

G.V. TUYCHIEVA, YU.K. DJABBAROVA, N.X. RAXMANOVA

GINEKOLOGIYADA HAMSHIRALIK ISHI

O`QUV QO`LLANMA

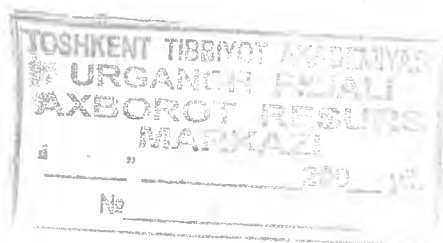


TOSHKENT - 2011

G.V. TUYCHIEVA, YU.K. DJABBAROVA, N.X. RAXMANOVA

GINEKOLOGIYADA HAMSHIRALIK ISHI

O'QUV QO'LLANMA



TOSHKENT - 2011

Tuzuvchilar:

TUYCHIEVA G.V.

- Toshkent tibbiyot akademiyasi
Urganch filiali akusherlik va
ginekologiya kafedrasi mudiri, t.f.n.,
dotsent

JABBAROVA YU.K.

- Toshkent tibbiyot akademiyasi
akusherlik va ginekologiya kafedrasi
professori, t.f.d.

RAXMANOVA N.X.

- Toshkent tibbiyot akademiyasi
Urganch
filiali akusherlik va ginekologiya
kafedrasi assistenti

Retsenzentlar:

KATTAXODJAEVA M.X.

- Toshkent tibbiyot akademiyasi tibbiy
pedagogika va stomatologiya fakulteti
akusherlik va ginekologiya kafedrasi
professori, t.f.d.

KURBANOV D.D.

- Toshkent tibbiyot pediatriya
institutini akusherlik va ginekologiya
kafedrasi mudiri t.f.d., professor

YANGIBOEV Z.R.

- Toshkent tibbiyot akademiyasi
Urganch
filiali hospital xirurgiya kafedrasi
mudiri t.f.d., professor

**Ushbu o`quv qo`llanma ginekologiya fanidan oliy hamshirlik ishi bo`limi
talabalari uchun mo`ljallangan**

**O`zbekiston Respublikasi Oliy va o`rta ta`lim vazirligining 26 fevral 2009
yildagi 51-sonli buyrug`i bilan tasdiqlangan. Guvohnoma № 094.**

1 BOB

GINEKOLOGIK KASALLIKLAR PROPEDEVTIKASI

Ginekologiya - bu ayollar jinsiy tizimi fiziologiyasi va patologiyasi, normal va patologik sharoitda ayollar jinsiy a'zolarining holati va faoliyati, tug'ishdan tashqari vaqtda ayolga xos bo'lgan xususiyatlar haqidagi fan. Qon ketishi, oqchil ajralishi va og'riqlar ginekologik kasalliklarning muhim simptomlari hisoblanadi.

Menorragiya - xayz vaqtida bachadondan ko'p miqdorda qon ketishi. Menorragiyaning quyidagi turlari mavjud: ko'p miqdorda qon yo'qotish (gipermenoreya); hayz davomiyligining uzayishi (polimenoreya); hayz ritmining qisqarish tomonga buzilishi (proymenoreya). Ko'p xollarda bu o'zgarishlar birgalikda keladi. Menorragiyaga gipofiz, tuxumdonlar faoliyatining buzilishi, jinsiy a'zolarining organik jarohati (bachadon o'smalari) yallig'lanish jarayonlari, shuningdek, ekstragenital kasalliklar sabab bo'lishi mumkin.

Metrorragiya - hayz sikli bilan bog'liq bo'lmagan (aseptik) qon ketish bo'lib, unga bachadon shilliq osti miomasi va emiriluvchi rak o'smasi, bachadon tanasi va bo'yni poliplari sabab bo'lishi mumkin. Bachadon bo'yni raki uchun hayzlararo davrda qonli ajralmalar, kontaktli qon ketishlar xosdir. Metrorragiya sog'lom ayollarda kam uchraydi, u asosan jinsiy tizimdagi patologiyalar yoki umumiy kasalliklardan darak beradi.

Oqchil - ayollar jinsiy a'zolari sekretor faoliyatining buzilishi, bu ginekologik kasalliklarning eng ko'p uchraydigan simptomlaridan biridir. Ginekologka murojaat qilgan bemorlarning yarmidan ko'pi oqchil ajralishidan shikoyat qiladilar. Bu simptom so'zak, trixomoniaz, xavfli o'smalar va boshqalarda ko'pincha birinchi va uzoq davom qiladigan yagona simptom bo'lib hisoblanadi.

