги нуқ- сонлар: қин, бачадон ва унинг найчаларидаги, қизлик пардаси ва қиндаги битовлик ҳолларини ҳам ўз вақтида аниқлаб, уларни дарҳол даволаш тақозо этилади. Қиз болаларда учрайдиган турли юқумли касалликлар нати- жасида (бўғма, яллиғланиш) жинсий аъзоларнинг, хусу- сан, қиннинг чандиқлар туфайли бекилиб қолиши ва бошқа ҳолларни ҳам врачлар назардан четда қолдирмас- ликлари керак.

Эмизикли ва болалик даврида ҳам юқумли ка- салликлар (дизентерия, сўзак, захм ва бошқалар), қон кетиши ва турли ўсмалар ҳам учраб туради. Яна, уларнинг эндокрин тизимида ҳам, ёшига қараб, бир қатор ўзга- ришлар кузатилиши билан бир қаторда, баъзан патологик ўзгаришларни ҳам учратиш мумкин. Булар ҳаммаси қиз боланинг нормал тараққий этишига путур

етказади.

Маълумки, бир эндокрин безидан ажраладиган гормон, албатта, бошқа эндокрин безларига ҳам таъсир қилмасдан қўймайди. Улар бамисоли бир занжир каби, бир-бири билан узвий боғлиқ бўлади. Масалан: қиз боланинг суяк системасининг тараққиётида эндокрин безларидан гипофиз, бўқоқ ости бези, буйрак усти безларининг фаолияти муҳим ўрин тутади.

Биз энди қиз боланинг умумий тараққиётида ва жинсий аъзоларнинг ҳомиладорликдаги тараққиётида юз берадиган ҳоллар устида тўхталамиз.

Қиз болаларнинг жинсий аъзоларини ривожланиши уларнинг туғилишларидан олдинроқ кучаяди. Бунга онанинг гормони билан биргаликда, қисман ҳомиланинг ўзидаги гормон ҳам таъсир қилади. Туғилганидан кейинги дастлабки йилларда бу тараққиёт бир оз орқага сурилади. Пубертат даврида ва ундан олдинги даврда жинсий аъзолар тараққиёти яна кучаяди. Бу пайтга келиб қиз боланинг эндокрин системасининг иши фаоллашади. Бу даврда қиз боланинг тана тузилишига катта аҳамият бериб бориш лозим.

Кўпинча ота-оналар болаларининг яхши ўсмаётганидан, жуда озгинлиги ёки семириб кетганлигидан шикоят қиладилар. Шуни айтиб ўтиш керакки, болалардаги ўсиш жараёни ҳаммасида ҳам бир хилда бўлмай, баъзиларида тезроқ, айримларида секинроқ кечади.

Баъзан болаликда оғриган бирор касаллик боланинг ўсиш жараёнига таъсир қилиб, у тенгқурларидан орқада қолади, ёки эндокрин системасида патологик ўзгариш юз берган бўлса, унда ҳам ўзига хос ўзгаришлар кузатилади.

Умуман қиз боланинг қандай тараққий этишини, унинг она қорнида қандай ҳолларни бошидан кечиришига қараб ҳам баҳолаш мумкин бўлади.

V БОБ

ҚИЗ БОЛАЛАРНИНГ ТАРАҚҚИЁТ БОСҚИЧИ

ҲОМИЛАНИНГ ТАРАҚҚИЙ ЭТИШИ

Маълумки, одам эмбриони жуда тез ўсади. Бир неча миллиграммдан иборат бўлган ҳомила тухуми, туғилиш даврига етганида 3 кг ёки ундан ҳам кўпроқ оғирликка эга бўлади. Акушерликда ҳомилани 2 ойлик бўлгунигача эмбрион, кейинги муддатларда ҳомила, деб юритилади.

Ҳомила тухуми бачадон деворига жойлашиб олганидан кейин жуда тез ривожлана бошлайди. Унинг озиқланиши гистиотрофик тарзда кечади.

Уруғланган тухум хужайрасининг ташқи пардаси ҳисобланган трофобласт тухум хужайрасининг бачадонга жойлашиши ва эмбрионнинг озикланиши учун керак бўлади. Трофобласт ўзидан фермент модда чиқариб, бу модда кўчиб тушадиган пардани эритади ва унинг орасига уруғланган тухум хужайраси аста-секин ботиб боради ва шу ерга жойлашади. Ана шундан кейин она организми ва эмбрион ўртасида алоқа бошланади. Ҳомиладорлик даври ўрта ҳисоб билан 280 кун ёки 10 акушерлик ойи — яъни 40 ҳафта давом этади. Шу муддат давомида уруғланган тухум хужайрасидан одам эмбриони, кейинроқ эса ҳомила вужудга келади.

Учинчи акушерлик ойининг охирларида ҳомилада одамлик белгилари пайдо бўла бошлайди. Унча эмбрионни жопиворникидан ажратиб бўлмайди.

Ҳомила уч ойлик бўлганида унинг оёқ-қўллари шаклланиб, узунлиги 9 см гача етади. Боши ва танасининг узунлиги бири-бирига мувофиқлашади. Оғирлиги 20—25 граммгача бўлади. Қўл-оёқ бармоқлари ва тирноқларнинг бошланғич аломатлари ҳам кўзга ташлана бошлайди. Ташқи жинсий аъзолар шаклланади. Тўртинчи ойнинг охирларига келиб унинг жинси аниқ бўлади.

Ҳомиланинг териси юпқа, қизғиш рангда бўлиб, тери остидаги ёғ қавати бутунлай бўлмайди. Бу даврга келиб, ҳомила бўйининг узунлиги 12 см, оғирлиги 120 граммга етади.

Бешинчи ой охирида ҳомилада пайдо бўлган ёғ безларидан ёғ моддаси ажрала бошлайди. Ажралган ёғ билан кўчган тери эпидермисининг кипиғи аралашиб, кулранг ёғ ҳосил қилади. Ҳомила териси тўқ қизил рангга кириб, майин туклар билан қопланади. Ҳомиланинг юрак уришини стетоскоп ёрдамида қорин девори орқали эшитиш мумкин. Ҳомила сезиларли даражада қимирлаб туради. Бу пайтга келиб унинг оғирлиги 280—300 г, бўйининг узунлиги 25 см га етади. Олтинчи ойнинг охирларида ҳомиланинг териси қариларникига ўхшаб буришган, боши ва танасининг ҳамма жойи туклар билан қопланган, кулок, бурун тоғайлари юмшоқ, тирноқлари ҳали бармоқ учига етмаган бўлади.

Қиз болаларда эса кичик жинсий лаб ва клитор ҳамда катта жинсий лаблар етарлича ўсиб етилмаганлиги сабабли, ташқи жинсий тешик ҳали ёпилмаган бўлади. Ҳомиланинг оғирлиги 600—680 г, бўйи 30 см га етади. Саккизинчи ой охирида ҳомила териси анча текис ва майин туклар билан ҳопланади, бўйи 40 см, вазни 1500—1600 г га етади.

Етти ойлигида, яъни чала туғилган чақалоқларнинг бўйи 35 см, оғирлиги 1000—1200 г атрофида бўлади.

Тўққизинчи ой охирида ҳомила териси остидаги ёғ қатлами анча қалинлашиши натижасида, унинг терисидаги буришиш йўқолади, текисланади ва оч пушти рангга киради. Туклар

камаяди, бошидаги сочлар узунлашади, тирноқлари ўсиб, бармоқ учларига етади. Қулоқ, бурун тоғайлари ҳам қаттиқлашади.

Ҳомила туғилганида қаттиқ қичқириб йиғлаб, кўзини очади, одатда кўкракни эмаоладиган бўлади. Бундай ҳомила яшашга қобилиятли бўлади. Ҳомиланинг шу вақтдаги узунлиги 45 см, вазни 2400 — 2500 кг га етади

Акушерликнинг учинчи ойи давомида ҳомиланинг тараққиётидаги барча камчиликлар йўқолади. Учинчи ой охирида ҳомила тўлиқ етилиб, териси оч пушти рангга киради, текислашади, тирноқлари ҳам ўсиб, бармоқлари-нинг учига етади. Ҳомилада жинсий аъзолар тараққиёти ҳам давом этаверади

ТАШҚИ ЖИНСИЙ АЪЗОЛАР ТАРАҚҚИЁТИ

Ташқи жинсий аъзоларнинг шаклланиш вақти унчалик аниқ эмас. Баъзилар, эмбрион 13—15 мм бўлганида шаклланади, десалар, бошқалар 6 — 7 ҳафталигидан бошлаб шаклланади, деб ҳисоблайдилар.

Ташқи жинсий аъзолар ҳар иккала жинсдаги ҳомила- да ҳам клоака пардасида (клоаканинг ички девори) бир хил кечади.

Ўсиқсимон урогенитал бурма клоакани 2 бўлимга ажратади: бири дорсал бўлим бўлиб, бундан тўғри ичак шаклланади, иккинчи бўлим вентрал бўлим бўлиб, у анча кенг, бирламчи сийдик — жинсий синусли эмбрионнинг узунлиги 15 мм бўлганида, сийдик-жинсий бурма клоака-нинг пардасига етиб боради. Бу билан у чов (бут) ни шакллантиради. Шу муддатдан бошлаб ичак ва сийдик ҳамда жинсий аъзоларда тараққиёт жараёни чегаралана-ди, яъни ҳар бир аъзода айрим-айрим давом этади.

Қиз болаларда ташқи жинсий аъзоларнинг феминизацияси ҳомиладорликнинг 17 — 18 ҳафталаридан билиниб қолади. Жинсий бўртма (дўмбоғ)нинг дорсал сатҳидан *уретра чизиги (борозда)* вужудга келади. Унинг четлари юпка, бироз кўтарилиб турган пластинкадан иборат бўлиб, бирламчи сийдик-жинсий тешикни йирик шаклда қилиб бирлаштиради. Дастлаб вужудга келган чов (бут) тўғри ичак тешиги билан сийдик-жинсий аъзо тешигини ажратиб қўяди. Жинсий дўмбоғ асоси айланма равишда жинсий дўмбоғни ўраб туради. Бу даврда ҳар иккала жинсдаги ҳомилада ҳам ташқи жинсий аъзоларнинг кўриниши бир хилда бўлади. Шу сабабли бу давр бисексуал давр, деб юритилади.

Ҳомиланинг 11 — 13 ҳафталигида қиз болаларнинг ташқи жинсий аъзоларида ўзгариш юз бермайди, фақат жинсий дўмбоғ ўз йўналишини бирмунча ўзгартиради, яъни тик ҳолатдан кўндаланг ҳолатга ўтиб қолади.

Ҳомила 14—16 ҳафталик бўлганида ҳам ташқи жинсий аъзо

аввалги ҳолича қолаверади. Фақат ҳажми катталашади, аммо морфологик жиҳатдан ўзгариш бўлмайди. Жинсий дўмбоғ (клитор) анча каттароқ кўринади, у унча тараққий этмаган катта жин< ий лабдан анча кўтарилиб туради. Унинг қалинлиги 3:5 мм, аногенитал оралиғи эса 3 мм. бўлади.

катталаша бориб, қов дўмбоғигача етади, ор- қадан эса, орқа

17 — 19 ҳафталикда ташқи жинсий аъзолар аёлларга хос кўринишга эга бўлади. Катта жинсий лаблар

чандиқ- да туташади, шу йўсин- да жинсий тешик атро- фи ўралиб қолади. Кли- торнинг кўндаланг ўл- чови ортгани сабабли, унинг бўйи кичиклашиб қолади. (10-расм).

Сийдик чиқариш йўлининг ёриғи олди- дан жинсий лаблар шаклланади. Кейин у 2 оёққа бўлиниб, бир оё- ги клитор устида *чек- ка кертмакни* (*крайняя плоть*), иккинчи оёғи унинг остидаги юган- чани ҳосил қилади.

вожланади.

Ҳомила 17—18 ҳафталигида кичик

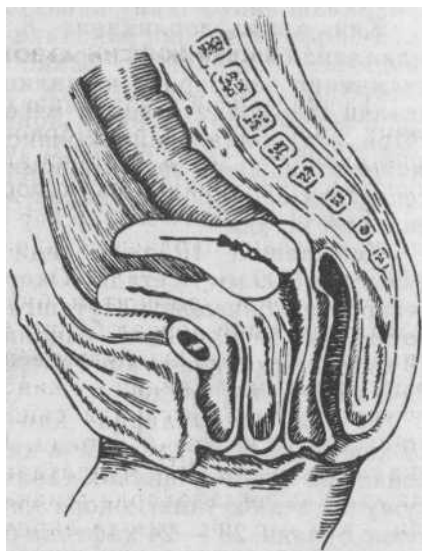
Морфологик ўзга- ришлар билан баробар равишда вульванинг клиторидан ташқари қисмлари ҳам тез ри-

жинсий лаблар юпқа тери бурмасидан иборат бўлиб, узунлиги 4 мм (катта жинсий лабларнинг 1—3 қисмини ташкил қилади) га етади. Бу мувозанат 23—24 ҳафталаргача сақланади, кейин кичик жинсий лаблар катталаша бошлайди, катта лабдан ошиб, унинг 2—3 қисмини ташкил қилади.

Етилмаган ҳомидаларда кичик жинсий лаб катта жинсий лабдан бироз кўтарилиб туради, етилган ҳомила- ларда эса, катта жинсий лаб билан тўла бекилган бўлади. Клитор бўйига қараб деярли ўсмайди, бўйига нисбатан кенглиги 1:1 бўлиб қолади.

Қинга кириш жойи 19 — 20 ҳафталарда воронкасимон шаклда бўлиб, юпқа парда билан қопланиб, унинг чуқурлигида қизлик пардасининг бошланғич жияғи кўри- ниб туради. 24 — 25 ҳафталарда қиннинг тешиги бирмунча текисланиб, қизлик пардаси кўриниб қолади. 28 — 30 ҳафталик ҳомилада қизлик пардаси кўпинча айлана ҳолида бўлиб, унинг тешиги ёриқсимон бўлади. Қизлик пардасининг қалинлиги 2 — 3 мм га етади.

ҚИННИНГ ЭМБРИОНАЛ ТАРАҚҚИЁТИ



10- расм. Чақалоқлар чаноғининг са- гиттал қирқилган кўриниши. Бачадон юқорида жойлашган бўлиб, тўғри ичак ва кин гўё осилиб тургандек, киннинг олдинги девори сийдик қопага тегиб турмайди.

Қин ҳомиладорликнинг 8 ҳафталаридан бошлаб шакллана бошлайди. У парамезонефрал йўллarning дум қисмининг бир-бирига қўшилиши натижасида вужудга келади. Ўзи юпқа деворли мезенхиманинг қин орасида, тўғри. ичак билан сийдик-жинсий бўшлиқнинг орасида жойлашган. Унинг юқори қисми шиша (колба) га ўхшаб кенгайган ва юқорида сийдик-жинсий бўшлиқ соҳасида бирикиб кетади.

Ҳомиланинг 10 ҳафтасида қин узунлиги 1,8 мм, диаметри 0,09 мм га етади. Юқори томондан қин аниқ бир чегарасиз, бачадонга туташган бўлади. 12 ҳафтали ҳомилада бачадон-қин канали 3,4 мм бўлиб, 17 — 19 ҳафталик ҳомилада қин гумбазлари шаклланади ва қин бачадондан ажралади.

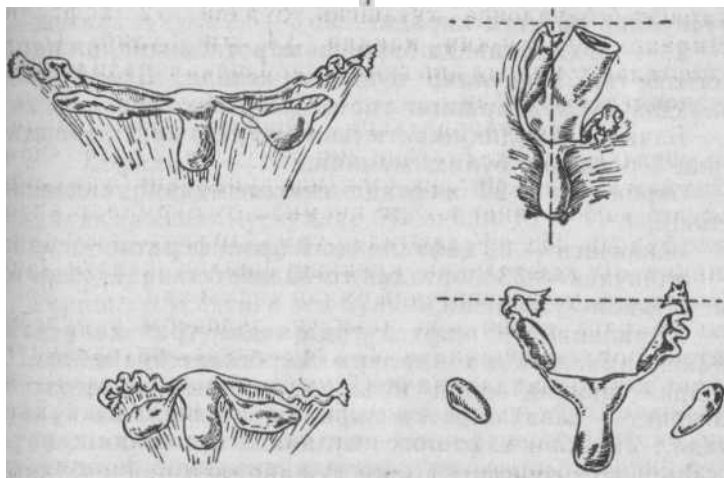
20 — 21 ҳафталарда қин бўшлиғи шаклланади, 19-ҳафтадан то 28 ҳафтагача қин тез ўсади. 20 ҳафтадан кейин ҳам қиннинг шиллиқ қаватида кўндаланг бурмалар вужудга келиб, унинг юқори қисмида бу бурмалар анча текис бўлади. 23 — 24 ҳафтада бурмалар анча баландла- шиб 8—10 ҳафталикда қиннинг шиллиқ қавати бир қаватли призматик эпителий билан қопланади. 17-ҳафта- нинг охирига келиб кўп қаватли, эндодермал бўлган эпителий билан қопланади. 22 ҳафталикда эпителийнинг асосий қавати шаклланади (ўсувчи, оралик, юзаки) ва қиннинг ўз қаватлари вужудга келиб, шу билан қин шиллиқ қаватининг гистогенези ниҳоясига етади.

Дастлаб эозинофил юзаки хужайралар пайдо бўлиб, таёқчасимон ядролар кемасимон чегарада думалоқ шакл- ни олади, уларнинг ҳажми 6 мкм гача камади, бу эса чин *пикнотик* ядродир. Бу қиннинг пастки қисмидаги юзада жойлашган хужайраларда мавжуд бўлиб, қиннинг юқори қисмида ҳали бу ҳилдаги хужайралар бўлмайди. Хужайра- лар ичида гликоген кўпая боради. 28 ҳафтада қиннинг шиллиқ қавати ва айниқса унинг эпителиясида кучли пролифератив жараёнлар кузатилади. 30 ҳафталик ҳоми- лада эпителийларнинг *кўчиб тушиши (десквамация)* ҳолатини кўриш мумкин. Ҳомила туғилишидан 2 — 3 ҳафта олдин қинда кўчиб тушиш натижасида (дес.квама- ция) йўқолган эпителий сатҳи тикланади Эпителийнинг функционал зонасида кўп миқдорда гликоген тўпланади Демак, қиннинг тараққий этиши ҳомиланинг ривожлани- шига қараб шакллана бошлайди.

БАЧАДОН ТАРАҚҚИЁТИ

Бачадондан олдин, даставвал унинг бўйни шакллана бошлайди. 40 — 45 мм узунликдаги парамезонефрал йўл дум қисмида бир-бири билан қўшилишиб, бачадон бўйнини ташкил қилади. Қин билан бачадон бўйни қомиладорликнинг 4-ойи охири, 5-ойининг бошларида бир- бири билан чегараланади.

Бачадон бўйни бошлаб *ци-линдрик*, ҳомиладорлик даврининг охирида *коник (пона)* шаклига эга бўлиб қолади. Бачадон бўйнининг орқа лаби



11- расм. 3—10 ойлик чақалоқларда бачадон, найча ва тухумдонларнинг турли шакллари (жасаддан олинган).

олдинги лабидан каттиқроқ бўлади. 27 — 28 ҳафтагача бачадон бўйнининг ташқи тешиги нуктасимон, кейин ёриққа ўхшаб кетадиган бўлади. Бачадон танаси пара- мезонефрал йўлнинг пастида қўшилишиб, 65 мм га етади.

3 ойли ҳомилада бачадон танаси 2 шоҳли бўлади. У бора-бора қисқариб, 3,5 ойларда бир-бирлари билан қўшилишади, натижада эгарсимон бачадон танаси ву- жудга келади.

Қиз бола туғилганида ҳам бачадонда бир оз эгарсимон шакл сақланиб қолади.

А. Ф. Купертнинг кўрсатишича, ҳомиладорлик пайтида бачадон 4 маротаба катталашади. Аммо унинг танаси билан бўйнининг катталашиси ҳар хил бўлади. Агар бачадон танаси 6 маротаба катталашса, бўйни 3 маротаба катталашади. Ҳомиланинг бутун ҳаёти давомида бачадон бўйни танасига нисбатан узун бўлади. У 33 — 34 ҳафталик бўлганида бачадон бўйнининг умумий узунлиги 3 — 4 см бўлади. Бачадон танаси ва бўйни 6 ва 9 — 10 ойларда айниқса тез тараққий этади. Бачадон мускуллари унинг бўйни ва танасида 18— 19 ҳафталарда фақат айланма мускуллардан иборат бўлиб, ташқарисидаги қўшувчи тўқимада онда-сонда тик мускуллар кузатилади. 20 — 24 ҳафталик муддатда айланма мускуллар кенгаяди, аммо бачадон тубида сусттараккий этган бўлади.

Ташқаридаги тик мускуллар ҳам кенгайиб, баъзи толалари айланма мускуллар орасига киради.

27 — 28 ҳафталикда биринчи маротаба шиллик парда остида тик мускуллар вужудга келади. Шу йўсинда бачадон мускулларининг гистогенези ниҳоясига етади

Бачадон шиллик қавати (эндометрий) нинг тараққиё- тини 3 босқичга бўлиш мумкин:

биринчиси — 24 ҳафтада гистогенезнинг ниҳоясига етиши;

иккинчиси — 32 ҳафталикдаги пролифератив ўзгариш;

учинчиси — 33 ҳафтадан то 40 ҳафтагача —■ секретор жараённинг ўзгариши.

Ҳомиланинг 19 ҳафталигида эндометрий ҳали яхши шаклланмаган, қон томирлари кам, безлар бўлмади Шу даврда шиллик қават юзаки — функционал қават ва компакт — базал қаватга ажралишга мойиллиги кузати- лади. 21—22 ҳафталик муддатда шиллик қаватда безларнинг бошланғич ҳолати кузатилади. У эпителий билан қопланган чуқурча шаклида кўринади.

Дастлабки безлар бачадон бўйнининг ички тешиги соҳасида кузатилади. 24-ҳафтада бачадон шиллик қавати- нинг гистогенези ниҳоясига етади.

Бу соҳада бир оз миқдорда найчасимон безлар кўзга ташланади. Без эпителийлари призма кўринишида, тиник цитоплазмали, ядроси овал шаклда турли оралик таш- кил қилиб жойлашган бўлади. Бачадон тубида безлар бўлмади.

Юқорида келтирилган ўзгаришлардан сўнг, бачадон функционал жиҳатдан деярли тайёр бўлади. Аммо катталарниқидан фарқли ўларок, шиллик парда циклик ҳолатда ўзгармайди. Проллифератив ўзгаришни 25 ҳафта- дан то 32 ҳафтагача кузатиш мумкин.

Безлар бора-бора бачадон тубида ҳам пайдо бўлади. Без йўллари кенгайиб, уларнинг девори бурмали бўлиб қолади.

33 ҳафтадан то туғруққача секретор фазани кузатиш мумкин. Фақат 33-ҳафтанинг охирида призматик эпителий бачадон бўйнининг қин қисми каналини ҳам қоплаб олади.

Бачадон найчаларининг тараққиёти ҳам бачадон ва қин юқори қисмининг тараққиётига ўхшаб, мезонефрал йўллар (Мюллер канали)дан вужудга келади. Бу буйрак ва сийдик чиқариш йўли билан чамбарчас боғлиқдир. Сийдик-таносил аъзоларининг тараққиётида бошланғич эмбрионнинг барча варақлари, айниқса ўрта — мезодерма қисми иштирок этади.

Мезодермадан найчалар, бачадон, қин ва жинсий безларнинг эпителийси вужудга келади.

Кўпгина муаллифларнинг айтишларича, найчалар хомила тухуми 2,5—3 ойлигида ташкил бўлади (шакллана- ди). 4 ойликда эса анатомик жиҳатдан шаклланади. 18 — 19 ҳафтада эса найчалар шокиласи ҳосил бўлади. Ҳомиланинг 37 — 38 ҳафталигида бачадон найчаси ўнг томонда 43 мм, чапда эса 41

мм бўлади.

Ҳомила 16 — 17 ҳафталигида найчалардаги бурмалар ҳали тараққий қилмаган бўлади. Шу даврда найчаларда айланма қават мускуллар бўлмайди. 18 — 19 ҳафталигида айланма мускуллар билиниб қолади. 20 — 21 ҳафталикда найчаларнинг шиллик қаватидаги тукчалар ҳилпиллаб туриш хусусиятига эга бўлади. 26 — 27 ҳафтада шиллик қаватдаги бурмалар кўзга ташланади. 30 — 40 ҳафталикда эпителийларда секреция ажратиш қобилияти ву- жудга келади. Эпителийдаги киприкчалар анча тараққий қилган бўлади. Шиллик қаватдаги бурмалар найчаларнинг ампуляр қисмида яхши тараққий қилиб, найчаларнинг бачадонга яқинлашгани сари, камайиб боради.

ТУХУМДОННИНГ ТАРАҚҚИЙ этиши

Е. ^УКзсй, (1963) тухумдон тараққиётини 5 даврга бўлади:

1. Индифферент даври бўлиб, бу давр 5 — 6 ҳафталик эмбрионда кузатилади.

2. Жинсий шаклланиш даври. Бу давр 7 — 8 ҳафтага тўғри келади.

3. Оогонийнинг кўпайиш даври. Муддати — 8 — 10 ҳафта

4. Ооцитларнинг ҳали бўлинмаган даври — 10 — 20-ҳафталар.

5. Бирламчи фолликуляр даври 20 — 38-ҳафтага тўғри келади

Ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида тухумдон пўстлоғи етиша бошлайди, бунга сабаб, унинг дарвозаси орқали қўшувчи тўқиманинг киришидир. Бу даврда қон томир толаларининг тарқалганлиги кўзга яққол ташланади. Эпителий ва пуфаги мезенхима билан анча майда қисмларга бўлинади, одатда у битта Ооцитни тутиб, ясиланган фолликуляр хужайралар билан ўралган бўлади. Уларни бошланғич (примордиал) фолликулалар деб аталади.

Ҳомиланинг 18 — 20-ҳафталигида, биринчи маротаба примордиал (бошланғич) муддатда, тухумдоннинг қобик билан мия қисми чегарасида фолликулалар кўрина бошлайди. Бора-бора тухумдоннинг бошқа қисмларига ҳам, айниқса, чет қисмларига тарқалади. Ю. А. Чуркин (1986) нинг айтишича, ҳомилада фолликулаларнинг етилиши маълум тартибда кечади. 10-ҳафтада бошланғич фолликулалар тухумдоннинг пўстлок қаватида анча чуқурроқда жойлашган бўлади. 27-ҳафталигидан бошлаб бошланғич тека (қобик)ли бўшлиқ олдидаги фолликулалар пайдо бўлади. 33-ҳафталикда катта бўшлиқли фолликулалар кўзга ташланади. Улар яхши шаклланган бўлиб, бунда 5 — 7 мм ҳажмдаги фолликулалар учрайди. Уларнинг бир қисми атрезия ҳолатида бўлади. Кейинги даврда тухумдонда унча сезиларли ҳоллар кузатилмайди.

Ҳомиладорликда тухумдоннинг гормонал фаолияти-нинг фаоллиги 18 — 28 ҳафтадан кўрина бошлайди. Бу асосан

голокрин типидаги секреция бўлиб, гонадаларнинг герминатив элементинингкўплаб ҳалок бўлиши натижаси- да юз беради.

32 — 34 ҳафтали ҳомилада гормонал фаоллик анча юқори бўлади, аммо туғилишга яқин қолганида камаяди.

Тухумдон билан бачадон шиллиқ қаватининг бир турда бўлган фаолияти бачадон шиллиқ қаватида бўладиган пролиферация жараёни билан ифодаланади. Демак, ҳомила ана шу пайтда, яъни она қорнидаги давридаёқ бачадон билан тухумдон маълум бир мулоқот (алоқа)да бўлар экан.

VI БОБ

ҚИЗ БОЛАЛАРНИНГ ЖИНСИЙ АЪЗОЛАРИДА ЁШИГА ҚАРАБ РЎЙ БЕРАДИГАН ЎЗГАРИШЛАР

ЧАҚАЛОҚПИК ВА БОЛАЛИК ДАВРИ

Ҳомиладорликда чақалоқлик плацентасидан ҳомилага ўтадиган гормонлар сийдик орқали ўтади

Қиз бола нормал тараққий қилган бўлса, қиз бола сифатлари билан туғилади. Чақалоқларда кичик жинсий лаблар қисман катта жинсий лаблар билан бекилган бўлиб, бир оз қизарган ва шишган бўлади. Клитор бироз каттароқ кўринади. Ташқи жинсий аъзолар бир оз пигментланган, баъзан дастлабки мой (смазка) билан қопланган бўлади.

Бу даврда қизлик пардаси анча чуқурликда жой- лашган бўлиб, қинга кириш жойидаги безлар ҳали ишламайди. Қин тик йўналишда жойлашган бўлиб, унинг узунлиги 25 — 35 мм га етади. Қиннинг орқа гумбази бир оз билиниб қолган бўлади. Унинг шиллиқ қаватидаги бурмалар ва қин мускуллари анча сезиларли даражада (онадан ўтган гормон туфайли) бўлади.

Агар чақалоқ қинидан суртма олиб кўрилса, эозино- фил ва кариопикнотик индекс анча юқорилиги маълум бўлади. Қинда нордон реакция бўлади. Ҳатто Дедерлейн таёқчалари ҳам учрайди. Бу даврнинг охирида эпителиал қават 30 — 40 қаватдан 2 — 3 қаватга тушиб қолади. Оралиқ хужайралар 30 фоиздан ортиқ бўлмайди. Чақалоқ- нинг бачадони ҳали қорин бўшлиғида бўлади. Бачадон узунлиги 30 мм га тенг.

Эндометрийда секретор ҳолати кузатилади. Баъзи чақалоқларда бачадон шиллиқ пардасининг десквамация- си туфайли ҳайз қони каби, қиндан 1 — 2 кунгача қон ажралиб чиқади. Бу онадан ўтган гормоннингтаъсири, деб ҳисобланади.

Чақалоқлар туғилганида бачадон найчалари узун, ўртача узунлиги 35 мм ва бироз эгри бўлади.

Қўпчилик муаллифларнинг айтишича, чап найча, одатда, 55 мм дан узунроқ бўлар экан. Чақалоқларнинг тухумдони қорин бўшлиғида жойлашган бўлиб, ци- линдрсимон кўринишда бўлади. Уларнинг узунлиги 14 — 26 см гача бўлиши мумкин.

Юзалари фолликулалар туфайли бироз дўппайган бўлиб, анатомик жиҳатдан катталарникидан унча фарқ қилмайди. Аммо чақалок-ларнинг тухумдонида бошланғич (примордиал) фоллику- лалар бўлиб, уларнинг микдори 45000 — 50000 га етади. Аммо уларда фолликулалар атрезияси кўп бўлади. Фақат ўнг тухумдон чапдагидан каттароқ ва оғирроқ бўлади, деб ҳисоблайдилар. Қиз болаларнинг нитрал даврида жинсий аъзоларда тараққиёт анча сустлашади. Бартолини безла- ри ҳали унча тараққий қилмаган бўлади.

Бола 3 ёшлигида жинсий аъзолар анча пастга, чаноқ ичига силжийди. Булар билан биргаликда, кўшни аъзолар ҳам сурилади. Бу давр охирига келиб қиннинг узунлиги 40 мм. га етади. Эпителиал қават анча юқалашади, қиннинг шиллик қавати бурмали бўлиб, бир оз гликоген тутати. Қиндаги муҳит ўзгариб, у ишқорли ёки нейтрал бўлиб қолади.

Агар қин суртмасини олиб текширилса, унда эпителия- нинг чуқур қаватидаги ҳужайралар, онда-сонда лейко- цитлар кўзга ташланади. Аммо бу даврда қиннинг инфицирланиши осон бўлади. Бунга сабаб, унинг ўзгари- шидир.

Қиз боланинг биринчи йилги ҳаёти вақтида бачадон анча кичиклашади, бачадон бўйни бора-бора танасидан анча калта бўлиб қолади. Бачадон антеверсия ва антефлексия ҳолатида туради, уч ёшнинг охирларида бачадон туби чаноқ кириши сатҳида бўлади.

Тухумдон бошқа жинсий аъзоларга нисбатан эртароқ чаноқ соҳасига тушса ҳам, анча юқорироқда бўлади. Уларнинг ўлчови ва шакли унча ўзгармайди.

Қиз болаларнинг тухумдонида қисман етилаётган ва етилган, атрезияга учраган фолликулалар бўлади. Бу даврда примордиал фолликулалар 2 баробар ка- майиб кетади. Фолликулаларда циклик ҳолат кузатил- майди.

ПРЕПУБЕРТАТ ДАВРИ

Бу даврда ёғ тўқимаси кўпайганлиги ҳисобига ташқи жинсий аъзолар катталаша бошлайди. Қизлик пардаси тешиги ҳам катталашиб ва бу парда анча юзага чиққан бўлади. Шу даврга келиб, бартолин безининг фаолияти бошланади. Қиз бола 12 — 13 ёшдалигида қин узунлиги 62 — 63 мм га етади. Қиннинг шиллик пардасидаги бурмалар анча тараққий қилган бўлади.

Қиннинг орқа гумбази анча чуқурлашиб, парабазал ҳужайралар оралиқ ва юзаки ҳужайраларга нисбатан кўпроқ бўлади. Бу даврда Дедерлейн таёкчалари кўрина- ди. Қариопикнотик индекс 30 % га, эозинофил 20% га етади.

Маълумки, болаликда қиннинг ички сатҳини қоплаган кўп қаватли ясси эпителийда гликоген бўлмайди. Шунга кўра, бу

ёшда қиндаги муҳит нейтрал ёки ишқорли бўлади. Шу сабабли, қинни инфекция осон зарарлаши мумкин Қиз бола балоғатга етгани сари қиндаги муҳит ўзгара боради, яъни нордон реакцияли бўлиб қолади. Бунга қинда сут ачими Дедерлейн таёқчаси пайдо бўлгани сабабли, қиндаги муҳит ачимлашиб, аста-секин микроблар ҳам йўқола боради Ниҳоят қиз бола балоғатга етганида, у соглом бўлса, қини стерил ҳолатда бўлади, Дедерлейн-нинг ҳаётий маҳсулоти сифатида пужудга келган сут кислотаси қинда нордон реакцияни таъминлайди. рН менархе вақтида 4,5 — 5,0 бўлади.

Қин чиқиндисини болаларнинг ёшига қараб ўзгариши-ни аниқроқ тасаввур қилиш мақсадида қуйидаги жадвалдан фойдаланамиз (1-жадвал).

Бу жадвалдан кўришиб турибдики, боланинг ёшига қараб қинда сезиларли даражада ўзгаришлар юз берар экан.

Бу ҳолни қуйидагича тақлил қилиш мумкин:

Чақалоқ туғилган пайтида, она қорнидалигида она-нинг гормонлари таъсирида бачадони нисбатан катта бўлади. Кейинги тараққиёт даврида, она гормонлари камайгани сари жинсий аъзолар тараққиёти ҳам физиологик жиҳатдан пасая бошлайди. Препубертат ёшида эндокрин безларнинг аста-секин тараққий этиши, гормонларнинг шу ёшга хос нормал миқдорда ажрала бошлаши билан жинсий аъзолар яна тараққий қила бошлайди.

Препубертат ёшда тухумдон такомиллашади, унинг оғирлиги 4—5 г, узунлиги 3 — 3,5 см га етади. Фолликуллар тараққий қилишда давом этади. Премордиал хужайралар фолликулалар атрезияси туфайли 100 000 — 300 000 гача камайиб кетади.

1- жадвал

ОаЪхIа бўйича:

Кўрсаткичлар	Қиз боланинг ёши		
	10—12 ёш	11 —13 ёш	12—15 ёш
Иккиламчи жинсий белгилар	+	+	+
Ҳайз кўриши	0	0—+	+
Қин чиқиндисининг миқдори	кўп, суюқ, сарик ранг	кам, суюқ, оқ рангли	жуда кам, сувсимон
Бактерия флораси:			
Коклар	кўп	кам	0
Дедерлейн таёқчаси	кам	кам	0
1 [итологик кўриниши			
Лейкоцитлар	Кўп	кам	0
Эпителиал хужайралар	кам	кўп	+

Бу давр балоғатга етиш даврининг чегараси бўлиб, бундан кейин пубертат даври бошланади. Бу балоғатга ўтиш даврида қиз болаларнинг жинсий аъзолари катталарникига ўхшаб кетади. Қиннинг узунлиги 90 — 100 см га боради. Қолпоцитологик кўриниш циклик жараёни кўрсатади. Кариопикнотик индекс камдан-кам ҳолларда 60 % га етади. Бачадон анча катталашиб, унинг 12 — 13 ёшдаги оғирлиги 6,5 — 6,7, 16 ёшда эса 23 г бўлади Тухумдон ва эндометрияда циклик характер тўлиқ намоён бўла бошлайди.

Бу давр охирида жинсий жиҳатдан такомиллик кузатилади.

VII БОБ

БАЛОҒАТГА ЕТИШ ДАВРИ ФИЗИОЛОГИЯСИ

ПУБЕРТАТ ДАВРИ

Балоғатга етмаган ва балоғатга етган қиз болалардаги физиологик ҳолатни ўрганмасдан туриб, юзага келиши мумкин бўлган патологик ҳолларни билиш мумкин эмас.

Қиз болаларнинг балоғатга етиш даврини аниқлаш жараёнида кўплаб текширишлар ўтказилган.

Маълумки, қиз боладаги физиологик ўзгаришлар катталарникидан анча фарқ қилади. Айниқса, қиз бола балоғатга етганидан кейин унда шу даврга хос бўлган бир қатор ўзгаришлар кузатилади. Жинсий безларнинг фаолияти фаоллашади. Қиз болада соматик жиҳатдан ҳам ўзгаришлар содир бўлади. Унинг организми, хусусан, жинсий аъзолари ва эндокрин системаси насл қолдириш қобилиятига тайёр бўлади.

МагзйаП (1922) нинг айтишича, «Жинсий тараққиёт даврида қиз болада конституцияга хос бир қатор ўзгаришлар бўладиким, булар жинсни аниқ белгилаб беради, бу даврда иккиламчи жинсий белгилар пайдо бўлиб, насл қолдириш аъзолари катталашади».

АздеП (1946) нинг фикрича, «жинсий етуклик — бу шундай даврки, бунда илк бор репродуктив фаолият, яъни жинсий хужайралар ажрала бошлайди».

Жинсий етукликнинг чегараси ҳақида аниқ бир фикр йўқ.

М. А. Жуковский (1971) «Жинсий етуклик биринчи маротаба ҳайз кўришдан бошланади», деб талқин қилади. М. Шаш ва бошқа муаллифлар (1967) «биринчи марта ҳайз кўриш, жинсий тараққиётнинг тугалланганлигидан далолат беради» деб ҳисоблайдилар.

Балоғатга етиш даврини икки ёки уч даврга бўлади-лар.

81иаг! (1946) балоғатга етишдан оддинги давр деб, бўйнинг ўсиши, жинсий аъзоларда туклар чиқишини белгиласалар, балоғатга етган давр деб, биринчи ҳайз кўриш (менархе), ўсмирлик даври, бўйни ўсиши тўхтаган даврни тушунадилар.

И. И. Богоров ва М. Н. Кузнецовалар балоғатга етиш даврини 2 га бўладилар. Балоғатга етиш ва унинг давом этиши ҳақида алоҳида фикр йўқ. Баъзи муаллифлар (Сескел, 1946, АУПктз, 1957) балоғатга етиш 8 ёшдан бошланади десалар, бошқалар (Йоуас, 1944, ва б.к.) 9 — 10 ёшни кўрсатадилар.

Аммо кўпчиликнинг фикрича, соғлом болаларда балоғатга етиш 9 ёшдан 16 ёшгача бўлиши мумкин экан.

Ҳозирги тушунчалар бўйича, балоғатга етиш соғлом қизларда 8 — 9 ёшдан бошланиб, 17 — 18 ёшларда тугайди. Биринчи босқич 8 — 9 ёшдан бошланиб, 13 — 14 ёшда, иккинчиси 13 — 14 дан бошланиб, 17 — 18 ёшда тугайди.

Балоғатга етиш давридаги ўзгаришлар 2 кўринишда бўлади:

- 1) Гипоталамус — гипофиз, гонадалар;
- 2) Жинсий безларнинг гормон ишлаб чиқариши.

Биринчи кўриниш махсус текшириш йўли билан аниқланса, иккинчиси иккиламчи жинсий белгилар орқали намоён бўлади. Шунга кўра, буни аниқ белгилаш мумкин бўлади. Иккиламчи жинсий фарқ даражаси жинсий гормонларнинг фаолиятига боғлиқдир.

Кўп муаллифлар жинсий тараққиётни 3 даврга бўлади:

- 1) жинсий тараққиётдан олдинги давр;
- 2) жинсий тараққиёт даври (2 — 2,5 йил);
- 3) жинсий етуклик даври.

РКАБЕ жинсий тараққиёт давридаги ўзгаришларни қуйидаги жадвалда акс эттиради. (2-жадвал).

Тез фурсатда қиз бола организмда, аввало жинсий аъзоларда ва қиз боланинг умумий кўринишида ўзгаришлар содир бўла бошлайди.

Муаллифлар (А. С. Заводова, 1962, Л. С. Беднякова, 1970) фикрича, қиз болаларда эстроген ажралиши 7 ёшгача секин бориб, кейин нарвонсимон ҳолатда бўлади,

11 — 13 ёшларда кўп ажрала бошлайди. Жинсий тараққиётнинг кейинги йилларида эса, соғлом аёлларникидек, циклик равишда кечади. Қиз болалардаги жараённинг аёлларникидан фарқи шуки, эстрогенлар секретор фазада кўп ажралиб, бу ҳол жинсий аъзоларда пролифератив жараённи оширади. Бу қиз боланинг жинсий аъзоларининг шаклланиши учун жуда зарурдир.

Андрогенларнинг ажралишини аниқлаш учун кўпинча сийдикдаги 17-ҚС текширилади.

Қиз боланинг ёши	Соматик жиҳатдан ўзгаришлар	Гормонларнинг ишлаб чиқилиши
8 ёшда	Инфантил ҳолатда	Жуда кам микдорда эстроген ва 17-кето-стероидлар ишланиб чиқилади
8—9 ёшда	Бачадон катталаша бошлайди	Эстроген ва 17-кето-стероидлар ажралиши кўпая бошлайди
10—11 ёшда	Бўй ўсиши кучаяди	Эстроген ва 17-кето-стероидлар анча кўп ажрала бошлайди
11 — 12 ёшда	Чапок аёлларникидек тараккий эта бошлай- ди, кўкрак беэининг ўсиши кучаяди	Сийдикда гонадотропин кузатилади
13 ёшда	Қўлтиқ остида жунлар пайдо бўлиб, менархе бошланади. Ҳайз апо-вулятор типиде бўлади	
14—15 ёшда	Бу ёшда ҳайз цикли 2 фазали бўлади	Сариқ тана фазасида сийдикда пропандиол топилади
15— 16 ёшда	Ҳуснбузарлар чиқа бошлайди	
16—17 ёшда	Эпифиз бекилиб, бола' ўсишдан тўхтаиди	

17-КС компонентлари: қон зардобиде олтингурут ачими билан бириккан ҳолда андростерон ва дегидроэпи- анд — росторон бўлади.

Чакалоқларда бу ҳолдаги адрогенлар концентрацияси жуда юқори бўлиб, тез фурсатда яна камайиб кетади. 5 — 7 ёшдан адрогенлар оша бориб жинсий таракқиёт даври- да катталардагидек бўлиб қолади.

И. И. Богоров (1966) нинг кўрсатишича, қиз болаларда адроген 10 ёшгача аста-секин кўпайиб боради: бир ёшлигида 1 — 3 мг, 12 — 13 ёшда 3 — 5 мг, 16 — 18 ёшида худди катталарникидек микдорда бўлади (текшириш усулига қараб 8— 12 мг).

17-КСни балоғатга етишдан олдин фақат буйрак усти беэи ишлаб чиқаради. Прогестерон балоғатга етиш даврида адроген ва эстрогенларга нисбатан кам аҳами- ятлидир. У сут беэлари алвеолларидаги пролиферация жараёнининг кучайишини таъминлайди

12 ёшгача прогестерон ҳам ажралади Ҳай < кўрилгуни- ча сийдик билан кўшилиб 1 мгатрофида прсгпнлиол кам ажралиб чиқади. Биринчи ҳайздан кейин, унинг биринчи фазасида 2 мг гача ажралади.

Балоғатга етган ёш қизларда прегнандиол катта ёшдаги аёллардагидек миқдорда ажралмайди.

Балоғатга етиш даврида эстроген ва андрогенлар биргалашиб, тана скелетининг тараққий қилиши ва ўсишини таъминлайди. Бундан ташқари, ташқи жинсий аъзолар тараққиёти, қўлтиқ остида ва ташқи жинсий аъзоларда тукларнинг ўсишига ҳам таъсир кўрсатади. Яна сут безларининг катталашини, бачадоннинг ўсиши, қин эпителийсининг етилиши, ёғ қатламларининг аёллардагига ўхшаб тақсимланишини ҳам таъминлайди.

Жинсий томондан етилиш даврида тухумдондан ажраладиган гормонлар асосий ўрин тутлади.

Қиз бола чақалоқларда тухумдон пармага ўхшаш, узунлиги 10—16 мм, қалинлиги 1,5—2,5 мм, кенлиги 2—3 мм бўлади (Л. Е. Этинген, 1964 й.).

Қиз бола туғилган пайтида унинг тухумдонидан 100.000 дан то 400 000 тагача фолликуллар бўлади. Болаликдаги физиологик атрофия ва атрезия туфайли, 14 ёшга етганида 10 500 тага яқин қолади (НиНтап, 1971).

Жинсий тараққиётнинг биринчи даврида овуляция рўй бермайди, фолликуллар тараққиётнинг турли даврида бўлади. Жинсий тараққиёт даврида бачадон ҳажми катталаша бориб, бўйни ва танасининг мувозанати ўзгаради. Янги туғилган чақалоқларда бачадон оғирлиги 1,88 г, узунлиги 35 мм, 2 ойлигида бачадон оғирлиги камайиб, 1,36 г, узунлиги 25 мм га етиб, 7 ёшлигида бачадон узунлиги 3,7 см, 9 ёшида 4 см, 11 ёшида 5,5 см бўлади (НиНтап, 1971).

Қиз бола 11 ёшга кирганидан кейин бачадонининг оғирлиги оша боради. 11—15 ёшларида 6,85 г га етади. Ёши катталашгани сари, бачадон ва танаси ҳамда бўйнининг мувозанати ҳам ўзгара бошлайди. Янги туғилган қизларда бачадон танаси 1 см бўлса, бўйни 2,5 см бўлади ва жинсий тараққиётнинг охирида бачадон бўйни танасининг 1/3 қисмини ташкил қилади. Жинсий тараққиёт давомида бачадон тез ўсиб, унинг танаси ва бўйни оралиғида бурчак ҳосил бўлади. Бачадон узунлиги 8 см, оғирлиги 50 г ни ташкил қилади. Болаликда эндометрийнинг қалинлиги деярли ўзгармайди Янги туғилган гўдакларда 0,6 мм бўлса, 70 ёшга кирганида 0,4 см бўлади.

Болаликда қиннинг шиллик қавати юққа ва қуруқ, девори чўзилмайдиган бўлади. 6—7 ёшда унинг узунлиги 4,5—5 см бўлиб, жинсий тараққиёт даврида ўсиб, давр охирида 10,5—11,5 см га етади.

Дастлабки ҳайз кўришдан олдин қиннинг шиллик пардасида бурмалар кўпая боради, бачадон бўйни ва қинга кириш йўлидаги безларда секреция миқдори оша боради.

Жинсий тараққиёт даврида кольпоцитограмма ўзгариб, қин шиллик қаватининг эпителийсида шохланиш жараёни бошланади. Бу қонда эстроген гормонининг овуляциядан олдин

кўпайганлигидан дарак беради.

Овуляция жараёни рўй берганидан кейин, прогестерон микдорининг турғунлиги сабабли, эстроген эпителийлардаги шохланиш жараёнининг турғунлигини бошқара олмай қолади.

Юқорида қайд этилган ўзгаришлардан бир оз вақт ўтгач, организмда соматик ўзгаришлар рўй бера бошлайди. Чанок суяги кенгайиб, 8 — 10 ёшларда тери остига аёлларга хос аломат — ёғ қатлами тўпланади, қиз боланинг овози анча ўзгариб, иккиламчи жинсий белгилар тараққий қила бошлайди. Сут безлари катталашади, қов соҳасида туклар пайдо бўлади, кейинроқ қўлтиқ остига ҳам чиқа бошлайди, ана шу даврда биринчи ҳайз (менархе) кўрилади. Ўғил болаларга нисбатан қиз болаларда сочнинг ўсиши олдинроқ бошланади. Қов соҳасидаги жун қиз болаларда горизонтал (кўндаланг, ўғил болаларда вертикал — тик) ўсган бўлади.

Она қорнидаги ҳомила ҳомиладорликнинг охириги даврида анча тезроқ ўсади. Кейинчалик секинлашади ва жинсий тараққиёт ривожланиши олдидан яна тез ўсади.

XIX аср охириларидан маълумки, ҳайз кўришдан 2 — 3 йил олдин қизларда бўйнинг ўсиши тезлашади. Балоғатга етишдан олдинги бўй ўсиши СТГ ва бўқоқ безининг гормонига боғлиқ бўлади. Эстрогенлар су-якларнинг етилишини, адрогенлар эса, тана скелетининг ўсишини таъминлайди.

Тана скелетининг ўсиши ўсиш потенциалининг йўқолишига боғлиқ бўлади, бу эса ўз навбатида эпифизнинг бекилиши ёки суякка айланишига боғлиқ бўлади. Бу жараён қиз болаларда ўғил болаларга нисбатан эрта бошланади (2 йилча илгари).

Вақтидан олдинроқ балоғатга етганларда скелет ўсишдан тез тўхтайтиди, гипогонадизм анча узоққа чўзилади. Биринчи ҳайз бошланиши билан ўсиш мароми сустлашади.

Ҳайз кўришнинг қачон бошланганлигини панжа суягини рентген тасвири орқали ҳам билшп мумкин (СтепНсБ, 1954).

Айрим муаллифларнинг фикрича, кўлининг бош бар-моғида синостоз кўринса, бу ҳайз бошланганлигини билдирар экан. Биринчи ҳайз кўриш асосан 12 — 14 ёшда бошланади. Маълум назарияга қараганда, иссиқ минтақада яшовчиларда ҳайз кўриш жараёни совуқ минтақадагидан олдинроқ бошланар экан. Бундан ташқари, биринчи ҳайз қанчалик тез, эрта бошланса, климакс жараёни ҳам шунчалик эрта бошланади, деган фикр бор.

Олинган маълумотларга қараганда қиз бола илк бор ҳайз кўра бошлаганида, у балоғатга етди деб ҳисобланса ҳам, бу камолга етди деган сўз эмас. Қиз бола қачонки, турмушга чиқиб, ҳомиладор бўлиб, соғлом фарзанд кўра олишга қодир бўлгандагина, у камолга етган аёл бўла олади. Бу давр 17 — 18 ёшларга тўғри келади.

В. И. Бодяжина ва бошқалар (1971 — 74 й.) жинсий етуклик

гипоталамуснинг нейросекретор фаоллиги ва морфологик жиҳатдан етилганлигига боғлиқ, деб ҳисоб- лайдилар.

Н. А. Борисова (1970) ва бошқаларнинг фикрича, жинсий ажралиш гонадотроп гормонининг ажралишига қараб аниқланади. Муаллиф томонидан олиб борилган тажрибада, гипофизнинг олдинги бўлагини бир жинсга ўтказиб, гипофизи олинган иккинчи жинсга ҳам ўтказиб кўрилганида, жинсий ажралиш гипофизга эмас, балки гипоталамусга боғлиқ эканлиги тасдиқланди. Одамда гипоталамуснинг дифференцирланиши у бир ёшлигидаёқ бошланади. ФСГ ва ЛГ гормонлари 7 — 8 ёшларда бирмунча кўп ажралишини кўпчилик олимлар ўз тажриба- ларида тасдиқладилар.

Бир қатор физиологларнинг олиб борган кузатишлари- дан маълум бўлишича, қиз бола организми учун, у туғилга- нидан кейинги давр жуда муҳим ҳисобланар экан, чунки унинг келажакда қандай аёл бўлиб вояга етишиши шу даврдан бошланади.

ҚИЗ БОЛАНИНГ АСАБ ТИЗИМИДАГИ ЎЗГАРИШЛАР

Қиз бола балоғатга етган даврида ўзининг қайси жинсга мансублигини яхши тасаввур қилади. Шунга кўра, унинг хулқ- атворида ҳам бир қатор ўзгаришлар кузатила- ди. Унда даставвал бошқа жинсга қизиқиш уйғонади, ўзига оро бера бошлайди, чиройли кўринишга ҳаракат қилади.

СОМАТИК ЎЗГАРИШЛАР

Бўйнинг ўсиши тезлашади, жинсий тараққиётнинг охири ёки жинсий етуклик даврида бўй ўсиши тўхтайтиди. Чунки эпифиздаги тоғайлар суякка айланиб, бўйнинг ўсишини тўхтатади. Кўп олимларнинг фикрича, жинсий тараққиёт қанча тез ниҳоясига етса, қиз бола шунчалик тез ўсишдан тўхтайтиди.

Агар болалик даврида бўйнинг ўсишини фақат марказий асаб тизими бошқарса, жинсий тараққиёт даврида эса, тухумдон ва буйрак усти бези қобиғи ҳам иштирок этади. Шунинг учун бу даврни кўпчилик «бўйнинг стероид типидagi ўсиши» деб таърифлайди.

Ҳозирги акселерация даврида, бўйнинг ўсиши жинсий тараққиёт даврининг бошиданок тезлашганлиги сабабли, бўйи узун қизлар кўпайган.

Жинсий тараққиётнинг бошланғич даврида қўл ва оёқлар танага нисбатан тез ўсади. Шунга кўра қиз болалар бу даврда анча кўримсиз, гўё евнухоид кўри- нишда бўладилар. Жинсий тараққиёт қанча узоқ давом этса, бу ҳолат ҳам шунча узоқ давом этади.

Қиз болаларнинг чаноғи ўғил болаларникига нисбатан анча кенг бўлиб, аёллар чаноғининг типик ҳолатига киради.