Fiziologik sharoitlarda ham jinsiy a'zolar shilliq qavati namlanib turadi. Bachadon naylari sekretor hujayralari, bachadon tanasi va bo'yni shilliq qavati bezlari ushbu a'zolar ichki yuzlarini namlanib turadigan sekretni kam miqdorda ishlab chiqaradi. Normal sharoitlarda bachadon bo'yni 24 soat davomida 0,5-1 ml sekret ishlab chiqaradi. Ajralmalar servikal kanal orqali qinga tushadi. Qin shilliq qavatida bezlar bo'lmaydi va sekret ishlab chiqarilmaydi.

Ayol sog'lomlik vaqtida qin ajralmalarini sezmaydi. Patologik turdagi oqchillar turli sabablardan kelib chiqadi:

- vestibulyar oqchillar - vulvaning yallig'lanish kasalliklari bilan bog'liq;

- qin oqchillari - ko'p xollarda ayollarning tibbiy yordamga murojaat qilishlariga sabab bo'ladi.

Normal sharoitlarda qin ajralmalari oq rangli, qaymoqsimon konsistentsiyali, nordon reaksiyaga (pN-4,5-5,5) ega bo'ladi. Ular uchta qismdan iborat: ko'chib tushgan yassi epiteliylar, mikroorganizmlar va transsudat.

Normal ko'rsatkichlarda bitta - ikkita epiteliy hujayralari aniqlanadi, sog'lom ayollar mikroflorasi Doderleyn tayoqchalaridan iborat.

UMUMIY SIMPTOMATOLOGIYASI

Genitaliyning yallig'lanish kasalliklarida: epiteliy hujayralari miqdori ortadi, ko'p miqdorda leykotsitlar, polimikrob flora aniqlanadi. Mikroflora tavsifi, nordonlik titri va leykotsitlar miqdoriga ko'ra qin tozaligining 4 darajasi farqlanadi:

- I tozalik darajasi: nordon reaksiyali (rN-4,0-4,5), epiteliy hujayralari va Doderleyn tayoqchalari.

- II tozalik darajasi: nordon reaksiya (rN-4,0-5,5), Doderleyn tayoqchalari kam, ko'p miqdordagi patogen va shartli patogen mikroorganizmlar, ko'p miqdorda epiteliy hujayralari, leykotsitlar uchraydi.

- Sh tozalik darajasi: kuchsiz ishqoriy reaksiyali (rN-4,0-6,5), Doderleyn tayoqchalari kam miqdorda, patogen va shartli patogen mikroorganizmlar, leykotsitlar soni ham ko'p bo'ladi.

- IV tozalik darajasi: kuchsiz ishqoriy reaksiyali, Doderleyn tayoqchalari bo'lmaydi, turli patogen va shartli patogen mikroflora ustunlik qiladi, leykotsitlar ko'p miqdorda.

I va II tozalik darajasi normal hisoblanadi.

Tservikal oqchil so'zak etiologiyali endotservitsitlarda, bachadon bo'yni yirtilishlarida, qin kanali shilliq qavati poliqlarida paydo bo'ladi.

O'tkir endometritda ajralmalar yiringli, surunkali endometritda suvsimon, rakdan zararlanishda selga o'xshash bo'ladi. Nay oqchilari yallig'lanish kasalliklarida (so'zak), asosan xaltali o'smalarda kuzatiladi.

Og'riqlar ginekologik bemorlarning eng ko'p uchraydigan shikoyatlaridan biri. Chanoq a'zolari qonga to'lishining o'zgarishlari va intoksikatsiya ginekologik bemorlardagi og'riqlarning asosiy patogenetik omili bo'lib hisoblanadi. Kasallangan a'zoning mexanik ta'sirlanishi ginekologik kasalliklarda og'rik paydo bo'lishining asosiy sababidir. Ginekologik og'riklar asosan gipogastral sohada joylashadi, ya'ni yonbosh suyaklari oldingi yuqori o'simtalarini birlashtiruvchi chiziqdan pastda bo'lib, oyoqlarga irradiatsiyalanadi. Qorin pastidagi og'riqlar bilan bir qatorda bel - dumg'aza og'riqlari ham ko'p uchraydi.

Ginekologik kasalliklarni aniqlash anamnez bilan sinchiklab tanishib chiqishdan boshlanadi.

ANAMNEZ YIG'ISH TARTIBI

1. Asosiy shikoyatlar

2. Qo'shimcha shikoyatlar

Ayollar qo'shimcha shikoyatlarni vrach so'rab surishtirgandan keyingina aytadilar. Masalan, yosh ayollar bepushtlikdan shikoyat qilib, hayz sikli buzilishi, tana vaznining ortishi yoki og'riqli hayz haqida, boshidan kechirgan somatik, asab-ruxiy kasalliklari haqida, shuningdek, qanday dori vositalari qabul qilganlari haqida ma'lumot berishmaydi. Gemorragik diatez (Verlgof kasalligi) bilan kasallangan ayollar glyukokortikoid vositalar qabul qilib, amenoreyadan shikoyat qilishadi, vaxolanki, bu vositalar o'z navbatida shunday oqibatlariga olib keladi.

3. Ayolning boshidan kechirgan somatik va boshqa kasalliklari. Ayolning bolaligida va jinsiy balog'atga etishi davrida kechirgan somatik va

boshqa kasalliklari muhim ahamiyatga ega. Yuqumli kasalliklarning yuqori indeksi ko'pincha reproduktiv tizim faoliyatini boshqaruvchi markazlarning tiklanish jarayoniga yomon ta'sir qilib, hayz sikli buzilishi, reproduktiv faoliyatining buzilishi va neyro-endokrin kasalliklarning kelib chiqishiga olib keladi.

4. Oilaviy anamnezi. Ko'pincha kasalliklarning irsiy ekanligini hisobga olib, birinchi, ikkinchi va undan keyingi avlodga mansub qarindoshlarda ruhiy kasalliklar, endokrin buzilishlar, o'smalar, yurak-tomir tizimida patologiya mavjudligi haqida ma'lumot yig'ish shart.

5. Hayz va reproduktiv faoliyati, shuningdek, sekretor va jinsiy faoliyati, erining (jinsiy sherigining) kasalliklari.

6. Oldingi qabul qilingan muolajalar tasnifi

7. Ushbu kasallik tarixi

8. Turmush tarzi, ovqatlanishi va zararli odatlari, mehnat va turmush sharoitlari.

So'rab surishtirish davomida shifokor kasallikni aniqlash haqida fikr yuritish uchun zarur ma'lumotlarga ega bo'ladi. Anamnez ma'lumotlari asosida 50-70% bemorlarga to'g'ri tashhis qo'yish va keyingi ob'ektiv tekshirish usullarini tayinlash mumkin.

Anamnez yig'ib bo'lgandan so'ng ayol ko'zdan kechiriladi. Ko'zdan kechirish davomida bo'yi va vazniga, tana tuzilishiga, yog' to'qimasining rivojlanish xususiyatlariga e'tibor beriladi. Erkaksimon va bichilgansimon tana tuzilishlari farq qilinadi. Tana vazni ortiqcha bo'lgan xollarda, qachondan boshlab: bolaligidan, pubertat yoshdan, jinsiy hayot boshlangandan, abort yoki tug'ruqdan so'ng semirganligini aniqlash shart.

Tuklanish tavsifiga e'tiborni qaratish muhim, ayniqsa ortiqcha tuklanishda (girsutizm), uning paydo bo'lgan vaqti (xayzdan oldin yoki keyin), terining holati (ortiqcha yog'lilik, akne, follikullar borligi, galvirsimonligi), ayniqsa, yuz va elkada yaxshi ifodalanadi.

Ko'zdan kechirishni sut bezlaridan boshlash kerak, chunki sut bezi gormonga aloqador a'zo bo'lib, jinsiy gormonlardan prolaktin va boshqalar ta'sir etadigan nishon bo'lib hisoblanadi.

Adabiyot ma'lumotlariga ko'ra, ginekologik bemorlarning 40% ida fibrokistoz mastopatiyaning (FKM) turli shakllari uchraydi. Sut bezlari tik turgan va yotgan xolda bezning ichki va tashqi kvadratlar ketma-ket paypaslab ko'zdan kechiriladi. Hamma bemorlarda ko'krak surg'ichlarda ajralmalar bor yo'qligi, uning rangi, konsistentsiyasi va tasnifi aniqlanadi. Sut bezlarini paypaslab fibroz-kistoz mastopatiya tashhisini qo'yish mumkin. FKM aniqlanganda sut bezlarida ultratovush tekshirish va mammografiya qilinishi shart.

Ginekologik tekshirish. Tashqi va ichki jinsiy a'zolari ko'zdan kechirish hayz sikli buzilgan va bepusht ayollarda muhim ma'lumotlarni beradi.

Katta va kichik uyatli lablar gipoplaziyasi, qin shilliq qavatining rangparligi va quruqligi gipoestrogeniyaning klinik belgilari bo'lib hisoblanadi. Shilliq qavatning «sezuvchanligi» vulva shilliq qavatining sianotik tusdaligi. Ginekologik bimanual va qin ko'zgulari yordamida tekshirish asosiy usullardan biri hisoblanadi.