Уларнинг мускулларини тараққий этиши ҳам ўзига хос бўлади (ўғил болаларда асосан елка мускули ривожланган бўлади). Мой қатламларининг жойлашуви ҳам шундай бўлади. Уларда мой қов, думба ҳамда елка соҳаларида кўпроқ бўлади.

ЭНДОКРИН БЕЗЛАРНИНГ БАЛОҒАТГА ЕТИШ ДАВРИДАГИ ХУСУСИЯТЛАРИ ВА ШУ ТИЗИМДА УЧРАЙДИГАН НУҚСОНЛАР

Маълумки, эндокрин безлар қиз боланинг нормал тараққиёти ва организмнинг умумий фаолиятида катта аҳамият касб этади. Шу безлардан ажраладиган гормонлар қон орқали организмнинг ҳамма қисмига тарқалади. Гормонлар катализатор вазифасини ўтаб, тўқима хужайралари фаолиятини йўлга солади. Шунингдек баъзан, уларнинг фаоллигини камайтиради. Яна шуни ҳам назарда тутиш лозимки, гормонлар бутун организм бўйлаб тарқалиб, бирбир гормон ўз таъсирини бошқа бир гормонга ўтказиши ҳам мумкин. Шунга кўра, эндокрин система фаолиятида маълум даражада мувозанат бўлса, бунда у организмнинг нормал тараққиётини таъминлайди. Бу мувозанатнинг бузилиши организмда патологик ҳолатни вужудга келтириши мумкин.

Қиз бола скелети тараққиётида: гипофиз, бўқоқ беши, бўқоқ ости беши, жинсий безлар ва буйрак усти безлари фаолиятининг аҳамияти катта Қуйидя ана шу безлар фаолияти устида фикр юритами.ч

ГИПОФИЗ

Гипофиздан ажраладиган гормонлардан 4 таси организм тараққиётида ва суяклар ўсишида жиддий ўрин тутди. Булардан:

1 Ўсиш гормони (соматотроп гормон — СТГ).

2 Гонадотроп гормон (фолликулни стимуллайдиган ФСГ, лютеинлайдиган ЛГ гормонлар).

3 Тиреотроп гормони (ТТГ).

4 Адrenокортикотроп гормон (АКТГ).

Тухумдондан фақат жинсий хужайраларгина етишиб чиқмай, балки у эндокрин беши сифатида ҳам фаолият кўрсатади. Тухумдон эндокрин системаси фаолиятини асосан фолликулаларнинг эпителиал хужайралари бажариб, дастлабки гормон — эстроген гормонидир.

Гипофиз ажратадиган ўсиш гормони билан жинсий безлар ажратадиган гормонлар ўртасида қуйидагича алоқа бор. Гипофиз ажратадиган гонадотроп гормон базофил хужайралар томонидан ажратилади, бу асосан жинсий безларнинг нормал тараққий этиши ва фаолиятини таъминлайди. Эстрогенлар суякларнинг шаклланиш ва оҳак ўтириб қолиш жараёнини

кучайтиради.

ГИПОГОНАДИЗМ

Бичилганда (жинсий без олиб ташланганида ёки бирор бир таъсир натижасида унинг фаолиятига путур етганида) суяклар тараққиёти ва эпифизар тоғайдаги пролиферация жараёни узоққа чўзилади. Натижада, тана скелети улкан ҳолатда бўлиб, чаноқ суяги инфантиллигича қолади.

ГИПЕРГОНАДИЗМ

Жинсий безларнинг тез тараққий этиши ҳам бўйнинг ўсишига таъсир қилади. Жинсий жихатдан муддатидан олдин етилиши, қиз бола тараққиётининг дастлабки ой ёки йиллари давомида жинсий без секрециясининг кўп ажралишида, буйрак усти пўстлоғининг гиперплазиясида ёки гуддасимон без ўсмасида кузатилади.

Гипергонадизмда боланинг тана скелети ўсиши тезлашиб, бу унинг бўйининг тез ўсишига ҳам сабаб бўлади. 5 ёшли қиз боланинг бўйи 140 см га етади, суякланиши 5 ёшли болага хос бўлади. Аммо бўйнинг тез ўсишига қарамай балоғатга етганларида улар унчалик баланд бўйли бўлмайдилар, чунки уларда эпифизларнинг бирикиши тезлашган бўлади.

ПРОГЕСТЕРОН

У эстрогеннинг антагонисти бўлиб, бунинг гувоҳи сифатида ҳомиладорликда аёлларнинг суяк системалари- да бўладиган ўзгаришларни келтириш мумкин бўлади. Баъзи ҳолларда ёш ҳомиладор аёлларнинг бу даврда бўйлари бирмунча ўсганлиги кузатилади. Бу ҳолат эпифиз тоғайнинг ҳали сақланиб турганидан дарак беради.

БЎҚОҚ ОСТИ БЕЗИ

Бу безнинг физиологик фаолияти шундан иборатки, тўғридан-тўғри улар иштирокида марказий асаб тизими- нинг кальций ва фосфор алмашинуви мувозанати таъ- минланади.

БУЙРАК УСТИ БЕЗИ

Қиз болаларда жинсий тараққиёт даврида бўйнинг бирданига ўсиб кетиши буйрак усти бези ажратган андроген гормони таъсирида юз беради.

Қиз боланинг тараққиёт жараёнини уч даврга бўлиш мумкин:

1) ФСГ ва ЛГ синтезининг гипоталамусни нейросекре- тор ҳолатининг маълум даражада етилганлиги натижаси- да кўпайиши. Аммо ҳар икки гонадотроп гормон экскреци- яси

ациклик характерда бўлиб, ҳар 5 — 7 кунда айрим- айрим ҳолатда ажралиши билан характерланади.

Бу даврда оз миқдорда тухумдондан ажралган эстро- генлар ўсиш жараёнини тезлаштиради. Митотик бўли- нишнинг кучли стимулятори кузатилади.

Бу даврнинг ёш чегараси 7 — 9 ёш;

2) ҳар иккала гонадотроп гормонининг маълум циклик характерда ажралиши, ФСГ нинг ЛГ дан кўра кўпроқ ажралиши.

Бу даврда эстроген гормони жинсий аъзолар ва иккиламчи жинсий белгилар тараққиётини, скелет ва мускуллар тараққиётини, мой қатламининг организмда тақсимланишини таъминлайди. Бу давр биринчи марта ҳайз кўриш, менархе билан тугалланади Бу даврнинг ёш чегараси 11 — 13 ёш.

3) бу даврда гонадотроп гормонларининг циклик ўзгаришлари вужудга келади. ЛГ гормонининг II кўтари- лиши кузатилиб, унинг ажралиш чегараси ошади. Ту- хумдоннинг эстроген ва гонадотроп функцияси ва гипота- ламик нейрон секретор тизимининг фаолияти гурғунла- шиб, бирикиб қолади. Бу давр 16—17 ёшга тўғри келади

МЕНАРХЕНИНГ КЕЧИШИ

Менархенинг бошланиши қиз боланинг умумий аҳво- лига, соғлиғига, шунингдек оилавий шароитга ва иқлимга боғлиқдир.

Баъзи олимларнинг фикрича, менархе совуқ иқлим шароитида кеч (15 — 16 ёш), иссиқ иқлим шароитида эса эрта (13 — 14 ёш) бошланар экан. Яна, шаҳарда яшовчи қизларда менархе қишлоқда яшовчи қизлардан кўра эртароқ бошланади, деган фикр ҳам бор. Асабий омиллар, очлик, жинсий аъзоларга боғлиқ бўлмаган турли ка- салликларда ҳам менархе кеч бошланади.

Менархе бошланган қиз болада ҳомиладор бўлишлик қобилияти вужудга келади, деб ўйлаш хато бўлади. Чунки менархе бошлангани билан ҳайз узоқ вақт давомида овуляциясиз кечади. Шу сабабли ҳомиладорлик ҳам рўй бермайди. Бу жараён бир неча ойдан ҳатто бир неча йилгача чўзилиши мумкин.

Менархенинг бошланишида баъзан ирқий омил ҳам маълум ўрин тутади.

Менархе кечикиб бошланган қизларда кўп ҳолларда ҳайз циклининг бузилиш ҳолатлари кузатилади.

VIII БОБ

КИЗ БОЛАЛАРНИ ГИНЕКОЛОГИК ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ

Қиз болаларда учрайдиган гинекологик касалликлар- ни даволаш омилларини тўғри уюштириш, касалликнинг олдини олишда муҳим ўрин тутади.

Қиз болаларда учрайдиган гинекологик касалликлар орасида биринчи ўринни ташки жинсий аъзолар ва қиндаги яллиғланиш жараёни (70 %) эгаллайди. Иккинчи ўринда ҳайз циклининг турли ўзгариши (23 %), учинчи ўринни жинсий таракқиётнинг бузилиши (1,2 %), тўртин- чи ўринда жинсий аъзолардаги ўсмалар (1 %), бешинчи ўринда жинсий аъзолар таракқиётидаги аномалиялар туради. Бошқа турдаги (дисменорея, синехия, ташки жинсий аъзолардаги лейкоплакия, кондилломалар) ка- салликлар 0,8 % ни ташкил қилади.

Қейинги вақтда қиз болаларда учрайдиган гинеколо- гик касалликларни даволаш ва профилактика қилиш усуллари уч босқичда олиб бориляпти:

1- *босқич* — болалар боғчалари, мактабларда, интер- натлар, ўрта билим юртлири ва болалар санаторийларида.

Бундан асосий мақсад — санитария маорифи ишлари ни кенг миқёсда олиб бориш.

Ота-оналар, ўқитувчилар орасида қизлардаги ка- салликни ўз вақтида аниқлаш учун уларни врач кўригидан ўтказиб туриш кераклиги тўғрисидаги ташвиқот ишларини олиб бориш;

2- *босқич* — болалар поликлиникаларидаги гинеколо- гия кабинетларида қизларни ҳар томонлама текширувдан ўтказиш. Бундан асосий мақсад — болаларни поликлини ка шароитида даволаш ва муолажадан кейин ҳам уларни мунтазам равишда кўриқдан ўтказиб туриш;

3- *босқич* — муолажани махсус ажратилган гинеколо- гик стационарларда ва улардаги консультатив хоналарда олиб бориш. Бундан асосий мақсад — касалликларга стационар шароитида ташхис қўйиш, даволаш, тумандаги болаларга гинекологик хизмат кўрсатадиган муассаса- ларнинг ишларини назорат қилиб туриш, илмий кадрлар тайёрлаш, илмий-текшириш ишларини олиб бориш, ташкилий ва услубий ишларни уюштириш.

Қиз болаларни гинекологик текшириш махсус усуллар бўйича олиб борилади. Бундан асосий мақсад — қиз боланинг ёшига қараб, рўй берадиган физиологик ва патологик ҳолатларни ўрганиш (қиз бола туғилганидан бошлаб то 16 ёшга киргунига қадар). Гинекологик текширишлардан асосий мақсад, олинган маълумотлар асосида аниқташхис қўйиш. Қиз болалардаги гинекологик касалликларни аниқлаш учун текшириш умумий ва махсус усулда олиб борилади.

КИЗ БОЛАЛАРНИ УМУМИЙ ТЕКШИРИШ УСУЛИ

Дастлаб онадан олинган маълумотлар билан танишиб чиқиш: она ҳомиладор бўлишидан олдин ва шу қизига ҳомиладор бўлганидан кейин қанақа касалликларни бошидан кечирган, ҳомиладорлик ва туғруқ қандай ўтганлиги, боланинг туғилган вақтидаги вазни, шу жараёндаги патологик ҳолати, она сути етарли бўлганми ёки бола сунъий равишда овқатлантирилганми, у қандай нуқсонлар билан туғилган, балоғат давригача қанақа касалликлар билан оғриган, менархе бошланганми ёки йўқми, ана шулар диққат билан ўрганилади

Яна, қиз боланинг кун тартиби, овқатланиш режими, яхши кўрган машғулоти, ўз тенгдошлари билан қандай муомалада бўлиши, ота-онаси билан муносабати ва оиладаги муҳит кабилар орқали ундаги патологик ҳолат сабабларини аниқлашимиз мумкин

Онадан керакли маълумотлар олиб Оўлганимиздан кейин, қиз боланинг касаллигидан шикоят, касалликнинг бошланиши, қаери оғриётгани, оғриқнинг характери (кучлими, унчалик кучли эмасми, оғриқнинг қанча вақт давом этиши), атрофга тарқалиши (қорин бўшлиғидами, пастгами, тўғри ичак соҳасидами ва ҳ.к.лар), тана ҳарорати, уйқуси, иштаҳаси, кайфияти сўралади. Албатта, шу ёшгача юқумли касалликлар билан оғриганми-йўқми, буни ҳам билиш керак бўлади.

Врач қиздан, юқумли касалликларга чалинган бе-морлар билан (сил, сўзак, ўткир юқумли касалликлар, бўғма, қизамик, скарлатина) мулоқотда бўлганми-йўқми, сўраб билиши шарт. Олинган муълумотлар орқали ундаги гинекологик касалликларни аниқлаш мумкин қадар осон кечади.

Қиз болаларни текшириш, уларнинг умумий тана тузилишини кўздан кечиришдан бошланади. Томир уриши, тана ҳарорати, артериал қон босими, ўзининг умумий аҳволи, тана тузилиши шаклининг хусусиятлари, жисмоний етилиши, тараққиётидаги нуқсонлар, тери сатҳининг ҳолати, тил ва оғиз шиллиқ пардасининг кўриниши ҳамда иккиламчи жинсий белгилар, шу белгиларнинг унинг ҳозирги ҳолатига тўғри келиш-келмаслиги аниқланади, сўнг нафас олиш, қон айланиш, жигар ва сийдик чиқариш, овқат ҳазм қилиш аъзоларига ўтилади.

КИЗ БОЛАЛАРГА МОС КЕЛАДИГАН ГИНЕКОЛОГИК ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ

Еш ва балоғатга етган қизларни гинекологик текширишнинг ўзига хос усуллари бор, улар бир-биридан фарқ қилади.

Қиз бола ёш бўлса, уни чалқанча ётқизиблиб, тиззаси бўғимидан букилади (оёғи қорин деворига яқинлаштирилади).

Балоғатга етган ёки етиш арафасида бўлган қизлар эса тизза

ва сон бўғимларини букадилар, бунда оёқлари қорин деворига яқинлашади. Бундай ётқизилганда, қин анча калталашиб, бачадонни бироз олдинга суради, бундай текшириш анча қулай бўлади.

Текшириш бошланишидан олдин тўғри ичак ва ковок бўшатилиши лозим. Текшириш қуйидагича олиб борилади қиз боланинг умумий аҳволи, териси ва кўзга кўринадиган шиллик пардаларининг ранги, кўкрак безининг ҳолати (бу балоғатга етиш даврида бўлганларга тааллуқлидир), қорин девори ва унинг нафас олишда иштироқи, кўпчиганми ёки йўқлиги аниқланади. Пайпаслаш орқали жигар, қора талоқ, йўғон ичак ва ошқозон, кўр ичак ҳолатини ҳам аниқлаш зарур. Ҳозирги давр талабига кўра врач ҳар томонлама етук мутахассис бўлиши даркор. У ички аъзоларнинг патологик ҳолатини жуда аниқ билиши лозим (пайпаслаб, тукиллашиб кўриш орқали ва ҳ.к). Қорин бўшлиғидаги аъзоларнинг ҳолати текшириб бўлин- гач, қов юзасининг ҳолати, ундаги ёғ қатлами (маълумки, балоғатга етиш даврида қовда ёғ қатлами ҳам оша боради, бу ҳол гормонал жараённинг таъсиридан, деб талқин қилинади), сочлар ва ниҳоят ташқи жинсий аъзолар, хусусан, катта ва кичик лабларнинг қанчалик ривожланганлиги, сийдик чиқариш йўли тешигининг ҳолати аниқланади (қизиллик, яра, жароҳат, доғлар ва б.қ.ларга эътибор берилади). Кейин қизлик пардаси ва қин олди даҳлизи кўздан кечирилади. Қин даҳлизидаги безлар, уларнинг секрет чиқариш тешикларининг ҳолати, парау- ретрал йўлларни ҳам кўздан кечириш лозим бўлади. Бундан ташқари, без йўллари ва сийдик чиқариш йўлларининг тешиги, парауретрал йўллар, қин ва тўғ- ри ичакдан суртма олиш керак бўлади. Суртма. олиш учун турли асбоблар қўлланилади. Булардан болалар учун махсус ойнадан ишланган катетер, томизғич, най- чалар, учи думалоқ зонд, турли катталиқдаги қошиқча- лар, агар улар бўлмаса, стерилланган, ёғочдан ишлан- ган таёқчаларга пахта ўраб, шулар ёрдамида суртма олинади. Суртма олиш усуллари ҳам турличадир: шу тек- шириладиган юзага бир оз тегизилиб ёки қириб олина- ди. Қин чиқиндисини эса пипетка ёки ноксимон баллон ёрдамида олинади. Олинган суртма буюм ойнасига сур- тилади ва унга жинсий аъзонинг қайси қисмидан олин- ганлиги ёзиб қўйилади, сўнгра қуриртилади. Қуритил- гач, суртма тўғри сақланса, узоқ вақт туриши мум- кин.

Қиз болаларда қин орқали текшириш усули қўлланил- майди.

Мабодо тўғри ичак ёки қинда шиш бор деб тахмин қилинса, бунда жуда эҳтиётлик билан жимжилоқни қин- га, бошқа бармоқни тўғри ичакка тиқиб, текширилади (албатта, бу хилдаги текшириш балоғат ёшида қўлланил- гани мақсадга мувофиқдир) (12-расм).

Қиз болаларнинг ички жинсий аъзоларининг ҳолатини билиш учун тўғри ичак орқали текширилади. Агар кин орқали текшириш зарур бўлиб қолса, унда бу унинг ота-онаси руҳсати билан амалга оширилиши шарт. Текшириш пайтида қизнинг онаси па яма бирорта киши

катнашиши лозим. Акс ҳолда врач, ҳатто жавоб- гарликка тортилиши ҳам мумкин.

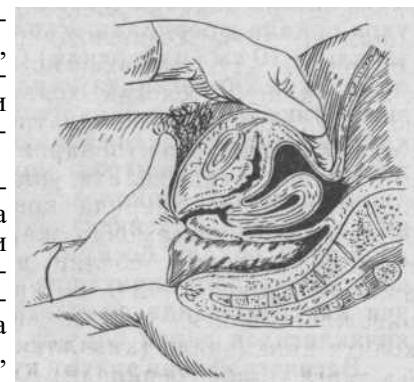
Қин ва бачадон бўйнини текширишда махсус, болалар учун ишлатиладиган қин ойнаси ёки уретроскопдан фойдаланилади.

Кичик ёшдаги қизларни (3—4 ёш) кўришда (тўғри ичак, қорин девори орқали) наркоздан фойдаланиш мақсадга мувофиқдир. Бунда қорин девори ва чот ораси бироз бўшашиб, кўриш осон бўлади.

Текширишни қиз бола-нинг индивидуал ҳолати керак.

Юқорида келтирилган қатор усуллар ҳам борки ва ёшига қараб белгилаш усуллардан ташқари, яна бир ,

ҚЎШИМЧА, МАХСУС ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ



12- расм. Тўғри ичакни абдоминал текшириш.

Вагиноскопия. Турли ёритувчи асбоблар ёрдамида қин ва бачадон бўйнининг қин қисмини кўздан кечириш усулига вагиноскопия дейилади.

Баъзан қулоқ ва бурунни кўрадиган асбобларни ҳам ишлатиб, бу ойналар орқали керакли натижага эриша олинмаган.

Шунинг учун бундай ойналар клиникада кўп ишлатилмайди. Уретроскоп (сийдик йўли текширилади) ёрдамида текширишда анча ижобий натижа олинди. У қулай, оддий асбоб бўлгани учун, унинг ёрдамида текшириш осон кечади. Қўпроқ Валентина уретроскопи шакллари ишлатилади. Эндоскопияда ишлатиладиган асбобларни эҳтиётлик билан ишлатиш керак, акс ҳолда қиз боланинг жинсий аъзоларига шикаст етиши мумкин.

Вагинография. Бунда қин рентген нури ёрдамида кўздан кечирилади. Балоғатга етиш даврида, ҳайз кўрилмасидан олдинроқ, қинда бирор нуқсон ёки қиннинг торайганлигига шубҳа туғилса, вагинографиядан фойдаланиш мумкин. Бу усул қуйидагича: новокаиннинг 0,25% ли эрит-

маси қизлик пардасигй ёки шу соҳадаги чандиқ тўқимага укол орқали юборилади. Укол учун йўғонлиги 1,5—2 мм, узунлиги 10 см (мандренли) бўлган нинадан фойдаланилади. Укол қилинганида мандрен нина ичида бўлиши ло-зим. Чунки мандрен нина ичига ёғ тўқимаси ёки қон қуй-қаси тушиб қолишидан сақлайди. Нина орқали сувда эрий-диган 20—50 мл контраст эритмадан юборилади (бунда қиннинг катта-кичиклигига қаралади), контраст модда қинга ҳеч қандай тўсиқсиз, осон кириши керак. Бу мақсад- да шприц орқали босимни ошириш ярамайди. Мабодо контраст моддани киритишда қийинчилик туғилса, бу нина учи қин бўшлиғида эмаслигидан ёки қин бўшлиғининг кичиклигидан дарак беради.

Вагинографияни эритма қуйилган заҳоти амалга ошириш лозим. Албатта, бундан олдин қовуқ ва тўғри ичак бўшатилади.



13- расм. Бачадон зонди.

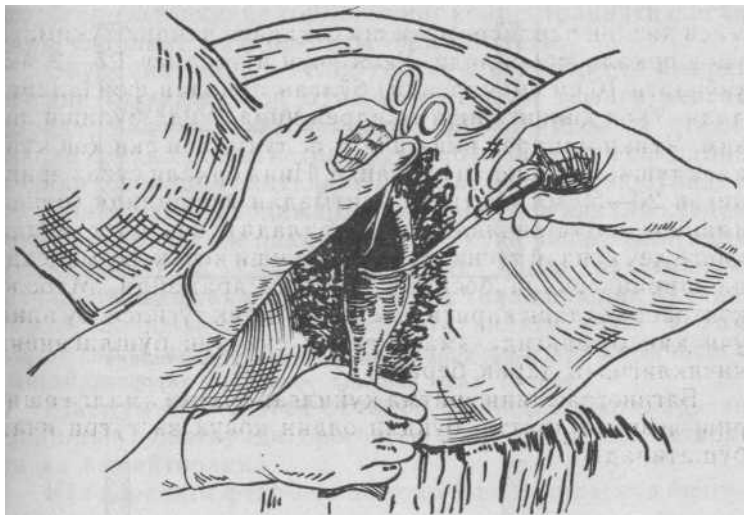
Зонд ёрдамида текшириш. Бу усул қиз болаларни текширишда ишлатилади (13-расм.). Бунда қиннинг ҳолати аниқланади. Баъзан тўғри ичак ва қин орқали текширишда ҳам зонд ишлатилади. Бундай усул ёрдамида қинга кириб қолган ёт жисмлар (тугмача, чўп ва б.қ.)ни аниқлаш ва уларни олиб ташлаш амалиёти бажарилади. (14-расм). Қин тўсиқли бўлганида, қизлик пардаси берк бўлганида (қинга қон тўлган бўлади) нина ишлатилади.

КОЛЬПОЦИТОЛОГИК ТЕКШИРИШ

Бу усул болалар гинекологияси амалиётида кенг қўлланилади. Бу йўл билан тухумдоннинг гормонал фаолияти аниқланиб, агар лозим бўлса, онкоцитологик текширишда ҳам қўлланилади.

Тухумдон фаолиятини аниқлаш учун суртмани қиннинг ён гумбазларидан, онкоцитологик текширув учун эса, бачадон бўйнининг ташқи тешиги ва қиннинг орқа гумбазидан олинади.

Аспирация (сўриб олиш) усули ҳам қўлланилади. Кейинги вақтларда бачадон бўшлиғида питологик текши-



14- расм. Зондни бачадонга кирғизиш.

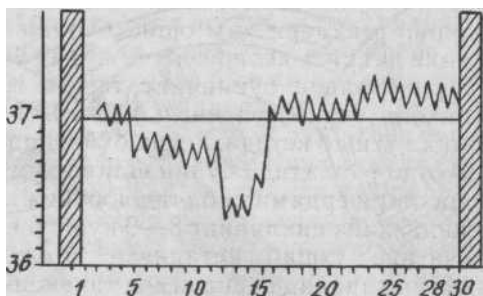
рув ўтказиш мақсадида аспирациядан фойдаланилмоқда. Қиз болаларнинг бачадон бўйни каналини аспирация қилиш учун Браун шприцидан фойдаланиш анча қулайлик туғдиради.

ФУНКЦИОНАЛ ДИАГНОСТИКА УСУЛИ

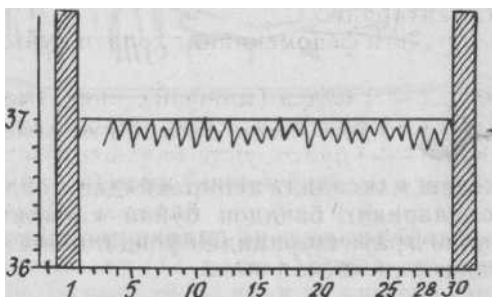
Бу усулга базал ҳароратни ўлчаш ва кольпоцитологик текшириш усуллари тааллуқлидир. Ундан болалар гинекологияси амалиётида кенг фойдаланилади. Бу усул ёрда- мида ҳайз циклининг фазалари аниқланади.

Функционал текшириш усуллари қуйидагича амалга оширилади:

1) **базал ҳароратни ўлчаш.** Бу усулдан фойдаланиш- га тўғри ичак, қин, оғиз ҳароратини ўлчаш ишлари кира- ди. У ҳайз циклини тартибга солувчи марказнинг гипер- термик таъсирига асосланган. Бунинг учун қиз бола эрта- лаб, ўрнида ётган ҳолида, ҳар куни маълум бир соатда, битта (алмаштирилмаган) термометрни тўғри ичагига 5—10 дақиқа мобайнида солиб қўйди ва натижани ҳар куни ёзиб боради. Бир неча ой давомида олинган натижа графикка туширилиб, ўшанга қараб эстроген ва прогесте- рон мувозанати, яна овуляция бор-йўқлигини аниқлаш мумкин бўлади (15—16-расмлар). Агар эстроген ва про-



15- расм. Хайз цикли кунлари. Тўғри ичакнинг нормал хайз циклида эрталабки харорати (базал харорат). Овулятор цикл.



16- расм. Хайз цикли кунлари. Тўғри ичакнинг хайз циклидаги эрталабки харорати. Ановуля- тор цикл.

гестерон мувозанати нормада бўлиб, овуляция бўлган- лиги аниқланса, графикни баҳолашда (интерпретация) 2 фаза кузатилади. Яъни, биринчи фаза — *гипотермия* фазаси бўлиб, олинган харорат натижаси 37° гача, овуля- ция бўлганидан кейин эса, *гипертермия* фазаси, яъни харо- рат натижаси $37,0—37,4^{\circ}$ гача кўтарилади. Бу маълумот, овуляция бўлиб, сариқ тана тараққиёти натижасида про- гестерон етарли даражада ажралаётганлигидан далолат беради ва прогестерон фазасида шу харорат кузатилади.

«КЎЗ КОРАЧИҒИ» ФЕНОМЕНИ

Бу усул ёрдамида эстроген гормонининг концентра- ция ҳолати аниқланади.

Хайз циклининг фолликуляр фазасида бачадон бўйни каналидаги безлар кўп миқдорда шиллиқ лжратади, эстроген- фолликулин гормонининг концентрацияси ошган сари уларнинг миқдори ҳам ошиб боради.

Овуляция даврига келиб секрет жуда кўпаяди. Секрет ошгани сари бачадон бўйнининг ташки тешиги кенгая боради, ниҳоят унинг кенглиги $0,25—0,3$ см га етади, шакли ёриққа ўхшаб кетади, лекин бўйин шакли сақланиб қолади (овуляция

вақтида бўйин шакли думалоқ бўлади).

Қин ойналари ёрдамида бачадон бўйин канали кўздан кечирилганда, ҳайз циклининг 8—9 куни унинг тешигидан кўз қорачиғига ўхшаб кетадиган ҳолат кузатилади. Бачадон бўйин каналида ойнасимон тиниқ шиллиқ бўлади. Лекин бачадон ичи қоронғи бўлганлиги учун, у ҳам қорамтир бўлиб кўринади. Шу сабабли у кўз қорачиғига ўхшайди.

Маълумки, эстроген бачадон бўйнидан ажраладиган шиллиқни суюлтиради, прогестерон эса уни қуюқлаштиради ва камайтиради.

Кўз қорачиғи феноменининг ҳолати куйидагича белгиланади:

- а) агар (—) бўлса (манфий), аниқ эмас;
- б) агар (+) бўлса (мусбат), бироз аниқ;
- в) агар (++) бўлса, унда бачадон бўйни каналининг ташқи тешиги 0,2 см га очик, қисман аниқ;
- г) агар (+++) бўлса, бачадон бўйин каналининг ташқи тешиги 0,3 мм очик бўлади, шиллиқ кўп, эстроген гормони етарли ҳисобланади.

ШИЛЛИҚНИНГ КРИСТАЛЛГА АЙЛАНИШ БЕЛГИСИ (АРБОРИЗАЦИЯ)

Бачадон бўйни каналидан ажраладиган шиллиқ таркибида натрий хлор бўлгани сабабли, уни олиб, хона ҳароратида қуритилса, кристаллга айланади. Буни исботлаш учун, шу шиллиқдан 2—3 томчисини буюм ойнасига суртиб, унга 1 томчи физиологик эритма томизилади ва хона ҳароратида 10—15 дақиқа давомида қурилади. Ҳайз циклининг 5—7 кунда унда кристаллизация белгиси кўринади, бу овуляция вақтида айниқса кўзга ташланади. Бу вақтда қуриган шиллиқ худди папоротник барги шаклини эслатади. Сарик тана авж ола бошлаши билан кристаллга айланиш камая боради. Унинг характери ўзгариб, барг элементлари радиал ҳолатда бўлиб, қўшув (крест) аломатига ўхшаб кетади, уларнинг чети жуда аниқ билинмайди. Ҳайздан бир неча кун олдин кристаллизация йўқолади. Бу белги ҳам куйидагича баҳоланади:

- а) (—) эстроген кам, кристаллизация йўқ, шиллиқ аморф ҳолатида, ҳужайра элементлари эса тўпланган ҳолатда бўлади;
- б) (+) эстроген оз миқдорда бўлади, кристаллизация унча аниқ бўлмайди, айрим шохчалар ёки кристаллар кўринади;
- в) (++) эстроген қисман бор, папоротникнинг аниқ шакли ҳам бор, шакли юпқа;
- г) (-|—|) эстроген максимал ҳолатда, кристаллар йирик, туркум-туркум бўлиб жойлашган, папоротник шакли аниқ,

унинг шохлари қалин ва улар 80° ҳосил қилиб ёйилган ҳолатда жойлашган.

БАЧАДОН БЎЙИН КАНАЛИ ШИЛЛИГИНИНГ ЧЎЗИЛИШ ДАРАЖАСИНИ АНИҚЛАШ

Бунинг учун узун пинцет ёрдамида бачадон бўйни каналининг шиллиги олиниб, уни чўзиб кўрилади. Унинг максимал чўзилиш даражаси овуляция вақтига тўғри келади. Бу ҳам қуйидагича белгиланади:

а) (+) — шиллик 6 см гача чўзилади, бироз эстроген бор;
б) (H—|) — шиллик 8—10 см гача чўзилади, қисман эстроген бор;

в) (+++) — шиллик 10—15 см гача чўзилади, эстроген максимал концентрацияда. Бу юқорида келтирилган усуллар: «кўз қорачиғи» феномени, шилликнинг кристаллга айланиш белгиси қиз болаларда қўлла- нилмайди.

ҚИН ЧИҚИНДИСИНИ ЦИТОЛОГИК УСУЛДА ТЕКШИРИШ (КОЛЬПОЦИТОЛОГИЯ)

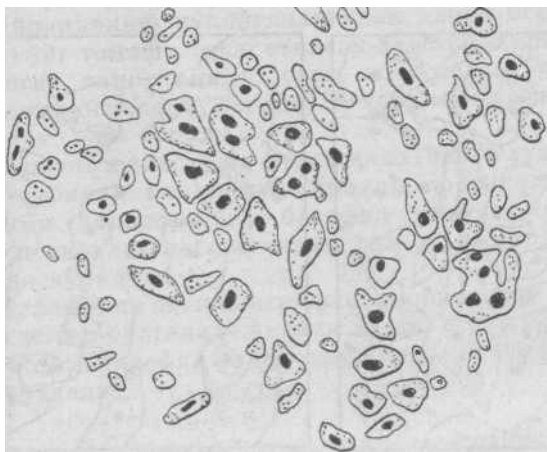
Халқаро Гинекология Академияси 1950 йилда қин шиллик қаватида 4 хил хужайра борлигини ва уларнинг микдорига қараб гормонал ҳолатини аниқлади.

- а) юзаки хужайралар;
- б) оралиқ хужайралар;
- в) атрофик хужайралар;
- г) парабазал хужайралар.

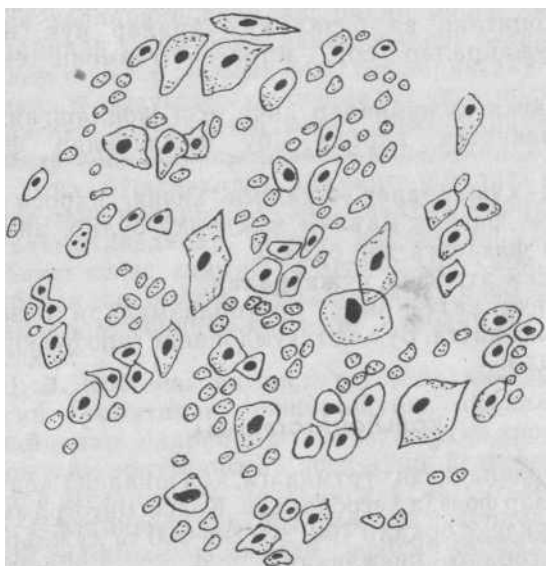
1938 йили 8a1гпап 4 реакция ёрдамида гормонал ҳолатни белгилаш мумкин эканлигини аниқлади.

1-реакция — атрофик хужайралар ва лейкоцитлар, эстроген етишмайди (17-расм).

II-реакция — базал қаватнинг атрофик хужайралари кўп бўлмаган ҳолда бироз оралиқ хужайралар. лейко- цитлар ва эстроген бор (18-расм).



17-расм. Қин суртмасы, 1-реакция.



18- расм. Қин суртмасы. 2-реакция.

3-реакция — турли шаклда ва катталиқдаги оралик хужайралар бор, хужайраларнинг тўп-тўп ҳолати — қисман эстроген етишмайди (19-расм).



19- расм. Қин суртмаси 3-реакция.



20- расм. Қин суртмаси, 4-реакция.

4-реакция — шохланаётган ёки шохланган хужайралар. Лейкоцитлар ва базал хужайралар йўқ, озгина оралик хужайралар бор, эстроген гормони етарли. (20- расм).

Шохланган хужайралар анча юза жойлашган, суёт бўлади, пикнотик ядроли — бу фолликуляр фазага хосдир.

Оралик хужайралар — ҳажми кичик, ядроси анча катта, барча фазада маълум микдорда бўлиб, айниқса, сариқ тана фазасига хос бўлади.

Базал ёки атрофик хужайралар:

улар унча катта эмас, протоплазмалари базофил, ядроси деярли катта. Бу ҳол тухумдоннинг гипофункцияси-ни билдиради.

КОЛЬПОЦИТОГРАММА

Қиндан олинган суртмадаги, қин шиллиқ қаватидаги хужайралар фоизда ҳисобланади. Қольпоцитограммадаги маълум индекс орқали 100, 200 ёки 500 та хужайралар микдори ҳисоблаб аниқланади.

Умумий хужайралар микдорига қараб пикнотик ядроли хужайраларнинг кариопикнотик индекси аниқланади. Парабазал, оралик ва юзаки хужайраларнинг 100 тасига нисбатан олиниб, 5 (20) деб белгиланади.

Бу формулани кўриб чиқсак, у сурилиши етишмаган хужайраларнинг кўпайганлигидан дарак беради.

а) ўнг томонга оғса, етилган хужайраларнинг кўпай-

ганлиги, чап томонга оғса, етилмаган хужайралар камлигидан далолат беради. Бу ҳолат эстроген гормонлар таъсирида юз беради.

Қин эпителийсининг турли қаватидаги хужайраларни санаш билан юзаки хужайралар орасидаги полихром бўялган ацидофил ва базофил индекс ҳисобланади. Индексни катталаштирилган ҳолда (43Х10) микроскоп остида кўрилади.

Ҳайз цикли яқинлашганда кариопикнотик индекс 30%, ҳайз тамом бўлганидан кейин 20—25% бўлади, овуляция 60—65%, ацидофил индекс овуляция вақтида 30—45% га тенг бўлади.

ЖИНСИЙ ХРОМАТИННИ АНИҚЛАШ

Жинсий хроматинни текшириш чақалоқларда учрай- диган жинсий тараққиёт нуқсонларини аниқлашга ёрдам беради. Шу усул ёрдамида жинсий тараққиёгнинг издан чиққан ҳолларини аниқлаш билан бирга яна даволаш усулларида тўғри фойдаланиш имкони туғилади. Баъзи олимлар теридан биопсия олиб текшириш усулини тавсия этсалар, ЭауИзоп ва бошқалар эса, полисегментли, ядроли лейкоцитларнинг морфологик фарқини аниқлаш усулидан фойдаланишни тавсия қиладилар. Яна энг яхши усул оғиз бўшлиғидан, қиннинг шиллик пардасидан намуна олиб текшириш бўлиб, аниқроқ маълумот беради, деб таъкидлайдилар. Бунда ядроларни тўғри танлаб ҳисоблаш катта аҳамиятга эгадир. Бу каби талабларга парабазал ва оралик хужайралар жавоб беради, юза хужайралар, айниқса пикнотик ядролар жараёни бунга ярамайди.

Н. В. Қобозева ва б.қ.лар (1988), қин эпителийсида жинсий хроматинни текширишнинг афзаллигини таъ- кидлайдилар. Уларнинг фикрича, жинсий хроматин ҳоми- ланинг қин эпителийсида ясси-дўппайган ёки уч бурчак шаклда бўлар экан, катталиги 1 мкм бўлиб, хужайра қобиғи сатҳининг бироз эгилган ерига жойлашган бўлади. 20—22 ҳафтали ҳомилада жинсий хроматин $41,5 \pm 2$ бўлади. Ҳомиладорликнинг кейинги муддатларида (29 ҳафталигида) жинсий хроматин 11% гача камай- ган.

Ҳомила қонидаги хроматиннинг бу хил ўзгариши, ундаги гормонал ҳолат билан боғлиқдир, деб таъкидлана- ди. Улар, эстрогенлар концентрациясининг ошишини хроматин мусбат бўлган хужайралар микдорининг камай- ишидан юзага келади, деб ҳисоблайдилар.

Ҳомила 30 ҳафтали бўлганда эстроген микдори прогестеронга нисбатан кам бўлиши, прогестерон таъсири туфайли жинсий хроматин оша бориши мумкин. Ҳомила- нинг туғилиш муддатининг яқинлашиши, эстроген гормони таъсирининг ошиши, жинсий хроматиннинг яна камайиб

кетишига сабаб бўлади.

IX БОБ

ГИНЕКОЛОГИЯДА ҚЎШИМЧА ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ

РЕНТГЕНОЛОГИК ТЕКШИРИШ

Бу усулдан қиз болалар жинсий аъзоларининг ҳолати-ни аниқлашда фойдаланилади. Бунинг учун рентгенопельвиометрия, гистерография, рецтгенопельвиография, вагинография, буйрак усти безининг пневморетроперитонеуми қўлланилади.

ГАЗЛИ РЕНТГЕНОПЕЛЬВИОГРАФИЯ

Бунда чанок бўшлиғидаги аъзолар сунъий газли контраст-пневмоперитонеум ёрдамида текширилади, бунда чанок бўшлиғи аъзолари аниқроқ кўринади. Бу усулни амалиётда қўллаш учун:

- 1) беморни тайёрлаш,
- 2) пневмоперитонеум қилиш,
- 3) рентгенопельвиография қилиш.

Беморга уйқуга ётишдан олдин клизма (хукна) қилинади, текшириладиган кун беморга овқат емаслик буюрилади, текширишдан 2 соат олдин яна клизма қилинади. Пневмоперитонеумдан олдин сийдик қопи бўш бўлиши лозим. Текшириш кичик операция қилинадиган хонада, асептик шароитда, врач томонидан бажарилади. Қорин деворини тешиш учун 1,5—2 мм диаметрдаги, охири 45° га қийшайтирилган, узунлиги 10 см бўлган мандренли нинадан фойдаланилади. Тешишдан олдин, новокаин эритмаси ёрдамида киндикдан 3 см пастдаги, 3 см чапроқдаги жой оғриксизлантирилади. Л— 14 аппарати ёрдамида қорин бўшлиғига ҳаво, кислород ва азотгакиси, яхшиси кислород юборилади. Бу амал 1 ёшдан 16 ёшгача бўлган қизларда қўлланилади. Боланинг ёшига қараб, қаво турли миқдорда юборилади. Масалан, 4 ёшгача 300—700 мл, 4 ёшдан то 8—9 ёшгача 700—1200 мл, 16 ёшдан бошлаб 1200—1800 мл бўлиши мумкин.

ГИСТЕРОГРАФИЯ

Бу бачадон ва бачадон найчаларини рентген ёрдамида текшириш усули бўлиб, бачадон ичига сувда эрийдиган рентген контраст моддаси юборилади. Бу мақсадда 0,25% ли новокаин эритмасидан қизлик пардаси қалинлигига юборилади, кейин эҳтиёткорлик билан қин ойналари кўтаргичи киргизилади,

кичик қискич ёрдамида бачадон бўйни қисилиб, қин чиқишига томон аста сурилади, кичик ҳажмдаги зонд ёрдамида олдин текширилиб, кейин бачадон бўйни каналига болалар учун мўлжалланган найча киритилади, бачадон ичига (ёшига қараб) 2—5 мл диодон эритмаси юборилади ва шу заҳоти гистерограмма қилинади.

ЧАНОҚНИ ПЕЛЬВИОГРАФИЯ ҚИЛИШ

Бу усулдан турли хил ўсмаларнинг ички жинсий аъзо деворлари қалинлигига тарқалганлигини аниқлаш учун фойдаланилади. Чунки, баъзан уни пневмопельвиография усулида аниқлаш қийин бўлади. Чаноқ пельвиографияси қуйидагича амалга оширилади:

Кичик чаноқ венасига контраст модда юборилади (тўғридан-тўғри бачадон девори орқали ёки қов суягининг кўндаланг шохига). Сўнгра рентгенографий қилинади. Рентгенограммаларда кўринадиган қон томири чигали патологик жараённинг ҳолатини аниқлаб беради. Конт-раст модда сифатида сувда эрийдиган йод, диодон, кардиотраст ва бошқалар ишлатилади.

ЧАНОҚ ЛИМФОГРАММАСИ

Бу усул хавфли ўсмаларнинг тарқалган чегарасини аниқлаш учун қўлланилади. Унинг ёрдамида ўсмаларнинг тарқалганлик даражаси аниқлангач, даво омиллари белгиланади.

Сувда эрийдиган йод ёки унинг мойли эритмаси оёқ товонининг лимфа томирига (тўғри лимфограмма) ёки юмшоқ тўқимасига (тўғри бўлмаган лимфограмма) юборилади. Эритма юборилгач, лимфа тўрлари рентгенда кўрилади. Бунда лимфа томирларининг кенгайганлиги, лимфостаз ва уларнинг деформациясига учрагани кузатилади.

Мабодо, бемор оғир аҳволда, яъни юрак-томир тизими, ўпка, жигар ва буйрақлари касал бўлиб, шу препаратларга нисбатан унда аллергия ҳолати аниқланган бўлса, бу усул қўлланилмайди.

УЛЬТРАТОВУШ ЁРДАМИДА ТЕКШИРИШ (УЗД)

Бу ички жинсий аъзолардаги ўсмаларни текшириш учун қўлланиладиган кўшимча усул ҳисобланади. У турли тўқималарнинг ультратовуш нури таъсирида турлича акс этишига асослангандир.

Тўқималар ўзининг хилма-хиллигига қараб, ультратовушни ҳар хил ўтказиши. Энергиянинг акси экранга тушади.

Электрон аппаратдаги нурли найча ёрдамида экранда қайд қилинади. Бу эхограмма, дейилади

Беморга ультратовуш ёрдамида ташхис қўйиш учун, унинг қовуғи тўла бўлиши лозим. Шунда чанокдаги аъзолар аксини тўғри олиш мумкин бўлади.

РЕКТОСКОПИЯ

Бу найчали ойна бўлиб, у окуляр ва ёритадиган асбобга эга бўлади. Унинг ёрдамида тўғри ичак ҳолатини, агар ичкарирок киргизилса, йўғои ичак пастки қисмининг ҳолатини ҳам кўриш мумкин бўлади. Бу асбобни киритишдан олдин, ҳуқна қилиниб, ичаклар тозаланиши керак.

ЦИСТОСКОПИЯ

У мураккаб ёритувчи асбоб бўлиб, унинг ёрдамида қовуқ ва жинсий аъзолар нуқсонни аниқланади. Бу амалиётни бошладан олдин, сийдик қопага (сийдик қопа бўшатиладиганидан кейин), 200 — 300 мл борий кислотаси юборилади, кейин эҳтиётлик билан сийдик қопининг ички сатҳи ва унинг ўзидаги ўзгаришлар ўрганилади.

КУЛЬДОСКОПИЯ

Бемор чалқанча ётқизилади, ташқи жинсий аъзолари ювилиб, спирт ва йод суртилади, кейин орқа гумбазга 0,25 % ли новокаин эритмаси юбориб, огриксеизлантирилади. Сўнг бемор орқасига ўгирилиб, тизза ва тирсакларига гаяниб туради. Қин-ойналар ёрдамида орқа гумбаз очилади ва унинг марказига нина суқилади. Бунинг натижасида қорин бўшлиғига мустақил равишда ҳаво қиради, бу ҳаво ичакларни диафрагма томонга суради. Шундан кейин орқа гумбазни нина тикилган еридан қирқилади. Ҳосил бўлган тешик орқали троакар киргизилади, у гильза орқали лапароскопга уланади. Лапароскопни айлантириш йўли билан бачадоннинг орқа девори, тухумдон найчалари кўздан кечирилади. Бу усул орқали аъзолардаги турли ўсмалар ва ўзгаришларни аниқлаш мумкин бўлади.

КОЛЬПОСКОПИЯ

У бинокуляр ёки монокуляр лупадан иборат бўлиб, штативга жойлаштириладиган ёритувчи асбобига эга. Кольпоскоп аъзони 10 — 30 марта катталаштириб кўрсатади. Унинг расмга оладиган тури ҳам бор. Бу асбоб ёрдамида бачадон бўйни ва қинидаги патологик ҳолатлар аниқланади. У орқали рақдан олдинги ҳолат ва рақнивг бошланиш хили аниқ кўринади (эпителий ва қон томирлари ҳамда тўқималардаги

ўзгаришларга қараб).

Болаларда бачадон бўйни ва қинни кўриш учун вагиноскоп асбобидан фойдаланилади. У ингичка катетер шаклида бўлиб, ёритадиган асбобга уланади. Вагиноскоп қизлик пардаси тешигидан киритилади (бунда парда бузилмайди) ва диққат билан кузатилади.

ГОРМОНЛАР ЁРДАМИДА ТЕКШИРИШ

Гипоталамик релизинг-омил гормонини текшириш. Улардан бир нечасини кўриб ўтамыз.

Бу усул асосан балоғатга етиш даврининг сўнгги пайтларида бўладиган аменореяга гипофизнинг алоқаси бор ёки йўқлигини аниқлаш учун қўлланилади (гипо- физдаги ўсмалар, некроз, бирор хил ўсма туфайли ўзгариш ва б.қ.лар). Беморга бир марта релизинг-омил юборилади. Агар гипофиз зарарланган бўлса, унда релизинг-омил салбий реакцияли бўлади.

Хориал гонадотропин (хориогонин) билан текшириш. Тухумдон фаолиятини аниқлашда (жинсий тараққиёт орқада қолганда, гипоменструал ҳолат юз берганида ва ҳ к. ҳолларда) ўтказилади.

Хорионал гонадотропин (ХГТ) одатда, тухумдон фаолиятини кучайтиради. У қиз боланинг ёшига қараб, 3 — 5 кун давомида мускул орасига 1000 — 1500 бирликда юборилади, гормонал мувозанат, эстроген ажралиши тестлар бўйича аниқланади.

Адренкортикотроп (АКТГ) гормони ёрдамида текшириш. Унинг ёрдамида буйрак усти безининг гипофункцияси, нуқсонлари (зарарланганлиги) аниқланади.

Қиз боланинг ёшига қараб, 2 кун давомида то 40 бирликкача бўлган АКТГ дан мускул орасига юборилади. Кейин 17-кетостероид ва 17-оксикортикостероид текширилади. Агар натижа ижобий бўлса (17-КС ва 17-ОКС ошса), унда касалликнинг келиб чиқишида гипофиз, салбий бўлса, буйрак усти безининг патологик ҳолати намоён бўлади.

Глюкокортикоидлар ёрдамида (кортизон, преднизолон, дексаметазон ва б.қ.лар) текшириш. Бу йўсинда буйрак усти безининг ўсмаси билан адреногенитал синдромнинг дифференциал ташхисини олиб бориш амали бажарилади. Гипофизнинг адренкортикотроп фаолиятини тўхтатиш учун кортизон (умумий дозаси 400 — 500 мг), аммо кўп ҳолларда преднизолон (15 — 20 мг дан 5 кун давомида) ёки дексаметазон қўлланилади (1 — 2 — 3 мг дан 5 кун давомида). Булар таъсирида гипофиздан АКТГнинг ажралиши ва уларнинг буйрак усти безининг строидогенез фаолиятини стимуляция қилиши камаяди. Шунга қараб, буйрак усти безининг андроген

гормони таъсирига эга бўлган гормонлар ва уларнинг метаболитлари (17-ҚС, дигидроэпиандростерон ва б.қ.лар) камаяди. Бу гормонларнинг нормал чегарагача камайиши буйрак усти бези қобиғининг строидогенези бузилганлигидан далолат беради. Бунда текшириш ижобий бўлса, адреногенитал синдром, деб ҳукм чиқариш мумкин бўлади.

Генетик текшириш. Генетик усулдан гонадаларнинг турли шаклдаги дискинезиялари, жинсий дифференцияланишнинг бузилиши, хусусан, адреногенитал синдром, псевдогермофродитизм ва тананинг бошқа хил бузилишларини аниқлашда фойдаланилади.

Иммунологик усул. Баъзи бир турдаги патологик ҳолатлар (яллиғланиш жараёни ва б.қ.лар)да қўлланилади.

Сил касаллигини аниқлашда туберкулин билан текшириш усули қўлланилади.

х БОБ

ҚИЗ БОЛА ТАРАҚҚИЁТИДАГИ НУҚСОНЛАР

Биз қуйида ушбу нуқсонлар устида бирма-бир тўхта-ламиз. Умумий организмдаги нуқсонлар ва жинсий аъзоларга хос бўлган нуқсонлар айрим-айрим кўриб чиқилади.

Нуқсонлар ҳомила ҳали она қорнида эканидаёқ вужудга келиши мумкин. Булар ҳозирча тўлиқ ўрганиб чиқилмаган. Баъзи муаллифлар нуқсонларнинг пайдо бўлишини нерв системасининг фаолиятига боғлаб, бунинг натижасида ҳомиланинг қон айланиши бузилади, деб тахмин қиладилар.

Маълумки, ҳомилада нуқсонларни вужудга келтирадиган омиллар ва сабаблар ҳам ҳар хилдир. Хусусан, эндокрин касалликлар (диабет, гипергипотиреоз ва б.қ.лар), генетик омиллар ва хромосомалар абберациясининг ташқи шароит таъсирида бузилиши, токсик моддалар (пестицидлар ва кимёвий моддалар), радиация, зарарли одатлар (гиёҳвандлик, чекиш, ичкилик ичиш), турли юқумли касалликлар (бруцеллёз, паротит, цитомегалия, қизилча, токсоплазмоз, грипп, листериоз, орнитоз ва ҳ.к.лар) ҳам сабаб бўлиши мумкин. Бундан ташқари, она ва ҳомила ўртасида АВО омилларининг мос келмаслиги ҳам жиддий сабаб бўлади. Ҳомила тараққиётида она организми ташқи шароит бўлиб ҳисобланади. Она организми эмбрион аъзоларининг шаклланиши даврида зарарланса (радиация, рентген нурларидан), унда эмбриопатия ва фетопатия ҳолати кузатилади.

Онадаги ҳомиладорликнинг 8 — 9 ҳафтасидан бошлаб ҳомиланинг аъзолари ва йўлдоши шакллана бошлайди. Ана шу

даврда эмбрион турли таъсирларга дарров берилувчан бўлади. Шунга кўра унинг турли аъзо ва системаларида нуксонлар вужудга кела бошлайди.

Ҳаётий муҳим бўлган аъзолар шикастланганда, туғилган чақалоқлар яшашга қобилиятсиз бўлади. Улар баъзан она қорнида ўлиб қолиши ёки чала туғилиши ҳам мумкин.

Кўпгина муаллифларнинг айтишларича, эмбрион 2 — 3 ҳафталикдан то 8 ҳафталик бўлгунича зарарли омилларга ўта сезгир бўлади. Кейинги муддатларда шулар сабабли, ҳомила тараққиёти орқада қолиб, турли касалликлар (модда алмашинуви, эндокрин система фаолиятининг бузилиши) га осон чалинадиган бўлиб қолади. Ҳомиладорликнинг 2 — 3-ойида камсувлик, умуртқа поғонасининг қийшайиши, қўлоёқларнинг маймоқ бўлиб қолиш ҳоллари кузатилади. Мабодо ҳомиладор аёл турли гормонал дориларни керагидан ортқичса, унда бу дори ҳомилага ҳам таъсир қилиб турли патологик ҳолатларга сабаб бўлади.

ГИПОФИЗАР НАНИЗМ

Бу касаллик гипофизнинг олдинги бўлагидан ажраландиган соматотроп ва гонадотроп гормонларнинг етишмаслиги оқибатида юз беради. Карлик-нанизмда — балоғатга етган аёлнинг бўйи 120 см дан ошмайди (Шмилк, 1962). Албатта, бўйнинг узун ва калта бўлиши одамнинг наслига ҳам боғлиқ бўлади. Агар ота-онаси ёки баъзан олдинги аجدодида нанизм ҳодисаси учраган бўлса, 3-наслда ҳам бу ҳол такрорланиши мумкин. Бу касалликнинг этиологик омили ҳали аниқ эмас. Кўп олимларнинг фикрига қараганда, бунга гипофиз-гипоталамус безларининг фаолияти сабаб бўлар экан. Яна бу аъзоларнинг фаолиятига турли инфекция, захарланиш, ҳомиладорлик ва туғруқ давридаги турли патологик жараёнлар ҳам сабаб бўлади деб ҳисоблайдилар. Бу ҳолнинг асосий клиник кўриниши бола ўсиш ва жинсий тараққиётдан орқада қолади. Аммо тана тузилиши ўз мувозанатини сақлагани ҳолда, рухий ҳолатлар ҳам деярли нормал бўлади.

ТИРЕОГЕНЛИ НАНИЗМ (КРЕТИНИЗМ, ЎСМИР ЁШИДАГИ МИКСЕДЕМА)

Бу ҳолда бўйнинг бир хил мувозанатда ўсмаслиги кузатилади. Бундай болалар рухий жиҳатдан орқада қолади. Улар бўшашган, уйқучан бўладилар. Кўпинча қабзият ҳам кузатилади. Касаллик одатда 1—11 ёшларда ёки ундан кечроқ сезила бошлайди. Бундай болаларнинг боши катта, пешанаси тор, бўйни калта, тили қалин, шишган (баъзан тиш ўрни билинади), ово-зи паст, бурун тоғайи кенг, шишган, оқ рангда бўлади, териси қуруқ бўлиб қипиқланади, суякланиш кечикади.

ДАУН КАСАЛЛИГИ

Бу туғма патологик ҳолат бўлиб, бу касаллик билан оғриган боланинг бўйи паст, ақлий ривожланишдан орқада қолган, кўзлар қисикроқ, боқишлари маъносиз бўлади. Одатда уларнинг бошлари кичкина, юзларида маъносиз табассум, мускуллари бўшашган, жуда сез- гир бўлсаларда, эслаш қобилиятлари ёмон бўлади. Тоғайларнинг суякка айланиши нормал ҳолатда ёки кечиккан ва жинсий тараққиётдан ҳам орқада қолган бўлади.

ХОНДРОДИСТРОФИЯ

Суякланиш жараёнининг бузилиши . натижасида бўйнинг патологик ҳолати кўзга ташланади, аммо су-якларнинг периостал (шаклланиши) бузилмаган бўлади. Оёқ-қўлларнинг узунлиги тана тузилишидан анча орқада қолади. Айниқса, елка ва сон суяклари жуда калта бўлади. Билак ва болдир суяклари эгарсимон кийшайган, оёқ-қўл панжалари йўғон, гўё кесилганга ўхшаб калта бўлади. Тирноқлари кенг, ясси, боши нисбатан катта, пешана ва чакка суяклари ҳам анча катта бўлади. Жинсий тараккиёт эса нормал кечади.

ҲОМИЛА БОШИГА СУВ ЙИҒИЛИШИ — ГИДРОЦЕФАЛИЯ

Бош ва орқа-мия суви мия қоринчалари-га ёки субарахноидал бўшлиқларга жойла-шади. Сув бир неча литр бўлиши мумкин. Гидроцефалия ўрта ҳисоб билан 360 — 400 тугрукда битта уч-райди.

Бу патологияда ҳомиланинг боши жуда катталашади, бош суя-ги юпқалашиб, суякда-ги чок ва лиқилдоқлар кенгайиб кетади. (21-расм). Бош айлана-си катта бўлади. Жин-сий аъзолар таракки-ётдан бирмунча орқада қолади. Бундай бола-лар дунёга келганидан кейин, кўп ўтмай турли сабабларга кўра, тез



21-расм. Гидроцефалия.

АНЭНЦЕФАЛИЯ

Бунда бош мия тараккий этмаган, юз қисми нормал шаклланган бўлади. Ҳомила боши катта бўлмагани сабабли,

нобуд бўладилар. Баъзи ҳолларда, агар енгил тури бўлса, улар яшаб кетсалар ҳам, ақлий ва жисмоний тараккиётдан орқада қолиб, жинсий такомиллашиши ҳам деярли жуда суст кечади.

туғрук нормал кечади. Аммо ҳомиланинг кўрини-ши жуда ғалати бўлади. Унинг боши, бўйни бўлмаганлиги туфайли тўғридан-тўғри елкага бириккан, кўзлари чақчай-ган, оғзи очик

ва тили осилган (бақабош) бўлади. Бошқа хиллардаги нуқсонлар, хусусан орқа умуртқанинг очик бўлиши ҳам учрайди. Унда жинсий аъзолар деярли тараққий қилмаган бўлади.

МИЯ ЧУРРАСИ

Ҳомиланинг катта лиқилдоғи, бурун усти соҳаси дўппайиб чиққан бўлади. У турли катталиқда бўлиши мумкин. Бу хил нуқсон билан туғилган чақалоқлар тезда нобуд бўлади. Жарроҳлик ёрдамида муолажа қилиш деярли самарали натижа бермайди. Жинсий аъзолар ҳам тараққий этмаган бўлади.

ОРҚА УМУРТҚАНИНГ АЖРАЛГАН БЎЛИШИ

Бу хил нуқсонда орқа умуртқа суяқлари ажралган бўлиб, оқибатда шу ажралган умуртқа қисмларидан орқа мия дўппайиб чиққан ва унинг усти мия пардаси юпқа тери билан қопланган бўлади. Одатда, бу хилдаги патологияда умуртқалар кичкина очилган бўлса, уни жарроҳлик амалиёти ёрдамида даволаш мумкин. Лекин самарали натижага эришишга деярли умид йўқ.

КИНДИК ЧУРРАСИ

Уларнинг ҳажми ҳар хил бўлиши мумкин. Баъзан киндик чурраси ичида жигар, ичаклар, қора талоқ, қорин чарвиси ва бошқа аъзолар жойлашган бўлиши мумкин. Киндик чуррасининг енгил турини операция йўли билан даволаса бўлади. Оғир турида чақалоқ нобуд бўлади. Жинсий аъзолар ҳолати чақалоқ ёшига мос бўлади. Баъзан бачадоннинг тўла тушган ҳолатини ҳам кузатиш мумкин.

ҚЎЛ ВА ОЁҚ НУҚСОНЛАРИ

Бундай нуқсонлар биров кўпроқ учрайди. Хусусан синдактилия (бармоқлар бир-бирига ёпишиб кетганлиги сабабли, уларнинг сони кам бўлади), полидактилия (бармоқлар сони ортиқча бўлади) ҳоллари тез-тез учрайди. Баъзан ҳар иккала оёқ қўшилиб кетган ёки қўл-оёқларнинг бўлмаслиги (амелия), қўл-оёқларнинг бирор қисмининг кам бўлиши (гемимелия) ва бошқа ҳоллар ҳам кузатилади. Жуда камдан-кам ҳолларда елка суяги, болдир, сон, баъзан бўғимлар, жинсий аъзо аномалияларини биргалиқда учратиш ҳам мумкин.

ЮҚОРИ ЛАБНИНГ АЖРАЛГАН БЎЛИШИ (ҚУЕНЛАБ) ВА «БЎРИ ОҒИЗ»

Бу патология ҳомиланинг бошқа аъзо ва системалари- га салбий таъсир қилмайди. «Бўри оғиз» нуқсони билан туғилганларда (оғиз бўшлиғи танглайдан ажралган бўлади) оғиз

ва бурун бўшлиқлари бир-бирига ту- ташганлиги сабабли, бола эма олмайди, эмган сутлари нафас йўлларига ўтиб кетади. Бошқа аъзо ва системалари тараққий этган бўлади.

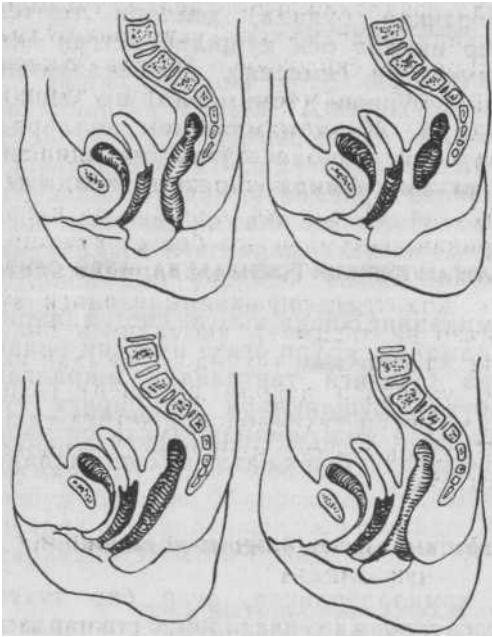
ҲОМИЛАЛАРНИНГ БИР-БИРИГА ЁПИШИБ ҲОЛИШИ

Кўп ҳомилали ҳомиладорликда, агар бир тухум ҳужайрасидан вужудга келган ҳомилаларнинг сув пардаси биргаликда бўлса, улар бир-бирларига ёпишиб қолган бўлиши мумкин. Бу ҳолга асосан ҳомиланинг шакллани- шидаги нуқсонлар сабаб бўлади. Ҳомилаларнинг бир- бирига ёпишиб қолиш ҳоллари турличадир. Ҳомила бир қисми билан (боши, боши ва кўкраги, чаноқ қисми), бош ва чаноқ қисми билан, кўкрак, қорин, орқаси ёки ён томони билан ёпишган ҳоллар учрайди.

Ҳомилада икки бош, икки юз, икки чаноқ бўлиб кўкрак қафасларининг бир-бирига қўшилиб кетганлиги оғир нуқсонлардан ҳисобланади. Баъзи ҳомилаларда ички аъзолар ҳам қўшилган бўлади, баъзан танаси биру, ички аъзолари бошқа-бошқа бўлиб ривожланганлари ҳам кузатилади. Жинсий аъзоларда айтарли ўзгариш бўл- майди.

ЮРАК-ҚОН ТОМИРИ ТИЗИМИДАГИ НУҚСОНЛАР

Боталлов йўлининг битмаслиги, овал тешик ёпилмаган бўлиши, юракнинг кўкрак қафасида ўнг томонда жой- лашган бўлиши, қон томирларининг иккига ажралганлиги ва нотўғри жойлашиши, қон томирининг кенгайган бўлиши (аневризма) ва бошқа турдаги нуқсонлар ҳам учраб туради. Бундай ҳолларда жинсий тараққиёт нормал ёки орқада қолган бўлади.



22- расм. Тўғри ичак, ташки чиқарув тешиги атрезияси. Чапдан юқорига — чиқарув тешиги ва тўғри ичак йўли берк. Пастда — аписпагаКз уезПЪе1ап8, Ы1\$и1а гес(оуе\$11Ы1ап8, ануснинг нормал ҳолати.

ОВҚАТ ҲАЗМ ҚИЛИШ АЪЗОЛАРИДАГИ НУҚСОНЛАР

Қизилўнгач, ошқозон ва бошқа аъзоларнинг тор ёки ёпик бўлиши, орқа чиқарув йўлининг битиб қолган ҳоллари ҳам кузатилади (22-расм).

СИЙДИКЧИҚАРИШ ЙЎЛИДАГИ НУҚСОНЛАР

Битта ёки ҳар иккала буйракнинг бўлмаслиги, уларнинг тақа шаклида бўлиши ва буйрак кисталари бўлиши мумкин. Кўпинча, сийдик ажратиш йўлининг тортишиб қолган ёки тор бўлиши, гипоспадия ҳамда бошқа хил нуқсонлар кузатиладн.

ХІ БОБ

ЖИНСИЙ АЪЗОЛАРДАГИ НУҚСОНЛАР

Тухумдоннинг бутунлай бўлмаслиги камдан-кам учрайдиган ҳолдир (ар1аз1а оуагп). Бундай нуқсонлар фақат яшашга қобилиятсиз бўлган болаларда учрайди.

В. И. Бодяжина ва бошқаларнинг кўрсатишларича, илмий адабиётларда фақат биргина аёлда тухумдон бўлмаганлиги тўғрисида ёзилган экан. Тухумдони бўлмаган аёлларнинг бўйлари пастёки аксинча, баланд. Жинсий аъзолари яхши тараққий қилмаган, баъзан уларнинг тараққиёти бутунлай

тўхтаб қолган бўлади.

Мабодобачадон бир шохли бўлса, унда тухумдон ҳам бир шохли бўлиши мумкин. Аммо кўпинча шу ҳолда ҳам тухумдон иккита бўлади. Маълумки, бачадон ва найча, қин Мюллер ипларидан, тухумдон эса бошқа хужайра- лардан тараққий этган бўлади. Тухумдонларнинг анато- мик ва физиологик жиҳатдан ривожланмаганлиги кўп ҳолларда бошқа аъзо ва тизимлар аномалияси билан биргаликда кечади. Қўшимча тухумдон камдан-кам ҳолларда учрайди, учинчиси деярли рудимент (яхши тараққий қилмаган), асосий тухумдоннинг четига ёпишган ҳолда бўлади. Бу қўшимча тухумдоннинг функционал жиҳатдан аҳамияти йўқ.

БАЧАДОН, УНИНГ ҚЎШИМЧАЛАРИ (НАЙЧАЛАР) ВА ҚИННИНГ НУҚСОНЛАРИ

Баъзи ҳолларда бачадон ва унинг найчаларининг яхши тараққий қилмаган ҳоллари ҳам учраб туради.

Бачадон бўлгани ҳолда, найчаларнинг бўлмаслиги ёки улар рудимент ҳолда бўлиши мумкин. Баъзи ҳолларда қўшимча найчалар ёки найчаларда қўшимча тешиklar ҳам бўлади. Бу қўшимча найча асосий найча бўшлиғига очилиб, унинг шокилалари бўлади.

Қиз болаларнинг жинсий аъзоларидаги оғир нуқ- сонлардан бири — бачадоннинг бўлмаслигидир. Кўпинча бачадон бўлмаса, қин ҳам бўлмаслиги мумкин. Бундай қизлар тўғри ичак орқали текширилганида, япалоқ тасмага ўхшаш танача қўлга илинади. Бу бачадон ва қиннинг рудимент кўринишидир. Қиннинг бўлмаслик (арлазо уа^тае) ҳоллари кўп учрайди. Бу нуқсон асосан ҳомила ҳали она қорнида эканлигида, Мюллер йўллари- нинг (бачадон, қин ва бачадон қўшмалари шу Мюллер йўлларида вужудга келади) пастки қисмининг яхши тараққий этмай қолганлиги натижасида рўй беради. Кўпинча ана шу ички жинсий аъзолар рудимент ҳолда бўлганидан, қиз боланинг бутун организми ҳам тараққи- ётдан орқада қолиши мумкин. Бу оғир патологик ҳолат бўлиб, буни эртароқ аниқлаш болалар врачлари, она ва тарбиячиларнинг муҳим вазифаларидан ҳисобланади. Акс ҳолда, қиз бола буни кейинроқ, яъни балоғатга етганида билиб қолса, унинг руҳиятига оғир таъсир қилади.

Қиннинг бўлмаслиги ҳам оғир нуқсонлардан бўлиб, бунда қиз болада менархе бўлмайди, балоғатга етган бўлса ҳам аменорея (чин ёки ёлғон) кузатилади. Агар ёлғон аменорея бўлса, ҳайз даврида ажраладиган қон ташқарига чиқолмай, бачадон ва унинг найчаларини тўлдиради, ҳатто қорин

бўшлиғига ҳам оқиб ўтиши мумкин. Бу нуқсонда қиз бола ҳайз кўрганида кучаяётган оғриқдан шикоят қилади. Бундай ҳолда жарроҳлик йўли билан сунъий қин ҳосил қилинади.

Сунъий қин, одатда, қорин пардасидан, ингичка ичакдан, тўғри ичак ва сигмадан ёки ташқи жинсий аъзолар терисидан қилинади.

Мабодо бачадон билан бирга қин ҳам бўлмаса, бу ҳолларда сийдик қопи билан тўғри ичак оралиғи кенгайтири-рилиб, жинсий алоқа учун каналча ясалади.

Юқорида қайд этиб ўтилган операция турлари бола балоғатга етгач, фақат ўзи ёки яқинларининг илтимоси ва розилиғи билангина қилинади. Яллиғланиш натижасида баъзан қин деворлари бир-бирига ёпишиб қолади. Бу ҳам жарроҳлик йўли билан тузатилади, яъни чандиқлар қирқилади ёки бўлмаса, аъзо зонд ёрдамида кенгайтирилади.

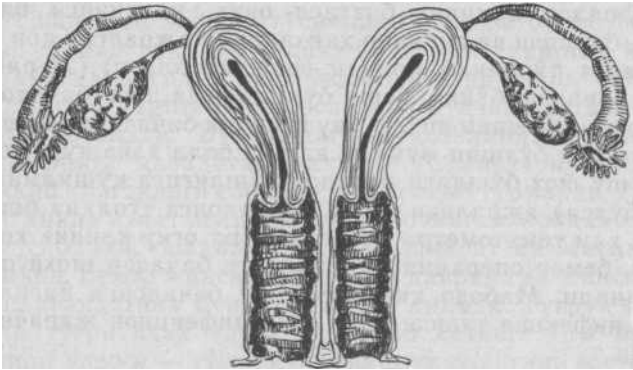
ҚИН ВА БАЧАДОННИНГ ИККИГА АЖРАЛГАН ҲОЛАТИ

Бу асосан Мюллер ипларининг бир-бири билан қўшилмаганлигидан вужудга келади. Агар ҳар иккала томондаги Мюллер иплари бир-бирига яқинлашиб қўшилса, унда битта бачадон ва битта қин вужудга келади.

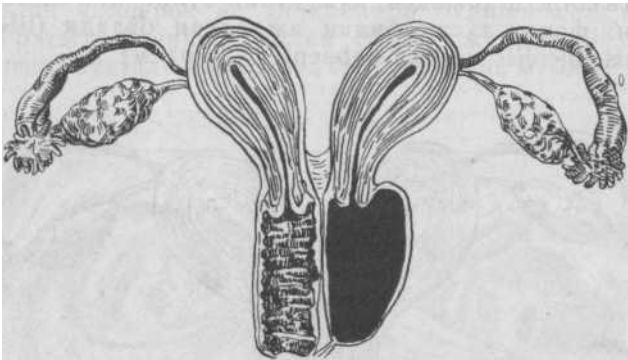
Баъзи ҳолларда бачадон иккига ажралиб ривожланса, уларда бўшлиқ бўлмаслиги ҳам мумкин. Баъзан бачадон бўшлиғи қисман сақланган бўлади. Бундай ҳол қинда ҳам учрайди, бу ҳар икки томондан ёки фақат бир томондан кўриниши мумкин.

Қин ва бачадон бўшлиқлари бўлмаслиги, баъзан бачадон ва қин бутунлай бўлмаслиги ёки қисман бўлиши мумкин. Яна шундай ҳоллар учрайдики, бачадон ва қин гўё нормалдек бўлишига қарамай (битта бачадон ва битта қин), уларнинг ички томони ўртасидан тўсиқ билан тўсилган бўлиб, шу тўсиқ туфайли қин ва бачадон ичи иккига бўлинган бўлади.

Қўпинча, бачадон ва қин иккига бўлингани билан, уларнинг ҳар иккаласи ҳам нормал тараққий қилиб,



23- расм. 1Легиз <11с1е1Биз.



24- расм. Наешалосолро8 lalegaИз, Лсгив <1ир1ех, ўнгдаги кин берк.

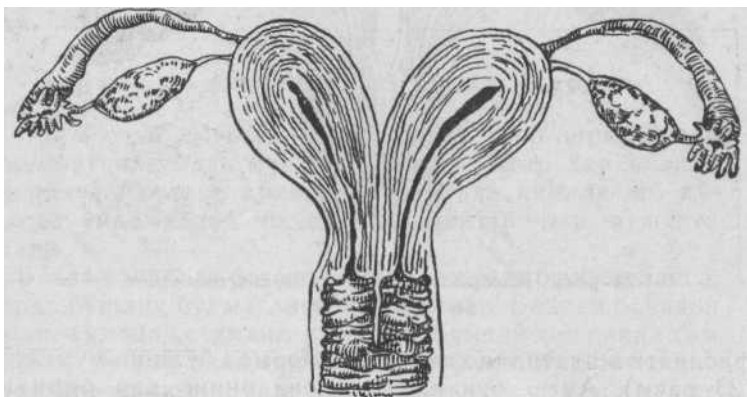
фаолияти жиҳатидан ҳам деярли нормал бўлиши мумкин. (23-расм). Аммо бунақа бачадонларнинг ҳар бирида биттадан кўшимча бўлиб тухумдон ҳам битта бўлади. Бачадон бўйни ҳамда қин иккитадан ва улар мустақил бўлади. Баъзан битта бачадон ва қин тўла сифатли бўлиши ёки иккинчиси ҳам яхши ёки ҳар иккаласи ҳам тараққий қилмай қолган бўлиши ҳам мумкин. Кўп ҳолларда бачадон (и1егиз (1ир1ех) ва қин (уа^ша бир1ех) кўшалок бўлиб, ҳар иккиси бир-бирига яқин жойлашган, баъзан фақат пастки қисмлари бир-бирига яқин бўлади.

Кўшалок қиннинг биттаси очиқ, иккинчиси битов бўлса, биринчи ва иккинчи ҳайзлардан ажралган қон ана шу қинга тўпланиб қолади (Баetalocolpo8) (24-расм). Агар бачадон бўйни берк бўлса, унда қон бачадонга тўпланади (Баешалоте(га), шу йўсинда бачадонда кўшим- ча шох ҳам бўлиши мумкин ва қиз бола ҳайз кўрганида (агар шу шох бўшлиғи бачадон бўшлиғига кўшилмаган, берк бўлса),

ажралган қон шу бачадонга тўплана бориб, бунда ҳам гематометра юз беради. Бу оғир клиник ҳолат бўлиб, бемор операция қилиниб, шу бачадон шохи олиб ташланади. Мабодо қинга ёки шу бачадонга йиғилган қонга инфекция тушса, унда оғир инфекцион жараён юз беради.

Аёлларда ана шу қўшимча шохда ҳомиладорлик вужудга келса, бу бачадондан ташқарида рўй берган ҳомиладорлик деб аталиб, оғир оқибатларга, яъни бачадон йиртилиши, кучли қон кетиб, аёл ўлимига сабаб бўлиши мумкин.

Баъзан қўш бачадон, қўш бўйин бўлиб, қин ярмидан бошлаб фақат тўсиқ билан ажралган бўлади (и^аегиз Ысоғшз, ЫсоШз уа^аИпа яибзер^а) (25-расм).



25- расм. Иегиз Шсоғтз, ЫсоИ115, уа^апа 8иВ\$ер1а.

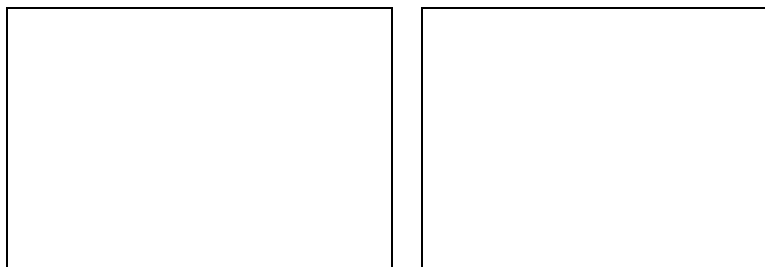
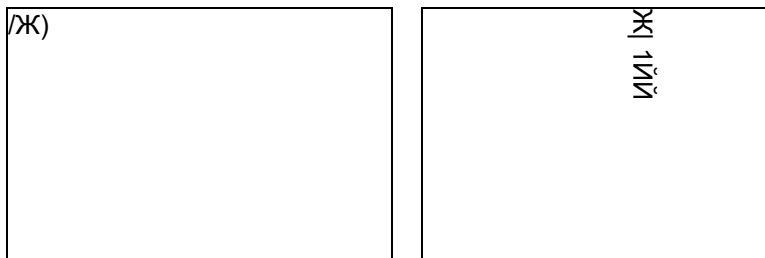
Бачадон икки шохли, битта бўйинли ва битта қинли (Шегиз Ысоғп18 ишсоШз) бўлиши ҳам мумкин. Ёки бачадон эгарсимон (Шегиз агсиаШз) ва баъзида тўсиғли бўлади (Шегиз агсиаШз зерБсиз) гоҳо қисман тўсиқ- ли (Шегиз агсиаШз зибзерНсиз) бўлади. Кўпинча битта шохли бачадон (Шегия рзеидошсоғшз) бўлади.

Сийдик ва жинсий тўсиқнинг нуқсони бўлиб, шунинг учун ташқи чиқарув (апиз) йўли қинга кириш йўлига, қизлик пардасидан пастроққа очилади (апиз уезНЪШа- пв). Апиз уа^ашайз да эса, тўғри ичак тешиги қинга қараб очилади. Бу хилдаги нуқсонларда тўғри ичак тешигининг қисадиган ҳалқаси (сфинктери) яхши та- раққий қилганлиги сабабли, ахлат оқиб турмайди, аммо ич келганида ахлат шу ичак тешиги очилган жойдан келади. Шу сабабли, болалар ёшликда шикоят қилмасликлари мумкин. Бемор жинсий тараққиёт даврида ва жинсий ҳаёт бошлагандагина бундан шикоят қилади. Туғруқ

жараё- нида тўғри ичак ҳатто йиртилиб кетиши ҳам мумкин. Бунинг давоси — тўғри ичак чиқарув тешигини жарроҳлик йўли билан асли жойига ўтказишдан иборат.

ҚИЗЛИК ПАРДАСИ (НЦМЕ1Ч) ДАГИ НУҚСОНЛАР (Н1ЖЕМ ОССЕОБОЗ)

Қизлик пардаси ҳар хил шаклда бўлишидан ташқари, баъзан қалинроқ ва ҳалқасимон бўлиши ҳам мумкин (26-расм). Айниқса, қалин бўлса, жинсий мулоқотда кўпгина кўнгилсизликларга сабаб бўлиши мумкин. Ҳалқа-

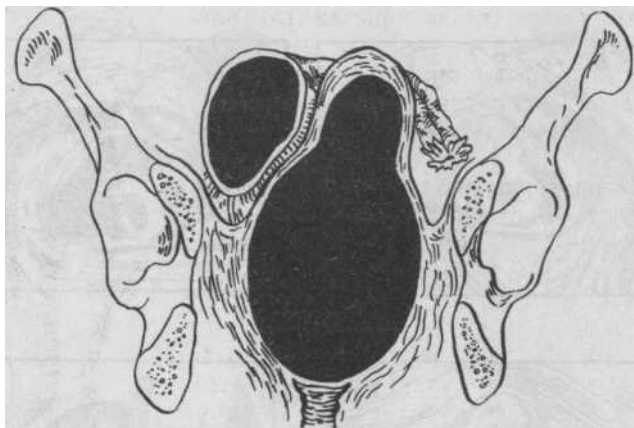


26- расм. Қизлик пардасининг (Иугпен) турли шакллари.

симон бўлса, жинсий мулоқот даврида йиртилмаслик ҳоллари ҳам учрайди. Гоҳида қизлик пардаси берк (атрезия) бўлиб, буни ҳам кечикиб аниқлаш ҳоллари учрайди. Қиз бола балоғатга ета бошлагач, бошланғич ва сўнги ҳайз бўлмаётгани, ой сайин қорин паст, думғаза, бел соҳаларида оғриқ туриб, у борган сари кучаяётганли- гидан шикоят қилади. Оғриқнинг борган сари кучая боришига сабаб — бачадондан ажралган қон, қизлик пардаси берк бўлганлиги учун, паст томонга, асосан қинга, қин тўлгач, бачадонга (каета(оте(та) ва найчаларга оқиб келиб, уларни тўлдиради (Баета1о8а1р1пх), баъзан қорин бўшлиғига ҳам оқиб келиб, қорин пардасини китиклайди. Бундай пайтда қиз болага тез ёрдам кўрсатиш зарур бўлади. Ёрдам кўрсатилмаган тақдирида, қорин пастига оғриқ бора-бора

кучая бошайди.

Қорин девори орқали пайпаслаб кўрилганида, кичик чанок ичи ва баъзан ундан юқорига томон кўтарилган, колбасага ўхшаш қаттиқ эластик шиш сезилади. Тўғри ичак орқали текширилганида ҳам шу ҳол сезилади (27-расм).



27- расм. Қичик чанокнинг ташқи кўриниши.

Қин, бачадон ва найчалар бўшлиғига йиғилган қон инфекциянинг_м авж олиши учун жуда қулай манба ҳисобланади. Йиғилган пироген моддаларининг шимили- шига кўра, қиз болада гипертермия ҳолати юз беради. Унинг тана ҳарорати 37,2 — 37,8°С гача боради. Мабодо қиз бола организмда қаршилиқ кўрсатиш кучи

суст бўлиб, инфекциянинг вирулентлиги кучли бўлса, тана ҳарорати янада кўтарилиши мумкин. Бу аъзоларда яллиғланиш бошланганлигини кўрсатади. Қиз бола врач ёрдамига ниҳоятда муҳтож бўлади. Беморга ташхис қўйишда қорин ва тўғри ичак орқали текширишдан ташқари, УЗД, лапароскопия, цистоскопия, ректоромано- скопия усулларидан фойдаланилади.

Даволашда асосан жарроҳлик усулидан фойдаланилади. Бунда асосан қизлик пардаси қўшув аломати каби кесилади, йиғилган қон, сероз ва йиринг олиниб, яллиғланиш жараёни юз берган бўлса, яллиғланишга қарши муолажа қилиш керак бўлади. Операция қилинганлиги тўғрисида қизнинг онаси ёки ўзига хужжат (далолатнома) берилиши шарт. Чунки Марказий Осиё халқларининг урф- одатларига кўра, қизлик пардаси қиз боланинг ифбатли эканини билдиради.

ПСЕВДОГЕРМАФРОДИТИЗМ

Бунда жинс жинсий безларнинг фаолиятига қараб аниқланади. Чин гермафродитизм (БеггаГобШзш уега) да эркак уруғига хос фаолиятли элементлар ва уруғ халтаси (оуо^еяНз) бўлади. Мабодо эркаклик уруғи то- пилмаса, у чин гермафродитизм бўл- майди, деб талқин қиладилар (28- расм).

Псевдогермафродитизм шундай бир нуқсонки, унда жинсий аъзолар жинсий безларнинг тузилишига мос келмайди. Бачадон, қин, бачадон қўшимчалари, тухумдонлар бўлишига қарамай, жин- сий аъзонинг тузилиши эркак кишининг аъзосини эслатади. Яна, қиз болаларда ўғил болалар характерига хос соматик ва руҳий ҳолат кузатилиши мумкин. Тўла псевдогермафродитизмда ташқи ва ички гермафродитизм кўринишлари бўлади, аммо бу ҳол жуда кам учрайди. Ташқи гермафродитизмда клиторнинг гипертрофияси худди эркак кишининг олати (регпз) ни эслатади, лекин ундан кичикроқ бўлади. Урта чизиқда қатта жинсий лаблар бирга қўшилиб, эркак- лар уруғ халтасини эслатади. Аммо тухумдон, найчалар, бачадон, қин тараккий этган бўлади. Шунга қарамай, Вольф йўли (уруғ чиқадиган йўл) ва про- стата безининг



28- расм. Псевдогермафродитизм.

гомологи парауретрал без бўлади, бу ички псевдогермафродитизм ҳисобланади.

СИЙДИК ЧИҚАРИШ ТИЗИМИДАГИ НУҚСОНЛАР

Жинсий аъзолар нуқсони билан бир қаторда сийдик чиқариш йўлларининг нуқсонлари ҳам учраб туради.

ИЧКИ СИЙДИК ЙЎЛИ НУҚСОНЛАРИ

Туғма равишда сийдик йўли бўлмаслиги ёки иккига ажралган бўлиши мумкин. Агар ички сийдик йўли бўлмаса, албатта, ажралган сийдик буйракда йиғилиб, гидронефроз вужудга келиши мумкин ва бу ҳол оғир оқибатларга олиб келади, яъни бу нуқсон билан туғилган болалар яшашга қобилиятсиз бўлади. Баъзан ички сийдик чиқариш йўли иккита бўлса ҳам, яхши тараққий этмаган бўлади. Ёки биттаси иккига ажралган бўлади.

Сийдик чиқариш йўли бутун бўйича иккига ажралган бўлиши (иге!ег дир!ех) ёки фақат юқори қисми ажралган (иге!ег Нзсиз) ҳолда ҳам учраши мумкин. (Шаш Михаил, ва б.қ.лар, 1967).

Ички сийдик чиқариш йўли тешигининг сийдик қопига бирикадиган қисмида берк бўлиш (атрезия) ҳоллари кўпроқ учрайди. Чунки буйракдан чиққан сийдик шу сийдик йўлига йиғилиб, уни тўлдиради ва кенгайтириб боради, бемор бел ва корин соҳасидаги оғриқнинг борган сари кучаяётганлигидан шикоят қилади. Уша жойлар пайпаслаб кўрилганда, чанок соҳасидаги чегарада қолба- сага ўхшаш, кистасимон ўсма сезилади. Буни урография ва УТТ ёрдамида ҳам аниқлаш мумкин. Бунда сийдик чиқариш йўлининг торайган ёки бекилиб қолган жойи кенгайтирилади, ҳатто керак бўлганида, операция йўли билан очилади.

ЭПИСПАДИЯ

Бунда — сийдик чиқариш йўли ва клиторнинг тўла ёки қисман ажралган ҳолда бўлишидир. Баъзи ҳолларда бу хилдаги нуқсонларда сийдик қопининг тўла ёки қисман ажралганлиги билан бирга қов суягининг ажралганлиги ҳолати ҳам учрайди.

ГИПОСПАДИЯ

Бундай нуқсонлар бироз кўп учрайди. Ташқи сийдик чиқариш йўли анча калта бўлиб, баъзи бир оғир ҳолларда унинг ҳатто, орқа девори бўлмайди (29-расм). Бунда бола-нинг сийдиги доимо оқиб туради. Даволашнинг бирдан-бир усули — жарроҳлик амалиётидир. Унда пластик операция усули қўлланилади. Агар сийдик йўлининг орқа девори бўлмаса, у кин ёрдамида бекитилади. Жарроҳлик усули қизларда балоғатга етиш олдидан ёки етганидан кейин амалга оширилади.



29- расм. Гипоспадия. Сийдик чиқариш канали қинга кирган.

СИЙДИК ҚОПИ (ҚОВУҚ)НИНГ ЖОЙЛАШИШИДАГИ НУҚСОНЛАР

1 Бунақа аномалиялар эмбрионнинг она қорнидалигида, эрта тараққиёт даврида вужудга келади. Бунинг асосида мезодерма ва сийдик-жинсий синуснинг (бўшлиқ) эмбрион тараққиёти даврида бўлган бузилишлар ётади. Аллантаиснинг ёғи қовуқ яқинида жойлашган бўлади ва баъзан эмбрионнинг сийдик йўлига бирикиб қолади. Баъзи ҳолларда сийдик қопи қорин девори мускуллари орасидан (агар уларда ҳам нуқсон бўлса) дўппайиб чиқиб туради. Сийдик қопининг шиллиқ қавати ва ички сийдик йўлининг сийдик қопига бириккан жойининг тешиги I кўриниб туради. Енгил турида фақат сийдик қопининг олдинги девори дўппайиб чиққан бўлади. Бу хилдаги патологик ҳол қов суягининг ажралган ҳолати билан бирга кечади. Бундай аномалия беморга ёмон таъсир қилади, чунки пешобнинг : мунтазам оқиб туриши ўнғайсизлик туғдиради. Бунга ; кўшимча тарзда сийдик тизимига инфекция кириши осонлашади, бу ўз навбатида буйракнинг яллиғланиши (пиелит, пиелонефрит) га олиб келади.

Сийдик-жинсий аъзолар системасидаги нуқсонлар
(Шаш Михаил ва б.қ.лар, 1967 й.)

Тараққиётдаги нуқсонлар	Беморлар шикоят
Мюллер йўллари аъзоларининг бўлмаганлиги сабабли сийдик йўлида бўладиган нуқсонлар	Урологик жихатдан арз қилади.
Мюллер йўллари аъзолари бўл- маса: Мснархнинг йўқлиги, қийин аме- бачадон қўшимчалари ва бачадои норея.	
қамда қиннинг бўлмас- лиги	
Икки шохли бачадон, битта шо- хи рудимснт ҳолатда	Латсрал гематометрия
Қин на қизлик пардасининг би- тов бўлиши	У криптоменорея, гематокольпос, ге.матрометра, гсматосальпинксдан шикоят қилади.
Ички сийдик чиқариш гешигининг сийдик қопидан ташқарига очил- ганлигида	Эрта болалик ёшида сийдикни тутаолмаслик.
Ички сийдик чиқариш йўлининг сийдик қопига кириш жойида олдининг берк бўлиши	Ички сийдик чиқариш йўли кистасимоп кенгайди. Қорин па- стиди огрик сезилади, чанок ичида шу кистага ўхшаш шиш кўрилади.
Сийдик қопининг агдарилиб чи- қиши	Бола тугилиши биланок бу нуқ- сон кўринади, сийдик оқиб ту- ради
Эписпадия ва гипоспадия	Сийдик оқиб туради, оқчил аж- ралади, баъзан кольпит кузати- лади
Вульвапинг нуқсонлари	Бола тугилиши биланок аниқ бў- лади. Унда гермафродитизм бел- гилари кўрилади.

Шунинг учун бу касаллик билан оғриган болаларни яшаш шароитини белгилаш лозим бўлади. Давоси — пластик операция. Операция 2 босқичда бажарилади. 1-ички сийдик чиқариш йўлини йўғон ичакка ўтказиб (улаш) ва П-қорин деворини тиклашдан иборат бўлади.

СИЙДИК ЙЎЛИ ОҚМАСИ

Маълумки, сийдик йўли бир бутун найчасимон бўлиб, у ҳомилада сийдик қопини киндик тешиги билан боғла^айди. Ҳомила 6 ойлик бўлганида бу бир бойламга ўхшаб қолади, яъни бўшлиғи бекилади (облитерация). Баъзи ҳолларда (>у камчилик сезилмай, чақалоқ қовуқ-киндик оқмаси билан туғилади. Яиа, сийдик йўлининг кистага ўхшаб кенгайиб кетиш ҳоллари ҳам учрайди.

Ҳомиланингуғма нуқсонларидан бири бўлиб, айниқса киндик чурраси кўп учрайди. Киндик чурраси бут (чов) чурраси билан бирга келиши кўпроқ кузатилади.

Қин ўсиғи, қорин пардасининг дўппайган қисми бўлиб, у думалок бойлам бўйлаб пастга сурилади ва бора-бора атрофияга учрайди. Агар бу ҳол юз бермаса, қорин пардаси найчасимон кенгайиб, болада чот (бут) чурраси вужудга келади. У қорин бўшлиғига қараган ҳолда бўлиб, қиз болаларда 10 % учрайди, аммо ўғил болаларда кўпроқ кузатилади. Кўпинча бут чурраси ўнг томонда бўлиб, фақат 15 % и чапда бўлади (Шаш Михаил ва б.к.лар, 1967). Юқоридаги нуқсонларни аниқроқ тасаввур қилиш учун биз ШашМихаил ва бошқалар (1967)тавсия қилган жадвални (3-жадвал) келтирамиз.

ХИ БОБ

ЖИНСИЙ ТАРАҚҚИЁТДАГИ НУҚСОНЛАР

ЦИЗ БОЛАНИНГ ЖИНСИЙ ЖИХАТДАН ВАҚТИДАН ОЛДИН ЕТИЛИШИ

Бу ҳолат кам учрайди, у қиз болалардаги гинекологик касалликларга нисбатан 2,5 % ни ташкил қилади. Бунда иккиламчи жинсий белгилар 8 ёшданок билина бошлайди.

Вақтдан илгари изосексуал типда жинсий етилиш бош мияга боғлиқ бўлиб, бунда 2 турдаги патологик ҳолат кузатилади:

- 1) фақат органик ҳолат;
- 2) функционал ҳолат.

Марказий нерв системасининг органик бузилиши туфайли, туғилмасидан олдин ва туғилиш жараёнидаги патологик ҳолатлар (асфиксия, туғруқ жароҳатлари) натижасида бу аномалиялар юз бериши мумкин. Инфекция ва токсик инфекция касалликлари эртанги муддатда осон таъсир қилибгина қолмай, диэнцефал соҳада сурункали гипертензив синдромни ҳам вужудга келтириши мумкин. Бунда Ш-қоринча ва мия асосини гипоталамусга механик тарзда босиш йўли билан таъсир қилинади.

А. Г. Тумилович ва бошқалар (1973) нинг фикрича, марказий асаб тизими таъсирида вужудга келган органик бузилишдаги характерли белгилардан бири, церебрал гипотензиядир. Бу касалликда, беморларда гидроцефалия ҳолати кузатилиб, унинг боши катталашади. Бундай беморларнинг боши рентгенда кўрилганда, калла суягида бармоқ билан босилганига ўхшаш чуқурчалар кўринади. Бу бош мия суяги ичида босимнинг ошганлигини кўрсатади.

Церебрал патологияда, эрта балоғатга етган беморлар ЭЭГ да текширилганида, бош мия ярим айланаси оралиғида

дисритмик фаолликнинг тезлиги бўйича ва парма каби тез чайқалувчан ва бир гуруҳ секин тўлқинланадиган гиперсинхроз аломати кўрилган (М. А. Ахунди, 1966, А. А. Волохова, 1968 й.).

Юқорида кўрсатиб ўтилган ўзгаришлар миёдаги умумий патологик ҳолатга тааллуқлидир. Гипоталамик соҳанинг вақтидан олдин балоғатга етишишидаги функци- онал ҳолатнинг изосексуал бузилишида томоқ, ютқин соҳасидаги инфекция катта ўрин тутади. В. С. Мальцина (1966 й.)нинг фикрича, мианинг диэнцефал бўлишида, унинг патологияси шуинфекцияга боғлиқдир. Демак, эрта балоғатга етишда церебрал патологик ҳолатнинг вужудга келишида асфиксия, туғруқ жароҳати, ҳомиладорликдаги патологик ҳолат, ҳомиланинг вақтидан олдин туғилиши, операция йўли билан туғдириш ва бошқа сабабларнинг таъсири каттадир.

Бу омиллар фақат мия структурасигагина таъсир қилиб қолмай, токсик-инфекцияларга нисбатан ҳам сез- гирликни оширади.

КЛИНИКАСИ

Вақтидан олдин балоғатга етишишнинг органик характеридан ҳисобланган изосексуал тури бир қатор неврологик белгилар—боланинг ақлан суст тараққий қилиши, эмоционал турғунликнинг бўлмаслиги каби турлича патологик рефлекслар билан кечади. Бу патологик ҳолатга хос белгилар: анизорефлексия, патологик реф- лекслар, III — VIII ва XII жуфт мия нервлари фаолияти- нинг бузилиши, кўз олмаси остидаги соҳада қоннинг туриб қолиши, мускуллар тонусининг бузилиши, церебрал гипертензия ва бошқалар кузатилади. Беморнинг эмоцио- нал ҳолати ҳам ўзгаради: жажлдорлик, руҳий аҳволнинг кескин ўзгариши қабилар юз беради. Церебрал патология- да функционал ҳолатнинг бузилишидаги белгилар: модда алмашинуви — вегетатив ўзгаришлар унга хос белги- лардир.

Функционал характердаги церебрал патологиядан бошлаб гипоталамус структурасига тааллуқли белгилар юзага келади. Бу кўпинча асос.ий белги бўлиб қолади.

Диэнцефал структура фаолиятининг бузилишида ги- пергидроз, акроцианоз, субфебрилитет, ёғ қатламининг бироз қалинлашуви ва кўпайиши сезилади. Аммо бунда кўпол неврологик белгилар — хусусан, интеллект тараққи- ётида сезиладиган белгилар кузатилмайди. Органик характердаги церебрал патологияда бу белгиларнинг вужудга келиши кечроқ намоён бўлади.

Жинсий жиҳатдан эрта етишган қизларда жинсий тараққиёт одатдагидек тўлиқ бўлмайди. Тўлиқлик икки- ламчи жинсий белгиларнинг тараққий этиши ва ҳайз кўриш орқали билинади.

Жинсий тараққийет тўлиқ бўлмаса, иккиламчи жинсий белгилар турлича ривожланадиган, қиз бола ҳайз кўрмайди.

Жинсий жиҳатдан тўлиқ етилганларда суяк системаси ва тана оғирлигидаги ўзгаришлар тўлиқ бўлмаганлардан анча юқори бўлади ва уларда суякланиш ҳамда ўсиш жараёни анча тез кечади.

Тўлиқ бўлмаганларда суяк ўсиши ва унинг суякланиш жараёни бирга кечади. Бу қиз боладаги гормонал ҳолатга боғлиқ бўлади. Тўлиқ шаклда эстроген ва гонадотропинларнинг ажралиши бошқаларникига нисбатан анча юқори бўлади (В. И. Бодяжина ва б.к.лар, 1973 й.).

А. Г. Тумилович (1971)нинг фикрича, сут безларининг тараққий қилиши билан биринчи ҳайз кўриш оралиғи ўртача 18 ойга тўғри келади. Бу одатдаги нормал физиологик ҳолатдан анча тездир.

Тўлиқ бўлмаган формасида эрта бошланган жинсий тараққийет даврида сут безларининг катталашуви секинлашади. Аммо жинсий тараққийет тизими, нормал физиологик жинсий тараққийетга нисбатан 2 баробар тез рўй беради. Гонадотропин, эстроген ва кольпоцитология натижасининг кўрсатишича, эрта балоғатга етишнинг тўла формасида овулятор цикл кузатилади. Тўла бўлмаган формаси эса, 10—12 ёшли қизлардаги каби бўлади.

Эрта балоғатга етишишнинг изосексуал типидан туҳумдон шакли ўзгариши кам кузатилиб, бу асосан гормонал фаол ўсмалар ёки туҳумдондаги фолликуляр кисталарда учраши мумкин.

Туҳумдондаги гормонал фаол ўсмалар ҳам эрта балоғатга етишишга сабаб бўлиши мумкин. Одатда, ўсманнинг каттақичиклиги ва ажраладиган эстрогенлар миқдори билан боғлиқлик кузатилмайди.

ЭРТА БАЛОҒАТГА ЕТИШИШДА ГОРМОНАЛ ФАОЛ ЎСМАЛАРНИНГ ИШТИРОКИ

Бунинг церебрал формадан фарқи, даставвал қиндан қон келиши бўлиб, у бир хил кечмайди. Иккиламчи жинсий белгилар: сут бези сўргичи ва унинг атрофининг қорамтир рангга кириши, сут безларининг бироз катталашуви, қўлтиқ ости ва жинсий аъзоларда тукнинг кам ўсиши. Бунда ички ва ташқи жинсий аъзолар эстроген таъсирида бўлади: ташқи жинсий аъзо кўкмир рангга киради, қиннинг шиллиқ қаватидаги бурмалар ўсиб, кўз қорачиғи белгиси мусбат бўлади, бачадон катталашади. Эстроген миқдори балоғат ёшидаги аёллардагидек бўлади. Гонадотропин кам ажралади. Тана тузилиши ва скелети беморнинг ёшига хос бўлади. Бу эстрогеннинг вақтинчалик таъсири остида бўлади.

Фолликуляр кистада дастлабки белги — қиндан қон келиши, сут безларининг анча катталашуви орқали намоён бўлади.

Соматик тараққиёт тезлашмайди.

Фолликуляр киста балоғатга етишиш натижаси бўлиши мумкинлиги тўғрисида бир қатор назариялар мавжуд. Баъзилар бу киста туфайли эрта балоғат даври бошланади, десалар, бошқалар аксинча фикр юритадилар, яъни гипофизни вақтидан илгари фаоллашиши ва тухумдоннинг гонадотропинга бўлган реакцияси ёки гиперэстрогенемиянинг ўзи сабаб бўлади деб талкин қиладилар.

Визбор (1954) ва А. Т. Тумилович (1973) эрта балоғатга етишишга фолликуляр киста сабабчи бўлади, деб ҳисоблайдилар. Фолликуляр кистаси бор иккита қиз бола операция қилинганда, операциядан кейин уларда эрта балоғатга етиш жараёнининг тўхтаганлиги аниқланган.

Фолликуляр кистали қизлар балоғатга етганда юқорида кайд этиб ўтилган белгилар кузатилган.

А. Т. Тумилович (1971) 6 нафар қизни кузатиб, уларнинг анамнезида ҳеч қандай инфекцияни касаллик бўлмагани, онада ҳомилдорлик ва туғруқ нормал кечганлиги, электроэнцефалограммада касалликларда учрайдиган патологик белгилар бўлмаганлиги, гонадотропин, 17 — КС, тухумдоннинг функционал диагностикаси пубертат даврига ҳосилгини аниқлаган. Муаллиф улардаги эрта балоғатга етишиш ҳолатини уларнинг ички муҳитидаги конституционал форманинг генетик ўзгариши — яъни акселерация натижаси, деб изоҳлайди.

Эрта бошланган жинсий тараққиётни тўхтатиш усули 2 хил:

- 1) асосий касалликни даволаш;
- 2) эрта бошланган жинсий тараққиётни тўхтатиш.

Ҳозирда диэнцефал патологияни даволашда старлича чоралар мавжуд эмас. Кўпгина муаллифлар витамин, дигидратацион терапия, бурунни электрофорез қилиш усули, витамин В1 ва новокаиндан қониқарли натижа олишган. Вақтидан олдин жинсий етилишнинг олдини олишда, онанинг ҳомилдорлиги ва туғиш жараёнининг нормал бўлишини таъминлаш катта аҳамиятга эгадир.

АВКЮНТ СИНДРОМИ (ЭРТА БАЛОҒАТГА ЕТИШ ЖАРАЁНИНИНГ СУЯКЛАРНИНГ ФИБРОЗЛИ ДИСПЛАЗИЯСИ БИЛАН БИРГА КЕЧИШИ)

Бу белги А1Б1§Б1 томонидан 1937 йилда биринчи марта кайд этилган.

А1Б1§Б1 нинг айтишича, бу касалликка хос белгилар: 1. суякларнинг тарқалган ҳолатдаги (тарқалган фиброз — кистоз остеодистрофия) ўзгариши; 2. терининг пигментацияси; 3. жинсий томондан эрта етилиш.

КПеу (1960) бу касалликда гипоталамус фаолияти туғма бўлишини тахмин қилади. Яна баъзиларнинг фикрича, бундай

беморларда буқоқ ёки гипертериоз учрайди. Хасталик кўпроқ балоғатга етган қизлар ва ёш аёлларда кузатилиб, одатда вақтидан илгари балоғатга етишдан аввал суяк системасида ўзгаришлар сезилар экан. Бу жараён бора-бора секинлашиб тўхтайтиди ёки бутунлай тўхтамайди. Қасалликнинг бу тури фақат қизларда учрайди, сабаби аниқ эмас.

Баъзи муаллифлар, бунга гипоталамуснинг туғма аномалияси сабаб, деган тахминни олдинга сурадилар, аммо шунга қарамай, унча сезиларли ўзгаришлар кўзга ташланмаган, фақат гипофизда базофил аденомасини кузатганлар, холос (Мс Сипе ва б.қ.лар, 1937 й).

Санқисимон ва бўқоқ беши гиперплазияси ҳақида ҳам маълумотлар бор.

Бош суягинингқалинлашуви ва унинг ўсмаларида мия ичи босимининг ошиши туфайли жинсий балоғатга етиш даври эрта бошланади, деган хулосалар ҳам бор.

Бунда тери сатҳидаги доғ кофенинг сут билан аралашмаси рангида бўлиб худди жуғрофия харитаси каби чегараланган бўлади. Бу хилдаги доғлар ҳар хил катталиқда бўлиб, кўпроқ зарарланган суяклар сатҳида жойлашган бўлади.

СУЯКЛАРДАГИ ЎЗГАРИШЛАР

Скелетнинг узун суяклари кўпинча турли хил деформацияга учрайди. Баъзан юз суякларида ҳам деформация ҳолатини кўриш мумкин. Суякларнинг ўз-ўзидан синиб кетиши ҳоллари ҳам кузатилади. Бир қатор муаллифлар-нинг фикрича, суяк ҳосил қилувчи мезенхима суяк каналига кириб, уни тўлдиради ва ҳатто эпифизга ҳам етади. Шунга кўра, рентгенда кўрилганида, суяк тўқимаси-нинг анча сийраклашиб, баъзи қисмларида остеопороз рўй берганлиги кўринади.

Юз суякларида, кўз ва мия остида гиперостаз ҳолати бошланиб, натижада юз деформацияга учрайди. Шегуа! (1959 й.) мия асос суягининг деформацияси жараёнида кўрнш нерви босилганда кўриш хусусияти бузилган.

Кўз чуқурчаси деформациясида эса, кўз олмаси чакчайиб чиқади. Шунингдек чанок ва коворға суяклари деформацияси ҳам учрайди. Суяклар деформациясида бемор оғриқдан шикоят қилади, қонда фосфатаза миқдори бироз кўтарилиб, Са ажралиши кўпаяди.

Бундай беморларда юқорида айтиб ўтилган клиник белгилардан ташқари, жинсий жиҳатдан эрта етилиш ҳолати кузатилади.

Илмий адабиётларда берилган маълумотларга қара- ганда 4 1/2 ёшда ҳайз бошланиб, 6 ёшда жинсий етуклик рўй берган.

КАСАЛЛИКНИНГ НАТИЖАЛАНИШИ

Эрта болалик ёшида суяклардаги ўзгариш анча суст кечиб, балоғатга етиш билан тўхтаydi. Бу хилдаги дифференциал ташхисни идиопатия ва церебрал ҳамда ёлғон етилиш белгилари билан кўшиб олиб бориш керак. Даволашда гормонлар деярли ишлатилмайди. Специфик даво омиллари йўқ. Фақат касалликнинг клиник белгила- рига қараб муолажа қилинади.

ГЕТЕРОСЕКСУАЛ ТУРДАГИ ЭРТА ЖИНСИЙ ТАРАҚҚИЁТ (ОДДИЙ ВИРИЛИЗАЦИЯ ҚИЛУВЧИ ФОРМАДАГИ ТУҒМА АДРЕНОГЕНИТАЛ СИНДРОМ)

Адреногенитал синдром 3500 — 5000 туғруқда битта- дан учрайди. Вақтидан олдин балоғатга етишишнинг олдини олишда, ҳозирги эндокринологик клиникаларда гипофизнинг гонадотропик фаолиятини босиш учун турли хил препаратлардан фойдаланиляпти.

Сўнгги йилларда синтетик эстроген-гестаген препа- ратлар кўлланиб, анча ижобий натижаларга эришилмоқ- да. Бунда беморга ҳар 10— 14 кунда 100 — 200 мг дан метоксипрогестерон берилиб кўрилди. Оқибатда Сирегтап ва б.қ.лар (1962) сут безларининг кичиклашганини ва ҳайз цикли тўхтаганлигини кўрганлар. К1сбтап ва б.қ.лар (1971) шу препаратни катта дозада (200 — 300 мг) бериб кўрганларида, суякларнинг етилиш жараёни пасаймагани- ни ва буйрак усти безида гиперкортицизмни кузатганлар. Эстроген-гестаген препаратлар буюрилганида у шу гор- монларга боғлиқ бўлган аъзоларга специфик таъсир кўрсатишини ҳам назарда тутмоқ керак. Гормонлардан, марказий генез фаолияти бузилган ҳолларда, кенг миқёсда фойдаланиш тавсия этилмайди.

Тухумдондаги гормонал фаол ўсмаларни жарроҳлик йўли билан олиб ташлаш лозим. Фолликуляр кистада операция қилиш маслаҳат берилмайди. Бундай кизлар доимо гинеколог назорати остида бўлишлари керак. Кўпинча, эрта тараққиёт белгилари 2 — 3 ойдан сўнг йўқолиб кетади. Бу генетик-туғма касаллик бўлиб, фермент системаси 21-гидроксилазанинг буйрак усти пўстлоғи фаолиятидаги етишмовчилик билан боғлиқдир. Бу ҳолат кортизолнинг етарли даражада шаклланма- ганлиги ва АҚТГ нинг кўп ажралиб чиқишига олиб келади. Унинг юкори даражада стимуляция қилиниши ҳар икки томондаги буйрак усти қобигининг гипертрофияси ва гормонларнинг кўп синтез қилинишига олиб келади. Адрогенларнинг кўп ажралиши жинсий аъзоларда вирилизациyani оширади (клитор катталашади, урогени- тал синус вужудга келади), бу ҳолат бола ҳали она қорнидалиги давридаёқ намоён бўлади. Онадаги ҳомила- дорлик ва туғиш жараёни, одатда нормал кечади. Боланинг ҳам руҳий ва аъзолариинг умумий ҳолати нормал

кечади.

КЛИНИКАСИ

Ташқи жинсий аъзолар тузилиши ўзгариб, вирилизация анча сезиларли бўлади, жинсий белгиларни аниқлаш қийинчилик туғдиради.

Клитор турли ҳажмда катталашиб (гипертрофия ҳолидан то пенисга ўхшаш ҳолгача), урогенитал синусни аниқлаш йўли билан ташхис қўйилади. Бундан ташқари, қинга кириш жойидаги чуқурча, бутнинг баланд бўлиши, катта ва кичик жинсий лабларнинг етарли даражада тараққий этмаганлигини билдиради.

Адреногенитал синдром билан оғриган болаларда, ҳаётларининг биринчи ўн йилида бўй ўсиши тезлашгани кўринади (7 — 10 ёшдаги қизлардан икки баробар тез). 12 ёшларга борганда ўсиш биров секинлашади. Уларнинг бўйи 12 — 15 ёшлардаги соғлом қизлардан анча паст бўлади. Аввало бўйнинг тез ўсиши ва суяклар эпифизининг тез суякланиши кузатилади.

Адреногенитал синдром билан оғриган қиз болаларда суякланиш 12 ёшда (панжалардаги) тугаб, 16 ёшда эса суякланиш 23 ёшдагиларникига ўхшаб кетади. Бу касалликда остеогенез суякларнинг резорбциясидан юқори бўлади, соғлом қизларда бу жараён нормал (бир хил) кечади. Қиз болаларнинг тана тузилиши диспластик характерда: елкалари кенг, чаноғи тор, оёқ-қўллари калта, найсимон суяклари соғлом қизлар ва ҳатто аёлларникига нисбатан анча йўғон бўлади.

Вақтидан олдин бошланадиган жинсий тараққиёт баъзан жуда эрта (6 — 7 ёшдан) бошланади: эркаклик — иккиламчи жинсий белгилар вужудга келади (клитор катталашади, тук эркакларникига ўхшаб чиқади, овози йўғонлашиб, мускуллари кучи ошади). Аммо сут безлари ривожланмайди ва албатта, ҳайз ҳам кўрилмайди.

Адреногенитал синдромда 16— 18 ёшларда бачадон ҳажми анча кичик бўлиб, соғлом қизларникидан секин ўсади. Адроген кўп бўлишига қарамасдан, буйрак усти бези ажратган эстроген таъсирида бўлади.

Умумий гонадотропин ва ЛГ туғма адреногенитал синдромда ҳаётининг биринчи 10 йиллигида соғлом қизларникидан анча баланд бўлади. Электроэнцефалограмма бундай патологияда миянинг фаоллик ритмининг анча эрта шаклланганлигини кўрсатди.

Демак, қиз боланинг соматик тараққиёти церебрал структура фаоллигининг тезлашишидан ва адрогенларнинг анатомик таъсиридандир, деб талқин этилади.

Адреногенитал синдром билан оғриган беморларда 17-ҚСнинг концентрацияси анча юқори бўлади. 3 ёшдан 6 ёшгача 18 мг дан бир кунда (нормада 2,3 мг); 16 — 18 ёшда бир кунда 50 — 55 мг (нормада 7—8 мг).

Дифференциал ташхис: гермафродитизм вирилизация- га сабаб бўладиган буйрак усти безларидаги ўсмалар билан олиб борилади. Адреногенитал синдромнинг ха- рактерли белгиларидан — клиторнинг катталашishi, уро генитал синус, бачадон, тухумдон ва қиннинг борлиги, унинг уrogenитал синусга қараб очилганлиги, жинсий хроматиннинг мусбат бўлиши аёллар кариотипининг 46XX лиги, преднизолон ёки дексаметазон билан олиб борилган текширишда 17-ҚС ажралиши камайиб кетишиДир.

МУОЛАЖАСИ

Асосан АҚТГ (адренокортикотроп гормон) билан даволаш оддий вирилизацияда экскрецияни нормаллашти- ришга қаратилади. Бунда глюкокортикоидлардан фойда-

ланилади (гидрокортизон, преднизолон, преднизон ёки дексаметазон). Глюкокортикоидларнинг бир кунлик доза- си: 5 ёшгача — кортизон 20 — 30 мг, преднизолон 5 мг, дексаметазон 1 мг; 6— 12 ёшгача — худди шу тартибда 25 — 50 мг, 5, 7, 5: 2 мг; 12 — 18 ёшгача кортизон 50 — 100 мг, преднизолон 10 — 15 мг, дексаметазон 2 — 4 мг ни ташкил қилади. Даволаш натижасида тухумдоннинг эндоген секрецияси ошибгина қолмай, гипофизнинг гона- дотроп фаолияти ҳам нормаллашади. Даволашни қачон бошлашнинг аҳамияти катта. Уни 7 ёшдан бошлаш ижобий натижа беради.

Глюкокортикоидлар ўсиш ва суякланиш жараёни тезлигини камайтиради. Даволашни 10 ёшгача бошланган қизларда сут безлари катталашади, 12 — 15 ёшларда бошланган қизларда эса гипопластик ҳолича қолади.

Гипертрихоз камаяди, аммо бутунлай йўқолмайди. Хулоса шуки, даволанишни ўз вақтида бошлаш, туғма адреногенитал синдромининг кечиш жараёнида катта аҳа- миятга эгадир.

Ташқи жинсий аъзоларни операция йўли билан тиклаш 2 босқичда олиб борилади: 1-босқичда пенисга ўхшаган клиторни олиб ташлаш (аниқланган заҳоти олиб ташлаш бемор асабига салбий таъсир қилмайди);

2-босқич — қинга кириш жойини тиклаш, бу бола 10— 11 ёшга кирганида қилинади, чунки бу даврда даволаш натижасида тўқималар бирмунча юмшоқ тортган бўлади.

КЕЧИККАН ЖИНСИЙ ТАРАҚҚИЁТ ВА ЖИНСИЙ ЕТИШМОВЧИЛИК

Кечиккан жинсий етилиш деб, умуман 14 — 15 ёшдан кейин балоғатга етишга айтилади, агар шу ёшгача жинсий ^тилишнинг бирор хил белгилари сезилмаса, бу кечиккан жинсий тараққиёт бўлади.

Шаш Михаил ва б.қ.лар, Ковач — Лайош билан биргаликда қуйидаги тасниф (классификация) ни таклиф «.илишган:

- 1) идиопатик кеч етилиш;
- 2) гипоталамик кеч етилиш;
- 3) семирмасдан вужудга келадиган жинсий камчилик (инфантилизм);
- 4) семириш билан кечадиган жинсий етишмовчи- ликлар;
- 5) Лаигепсе — Мооп — ВтесП синдроми;
- 6) гипофизар — гипогонадизм паканалик (карлик- лик) билан кечадиган;
- 7) гипофизар жинсий етишмовчилик;
- 8) гипофизар-гипогонадотроп евнухоидизм;
- 9) гипофизар — гипогонадотропли, вақтинчалик евнухоидизм;
- 10) бирламчи гонадли жинсий етишмовчилик;
- 11) тухумдон агенезияси (Тернер синдроми);
- 12) жинсий безлар гипоплазияси;
- 13) жинсий безлар дисплазияси.

ИДИОПАТИК ТИПИДАГИ КЕЧ БАЛОҒАТГА ЕТИШ

Бу хилдаги патологик ҳолатнинг вужудга келиш механизми аниқ эмас. Бунда жасад ёриб кўрилганда гипоталамус ва ҳайз жараёнида иштирок этувчи бошқа эндокрин системаларда морфологик ўзгаришлар кўзга ташланмайди, шунинг учун бу турни идиопатик хил, деб юритилади.

Мабодо, қиз бола 17 — 18 ёшга кирганида ҳам жинсий тараққиёт белгилари кўринмаса, уни жуда диққат билан текшириш лозим бўлади.

Бўйнинг ўсиши, суякланиш ядроси ҳамда тананинг евнухоид мувозанати, яъни суякларнинг ўсишини текшириш йўли билан аниқлаш, унга ташхис қўйиш ва прогнозни аниқлаш катта аҳамиятга эга.

Қиз болаларда суякларнинг тараққий этиши 10 $\frac{1}{2}$ ёшдан бошланади. Бу ёшда жинсий тараққиёт билинмайди. Агар текшириш натижасида эндокрин безларда ҳайз кўриш жараёнига боғлиқ бўлган бирор-бир патологик ҳол кузатилса, Шаш Михаил ва Қовач — Лайошлар (1967) го- надотропин билан муолажа қилишни тавсия қиладилар. Буни амалга ошириш учун муолажа қуйидаги схема бўйича олиб борилади: Пролиферация циклига қараб, ҳар 3 кунда бир марта, 400 бирликда мускул орасигй гонадотропин (буқа қони зардобидан олинади) юборилади. Бу фолликулнинг етилишини таъминлайди. Қейинги 2 ҳафта

давомида ҳар 3 кунда 500 бирликда хорионгона- дотропин юборилади, бу сариқ танага таъсир кўрсатади, 2—3 ойдан кейин бу курс яна қайтарилади. Шундай даволаш усули ёрдамида менархега эришилади

ЖИНСИЙ ТАРАҚҚИЁТНИНГ СЕМИРИШ БИЛАН БЎЛАДИГАН ЕТИШМОВЧИЛИК СИНДРОМИ ҒКЕМСН

Бу касалликда клиник белги — гипоталамуснинг фао- лияти гонадотропиннинг ажралишига боғлиқлигидир. Бу ҳол ўғил болаларга нисбатан қиз болаларда кам учрайди. Клиник белгиларидан: беморнинг оёқ-қўллари узун, мускуллари ёмон тараққий этган, териси туксиз — духобасимон, ёнбош суяклари кенг бўлади, аммо улар ақлий тараққийдан орқада қолмайди.

ГИПОТАЛАМУС ФАОЛИЯТИ ТУФАЙЛИ ЖИНСИЙ ТАРАҚҚИЁТДАН ОРҚАДА ҚОЛИШ

Бу хилдаги жинсий етишмовчилик шу организмдаги оғир патологик жараённинг қисман бир кўринишидир. Бунда кўпроқ соматик ўзгаришлар кузатилади.

ЖИНСИЙ ТАРАҚҚИЁТНИНГ СЕМИРИШГА БОҒЛИҚ БЎЛМАГАН ҲОЛДА ОРҚАДА ҚОЛИШИ

Бу белгини биринчи марта 1944 йили АУПпз ва Flei8сЪшаплар аниқлаганлар. Бу синдром марказий асаб тизими ўсмаларида (краниофарингиома, гипотала- мусдаги глиомада) учрайди. Бундай беморлар кўпинча ўсишдан орқада қолиб, жинсий тараққий юз бермайди, мияда қуйидаги клиник белгилар бўлади: кўз нерви сўрғичининг шишиши, гемиплегия, битемпорал гемиа- нопсия ҳолати кузатилади. Бундан ташқари, гипотала- мик синдромлардан сийдикнинг қандсиз ажралиши, уйқучанлик, тана ҳароратининг кўтарилиши ва бошқа белгилар кузатилади. Аммо семириш юз бермайди, бу унинг асосий белгиларидан ҳисобланади. Эстроген ишлаб чиқарилмайди. Кольпоцитологик ҳолат атрофик характерни кўрсатади.

ХЕНДА — МЮЛЛЕР — КРИСЧЕН КАСАЛЛИГИ (КРАНИАЛ КСАНТОМОЗ)

Бу наслдан ўтадиган касаллик бўлиб, гипоталамус билан бош мия ва гипофизлар касаллиги ҳисобланади.

Аутосом-рецессив типдаги наслдан ўтадиган ка- саллик. Унинг белгилари: экзофтальм, қандсиз диабет, ксантоматоз, лимфа безларининг катталашуви, тана скелетидаги

кучли ўзгаришлар, бош суягининг юмшаб кетиши (гўё жуғрофия харитасига ўхшаб), суякларнинг тешилиши (рентгенда худди пона билан тешилганга ўхшаб кўринади), узун найсимон суякларда ва чаноқ суягида кистозли ўзгаришлар бўлиши.

Бемор бўйи паст (нанизм), жинсий инфантил, ҳайз кўрмайди ёки гипоменструал синдром кузатилади.

Даволаш: овқатланиш режими (парҳез), ёғли овқатлар эмаслик, рентгенотерапия. Ёмон натижаланади.

ГИПОФИЗАР-ГИПОГОНАДОТРОПНИНГ ЕВНУХОИДИЗМИ

Гонадотроп гормонининг етишмаслиги билан боғлиқ- дир. Гипофизнинг бошқа фаолияти бузилмагани ҳолда, абгепаксе нормал ҳолатда, 17- кетостероидлар ҳам шундай, қандни инсулин билан текшириш манфий бўлади. Бу фақат жинсий хроматин ва гонадотропинни текшириш йўли билан аниқланади. Жинсий тараққиётнинг кечикиши ҳар хил бўлиб, баъзи беморларда кўкрак беши гипоплазия- си ва умуман ҳайз кўрмаслик кузатилади. Айрим беморларда ҳайз ановулятор кўринишда кечади.

Касаллик этиологияси ҳозиргача тўлиқ ўрганилмаган.

ГИПОФИЗ ФАОЛИЯТИ ТУФАЙЛИ ГИПОГОНАДОТРОПНИНГ ВАҚТИНЧАЛИК ЕВНУХОИДИЗМИ

Оғир касаллик, хусусан, очлик, руҳий жароҳатланиш, қахексия натижасида юз беради. Бунга вақтинча гона- дотропин ишлаб чиқилмаслиги ҳам сабаб бўлиши мумкин. Бунда жинсий етишмовчиликнинг клиник кўриниши деярли кўринмайди. Тухумдон фаолияти вақтинча тўхтайд- ди. Гонадотропин бўлмаганлиги сабабли, ҳайз цикли бирмунча вақт издан чиқади. Агар асосий белгилар йўқотилса, мавжуд белгилар аста-секин нормаллашади.

XIII БОБ

ГИПОТАЛАМУС-ГИПОФИЗАР СИСТЕМАНИНГ ЗАРАРЛАНИШИДА УЧРАЙДИГАН КЛИНИК СИНДРОМЛАР

В. Шрейбер (1963) гипоталам-гипофизар синдромга хос бўлган қуйидаги клиник белгиларни кўрсатади: 1. Нейро- вегетатив. 2. Метаболик. 3. Психик. 4. Эндок- рин ҳолатининг ўзгаришидаги белгилар.

Бир қатор таснифлар борким (Д. Г. Шефер, 1962, В. Г.

Вогралик, 1964, В. Н. Грищенко, 1963), улар турлича талқин қилинади:

В. Н. Грищенко, (1963) бўйича:

- 1) нейроэндокрин формаси;
- 2) нейроатрофик формаси;
- 3) вегетатив-томирлар формаси;

4) диэнцефал эпилепсия;

5) мускул—дистрофик формаси;

6) уйқу ва уйғоқлик ҳолатининг бузилиши.

Диэнцефал соҳа фаолияти билан боғлиқ бўлган нейроэндокрин касалликлар:

А) . 1) гипопитуитар синдром;

2) бўй ўсишидаги патология;

3) Иценко — Кушинг касаллиги;

4) гипоталамик (нейро — эндокрин) семириш;

5) Барракер — Симонс синдроми;

6) Деркум касаллиги;

7) адипозо-генитал дистрофия;

8) Лауренс-М.ун-Барде-Бидл синдроми;

9) гипермускюляр липодистрофия;

10) Морганьи-Морель-Стюарт синдроми.

В) . Гипоталамо-нейрогипофизар касалликлар:

1) қандсиз диабет;

2) гипергидропексик синдром (Пархон синд- роми).

ГИПОПИТУИТАР СИНДРОМ. СИММЕНДС КАСАЛЛИГИ

Бу турдаги синдром гипофиз ва гипоталамуснинг зарарланиши натижасида вужудга келади. Улар қуйида- гича таснифланади:

1. Аденогипофиз фаолияти бузилганида болаларда учрайдиган гипопитуитаризм синдроми;

а) бўй ўсиш патологияси;

б) жинсий тараққиётнинг орқада қолиши;

в) аденогипофизар дистрофия — семириб кетиш ёки кахексия.

Болаларда гипопитуитар синдромнинг вужудга кели- шига турли соматик инфекцион касалликлар, жароҳатла- ниш, туғруқ жараёнидаги шикастланишлар, туғруқдан олдинги патологик ҳоллар сабаб бўлади.

ЭТИОЛОГИЯСИ

Гипопитуитаризмга аденогипофиздаги инфаркт, не- кроз,

қон қуйилиши, эмболия, тромбозлар, интоксикация ва турли инфекциялар сабаб бўлиши мумкин.

Шунингдек диэнцефал соҳадаги яллиғланиш, дегене- ратив жараён, қон томирларидаги ўзгаришлар ва турли ўсмалар унинг келиб чиқишига ҳисса қўшади.

ПАТОЛОГИК АНАТОМИЯСИ

Бу касалликда морфологик ўзгариш гипофиз атрофия- си ва без элементларининг бириктирувчи тўқимага айланиши билан ифодаланади. Қасалликда паренхиматоз аъзоларда атрофия ҳолатини кўриш мумкин (спланхио- микрия). Тери сатҳида бир қатор патологик ҳолатлар (склеродермия), тер ва ёғ безларида, сочлар пиёзида ҳамда тери остидаги ёғ қатламида ҳам ўзгаришлар кузатилади, скелет мускуллари атрофияси, орқа мияда ёғли ўзгаришлар (жировое перерождение) юз беради. Буйрак усти ва бўқоқ бези ҳамда жинсий безларда атрофик ҳолат рўй беради.

КЛИНИК КЕЧИШИ

Бемор жуда озиб кетади, барвақт қарийди, модда алмашинувининг атрофик бузилиши, спланхиомикррия, инкретор безлар фаолиятининг бузилиши ва шу каби ўзгаришлар кузатилади. Кўп учрайдиган белгилардан озиб кетиш (Эндокринология, 1973., Алёшина). Тери ости ёғ қатлами атрофияга учраб, боланинг кўз косаси ичига ботиб киради, сочлари синувчан, туси хира бў- либ, асл рангини йўқотади, баъзан қоши ҳам тўкилиб кетиши мумкин. Пастки жағ атрофияга учрайди (қариларникига ўхшаб), териси шалпайиб, ажин босган, рангсиз ёки ер рангида ва қуруқ бўлади. Кўпинча бемор тана оғирлигини бир ойда 3 — 6 кг га, баъзан 20 — 25 кг гача йўқотади. Бемор скелетга ўхшаб қолади, қимирламай ётади. Ички аъзолар ҳажми ҳам кичиклашади, эпикардда, буйрак соҳасида ёғ қолмайди, суяқларда диффуз ҳолатда декальцинация ҳолати рўй бериб, бемор суяқларида оғриқ сезади, остеопороз кузатилади.

Юрак уриши секин, брадикардияга хос бўлади, артериал гипотония ва коллапс ҳолати ҳам юз бериши мумкин. Ошқозон- ичак фаолияти бузилади, яъни иш- таҳа пасайиб, анорексия юз беради, қусиш, баъзан қабзият ҳолати кузатилиб, қорин соҳасида кучли оғриқ пайдо бўлиши мумкин, уларда ичаклар атонияси кузати- лади.

Жинсий аъзолардаги анатомик ўзгаришлар, хусусан, бошланиб келаётган иккиламчи ижобий белгилар камаяди ёки

бутунлай тўхтайди. Оғир гипогликемик коматоз ҳолат юя беради.

МУОЛАЖАСИ

Даволаш этиологик омилларга қараб белгиланади Агар ўсма аденогипофизда бўлса, уни олиб ташлаш ёкн рентген нури билан даволаш мумкин бўлади.

Энцефалитбилан оғриган болалар асаб касалликлари ни даволайдиган врачлар назорати остида бўлиш тавсия этилади. Шунингдек етишмаган гормонлар ўрнини босади ган препаратлардан фойдаланилади. Булардан: кортизон, 15 — 25 мг дан, дезоксикортикостерон, кунига 0,5 — 2 мг дан, ҳафтада 2 — 3 марта, тиреоидиндан 0,05 — 0,03 мг, тестостеронпропионатдан 10 — 25 мг дан ҳафтада 2 — 3 марта берилади.

Юқорида кўрсатиб ўтилган препаратлар катталарга мўлжалланган бўлиб, болаларга уларнинг ёши, умумий аҳволи эътиборга олиниб, керакли доза белгиланади.

Бу препаратлардан ташқари, префизон ҳам яхши фойда беради. Уни аввал 5 — 7 кун давомида, кейин кун ора буюрилиб, умумий курси 30 та уколдан иборат. Беморга унинг умумий аҳволини яхшилайдиган даво чоралари (овқат рациони, витаминлар, умумий қувватни оширувчи препаратлар)ни қўллаш керак. Қон ишлаб чиқарилишини яхшиловчи темир препаратлари, фоли кислотаси, виУаминлардан В12 ларни буюриш лозим. Беморнинг иштаҳасини очиш мақсадида инсулин ишлатиш ман қилинади. Акс ҳолда оғир гипогликемия ҳолати кузатилиши мумкин.

Гипотиреозда тиреотроп гормони, кейинчалик кам- рок дозада тиреоидин (катталарга 0,01—0,03 г дан) берилади.

Биз юқорида фақат болаларга хос бўлган патологик ҳолатлар устида сўз юритдик.

XIV БОБ

ЖИНСИЙ ТАРАҚҚИЁТНИНГ БЎЛМАСЛИГИ

Бу патология гонадаларнинг дискинезияси оқибатида рўй бериб, жинсий безлар тараққиётида турли нуқсонлар туфайли, ҳаттобаъзан тухумдон тўқимаси бўлмаслиги ҳам мумкин. Бу хромосомадаги нуқсонларга боғлиқдир.

Гонадаларнинг дискинезиясига сабаб, ҳомила ҳали она қорнидалигида, яъни эмбриогенез вақтида она организми- га зарарли омиллар, асосан интоксикация, инфекция ва бошқаларнинг салбий таъсирига боғлиқ бўлади.

Гонад тўқима жуда сезгир бўлиб, салбий омиллар уни зарарлайди ва ҳалокатга учратади, оқибатда у қўшимча тўқимага айланади. Буни баъзилар бачадон ичида ҳомиланинг емирилиши, деб талқин қиладилар.

Кўп муаллифларнинг олиб борган тадқиқотларига қараганда гонада дискинезиясида 80 % беморларда жинсий хроматин ёки мезоцин бўлмайди. Бундан ташқари, уларда хромосом йиғиндиси ҳам тўлиқ бўлмайди (46 та ўрнига 45 та).

Шундай қилиб, гонадалар тараққиёти жараёнида жинсий хромосомаларнинг эмбриогенез даврида бўлин-маслиги натижасида уларнинг дисгенезияси кузатилади.

ГОНАДАЛАР ДИСГЕНЕЗИЯСИ

Баъзан тухумдон тўқимасининг бутунлай бўлмаслиги (гонада аплазияси) ҳам учрайди. Гонадалар дисгенезия-сида аменорея ҳолати кўп учрайди (Козег ва б.қ.лар). ЛеЙсоале бўйича (1962) 30 — 43 % гача бўлган бирламчи аменорея гонада аномалиясига боғлиқ экан.

ЭТИОЛОГИЯСИ ВА ПАТОГЕНЕЗИ

Бу турдаги патология хромосомалар аномалиясига боғлиқ бўлади. Гонада дисгенезиясининг вужудга келиши-га она организмига салбий таъсир қиладиган омиллар — инфекция ва интоксикациялардир деб, талқин қилинади. Бу ҳолат асосан жинсий безларнинг шаклланиш даврига тўғри келади.

Кўпгина муаллифларнинг фикрича, гонада дисгенезия-сига асосий сабаб, токсик таъсирлардан ташқари, хромо-сомалардаги нуқсонлар ҳамдир.

Жинсий хроматин бўлмаганда жинсий хромосома текширилади. Хромосомалар йиғиндиси ХО тўла бўлмаганлиги билинади (46 та хромосома ўрнига 45 та бўлади). Хромосома йиғиндисининг нотўғри бўлиши унинг мейоз жараёнида бўлинмаслиги ёки эркак ҳамда аёл уруғи ва тухумининг қўшилиши жараёнидаги анафаз бўлинишида бирортасининг тушиб қолишидандир. Гонада дисгенезия-сида онада биттагина бўлган жинсий хромосом Х дан турли ҳолатларни, хусусан, ранг кўрлик белгиси кузатилиб, бу фақат онада бўлади. Шундай қилиб, она томонидан жинсий хромосомаларнинг бўлинмаслиги тараққиётни овогенез ва сперматогенезнинг эрта муддатда уларнинг дифференция қилиш вақтида тўхташи гонада дисгенезия-сига олиб келади.

Гонада дисгенезиясида «тухумдон» томонидан гонадотропинга жавоб реакцияси бўлмагани натижасида компенсатор равишда гонадотропин ишлаб чиқариш жараёни

кучаяди. Аммо ҳамма беморларда гонадотропин концентрацияси юқори бўлмай, уларнинг 20 % да гона- дотропин нормал ёки пасайган қолатда бўлади.

Баъзи бир беморларда ирсий — туғма ҳолат, гипофиз фаолиятининг етарли бўлмаслиги, унинг фаолиятининг тез суствлашиши, натижада, гормоннинг доимий етишмаслик ҳолати сезилади.

КЛИНИКАСИ

Клиникада гонада дисгенезиясининг 3 та синдроми кузатилади:

- 1) Шерешевский — Тернер синдроми;
- 2) гонада дисгенезиясининг «тоза» формаси;
- 3) аралаш формаси.

Ҳозиргача гонада дисгенезиясининг турли клиник шакллрининг сабаблари аниқланган эмас.

Те(ег (1968), Шерешевский — Тернер синдроми гене- тик аномалиялар йиғиндиси бўлиб, улардаги айрим тўқималарнинг тараққий қилиш қобилиятининг бўлмасли- ги (мезодермал қаватлардан бошланғич мускул ва терининг эмбрионал даврда зарарланиши), «тоза» форма- си эса мускул, суяк ва бошқа системаларнинг нормал тараққий этишида гонадаларнинг чегараланган зарарла- нишидандир. Аралаш шаклида ҳар икки шаклнинг белгилари бўлиши мумкин.

ГОНАДАЛАР ДИСГЕНЕЗИЯСИНИНГ «ТОЗА» ФОРМАСИ

Биринчи маротаба 8\уауег томонидан 1955 йили гонадалар дисгенезиясининг тоза формаси ёзилган. Бунда жинсий тараққиёт жуда ҳам орқада қолсада, соматик нуқсонлар учрамайди. Одатда бундай беморларнинг бўйлари нормал ёки баланд бўлиб, гавда тузилиши ҳам аёлларга хос бўлади (аёллар фенотипи).

Е. А. Кириллова ва б.қ.ларнинг кузатишиларича, 12 бемордан 7 тасининг бўйи 162 см дан баланд бўлган. Тана тузилиши диспластик характерда, баъзиларида тана тузилиши интерсексуал ҳолатда (кўкрак қафасининг айланаси катталашган, чаноқ ўлчовлари бироз камайган, яна бошқаларининг тана тузилиши евнухоид типиди, чаноқнинг кўндаланг ўлчови жуда камайиб кетган, оёқлар узунлашган ҳолни кузатиш мумкин) бўлади. Бу бе- морларда сут безининг бутунлай бўлмаслиги ёки жуда кам тараққий этганлиги, қўлтик ости ва ташқи жинсий аъзолар соҳасида тукларнинг кам бўлиши, бадан ваташқи жинсий аъзоларнинг яхши тараққий қилмаганлиги кўзга аниқ ташланади. Қин суртмасида атрофияга учраган хужайралар учрайди, соматик нуқсонлар бўлмайди.

Буларнинг суяк системасида Шерешевский — Тернер нуқсонлари кузатилмайди. 17-ҚС нормал ҳолатда, гипо- физнинг гонадотроп фаолияти юқори даражада бўлади.

Нормал ҳайз кўрадиган аёллардагина тестостерон концентрацияси бўлади. Жинсий хроматин кўп ҳолларда камайган, баъзан нормал бўлиши ҳам мумкин.

Қорин деворини очиб кўрганда ички жинсий аъзолар аёлларниқига хос (бачадон ва найчалари бор), тухумдон ўрнида ингичка оқимтир, узун тўқимани кўриш мумкин, унинг морфологик кўриниши Шерешевский — Тернер синдромига ўхшаб кетади.

ГОНАДА ДИСГЕНЕЗИЯСИНИНГ АРАЛАШ ФОРМАСИ

Бу хил формани дастлаб зокуа! (1965) ажратган. Бундай беморларда аёллар фенотиби (камдан-кам эркеклар фенотиби учради) кўзга ташланади. Жинсий хроматин салбий, ташқи жинсий аъзолар аёлларга хос бўлиб, қин ва бачадон бўлади. Тухумдон ўрнида бир томонда кўшимча тўқимали гонада рудименти, иккинчи томонда дисгенетик эркек уруғдони бўлади. Чин гермафродитизмдан гонада дисгенезиясининг аралаш формасиовариал ва тестикуляр элементлар борлиги билан фарк қилади.

Гонада дисгенезиясининг аралаш формасида бемор, одатда, баланд бўйли бўлиб, сут безлари бўлмайди. Ташқи жинсий аъзолар ва қўлтиқ ости туклари кўп бўлади. Баъзан гипертрихоз кузатилиб, беморларнинг товуши паст бўлади, соматик нуқсонлар учрамайди.

Жинсий хроматин бўлмаган беморларда цитогенетик текширишда кариотиплардан ХО (XX ёки XV) аниқланади. Қорин деворини очиб қараганда бачадон найчаларининг яхши тараққий этмаганлиги, (баъзан фақат бир томонда), гонадалардан бири рудимент ҳолатда бўлиб, оқимтир бириктирувчи тўқима, иккинчи томонида овал ёки думалоқ формадаги эркек уруғдони элементлари топилади.

Гонада дисгенезиясининг аралаш формасида ўсмалар ҳосил бўлиши, хусусан, кўпроқ гонадатомалар (жинсий зеНоН ва Лейдигнинг интерстициал хужайралари гонадобластомадап ташкил топган) типидagi ўсмалар учрайдиган Агар иккинчи томондаги эркек уруғдонидa ўсма вужудга келса, клиторнинг билинадиган даражадаги гипертрофияси, вирилизация, тана тузилишининг эркекка ўхшаб кетиши ва ҳоказолар учрайди. Агар ўсма борлиги аниқланса, албатта лапаротомия қилиш зарур. Гонада соҳасида шакли нотўғри, конституцияси бир хил бўлмаган ҳолат топилса, унда ўсма билан биргаликда бачадонни ҳам олиб ташланади.

ГОНАДА ДИСГЕНЕЗИЯСИНИНГ ТАШХИСИ

Ташхис қўйиш. Бирламчи тухумдон фаолиятининг етишмовчилиги, бўйнинг пастлиги каби характерли нуқсонларни аниқлаш йўли билан олиб борилади.

Тана вазни енгил, оёқ-қўллари шишган янги туғилган ва эмизикли болаларга гонада дисгенезияси ташхисини қўйиш осон.

Яна, ташқи жинсий хроматиннинг салбий бўлиши (агар бемор хроматини ижобий бўлмаса) ҳам ташхис қўйишга ёрдам беради. ГТГ (50 бирликдан ортиқ) анча юқори бўлса, бу ҳам гонада дисгенезияси мавжудлигини тасдиқлайди. Балоғат ёшидаги ёки балоғатга етганларга ташхис қўйиш унчалик қийинчилик туғдирмайди. Бунинг учун бирламчи ва иккиламчи жинсий белгиларнинг бўлмаслиги, ривожланишдаги характерли нуқсонлар ҳам- да жинсий хроматиннинг бўлмаслиги, ГТГ концентрация- сининг юқори бўлиши, бўйнинг «тоза» шаклида, нормал бўлиши, тараққиётда соматик нуқсонларнинг бўлмаслиги, жинсий хроматин ва гонадотроп гормонларни аниқлаш пневмоперитонеум ва гинекография қилиш ёрдамида тухумдон ўрнидаги жойни топиш йўли билан ҳам гонада дисгенезияси аниқланади.

ШЕРЕШЕВСКИЙ — ТЕРНЕР СИНДРОМИ

Бу турдаги патологик ҳолат биринчи маротаба, Н. А. Шерешевский томонидан ёзиб қолдирилган. Бундай болаларнинг тана оғирлиги енгил, оёқ-қўллари шишган (Бонневи — Ульрих синдроми) бўлади. Улар секин ўсади. Катта бўлганларида эса уларнинг оғирлиги 120 — 140 кг бўлади. Л. Г. Тумиловичнинг фикрича (1970), бу шу ёшдаги болаларнинг 55 % ини ташкил қилар экан.

Бундай беморларнинг кўкрак қафаси бочкасимон, сут безларининг сўрғичлари бир-бирларидан узоқ жойлашган, бўйни калта, бўйнидаги тери кўпинча буришган бўлиб, тирсак ва тизза бўғимлари вальгусли девиация кўриниши- да, қон томирларида кўпинча нуқсонлар бўлади, хусусан, аортанинг торайган бўлиши, птоз, эпикантус, ғилайлик, кулоқларнинг паст жойлашганлиги, танглайнинг баланд, бўйин сочлари чегарасининг анча пастда бўлиши, синдак- тилия, булутсимон суякларда ҳамда чаноқ суягида, орқа умуртқа, бош ва эпифизда остеопарез ҳолатини кўриш мумкин бўлади.

Балоғатга етиш даврида беморларда иккиламчи жинсий белгилар вужудга келмайди. Сут безлари ҳам бўлмайди, қўлтиқ ости, қов суяги ва ташқи жинсий аъзолар устидаги туклар ҳам жуда кам бўлади. Қиннинг шиллиқ қавати юпқа, ялтироқ бўлади, бачадон ва қин кам тараққий қилган бўлиб, қин суртмасида

атрофик хужайра- лар бўлади. Бачадон шиллик қавати кириб кўрилганида атрофик ҳолат кўзга чалинади. Қирилганда ҳеч нарса олинмайди.

Илмий адабиётларда ёзилишича, Тернер синдроми билан оғриган беморларда маскулинизация ҳолати учрай- ди, клитор гипертрофияси ва тукларнинг эркакларникидек чиқиши ҳолати кузатилади. Кўпчилик беморларда жинсий хроматин бўлмайди. Гонада дисгенезиясининг етакчи белгиларидан бири аменореядир. Лаборатория текши- рувларидан сийдикда гонадотроп гормоннинг ФСГ ҳисоби- га анча юқори бўлиши (60 дан 400 бирликкача — текшириш усулига қараб) аниқланган.

Эркакларнинг генетик ҳолати патолого анатомик текширилганда қуйидагича: бачадон ва найларнинг тўғри шакли кузатилиб, тухумдон ўрнига эркак гонадасининг рудимент ҳолати кўринади. Баъзан бачадон ва найчалар ўрнида Нис1и5 тезоперйпсиз нинг рудимент шакли кўзга ташланади. Айрим ҳолларда бачадон бўлмайди, ргчсиз- нинг 2 та ипи найчаларни эслатади. Бу ипларнинг ёнида гонаданингок, ингичка бириктирувчи тўқимаси кўринади.

ПУБЕРТАТ ЁШИДА ҲАЙЗ ЦИКЛИНИНГ БУЗИЛИШИ

Маълумки, ҳайз жараёни бачадоннинг чегараланган фаолияти бўлиб қолмай, умуман организмнинг мураккаб физиологик жараёнидир.

Ҳайз циклининг қандай кечиши аёлнинг ёшига, жисмоний тараққиёт даражасига, оилавий ва хизмат шароитига, атроф- муҳитга, иқлимга, овқатланишга ва асабий омилларга боғлиқдир. Шунингдек ўткир ва сурункали инфекцион касалликлар, заҳарланиш, нурла- ниш ҳам ҳайз циклига таъсир қилувчи омилларга киради.

Ҳайз циклининг издан чиқишида, жинсий аъзолардаги патологик ҳолатларни ҳам назарда тутиш лозим бўлади.

Пубертат ёшида ҳайз циклининг бузилиши, бу ёшдаги ўткинчи, патологик ҳолатларга боғлиқ бўлади.

Маълумки, қиз болаларда ҳайз цикли уларнинг организми ҳали тўла етилмаган жараёнида бошланади. Марказий асабтизимидаги рефлексор боғланиш ҳали тўла йўлга қўйилмаган, эндокрин система (гипофиз, тухумдон, буйрак усти бези ва бўқоқ бези) ҳали турғун фаолиятга эга бўлмаган, шунингдек, бачадоннинг рецептор ва без аппаратлари фаолият жиҳатидан тўлиқ етилмаган бўлади. Шунинг учун турли зарарли омиллар ҳайзни жуда осонлик билан издан чиқариб юбориши мумкин.

Е. И. Гуревич ҳайзнинг издан чиқишини нейро- эндокрин система ҳолати билан боғлиқ деб изоҳлайди.

Пубертат ёшидаги қизларда ҳайз циклининг бузили- шини И. И. Бочаров 3 турга бўлади:

1. Ҳайзнинг бўлмаслиги (аменорея), кам бўлиши — гипоменорея.

2. Ўсмирлик ёшидаги қон кетиши.

3. Ҳайзнинг оғриқли бўлиши.

Юқорида қайд этилган омиллар ҳайзнинг кўринишда- ги шу хилларининг келиб чиқишига сабаб бўлиши мумкин.

ҲАЙЗНИНГ БЎЛМАСЛИГИ (АМЕНОРЕЯ)

Аменорея грекча сўз бўлиб, «а» бўлмаслиги, мен — «ой» ва «оқиши» демакдир.

Аменорея 2 турга бўлинади:

а) физиологик; б) патологик.

Физиологик аменорея қиз болаларнинг жинсий та- раққиётга етгунча бўлган даврида ҳайз кўрмаслигидир. Болалик ёшидаги аменорея (жинсий тараққиёт давригача бўлган аменореяда) тухумдондаги бошланғич фолли- кулларнинг тўлик етишмаслиги, бачадон шиллиқ пардаси- да шу туфайли ҳайзга тайёргарлик бўлмаслиги (пролифе- рация ва секреция жараёни) натижасида рўй беради. Қиз боланинг умумий эндокрин системаси ҳайз циклини вужудга келтиришга қодир бўлмайди.

Аменореянинг яна икки тури бор:

1) бирламчи аменорея, 2) иккиламчи аменорея.

Бирламчи аменорея ўз навбатида а) чин ва б) ёлғон турларга бўлинади. .

Бирламчи аменореянинг ёлғон турида бачадон ва тухумдонда циклик жараён кузатилиб, аммо ҳайз қони ташқарига чиқмайди. Бу ҳолат жинсий аъзолардаги бир қатор нуқсонларда (қизлик пардаси, бачадон бўйнининг берк (атрезия) бўлишида, киннинг бирор қисмининг чандиқлар туфайли бекилиб қолишида кузатилади. Бунда ҳайз қони механик тўсиқлар туфайли ташқарига чиқа олмайди.

Бирламчи чин аменорея организмдаги чуқур ўзга- ришлар натижасида юз бериши мумкин. Жойли омилларга фақат қизлик пардасининг ва киннинг битов эканлигигина эмас, балки жинсий аъзоларнинг бошқа қисмларидаги патрлогик жараён, хусусан, эмбрионал тараққиётдаги нуқсонлар, бачадоннинг бўлмаслиги ҳам сабаб бўлиши мумкин. Бундан ташқари, аменорея эндокрин система, жинсий безларнинг фаолиятига ҳам боғлиқ бўлади. Бу сўнгги патологик ҳол кам учраб, асосан туғма бўлади.

Бирламчи чин аменореяга қиз бола кичиклигида оғир сурункали ва ўткир инфекцион касалликлар билан оғриган бўлса, алиментар кахексия, руҳий жароҳатланиш (қиз боланинг айниқса балоғатга етиш даврида) сабаб бўлади.

МУОЛАЖАСИ

Бирламчи чин аменореяни даволаш анча мураккаб бўлиб, жинсий аъзолардаги нуқсонларни ҳар до*им ҳам тузатиш мумкин бўлавермайди.

Эндокрин системадаги нуқсонларни гормонлар ёрдамида даволашда камдан-кам ҳолларда ютуққа эришиш мумкин.

Бирламчи ёлгон аменореяни даволаш эса унчалик кийинчилик туғдирмайди. Бунда қин, бачадон бўйни ва қизлик пардасидаги битовлар жарроҳлик йўли билан даволанади.

ЛЕРЕНС-МУН-БИДЛ СИНДРОМИДА БИРЛАМЧИ АМЕНОРЕЯ

ЭТИОЛОГИЯСИ ВА ПАТОГЕНЕЗИ

Касаллик асосан наслдан-наслга ўтади. Бунда геннинг бир қатор нуқсонлари кўзга ташланади. Патогенетик кузатишда гипоталамус ядросининг дегенератив ўзгаргани, ганглиоз хужайраларнинг камайганлиги, уларнинг ўрнига глиа хужайралари ўсганлиги маълум бўлади.

Клиник кўриниши адипозогенитал дистрофияга ўхшаб кетади, беморнинг ақлдан озиши, ҳатто бутунлай эсини йўқотиб қўйиши, ва яна бир қанча нуқсонлар (гетерология, амблиопия, кўрлик, полидактилия, синдактилия, тилнинг калта бўлиши, орқа чиқарув тешигининг берк бўлиши ва ҳ.к.лар) кузатилади.

МУОЛАЖАСИ

Овқатланиш тартибига риоя қилиш, ёғли таомларни чегаралаш, рентген нурлари билан даволаш. Қасаллик — оқибати ёмон.

ҚИЗ БОЛАЛАРДА ҲАЙЗНИНГ БОШЛАНИШИ ВА КЕЧИШИ, ҲАЙЗНИНГ ОҒРИҚЛИ БЎЛИШИ (АЛЬГОМЕНОРЕЯ, АЛЬГОДИСМЕНОРЕЯ).

Ҳайз кўриш физиологик жараён бўлишига қарамай, баъзи ҳолларда қиз болалар биринчи ҳайз бошланишида, қорин пастида, думғаза, дум суяги соҳасидаги оғриқдан шикоят қиладилар. Айрим қизлар ҳайз кўришдан 1 — 2 кун олдин ланжлик, кўнгил айнаши, сезгирликнинг ошиши, баъзи ҳидларни, ҳеч кимни ёқтирмай қолиш, кўк-рак безининг тўлишиб оғриши, қорин деворининг пастки қисми кўпчиганидан шикоят қиладилар (ҳайз олди синдроми). Бу ҳолатни Р. Р. Макаров — вегетатив невроз ҳолати бўлиб,

гормонлар таъсирида шу ҳайз кўриш олдидан ча- ноқ ичидаги органларнинг қон билан тўлишишидир, деб тушунтиради. Бу синдром баъзи қизларда балоғатга етиб бўлганидан кейин ҳам давом этиши мумкин.

Баъзан, ҳайзнинг оғриқли бўлиши жинсий аъзоларда- ги патологик ҳолатдангина бўлмай, балки умумий асаб тизимининг фаолиятига ҳам боғлиқ бўлади. Яъни қиз бола ҳайз кўриш нималигини ҳали билмаган, у билан она ёки ўзидан катталар бу борада ҳеч қандай суҳбат олиб бормаган бўлади. Шунинг учун қиз бола ҳайз кўриши билан ёки кўриши олдидан бўладиган озгина оғриқдан ваҳимага тушиши мумкин. Шунинг учун врачлар бундай беморларга айниқса алоҳида аҳамият беришлари лозим. Врач томонидан беҳосдан айтилган арзимаган бирор сўз ҳам болага ёмон таъсир қилиш мумкин.

Ҳайз кўрган вақтда кузатиладиган оғриқ сабаблари куйидагича:

1. Яллиғланиш — агар қиз боланинг жинсий аъзолари- дан бирор қисмида яллиғланиш жараёни бўлса, ўшандан қолган асоратлар туфайли (чандиқлар туфайли ҳам);

2. Вегетатив асаб тизимининг парасимпатик бўлими- нинг кўзғалиш хусусиятининг ошиши юз беради. Бу ҳол одатда, бачадон мускуллари қисқаришининг ошиши, бачадоннинг кучли қисқариши унинг нерв учларига таъсир қилиб, оғриқ бўлишига сабаб бўлади.

Р. Шредернинг айтишича, нерв системасининг бу ҳолати бошқа бир қатор клиник белгилар билан, хусусан, кўп терлаш, ошқозон безларидан кўп секрет ажралиши, юрак уриши, эозинофилия, тупук ажралиши билан бирга кечиши ҳам мумкин экан.

3. Жинсий аъзоларнинг яхши тараққий этмаганлиги- да— инфантилизмда ҳам оғриқ бўлади. Гипопластик (яхши тараққий қилмаган) бачадон, суст тараққий қилган мускул қавати ва унинг оралиғига жойлашган оралик тўқима шу қаватнинг анча зичлиги, шунга кўра, чўзилиш қобилиятининг суст бўлиши, натижада ҳайз кўриш жараёнида яхши кенгая олмасликка ва ўз навбатида оғриққа сабаб бўлади. Кўпинча бачадон инфантилизмда тухумдоннинг тўла етилмаганлиги ҳам кузатилади.

4. Эндометриоз — бу патологик ҳолат қиз болаларда ҳам учраши мумкин. Баъзи муаллифлар, бунини ҳомила тараққиётида бачадон шиллиқ қавати ташқарида бошқа қаватларга жойлашиб қолишидан, деб ҳисоблайдилар. Эндометриоз бошқа ҳолларда ҳам қиз болаларда пайдо бўлиши мумкин. Булардан қиз бола ҳайз кўрганида, ҳайз қони бачадон шиллиқ пардаси билан найчага, тухумдон, бачадон бўйни орқаси, орқа гумбаз соҳасига ўтиб жойлашиши мумкин. Бунда менархедан кейинги ҳайз кўришда найчалар ҳамда

лимфа томирлари орқали бачадон ичидан бошқа қисмларга тарқалган шиллиқ парда ҳам организмдаги гормонлар таъсирида ҳайз жараёнига тайёрланиб, қиз бола ҳайз кўрганида шу шиллиқ пардада ҳам бачадон шиллиқ қаватида бўладиган ҳол кузатилади (пролиферация ва эксудация). Кейин бачадон шиллиқ қаватининг функционал қавати кўчиб, қон ажралади. Бачадондан ажралиб чиққан ҳайз қони қин орқали ташқарига чиқади, аммо бошқа қисмлардаги ҳайз қони шу жойларга йиғила боради, суюқ қисми ташқарига чиқиб, қуюқ қисми қолади. Шу йўсинда келгуси ҳайзда ҳам бу жараён қайталаниб, ҳайз массаси кўпая бориши натижасида оғриқ кучая боради.

В. П. Баскаков, эндометриоз бутун аъзо ва система-ларга тарқалиши мумкинлигини, шунинг учун бу жараённинг кечишини барча тиббиёт мутахассислари пухта билиши шарт, деб (ички касалликлар, нерв касалликлари, кўз-қулоқ-бурун касалликлари врачлари, рентгенологлар ва бошқалар) уқтиради.

Бизнинг фикримизча, болалар врачлари, болалар ва ўсмирлар гинекологлари ҳам бу касалликларни яхши ўрганишларини лозим.

5. Пардали альгодисменорея.

Р. Шредернинг фикрича, бу хилдаги патологик ҳолатда бачадон кучли қисқариб пластинкали зич тўқимани сиқиб чиқаришга уриниши кузатилади. Бунда шиллиқ қаватнинг бир қисми ажралади ва зич ёпилган бошқа бир қисми эса [ажралмайди. Ана шунда бачадон кучли қисқаради ва натижада оғриқ сезилади. Р. Шредер буни гормонал муовзанатнинг бузилиши, гиперфолликулинемиядан деб қисоблайди. Маълумки, фолликулин кўп бўлса, унинг I таъсирида бачадон кучли қисқариб, натижада оғриқ бошланади.

6. Р. Шредернинг айтишича, ҳайзнинг оғриқли бўлишига рефлектор невроз сабаб бўлар экан. Бу ҳолни 'у «бурун» дисменореяси, деб атайди.

Жинсий аъзолар ва буруннинг пастки тоғайи ҳамда унинг тўсиғининг шиллиқ пардасида маълум даражада рефлектор ва улар орасида алоқа бўлади. Агар бурун шиллиқ қавати китикланса, томоқ соҳасида тиришиш, йўтал, ҳамда бошқа ҳолатлар юз беради ва бу аъзолар таъсирланади. Бунга бачадон ҳам тааллуқлидир. Агар Е бурун пардасининг бирор қисмига кокаин суртилса, ҳайз I оғриғи анча босилади.

7. Ҳайзда оғриқ бўлишининг сабабларидан яна бири — | бачадоннинг нотўғри ҳолатидир. Одатда, бачадон ўқи ча-> ноқ ўқи бўйлаб жойлашган бўлиб, ўзининг туби ва танаси > билан қов томонга бироз эгилган (ап!еПех!о) ва оғган (ап!еуегз!о) ҳолатда бўлиб, танаси билан бўйин чегараси- I да эгилиши 45° га тенг бўлади. Баъзи ҳолларда бачадон ҳаддан

ташқари олдинга эгилган ва оғган (пурегап1еГ- 1ех1о) бўлади. Кўпчиликнинг айтишича, қорин бўшлиғида I босимнинг ошиши (қиз бола кичиклигида оғир жисмоний | меҳнат билан шуғулланган бўлса ва ҳ.к.лар) натижасида I бачадон ҳаддан зиёд ташқи томонга эгилиб қолади.

| . Булардан ташқари, бачадоннинг орқага (думғаза I соҳасига) эгилиб қолишига турли яллиғланиш жараёни- » ри сабаб бўлади. Бунда ҳайз қонини сиқиб чиқариш учун I бачадондан кўпроқ куч талаб қилинади, шунинг учун I у кучлироқ қисқара бошлайди, натижада оғриқ бошла- нади.

Шундай қилиб, биз ҳайз жараёнининг оғриқли I бўлишига олиб келадиган бир қатор омилларни кўриб чиқдик. Бундан шундай хулоса чиқадики, оғриқнинг келиб чиқиш сабаблари талайгина экан. Юқоридаги ҳолларни ҳисобга олган ҳолда, ҳайз жараёни оғриқли кечадиган қизларни ҳар томонлама чуқурроқ текширувдан ўтказиш лозим. Сабаби аниқланилгач, муолажа тайинланади. Одатда, оғриқни қолдиришда тўғри ичак орқали оғриқни қолдирадиган препарат шамчалари ишлатилади. Бундан ташқари тўғри ичак фаолиятини яхшилаш ҳам катта аҳамиятга эга.

XV БОБ

ЖИНСИЙ АЪЗОЛАР ФАОЛИЯТИ БУЗИЛГАНИДА БАЧАДОНДАН ҚОН КЕТИШИ (ДИСФУНКЦИОНАЛ ҚОН КЕТИШИ)

Қон кетишининг сабаблари жуда кўп. Қасаллик полиэтиологикдир.

■ Айрим сабаблари: организмнинг ёшига боғлиқ бўлган омиллар, асабий омиллар, оилада ва ишда бўладиган кўнгилсиз воқеалар, периферик — эндокрин безларининг фаолиятининг бузилиши, ўткир ва сурункали кечадиган инфекцион касалликлар, жинсий аъзолардаги сурункали яллиғланиш жараёнлари ва ҳоказолар. Этиологик фактор- лар ичида, айниқса, қизларнинг жинсий тараққиёт даврида бошларидан кечирган юқумли касалликларни аниқлаш катта аҳамиятга эгадир.

Ю. А. Крупко — Большова ва б.қ.лар (1958) Осиё гриппида балоғатга етиш давридаги (ювенил) қон кетиш ҳодисаси 4 маротабагача кўп учрашини кузатганлар. Кейинроқ Ю. А. Крупко — Большова (1960) тдждрибада грипп юқтириб кўрилган ҳайвонларнинг фолликуляр аппарати қон билан тўлганини, оралиқ тўқимага қон қуйилганини, бачадонда эса, шиллиқ қаватнинг кўпчи- ганлигини ва қизариб кетганлигини кузатиб, касаллик оғирлашгани сари ҳайвоннинг жинсий аъзоларидаги патологик ҳолат ошиб борганлигининг гувоҳи бўлади.

Н. И. Грищенко (1957) вирусли гепатитда фақат тухумдондагина морфологик фаолият жиҳатидан ўзгариш бўлиб қолмай, гипоталамусда ҳам худди шунга ўхшаш ўзгаришлар юз беришини изоҳлайди.

А. Ф. Добротина (1978), И. И. Довженко (1957) ларнинг кузатишича, 45 та беморнинг 3 % да қон кетишига уларнинг руҳий ҳолатлари сабаб бўлган экан. Илмий адабиётларда ёзилишича касалликнинг бошланиши йил фаслларига ҳам боғлиқ бўлар экан. Бачадондан қон кетиши кўп беморларда пубертат ёшда, март-апрел ойларида юз бериб, ёзда камай, ноябр-декабр ойларида яна кўпаяр экан.

Эндоген ва экзоген факторлар ҳайз циклини бошқа-рувчи гипоталамус-гипофиз тухумдон системасининг турли қисмларига таъсир кўрсатиши оқибатида дисфункционал қон кетиши рўй бериши мумкин.

В. Г. Вогралик (1973) нинг изоҳлашича, организмдаги гормонал система фаолиятини бошқарилишининг бузилишига қуйидаги ҳолатлар сабаб бўлар экан:

1. Эндокрин безларнинг бирортасини нейро-гормонал (гипоталамус гипофиз) омиллари таъсирида фаолияти бузилади.

2. Инфекция, интоксикация, жароҳатлар, ўсмалар туфайли бир ёки бир неча безлар фаолиятининг бузилиши.

3. Маълум безларда гормонларнинг вужудга келишида ферментлар стимуляциясининг етарли бўлмаслиги;

4. Бирор бир гормоннинг организмнинг керакли жойига етиб бормаслиги;

5. Гормонларнинг таъсир қилиш шароитининг бузилиши;

6. Баъзи бир гормонларнинг таъсир қилиш фаоллигининг бузилиши, Р. Шредер (1915, 1920) бу ҳолатни қуйидагича талқин қилади:

Қиз болаларнинг жинсий тараққиёти даврида фолликуллар ёрилмай қолиб, кистачаларга айланиб қолиши натижасида улардан ажралиб чиққан фолликулин таъсирида эндометрия қалинлашуви (пролиферация) ва ниҳоят бачадондан (жинсий аъзоларнинг анатомик жиҳатдан нормал тараққий қилганига қарамадан) қон кетиши геморрагик метропатия, деб аталади.

Қ. Н. Жмакин (1978)нинг айтишича, фолликулларнинг ёрилмай қолиб кетиши натижасида кистачаларга айланиши, уларнинг атрофияга учраши ҳам бачадондан қон кетишига сабаб бўлади. Аммо у фақат шунинг ўзигагина эмас, балки кўпроқ тухумдондаги бир қатор морфологик ҳолатларга, овулятор ва ановулятор фаолиятига ҳам боғлиқ бўлар экан.

Ановулятор қон кетиши:

1. Қисқа муддатда фолликуллар ёрилмай қолиб, майда

кистачаларга айланганида.

2. Фолликуллар узоқ вақт мобайнида ёрилмай, майда кистачаларга айланганида.

3. Етилмаган фолликулнинг атрезияси (ёрилмай қолиши) ёки кистачага айланиб қолиши.

Ҳозирда кўп олимлар, бачадондан дисфункционал қон кетишига гипофизнинг олдинги бўлаги фаолияти ва ФСГ ҳамда ЛГ гормонларининг циклик равишда ажралиб чиқишининг бузилиши сабаб бўлади, деб ҳисоблайдилар.

Ю. А. Крупко — Большова (1966) гормонал тадқиқотлар натижасида, қиз болаларнинг жинсий тараққиёт вақтида гипофизнинг гонадотроп фаоллиги кучайганлиги ва шу туфайли фолликулларнинг узоқ вақт мобайнида кистачалар ҳолатида қолишини аниқлаган.

К. Г. Роганова ва б.қ.лар (1968) ЛГ (сарик тана гормони)нинг ажралиш жараёнини ўрганиб, ўсмирлик ёшида қон кетишида беморларни 3 туркумга ажратдилар:

Биринчи туркумдаги қиз болаларда ановулятор қон кетишида ЛГ нинг бир хилда ажралмаслиги аниқланган (70 мг/л дан).

Иккинчи туркумда бу гормон гиперсекреция (секрециянинг кўп ажралиши) ҳолатида бўлади (125 — 250 г/л дан). Учинчи туркумда ЛГнинг ажралиши нормал ҳайз циклига мос бўлади. Усмирлик ёшида бачадондан дис- функционал қон кетишида гипоталамуснинг жинсий аъзолар фаолиятини тутиб туриш (тормоз) фаолияти камаяди: эндоген ва экзоген омиллар онтогенез даврида гипоталамус ҳужайраларининг рецептор фаолиятига таъсир этишига кўра, унинг марказининг таъсирчанлиги ошади. Гипоталамус бу ҳолда гипофизга тўлиқ таъсир кўрсата олмайди. Шунга кўра, гонадотроп гормони кам ажралади.

А. Ф. Добротина ва б.қ.лар (1972) нинг кузатишлари- ча, бемор аёлларнинг жинсий тараққиёти даврида гонадотроп гормони бир хил, кам миқдорда ажралади.

Маълумки, бачадондан қон кетиши кўпроқ жинсий тараққиёт даврида, меънархеда, менопауза ва климактерия ёшида рўй беради. Усмирлик (ювенил) даврида қон кетишининг бир неча номлари мавжуд: вирил-ўсмирлик, пубертат даврида қон кетиши ва ҳ.к.

КЛИНИКАСИ

Ановулятор дисфункционал қон кетиши, ҳайзнинг тўхтаб қолиши (7 — 8 ҳафта давомида) бачадондан қон кетиши билан характерланади. Бу қиз болаларда кўпинча менархедан бошланади. Баъзан нормал ҳайз кўриш бир- мунча қисқаргани ҳолда, дисфункционал қон кетиши билан алмашилиб туради.

Ҳайз тўхтаб қолганидан кейинги қон кетиши турли миқдорда, тезликда ва турли муддатларда давом этаверади. Дисфункционал қон кетиши жинсий тараққиёт даврида вужудга келиб, унда ҳам қон кетиб, қизларда ҳатто қон камлиги касаллигини келтириб чиқаради. Бу ҳолат бачадоннинг шу даврдаги қиеқариш фаолиятининг бузилиши, яъни сусайишидан деб ҳисоблайдилар. Агар бола вирусли касаллик билан ёки томоғи оғриган бўлса, кўпроқ қон кетади. Қон кетиши яна қон куйилиши (қуюлиши) ва суюлтириш системаси фаолиятининг бузилганлиги билан ҳам кечиши мумкин. Бу ҳол қон кўп кетганида билинади.

Қизлардан дисфункционал қон кетганда кўпинча уларнинг соматик ҳолати ҳам бирмунча ўзгаради.

Н. В. Қобозева (1988) нинг кузатишича, дисфункционал қон кетиши юз берган 350 та қизда (84,7% ида) соматик ҳолатнинг ўзгаргани аниқланган. Антропометрик текширишда қизларнинг 36,7% ида интерсексуал морфотипик ҳолат кузатилган, уларнинг тана тузилишлари инфантил ҳолатда, морфотипнинг нормадан ошиқ бўлиши ҳоллари эса, 18,6 ва 16,3% ида учраган, нормостеник ҳолат 28,4% қизда аниқланган.

Шуниси характерлики, дисфункционал қон кетиши рўй берган 11 — 14 ёшли қизларда сексуал морфотип нормадан баланд бўлар экан, каттароқ, яъни 15— 17 ёшдаги қизларда эса, интерсексуал ва инфантил морфотип ҳолати кузатилган.

Антропометрик жиҳатдан, одатда, қиз болалар 12 ёшидан бўйлари тез ўсиб, ёшларига нисбатан анча баланд бўладилар, 15 ёшларида бўйнинг ўсиши ёшга нисбатан орқада қолади.

Ўсмирлик (ювенил) ёшидаги дисфункционал қон кетиш популяцияга нисбатан анча эрта бошланади. Шунга кўра, бачадондан дисфункционал қон кетиши юз берган қизларнинг жинсий тараққиёт даври соғлом қизлардан жисмоний, жинсий жиҳатдан анча фарқ қилади. Уларда биологик етилиш тез рўй беради, аммо пубертат ёшининг биринчи фазаси бошланиши анча секинлашиб, каттароқ ёшга етганларида қон кетиши яна сурункали бўлиб, қайтарилиб туради. Бунга сабаб стероидогенез жараёнининг эстроген ва андрогенлар мувозанатининг бузилишидир. Бу ҳолат касаллик кучайгани сари авж ола боради. Гинекологик жиҳатдан текшириб кўрилганда бундай беморларнинг жинсий аъзолари нормал шаклланган бўлади. Кўп ҳолларда катта ва кичик жинсий лаблар гипоплазия ҳолатида бўлиб, уларнинг кўпчилигида бача- * дон яхши тараққий қилган, камдан кам ҳолларда гипоплазия кузатилади.

БАЧАДОНДАН ДИСФУНКЦИОНАЛ ҚОН КЕТИШИДА ТЕКШИРИШ

УСУЛЛАРИ

Бунда фойдаланадиган усуллар:

1. Базал (тўғри ичак) ҳароратини ўлчаш.
2. Бачадон бўйни шиллиғининг циклик ўзгариши, «папоротник» ва «кўз қорачиғи» белгиси.
3. Гормонал колпоцитология.
4. Эндометрийни биопсия қилиб, олиб текшириш.
5. Эстрогенлар ва уларнинг метаболитларини текшириш.
6. Сийдик таркибидаги прегнандиолни текшириш.
7. Сийдикдаги гонадотроп гормонлар концентрациясини аниқлаш.

Базал ҳароратни ўлчаш — бошқа текшириш усуллари билан қўшиб олиб борилади. Агар қиз болада дисфункционал қон кетишидан ташқари, яна инфекциял касалликлар ҳам бўлса, унда бу усулдан фойдаланилмайди. Чунки олинадиган маълумот нотўғри чиқади.

А. Ф. Добротинанинг (1978) текширишлари бўйича — дисфункционал қон кетиши билан касалланган қизларнинг 84,7% ида ҳарорат бир фазада бўлган. Унинг кўрсатишича, бир фазали базал ҳарорат бир неча турда учрайди. 1) гипотермия — бунда ҳарорат $0,1—0,3^{\circ}\text{C}$ ўртасида чайқалиб туради; 2) гипотермик — ҳарорат $0,4—0,6^{\circ}\text{C}$ орасида туради; 3) гипотермия — ҳарорат $0,7$ дан 1°C гача чайқалади; 4) атипик шакли — базал ҳарорат мунтазам равишда бир хил чайқалмайди, баъзи кунлари то 1°C кўтарилади.

5) Базал ҳароратнинг бир маротаба кўтарилиши 37°C ва ундан юқори ҳам бўлиши мумкин (доимий эмас).

б) гипертермик шакли — қон кетганида ва аменореяда ҳарорат 37°C ва ундан ҳам баланд бўлиб туради (бу климактерия даврига хос синдром).

Базал ҳароратнинг монофазлик ҳолати фақат гормонал ҳолатнинг махсус шакли бўлиб қолмай, экзоген ва эндоген омилларга, айниқса, вегетатив асаб тизимига ҳам боғлиқ бўлади. Албатта, бу белги тухумдонлар фаолиятини ҳам аниқлашга ёрдам беради. Базал ҳарорат ҳайзнинг овулятор ёки ановулятор турини аниқлашга имкон беради.

Аёлларда бачадон бўйни шиллиғининг циклик ўзгариши, кристаланиши «папоротник» феномени ва чўзилиши кузатилади. Гормонал кольпоцитология турли гормонлар таъсирида қин шиллик пардаси реакциясининг ўзгаришига асосланган. (Бу ҳақда гинекологик касалликларни текшириш усули бобида маълумот берганмиз). Бу усулда ҳайз циклининг овулятор ёки ановулятор ҳолати, гормонлар билан даволаганда, унга қай даражада таъсир қилганлиги

аниқланади. Эндометрийни қириб олиб текши-риш усули болалар гинекологиясида жуда кам қўлланилади.

Эстрогенларнинг сийдик билан бирга ажралишини текширишни 1923 йили АПеп ва Эо12у лар, 1930 йили, П. Г. Шушаниялар тавсия этганлар. Жинсий тараққиёт даврида беморларда эстрадиол, эстрон, эстриолларнинг умумий эстрогенга нисбатан анча кам ажралиши куза-тилган.

Қуйидаги жадвалда бу ҳол яққол кўзга ташланади:

4-жадвал:

Дисфункционал қон кетиши касаллиги билан оғриган беморларнинг бир кечакундузда олинган пешоби таркибидаги эстроген (сумма)лар, эстрадиол, эстрои, эстриоллар концентрацияси

Эстрогенлар-нинг суткада (мкг) ажралиши	Статистик кўрсаткич	Жинсий тараққиёт даври	Ёш давлари	
			хомила бўлиш қобилияти бўлган давр	климактерик давр
Суммар эстроген	М±	13,0	20,5	22,8
	т	0,8	1,6	1,8
	р	—	0,01	0,01
Эстрадиол	М±	2,4	4;0	3,7
	т	0,16	0,3	0,3
	р	—	0,01	0,01
Эстроп	М±	4,0	6,2	7,2
	т	0,2	0,7	0,6
	р	—	0,01	0,01
Эстриол	М±	6,6	10,3	11,9
	т	0,5	1,1	1,0
	р	—	—	—

Маълумки, жинсий тараққиёт даврида ҳайз циклининг нормал ва издан чиққан ҳолларида ҳам гипоталамуснинг тухумдон фаолиятига кучли таъсир қилишга кучи етмайди. Бунда жинсий гормон балоғат ёшидагидан кўра кам ишлаб чиқарилади. Эстроген фракциялари бачадондан дисфункционал қон кетишида нормал ҳайз кўришдагидан кам фарқ қилади. Одатда, қон кетиши сийдик таркибида эстрогеннинг максимал миқдорда ажралишига тўғри келади.

Эстрогенлар ажралишининг турғун равишда паст бўлиши, етилмаган фолликулларнинг атрезиясида кузатилади. Баъзан етилмаган фолликулларнинг майда кисталарга айланган ҳолда ҳам учратиш мумкин. Жинсий тараққиёт даврида эстрогеннинг бу ҳилда ажралишини тухумдон фаолиятининг ҳали тўлиқ ривожланмаганлигидан, деб изоҳлаш мумкин. Бу даврда тухумдон гипофиздан узатилган нейрсгуморал импульсларга тўла реакция беролмайди. Гипоталамус марказининг импульсларга нисбатан тухумдонинг сезгирлиги бузилган бўлишига кўра, унга етарлича таъсир кўрсата олмайди.

Прегнандиолнинг сийдик орқали ажралишини текши-риш

усули ёрдамида, овулятор қон кетишида сариқ тана фаоллигини (гиполютиинизм ёки сариқ тананинг кистага айланишини) аниқлашда энг ишончли текшириш усулла ридан бири ҳисобланади.

Сторбег (1956)нинг кўрсатишича, балоғатга етгап аёлларда прегнандиол 3 — 5 мг/суткада бўлса, 16—18 ёшдаги қизларда 2 мг/суткада бўлади.

А. Ф. Добротина (1972)нинг маълумотиға кўра, қич болаларнинг жинсий тараққиёти даврида ҳайзнинг овуля тор циклида сариқтана фазасида сийдикдан ажраладиган прегнандиол кўтарилиб, $1,787 \pm 176$ мг суткаға етади. Бу ёшға хос бўлган хусусиятни дисфункционал қон кетишида, сариқ тана фаоллигини аниқлашда ҳисобға олмоқ зарур.

Гонадотроп гормонининг пешоб билан ажралишини текшириш йўли орқали гипофизнинг фаолияти аниқлана- ди. Кўп беморларда жинсий тараққиёт даврида А. Ф. Доб ротинанинг кўрсатишича (1972), бир хил (монотон) паст 10 билан 25 сичқон бирлигига суткада бўлганини, гонадотропинларнинг ўртача миқдори катталарда $12,1 \pm 0,8$ сичқон бирлигига суткада тенг бўлар экан. Қи.ч болаларда овулятор ҳайз циклида анча кам бўлади.

Пубертат даврида гонадотропин ажралиши 8,2 дан 60,7 сичқон бирлигига бўлиб чайқалиб туради. Баъзан қисқа муддатға 77 дан то 88 сичқон бирлиги бўлиб суткада гонадотропиннинг фаоллиги ошади.

Юқорида қайдэтилган маълумотлар шуни кўрсатади- ки, гипоталамус-гипофиз ва тухумдонлар ҳайз циклидаги бирдан-бир марказ бўлиб, шу звенодаги узилиш турли патологик ҳолларға олиб келади.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИС

Маълумки, бачадондан қон кетиши бир қатор бошқа касалликларда ҳам кузатилиб, бунинг дифференциал ташхисида қуйидаги патологик ҳолатларни эътиборға олиш керак бўлади.

Қиз болаларда уларнинг жинсий тараққиёти даврида қон кетиш сабаблари:

1. Тухумдоннинг гранулез-хужайрали ва мезодермал ўсмалари, текома, дисгерминома.

2. Жинсий аъзолар сили.

3. Бачадон ва қиндаги хавфли ўсмалар.

4. Геморрагик диатез.

5. Тромбоцитопения (Верльгоф касаллиги).

6. Гемофилия С (кўпинча наслдан-наслға ўтади), қиз болаларда омил Х нинг етишмаслиги натижасида қоннинг

куюлиши анча суст бўлади.

7. Ангиогемофилия Виллебранд — Юргенс касаллиги (бу ҳам наслдан-наслга ўтади). Бунда қон қуюлишида иштирок этадиган VIII омили бўлмагани учун қон кетиши узоқ давом этади.

8. Капиллярларнинг токсик ва алергик ўзгаришида қон қуюлиши нормал бўлса ҳам, қон кетиши узоққа чўзилади.

9. Бўқоқ беши, буйрак усти беши, диэнцефал патология- да ҳам қон кетишини кузатиш мумкин.

Юқорида келтирилган патологик ҳолатни аниқлашда шу патологик ҳолатларга ташхис қўйиш учун белгиланган усуллардан фойдаланилади.

БАЧАДОНДАН ДИСФУНКЦИОНАЛ ҚОН КЕТИШНИ ДАВОЛАШ

Бачадондан дисфункционал қон кетишини даволаш усуллари шу патологик ҳолатнинг вужудга келтирган ҳолатларини аниқлаб, шу асосида даво чораларини қўллашдан иборат. Бу ҳар бир беморни чуқур ўрганишни талаб қилади.

Агар қон қисқа муддат кетиб, қайтиб такрорланмаса, бунда даволаш унча шарт эмас. Бунда физиологик жараён аста-секин изга тушиб қолади. Мабодро жинсий аъзо-лардан бошқа аъзоларнинг касаллиги туфайли қон кетаётган бўлса, шу касалликни даволаш мақсадида беморни ўша касаллик бўйича мутахассисга йўллаш лозим. Муолажани дастлаб қиз боланинг руҳини кўтаришдан бошлаш керак бўлади. Унга руҳий ва жисмоний тинчлик яратиб, бундан ташқари, инфекция, интоксикацияларга қарши курашиш, овқатланиш, меҳнат қилиш ва дам олиш тартибини ўрнатиш керак бўлади.

Агар патологик ҳолат марказий нерв системаси билан боғлиқ бўлса, ундан даво омиллари ҳам (психотерапия, оралик мияга диатермияси, бром ва кальций билан электрофорез, бром ва кофеин, кам дозада транквилизаторлар орқали таъсир қилиш) шунга мос бўлиши керак.

Агар бачадондан дисфункционал қон кетиши ангина ва грипп билан бирга келиб, касаллик анча узоқ кечаётган бўлса, кальций электрофорези ҳам яхши ёрдам беради. Кальций ионлари шиллик қават ва нерв йўлари орқали нафас олиш ҳамда уч шохли нервлар оралигига, ундан орқа умртқа мияси суюқлигига ва нерв марказига ўтиб, парасимпатик нервлар фаоллигини ва текис мускулларнинг таранглигини оширади. Бу ўз йўлида қон томирларнинг қисувчи мускуллар тонусини ошириб, қон кетишининг камайишига имкон туғдиради. Баъзан бурун ичи орқали электростимуляция ҳам яхши ёрдам беради (бунда паст тезликдаги импульс токидан

фойдаланилади).

Новокаин билан бўйиннинг юқори қисмидаги ганглияларни электрофорез қилиш ҳам фойда беради. Аммо новокаиндан фойдаланишдан олдин қиз болада бу препаратга нисбатан сезгирлик бор-йўқлигини аниқлаш шарт. Мабодо бемор аввал даволанмаган бўлса, баъзи ҳолларда синокаротид зонага гальванизация қилишнинг ҳам фойдаси бўлади.

Бел ва думғаза соҳасини титратадиган (вибрация) массаж ҳам қон томирларга таъсир кўрсатиб, вегетатив ганглияларнинг қўзғалувчанлигини ошириб, нерв импульсларининг нормаллашиши ва тухумдоннинг гормонлар ажратиш фаолиятини оширади.

Н. В. Кобозева ва б.қ.лар (1988) нинг фикрича 15 — 17 ёшдаги қиз болаларда қон кетишини тўхтатиш ёки сустлаштиришда титратадиган массаж (кўкрак учини) ёки гальванизация қилиш бачадон-бези рефлексларини оширади ва бу билан бачадоннинг қисқаришини кучайтиришга эришилади. Агар қиз болада кўп қон йўқотганлигига кўра, камқонлик вужудга келса, у ҳолда ана шу камқонлик касалига қарши даво чоралари қўлланилади. Бунинг учун сифатли овқатланиш, яъни овқат калорияли, витаминларга ва темир моддасига бой бўлиши лозим. Қон ва сийдикдаги қанд миқдорини аниқлаган ҳолда инсулин ҳам бериш керак.

Оғир қон кетишида беморнинг аллергик ва иммуно-логик ҳолатларини ҳисобга олиб, қон куйиш керак бўлади. Қўшимча равишда К ва В₆ витаминларидан бериш (бу витаминлар оксил алмашинуви ва гемоглобин синтези учун ишлатилади), бундан ташқари, В₁₂ ни 100 — 200 мкг дан мускул орасига, кун оралатиб, 3 — 4 ҳафта давомида, фолиев ачимидан 0,01 — 0,03 г дан ичиш учун бир кунда 2 — 3 мартаба, викасолнинг 1 % ли эритмасидан 3 — 5 мл дан мускул орасига, 0,1 граммдан кунига 3 мартаба ичиш учун буюрилади. Бошқа турдаги темир препаратларидан ҳам фойдаланиш мумкин.

Ўсмирлардан қон кетишда М. В. Қобозева ва б.қ.лар (1973) рефлектор билан даволаш (рефлектротерапия) нинг икки хил усулини қўллаганлар: биринчиси — бачадон бўйинини электростимуляция ва электропунктура қилиш усули, бу бўйин-гипофизар рефлексини оширишда қўлланилади.

Айрим муаллифларнинг айтишларича, электропунктура қилинганда бўйин-гипофиз рефлексини вужудга келтиришга эришилган экан, аммо бу усулда жинсий аъзо қитиқланмайди, шунинг учун қиз болаларни бу усулда даволаш мақсадга мувофиқдир.

Л. А. Рубин (1982) лазер билан даволашни тавсия этади.

Унинг фикрича монохроматик қизил рангли гелийли лазер физиологик стимулятор ҳисобланиб, тўқималарда модда алмашинуви жараёнини, гипофизнинг гонадотроп фаолиятини оширади, тухумдонда фолликуллар етилиши- ни таъминлайди.

Лазер билан даволаш билан бир қаторда, дорили препаратлардан фойдаланиш ҳам катта аҳамият касб этади.

Бачадоннинг қисқаришини кучайтирувчи ва қон кетишини тўхтатувчи препаратлардан ҳам фойдаланилади. Булардан: 10% ли хлорид кальций вена орқали юборилади ёки ичилади, котарнин хлориддан 0,05-дан кунига 2 — 3 граммдан, прегнантолдан кунига 2 — 3 маҳал 0,02 г дан мускул орасига юборилади, маммафи- зиндан ҳам фойдаланиш мумкин.

АТФ, кокарбоксилаза, *мексалинлар* ҳам қон тўхта- тишда яхши фойда беради.

Жинсий тараққиёт вақтида гормонлар билан даво- лашда 2 та мақсад кўзда тутилади:

1. қонни тўхтатиш (гормонлар билан гемостаз);
2. ҳайз циклини тартибга солиш.

Қон кўп кетиб, гемоглобин пасайиб кетганда қонни тўхтатиш мақсадида гормонлар қўлланилади.

Аммо бир қатор соматик касалликларда (жигар касаллигида, *гиперкоагуляцияда*, бод касали кучайгани- да) гормонларни қўллаш ярамайди.

Кўпгина мутахассислар қонни тўхтатишда прогесте- рон, хориогонин, андрогенлардан фойдаланадилар.

Н. В. Кобозева ва б.қ.лар (1988) прогестеронни киз болаларда ишлатишни маслаҳат бермайдилар. Бунга сабаб, прогестерон таъсирига жавобан ҳайзсимон реакция вужудга келиб, натижада беморда камқонлик кучайиб кетиши мумкин экан. Бу препарат қабул қилинганидан кейинги дастлабки 2 — 3 кун мобайнида қон кетишини кузатиш мумкин.

, Хориогониндан эса, тухумдонда кистозли дегенерация вужудга келиши мумкинлигини кўзда тутиб, ундан қиз болаларни даволашда фойдаланиш маслаҳат берилмайди. Андроген гипоталамус фаолиятини орқага суради, у гона- дотропиннинг циклик равишда ажралишига ва уларнинг бачадоннинг шиллик каватига таъсир қилишига путур етказилади.

Шунинг учун бу хилдаги гормонал препаратлардан қиз болаларни даволашда фойдаланилмагани яхшироқ. Улар- нинг фикрича, қон тўхтатишда эстроген — гестагенлардан фойдаланиш мақсадга мувофиқ экан. Бунинг учун куйидаги схема тавсия этилади:

Беморга 0,1% синэстрол эритмасидан 1 мл дан ҳар 2—4 соатда мускул орасига юбориш, 0,1 % диэтилстильбэ- стролни 1 мл дан ҳар 3 — 6 соатда мускул орасига, фолликулиндан 10 — 20 минг бирликда ҳар 2 — 3 соатда юбориш мумкин.

Одатда қон кетиши 24 соат давомида тўхтайди.

Н. В. Қобозева (1988) нинг фикрича, эстрогенлар ёрдамида қон тўхтатиш қони камайиб кетган қизларда қўл келади. Шуни ҳисобга олиб, қон тўхтаганидан кейин ҳам, қон кетиши яна такрорланмаслиги учун (организмда гормонларнинг камайиб кетиши сабабли), эстроген дозаси аста-секин камайтириб борилади. Бу то гемоглобин миқдори ошгунича давом этаверади. Унга қўшиб, кам қонликка қарши муолажалар ҳам олиб борилади. Эстрогендан кейин дарҳол гестагенлардан фойдаланиш керак. (Прогестероннинг 1% ли эритмасидан 1 мл мускул орасига 5 — 6 кун давомида ёки 12,5% ли 17 а оксипроге- стерон капранатдан бир маротаба мускул орасига юбориш ҳам яхши натижа беради).

Агар қон оз-оздан, анча вақтдан бери кетаётган бўлса, унда бир кеча-кундузда 0,1 — 0,2 мг дан энтинилэстрадиол берилади, бу доза кейинчалик камайтирила борилади. Хайз реакциясини олиш учун гестагенлардан ҳам фойдаланиш керак бўлади.

М. М. Қузнецова ва б.қ.лар (1978) синтетик эстроген-гестаген препаратларидан фойдаланишни тавсия этадилар. Улар таъсирида гипофизда гонадотроп гормонлар ажралиши камаяди.

Қамқонликнинг енгил турида синтетик қўшилмалли препаратлар (нон-овлон, бисекурин, эсклютон ва ҳ.к.лар) ни қўллаш мумкин. Чунки, агар қиз болада оғир ҳолдаги кўнгил айланиш, қусиш, камқонлик белгилари кузатилса, бу препаратларнинг таъсир кучи етарли эмасдир. Қон кетишини тўхтатиш учун препаратлардан кунига 2—3 таблеткадан 3 кун давомида бериб борилади (кўпинча бир кундан кейин дозани камайтириб, биттадан таблетка берила бошланади) ва шу дозада 15 — 25 кун (қизил қоннинг ҳолатига қараб) давомида берилади. Препаратни бериш тўхтатилганидан кейин, 2 — 4 кун ўтгач, хайзсимон реакция кузатилади.

Н. В. Қобозева ва б.қ.лар (1988) нинг фикрича, агар қон кетиши узокқа чўзилса, уни тўхтатиш учун 10 кун давомида бисекурин, қон кўп кетганида 21 кун давомида схема бўйича нон-овлон бериш керак экан. Гормонлар билан даволашда, уларнинг аҳволи мунтазам текширилиб туриши зарур бўлади. Акс ҳолда гормонал жараён ҳаддан ташқари издан чиқиб кетиши мумкин.

Юқорида айтибўтилган омиллар ҳам ёрдам бермаса, унда жарроҳлик усулидан фойдаланишга тўғри келади. Вачадоннинг шиллиқ қаватини қириб тозалаш усули фақат қон кетишини тўхтатибгина қолмай, балки ташхис қўйиш учун ҳам асқотади (гинекологик касалликнинг бор- йўқлиги аниқланади).

Бачадонни қириб текшириш айниқса диэнцефал патологияда ёки гонаданинг тўла сифатли бўлмаслиги натижасида қон

кетганида, оптимал усул ҳисобланади.

Бачадон шиллиқ пардасини қириш яллиғланиш жараёнида, лейкоцитозда ва баланд СОЭ бўлганда тавсия этилмайди.

Агар дисфункционал қон кетиши тез-тез қайтарилиб турса, унда лапароскопия қилиниб, тухумдондан биопсия олинади. Гистологик усул ёрдамида гонадаларнинг бирламчи ёки иккиламчи зарарланганликлари аниқланади. Даволаш усули ҳам шунга қараб белгиланади.

Агар беморда соматик жиҳатдан аномалиялар бўлса, яна бўйи ҳам паст бўлса, унда генетик тадқиқот лозим бўлади.

Қасалликнинг олдини олиш (қайталанишининг олдини олиш) учун организмдаги эстроген концентрацияси бир оз паст ёки юқори бўлганда, гестагенлардан фойдаланиш мумкин бўлади.

Ҳайз циклини бошидан нормаллаштириш учун, ўсмирлик ёшида қон кетиши кузатилганда, 28 кунлик ҳайз циклини вужудга келтириш мақсадга мувофиқ бўлади. Бунинг учун ҳайз кўришдан тахминан 8 кун олдин мускул орасига 10—15 мг дан прогестерон ёки 10 мг дан 5 — 7 кун давомида туринал, норколут, 12,5% ли оксипрогестерон капранатдан 1 марта укол қилинади.

Ҳайз циклини шу усулда тартибга солиш 3 цикл давомида олиб борилади. Шундан кейин беморда бирданига овуляция бошланиб кетиши мумкин. Буни аниқлаш учун тухумдон фаолиятини аниқлайдиган тестлар (тўғри ичак ҳарорати, қиндаги патологик ўзгариш, бачадон бўйни шиллиғининг аҳволи ва х.к.лар) ўтказилади. Бу текширишлардан ижобий натижа олинса, муолажа тўхтатилади, аммо яна 2 — 3 ой давомида тухумдон фаолиятини текшириб туриш лозим бўлади.

Синтетик эстроген-гестаген препаратларни 10 кунлик схема бўйича ҳайз циклининг 15 кунидан бошлаб 25 кунгача ичиш яхши фойда беради.

Демак, дисфункционал қон кетиш кузатилган қизлар да ҳайз циклини нормаллаштиришда ишни менархедан бошлаш ҳайзнинг кейинги кечишларида ижобий натижа беради. Бу билан кейинчалик аёлнинг генератив фаолиятининг нормал бўлишига эришилади.

Профилактикаси. Асосан бачадондан дисфункционал қон кетишини келтириб чиқарган сабабларни (биз юқорида шу сабабларини айтиб ўтганмиз) ва жинсий аъзолар касаллигига алоқаси бўлмаган хасталикларнинг олдини олиш ва уларни даволашдир. Яна гигиена қоидаларига амал қилиш, бадантарбия машғулоти билан шуғулланиш ҳам бу хилдаги жараёнларнинг олдини олишда катта аҳамиятга эга.

Қасалликнинг оқибати. Қасаллик ўз вақтида олди олиниб, тўғри патогенетик сабабларга амал қилиб, даволанса ижобий натижага эришиш мумкин.

Ю. А. Гуркин (1979)нинг фикрича, балоғатга етиш

давридаги қон кетишда, кўпинча тухумдонга¹ нисбатан аутоиммун ҳолат кузатилади. Касалликнинг оқибатида бу қўшимча усул бўлиши мумкин. Тахминан 5—15% қизларда балоғатга етиш давридаги қон кетиш (агар у яхши даволанмаган бўлса) даволанмаса, унинг ёши катталаша боргани сари ҳайз циклининг бузилиши, аменорея, бепуштлик, бачадон миомаси, рак олди ҳолати ва бошқа ўзгаришлар пайдо бўлиши мумкин. Бундай беморлар албатта диспансер кўригидан ўтиб туришлари лозим бўлади.

XVI БОБ

ҚИЗ БОЛАЛАР ЖИНСИЙ АЪЗОЛАРИНИНГ ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИ

Қиз болаларда жинсий аъзоларнинг, хусусан, ташқи жинсий аъзолар ва қиннинг яллиғланиш касаллиги аёлларга нисбатан кўпроқ учрайди. Уларда қўшимча ташқи жинсий аъзолар ва қинда, тўғри ичакда сўзак туфайли яллиғланиш касаллиги учраши мумкин. Бу асосан, жинсий аъзоларнинг анатомик ва физиологик хусусиятига боғлиқ бўлади.

Юқорида айтганимиздек, болаларнинг ташқи жинсий аъзолари юпқа ва нозик эпителий билан қопланган бўлиб, у жуда осон жароҳатланиши мумкин. У жойда гонококк ва шу каби бошқа микробларнинг жойлашиши учун қулай шароит бўлиб, яна, у ердаги вестибуляр безлар ва уларнинг йўллари бу микробларнинг ҳаёт кечирини таъминлайди. Чунки гонококк цилиндрик эпителийга ўч бўлиб, шу ерда ўзига қулай жой топиб, узок вақт ўрнашиб қолиши мумкин. Бу цилиндрик эпителий чиқмайди. Мабодо организмнинг қаршилиқ кучи кам бўлса, унда арзимаган ташқи таъсир ҳам патологик ҳолатга олиб келади. Яна бошқа турдаги микроблар учун ҳам (стрептококк, стафилококк, ичак таёкчалари ва ҳ.к.лар) бир «бошпана» вазифасини бажаради.

Қиз бола нейтрал даврда инфекцияга чидамсиз бўлади. Болаликда бошдан кечирилган сўзак касали жинсий аъзоларнинг анатомик ва физиологик ҳолатига оғир зарар етказиши мумкин. Гонококкнинг найчаларга | ўтиши, уларни яллиғлантириши, натижада бу касаллик | тузалганидан кейин ҳам бу жойда чандиқлар қолиши мумкин. Бу бевосита аёлнинг бепушт бўлишига сабаб I бўлади.

Яллиғланиш жараёни пубертат ёшида кам учрайди.

Чунки бу даврга келиб қиз боланинг жинсий аъзолари | анча етилган ва касалликка қарши курашиш қуввати анча I ошган бўлади.

Яллиғланиш жараёнида биринчи ўринни инфекция

эгаллайди, кейин турли хил термик, кимёвий ва токсик I омиллар туради.

Агар организм соғлом бўлса, барча ташқи таъсирларга I бардош бера олади. Шунинг учун китикланиш таъсирлари Г бўлса ҳам, яллиғланиш келиб чиқмайди. Мабодо орга- низмнинг қаршилик кучи кам бўлса, унда арзимаган таш- I қи таъсир ҳам патологик ҳолатга олиб келади.

Булардан келиб чиқадиغان хулоса шуким, яллиғланиш айрим аъзодаги касаллик бўлмай, балки бутун организм касаллигидир.

Болаларда яллиғланиш белгилари, гигиеник қоида- ларга амал қилмаслик натижасида келиб чиқади. Шунинг 6 учун қиз болаларнинг жинсий аъзоларини тез-тез, тўғри ичак соҳасидан юқорига эмас, балки аксинча, олдидан I орқага қаратиб ювиб туриш лозим бўлади. Акс ҳолда, г тўғри ичакдаги инфекция ва гижжалар жинсий аъзоларга тушади ва уларни зарарлаб, яллиғлантиради. Қийим- | бошлар ҳам тез-тез алмаштирилиб, ювилиб, яхшилаб дазмолланиб кийилиши керак.

Одам организмига турли микробларнинг таъсири бўлиб туради. Лекин организмнинг қаршилик кўрсатиш кучи орқали инфекция унчалик зарар кўрсата олмайди, шунинг учун унда патологик ҳолат кузатилмайди. Орга- низмга таъсир қилувчи омиллар: инфекция, заҳарланиш (интоксикация) ва турли термик таъсиротлар ва б.қ.лар бўлиб, агар организм соғлом бўлса, уларга қаршилик кўрсата олади. Шу таъсиротлар аъзо ва тўқималардаги рецепторларнинг индиферент толалари томонидан қабул қилиб олинади ва марказий асаб тизимига узатилади. Унда шартсиз рефлекс сифатида (филогенетик ва онтоге- нетик таракқиётда ишланиб чиқилган) жуда тез ҳимоя қилиш механизми вужудга келади ва яллиғланиш жараёни билан намоён бўлади. Кўп ҳолларда инфекцион жараён тез босилиб, яллиғланган жой характерли тўқима баръери (тўсиғи) туфайли тўхталади, натижада яллиғланиш тугайди. Агар организмда бирор сабаб туфайли яллиғла- ниш жараёнини китикловчи сабабларнинг йўқолишига шароит бўлмаса, унда шу ердаги тўқиманинг ҳалокати ва ҳатто бутун организмга тарқалишини кўриш мумкин. Организмни китикловчи сабаблардан ҳимоя қилишда унинг деярли барча аъзо ва системалари: периферик, марказий асаб тизимини, эндокрин аъзолар ва қисман гипоталамус-гипофизар-адреналин системаси, қон ишлаб чиқариш, лимфойд системалари иштирок этади.

Маълумки, яллиғланиш жараёнида қиз болаларда ҳам катталардаги каби бир қатор ҳолатлар: тўқиманинг ўзгариши, унинг зарарланиши (альтерация), қон томирла- ри системасининг бузилиши, ҳужайра элементларининг кўпайиши (пролиферация) кузатилади.

Яллиғланиш жараёнида зарарланган жойдаги тўқима-ларда модда алмашинувининг бузилиши, кислотали муҳит туфайли — тўқималарда ацидоз, электролитлар мувозанати бузилиши учрайди (калий ионлари кўпайиб, кальций ионлари камайиб кетади). Осмотик босим пасаяди ва коллоидларнинг дисперсия хусусиятлари ошиб кетади. Натижада тўқималарнинг сувни ушлаб қолиш қуввати ошади. Бу ҳол ҳужайраларнинг зарарланган жойининг нормал ҳолатига путур етказади ва шу жойда шиш пайдо бўлади ҳамда патологик ҳолат вужудга келади. Шу ердаги тўқималар дистрофияси туфайли қон алмашинуви бузилади, натижада яллиғланиш рўй беради.

Қитикловчи сабаблар аъзо ва тўқима томирларининг торайтирувчи нервларига таъсир кўрсатгани туфайли, шу қисмдаги томирлар қисқа муддатга тораяди, ундан кейин тўқиманинг парчаланиши натижасида вужудга келган маҳсулот (продукт) лар (гистамин, аминокислоталар ва б.қ.лар) томирларни кенгайтирувчи нервларга таъсир қилади ва натижада қон томирлар кенгаяди. Шунга кўра, натологик жараён юз берган аъзо ва тўқимадан кўп қон кела бошлайди, оқибатда жойли гиперемия вужудга келади ва шу жойнинг ҳарорати ошади.

Тўқималарда парчаланиш юз берганлиги натижасида вужудга келган токсик моддаларнинг томирларнинг нерв ва мускул аппаратига таъсир қилиши натижасида, уларнинг фалажланишига сабаб бўлади. Шу ўзгаришлар натижасида томирлар деворининг ўтказувчанлик хусусиятининг ошишига кўра, қондаги суюқ қисмлар камайиб (тўқималарга шимилиб) зарарланган тўқималарга қон келиши, шу ердаги томирларнинг ҳажмига нисбатан қон миқдорининг мувозанати ўзгаради. Шунга кўра, қон оқиши секинлашади ва яллиғланиш юз берган жойда тромб (тиқилма) вужудга келади.

Томирларнинг борган сари ўзгариб бориши оқибатида қоннинг суюқ қисми ҳамда шаклли элементлари томирлардан шимилиб, тўқималарга ўтади, натижада экссудация пайдо бўлади. Экссудат серозли, қон ва йирингли, фибринозли ва сассиқ — ачиган ҳидли бўлади. Экссудатнинг характери шу касални кўзғатган микроб турига, зарарланган қисмдаги тўқиманинг реактив ҳолатига ва умуман организмнинг қаршилик кучига боғлиқ бўлади. Унинг (экссудатнинг) трансудатдан фарқи ўзида кўп миқдорда оқсил, айниқса, глобулин тутиши ва қоннинг шаклли элементлари (лейкоцит, баъзан эритроцит, тромбоцит) ҳамда бир қатор тўқима элементлари миқдорига боғлиқдир.

И. И. Мечниковнинг фикрича, томирлардан чиққан лейкоцитлар одатланмаган муҳитга тушганларида айрим лари фагоцитлар туфайли, айниқса яллиғланиш марказига жойлашганлари ачимли реакция, юқори ва осмотик босим таъсирида ҳалокатга учрайди. Натижада лейкоцитлар билан

микроб таначалари ва некрозланган тўқима элементлари экссудат билан биргалашиб йиринг пайдо қилади. Бу ҳолат бир қатор шароитларга, айниқса, организмнинг қаршилик кучи механизмига ва даволаш усулларига боғлиқ бўлади. Кўп ҳолларда яллиғланиш жараёни чегараланиб тузалади (шимилади) ёки авж олиб, кўшни тўқималарни ҳам зарарлайди. Ҳатто, баъзан абсцесс ёрилиб ташқарига (қинга, тўғри ичакка, сийдик қоғи, қорин бўшлиғи ва бошқа аъзоларга) қараб оқиб чиқади. Бу ҳолнинг намоён бўлиши турлича кечади. У асаб системаси ҳолатига, организмнинг умумий қаршилик кўрсатиш кучига, сақланиш механизмининг ҳолатига боғлиқ бўлади. Албатта, бунда кўзғатувчи сабаб ҳам катта ўрин тутлади.

Яллиғланиш касаллигида, баъзи ҳолларда оғриқ унча қаттиқ бўлмасада, физиологик ҳолат деярли ўзгармайди, бошқа ҳолларда оғриқ кучли бўлади ва физиологик ҳолатга ҳам путур етади. Яллиғланиш жараёни қайси жойда юз бермасин ва қайси аъзони зарарламасин, унда ўзига хос 5 та клиник белги учрайди:

1. Қизариш (гиҒог).
2. Уша жойда ҳароратнинг ошиши (Ҷурег(егггпа).
3. Шиш (игпог).
4. Оғриқ (болор).

5. Фаолиятнинг бузилиши (ТипеБо 1аеза). Баъзан бу белгиларнинг бирортаси жуда аниқ билинмаслиги ҳам мумкин. Агар бола организми касалликни енга олса, унда яллиғланиш жараёни аста-секин орқага қайтади ва касаллик белгилари бирин-кетин йўқолади.

Биз юқорида айтиб ўтганимиздек, макрофагларнинг фагоцитар хусусияти туфайли некрозланган тўқималарни, шу макрофаглар парчаланган тўқима бўлақларини йўқо- тади. У ердаги суюқ қисм эса, қон ва лимфа томир- ларига шимилиб кетади. Ундан кейин регенерация бошла- нади. Бунда тўқима хужайраларида кўшувчи тўқима кўпаяди, янги қон томирлари пайдо бўлади.

Янги, ёш фаол пролиферация қилувчи, қон томирлари- га бой грануляция аста-секин ўса боради. Натижада соғлом тўқима билан касал тўқима оралиғида тўсиқ (демаркацион тўсиқ) пайдо бўлиб, шу тўсиқ туфайли, яллиғланиш жараёни ортиқча чуқурликка тарқалмайди. Яллиғланиш жараёни аста-секин тузала бориши билан ёш грануляцион хужайралар камаю бошлайди, ниҳоят у ерда чандикли тўқима пайдо бўлади. У аввал некрозланган чуқурликларни тўлатади, у ерда чандиклар вужудга келади.

Баъзан бу жараён сурункали кечади. Касаллик сурункали кечганида, организмнинг қаршилик кўрсатиш кучи камайиб кетади, ана шунда баъзан касаллик яна қайталаниши мумкин. Айрим ҳолларда, у зарарланган аъзони бутунлай ишдан чиқариб, инфекциянинг янада авж олишига, унинг кенгроқ тарқалишига,

сепсис, септицемия- га ва ниҳоят бемор ўлими билан тугайдиган натижага олиб келиши ҳам мумкин.

Қиз болалар жинсий аъзоларида бўладиган яллиғланишнинг 2 тури мавжуд:

1. Специфик яллиғланиш.
2. Специфик бўлмаган яллиғланиш.

Специфик яллиғланишга: а) сўзак; б) захм; в) сил; г) трихомоноз; паразитар касалликлар; д) оқариш (молочница); е) энтеробиоз, тарқалиши жихатидан; а) юқорига кўтарилувчи, б) пастга сурилувчи, в) қон ва лимфа орқали тарқаладиган.

Специфик бўлмаган яллиғланиш жараёнларига стрептококк, стафилококк, ичак таёкчалари ва бошқа турдаги инфекциялар сабаб бўлади. Демак, яллиғланиш жараёни- га асосан инфекция сабаб бўлар экан.

Нима сабабдан?

Сабаби — жинсий аъзоларнинг анатомик тузилиши ва физиологик фаолияти инфекцияларнинг кириши ва ял- лиғланиш жараёни авж олиши учун қулай шароит яратади. Айниқса, қиз болаларнинг жинсий аъзолари нозик тузилганлигига, организмда қаршилиқ кучи етарли бўлмаслигига ва микробларнинг вирулентлигига қам боғлиқ бўлади. Буни биз юқорида айтиб ўтганмиз.

ЖИНСИЙ АЪЗОЛАРНИНГ СПЕЦИФИК БЎЛМАГАН ЯЛЛИҒЛАНИШ ЖАРАЁНЛАРИ

Қиз болаларда учрайдиган, специфик бўлмаган ял- лиғланиш жараёни қуйидагича таснифланади:

- | | |
|------------------|-----------------------|
| 1. Вестибулит. | 6. Сальпингит. |
| 2. Вульвит. | 7. Оофарит. |
| 3. Қольпит. | 8. Периметрит. |
| 4. Эндоцервицит. | 9. Параметрит. |
| 5. Эндометрит. | 10. Пельвиоперитонит. |

Биз қуйида қиз болаларда кўпроқ учрайдиган ял- лиғланиш жараёнлари устида тўхталиб ўтамиз.

СПЕЦИФИК БЎЛМАГАН ЯЛЛИҒЛАНИШ ЖАРАЁНЛАРИНИНГ ЭТИОЛОГИЯСИ

Юқорида айтиб ўтилган яллиғланиш жараёнлари қиз болаларда катта аёлларникидан бирмунча фарқ қилади. Хусусан, қизларда вестибулит, вульвит, кольпитлар кўпроқ учрайди. Бу ҳол қиз болаларнинг жинсий аъзоларини анатомик ва физиологик ҳолатига боғлиқ бўлади. Асосий сабаблари:

Термик омиллар (иссиқ ванна, қинни иссиқ сув билан

чайиш, грелка билан куйдириш);

Механик омиллар (турли жароҳатлар, ёт жисмлар — қизлар баъзан жинсий аъзоларига турли нарсаларни тикиб қўядилар) ва лозимлардаги кўпол чоклар ва ҳоказолар жинсий аъзоларни жароҳатлайди. Шунингдек кимёвий омиллар ҳам. Қатта концентрацияли эритмалар билан қинни чайиш, аллергияни кўзғатадиган препа- ратлардан фойдаланиш, жинсий аъзоларни тоза тутмас- лик ҳам яллиғланишни келтириб чиқариши мумкин.

Вульвит — ташқи жинсий аъзоларнинг яллиғланиши (уИҚН).

Қиз болаларнинг ташқи жинсий аъзоларининг териси нозик бўлганлиги сабабли, турли таъсиротлардан осон зарарланади деб айтиб ўтган эдик. Айниқса кичик жинсий лабларнинг қинга кириш йўлига қараган томони жуда юпқа бўлиб, шиллиқ қаватга ўхшаб кетади. Шунингдек жинсий аъзоларнинг анатомик, топографик жиҳатдан сийдик чиқариш аъзолари ва ахлат чиқариш йўллари билан яқин жойлашганлиги учун инфекция кириши осон бўлади. Умуман аёлларда бу ҳол деярли кам кузатилади. Сабаби — улардаги гормонал жараён такомиллашган бўлиб, шунинг учун, жинсий аъзолар ҳам яхши тако- миллашган бўлади. Уларнинг жинсий аъзоларини қопла- ган эпителий қавати қиз болаларниқига нисбатан анча қалин бўлади. Шунинг учун аёлларда вульвит кам учрайди. Унинг вужудга келишида куйидаги емиллар катта роль ўйнайди.

1. Қиндан ажраладиган чиқинди — қин ва бачадондан турли касалликлар натижасида ажраладиган чиқиндилар сабабли ташқи жинсий аъзолар ва оралик(бут) бичилади ва юзасида яралар пайдо бўлади.

2. Ташқи жинсий аъзоларнинг сийдик таъсирида бичилиши. Бу ҳолат айниқса қандли диабетни бўлган беморларда кузатилади. Бунда сийдик микроорганизмлар- нинг таракқий этиши учун шароит туғдириб беради.

Баъзан Бартолини безлари ҳам яллиғланиши мумкин.

3. Турли жароҳатлар натижасида шу жароҳатланган жой орқали инфекция тарқалиб, вульвит вужудга келиши- га сабаб бўлади.

4. Фолликулит, пиодермит ва чипқонлар ҳам инфекция манбаи бўлиб хизмат қилади ва вульвит вужудга келишига сабаб бўлади.

5. Семириб кетган қизларнинг кўп терлаши натижаси- да кичишиб шу аъзога инфекция кириб, вульвитнинг келиб чиқишига яна бир баҳона топилади.

6. Тўғри ичакдан ўтадиган гижжалар туфайли ҳам жинсий аъзолар соҳасида қичишиш юзага келади ва жароҳатланган теридан инфекция кириб, вульвит келиб чиқади.

Яна бир қатор бошқа сабаблар ҳам бор. Улар ҳам вульвитнинг келиб чиқишига ҳисса қўшади.

Вульгар вульвитнинг келиб чиқишига стафилококк,

стрептококк, ичак таёкчалари ва ҳоказолар сабаб бўлади. Унинг келиб чиқишида яна бир қатор касалликлар ҳам роль ўйнайди: юмшоқ шанкр (песиз тоПе) Дюкрея таёкчаси, қаттиқ шанкр (иҶсиз бигит — оқ спирохета), бўғма (Лёффлер таёкчаси), замбуруғлар—(молочни- ца — 8оог нурли Асйлтпсов) лейшманиоз ва шу кабилар.

Вульвитнинг характерли белгиларидан бири — қичи- шиш (ругНиз уи1уае) бўлиб, бу кўпроқ касалликнинг ўткир даврида кам бўлиб, сурункали ҳолида кучли бўлади. Терининг қизариши, шишиши, секрециянинг ошиши, касалланган соҳада оғриқ кўзғалиши сезилади. Ташқи жинсий аъзолар соҳасидаги яраларга қўшимча бўлиб, инфекция ҳам тушса, унда яна бир қатор ўзгаришлар: тана ҳароратининг кўтарилиши, СОЭнинг тезлашиши, лейкоцитоз белгилари бошланади. Яра юзаси кулранг йиринг билан қопланган, атрофи анча қизарган, грануляция деярли йўқ, шишган ва шу соҳада оғриқ сезилган ҳоллар рўй беради. Ташхис кўйишда вульвитнинг вужудга келиш сабаблари ҳисобга олиниб, шу асосда даволаш ва текшириш усуллари қўлланилади.

ДАВОЛАШ

Гигиеник омиллар: ташқи жинсий аъзо соҳасидаги тукларни олиб ташлаш (акс ҳолда улар инфекция манбаи бўлиб қолади), антисептик эритмалар билан ювиш, докани эритмалар билан ҳўллаб қўйиш тавсия этилади. Бемор ўринда ётиши, овқатланиш режимига риоя қилиши, умумий кувватни оширадиган дорилардан фойдаланиши лозим бўлади.

ВУЛЬВОВАГИНИТ (ТАШҚИ ЖИНСИЙ АЪЗО ВА ҚИННИНГ ЯЛЛИҒЛАНИШИ)

Кўп ҳолларда қин ва ташқи жинсий аъзоларнинг яллиғланиши биргаликда кечади. Биз шу мавзуда бироз тўхталиб ўтамыз.

Маълумки, қиннинг яллиғланишида умумий яллиғланишга хос бўлган 5 та белги мавжуд. Қиндан яллиғланиш туфайли кўп йирингли чикинди ажралиб, у ташқи жинсий аъзоларнинг ҳолатига ҳам путур етказади, яъни шу соҳада ҳам яллиғланиш кўзғатади.

Вульвовагинитнинг клиникаси нимадан иборат?

Специфик бўлмаган вульвовагинитнинг специфик бўлганидан фарқи шуки, у секин-аста авж ола бориб, кўпинча сурункали кечади. Одатда бемор сийганида ташқи жинсий аъзолар соҳасида ачишиш, қичиш ва бир оз оғриқ сезади. Кичикроқ ёшдаги қизлар эса сон ва тизза соҳасида ҳам оғриқ сезади, баъзида улар чўлоқланиб ҳам юради- лар. Бу оғриқ

рефлексдан эмас, балки болаларга хос бўлган бу оғриқнинг ҳали изга тушмаганлигидан деб изоҳланади. Каттароқ ёшдаги қизлар оғриқнинг аниқ жойини айтиб бера олади. Бунда қиз боланинг умумий аҳволи деярли ўзгармайди. Аммо баъзан, жинсий аъзо соҳасидаги доимий қичишиш унинг асаб системасига таъсир қилмай қолмайди. Унда ҳатто невроз ҳолати ҳам кузатилиши мумкин. Тўхтовсиз қичишиш натижасида мастурбация ҳам кузатилиши мумкин. Бундан ташқи жинсий аъзолар соҳаси қизаради, шишади, қинда ҳам шундай ҳол рўй беради. Қиндан ажралган чиқиндидан чот ва сонларнинг ички сатҳи бичилади. Чиқиндининг ранги кулранг, сероз ва йирингли, баъзан фақат йирингли бўлади, ундан сассиқ хид келади. Агар ичак таёкчаси туфайли яллиғланиш жараёни юз берса, унда хид яна ҳам сассиқроқ бўлади. Қасалликнинг оғир формасида йиринг аралаш қон ҳам ажралади. Қасаллик тобора айж олиб, беморнинг аҳволи оғирлаша боради.

Специфик бўлмаган яллиғланиш жараёнига ташхис қўйишда, яхши йиғилган анамнез тўлиқ маълумот беради. Бунда бола бошқа касалликлар билан (экссудатив диатез, аллергик дерматит) оғриган-оғриманглигини аниқлаш, яна, агар оғриган бўлса, бу касаллик қанча вақт давом этганлиги (онаси орқали), унинг гигиеник режими қандай бўлганлиги ҳам аниқланади.

Бундан ташқари, боланинг қинидан патологик чиқинди келганми, оғриқ ва сийишдан ачишиш, қичишиш бўлган-бўлмаганлигини ҳам билиш лозим бўлади.

Қиз болани текширишга киришилганида, ташқи жинсий аъзолардаги шиш, қизариш ва тирналган жойлар борлиги кўринади. Баъзи қизларда яллиғланиш туфайли жинсий лаблар бир-бирига ёпишиб қолган ҳоллари ҳам кузатилади. Жинсий лаблар кўздан кечирилганида, ўсма полип ва ёт таначалар бор-йўқлиги аниқланиши лозим. Чунки булар яллиғланиш жараёнининг сурункали кечиши- га сабаб бўлиши ҳам кузатилган.

Ташхис қўйишда баъзан қинни вагиноскоп билан текшириш усули ҳам яхши ёрдам беради. Мабодо вагиноскопия қилишнинг иложи бўлмаса, ёт таначаларни аниқлаш учун зонд билан текшириш усулини қўллаш лозим бўлади.

Қин кўздан кечирилганда, шиллиқ қаватнинг қизариб кетганлиги, қин гумбази соҳасида қон нуқталари (петехия) ни кўриш мумкин.

Яллиғланиш жараёнининг характерини вагиноскопия ёрдамида аниқлаш яхши натижа беради. Агар яллиғланиш жараёнини стафилококк ва стрептококклар келтириб чиқарган бўлса, унда йирингли пуфакчалар фақат қиндагина эмас, балки қинга кириш жойида, соннинг ички сатҳида ҳам бўлади. Яна қўшимча тарзда, қипининг шиллиққавати қизариш билан бирга

гадир-будир бўлиб, майда қон нуктачалари кўринади. Яллиғланиш агар ичак таёқчалари туфайли келиб чиққан бўлса, унда қиннинг шиллиқ қавати қизариб майда қон қуйилишидан ташқари (петехия), сатҳи фибринозли йирингли хўл караш билан копланеди, ундан ахлат ҳиди келади.

Ташхис кўйишда бактериологик, бактериоскопик текширишлар ҳам яхши ёрдам беради. Қўшни аъзолар, асосан сийдик йўлининг касалланишини ҳам назарда тутган ҳолда сийдикни ҳам текширишдан ўтказиш керак,

ДАВОЛАШ

Специфик бўлмаган вульвовагинитда патологик жара- ённи йўқотиш учун аввало гигиеник омиллардан фойдаланиш, тана ва жинсий аъзолар соҳасини тоза тутиш, кийим- бошларни қайнатиш ёки яхшилаб дазмоллаб кийиш, овқат рационини тартибга солиш, яъни углеводларни кўпроқ истеъмол қилиш, шўр ва аччиқ нарсаларни чеклаш, мева ва сабзавотлар истеъмол қилиш керак бўлади.

Вульвовагинит билан оғриган беморларни амбулатория шароитида, агар оғирроқ тури бўлса, стационарда даволаш мақсадга мувофиқдир. Бунда витаминларга бой моддалар солинган овқатлар истеъмол қилиш, аллергияга қарши ишлатиладиган омиллардан фойдаланиш керак. Бу билан бемор организмнинг қаршилиқ кўрсатиш кучини оширишга эришилади.

Н. В. Қобозева ва бошқалар қуйидаги муолажа чораларини тавсия қиладилар: жойли даволашларда қинни ингичка катетер ёрдамида дезинфекция қиладиган эритмалар: риванол (1:5000), фурацилин (1:10.000), перикись водород (3% ли эритмаси) кабилардан фойдаланиш яхши натижа беради. Юқоридаги эритмаларни 38°C — 40°C ли сувга аралаштириб, ўтирадиган ванна қилиш ҳам фойдалидир.

Бундан ташқари, қинга 3% ли ичимлик сода аралашмаси (эритмаси), ихтиолнинг сувдаги эритмаси, бодъён (бадана)нинг 5 гр ни 1 л сувда эритилгани, шалфей (14 гр.ни 1 л сувда) эритмасидан қуйилиб, чайилади.

Ташқи жинсий аъзолар ва қин чайилиб, ванна қилинганидан кейин куритилиб, фурацилин, цигерол (10%), оксалин (0,25%) мойлари суртиб қуйилади. Мабодо вульвовагинитда санация қилиш қийин бўлса, унда жойли антибиотиклар, нитрофуранлар ва гормонли препаратлардан (камдан-кам ҳолларда) фойдаланилади.

Қинга экомлин (10 МЛМ бирликда), пенициллин (300.000 бирликда), суяқ дизоцин (4 мл 0,26% лиси) баллон ёрдамида пуркалиб турилади. Бу муолажа 8 кун давом этиши лозим. Қўпинча антибиотикли шамчалар: 1) пенициллин ва

неомициндан 100.000 бирликда; 2) полимиксин М ва фуразолидонларни ишлатиш мумкин. Бу айниқса ичак таёқчаси туфайли вужудга келган яллиғла- ниш жараёнида яхши ёрдам беради. Шамчалар учун ишлатиладиган препаратлар болаларнинг ёшига қараб берилади. М: бир ёшгача бўлган болаларга полимиксин 20.000 бирликда, фуразолидон — 0,01 г, 2 — 3 ёшлиklar- га — 50.000 бирликда полимиксин, 0,03 г фуразолидон берилади. 5 ёшдан то 10 ёшгача — 100.000 бирликда полимиксин, 0,05 г. фуразолидон, 10 ёшдан катталарга — 200.000 бирликда полимиксин, 0,1 г. фуразолидон ишлати- либ, муолажанинг бир курси 5 кундан иборат бўлади.

Гормонлар жинсий тараққиётнинг тезлашишига сабаб бўлгани учун деярли қўлланилмайди.

Эстрогенлар терапевтик жиҳатдан фойдали бўлиб, вульва ва кин эпителийсининг тикланишига ижобий таъсир қилади. Агар 6 — 8 ёшли болаларда хасталиқ оғир кечиб, яъни қайталаниб турса, эстрогенли мойлардан фойдаланиш тавсия этилади. Бунда эстриол — 0,005 гр, ланолин — 30,0 г ишлатилиб, бу билан олдин ташқи жинсий аъзолар соҳаси ювилади. Муолажа 10 кун давом этади.

Баъзи ҳолларда эстрогенлар билан сульфаниламид препаратлари биргаликда кин таёқчалари шаклида-ишлати- лади. Бунинг учун норсульфазол — 0,5 г, фолликулин — 500 бирликда, фурацилин—0,1, пальминатретинол — 0,003 г, какао мойи — 1,5 г керак бўлади. Бу таёқча кинни чайгандан кейин киритилади. Қинни чайиш учун перекис водород (3%) ишлатилиб, бу ҳар 2 — 3 кунда такрорлана- ди. Бир курси 5 — 7 кун давом этади. Буйрак усти беши гормонларидан фойдаланиш маслаҳат берилмайди.

Оғрикни камайтириш ва яллиғланиш жараёнига қар- ши «Апилак»3% ли мойи, цитрал эритмаси (1:20.000) билан кин чайилади, қинга балиқ мойи ёки эктерицил томизилади. Регенерация жараёнини тезлатиш учун витамин А ичирилади. Агар абсцесс бўлса, унда жарроқ- лик амалиёти қўлланилади.

Қиндаги муқитни яхшилаш учун сут ачимидан фойда- ланилади. Боланинг қинини чайиб бўлинганидан кейин унга бир суткада 5 — 10 г дан творог, қатик, ацидофилин, сут қанди берилади.

Қин лактобактерин билан ҳам чайилади. Бундан ташқари, қинга махсус тайёрланган қатик ёки сутли коли- бактерин куйилади. Куруқ лактобактерин (лактобациллин) дан 2 — 3 дозада ампулада ва 1 дозада таблетка сифатида тайёрланади. Бу билан бир вақтда ичиш учун берилади (овқатланишдан 1 соат олдин). Даволаш 10 кун давом этади. Унинг бир кеча-кундузлик дозаси: 6 ойлик бола- ларга — 1 — 2 доза, 6 ойликдан 12 ойликкача — 2 — 3 доза, 1 ёшдан 3 ёшгача 3 — 4 доза, 3 ёшдан бошлаб, ундан каттароқ ва ўсмирларга 4 — 10 дозадан берилади.

Жойли ва ичиш учун бериладиган биологик препа- ратлардан коли-бактерин, бифидумбактерин, бификол, бактисубтиллардан ҳам фойдаланилади.

Л. А. Ерзанкян вулвовагинитнинг қайталанишини олдини олиш мақсадида сут ачими аралашмаси бўлган «Наринэ» ни тавсия этади. Бу препарат жинсий тешик орқали қинга ҳар куни 15 — 20 кун давомида 3 — 5 мл дан қуйиб борилади. Қурслар орасида бир ой танаффус қилиниб, муолажа 3 курс. бўлади.

АППЕНДИКУЛЯРГЕНИТАЛ СИНДРОМ

Ички жинсий аъзолардаги специфик бўлмаган ял- лиғланиш жараёнини аппендицит ва пиеленефрит билан боғлиқлиги ҳақида Н. В. Қобозева ва бошқалар сўз юритганлар.

Қиз болада ички жинсий аъзоларнинг яллиғланиш жараёни жуда кам учрайди. Баъзи клиник кўрсатувларга қараганда, аппендицит билан оғриган қизларда иккинчи навбатда ички жинсий аъзолар зарарланади.

Н. В. Қобозева ва бошқаларнинг фикрича аппенди- цитдан кейинги ҳолларда 25—30% аднексит ва пери- аднекситлар учраган.

Уезелу К. (1979) аднексит билан оғриган қизларнинг 40 тасидан 37 тасида аппендицит борлигини аниқлаган.

Қиз бола аппендицит билан оғриганда, 25% ҳолларда, аппендикс ёрилиб кетганда, бачадон соҳасида яллиғланиш жараёни кузатилади. Буни бачадон қўшимчаларининг аппендицит туфайли инфицирланиши деб ҳисоблаш мум- кин. Ллбатта, аппендицитни ва аднекситни аниқ ажратиш ташхис қўйиш жуда қийин. Чунки бу соҳадаги нервлар бир-бири билан жуда боғланиб кетганлиги туфайли, оғрик белгилари ҳам ўхшаш бўлади, шунинг учун уларни аниқ ажратиш қийин кечади.

Бачадоннинг ўнг томондаги найчалари ва тухумдон аппендиксга топографик жиҳатдан яқин жойлашганлиги сабабли, шу найчалар кўпроқ зарарланади деган фикр бор.

Бунда ташқи инфекция лимфа ва қон томирлари орқали ҳам тарқалади. Оқибатда аппендиксдан узокроқ жойлашган чап томондаги найча ҳам зарарланиши мумкин.

Умуман олганда, ички аъзолар ва ички жинсий аъзоларнинг топографик жойлашиши инфекциянинг тар- қалишига шароит яратиш беради. Биз кўпинча, чаноқ пардаси ички жинсий аъзоларни ҳам қоплагани с.абабли инфекциянинг қорин бўшлиғидан ўтишига халақит беради деб ҳисоблаймиз, аммо инфекциянинг гематоген ва лимфоген йўллари орқали ўтиши ҳам мумкинлигини ҳисобга олмаймиз. Кўпинча қиз болалардаги бачадон қўшимчаларининг яллиғланиши аппендиксга ҳам ўтиши кузатилади.

Аппендикуляр-генитал синдромли касалликнинг кли- ник

кечиши ҳархил бўлиши мумкин. Баъзан аппендицитга, баъзан эса аднекситга хос бўлган белгилар кузатилади. Бундай патологик ҳолатни консерватив усулда даволаш кўпинча қийинроқ кечади. Чунки патологик жараён оғирлашиб, аднекситда найча кўпинча йиринг ёки сероз экссудат билан тўлган бўлади (пиосалпинкс, сакто- салпикс).

Баъзан Дуглас бўшлиғи соҳасида абсцессларни ҳам кузатиш мумкин. Бу ҳолда албатта аппендикс билан найчани ҳам олиб ташлаш керак бўлади. Олиб ташламаса, бачадон найчаларида яллиғланиш бошланади. Унда фаол равишда консерватив даволаш усуллари кўллаш керак бўлади. Антибиотиклардан умуман жинсий аъзолардаги яллиғланиш жараёнларини даволашда қўлланиладиган чоралардан фойдаланилади.

Қиз болаларда пиелонефрит бўлса, уларнинг 67 фоизи- да (Н. В. Қобозева ва бошқалар) вульва ва қиннинг яллиғланиши ҳам кузатилиши мумкин.

Бу жинсий аъзолардаги яллиғланиш жараёни сий- дикдаги инфекция туфайли давом этади ва авж олади. Аммо баъзи пайтларда ҳар иккала патологик жараён

айрим-айрим кечиши ҳам мумкин. Н. В. Қобозева ва бошқалар (1988) қуйидаги жадвални тавсия этадилар:

5- жадвал

Дифференциал белгилар	Специфик бўлмаган вольвовагинит	Пиелонсфрит
Захарланиш (интоксикация) синдроми	Сусти билинади	Анча сезиларли даражада, мепингиал белгилар бўлиши мумкин.
Огрих	Сусти даражада, қорин пастида ёки хот соҳасида огрик	Қорин ва бел соҳасида огрик
Дизурия	Сийганда ачишиш сезилади	Кўпинча полинурия, никгурия, сийганда огрик бор
Пешобнинг клиник таҳлили:		
лейкоцитурия	Нейтрофиллар ҳисоби	Лимфоцитлар ҳисоби
протеинурия	Бўлмади ски жуда кам миҳдорда	бўлади
цилиндрлар	Йўх	Донали цилиндрлар (камдан-кам ҳолларда)
Фракцион таҳлил	Лейкоцитлар фақат сийдикнинг биринчи норциясида	Лейкоцитлар I ва II порцияларда
Буйрак фаолияти	Бузилмаган	Кўпинча бузилган
Гольдфлам—Пастернацкий белгиси	Салбий	Кўпинча ижобий

Умуман пиелонефритда асосий касалликни даволашдан ташқари, жойл и даволаш омилларидан ҳам фойдаланиш керак бўлади

ОО^ОККНОЕАЕ, ҚИЗ БОЛАЛАРДА СЎЗАК КАСАЛЛИГИ

Сўзак — инфекцион касаллик бўлиб, уни специфик гонококк кўзғатади. Бу касаллик бизнинг асримиздан олдинги вақтларда ҳам маълум бўлган, шунга кўра у «гоноррея» (шаҳватнинг оқиши) деб ном олган. Илгарилари сўзак ва захм бир хил касаллик, деб ҳисобланган. Кейинчалик олимлар бу фикрни хато деб топдилар.

Буни аниқтаҳлил қилиш мақсадида, 1767 йили Гунтер пениснинг бош томонига сўзак билан огриган бемор манийсини укол орқали юборган. Аммо бемор тасодифан ҳам захм, ҳам сўзак билан касалланган. Шунга асосланиб, Гунтер сўзак ва захм бир хил касаллик экан, деган фикрга келган. Бу назария то XIX асрнинг ўрталаригача сақланиб келди. Ниҳоят Рикорд (К1согб) сўзак касалининг бошқа касаллик эканлигини исботлади. Аммо

у сўзак касали юкумли эмас, деб катта хатога йўл қўйди. Сўзакнинг кўзгатувчисига «Нейссер таёкчаси», деб ном берилишига сабаб Нейссер (Ие[^]зег) 1879 йилда бу микробнинг морфологик тузилишини, унинг кўпайиш хусусиятини х.ар томонлама ўрганиб, уни «гонококк» деб номлади.

Э. Бимм (Е. Витгп) 1885 йилда гонококкларни одам йўлдошидаги қуюлган қон зардобиди ўстириб, микробнинг тоза культурасини олишга муваффақ бўлди.

Одатда гонококк ивимаган оксил моддасида (қон агари, асцитбульон, асцит — агарда) ўсиб, унинг ха- рактерли хусусияти шундаки, у аэроб ва анаэроб ҳолатла- рида ҳам яшаш қобилиятга эга бўлади. Гонококк учун одам танасидаги ҳарорат — 36 — 37° бўлиши зарур. Бу оптимал ҳарорат ҳисобланади.

Сўзак касаллиги фақат одамларга хос касалликдир. Кўп олимларнинг олиб борган изланишлари бу фикрни тасдиқлайди, чунки улар бу микроб билан бирорта ҳайвонни касаллантира олмаганлар.

Гонококк ловия шаклида бўлиб, диплококк (жуфт) ҳолатда учрайди. Унинг ботик юзаси бир-бирига қараган бўлади. Гонококкнинг ҳажми унинг тараққиёт босқичига қараб ҳар хил, яъни ўрта ҳисоб билан бўйи 1,6 М, эни 0,8 М бўлади.

Электрон микроскопда текширилганида унинг пардаси борлиги кўрилган. Унинг яна бир хусусияти шундаким, у хужайралар ичига, хусусан, лейкоцитлар ичига кириб олиб яшашидир. Уни грамм усули бўйича бўялганида, мусбат натижа бўлади. Улар одатда кизил рангда бўлади. Манфийга бўяладиганлар гунафша рангда бўлади.

Шуниси характерлики, хужайра ичига жойлашган гонококклар фагоцитозга учраган ҳолда бўлмай, аксинча, яшашда давом этаверади, яъни кўпаяверади. Гонококк ҳеч қачон лейкоцитлар ядросига кирмайди, аммо лейкоцитлар ичида яшай олади. Улар перпендикуляр ҳолатда кўпаяди.

Гонококк одам организмида турли шароитда, ҳатто тана ҳарорати 40 — 41°С га чиққанида ҳам яшаш хусусиятини йўқотмайди. Аммо юқори ҳарорат (40 — 41°С) да уларнинг кўпайиш хусусияти пасаяди. Бундан ташқари уларга қуёш нури ҳам салбий таъсир қилади. Агар гонококкли суртма қуритилса, 1 — 5 соат давомида ҳалок бўлади. Ҳўл жойда эса гонококк анча узоқ, ҳатто 24 — 26 соат яшай олади.

Гонококк цилиндрик эпителийли аъзоларда яшаш қобилиятига эгадир. Камдан-кам ҳолларда унинг виру- лентлик (юқиш) хусусияти узоқ вақт, баъзан йиллар давомида сақланиб қолади. Гонококк цилиндрик эпите- лийда яшаш қобилиятига эга бўлгани қолда, у асосан безлар ичида, уларнинг йўлларида, бачадон бўйни, танаси, бачадон найчалари, тўғри ичак, сийдик чиқариш йўли, кўз, қовуқ ва бошқа аъзоларда жойлашиб, уларни касалланти- риши мумкин.

Аммо пубертат ёшида бачадон ичида гонококк яшай олмайди. Чунки бачадон шиллик пардасидаги циклик ўзгариш хайз кўриш жараёнида у бачадон шиллик пардасининг функционал қавати билан биргаликда кўчиб тушади. Аммо бу орада у бачадон найчаларига ўтиб қолиши, шунингдек бачадон бўйнида сақланиб қолиши мумкин.

Гонококк ўзида эндотоксин тутади, бу захар гонококк ўлганидан кейин бемор организмга ўтиб, унга таъсир кўрсатади. Агар ҳалок бўлган гонококкни суяқ муҳитга солиб қўйилса, у то парчаланиб кетмагунича ундан эндотоксин чиқмайди. Турли дорилар ва ташқи шароит таъсирида гонококк бир тартибда ўсмай, ҳар хил катталиқда бўлиши (гигант ёки микрогонококк) мумкин. Уларда яна морфологик ҳолат ва биологик хусусиятлар ҳам турлича бўлиши мумкин. Баъзан уларнинг бўялиш хусусияти ҳам ўзгариб, грамм мусбатдан грамм манфий ҳолатини олади.

Агар гонококк ўсаётган муҳитга кислород кирмай қолса, унда у ўзининг биологик ҳолатини кам ўзгартиради. Агар узок вақт схемасиз даво чоралари қўлланилса, унда гонококк шу препаратларга ўрганиб қолади ва тараққи-ётда давом этаверади.

Гонорея билан оғриган бемор яна иккинчи марта ҳам касалланиши мумкин, чунки у ўздан кейин иммунитет қолдирмайди. Баъзи олимлар, гонореяни келтириб чи-қарган гонококк ўздан кейин енгил иммунитет қолдиради, деб ҳисоблайдилар. Мабодо эр-хотин иккаласи гонорея билан касалланган бўлса, у касаллик аста-секин енгилла-шиши мумкин. Аммо шу эр-хотин бошқа киши билан алоқада бўлса, унга юқтириши мумкин.

Касалликнинг яширин даври 2 — 3 кун, камдан-кам ҳолларда 2 — 3 ҳафта бўлиши мумкин. Бу микроорга-низмларнинг верулентлигига, бемор организмнинг ҳола-тига боғлиқ бўлади. Касалликнинг инкубацион (яширин) даври қанча қисқа бўлса, касаллик шунча оғир кечади.

Кўп микроорганизмларнинг касаллик чақириши учун тўқималарда жароҳат юза бўлиши қулайдир. Аммо гонококк учун жароҳатнинг юза бўлиши шарт эмас. Гонорея касаллиги чегараланган жойли касаллик бўлмас-дан, у умумий организм касаллигидир. Инфекция шиллик парда соҳасига, хусусан, қинга тушиши билан тезликда юқорига кўтарилиб, ички жинсий аъзо ва системаларга тарқалади, аъзолар фақат касалланибгина қолмай, ундан ажралган эндотоксин бутун организмга таъсир қилади. Эндотоксин лимфоген ва гематоген йўллари бўйлаб тарқалади.

Сўзак билан оғриган беморларда ланжлик, бош оғриғи, ҳароратнинг кўтарилиши, мускул ва бўғимлардаги оғриқни шу эндотоксиндан келиб чиқади деб ҳисоблаш мумкин.

Қиз болаларда сўзак касаллигининг кечиши катталардагидан анча фарқ қилади, асосан касалланиш сабаблари (этиологияси ва патогенези), касалликнинг клиник кечиши, ташхис қўйиш ва даволаш омиллари ҳам бошқачароқ бўлади. Уларнинг сўзак касали билан касалланиши туғиш жараёнида, (агар она сўзак билан оғриган бўлса) ўтиши мумкин. Бу жараёнда инфекция фақат жинсий аъзогагина кириб қолмасдан, то кўзгача ўтиши (бу аъзода ҳам цилиндрик эпителия бор) ва кўз сўзагини (бленорея) вужудга келтириши мумкин. Шунинг учун, қиз болалар туғилганда уларнинг жинсий аъзолари ва кўзларига альбucidнинг 30% ли эритмаси томизилади. Бу усул профилактика омилларидан бўлиб, қиз болаларнинг сўзак билан оғришларини олдини олади.

Уларда сўзак касалининг вужудга келиш шароити турличадир. Жинсий йўл орқали касалланиш уларда 5 — 10—15 фойизни ташкил қилади. Пубертат ёши ва балоғатга етиш даврида сўзак микроби онаси, опалари ёки қариндош-уруғларидан, агар уларнинг ётиш жойлари бир бўлса, ванна ва бошқа нарсалардан бирга фойдаланилса, ўтиши мумкин. Жинсий йўл орқали ўтиши кам учрайди. Аммо қиз боланинг сўзак билан оғриганлигини аниқлаш мобайнида (айниқса ўсмир ёшида), унинг жинсий мулоқотда бўлган-бўлмаганлигини аниқлаш шарт.

Қиз болаларда касалликнинг клиник кечиши, унинг организмнинг анатомик-физиологик хусусиятига, сийдик чиқариш ва жинсий аъзоларининг ҳолатига боғлиқ бўлади.

Қиз боланинг қини 5 — 6 қават нозик-юпқа, ясси эпителий билан қопланган, бундан ташқари, қиндаги нейтрал ёки ишқорли муҳит ҳам микроб учун қулай шароит яратиб беради.

Янги туғилган қиз болалар қинида онадан ўтган гормонлар туфайли, нордон шароит бўлади, бу шароит маълум даражада инфекция учун қаршилиқ кўрсатади. Қиз бола онасини эмиш даврида қинда нордон шароит бўлиб туриши мумкин. Аммо бу ҳолат бола ўсгани сари ўзгариб боради. Яъни, қиндаги нордон реакция аста-секин сустлашиб, нейтрал ёки ишқорли реакцияга айланиб, бу ҳолат бола 8 — 9 ёшга киргунича сақланиб қолади. Унинг организмда эстроген гормони оша боришига қараб, қин реакцияси аста-секин нордонлашади ва ниҳоят катталарникига ўхшаш қолади. Бундан ташқари, қиз бола-ларнинг бачадон бўйни канали аёлларникига ўхшаб, шиллиқли тикин билан бекилган бўлмайди.

Одатда, аёлларда тухумдондан ишлаб чиқилган эстроген гормони туфайли бачадон бўйнидаги безлар кўп миқдорда шиллиқли секрет ишлаб чиқара бошлайди. Бу шиллиқ аста-секин бўйин каналини тўлатиб, ниҳоят тухумдоннинг фолликулин фазаси охирида, бўйин.канали-нинг ташқи тешигида кўз қорачиғига ўхшаб кетадиган шиллиқ кўриниб қолади (кўз қорачиғи белгиси). Бунда бачадон бўйнининг ташқи тешиги 2,5

— 3 мм кенгаяди, аммо бачадон бўйин канали берк бўлади.

Қиз болаларда эстроген гормони кам бўлгани учун уларда бу ҳол кузатилмайди. Демак, қиндаги нейтрал ёки ишқорли реакция, қин шиллиқ пардасининг нозик бўлиши сўзак касалининг тарқалиши учун қулайлик туғдиради. Қиз болаларда одатда, сўзак аввало сийдик чиқариш йўли, парауретрал йўлларда, қинга кириш жойи, бачадон бўйни, ҳамда тўғри ичак соҳасини зарарлайди. Ана шу ҳол катталардаги сўзакдан фарк қилади.

Болаларда ҳам жинсий аъзо, пастки ва юқори қисми деб, иккига бўлинади. Уларда ҳам сўзакнинг яширин даври 2 — 4 кун, баъзан ундан ҳам кўп бўлиши мумкин. Қиз болаларда сўзак ўткир тусда ўтиши ёки сурункали тарзда кечиши мумкин. Ёки сусти формада кечади. Сўзак сурункали кечганида, касаллик ҳатто 2 ойгача давом этади. Бундай даврда касалликнинг клиник белгилари сусти бўлгани учун, кўзга ташланмаслиги мумкин. Қасаллик шу йўсинда кечиб, вақти-вақти билан кучайиб, қайталаниши мумкин. Қасалликнинг торпид (сусти) кечиши организмнинг қаршилиқ кўрсатиш кучи пасайганда, турли касалликлар, хусусан, озиб кетган, экссудатив диатези бор, қони кам, семиришга мойил бўлган қизларда учрайди.

Қамдан-кам ҳолларда сўзак касали аниқ клиник белгисиз кечиши натижасида то етуклик давригача давом этиши мумкин. Бундай қизлар турмушга чиққанида, биринчи жинсий алоқадаёқ эркакни касаллантиришлари мумкин.

Сўзакнинг кечиши фақат қиз бола организмнинг умумий қолатига ва унинг ёшига эмас, унинг организмдаги микроорганизмларининг верулентлик хусусиятига ҳам боғлиқдир.

Чақалоқлардаги сўзак касали даволанса, у 2 — 3 ҳафтада тузалиб кетиши мумкин. 3 ёшдан ошган, 8 — 9 ёшгача бўлган қизларда сурункали кечиши ва қайтарилиб туриши мумкин. Чунки бу ёшдаги қизларда гормонал жараён ҳали етарли бўлмай, гонококк микробига қарши курашишга организмнинг кучи етмайди. Қасалликнинг давом этиши унинг қайси аъзода жойлашганлигига ҳам боғлиқ бўлади.

Агар вестибулит ва вагинитлар тезроқ тузалса, цервицит ва эндоцервицитлар узокдавом этади. Чунки бу жойлардаги микроблар анча чуқур жойлашган бўлади.

ВЕСТИБУЛИТ (ҚИН ДАҲЛИЗИ СЎЗАГИ, УЕ8Т1В1ПЛТ18 ОО^ОНКНО1СА)

Сўзакнинг бу тури қизларда кўпроқ учрайди. Қасаллик ўткир кечганида, шу соҳада тарқалган шишнинг қизарганлиги, умумий яллиғланиш жараёнининг барча белгилари кузатилади. Қасалликнинг 2 — 3 ҳафтасидан кейин қин даҳлизининг шиллиқ

қавати рангсизланади, қизиллик фақат бартолин беzi ва кичик жинсий лабларнинг ички сатҳида кўзга ташланади. Баъзида фолликуляр вестибу- лит ҳам кузатилади.

Микроскоп, кольпоскоп остида кўрилганда, лимфоид тўқиманинг гиперплазияси ва тери ўсимталарининг сўрғичи (сосочка) гипертрофиясини кўрамыз. Микроскоп остида кўрилганда, сийдик чиқариш йўлининг ташқи тешигида полипоз ўсимталари кўринади.

Баъзан ажралиб чиқётган чиқиндилар туфайли яллиғланиш жараёни катта жинсий лабларга, чот (бут) га тарқалиб, у жойлар ҳам қизаради ва шишади.

КОЛЬПИТ (ҚИН СЎЗАГИ, СОЕР1Т18 ООИОРНО1СА)

Кольпитнинг ўткир турида қиннинг шиллиқ пардаси шишиб, қизаради, ундан кўп миқдорда йиринг ажралиб чиқиб туради. Агар касаллик сурункали формада кечса, қиннинг шиллиқ қавати унча қизармайди, баъзи жойлари- дагина қизарган ҳолатни кўриш мумкин. Қин чиқиндисини кўп ва йирингли бўлади. Баъзан қиннинг шиллиқ қаватида, унинг сатҳида кўп миқдорда қип-қизил тошма- лар (донга ўхшаш) кўзга ташланиб, бу белги гранулоз вагинит, деб аталади.

УРЕТРИТ (СИЙДИК ЧИҚАРИШ ЙЎЛИ СЎЗАГИ, 6НЕТК1Т15 СОМОКВНО1СА)

Кўп олимларнинг фикрича, сўзак касали бирламчи бўлиб, сийдик чиқариш йўлини зарарлайди.

Уретритда сийдик чиқариш йўлининг кириш жойи ва шиллиқ қавати қизариб, шишади ва йиринг ажралади. Сийганда оғрик сезилади (бола йиғлайди). Унинг тез-тез сийгиси қистаб туради. Қасалликнинг ўткир қолати I—2 қафта давомида сустлашади.

СЎЗАК ВУЛЬВОВАГИНИТИ, УОЕУОУА61МТ18 60М0ККН01СА

Юқорида айтиб ўтганимиздек, қиз болаларга гормон- лар етишмаслиги туфайли, касалликнинг юқиш механизми аёлларникига нисбатан клиник кечиши билан бирмунча фарқ қилади.

Қасаллик катталарга асосан жинсий йўл билан юкса, болаларда эса жинсий йўлга алоқаси бўлмайди. Инфекция чақалоқ туғилаётганида онасидан ўтиб, микроблар бола- нинг кўзи ва жинсий аъзоларига тушиши мумкин. Яна, ҳаммомда булут, кийим-бош ва ҳоказо орқали ўтиши- ни ҳам тахмин қиладилар. Қиз бола чақалоқлик пайтида унинг жинсий аъзолари, қин ва ташқи жинсий аъзоларни қоплаган эпителийлар юпқа ва нозик бўлади.

Вульвовагинит кўпроқ 3 — 6 ёшдаги болалар орасида

учрайди.

Баъзи олимларнинг фикрича, болалар кўпроқ жинсий тараққиёт даврида касалланар экан.

КЛИНИКАСИ

Ташқи жинсий аъзолар шишади ва қизаради, сийдик чиқарув йўли ҳам қизариб, унда қотган йиринг чиқиндиси кўринади. Ажралиб чиққан йирингнинг қотиб қолиши натижасида жинсий лаблар бир-бирига ёпишиб қолади. Жинсий аъзодан оқаётган йиринг чот терисининг би- чилишига олиб келади, касаллик оғриқ билан давом этади. Агар катта лаблар йириб очилса, қон чиқа- ди. Шиллиқ қават сариқ-барг рангидаги йиринг билан қопланган бўлади. Қиндан чиқинди кўп ажралади. Яллиғланиш жараёни жуда осонлик билан сийдик йўли ва бартолин безларига ўтиши мумкин. Чунки бу аъзоларнинг шиллиқ қавати цилиндрик эпителий билан қоплаган бўлгани учун, гонококк шу эпителийга ўч бўлади ва унга яқин жойлашиб олади. Аммо болаларнинг сийдик чиқариш йўли ва бартолин беzi катталарникига нисбатан кам касалланади.

Юқорига кўтарилувчи инфекция боланинг ёшига қараб бўлади. Бола қанча ёш бўлса, мураккабликлар шунча кам бўлади. Менархе даври яқинлашган сари, инфекциянинг тарқалиши кўпроқ учрайди.

Баъзан ажралган йиринг таъсирида соннинг ички сатҳида дерматит кузатилади. Жинсий аъзодан ажралган йирийг кўпинча тўғри ичакни зарарлайди. Унинг шиллиқ қавати шишиб, қизаради ва йирингли карашлар билан қопланади. Ич келганида бола кучли оғриқ сезади У ичини тутиб туришга интилади. Бунинг натижасида ичакнинг пастки қисмида ахлат йиғилиб, бу ҳам ўз навба- тида шу соҳада қоннинг тиралиб қолишига сабаб бўлади, яллиғланиш жараёнини янада оғирлаштириб юборади.

Касалликнинг ўткир формасида тана ҳарорати кўтарилади. Бу давр 2 — 4 ҳафта давом этади. Кейин сурункали ёки ўртача ҳолатга ўтади. Бунда зарарланган аъзолардаги шишлар, қизиллик ва чиқиндилар ҳам камаяди, аммо касалликни кўзғатувчи микроб ҳали ҳалок бўлмаган бўлади.

Касалликнинг сурункали даврида ташхис қўйиш бироз қийин бўлади.

Касалликни кўзғатувчилар без йўлларида узоқ туриб қолиши мумкин.

Ташхис қўйиш касалликнинг ўткир даврида унча қийин бўлмайди, аммо сурункалига ўтса, унда му- раккаблашади. Одатда гонококкни топиш учун сийдик чиқариш йўли, бачадон бўйни канали ва қиндан суртма олинади. Без йўлларида суртма олиш учун, шу йўллар енгил массаж қилинади ва шундан кейин суртма олинади. Суртма грамм усули билан бўялиб, микроскопда дипло- кокк (қўшалок кокклар) кўрилади. Энг

яхшиси, олинган чиқиндини асцит суюқлигига ёки қонли агарга экиш йўли билан бактерия тури аниқланади.

Қасаллик сурункали кечганда ҳам гонококкни топиш бирмунча қийин кечади. Чунки у чуқур бурмали жойларга яшириниб олган бўлади. Суртмадан ҳам гонококкни ҳар доим топиш мумкин бўлавермайди.

Шунинг учун гонококкни топишда уни қўзғатиш (провокация) усулидан фойдаланилади. Яна, ҳайз кўрилган вақтда касаллик зўрайиб, микробни топиш осон бўлади (физиологик провокация).

Балоғатга етган қизларнинг бачадон бўйни каналига, унинг шиллиқ қаватига 5 — 10% ляпис (азот-кислотали кумуш) суртилиб, бачадон бўйни қитиқланади, ана шунда чуқурда жойлашган микроблар анча юзага чиқади ва уларни топиш осон. Қўшимча равишда комплемент боғлаш, бактериологик ва серологик текшириш усуллари- дан ҳам фойдаланиш мумкин.

ДАВОЛАШ

Даволашни асосан венерологлар олиб боради. Шундай бўлса-да, биз даволаш усуллари устида қисқача тўхталиб ўтамиз.

Қасалликнинг ўткир даврида бемор ўрнида ётиши ва суюқликни кўп истеъмол қилиш лозим (бунда сийдик билан микроблар чиқиб кетиши кўзда тутилади). Даво- лашда керакли натижаларга эришиш учун инфекция манбаини йўқотиш ва инфекция тарқалишининг олдини олиш лозим бўлади.

Аввало овқатланишни тартибга солиш, енгил ҳазм бўладиган ва клетчаткаси кам, аччиқ бўлмаган овқатлар буюрилади (болаларнинг ёшига қараб). Қасаллик кўзга ўтмаслиги учун, болага қўлини тез-тез ювиб туриш тайинланади. Жинсий аъзолар бир кунда бир неча марта 1:10,000 калий перманганат (марганцовка) ёки 2% ли риванол эритмаси билан чайилади, кейин артилиб, цинк мойи суртилади. Яна қўшимча равишда, сульфаниламид препарати, пенициллин ва бошқа антибиотиклардан ҳам фойдаланиш мумкин. Кўпроқ пенициллин ишлатилади. Сурункали турида, айниқса, сўзак проктитида (тўғри ичак яллиғланиши) проторголнинг 0,5 — 5% ли эритмаси билан ҳўкна (клизма) қилиш ҳам фойда беради. Ва)га, Ёгойого^ (1953) қуйидаги усулда муолажа қилишни тавсия қиладилар: 1000 бирликдаги кристалли пенициллинни (қасалликнинг бошида) 1 соат давомида ҳар 5 минутда 10 — 15 томчидан қўз томизғичи ёрдамида қинга томизи- лади, уретрага томизиш лозим. Бу хилдаги жойли даволаш 2 кун давом эттирилади. Бундан ташқари, 2 кун давомида мускул орасига 100.000 — 400.000 бирликда пенициллин- дан укол қилинади (ёшига қараб). Муолажа тамом бўлгач, бир неча кун давомида ўтирадиган ванна буюрилади. Одатда пенициллин билан даво

килингач, гонококклар 24 соат ичида йўқолади. Даволаб бўлинган- дан кейин 5 кун ва яна 2 — 3 ҳафта давомида бемор назоратдан ўтказиб турилади. Бу назорат то беморда касаллик белгилари қолмагунча давом эттирилади.

Болаларда сўзакнинг оқибати унча ёмон бўлмайди, у айтарли деструктив ўзгаришларга олиб келмаслиги мумкин. Албатта, бу муолажани ўз вақтида бошлансагина шундай бўлади. Сўзак сурункали формага ўтса, юқорида келтирилган белгилар давом этаверади. Касалликнинг торпид формасида сўзак бошланган биринчи кундан юқоридаги белгилар кузатилиб, аммо суст бориши мумкин.

ЦЕРВИЦИТ (БАЧАДОН БЎЙНИ СЎЗАГИ, СЕВУ1С1Т18 60М0ККН01СА)

К. А. Коришеванинг айтишича, сўзакнинг бу тури кизларда 50 — 60% учрайди. Қасалликнинг ўткир турида бачадон бўйни жуда кизариб кетади ва бўйни каналидан йиринг ажралиб туради. Сурункали шаклида эса, бачадон бўйни кўкимтир рангда бўлади. Цервицит одатда сурунка- ли кечади.

ПРОКТИТ (ТЎҒРИ ИЧАК СЎЗАГИ, РК0СТ1Т18 6014ЧОНКН01СА)

К. А. Коришеванинг фикрича, проктит 60% ҳолларда ўткир, 40% ҳолда эса сурункали кечар экан. Касалликнинг ўткир формасида ичакнинг баъзи қисмларида шиллиқ қават эпителийси кўчиб тушади, натижада шу соҳада ярали, эрозияли юза кузатилади. Шиллиқ қаватда майда хужайрали инфильтрация ва плазматик хужайралар топилади. Гонококк фақат эпителий остигагина кириб қолмай, балки ичак деворларидаги қўшимча тўқимани ҳам зарарлайди. Кейин абсцесс пайдо бўлиши мумкин. Улар ичак бўшлиғига ёки чот (бут) га шимилади. Проктитдан кейин чандиқлар пайдо бўлиб, улар туфайли ичак торайиб қолиши мумкин. Қасаллик бошланишида шу соҳада ачишиш, оғриқ сезилади, дерматит ҳам бўлиши мумкин. (Беморда тез-тез ич келиши-топизм хоҳиши туғилади). Ахлат юзаси йиринг билан қопланган бўлади. Сурункали турида бу белгилар бўлмаслиги ҳам мумкин. Даволаш омиллари вильвовагинитда айтиб ўтилган.

СЎЗАК ПРОФИЛАКТИКАСИ

Сўзакни даволашдан кўра олдини олиш фойдалироқ- дир.

Аёллар маслаҳатхонасида ҳомиладорларни ҳар то- монлама текширилади Қин чиқиндилари, бачадон бўйни ва сийдик чиқариш йўлларида суртмалар олинади. Чиқиндилар экилиб, текширилади. Булар чақалоқни сўзакдан асраш мақсадида

қилинади. Бундан ташқари, ота-оналар ўртасида маориф-ташвиқот ишларини йўлга қўйиш, болалар муассасаларида уларни кўриқдан ўтказиб туриш ҳам касалликнинг олдини олади.

Сўзак билан оғриб, тузалган болаларни йилига бир неча марта (камида 3 марта) клиник ва лаборатория кўригидан ўтказилганидан кейингина, болалар муассасаларида катнашларига рухсат бериш мумкин бўлади.

ҚИЗ БОЛАЛАР ЖИНСИЙ АЪЗОЛАРИНИНГ СИЛИ

Сил умумий инфекцион касаллик бўлиб, одатда сурункали кечади. Унинг қўзғатувчиси — сил таёқчаси — *Bacillus Calmette-Guérin*. У биринчи марта 1882 йилда Кох томонидан аниқланган.

Аслида жинсий аъзолар силени ўрганиш XVIII асрдан бошланиб, уни дастлаб Морганье 14 ёшли қизнинг жинсий аъзосидан топган.

Сил таёқчасининг узунлиги 2 микрондан 4 микронгача, бироз эгилган бўлади. Кислота ва спиртга чидамли.

Бу таёқчанинг организмга тушиши х.ар доим ҳам касаллик қўзғатавермайди. Бунинг учун организмнинг қаршилик кучи камайган (бошқа касалликлар, оилавий шароит, овқатланишнинг бузилиши ва ҳ.к.) бўлиши керак.

Силнинг вужудга келиши 2 қисмга бўлинади:

1. Бирламчи сил.
2. Иккиламчи сил.

Бирламчисида касаллик лимфонгаит ва унинг атрофи- даги лимфа безларининг касалланиши натижасида рўй беради.

Иккиламчиси деб, сил билан оғриб ўтган беморлардаги касалликка айтилади.

Жинсий аъзолар сили кўпроқ гематоген (қон томир) йўли, кам ҳолларда лимфа йўли орқали, жуда камдан-кам ҳолларда кўшни аъзолардан (рег сопНтиШит) ўтади.

Сил касали учун специфик пролифератив ўзгаришлар характерли бўлиб, бунда сил гранулемалари дўмбоғининг шаклланиши билан характерлидир. Бу дўмбоғ одатда эпителиал хужайралардан (кўшимча тўқималардан ву- жудга келган пластинкасимон, рангсиз бўяладиган, пу- факчаларга ўхшаш ядроли), томирлар эндотелийсининг ретикуляр хужайраларидан ташкил топган. Дўмбоқча- ларнинг биринчи характерли хусусияти — унда кўп ядроли «гигант» хужайраларнинг борлигидир. Иккинчи хусусия- ти — сил туфайли яллиғланиш юз берганда, унда сузмага ўхшаш козиоз некротизнинг ҳосил бўлишидир.

Жинсий аъзолар силенинг тузалиши организмнинг умумий қаршилик кўрсатиш кучи ва зарарланган аъзо- ларнинг қолатига боғлиқ бўлади.

Сил дўмбоқчалари туфайли бачадон бўйни, кин ва ташқи жинсий аъзоларда ярачалар ҳосил бўлади. Қиз болаларда жинсий аъзолар сили, улар яллиғланиш касаллиги билан оғриганларидан кейин пайдо бўлади. Улар бу касаллик билан 8 — 15 ёшларда кўп оғрийдилар.

Л. Р. Аветисова (1980) нинг кузатишича, 12 — 16 ёшдаги қизларда жинсий аъзолар касаллиги кўпроқ учрайди. Қлиник кузатишларга караганда, бунда асосан бачадон найчалари зарарланади.

Н. В. Кобозева ва бошқаларнинг фикрича, бачадон найчаларида сил кўп (деярли 100 фойиз) учрар экан. Эндометрий сили 30 — 45 фойизни ташкил қилиб, кўп ҳолларда бачадон найчаларининг зарарланиши билан кечади. Тухумдон сили 10—12 фойиз учрайди.

НАЙЧАЛАР СИЛИ

Найчалар сили (умумий жинсий аъзолар силига нисбатан) кўп (100%) учрайди. Асосан гемоген йўли билан юкиб, шу соҳадаги қон томир капиллярлар турларининг кўплиги туфайли инфекция осон ўтади.

Найчалар кўздан кечирилганда, клиник ҳолат ҳамма вақт ҳам кўзга ташланавермайди, уни микроскоп орқали кўриш мумкин бўлади.

Агар касаллик энди бошланган бўлса, бунда найча- ларнинг шиллиқ қавати қалинлашиб, уларда миляр дўмбоқчалар борлиги кўзга ташланади. Шиллиқ қават бурмалари кўпинча бир-бирига ёпишиб қолади, найча бўшлиғида кўп микдорда экссудат бўлади. Шиллиқ қават эпителийсида 2 хил жараён кузатилади. Бир жойда пролиферация (ўсиш), иккинчи жойда дисквамация (кўчиш) бўлади. Қасаллик бошида найчаларнинг мускул ва сероз қавати зарарланмаган бўлади. Баъзи ҳолларда сил чегараланиб, шу ерда оҳакланиш кўринади. Агар найчанинг ампуляр қисми бекилиб қолмаган бўлса, касаллик авж олиб, найчаларнинг барча қаватини зарарлаб, қўшни аъзоларга ҳам тарқалади. Натижада сил мезосальпингити ва пересальпингит вужудга келади. У ҳолда найчаларнинг мускул қаватида лимфоид эле- ментлар ва ҳатто сил дўмбоқчаларини ҳам кўриш мумкин. Сил оғирлашгани сари, дўмбоқчалар бир-бирига қўшилиб парчланади ва оқибатда казиоз ҳолат кўринади. Найча- лар ичи казиоз масса билан тўлади.

Агар найчаларнинг ампуляр қисми бекилиб қолса (облитерация), унда секрет найчалар ичида тутилиб ва оқибатда найчалар трубага (ретортга) ўхшаб қолади, унинг ичи суюкрок (казиоз) масса билан тўлган бўлади. Инфекция лимфа йўллари ёки аъзолар бўйлаб, ўзининг яқинида жойлашган ичак, сийдик

қопи ва чанокнинг сероз пардасигача етиб боради. Чанок пардасида экссудация ва кейин продуктив яллиғлаш жараёни рўй бериб, оқибатда чандиқлар пайдо бўлади. Организмнинг қаршилик кучи бора-бора пасайиб, ниҳоят найчалар тешилиб, ичаклар, сийдик қопида найча-ичак ёки найча-сийдик қопининг оқмаси пайдо бўлади.

ТУХУМДОН СИЛИ

Касаллик найчалардан тўғридан-тўғри ёки лимфа-қон йўллари бўйлаб тухумдонга ўтади. Бу касалликнинг икки тури учрайди: периоофарит (тухумдон атрофидаги тўқи- манинг яллиғланиши) ва сил оофарити (тухумдоннинг яллиғланиши).

Агар инфекция тухумдон паренхимасига кирса, унда сил дўмбокчаларининг йиғиндиси тухумдон бўшлиғида вужудга келади. Улар кейинчалик абсцесс ҳосил қилади. Тухумдон сили вақтида ва тўғри даволанса, тез тузалади.

Бу жараён камдан-кам ҳолларда оғирлашади, унда тухумдонни олиб ташлашга тўғри келади.

БАЧАДОН СИЛИ

Бачадон найчаларидаги тешик орқали эмас, балки лимфа йўли орқали зарарланади. Сил касаллиги эндо- метрийнинг ўзинигина зарарлаши кам учрайди. Эндо- метрий сили 3 хил формада учрайди:

1. Продуктив формаси — эндометрийда дўмбоклар кўпаяди.
2. Милиар формаси — тарқалган шакли.
3. Козиоз парчаланиш — мускул қаватига ўтадиган формаси.

Эндометрий силида ҳайз цикли текширилганда, турли ҳолларни кўриш мумкин. Баъзи муаллифларнинг фикрича балоғатга етган қизларда ҳайз циклининг 7-куни (пролиферациянинг эртанги муддатида) сил аниқланмайди. 7-12 куни бачадон шиллиқ қаватининг пролифератив фазасининг кейинги муддатида айрим эпителиал хужайралар кўзга ташланади. Шиллиқ қаватнинг секреция фазасида гигант хужайралар эгаллаган аниқ сил дўмбок- лари кўринади. Сил касаллиги айниқса ҳайз кўриш олдидан яққолроқ намоён бўлади. Унинг продуктив фазасида бачадондан олинган қирма жуда оз бўлади. Агар тухумдон фаолиятига путур етмаган бўлса, ҳайз цикли нормал бўлиши мумкин. Силнинг милиар формасида, интоксикация туфайли ва гормонал система фаолиятининг пасайганлиги сабабли, ҳайз цикли бузилади. Одатда, продуктив экссудатив формаси авж олади. Бунда диффуз- ли, лимфоидли инфильтрация эндометрий безларини зарарлаши, жараённинг мускул қаватига ўтиши кузатилади. Бундай ҳолатда (оғир

ҳолатда) бачадон шиллик қаватининг функционал қаватида реакция бўлмайди.

Казиоз формасида эса, жараён анча оғирлашади, эндометрий билан мускул қавати ҳам зарарланади. Бунда пиометра ҳосил бўлиб, бачадон бўшлиғида сузмагаўхшаш йиринг йиғилади. Агар касаллик яхши тугаса, бачадон ичида чандиқлар қолади. Қиз болалар балоғатга етгач уларда бирламчи аменорея ҳолатини (атепоггйеа) куза- тиш мумкин бўлади.

БАЧАДОН БЎЙНИ СИЛИ

Баъзан бачадон бўйнининг ташқи тешиги атрофида сўрғичсимон ўсимталарни кўриш мумкин. У рак (сара- тон), захм ва папилляр эрозия билан дифференциал тарзда ташхис қилиш, биопсия олиш йўли орқали аниқланади.

Захмда Вассерман реакцияси ҳам ёрдам бериши мумкин. Қольпоскоп ҳам текширишда анча ёрдам қилади. Бачадон бўйни ракида бўладиган айрим белгилар (тегиб кетганда қонаш — контакт) ва Шиллер белгилари уни силдан ажратиб олишга (фарқлашда) қисман ёрдам беради.

ТАШҚИ ЖИНСИЙ АЪЗОЛАР СИЛИ

Аъзо сатҳида ясси, сарғимтир ёки қизғиш-кулранг караш кўринади. Уларнинг чети ярали, туби эса бир оз инфильтрланган бўлади. Яра четларида сўксимон оқимтир тугунчалар кўринади. Агар яра жинсий лаблар ёки клиторда бўлса, бу аъзолар қатталашиб, қаттиқ ҳолга келган бўлади, бундан ташқари, чот (бут) соҳасидаги лимфа безлари ҳам қаттиқлашади.

ЖИНСИЙ АЪЗОЛАР СИЛИ ТАШХИСИ

Бунинг учун аввал қиз боланинг сил касали билан оғриган бемор билан мулоқатда бўлган-бўлмагани, бола- лигида бу касаллик билан оғриганми ёки йўқлиги она- отасидан сўраб аниқланади. Ташхис қўйиш ва касалликни аниқлашда анамнезнинг аҳамияти жуда катта бўлади.

Бармоқлар ёрдамида тўғри ичак орқали кўрилганида, турли ҳажмдаги сил дўмбоқчаларини сезиш мумкин. Аммо бундай дўмбоқчаларни тухумдон раки, серозли (па- пилляр) кистома ва бошқа касалликларда ҳам сезиш мумкин. Шунинг учун олинган шу маълумотнинг ўзигина етарли бўлмайди. Бунда лаборатория текширишлари яқиндан ёрдам бериши мумкин. Қонда специфик ҳолат кузатилмайди.

В. А. Покровскийнинг айтишича, силнинг продуктив фазасида лейкоцитлар миқдори камайди (ошмайди), экссудатив формасида ошади, аммо бу турғун бўлмайди. Қазиз парчаланиш фазасида эса интоксикация туфайли лейкоцитоз юқори бўлади. Агар сил жараёни яна кучайса, унда интоксикация оқибатида лейкопения вужудга келади.

Сил билан оғриган кўпгина беморларда лимфоцитоз кузатилиб, оғир формасида лимфоцитоз учрамайди. Бундай беморларда моноцитоз кузатилади. Яна эритроцитлар ва гемоглобин камайиб кетиб, анемия юз беради.

Ўпкада, суякларда сил касаллиги бўлган-бўлмаганлиги рентген орқали аниқланади. Агар бўлган бўлса, ана шу жой инфекция манбаи бўлиб ҳисобланади. Ташқи жинсий аъзо, қин ва бачадон бўйнига ташхис қўйиш мақсадида улардан биопсия олинишини биз юқорида айтиб ўтдик.

ТУБЕРКУЛИН БИЛАН ТЕКШИРИШ

Бу усул ёрдамида сил юққан-юқмаганлиги аниқланади. Аммо касалликни аниқлашда Пирке-Манту усули, клиник текшириш билан бирга олиб борилса, аниқроқ маълумот олинади.

Пирке усули — билакнинг ички сатҳи терисига олдин бензин ва эфир суртилиб пипетка ёрдамида бир томчи Қох туберкулини томизилади, ундан бир неча сантиметр пастга контроль (назорат) эритма (0,5% ли карбол ачимини, 0,5 мл, глицеринли аралашмали физиологик эритмани) томизилади, ундан кейин шу томчилар устидан, ҳар бир томчига алоҳида пинцет (ёки нина) олиниб, унинг устидан чизилади. Агар бу реакция ижобий бўлса, унда 24 — 28 соатдан кейин туберкулин томизилган жойларда папула пайдо бўлади (силнинг грануляцион тўқимаси). Унинг ҳажми 1 см бўлиб, атрофи 0,5 см га яқин жойда қизариш бўлса, унда реакция ижобий бўлади.

МАНТУ УСУЛИ

Бунда тери бурмасига, тери ичига 0,05 мл дан то 0,1 мл гача 1:10.000 маротаба суюлтирилган туберкулин юборилди. Контроль реакция 0,5% ли фенол ёрдамида ўтказилади. Агар реакция салбий бўлса, унда 2 кун ўтгач, туберкулин анча юқори концентрацияда (1:1000) тери остига юборилади. Укол ўрнидаги тери сатҳи кўтарилади. 8 соатлардан кейин шу жой қизаради, баъзан пуфакчалар ҳосил бўлади. Реакция 30 соатлардан кейин аниқ бўлади. 48 соатдан кейин папулалар қайтади.

Сил бациллаларини аниқлашда бачадон бўйни канали, ярали юзалар, чиқиндилар, орқа гумбаздан нина суқиб олинган суюқликлар, Кафка қалпоқчаси ёрдамида (бачадон бўйнига

кийгизиб кўйилиб) олинган бачадон чиқинди-лари бактериологик ва бактериоскопик текширувлар ўтказилади.

КАСАЛЛИКНИНГ НАТИЖАЛАНИШИ

Ҳозирги даволаш усуллари тўғри қўлланилса, маълум даражада яхши натижага эришилади. Аммо бунда жинсий аъзолар функциясига путур етиши, хусусан, бепуштлик келиб чиқиши мумкин. Касаллик баъзан қайталаниб ҳам туради.

ДАВОЛАШ

Даво бир неча тадбирлардан иборатдир.

Биринчи навбатда беморнинг яшаш шароитини яхши-лаш, режим билан овқатланиш, боланинг ёшига қараб овқат калорияси ва таркибини яхшилаш, витаминларга бой озиқ-овқатларни истеъмол қилиш, иқлим шароитини таъминлаш, антибиотиклардан фойдаланиш, касалликнинг турига қараб даво чораларини қўллаш, керак бўлса, операция қилиш лозим бўлади.

М. С. Ермолова стрептомицинни ПАСК билан бирга ишлатишни тавсия этади. У бир даволаш курсини 20 кун деб белгилайди.

Сил эндометритида боланинг ёшига қараб бачадон бўйни калинлигига 0,1 дан то 0,5 г гача стрептомицин юборилади. Яна, ҳар 6 соатда 0,1 — 0,5 г дан мускул орасига ҳам юбориш керак. У билан бир вақтда боланинг ёшига қараб 0,1 — 0,5 г дан фтивазид 2 — 3 маротаба ёки 0,5 — 2,0 г дан ПАСК юборилади.

М. С. Ермолова катталар учун стрептомициннинг умумий дозаси 50 г ёки фтивазиднинг 50,0 ёки ПАСКнинг 400 — 500 г лик дозасини мақбул, деб ҳисоблайди. Унга қараб, болалар учун ишлатиладиган доза бироз камайтирилади. 1,5 — 2 ой ўтгач, муолажа курси яна қайтарилади.

Бачадон бўйни, қин ва ташқи аъзолар ярасида, уларнинг соҳасига ҳар 6 соатда 0,05 — 0,5 г гача бўлган миқдорда стрептомицин, бир вақтнинг ўзида фтивазид ёки 0,05 — 2,0 г гача ПАСКдан (ёшига қараб) қунига 4 — 5 маҳал бериб борилади.

Бунда катталар учун белгиланган даво дозаси шундан иборатки, 30 г стрептомицин, 50,0 фтивазид ёки 400 — 500 г ПАСК нинг даво дозаси белгиланади. Болаларга ҳам шулардан ёшига қараб буюрилади.

Даволаш жараёни умуман мутахассислар томонидан олиб борилади. Гинеколог врачларнинг вазифаси ташхис-ни аниқлаб, сил билан оғриган беморларни махсус муассасага йўллашдан иборатдир.

КИН ДИФТЕРИЯСИ

У кўпинча болаларда учрайди, чунки дифтерия асосан болалар касаллиги ҳисобланади.

Томоқ дифтерияси болаларнинг ифлос қўллари орқали инфекцияни юктиришлари сабабли рўй беради. Қин дифтериясида, ташқи жинсий аъзоларда оқимтир ёки кулранг қараш юзалар (сатҳлар) кузатилади, буни оқлик (молочница) билан адаштириш мумкин. Бу қарашни кўчириб олиб бўлмайди. Қин дифтериясида касаллик ўзидан кейин чандик қолдиради. Бунда қиз боланинг қини торайиб ёки бутунлай битиб қолиши мумкин.

Қасаллик асосан бактериологик йўл билан аниқ- ланади.

Даволаш инфекцион касалликларга мўлжалланган стационарларда ўтказилади.

ВИРУСЛИ ВУЛЬВОВАГИНИТ

Бу хилдаги патологик ҳолат болалик ёшида кўпроқ учрайди. Айниқса вульвит, вагинит ва цервицитлар билан қиз болалар кўпроқ оғрийдилар. Вирусли цервицит асосан жинсий алоқада бўлган қизларда учрайди. Вирусли вульвитнинг вужудга келишида герпес вируси, цитомегало- вирус, урогенитал вирус, грипп вируси, парагрипп вирусла- ри сабаб бўлади. Баъзан уларнинг аралаш турлари ҳам учрайди. Бундай вақтда касаллик анча оғир кечади. Агар она генитал герпеси билан оғриган бўлса, унда генитал герпетик инфекция ва урогенитал инфекциялар чақалоққа туғруқ пайтида, туғруқ йўлидан ўтаётганида, ўтиб қолади Бу хилдаги вирус кўпроқжинсий ва бошқа йўллар орқали тарқалади. Мабодо она шу касаллик билан оғриган бўлиб, ваннада қизи билан бирга чўмилса ҳам, шу касаллик болага ўтиши ҳақида маълумотлар бор.

Баъзи фикрларга қараганда цитомегаловирус ҳомила- га йўлдош тўсиғидан ўтиб, бола организмида узок вақтгача ҳаёт кечирар экан.

Урогенетал инфекция цистит, уретрит, вульвитлардан ташқари, чақалоқда яна конъюнктивитни ҳам кўзгатиши мумкин. Унинг белгиси чилла даврининг 8 — 9 кунларида юзага чиқади

Қиз болаларда жинсий аъзолар герпетик зарарланган- да, улар вульва соҳасида оғрик, қичишиш ва ачишиш борлигидан шикоят қиладилар. Баъзан вульвада, қин деворида сувли пуфакчалар кўриниб, уларниИг туби шишган, инфильтрланган ва бироз қизарган бўлади. Бир неча кундан кейин бу пуфакчалар ёрилиб, эритема шаклидаги яралар ҳосил қилади. Бу яралар бора- бора битиб кетади. Аммо баъзида иккиламчи инфекция кўши- либ, касаллик оғирлашиши ҳам мумкин.

Қасалликнинг яширин даври унча аниқ бўлмайди. Иммунитет суст бўлиб, касаллик бир неча ойдан кейин яна қайталаниши ҳам мумкин. Даволаш қанча эрта бошланса, натижа

хам шунча яхши бўлади.

ДАВОЛАШ

Антибиотиклар герпеснинг ҳамма турида ҳам ёрдам бермайди. Фақат урогенитал герпесда левомецетин, сигмамицин, окситетрациклинлардан фойдаланиш мумкин бўлади. Бундан олдин албатта вирус ва организмни антибиотикларга сезгирлигини аниқлаб, кейин фойдаланиш мақсадга мувофиқдир.

Баъзан, бошқа вируслар мавжуд бўлиб, кўшимча инфекция кўшилган бўлса, бу ҳолда ҳам антибиотиклардан фойдаланилса, касаллик бироз енгил кечиши мумкин.

Н. В. Қобозева ва бошқаларнинг фикрича, касалликнинг биринчи кунини иммуноглобулин юбориш, декорис, пирогенал (интерфероноген)ларни қўллаш ва витаминизация қилиш лозим. Бундай жойли даволашга аҳамият бериш, касаллик белгиларига қараб, зарарланган сатқни камфорали мой билан артиш, ниҳоят, этиопатогенетик аҳволга қараб даволаш лозим. Яна 3 кун давомида, кунига 3 маҳал жинсий аъзоларни йоднинг 5% ли эритмаси билан артиб туриш ҳам яхши фойда беради. Бунинг учун 5% йод ва 2% дезоксиуридиннинг диметилсульфоксид билан бирга кўшиб суртилади. 30% ли интерфероноген мойини ҳам 2 ҳафта давомида суртиб (1 г мойда ИВС ёки ЖЭВлар, интерферон 500 бирликда бўлади) турилади. Булар ҳам яхши ёрдам беради.

Касалликнинг биринчи ҳафтасидаёқ теброфен, оксалин, флоренал, риодоксал, бонафтан мойларидан фойдаланилса, беморнинг тузалиши янада тезлашади.

Н. В. Қобозева куйидаги рецептни тавсия этади:

Кр : 1п1ег1егош 7500 ЕО О1. уавеНш 5,0 ЫапоНп! 10,0 т. 1. нп£.

В. 8. Яллигланган жойларга 4—6 марта суртилади.

XVII БОБ

ПАРАЗИТАР КАСАЛЛИКЛАР

ТРИХОМОНИОЗ (ЖИНСИЙ АЪЗОЛАРНИНГ ЯЛЛИГЛАНИШИ)

Бу касаллик асосан гинекологик касаллик билан оғриган аёлларда 3,5% —4% ҳолларда учрайди. У венерик (терианосил касалликлар) касаллик бўлиб, фақат жинсий мулоқот орқали юқади. Авваллари ўрин-бош, ванна ва мочалкадан ҳам юқади, деган фикр юрарди. Аммо бу фикр хато экан. Аммо қиз болаларда баъзан, «нейтрал» даврда оилада шу касалликка

чалинган бемор бўлса, оналар гигиеник қоидаларга амал қилмасалар қиз бола трихомониоз касали билан оғриши мумкин.

Қин трихомониозининг кўзгатувчиси—ТпсБотопаз уа^таНз ҳисобланади. Ичак трихомониозини кўзгатувчи- лар фақат йўғон ичакда яшайди. Трихомониоз жгутли паразитар касалликлар туркумига киради.

Қин трихомониозининг устки қобиғи бўлиб, кучли ва кўп ҳаракат қилганлиги туфайли, унинг шакли турғун бўлмайди. У баъзан нок, баъзан думалоқ, понасимон ёки нотўғри шаклда бўлиб кўринади. Узунлиги 7 — 23, ҳатто баъзан 30 мм бўлади. Танасининг орқа қисми юмалоқ, дум қисми эса учлироқ бўлади. Олдинги саткида 3—5 та хивчинлари бўлиб, уларнинг олдинги томонида катта ядро ва оғиз йириғи — цистостомаси бўлади. У метилгрюнгирон билан бўялади. Трихомонада оддий усулда бўлиноб кўпаяди. Унинг патогенлиги ҳақида бир қатор мулоҳаза- лар мавжуд. Унинг яширин даври турғун эмас.

Қеракли даво чоралари қўлланилмаса, касаллик анча узокқа чўзилади.

ТРИХОМОНАДА КОЛЬПИТИНИНГ КЛИНИК БЕЛГИЛАРИ

Касалликнинг' ўткир кечиши даврида қиндан кўп йиринг ажралади. Лекин бу ажраладиган йиринг вульгар кольпитдан фарқ қилади.

Вульгар кольпитда йирингли чиқинди бўлса, трихомонадада эса йиринг суюқ, сувсимон ва кўпикли бўлади. Чиқиндининг кўп ажралиши сабабли, қинда, қинга кириш жойида, ташқи жинсий аъзолар соҳасидаги бичилиш, қичишиш ва ачишиш беморни безовта қилади. Қорин пастиди оғриқ сезилади. Бунга тез-тез сийиш ва си-йганда оғриқ сезилиши ҳам кўшилиши мумкин. Бу сийдик чиқариш йўлининг ҳам зарарланганлигини билдиради. Агар трихомонада тўғри ичакни зарарлаб ёки қиндан оққан чиқинди ичак соҳасининг ҳам бичилишига олиб кел- ган бўлса, у ерда ҳам қичиш ва ачишиш сезилади.

Беморнинг ташқи жинсий аъзоси кўздан кечирилганда, ташқи жинсий аъзонинг шишганлиги, улар сатҳида дерматит борлиги кўринади. Қиннинг шиллиқ қавати қизарган, чиқинди кўп, бироз сарғимтир рангда, кўпириб турган ҳолатда бўлади. Кўшимча тарзда яна бачадон бўйни ҳам зарарланиши учраб туради. Унда бачадон бўйни каналидан кўп шиллиқ аралаш йиринг оқаётганини кўриш мумкин бўлади. Қасаллик сурункали равишда кечиб, вақти-вақти билан кучайиб туради.

Ташхис қўйишда, ота ва онасидан олинган маълу- мотлар, улар чалинган касалликлар(қиннинг яллиғлани- ши ва ҳ.к.лар) уретрит, унинг сурункали кечиши ва юкорида айтиб ўтилган клиник белгиларга амал қилинади. Бундан ташқари, лаборатория

текширишлари ҳам зарурдир. Бунинг учун кин чиқиндиси киннинг орқа гумбази соҳасидан илгак ёрдамида олиниб, буюм ойнаси устига қўйилади ва микроскоп остида кўрилади.

Трихомонадалар баъзан бошқа паразитар касаллик-ларни кўзғатувчилари билан бирга ҳам учраши мумкин.

Кўп муаллифлар, қинга 5 — 6 мл физиологик эритма қуйиб, шундан трихомонадани қидириш керак дейдилар. Трихомонада ўзининг кўзғатувчанлиги билан аниқ ажра- либ туради.

ДАВОЛАШ

У асосан специфик кольпитлар каби олиб борилади. Даволаш учун: метронидазол (флагил, трихопол), интрамидазин, тинидазол (фасижин), орнидазол, тиберал, корнидозол ва ҳ.к.лар қўлланилади. Н. В. Кобозева ва б.қ.лар таклиф этган даволаш усуллари қуйидагичадир: Беморнинг ёшига қараб, асосан трихопол ишлатилади: 5 ёшгача — 0,25 г, 5 ёшдан 10 ёшгача — 0,5 г, 11 ёшдан 15 ёшгача — 0,75 г дан буюрилади. Даволашнинг бир курси 8— 10 кун давом этади.

Бундан ташқари, унинг ярим дозаси кукун (пудра) ҳолида ташқи жиисий аъзолар ва қин соҳасига сепилади. Қин ингичка катетер ёрдамида гидрокарбонат натрийнинг 1% ли эритмаси билан чайилади, кейин қинга 1 — 2 — 2,5% ли иитазол суспензияси суртиб қўйилади. Маҳаллий даволаш умумий даволаш билан биргаликда олиб бори- лади.

3 ёшгача бўлган қиз болаларнинг қинига 1 мл миқдорида 1 % ли метил кукуни сепилади. Бир курси 7 кун бўлиб, кейин қиндаги муҳитни яхшилаш ва қаршилик кучини ошириш учун қинга 1 мл стерилланган балиқ мойи киритилади. Болаларга осарсол ишлатилмайди.

Трихомониоз билан оғриб ўтган болалар фақат 3 мартаба лаборатория ва клиник кўрикдан ўтганларидан кейин уларга болалар муассасаларига қатнашга рухсат берилади.

МОЛИНИЯЗ (МОЛОЧНИЦА) — 800К

Бу касаллик қинга замбуруғлар кириши (МопШа аИмсапв) натижасида келиб чиқади. Микроскоп остида улар зич тўр ва спираллардан иборат бўлиб кўринади. Бундаги клиник белгиларидан ташқари ташқи жинсий аъзоларда қичишиш ва қинда ачишиш белгиси ҳам сезилади. Қин кўздан кечирилганда, унинг шиллиқ қавати қизарган, бироз шишган, сатҳида турли ҳажмдаги оқ карашлар кўринади. Улар қийинчилик билан кўчади. Қасалликнинг бошида бу караш деярли енгил кўчиши мумкин. Қейинчалик кўчириб кўрилса, қин шиллиқ қаватини жароҳатлаши ва қонаши кузатилади. Унга бактериологик текширув асосида ташхис. қўйилади

ДАВОЛАШ

Организмнинг қаршилиқ кўрсатиш кучини ошириш учун қўлланиладиган омиллар билан биргаликда, ма- ҳаллий муолажа мақсадида, қинга 20% ли бор (Вогак) ни глицеринли эритмаси киргизиб қуйилади.

Профилактикаси асосан гигиеник қоидаларга риоя қилиш, жинсий аъзолар соҳасини тоза тутиш, кийим- бошларни қайнатиш ва дазмоллаш, тез-тез ички ки- йимларни алмаштириб туриш зарур.

ЭНТЕРОБИОЗ

Бу касаллик қинга гижжалар тушиши натижасида келиб чиқади (ЕгВегоБюиз уегпйсШапз охуппз).

Унинг кўриниши оқ ипсимон, узунлиги 4 — 6 мм ли паразит бўлиб, тўғри ичакнинг пастки қисми ва йўғон ичак бўйлаб жойлашади. Гижжалар орқа чиқариш тешиги соҳасига ўрнашиб олиб, шу ерда кўпаяди ва яна тухум қўяди. У қинга ва ҳаттосийдик қопига ҳам ўтиши мумкин. Касалликнинг асосий белгиси: ташқи чиқазиш тешиги, қинга кириш соҳасида қичишиш, сийишда оғриқ сезилади. Бунинг натижасида бола мастурбацияга одатланиб қолиши ҳам мумкин.

Ташхис асосан шу соҳадан қирма олиниб, микроскоп остида текшириш орқали қўйилади.

ДАВОЛАШ

Аввало гигиеник қоидаларга риоя қилиш, кичик ёшдаги қизларнинг жинсий аъзоларини олдидан орқасига қараб ювиш, ички кийимларини тоза тутиш ва ҳ.к.лардир. Даволашдан мақсад, гижжаларни йўқотишга қаратилган тадбирлардир. Яна зарарланган жойларни: қинни ва ташқи аъзоларни ювиб туриш, мавжуд бўлган ҳоллар (қичишиш, ачишиш, яллиғланиш)ни даволашдан ибоб- ратдир.

ЭХИНОКОКК

Бу касаллик болаларда кам учрайди, унинг асосий манбаи — итлардир. Ит ахлати орқали эхинококк ва унинг тухумлари тарқаша мумкин. Болалар ҳам итлар билан мулоқотда бўлиб, шу касални юқтиришлари кўп учрайди. Микроби болаларга овқат орқали ўтиб, овқат йўлидан вена ва лимфа томирларига, ундан кейин бутун организмга

тарқалади. Улар кўпроқ ўпка ва жигарга жойлашиб, пуфакчалари ёрилганидан кейин, жинсий аъзолар ва чанок ичидаги юмшоқ тўқималар, тухумдон соҳасига ўтиб олади ва ўша жойларни

зарарлайди. Жинсий аъзолар эхинококкининг клиник белгилари унча характерли эмас.

Ташхиси асосан бошқа аъзоларда эхинококк кисталарини топиш, эхинококк ҳақида олинган маълумотларга таяниб қўйилади.

Қонда кўпинча эозинофилия кузатилиб, Кацциони реакциясидан фойдаланиш орқали ҳам ташхисни аниқлашда муваффақиятга эришиш мумкин.

Кацциони реакцияси куйидагича қилинади: Тери остига 0,1 мл эхинококк пуфакчасидан олинган суюқлик юборилади. 5 — 20 минут ўтгач, шу жойда оқ пуфакча пайдо бўлади, унинг ҳажми 1,5 см бўлиб, атрофида қизарган сатҳлар кўринади.

Бу касалликнинг **оқибати** анча оғир. Чунки аъзо, системаларга тарқалиб кетган касаллик анча узоққа чўзилади.

Даволаш асосан оператив услуб бўлиб, эхинококк пуфакчаларини олиб ташлашдан иборат бўлади.

Профилактикаси. Умумий паразитар касалликларда қўлланиладиган омиллар.

XVIII БОБ

ЖИНСИЙ АЪЗОЛАРДАГИ ЎСМАЛАР

Жинсий аъзолардаги барча патологик ҳолатлар беморнинг умумий ҳолатигагина таъсир қилиб қолмай, балки унинг асаб тизимига ҳам ўз таъсирини ўтказмай қолмайди. Бошқа патологик ҳолатлар орасида жинсий аъзолардаги ўсмалар асосий муаммолардан бири бўлиб ҳисобланади.

ТАШҚИ ЖИНСИЙ АЪЗОЛАР ЎСМАСИ

Аёллар жинсий аъзоларининг тараққиёт даврида, хусусан вульванинг шаклланишида энтодермал элементлар билан биргаликда, эктодермал элементлар ҳам иштирок этади. Эктодермал элементлардан (зшиз иго^егп- (аИз), қин даҳлизи (уезНЬШит уа^тае), қизлик пардаси ва кичик жинсий лаблар оралиғидаги йўл (зШсиз путрийобутепаИз) ва орқа кемасимон чуқурча (лозя поулсилап8) вужудга келади. Эктодермал тўқимадан: катта ва кичик жинсий лаблар (лаблит ридепола ттопз е(та]'оп8), клитор оёғи (ргаери!ит сШопсНа), тер ва ёғ безлари, сочсимон қўшувчи тўқималар вужудга келади. Шундай қилиб, жинсий аъзоларда барча тўқима элементлари бўлгани каби, ўсмаларнинг турлари ҳам кўп бўлади. Ташқи жинсий аъзо — вульвадаги зарарсиз ўсмаларга: миома, фиброма, липомалар, гемангиома, лимфангиомалар кирса, хавфли (зарарли) ўсмаларга: саркома, невромалар киради.

Болалардаги рақ олди касалликларига сўғалли ўсим- талар (кондилома, экземалар) киради.

Вульварда учрайдиган ўсмаларга кўп ҳолларда узоқ давом этадиган яллиғланиш жараёни сабаб бўлади.

Р. Р. Макаров (1969) уларни баъзан чот (бут) кистаси билан адаштириш мумкин деб ҳисоблайди. Миомада ўсма анча қаттиқ ва чегараланган ҳолда жойлашиб, оғриқ сезилмайди. Ангиома ва лимфоангиомаларда қаттиқ эластиклик ҳолати бўлиб, уларнинг шакллари ҳар хил бўлади. Фиброма ҳам лаблар қалинлигига жойлашган бўлиб, чегараси аниқ ва ўзи қаттиқ бўлади. Липома анча юмшоқ бўлиб, чегараси ҳамма вақт ҳам аниқ бўлавёрмайди. Ташқи жинсий аъзоларда баъзан ёғ ва тер безлари кистаси учраб, улар унча катта бўлмайди.

Парауретал йўллар кистасида сийдик чиқариш йўли ёнида унча катта бўлмаган кисталарни учратиш мумкин.

Бартолин бези кистаси кўпроқ учрайди. У бартолин бези йўллари яллиғланиш жараёни туфайли торайиб, битиб қолиши натижасида вужудга келиб, ретенцион кисталар каторига киради.

Қиста катта жинсий лабларнинг бир томонида ёки ҳар иккала томонида (кўпроқ сўзак касалидан кейин), 3 — 1 пастки қисмда, бирмунча овал ёки думалоқ шаклда, қаттиқ, эластик ва оғриқсиз ўсма топилиб, у одатда 7 — 8 см катталиқда бўлади. Бемор бироз ўнғайсизликдан жинсий аъзолар соҳасидаги тортишишдан шикоят қилади, аммо оғриқ сезмайди. Баъзан киста ичига инфекция тушиб, бартолинит вужудга келади.

Операция қилиниб Бартолини безини олиб ташланади, шунда унинг капсуласини қолдирмаслик керак, акс ҳолда, киста яна қайта ўсиши мумкин.

Бизнинг клиникамиздаги олиб борилаётган илмий изланишлар натижасида қуйидаги даволаш усуллари тавсия қилинапти: Бунда киста ёки абсцесс йирингли халтача капсуласи 50% ли аг^еп^лит п^нпсигп эритма билан куйдирилади. Бунинг учун олдиндан 50% ли аг^еп^Шт п^ипсит эритмаси тайёрланиб, «А» шкафига солиб қўйилади. ўКинсий аъзо соҳаси асептик эритма билан ювилади ва йод суртилади. Кейин қирқиладиган жойдан ташқари, жинсий аъзонинг бошқа қисмларига, анус соҳасига қалин қилиб Лассаре пастаси ёки вазелин суртилади. Операция сатҳи чойшаб билан ўралиб, чегараланади. Жинсий лабнинг энг дўппайиб чиққан сатҳидан тикка қилиб, киста ёки бартолинит қирқилади, қирқилган жойларни ассистент пинцет билан ушлаб, кенгайтириб туради. Жарроҳ зондга пахта ёки доқа ўраб, ляписга ҳўллайди ва эҳтиёткорлик билан без капсуласини куйдириб чиқади. Операциядан 3 — 4 кун ўтгач, без капсуласи худди қўлқопга ўхшаб ажралиб чиқади ва яра сатҳи бита бошлайди. Бу усулнинг афзал томони шундаки, деярли қон кетмайди ва касаллик бошқа

қайталамайди.

Вульвада яна зарарли (хавфли) ўсмалар ҳам бўлади. Қиз болаларда рак олди касалликларида эпителия-ларнинг сўғалли ўсимталари (кондиломалар) кузатилади. Бу хилдаги патологик ҳолат сурункали яллиғланиш жараёни (сурункали вульвовагинит) натижасида рўй беради.

Ўсма қизлик пардаси соҳасида ҳам учрайди (Бутеп). Бу ўсма эмбрионнинг тараққиёти жараёнида қизлик пардаси ҳамда Мюллер ипларининг ёнида жойлашган Вольф канали қолдигидан вужудга келиб, бу хилдаги кисталар қизлик пардасининг қин деворининг ён томони бўйлаб ўсади. Баъзида ҳатто бачадонгача ҳам етади, гоҳида кенг бойламлар орасига, ҳатто параовариумгача боргани ҳақида маълумотлар бор. Бу хилдаги кисталар Гартнер томонидан 1822 йилда ёзилган. Шу сабабли, бу кисталар «Гартнер йўллари кистаси», деган ном билан юритилади. Даволашда жарроҳлик усулидан фойдаланилади.

ХИХ БОБ

ҚИН ЎСМАЛАРИ

Қинда хавфсиз (зарарсиз) ўсмалар анча кам учрайди.

Гартнер йўли кистаси. Биз олдинги бобларда, қинни Мюллер ипларининг бир-бирига қўшилиши натижасида вужудга келади, деб айтиб ўтган эдик. Унинг ҳар икки ёнидан Вольф канали (Гартнер йўли) ўтади, кейин у облитерацияга учрайди ва ниҳоят, йўқолади. Баъзан унинг қолдигидан кисталар пайдо бўлади. Бу йўллар топографик жиҳатдан кенг бойлам варақлари орасида бўлиб, қин ва бачадоннинг ён деворларида тасма шаклида жойлашган бўлади. Бирор сабабдан бу Вольф каналининг бир қисми ёки бўйи бўйлаб облитерацияга учрамай, оқибатда шу жинсий аъзоларнинг бирор қисмида киста пайдо қилади. У жинсий тешик орқали дўппайиб чиқиб турган бўлса, уни қин деворининг пастга силжиши, деб ўйлаш мумкин.

Бу хилдаги кисталар баъзан бачадон томонига ҳам ўтган бўлади. Унинг ташхиси — сийдик йўлларидаги ўсмалар, уретра кенгайиб кетган бўлиши ва бошқа патологик ҳол ҳамда кисталар қиннинг ён деворида жойлашишига қараб белгиланади.

Даволаш асосан операция йўли билан амалга оширилади.

Қин саркомаси (загсота ^обтоМез) ракка нисбатан анча хавфли ўсма бўлиб, уни «шингил сифатли саркома» деб юритилади. У қиз болаларда 1 —2 ёшларида, кам ҳолларда 3 ёшдан кейин ҳам учрайди. Демак, бу хил патология фақат

кичик ёшдаги болаларга хос экан. Қин саркомаси кўпинча қиннинг олдинги деворидан, баъзан орқа ва ён деворлари ҳамда бачадон бўйнининг' қин қисмида ривожланади. У пуфаксимон, ярим айлана шаклидаги юмшоқ кенг асосли ўсма бўлиб, жуда тез ўсади ва полипоз характери олади, қиннинг бутун бўшлиғини тўлатади ҳамда қўшни тўқималарга ҳам ўтади. Ўсма ташқи кўринишидан узум шингилига ўхшаб кетади, шунга кўра уни «шингилсимон ўсма» деб юритилади.

Қ. П. Улезко-Строганованинг фикрича, бу хилдаги патологик кўриниш ўсмани бирламчи буйрак ва Вольф йўлларининг қолдиғи, деб ҳисобланади экан. Унинг келиб чиқиши эмбрионал тараққиёт билан боғланади.

Шингилсимон саркоманинг асосий белгилари — унинг қин девори ва бачадон бўйнининг қин қисмидан бошлаб ўсиши, ўсма некрозланиб, парчаланганида ва инфекция кирганида қон кетиши, қиндан йирингли чиқинди чиқиши, қовуқ деворига ўтганида сийдик ажралишининг бузилиши, ўсма параметрияга тарқалганида ва ҳажми катталашганида қорин пастида оғриқ ва атрофдаги чов (пах) безларининг катталашини оғирлатади. Беморнинг аҳволи бора-бора оғирлашади, интоксикация белгилари ву-ли жудга келади, бемор озиб кетади, камқонлик авж олади.

Юқоридаги белгилардан ташқари, гистологик усул билан текширилиб, ташхис қўйилади. Кўпчиликнинг фикрича, бирдан-бир даволаш тадбири бу радикал операция амалиёти экан. Баъзилар операциядан кейин рентген ва радиий нурларидан фойдаланиш керак, десалар, кўпчилик буни рад этадилар.> Кўпинча бундан кейин касаллик қайталар экан.

Афсуски, кўпинча ташхис вақтида қўйилмай беморда оғир ҳолатлар кузатилади.

ҚИН РАКИ

Бошлаб кўпинча қиннинг орқа девори зарарланади, аввал яра пайдо бўлиб, унинг маркази чуқурлашган ёки диффуз ҳолатда қиннинг деворларига тарқалган бўлади. Асосан ясси эпителийдан авж олади. Ташхис қўйишда қиндан ажралган чиқиндиларни характери ва уларни цитологик текширишга, вагиноскопия ва гистологик усулларга асосланади.

Қинда қон ва лимфа томирлари кўп бўлиб, бошқа аъзолар билан зич муносабатда бўлгани сабабли, рақ жараёни чаноқ ичидаги бошқа аъзоларга, ҳатто узокдаги аъзоларга ҳам жуда тез ва осон тарқалиши мумкин.

Бунда ҳам аввал жарроҳлик усули билан, кейин рентген

ва телегамма. усулида даволанади. Н. В. Қобозеванинг фикрича, раkning барча босқичида ҳам кимётерапиядан фойдаланиш мумкин;

БАЧАДОН ЎСМАЛАРИ

Бачадон мускул, бириктирувчи тўқима, эпителиал ва бошқа турдаги тўқималардан ташкил топганлигига кўра, унда ҳам шу тўқималарга хос ўсмалар бўлиши мумкин.

Миома қиз болаларда менархега жуда кам учрайди, шунга кўра, биз бу хилдаги ўсмаларга таъриф бериб ўтмаймиз. ■

БАЧАДОНДАГИ ХАВФЛИ ЎСМАЛАР

Бачадон бўйни раки жинсий аъзоларнинг бошқа қисмларига нисбатан кўпроқ учраб турадиган ўсмалар. Кўпроқ катта ёшдагиларда учраса ҳам, қиз болаларда баъзан болалик, балоғатга етиш ва балоғат даврларида кузатилади. У морфологик жиҳатдан турлича: ясси ; хужайрали ёки бачадон бўйнининг қин қисмидаги ци- линдрик эпителийли, безлар формасида бўлади.

Рак даставвал бачадон бўйни каналининг чуқурлиги ёки бўйнининг ташқи тешиги соҳасидан бошланади. Шу зарарланган қисмда майда хужайрали инфильтрация бошланиб, аммо химоячи биологик тўсик туфайли, шу ерда ўсманинг деструктив, инфильтратив ўсиши бошланади. Бу жараён аввал чегараланган ҳолда бўлади. Шу зарарланган жойда ўсманинг анча қаттиқ қисми топилади. Жараённинг дастлабки жойлашиши ва тарқалишига қараб бачадон бўйни раки 3 турга бўлинади:

1) экзофит тури (формаси) — бунда ўсма бўйнидан ташқарига йўналган бўлиб, ўсиши гул қарамга ўхшайди;

2) эндофит формаси — бачадон бўйни тўқимасининг қалинлигига қараб ўсади (йўналган бўлади);

3) аралаш формасида — агар бола эмиш даврида бўлса, ташқарига ҳам (экзофитда, инфильтратив) (эндо- фит) шаклда бачадон бўйни қалинлигига қараб ўсади.

Клиник белгилари: оқчил ажралиши, тез фурсатда қонли характерга ўтиши билан билинади. Қиндан ажралган чиқинди аввал ҳидсиз бўлади, кейин инфекция тушиши, ўсма тўқимасининг парчаланиши туфайли бора- бора сассик ҳидли бўлиб қолади. Жараён жуда тез тараққий қилади. Бу ҳолат қиз болани ҳар томонлама текшириш кераклигини талаб қилади. Бунда вагиноскопия усулидан фойдаланиш керак.

Қасаллик авж олгани сари қиндан қон ажрала бошлайди, бу хавфли ўсманинг авж ола бошлаганидан дарак беради.

Шунга кўра оналар дарҳол врачга мурожаат қилишлари лозим, ташхис қанча кеч қўйилса, касалликнинг оқибати шунчалик оғирлашади. Агар жараён оғирлашиб, II — III — IV даражага ўтса, айниқса III даражада оғрик пайдо бўлиб кучая бошлайди. Қасаллик кўшни аъзоларга тарқалса, шу аъзоларнинг фаолиятига ҳам путур етказилади, шунда уларга хос белгилар вужудга келади.

Даволаш — саратон жараёнининг тарқалиш даражасига қараб олиб борилади. Ракнинг I — II даражалари радикал йўсинда операция қилиниб, бачадон бўйни, бачадоннинг ўзи ва қиннинг $\frac{3}{1}$ қисми олиб ташланади (УегШееш усули) ва кейин нурлантирилади.

Нурлантириш усули III — IV даражада қўлланади.

БАЧАДОН ТАНАСИНИНГ РАКИ

Бу касаллик асосан ёши улғайган аёлларда учрайди, илмий адабиётларда ёзилишича, 7 — 18, хатто 3 ёшли қиз болаларда ҳам кузатилган. У асосан 2 формада учрайди, деб ҳисоблайдилар:

а) чегараланган формаси — бунда жараён анча чегараланган ҳолда соғлом шиллик қаватдан ажралиб туради, полипга ўхшаб оёқли бўлади, ранги оқимтир ёки кулранг-кизил бўлади.

Касаллик авж олиши баробарида некрозланиб париланиши натижасида бўшлиқли яра ҳосил бўлади;

б) диффуз формасида рак кенг ва ҳар хил кўринишда тарқалади. Бу формада тугунчалар, полип-яралар ҳосил бўлади. Некроз туфайли тўқималар (чегараланган) парчаланади, улардан сассиқ хид келади, агар бачадон бўйни бекилиб, бачадондан чиқадиган чиқинди ташқарига чиқа олмай қолса, унда пиометрия вужудга келади.

Гистологик жиҳатдан бачадон танаси раки аденокарцинома, безли, цилиндр хужайрали, камдан-кам ҳолларда ясси хужайралардан ташкил топган бўлади.

Бачадон ракига ташхис қўйишда, анча қийинчилик туғилишини назарда тутган ҳолда, қуйидаги усуллардан фойдаланилади:

Цитологик усулда текшириш — бунинг учун бачадон бўйни ва орқа гумбаз соҳасидан аспирация усулида бачадон шиллик қаватидан суртма олиниб (биопсия қилиш орқали), текширилади. Баъзан гистерография усулидан фойдаланилади. Бачадон шиллик қавати камдан-кам ҳолларда қирилиб, текширилади.

Даволаш: Ракнинг биринчи босқичида жарроҳлик амалиётидан фойдаланилади. Бунда бачадон, унинг

қўшимчалари ва лимфа тугунлари биргаликда олиб ташланади. Бошқа босқичларида: нурлантириш, радиий билан даволаш усуллари қўлланилади.

Ҳозирги вақтда хавфли ўсмалар билан онкологлар шуғулланиди. Шу сабабли биз бу ҳақда қисқача тўхталдик.

ТУХУМДОН ЎСМАЛАРИ

8. СпгаМез (1866) биринчи мартаба 13 яшар қизнинг тухумдонини олиб ташлаш амалиётини бажарган. Ту- хумдон ўсмалари турли ёш давларида учраб, гинекологик касалликларнинг 6 — 8 фоизини ташкил қидади.

Тухумдон раки (ўсмаси) ҳали унча яхши ўрганилма- ган. Унинг вужудга келиш сабабларини кўпчилик олимлар гипоталамус ва гипофиз ҳамда тухумдон фаолиятининг бузилиши билан боғлайдилар. Баъзи олимлар эса бунга ҳужайралар ва гуморал иммунитетнинг ўзгаришини сабаб қилиб кўрсатадилар.

Гистологик ва физиологик характеристикага асослан ган ҳолда, бид куйида шу классифққация (тасниф) ни келтирамиз (Л. Н., Василевская ва б.қ.лар):

1. Эпителиал ўсма.
2. Жинсий тасма' стромасининг ўсмаси
3. Липид (ёғ) х.ужайрали ўсма.
4. Терминоген ўсма.
5. Гонабластома.
6. Юмшоқ тўкима ўсмаси (тухумдонга хос бўлмаган).
7. Таснифланмаган ўсмалар.
8. Ўккиламчи (метастазли) ўсмалар.
9. Ўсмалар кўринишидаги ўсмалар.
10. Сероз кистома.

Бу турдаги ўсмалардан айрим турлари қиз болаларда учрайди.

ПСЕВДОМУЦИНОЗ КИСТОМАЛАР

Бу хилдаги кистомалар қиз болаларда, балоғатга етиш ва балоғат давларида ҳам учрайди. Қистоманинг бу хилида унинг сатҳи бачадон бўйни каналини эслатувчи баланд цилиндрик эпителия билан қопланган бўлади. У қўл хоналарга ажралган, думалоқ ёки овал шаклида бўлади. Эластик консистенцияда, кўпинча бир томонда жойлашади. Бу турдаги ўсма эвертирловчи (центрофугал) типиде тез ўсади. Қатта ҳажмда бўлиши мумкин. Унинг бўшлиқларида куюк шилликқа ўхшаш (псевдоГиуцин) моддалар бўлиб, унинг таркибида гликопротеоидлар бўлади. Бундай ўсмалар тез

ўсганлиги туфайли бемор қорин соҳасида тобора оғирлашаётган оғриқни сезади (асцит деярли кам бўлади).

Бола организмнинг тез ўсиши, ўсмаларнинг катталардагига нисбатан тезроқ авж олишига ва ёмон сифатли ўсмага айланишини енгиллаштиради.

Н. В. Қобозева ва б.қ.лар (1988), болаларда учрайдиган тухумдон ўсмаларининг қуйидаги характери келтирадilar:

1. Тухумдондаги ретенцион кисталар (фолликула ва сарик тана кисталари);

2. Чин ўсма — кистомалар (тератоид ўсмдлар); дистероминомалар, текагранулез хужайрали гормон ишлаб чиқарувчи ўсмалар.

ТУХУМДОННИНГ РЕТЕНЦИОН КИСТАЛАРИ

Бу турдаги кисталарни кўп олимлар ҳақиқий ўсмалар қаторига қўшмайдилар. Улар бирор без йўли (ташқи жинсий аъзоларда — бартолин ва Скинне безининг кисталари, Гартнер йўли кисталари, бачадон бўйнидаги шиллиқ ажратадиган безлар йўлининг эрозиядан кейин) бекилиб қолиши натижасида вужудга келувчи наботий номи билан аталувчи кисталари қаторига киради.

Тухумдонда эса фолликулнинг ёрилмасдан қолиши, сарик тана орқага қайтиш жараёнининг тўхтаб қолиши натижасида бу кисталар вужудга келади. Бу хилдаги тухумдон кистаси, аёл ҳомиладор вақтида чақалоқларда кам учраши мумкин. Бунинг сабабини, асосан ҳомиладорликнинг кечишидаги патологик ҳолатга боғлайдилар.

Аммо кўп кузатишлар шуни кўрсатдики, бу турдаги тухумдон кисталари қиз болаларнинг балоғатга етиш даврларида кўп учрар экан.

Тухумдон кисталари унча катта бўлмай, уларнинг ҳажми кўпинча 4 — 5 см бўлади. Фолликуллар ёрилмай, сарик тана орқага қайтмай, яъни шу жараён тўхтаб қолиши сабабли, ҳайз циклининг издан чиқиши кузатилади. Бундан ташқари, бу хилдаги кисталар оёқли бўлганлиги учун, кўпинча буралиб қолиши мумкин. Бемор бунда қорин пастида бёхосдан оғриқ сезади, томир уриши тезлашиб, қорин пасти кўпчий бошлайди. Бундай белги сезилса, кисталар ҳажмидан қатъий назар, дарҳол операция қилиш лозим бўлади. Ретенцион кисталар, одатда, консерватив усулда даволанади. Ретенцион кистанинг вужудга келиш сабабини аниқлаб, ўшанга қараб муолажа қилинса, яллиғланиш жараёни (гормонал ҳолат), касаллик белгилари операциясиз тuzалади.

ТУХУМДОННИНГ ТЕРАТОИД (ТЕРМИНОГЕН) ЎСМАЛАРИ

Тухумдондаги тератоидли ўсмани эмбрионда бўлган нуқсонлар натижасида вужудга келган, деб ҳисоблайди- лар.

М.И. Фалина ҳайвонлар билан ўтказган тажрибалари давомида, бу хилдаги ўсмалар жинсий ҳужайраларнинг дифференциацияси жараёнида тератома юзага келганли- гини кузатган (5% ли рух хлоридни хўроз мойига юборган).

ЕТИЛГАН ТЕРАТОМА (ТЕКАТОМА А01Л.Т11М — ДЕРМОИД КИСТА)

Бу кисталар зарарсиз турдаги ўсмаларга кириб, кўпинча 20 — 40 ёшдаги аёлларда учрайди. Аммо қиз болаларда ҳам учраб туради.

Олиб борилган кузатишлардан қиз болаларда учрай- диган тухумдон бирламчи ўсмаларининг 1/3 қисмини шу хилдаги кисталар ташкил қилиши аниқланган. Кистанинг ҳажми 10 — 15 см дан ошмайди, оғирлиги ҳар хил, ҳатто 1 — 2 кг гача етиши мумкин. Шакли думалоқ ёки тухумга ўхшаш, устки сатҳи баъзан текис, баъзан ғадир-бўдир бўлади. Қўйсистенцияси бир хил эмас (бир жойи эластик, иккинчи жойи каттиқ), ранги оқимтир ёки бироз сарғимтир рангда бўлади.

Даволаш — асосан жарроҳлик усулида бўлиб, кистага айланган тухумдон олиб ташланади.

ҲАЛИ ЕТИЛМАГАН ВА ЕТИЛГАН ТЕРАТОМАЛАР

Ҳали етилмаган тератомаларда тўқима элементларида дифференциал жараён нисбатан анча паст бўлади, бу ҳолатни кўп муаллифлар тератобластомага ўтиш жараёни, деб ҳисоблайдилар

Етилган тератомаларга нисбатан бу хилдаги кисталар, кўстомалардан ўзларининг клиник кечишлари ва белгила- ри билан кам фарқ қилади.

Бу кистанинг белгиси дермоид кистага ўхшаб кетади. Унинг ҳам баъзи қисмлари қаттиқ ёки эластик бўлади. Рентген ёки УУТ да кўрилганда суяк тўқимаси аниқлана- ди.

Маълумки, бу хилдаги кисталарда ҳам оёқчалар бўлганлиги сабабли, улар ҳам буралиб қолиши ва баъзан йиринглаши мумкин.

Етилмаган кисталарнинг 1 — 2 фоизи хавфли ўсмага айланиши мумкин. Шунга кўра уни ўз вақтида аниқлаб, операция йўли билан олиб ташлаш лозим.

ТУХУМДОН ТЕРАТОБЛАСТОМАСИ (ТЕКАТОВЕА8ТОМА)

Тухумдон тератобластомаси хавфли ўсмалар қаторига кириб, у эмбрионал тератома (1ега(ота етЪпопаИв) деб юритилади. Макрбскопик жиҳатдан бу Тератома хавфли ўсмага

ўхшамаса ҳам, микроскоп орқали текширилганида тўқималарнинг дифференциал даражаси жуда паст, Ҳатто баъзан бутунлай бўлмаслигини аниқлаш мумкин. Унинг етишган тератомадан фарқи шуки, эмбрион варағининг етишмаган қисмидан, хусусан мия моддаси, кўз бош-ланғичи, тоғай, суяк, тишлар бошланғичи, сочлардан ташкил топади.

Бу турдаги ўсма қорин пардасига жуда тез ёпишиб қолади ва қорин пардаси орқасидаги лимфа тугунларига ўтади, қон томири йўллари орқали бош Мия, жигар ва ўпка ҳамда бошқа аъзо ва системаларга тарқалади.

Даволаш — асосан ўз вақтида операция қилиниб, бачдонни кўшиМчалари билан биргаликда олиб ташлаб, ренУген ва радий билан чуқур даволашдан иборат Дир. Касалликнинг оқибати кўп ҳолларда ябуда ёмбн.

ТУХУМДОННИНГ ГОРМОНЛАР АЖРАТУВЧИ ЎСМАЛАРИ

Бу хилдаги ўсмаларни вужудга келиши ҳақида жуда кўп назариялар мавжуд. Гормон ажратувчи ўсмаларга: гранулез — хужайрали ўсмалар, текабластома, арре-нобластомалар киради. Улар ўзларидан гормон ажратади.

Болалар орасида бу хилдаги ўсмалар кам учрайди ва уларнинг гормон ажратиш қобилиятлари жуда суст бўлади. Балоғатга етиш ва етган даврда қиз болада шу хилдаги ўсмалар бўлса, улар қиз боланинг ёшига қараб гормон ажратадилар.

Гранулез — хужайрали ўсма (фолликулома — (оШси- Iota).

Фолликулома асосан зарарсиз сифатли ўсмалар қаторига кирса ҳам, камдан-кам ҳолларда, уларнинг хавфлилари ҳам учраб туради. Улар ҳам метастаз беради. Ўсмани микроскопда текширганда, гранулез — хужайра-ларнинг шакли ва катта-кичиклиги ҳар хил эканлиги кўринади. Улар шакл жиҳатидан думалоқ ёки тухум шаклида бўлиб, ядро ва протоплазмалари аниқ кўринади. Унинг ич қисми цилиндрсимон бўлиб эпителиялар билан думалоқ ёки тухумсимон иплари кўзга ташланиб, улар фолликулинни эслатади. Шунга кўра, бу хилдаги ўсма-ларни фолликулома, деб атайдилар. Баъзи бир гранулез хужайралар стромадан аниқ чегара билан ажралиб туради.

КЛИНИК КЕЧИШИ

Гранулез хужайрали ўсмалар эстроген ишлаб чиқариш хусусиятига эгадир. Бу қиз болаларда жинсий тараққи-ётнинг эрта бошланиши билан намоён бўлади, (кўкрак безлари ўсади, қов устига туклар чиқади, клитор, жинсий лаблар катталашади, баъзан қиндан қон ҳам келади).

Ўсма ажратган гормон фақат сийдикдагина эмас, ҳатто қонда, ўсма ажратган гранулез хужайралар суюқли-гида ҳам

топилади.

Агар қиз бола тўғри ичак орқали текширилса, унда бачадон ёнида қаттиқ, тухумдонни эслатувчи ўсма сезилади. Шиллик пардадан биопсия ёки қириб олиб кўрилса, безли гиперплазияни, безларнинг кисталар каби кенгайганини, қон томирларининг ҳам кенгайганлиги кўринади.

Бачадоннинг мускул қаватида мускул толаларининг гипертрофияси кузатилади. Пубертат ёшида ўсма туфайли ҳайз цикли бузилиши мумкин.

Даволаш асосан операция қилиб, уни олиб ташлаш- дан иборатдир.

ТЕКОБЛАСТОМА (ТНЕСОВВЕА8ТОМА)

Тухумдон текобластомаси асосан тухумдон стромаси ва теко тўқимадан вужудга келади. У ўзининг тузилиши билан тухумдон фибромасини эслатади. Аммо клиник кўриниши билан ундан бутунлай фарқ қилади. Бу хилдаги ўсма эстроген ажратувчи ўсмадир.

Теко тўқима нормал ва атрофияга учраган фоллику- лалар атрофида жойлашган бўлади. Текома пубертат ёшида жуда кам учрайди. Хавфли ўсмага ҳам жуда кам ўтади.

Текобластоманинг клиник кўриниши гранулез-ҳужай- рали ўсмаларга ўхшаб кетади. Аммо тажрибалардан кўринишича, теколютеоцитлар эстроген гормонини кўпроқ ишлаб чиқаради (ҳужайрали ўсмаларга нисбатан), шунга кўра текомада эстрогенлар кўп бўлади. Текобластомада қиз болаларнинг пубертат ёшида жинсий тараққиёт эрта бошланиб, қиндан ҳайзни эслатувчи қон келади, иКки- ламчи жинсий белгилар вужудга келади.

Даволаш. Асосан операция йўли билан бўлиб, шу ўсма бор бўлган тухумдон олиб ташланади.

АРРЕНОБЛАСТОМА (АКВНЕМОВЦА8ТОМА)

Арренобластома кам учрайдиган ўсмалар қаторига кириб, буйрак усти безининг пўстлоқ қавати ёки буралган каналчаларидан вужудга келади.

Ажратган гормони жуда фаол тестостерон бўлиб, шунга кўра бу хилдаги ўсмалари бўлган беморларда дефеминзация (кўкрак безининг кичиклашиб қолиши (аменорея), маскулинизация (юзда, кўкрак соҳасида жун ўсиши, овознинг йўғонлашуви, клиторнинг катталашishi ҳолатлари) кузатилади.

Одатда, арренобластома бир томонда бўлади. Қлиник кечиши бўйича у хавфсиз ўсмалар қаторига киради.

Ташхиси клиник аломатларига қараб ва сийдикда

кетостеронларнинг кўпайганлигига қараб белгиланади. Бу қиз болаларда ҳам учраши мумкин.

Даволаш — операция йўли билан уни олиб ташлаш. Операциядан кейин шу ўсма туфайли вужудга келган белгилар аста-секин йўқолади.

XX БОБ

ЖИНСИЙ АЪЗОЛАРНИНГ ЖАРОҲАТЛАНИШИ

Қиз болаларда жинсий аъзоларнинг жароҳатланиши йиқилганда, урилганда, ўткир ёки тўмтоқ жойга бехосдан ўтириб қолганида ва қиз боланинг номусцга зўрлаб тегидганида рўй бериши мумкин.

Қиз бола йиқилса, жинсий аъзо соҳаси билан тўмтоқ жойга урилса, шу жойга қон қўйилади (гематома). Кўп ҳолларда шу гематома урилган жойдагина чегараланиб қолмай, қинга ва ҳатто ундан юқорига ҳам кўтарилиши мумкин.

Гематома атрофдаги тўкималарга тарқалса, ўша жой 1—2 кун кўкарган ҳолда бўлиб, анча дўппайиб, тери сатҳидан кўтарилиб туради. Унинг ҳажми ўша урилган қисмидаги ёрилган қон томирлари миқдорига боғлиқ. Агар тери остидаги қон томири ёрилса, гематома шу урилган жойда чегараланган ҳолда бўлади. Мабодо тери остидан чуқурроқда жойлашган қон томирлари шикастланса, бу ҳол анча оғир кечади. Чунки гематоманинг чуқурлаша бориб, юқорига томон кўтарилиши кўп учрайди. Гематома-нинг белгилари — унинг жойланишига қараб ҳар хил оғирликда бўлиши мумкин. Агар гематома фақат жинсий лаб соҳасига жойлашган бўлса, у жойда ҳам оғриқ сезилади. Чунки жинсий аъзоларда нерв томирлари (толалари) кўп тарқалган ва улар юқори даражада сезув-чан бўлади. Бола оғриқдан шикоят қилади ва шу соҳада шиш сезилади. Жароҳат кузатилганида юқорида айтил-ган белгилар кўзга ташланади. Бунда гематома 1 — 2 кун-лари кўкимтир рангда бўлса, 3 — 4 кунлари қондаги эрит-роцитларнинг парч^ланишидан ажралган гемосидерин ту-файли сарғая боради ва ниҳоят из қолдирмай йўқолади.

Аммо жинсий аъзо соҳасида (сийдик йўли, тўғри ичак) инфекциялар кўп бўлади. Шу туфайли гематома йирингла-ши ва қиз бола оғриқнинг кучайганидан, шу соҳадаги лўқиллаган оғриқдан шикоят қилади. Тана ҳарорати кўтарилади, томир уриши тезлашади. Бундай вақтда албатта жарроҳ ёрдами талаб қилинади.

Агар гематома анча чуқур жойлашган ва юқорига тарқалган бўлса, оғриқ анча кучли бўлади. Боланинг гематома туфайли қон йўқотиши камқонликка сабаб бўлади. Гематома кўпайгани сари боланинг умумий аҳволи оғирлаша боради.

Ташхис кўйишда жинсий аъзо соҳасини диққат билан

кўздан кечириш, агар гематома кўпайганлиги аломатлари кўринса, унда албатта, ёрилган томирни топиб, қонни тўхтатиш лозим бўлади. Аммо бунда анча қийинчиликларга дуч келинади. Чунки гематома орасидан ёрилган томирни топишнинг ўзи бўлмайди. Операция умумий наркоз остида амалга оширилади.

Гематома аниқлангани заҳоти шу жойга совуқ нарса қўйиш лозим (грелка ёки шиша ичига совуқ сув солиниб, чот орасига 2 соатча қўйиб турилади, бироз вақт олиниб, кейин яна қўйилади). Совуқлик қон томирларни торайтириб, қон оқишини камайтиради ва тўхтатади. Баъзан хлорид кальций бериш ёки ундан укол қилиш, зарур бўлганида қон ёки унинг ўрнини босадиган эритмалар қўйиш керак бўлади.

Гематомалардан ташқари, бошқа турдаги жароҳатлар ҳам бўлади.

Н. В. Кобозеванинг кузатишича, мактаб ёшигача бўлган болаларнинг 0,8 фоизи, мактаб ёшидаги болаларнинг 4,7 фоизида жинсий аъзолар жароҳати кузатиладиган ва уларнинг сабаблари 3 гуруҳга бўлинган:

- 1) тери ости ёғ қатламнинг ҳали етарли бўлмагани;
- 2) эпидермал сатҳнинг ҳали жуда юпқалиги ва механик таъсирдан ҳимоя қила олмаслиги;
- 3) тўқималар орасидаги ва тубидаги бириктирувчи тўқималарнинг етарли тараккий қилмаганлиги.

Агар клитор жароҳатланган бўлса, ундан жуда кўп қон кетади, у каверноз тана бўлганлиги сабабли, қонни тўхтатиш қийин бўлади.

Мабодо, жароҳат ўткир нарса таъсирида тешилган бўлса, унинг қай ҳолатда, қандай қилиб тешилганини аниқлаш зарур. Тешилиш ўткир нарса таъсирдан бўлса, унда жароҳат анча чуқур бўлиб, ички жинсий аъзолар, қов ва ҳатто ичакларнинг ҳам тешилишига олиб келиши мумкин. Бундай ҳолларда анамнез катта ёрдам беради. Тешилишга сабаб бўлган нарсани албатта кўздан кечириш зарур. Қиз болани синчиклаб текшириб, бошқа аъзоларига ҳам зарар етмаганлигига ишонч ҳосил қилинганча, даволашга киришилса бўлади. Бунинг учун жароҳат атрофи, сатҳи асептик эритмалар билан ювилиб, йод ёки бриллиант кўкидан (кўк дори) суриб қўйилади.

Врач шуни унутмаслиги керакки, тери сатҳи жароҳат туфайли бузилган бўлса, албатта столбняк (қоқшол)га қарши зардобдан укол қилиш керак.

Агар яра сатҳи йиртилган бўлса, шу жойни ҳам тозалаб, тикиб қўйиш даркор. Акс ҳолда, тикилмаган бу жой инфекция манбаи бўлиб қолади. Тикилаётган яра чуқурлигида чўнтакчалар қолмаслигига ҳам эътибор бериш керак. Ҳолбуки шу чўнтакчалар ҳам инфекция манбаи бўлиб, кейин оғир оқибатларга олиб келади.

Баъзан клиникага зўрлаш натижасида жинсий аъзо- лар жароҳатланган кичик ёшдаги қизларни олиб келади- лар. Бунда ташқи жинсий аъзолар билан бирга қин ва ҳатто тўғри ичакнинг ҳам йиртилиб кетган ҳоллари кузатилади. Шундай вақтда тўғри ичакнинг шакли тикланиб тикилади, қин девори ва ташқи жинсий аъзолар ҳам тикиб қўйилади. Бу хилдаги жароҳат энг оғир жароҳат ҳисобланади. Жароҳат битганидан кейин ҳам шу соҳада чандиқлар қолиши, келажакда > анча нохуш ҳолатлар (қинга кириш жойи, тўғри ичакларнинг чандиқ туфайли торайиб қолиши) ни келтириб чиқариши мумкин. Бундан ташқари, агар тикилган жой яхши битмаса, у жойда оқмалар (қов ҳам зарарланган бўлса, сийдик ва ахлатнинг оқиши) келиб чиқиши ва қиз болани қайта операция қилиш лозим бўлади. Бу жараён қиз боланинг асаб системасига ёмон таъсир қилиб, ҳатто оилавий ҳаётига ҳам путур етказиши мумкин. Яна шуни эсда тутиш керакки, зўрлаш ҳолати рўй берганида қиз болани албатта венерик касалликларни текширувчи лаборатория текширувидан ўтказиш шарт (сўзак, трихомоноз, захм ва ҳ.к.лар).

Боғча ёшидаги болалар баъзан таналарининг бирор очик жойига (кулок бурун қаваги ва қинга) бирор нарсени суқиб қўядилар (шпилька, калит, тўғноғич. ва б.қ.лар), бора-бора шу тикиб қўйилган нарсанинг жароҳатидан қиз бола қинида яллиғланиш белгилари сезила бошлади. Қиндан чиқинди ажралиши кўпаяди, шу чиқинди ҳатто ташқи жинсий аъзо соҳасининг бичилишига ҳам сабаб бўлади.

Чиқинди аввал серозли бўлса, кейинчалик йирингга айланади, сўнг септик ҳол юзага келади.

Бу нохуш ҳолнинг олдини олиш учун, яллиғланиш белгилари сезила бошлаши билан болани врачга олиб бориб, уни ҳар томонлама текширтириш, қизлик пардаси ва ташқи жинсий аъзоларига шикаст етганми ёки йўқлигини аниқлаш, мабодо қизлик пардасига жароҳат етган бўлса, унда қинда ёт нарса бор- йўқлигини ҳам аниқлаш лозим. Шу мақсадда қин зонд орқали текшириб кўрилади.

Қиндан ёт жисм олиб ташланганидан сўнг, яллиғла- нишни даволаш учун ингичка катетер ёрдамида қин асептик эритмалар билан чайилади. Лозим бўлса, антибио- тиклардан ҳам фойдаланиш лозим бўлади.

Агар жароҳат туфайли қорин бўшлиғидаги аъзолар (ичаклар, сийдик қопи, сигма) шикастланган бўлса, унда қорин девори орқали операция қилишга тўғри келади.

Клиитор жароҳатланганда қонни тўхтатиш қийин бўлади. Ҳатто тикканда ҳам қон тез тўхтамайди. В. И. Бодяжина тампонлаш ва қон тўхтатадиган қисқич- лар қўйишни тавсия этади. Кўп ҳолларда 8 (саккизсимон) чоклар ёрдамида қоникарли натижага эришилади.

Қорин бўшлиғидаги аъзоларнинг ҳолатини аниқлаш учун

вагиноскопия, цистоскопия, ректороманоскопия, тўғ-ри ичакни бармоқлар ёрдамида текшириш, УТТ (ультра-товуш тадқиқоти), рентгенлардан фойдаланиш мақсадга мувофиқдир.

Қизларнинг тузалиб, стационардан чиқишларидан олдин уларнинг ота-оналари билан суҳбат ўтказиш шарт. Бундан ташқари, шу қизга қандай ёрдам кўрсатилганлиги ҳақида ҳужжат берилиб, касаллик тарихига ҳам ҳужжат берилганлиги ҳақида ёзиб қўйилиши лозим. Агар бунга қизнинг отаси ёки яқинлари касаллик тарихига ҳужжат олганликларини в.а уларга тушунтириш ишлари ўтказилганлигини тасдиқлаб, имзо қўйсалар янада яхши бўлади.

Акс ҳолда вақт ўтиши билан айрим ота-оналар врийчга даъво қилишлари ҳам мумкин.

XXI БОБ.

ҚИЗ БОЛАЛАР ГИГИЕНАСИ

ҲОМИЛАДОРЛАР ГИГИЕНАСИ

Бўлажак фарзандларининг соғ-саломат туғилиши, ота-онанинг саломатлигига, ҳулқига ва қандай ҳаёт кечиришига боғлиқ бўлади. Шу сабабли оила қураётган ёшлар ҳомиладорликнинг қандай юз бериши, фарзандларининг она қорнида ривожланиш хусусиятлари, ҳомиладор аёлнинг ўзини қандай тутиши, ота-онанинг касаллиги ҳомилага қандай таъсир кўрсатиши ва унинг қандай оқибатларга олиб келиши ҳақида тушунчаларга эга бўлишлари лозим.

Аёл организмни оналикка тайёрлаш у чақалоқлиги пайтидан бошланади. Ҳар бир она ўз фарзандининг саломатлиги ва тарбияси ҳақида қайғураётган экан, шу қизалоқнинг бир куни келиб, ўзи каби она бўлишини унутмаслиги лозим.

Ҳомиланинг зарарланиши, нимжон ёки ўлик туғилишига олиб келувчи асосий сабаблардан бири — кислород етишмаслигидир. Ҳомиладорларда қоннинг кислородга ёлчмаслиги билан кечадиган дар қандай касаллик ҳомиланинг аҳволига таъсир қилади. Ҳомиладор аёлларда қайси касаллик жараёнида кислород етишмаслиги келиб чиқади?

Биринчи навбатда — юрак ва ўпка касалликларида, яъни кислород алмашинувида муҳим ўрин тутадиган аъзолар касаллигида. Кислород етишмаслиги камқонлик касалида ҳам кузатилади. Гипертония, оғир инфекцион касалликлар ва бошқа ҳолларда аёл организмдан ҳомилага кислородни ташиш учун транспорт воситалари — эритроцитлар етишмай қолади. Шу сабабли бола нимжон ёки чала туғилади. Ҳомиланинг тўғри ривожланиши учун етарли миқдорда турли-туман моддалар:

оқсил, ёғ, углевод, витамин, микроэлементлар (мис, йод, кобальт, марганец ва б.қ.лар) керак бўлади. Бу моддаларнинг ҳаммасини ҳомила она организмидан олади, шу сабабли ҳомиладор аёлнинг овқати сифатли бўлиши керак.

Эмбрионнинг барча аъзолари ва системалари ҳомиладорликнинг биринчи ҳафталаридан шакллана бошлар экан, бу даврда ривожланаётган эмбрион ўзига зарур моддаларни онадан керакли миқдорда олиши жуда муҳимдир.

Ҳомиланинг нормал тараққиёти учун умуман витаминлар, хусусан А, С, Э, Е лар зарур. А, Е витаминлари ҳомиланинг, туғилгандан кейин ҳам нормал ривожланиши ва ўсиши учун ҳам зарурдир. Она организмда А витамини етишмаслиги сабабли ҳомила чала туғилиши мумкин. Э витамини фосфор ва кальций алмашинувида катта аҳамиятга эга бўлиб, бу витамин етишмаса, ҳомила суяклари нотўғри ривожланади. Витаминлардан ташқари она организмга ҳайвон ва ўсимликдан олинадиган оқсил маҳсулотлар: сут, творог, кефир, пишлок, тухум, балиқ, гўшт, нўхат ва турли ёрмалар керак бўлади. Аёл спиртли ичимликлар ичмаслиги керак. Токсик моддалар, гиёҳ- вандлик ҳам ҳомила тараққиётида оғир нуқсонларни келтириб чиқаради. Ҳомиланинг тараққиётига яна турли инфекцион касалликлар, нурланиш, кимёвий моддалар, турли хил дори-дармонларни ўринсиз ишлатиш ва ҳоказо- лар путур еткази.

Эндокрин безлар фаолиятининг бир-бирига бўлган муносабатининг бузилиши, резус-факторнинг она билан болада мос келмаслиги, ирсий ва хромосом касалликлар ҳам ҳомиланинг ривожланишига тўсқинлик қилади

Юқоридаги сабабларни, соғлом авлод етиштириш соҳасида кўзда тутилган мақсадларни назарга олган ҳолда, врачлар консултацияга келган аёлларга ўз вақтида ва малакали ёрдам беришлари ва профилактикага оид тадбирларни ҳам ўз вақтида амалга оширишлари зарур.

ЧАҚАЛОҚЛАР ГИГИЕНАСИ

Янги туғилган чақалоқларнинг қонида, онадан ўтган гормонлар туфайли бир неча кун давомида қинида нордон реакция бўлишига қарамай, жинсий органларининг тўла етилмаганлиги, уларнинг сатҳини қоплаган эпителий ва терининг яхши тараққий қилмаганлиги сабабли, шу жойга тушган инфекция осон авж олади. Гонококк микроби чақалоқнинг кўзига тушса, бленорреяни кўзғатади. Унинг олдини олиш учун профилактика чораларини кўриш зарур. Бунинг учун қиз бола туғилиши биланоқ, унинг кўзига ва жинсий аъзоларига 30% ли альбуцид томизилса, шу аъзоларнинг яллиғланишининг олди олинган бўлади. Баъзан, онадан ўтган гормонлар туфайли, чақалоқ қинидан 2 — 3 — 4 кунлари бироз

қон келади, бу жинсий кризнинг бир кўриниши бўлиб, қон оздан 2 кўнча келиб туради, кейин бутунлай тўхтади ва боланинг ривожланиши нормал кечса, то менархегача бошқа қон келмайди.

«Жинсий криз» — бу патологик ҳолат бўлмаса-да, аммо ажралаётган қон қин муҳитини ўзгартиради ва инфекциянинг тушиши, тарқалиши ва кўпайиши учун қулай шароит ҳисобланади.

Чақалоқни парвариш қилишда энг муҳими — тозалikka риоа қилиш ва уни эмизиш тартибига амал қилишдир. Чақалоқ териси доимо тоза бўлиши лозим, чунки тери нафас олиш ва нафас чиқариш ҳамда иссиқликни идора қилиш функциясини бажаради. Янги туғилган чақалоқ териси жуда нозик бўлиб, салга шикастланади. Бола терисини шикастланишдан сақлаш ва чиниқтириш учун уни ҳар куни чўмилтириш, ҳар гал жинсий аъзолари сатҳини ювиш, ювганда олд томонидан орқа тешиги томонига қаратиб ювиш лозим. Акс ҳолда, тўғри ичак соҳасидаги инфекция (ичак таёқчаси, сальмонеллез ва б.қ.лар) ёки гижжа тухумлари (маълумки, гижжалар тўғри ичакнинг ташқи тешиги соҳасига тухум қўяди) жинсий аъзоларга ўтиши мумкин.

Баъзи чақалоқларда онадан ўтган гормонлар таъсирида, уларнинг кўкрак безлари вақтинча бироз катталаниб, ҳатто баъзан сут (дастлабки сут-молозиво) ҳам ажралаши мумкин. Бу бора-бора ўзидан ҳеч қандай асорат қолдирмай қайтади. Айрим оналар қизларини даволаш мақсадида кўкрак безини сиқиб, сутни чиқаришга уринадилар. Бундай қилинганда боланинг сут безига инфекция тушиб, уни яллиғлантириши мумкин. Яллиғланиш жараёни ўзидан, бир қатор асоратлар қолдиради. Баъзида бошланғич сут беги бўлақларининг яллиғланиши туфайли, ҳатто некрозланиш ва чандикқа айланиб қолиш ҳоллари ҳам учраган. Бунда қиз бола тараққиёт ва балоғатга етишда орқада қолади. Шунинг учун кўкрак безини тўғри парвариш қилиш зарур бўлади.

Боланинг кўкрак безлари соҳаси ва кўкрак учини (инфекция асосан шу сўрғич тешиклари орқали киради) асептик эритмалар билан (1:1000 калий перманганат, фурациллин, бор кислота эритмаси) артиб туриш керак.

Н. В. Кобозева ва б.қ.лар (1988) камфара мойидан компресс қилишни тавсия этадилар.

ЭМИЗИКЛИ ЁШДАГИ (БИР ЁШГАЧА БЎЛГАН) БОЛАЛАР ГИГИЕНАСИ

Бу «нейтрал» давр ҳисобланиб, бола ҳали нозик, организмнинг қаршилиқ кўрсатиш кучи кам бўлади.

Лозим бўлган барча гигиеник муолажалар — болани тез-тез чўмилтириш, жинсий аъзолари соҳасини тоза сақлаш, унга ишлатиладиган чойшаблар юмшоқ, ботмай-диган бўлиши,

уларни қайнатиб, дазмоллаб ишлатиш, боланинг чиниқиб бориши учун уни кўпроқ тоза ҳавода олиб юриш керак. Бу болани бақувват қилади ва касалликларга қаршилиқ кўрсатиш кучини оширади.

Кўкрак ёшидаги болаларнинг юқори нафас йўллари касалликлари билан касалланишлари анча хавфлидир. Бола бурни билан нафас ололмаса, яхши ухлай олмайди, ёмон эмади ва озиб кетади. Мабодо, она боланинг жинсий аъзоси соҳаларини кунт билан парвариш қилмаса, бола ҳўл чойшаб устида узоқ ётиб қолса, унинг жинсий аъзо соҳаси бичилади ва йирингли яралар пайдо бўлади Чунки бола сийдигига ботган ҳолда ётади ва шу соҳада азотли моддаларнинг парчаланиши кузатилади.

Болага синтетик матодан тикилган кийим кийгиши мумкин эмаслигини ҳар бир она доимо ёдида тутиши керак. Шунингдек чойшабларни ҳам синтетик порошоклар билан ювмасдан, балки ҳўжалик совунлари билан ювиш керак бўлади.

МАКТАБ ЁШИГАЧА ВА МАКТАБ ЁШИДА БўЛГАН БОЛАЛАР ГИГИЕНАСИ

Бу ёшдаги боладар «нейтрал» даврни бошдан кечири- дилар. Яъни, жинсий аъзолар фаолиятини бошқарадиган гормонлар ҳали жуда кам бўлади. Шунинг учун уларнинг аъзолари турли инфекцияларга бардош бериш қобилияти- га эга бўлмайди. Хусусан, қинларидаги муҳитнинг ишқорли ёки нейтрал бўлиши, ташқи жинсий аъзо сатҳини қоплаган тери ва қин шиллик пардасининг юпқа бўлиши туфайли, инфекция ва тўғри ичакдаги гижжаларнинг ўтиши осон бўлади. Инфекциянинг яллиғлантириши ва гижжалар туфайли жинсий аъзолар қичийди ва аъзо сатҳини жароҳатлайди Шу жароҳат юзасига инфекция осон тушиб, йирингли яралар ҳосил қилади ва септик жараён рўй беришига олиб келади. Болаларнинг қинга турли нарсаларни тикишлари ҳам инфекция тушиб, яллиғланишига олиб келади. Шунинг учун бу ёшдаги қиз болаларда яллиғланиш ҳоллари кўп учрайди.' Бу ҳолнинг олдини олиш катта аҳамиятга эгадир.

Профилактика омиллари:қиз боланинг ичи келтанида ва сийганида унинг жинсий аъзоларини олдиндан орқасига қаратиб ювиш, ички кийимларини тез-тез алмаштириб туриш, уларни қайнатиб ва тескарисидан дазмоллаб кийдириш лозим. Унинг танаси тоза бўлиши, тирноқлари калта қилиб олинган бўлиши лозим. Бўлмаса улар тирноқлари билан беҳосдан жинсий аъзоларини жаро- ҳатлаши мумкин. Она ва тарбиячилар болаларнинг жинсий аъзоларига бирор нарса қўймасликларини доимо кузатиб боришлари керак бўлади.

Бола ҳар куни шу тарзда ювинтирилиб турилса, унга одат бўлиб қолади. Қиз бола шундай ювинтириб турилма- са, у катта бўлганида жинсий аъзоларини қандай ювишни билмайди. Уни

ўргатиш учун кўғирчоғини ювинтириб кўр- сатса ҳам бўлади. Болалар бу орқали жуда тез ўрганадилар.

Жинсий аъзолар кўполлик билан ювилмаслиги лозим, акс ҳолда аъзоларий жароҳатланиши ва жинсий кўзғалиш хавфини туғдиришга олиб келиши мумкин. Жароҳатлан- ган жойга инфекция тушиб, кўнгилсиз ҳолларга олиб келиши ҳам мумкин.

Қиз боланинг жинсий аъзолари тез-тез ювилмаса, сийдик, ахлат ва қин чиқиндиларининг қолдиқлари бузи- либ, инфекциянинг манбаига айланиб қолади ва ташқи жинсий аъзоларни яллиғлантиради.

Кўпинча оналар кизчаларини иштончанг кўядилар. Болалар ҳар хил жойларга ўтирадилар, шунда жинсий аъзоларига инфекция кириши мумкин. Шунинг учун болаларга ҳар дойм иштон кийдириб кўйиш керак.

Н. В. Кобозева ва б.қ.лар (1988) гижжаларни йўқотгандан сўнг, кўйидаги гигиеник омилларга риюя қилишни маслаҳат берадилар:

1. Хўл мвва ва сабзавотларни болага беришдан олдин унинг кўлларини совунлаб ювдириш ва мевани ҳам қайнаган сувда чайиш.

2. Қиз болани ювинтиргандан кейин унга қайнатиб, дазмолланган кийим кийдириш (ич кийим чокларини яхшилаб дазмоллаш).

3. Бола ётадиган хонадаги буюмларни ҳар куни латта билан артиш, хонани шамоллатиш, тувак ва унитазларни қайнаб турган сув билан ёки тиббиётда ишлатиладиган эритмалар билан тозалаб туриш.

4 Қиз бола билан бирга яшайдиганларнинг гижжаси бор- йўқлигини текширтириш ва лозим бўлса, даволатиш.

МАКТАБ ЁШИДАГИ ВА БАЛОҒАТГА ЕТИШ ДАВРИДАГИ КИЗ БОЛАЛАР ГИГИЕНАСИ

Бу ёшдаги кизларнинг умумий ривожланиши учун бадантарбиянинг аҳамияти жуда каттадир. Улар орга- низмининг чиниктириш зарур, чунки бу даврда бола организми турли инфекцияларга жуда сезгир бўлади.

Кизлар одатда 12 — 14 ёшда, баъзан 14 — 15 ёшлари- да биринчи марта ҳайз (менархе) кўрадилар. Бунда умумий мадорсизлик, иш қобилятининг вақтинча паса- йиши кузатилади. Шу даврда уларнинг спорт билан шуғулланиши, совуқ сувда чўмилиши ва бошқа оғир жиСмоний машқлар қилиши ман этилади.

Ҳайз даврида шахсий гигиена қоидаларига тўла Ва катый риюя қилиш лозим. Қиз болалар совунлаб ювилган кўллари билан жинсий аъзоларини ҳар куни кдмида икки- уч марта қайнатилган илиқ сув билан совунлаб, олдиндан орқага йўналтириб

ювишлари лозим. Ҳар галги ювишдан сўнг ташқи жинсий аъзоларга қўйиладиган дока, гигро- скопик стерил пахта ёки яхшилаб қайнатилиб, дазмоллан- ган латтадан бир неча қават қилиб тикилган ва белбоққа тугмалаб қўйиладиган латтани кўядилар. У кунига 3 — 4 марта алмаштирилиб турилади.

И II Па влов таълимотига биноан, балоғатга етган қизларда уйқунинг давомийлиги алоҳида аҳамиятга эгадир. Қиз боланинг руҳий такомиллашуви ва нерв системасида юзага келиши мумкин бўлган функционал бузилишларнинг нормаллашуви учун унинг тунги уйқуси 8 — 9 соатдан кам бўлмаслиги керак. Бунинг учун эрта ётиш ва эрта туриш янада фойдали бўлади. Уйқу режимига вақт кам бўлган пайтда (дарс кўп берилган, имтиқон), шунингдек, таътиллار пайтида ҳам риоя қилиш зарур.

Шунингдек тўғри овқатланиш ҳам муҳимдир. Таркибида оқсил, осон сингйдиган углеводлар, ёғ, туз, темир ва кўп миқдорда витаминлар бўлган овқатлар истеъмол қилиш керак. Овқатлар таркибида янги сабзавотлар, мевалар, сут маҳсулотлари, қора нон ҳамда ҳайвон ва ўсимлик маҳсулотлари ҳам бўлиши керак.

Уқиш, меҳнат қилиш ва дам олишни тартибга солиш, спорт билан шуғулланиш, турли ҳаваскорлик тўғарақлари- га қатнашиш, экскурсияларга чиқиш, маданий ҳордиқ чиқариш омилларидан тўла фойдаланиш қиз боланинг соғлом ўсишининг гаровидир.

Шундай қилиб, жисмоний жиҳатдан соғлом бўлиш, юкумли касалликларга олиб келувчи муҳит таъсиридан сақланиш, касаллик бошланиши билан унинг авж олишига йўл қўймай тезроқ даволаниш ва организмнинг ҳар қандай инфекцияга қарши фаол курашишга тайёр бўлиши учун амал қилинадиган асосий қоидалардан бири — шахсий гигиенага риоя қилишдир.

Қиз боланинг қандай кийиниши ҳам катта аҳамиятга эгадир. Қизларда кўкрак безининг ўсиш жараёнида сийнабанд (лифчик) кийиш шарт эмас, аммо бадантарбия дарслари ва спорт машғулотларида кўкракни каттиқ сикмайдиган сийнабанд тақишлари керак бўлади.

Унинг скелет суякларининг тўғри таракқий қилишида оёқ кийимлари ва мактабдаги парталар ҳам муносиб ўрин тутади.

М. В. Порохова (1980) нинг фикрича, қиз бола оёқ кийимининг тузилиши ҳам аҳамиятли экан. Унинг айтишича, қиз болаларнинг оёқ кийимлари 2 ёшдан 6 ёшгача 0,8 см. баландликда пошнали, 7 — 9 ёшгача 1 — 2 см, 10 — 15 ёшгача 3 — 5 см бўлиши керак. Агар пошна баландлиги 4 см дан ошса, унда тана оғирлиги орқа умуртқага тушиб, унинг бел қисми кўпроқ букилиб қолади, натижада чаноқ ҳолати ўзгаради, бу эса ўз навбатида кичик чаноқнинг тўғри ўлчовларининг камайишига олиб келади.

Бундан ташқари, қиз болалар калта пайпоқ қийишлари ҳам мумкин эмас. Чунки резина оёқни сиқиб, унда қон ва лимфа айланишига путур етказди.

Қиз боланинг жинсий тараққиётининг ҳам нормал кечишини таъминлаш зарур. Унинг жинсий тараққиётида оила, болалар муассасалари, мактаб шароитининг аҳамияти каттадир.

Қиз бола Такомиллашгани сари, айниқса 5 — 6 ойлиги- I да қиз болаларга хос хусусиятлар намоён бўла бошлайди.

У қўғирчоққа интилади, уни бағрига босади Тана [тузилиши ҳам шакллаи бошлайди.

1 — 2 ёшли қизчалар қўғирчоқни чўмилтириш, йўрғак- I лаш ва овқатлантиришга интиладилар. Уларда аёлларга [хос белгилар пайдо бўлади, 3 — 4 ёшларида бу белгилар янада ривожланади, борган сари кучая боради.

Шунинг учун оиладаги тотувлик, ўзаро ва болалар орасидаги муносабатларнинг аҳамияти катта. Пубертат I даврда вужудга келиб, кейин авж оладиган асабий патологик ҳолатлар қиз бола яшаётган шароитнинг I таъсирдир. Н. В. Қобозеванинг айтишича, пубертат даврда кўпчилик қизларда дисморфофобия — ўзининг ташқи кўринишидан қониқмаслик, шу ёшга нисбатан оёқ- қўлларнинг узунлиги, соннинг йўғонлиги, бурун шаклли қорин деворида ёғ қатламининг кўплиги, бошқа ҳолатлар I кузатилади. Шу мавзўда қиз бола билан оилада, мактабда I суҳбатлар ўтказиб туриш лозим.

Дарҳақиқат, 10— 12 ёшларида қиз бола анча кўрим- [сиз бўлиб, оёқ-қўллари, бўйи узунлашиб, симметрик ҳолат [бўлмаслиги уни анча кўримсиз қилиб қўяди.

Агар зарарли муҳит бўлмаса, қиз болада аста-секин I аёлларга хос белгилар пайдо бўла бошлайди. Бу жараёнларни қиз бола билиши лозим.

Жинсий тараққиётдаги ёлғон гермафродитизмда ота- она боласининг қайси жинсга тааллуқлиги билмасдан, ; болаларига ўғил бола кийимини кийгизадилар. Балоғат , ёшига етиши даврида унинг қиз бола эканлиги аниқла- | нилса (эндокринолог врач томонидан), болада қанақа | асабий дақиқалар, ҳолатлар вужуга келишини тасаввур ■ қилиш мумкин. Шунга кўра қиз боланинг асаб тизимини !" аяш керак бўлади.

Қиз бола балоғатга ета бориши давомида унга вақти- I вақти билан жинсий яқинлик ҳақида тушунча бериб < бориш, покликни сақлаш кераклигини, жинсий, алоқани эрта бошлашнинг зарарли томонларини (жинсий аъзога Г зарар етиши, юкумли тери-таносил касалликлари ва ҳ.к.лар) гапириб, унга маслаҳатлар бериш она ва ўқитувчиларнинг асосий вазифасидир. Бунинг учун она ва • ўқитувчиларнинг ўзлари бу соҳадан яхши хабардор бўлишлари керак. Улар қиз боланинг пато-физиологик I хусусиятлари, феъл-атворини билиб, қузйТиб боришлари I лозим. Ана шуйдагина тарбияда кўзлангай

натижани I кўлга киритиш мумкин бўлади.

Н. В. Қобозева ва б.қ.лар (психоген) нерв анорексияси I ҳақида шундай дейдилар. Бу психоген касаллигининг айрим формаси бўлиб, асосан пубертат ёшида рўй беради. Бунда қиз боладаги жисмоний «етишмовчиликни тўғри- лаш» учун овқат истеъмол қилиш тартибини сақлаш керак. Бу касаллик 3 — 5 йилгача давом этиб, боланинг ўлими билан тугалланади. Н. В. Қобозеванинг келтиришича, бу касаллик: Шотландияда ҳар 100.000 кишига 0,61, Данияда 100.000 тага 16 тадан тўғри келар экан. Яна, бу хилдаги патологик ҳолат анча катта ёшда ҳам (23 — 25) учраб, қиз болалар у билан ўғил болаларга нисбатан 10 — 20 марота- ба кўпроқ касалланар эканлар.

Касалликнинг асосий белгиси: озишга интилиш, жуда кўп ҳаракат қилишдан иборат бўлиб, аввалига уларда меҳнат қобилияти анча баланд бўлади, улар озиб, бир қатор соматик белгилар (аменорея, ошқозон-ичак систе- маси фаолиятининг бузилиши, камқонлик, трофик ҳолат- нинг бузилиши ва б.қ.лар кузатилади). Касалликнинг бошида уларнинг иштаҳаси яхши бўлади.

Н. В. Кобозеванинг фикрига кўра, гинекологик ва эндокринологик касалликлар билан оғриган қизларда нерв (психоген) анорексияси I фоиз учрар экан. Айниқса, бу хилдаги патологик ҳолат эрта балоғатга етган ёкажинсий тараққиётдан орқада қолган қизларда кўпроқ учрайди, деб ҳисоблайди.

Юқорида қайд қилиб ўтганимиздек, гигиеник омиллар- га риоя қилинса, қиз болаларнинг жинсий жиҳат- дан тараққиётининг тўғри кечишини таъминлаган бў- ламиз.

Кузатишлардан маълум бўлишича, кўпроқ жинсий аъзолар яллиғланишида (вульвит, вульвовагинит) рўй берадиган кичишиш туфайли, тор, қалин, кўпол чокли нштонлар кийгизилганда, қизларнинг жинсий аъзолари қитиқланади, яна шунингдек болалар кўриши мумкин бўлмаган киноларни кўришлик, спиртли ичимликлар жинсий аъзоларнинг кўзғалишига сабаб бўлади. Шундай ҳолларда кўпчилик қизлар онанизм билан шуғулланади- лар. Бундан хабардор бўлган ота-оналар болаларини уриб сўкадилар ва кўрқитадилар. Бу йўл билан тарбия қилиш жуда хавфли бўлиб, боланинг руҳи ва жисмоний тараққиётига салбий таъсир кўрсатади.

Даволаш — қиз болани шу аҳволга тушишига сабаб бўлган омилларни йўқотиш керак бўлади. Тарбиявий ишлар олиб бориш, қизларга онанизмнинг зарари ҳақида тўла маълумот бериш, баъзи муаллифларнинг айтишлари- ча, ҳатто гипноздан фойдаланиш (аммо бунга кўпчилик гинекологлар кўшилмайдилар), зарурат туғилганда паст дозада транквилизаторлардан фойдаланиш лозим бўлади. Онанизм

билан тез-тез шуғулланадиган болалар психотерапевтик стационарда даволанишлари лозим.

Н. В. Кобозева — мактаб врачининг қиз болалар тарбиясида тутган ўрни ва вазифаси, жавобгарлиги жуда каттадир, деб ҳисоблайди. Унинг фикрича, мактабда биология муаллими мактаб врачлари билан биргаликда қиз болалар тарбияси принципларини ўрганишлари, қизлар билан доимо мулоқотда бўлган ҳолда иш юритишлари лозим эмиш. Бундан ташқари, мактаб врачлари қиз болалардаги тараққиёт босқичлари, бу босқичларда рўй берадиган патологик, физиологик ҳолларни яхши тасаввур қила билиши даркор. У доимо педиатр ва гинеколог врач билан бирга иш олиб бориши, қизларни йилда камида 3 марта кўриқдан ўтказиб туриши керак.

Қиз болаларнинг руҳий ва жисмоний томондан соғсаломат бўлишларини таъминлаш жамиятимизнинг асосий вазифаларидан биридир.

Қиз болаларнинг юкумли касалликлар билан оғришларининг олди олинishi, оғриган тақдирида ҳам касалликнинг авж олиб кетишига йўл қўймаслик керак бўлади. Аёлнинг жисмонан кучли ва руҳий соғлом бўлиши ҳомиладорлик ва туғруқнинг яхши кечишига ёрдам беради. Организмнинг кучсизланишини осон енгади. Демак, соғлом авлодни ўстиришда гигиеник омиллар асосий ўрин тутаяди.

XXII БОБ

БОЛАЛАР ГИНЕКОЛОГИЯСИ АМАЛИЁТИДА ЭТИКА ВА ДЕОНТОЛОГИЯ

Врачлик фаолиятида «Гиппократ қасами» ҳозиргача ўз қимматини йўқотмаган.

— Ота-оналар билан бир қаторда врачлик маҳоратини эгаллаган кишини ҳурмат қилиш;

— Ҳаёт тантанасига хизмат қилиш;

— Беморнинг соғайishi учун бор кучни фойдали йўналишга йўналтириш,

— Врачлик сирини сақлаш;

— Тўғри яшаш ва меҳнат қилиш;

— Онтга (қасамга) содиқ қолиш.

Бундан 15 аср олдин врачларга бир қатор этик (ахлоқий) талаблар қўйилган.

Шарқ (Тибет) тиббиёти, Ҳиндистон, Мўғилистон, Хитой (Чин-Мочин), Япония ва бошқа мамлакатларнинг тиббиёти соҳасидаги тажрибаларни ўрганган ҳолда, ҳозирги замон

врачлари учун ҳам фойдаланиш зарур бўлган 6 та ҳикматли сўзлар етиб келган. Врач чуқур мулоҳаза қиладиган, ақлли, ўз ваъдасида турадиган, ташқи таъсиротларни тез англайдиган, ўз фаолиятида ҳаракатчан. илмни ўрганишда сабоатли бўлиши керак экан.

Хўлқ ва этика маълум ҳолатда деярли бир хил бўлиб, деонтология — бу врачлар этикасининг бир қисми ҳисобланади.

Врач этикаси (этика — юнон (грек) чадан олиниб одат, хулқ) врач ахлоқи, деган маънони билдиради. У врач билан беморнинг бир-бирига бўлган муносабати қандайлигини эмас, балки уларнинг қариндош-уруғлари ва бошқа тиббиёт ходимлари, жамоа умуман омма билан бўлган муносабати ва муомаласини ўз ичига олади. Врачнинг оилада ўзини тутиши, жисмоний ва рухий, ахлоқий томондан поклиги ҳам бунга киради.

Бола касал бўлиб қолса, бундан ота-оиа қаттиқ ташвишга тушади. Бундай пайтда бир оғиз шири-н сўз унга таскин беради. Агар бола эсини таниган ёшда бўлса, врачнинг ҳатти-ҳаракати, муомаласи ва ўзини тутишига аҳамият беради. Врачнинг сўзларига жон-дили билан қулоқ тутати. Врач ножўя ҳаракатлар ва қўполлик қилса бу бола асабига ёмон таъсир қилади. Шу ўринда бир мисол келтирамиз. Бундан 20 йил илгари бир кўнгилсиз воқеанинг гувоҳи бўлганман:

Туғруқхонанинг гинекология бўлимига 13 яшар бир қизчани олиб келишди Уни врач гинекология столига ётқизиб кўриб. ташқи жинсий аъзоси соҳасига қийдин чиқиб турган ўсмани кўриб, шу заҳоти қизнинг ота- онасига: «Э, ёмон бўлиштику, бу рак, қизингизнинг умрига зомин бўлибсизлар», деб қизнинг олдида айтган. Қиз эсини таниган бўлиб «энди ўлиб қолар эканман» деб додлай- верган. Буни кўрган ота-она ўзини тутиб туролмаган. Бу врач кечириб бўлмас хатога йўл қўйган. У буни ётиғи билан ота-онанинг ўзига тушунтириб, яна текшириш ўтказиш кераклиги, балким унинг ўйлагани хато бўлиши мумкин эканлигини айтиб, уларни вақтинчага бўлса ҳам тинчлантириши лозим эди. Айниқса ёш боланинг (умуман беморнинг) олдида бундай гапларни ҳеч қачон айтмас- лик керак Чунки боласи бемор ёки бирор нуқсонли бўлган ота-она учун врачнинг ҳар бир сўзи дармон бўлади, унинг ҳар бир гапига бутун вужудлари билан қулоқ соладилар, гапларига тушуниб етишга қаракат қиладилар.

Агар врач беморга эътиборсизлик билан қараса, бу беморга ҳамда ота-онасига ёмон таъсир қилади. Улар — врач яхши қарамаяпти, касални аниқлай олмаяпти деган хулосага келадилар. Бу врач ота-она олдида ўз обрўсини йўқотади. Бемор ҳам, унинг яқинлари ҳам врачга ишонсалар, умид боғласалар,

шунинг ўзи ярим даводир. Врачнинг беморга бўлган муомаласи унинг тез тузалишига ёрдам беради.

Болалар ширин гапнинг гадосидир. Айниқса, касал бўлганда бир оғиз ширин сўзга муҳтож бўладилар. Шунинг учун врачлар болани даволашда, у билан дўстлашиб қолсалар, бу боланинг соғлиғига ҳам, руҳига ҳам ижобий таъсир қилади. Болалар гинекологиясида этика ва деонтология жуда катта ўрин тутади. Чунки бу болаларда шундай нуқсонлар ва камчиликлар бўладики, уни бошқалар билиши мумкин эмас. Буни фақат врач ва ота-оналар биладилар. Ҳатто кўп ҳолларда боланинг ўзидан ҳам яширишга тўғри келади.

Бундан бир неча аср илгари Ҳиндистонда чоп этилган «Ҳаёт» китобида жуда чуқур маъноли сўзлар келтирилган:

«Агар врач ўз амалиётида муваффақиятга эришишни истаса, у соғлом. камсуқум, матонатли, босиқ, хушмуоми- ла ва ишонтира олиш қобилиятига эга, тоза қалбли, ростгўй, эзгуликка интилувчан бўлиши лозим.

Бола ота-онасидан, ўқитувчисидан кўрқса ҳам, врач- дан кўрқмаслиги керак. Врач болага ота-онасидан ҳам яқинроқ бўлиши зарур».

Юқоридаги сўзлардан шундай хулоса чиқадики, врач, айниқса болалар врачлари ва гинекологлари этика ҳамда деонтология қонунларига тўла риоя қилган ҳолда иш тутишлари керак.

МУНДАРИЖА

СЎЗ БОШИ	3
Қисқача тарихий маълумот	5
I Б О Б. Балоғатга етган қиз болалар жинсий аъзоларининг анатомик ва физиологик хусусиятлари қақида қисқача маълумот . . .	7
Ташқи жинсий лаблар	7
Ички жинсий аъзо бойламлари	13
Чанок клетчаткалари	15
Жинсий аъзоларнинг қон ва лимфа билан таъминланиши	16
Жинсий аъзоларнинг нерв системаси	17
Тухумдон физиологияси	18
II Б О Б. Жинсий аъзолар тараққиётига таъсир кўрсатадиган асо- сий системалар	20
III Б О Б. Ички секреция безларининг физиологик хусусиятлари. . . 26	
Гипофиз . . .	27
Тиреотроп гормон (ТГТ).....	27
Гонадотроп гормонлар	28
Лактотроп гормон	28
Адренкортикотроп (АКТГ) гормони	29
Соматотроп гормон (СТГ)	29
Меланцитларни рағбатлантирувчи гормон	30
Нейрогипофиз гормони	30
Антидиуретик гормон (АДГ) — вазопрессин	30
Окситоцин	31
IV Б О Б. Қиз боланинг тараққиёт босқичлари	31
V Б О Б. Қиз болаларнинг тараққиёт босқичи . .	34
Қомиланинг тараққий этиши.....	34
Ташқи жинсий аъзолар тараққиёти.....	36
Қиннинг эмбрионал тараққиёти	38
Бачадон тараққиёти	39
Тухумдоннинг тараққий этиши.....	41
VI Б О Б. Қиз болаларнинг жинсий аъзоларида ёшига қараб рўй берадиган ўзгаришлар.....	42
Чақалоқлик ва болалик даври.....	42
Препубертат даври	44
VII Б О Б. Балоғатга етиш даври физиологияси .	46
Пубертат даври	46
Қиз боланинг асаб тизимидаги ўзгаришлар	51
Соматик ўзгаришлар	51
Эндокрин безларнинг балоғатга етиш давридаги хусусиятлари ва шу тизимда учрайдиган нуқсонлар	52
Гипофиз	53
Гипогонадизм	53
Гипергонадизм	53
Прогестерон	54
Бўқоқ ости беzi	54

	Буйрак усти беги	54	
	Менархенинг кечиши	55	
VIII	Б О Б. Қиз болаларни гинекологик текшириш усуллари ...	55	
	Қиз болаларни умумий текшириш усули	56	
	Қиз болаларга мос келадиған гинекологик текшириш усул- лари	57	
	Қўшимча, махсус текшириш усуллари	59	
	Кольпоцитологик текшириш	60	
	Функционал диагностика усули	61	
	Кўз корачиги «феномени»	62	
	Шилликнинг кристаллга айланиш белгиси (арборизация) 63	Бачадон бўйин канали шиллигининг чўзилиш даражасини аниқлаш	64
	Қин чикиндисини цитологик усулда текшириш (Кольпоцито- логия)	64	
	Кольпоцитогарма	66	
	Жинсий хроматинни аниқлаш.....	67	
IX	Б О Б. Гинекологияда қўшимча текшириш усуллари	68	
	Рентгенолбгик текшириш	68	
	Газли рентгенпельвиография	68	
	Гистерография	69	
	Чанокни пельвиография килиш	69	
	Чанок лимфограммаси	69	
	Ультратовуш ёрдамида текшириш (УЗД).....	70	
	Ректоскопия	70	
	Цитоскопия	70	
	Кульдоскопия	70	
	Кольпоскопия	71	
	Гормонлар ёрдамида текшириш	71	
X	Б О Б. Қиз бола тараққиётдаги нуқсонлар.....	72	
	Гипофизар нанизм	74	
	Тиреогенли нанизм (кретинизм, ўсмир ёшидаги микседема)	74	
	Даун касаллиги	74	
	Хондродистрофия	75	
	Ҳомила бошига сув йиғилиши — гидроцефалия.....	75	
	Анэнцефалия :	76	
	Мия чурраси.....	76	
	Орка умуртқанинг ажралған бўлиши.....	76	
	Қиндик чурраси	76	
	Қўл ва оёқ нуқсонлари	76	
	Юқори лабнинг ажралған бўлиши (куёнлаб) ва «бўри оғиз»	77	
	Ҳомилаларнинг бир-бирига ёпишиб қолиши.....	77	
	Юрак-қон томири тизимидаги нуқсонлар	77	
	Овқат ҳазм килиш аъзоларидаги нуқсонлар.....	78	
	Сийдик чиқариш йўлидаги нуқсонлар	78	
XI	Б О Б. Жинсий аъзолардаги нуқсонлар.....	78	
	Бачадон, унинг қўшимчалари (найчалар) ва қиннинг нуқ- сонлари	79	
	Қин ва бачадоннинг иккига ажралған ҳолати	80	
	Қизлик пардаси (бутеп)даги нуқсонлар (бутеп осселизис)	83	
	Псевдогермафродитизм	85	
	Сийдик чиқариш тизимидаги нуқсонлар.....	86	
	Ички сийдик йўли нуқсонлари	86	
	Эписпадия	86	
	Гипоспадия	87	
	Сийдик копи (ковук)нинг жойлашишидаги нуқсонлар	87	
	Сийдик йўли окмаси.....	88	
	Чурра	89	
XII	Б О Б. Жинсий тараққиётдаги нуқсонлар	89	
	Қиз боланинг жинсий жиҳатданвақтидан олдин етилиши 89		
	Клиникаси	90	

	Эрта балоғатта етишишда гормонал фаол ўсмаларнинг ишти- роки	91
	А1БГ1ЕЙ1 синдроми (эрта балоғатта етиш жараснининг суяк- ларнинг фиброзли дисплазияси билан бирга кечиши) . . .	93
	Суяклардаги ўзгаришлар	93
	Касалликнинг натижаланиши	94
	Гетросексуал турдаги эрта жинсий тараққиёт(оддий вирили- зация қилувчи формадаги туғма адреногенитал синдром)	94
	Клиникаси	95
	Муолажаси	96
	Кечиккан жинсий тараққиёт ва жинсий етишмовчилик	97
	Идиопатик типдаги кеч балоғатта етиш	98
	Жинсий тараққиётнинг семириш билан бўладиган етишмовчи- лик синдроми FгeHcБ	98
	Гипоталамус фаолияти туфайли жинсий тараққиётдан орқада қолиш	99
	Жинсий тараққиётнинг семиришга боғлиқ бўлмаган ҳолда орқада қолиши	99
	Хенде — Мюллер — Крисчен касаллиги (Краниал ксантомоз)	99
	Гипофизар — гипогонадотропнинг евнухоидизми ...	100
	Гипофиз фаолияти туфайли гипохонадотропнинг вақтинчалик евнухоидизми	100
XIII	Б О Б. Гипотадамус— гипофизар системанинг зарарлани- шда учрайдиган клиник синдромлар	100
	Гипопитуитар синдром. Симмсндс касаллиги	101
	Этиологияси	101
	Патологик анатомияси	102
	Клиник кечиши.....	102
	Муолажаси	103
XIV	Б О Б. Жинсий тараққиётнинг бўлмаслиги.....	103
	Гонадалар дисгенезияси	104
	Этиологияси ва патогенези	104
	Клиникаси	105
	Гонадалар дисгенезиясининг «тоза» формаси.....	105
	Гонада дисгенезиясининг аралаш формаси	106
	Гонада дисгенезиясининг ташхиси	107
	Шерешевский-Тернер синдроми	107
	Пубертат ёшида ҳайз циклининг бузилиши	108
	Ҳайз бўлмаслиги (аменорея)	109
	Муолажаси	110
	Леренс-Мун-Бидл синдромида бирламчи аменорея . . .	110
	Этиологияси ва патогенези	110
	Муолажаси	111
	Қиз болаларда ҳайзнинг бошланиши ва кечиши. Ҳайзнинг оғ- рикли бўлиши (альгомснорея, альгодисменорея) . . .	111
XV	Б О Б. Жинсий аъзолар фаолияти бузилганида бачадондан қон кетиши (дисфункционал қон кетиши)	114
	Клиникаси	116
	Бачадондан дисфункционал қон кетишида текшириш усул- лари ..	117
	Дифференциал ташхис	120
	Бачадондан дисфункционал қон кетишини даволаш . . .	121
XVI	Б О Б. Қиз болалар жинсий аъзоларининг яллиғланиш касал- ликлари	126
	Жинский аъзоларнинг спсцифик бўлмаган яллиғланиш жараснлари	131
	Спсцифик бўлмаган яллиғланиш жараёнларининг этиоло- гияси .	131
	Даволаш	133
	Вульвовагинит (ташки жинсий аъзо ва қиннийг яллиғ- ланиши)	133
	Даволаш	135
	Аппендикуляр генитал синдром	137

	Сопогтбосйс, қиз болаларда сўзак касаллиги	139
	Вестибулит (қин даҳлизи сўзаги)	144
	Кольпит (қин сўзаги)	144
	Уретрит (сийдик чиқариш йўли сўзаги).....	145
	Сўзак вульвовагинити	145
	Клиникаси-	145
	Даволаш	147
	Цервицит (бачадон бўйни сўзаги)	148
	Проктит (тўғри ичак сўзаги)	148
	Сўзак профилактикаси	148
	Қиз болалар жинсий аъзоларининг сили.....	149
	Найчалар сили	150
	Тухумдон сили	151
	Бачадон сили	151
	Бачадон бўйни сили	152
	Ташқи жинсий аъзолар сили	152
	Жинсий аъзслар сили ташхиси	153
	Туберкулин билан текшириш	153
	Манту усули	154
	Касалликнинг натижаланиши	154
	Даволаш	154
	Қин дифтерияси	155
	Вирусли вульвовагинит	155
	Даволаш	156
XVII	Б О Б. Паразитар касалликлар	157
	Трихиомониоз. Жинсий аъзоларнинг яллиғланиши . . .	157
	Трихомонада кольпитининг клиник белгилари.....	158
	Даволаш	159
	Молиниаз (молочница)— 5ооғ	159
	Даволаш	160
	Энтеробиоз	160
	Даволаш	160
	Эхинококк.....	160
XVIII	Б О Б. Жинсий аъзолардаги ўсмалар . . .	161
	Ташқи жинсий аъзолар ўсмаси	161
XIX	Б О Б. Қин ўсмалари	163
	Қин раки	165
	Бачадон ўсмалари	165
	Бачадондаги хавфли ўсмалар	165
	Даволаш	166
	Бачадон танасининг раки	167
	Тухумдон ўсмалари	167
	Пссвдомуциноз кистомалар.....	168
	Тухумдоннинг ретенцион кисталари	168
	Тухумдоннинг тератойд (терминоген) ўсмалари.....	169
	Етишган тератома (<сга!ота айпИит — дермоид кистаси) .	169 Қали
	стилмаган ва стилган тератомалар	170
	Тухумдон тератобластомаси (1сга!об!аз!ота)	170



	Тухумдоннинг гормонлар ажратувчи ўсмалари	171
	Клиник кечиши	171
	Текобластома	172
	Арренобластома (агИепоЬ1а81оша)	172
XX	Б О Б. Жинсий аъзоларнинг жароҳатланиши	173
XXI	Б О Б. Қиз болалар гигиенаси	176
	Ҳомиладорлар гигиенаси	176
	Чақалоқлар гигиенаси	178
	Эмизикли ёшдаги болалар (бир ёшгача бўлган) гигиенаси	179
	■ Мактаб ешигача ва мактаб ёшида бўлган болалар гигиенаси	180
	Мактаб ёшидаги ва балоғатга етиш давридаги қиз болалар гигиенаси	
XXII	БОБ Болалар гинекологияси амалиётида этика ва деонто-логия.....	185

..... 181

Ўқ.уғ наشري
КОДИРОВА АСОЛАТ АЗИЗОВНА,
 Ўзбекистонда хизмат кўрсатган фан арбоби, тиббиёт фанлари доктори,
 профессор,
АЮПОВА ФАРИДА МИРЗАЕВНА,
 тиббиёт фанлари номзоди,
НАЖМИДДИНОВА ДИЛБАР ҚАМАРИДДИНОВНА,
 тиббиёт фанлари доктори

БОЛАЛАР ГИНЕКОЛОГИЯСИ

Абу Али ибн Сино номидаги тиббиёт нашриёти, Тошкент, Навоий кўчаси, 30.

Тахририят мудир *Б. Мансуров*
 Мухаррир *Ш. Иноғомова*
 Бадий мухаррир *М. Эргатева*
 Техник мухаррир *В. Мецержакова*
 Мусаххих *Г. Ширинова*

ИБ № 2274

Босмахонага 03.11.97да берилди. Босишга 08.01.98да рухсат этилди. Бичими 84X108/32. Газста қоғози. Офсет босма. Адабий гарнитура. Шартли босма табоқ 10,08. Шартли бўёк оттиски 10,29. Нашр босма табоқ 10,69. 8—97-рақамли шартнома. Жами 5)00 нусха. 5352-рақамли буюртма. Нархи шартнома асосида.

Ўзбекистон Республикаси Давлат матбуот қўмитаси Тошкент матбаа комбинатининг ижара корхонаси. Тошкент, Навоий кўчаси, 30.