Reproduktiv tizimning funksional holatini aniqlash uchun funksional diagnostik testlar (FDT), kin epiteliysi kariopiknotik indeksini sanash (KPI), «korachik fenomeni», bachadon bo'yni shillig'i cho'ziluvchanligini o'lchash, bazal haroratni o'lchashdan foydalaniladi.

Zamonaviy ginekologik amaliyotda qon plazmasida oqsil (lyuteotropin, prolaktin) va steroid gormonlarni (estradiol, testosteron, kortizon)ni aniqlash uchun radioimmunologik taxlillar qo'llaniladi. Qon va peshobda gormonlar hamda ularning metabolitlarini bir marta aniqlash kam ma'lumot beradi. Bu tekshirishlarni funksional sinamalar bilan birgalikda qo'llash reproduktiv tizim turli qismlarining funksional holatini va gipotalamus, gipofiz, buyrak usti bezlari, tuxumdonlar endometriyning zaxira imkoniyatlarini aniqlashga imkon beradi.

Ginekologik amaliyotda gisterosalpingografiya (GSG) bilan bir qatorda, endoskopik usullardan kolposkopiya keng qo'llanadi. Bu usul bachadon bo'yni qin qismini, qin va vulva devorlarini sinchiklab tekshirishga yordam beradi.

Gisteroskopiya - bachadon ichi patologiyasini aniqlashga imkoniyat beradi.

Laparoskopiya - kichik chanoq va qorin bo'shlig'i a'zolarini pnevmoperitoneum fonida ko'zdan kechirishdan iborat. Qorin bo'shlig'i SO₂, O₂ yoki havo yuborib tekshiriladi. Laparoskopiya tekshiruv yordamida bachadon ortiqlari va appendiksdagi yallig'lanish jarayonlarini farqlash, o'tkir qorin simptomi sabablarini aniqlash mumkin.

Ultratovush tekshirish (UTT) noinvaziv asboblarda yordamida tekshirish usuli bo'lib, bachadon kasalliklari va o'smalari, bachadon ortiqlari hastaliklarini, bachadonning rivojlanish nuqsonlarini aniqlashga imkon beradi. Tashhislash asboblarining so'nggi modellari yuksak samara beradigan xususiyatga ega bo'lib, follikullar o'sishi, ovulyatsiya ro'y berishini kuzatadigan, endometriy qalinligini qayd etadigan, uning giperplaziyasi va poliplarni aniqlab beradi.

BOB BUYICHA AMALIY KO'NIKMALAR

Oliy xamshiralik ishi bulimi talabasi klinik va laborator tekshirish usullari, anamnez yig'ish, umumiy tekshirish, ginekologik ko'zgu yordamida ko'rish, qin va to'g'ri ichakdan ko'rish, qin urtmasining sitologiyasi, kolposkopiya, biopsiya, bachadon servikal bo'g'iz va tanasidan qirna olish kerakligini bilishi kerak.

Ko'krak bezlari palpatsiyasi.

Maqsad: laktoreya va ko'rak bezlari o'smalari tashxisi.

Ko'rsatma: ayollarni tekshirish usuli.

Ta'minlanishi: kushetka.

Qadamba-kadam bajarilishi:

- ko'krak bezlarining palpatsiyasi - ayolni turgan yoki yotgan holatida barcha kvadratlar tekshirib ko'riladi;

- dastlab tashqi, so'ng ichki kvadratlar paypaslanib, tuguncha yoki xosila bor yo'qligi aniqlanadi;

- ko'krak bezlarining tuzilishi, o'lchamlariga (gipoplaziya, gipertrofiya, simmetrikligi, trofik o'zgarishlar) e'tibor beriladi;

- so'rg'ich atrofi siqib ko'rilib, ajralma bor yo'qligi, uning rangi, konsistentsiyasi va xarakteri aniqlanadi;

- ko`krak bezlarini palpatsiyalash, bezlar o`sma kasalliklari erta tashxismda muhim ahamiyat kasb etadi.

Ko`zgular yordamida ginekologik ko`ruv.

Maqsad: qin va bachadon bo`ynidagi patologik o`zgarishlarni aniqlash

Ko`rsatma: ayollarni tekshirish usullari.

Ta'minlanishi: qin ko`zgulari, ginekologik kreslo.

Qadamba-kadam bajarilishi:

- ayol ginekologik kreslodagi oyoqlarini chanoq son va tizza bo`g`imlaridan bukilgan holatda yotadi;

- ko`ruv uchun qoshiqsimon Simpson va ikki tavakali Kusko ko`zgularidan foydalaniladi;

- kin ko`zgularini kirgizishda, ko`zgularga suyuq vazelin (glitserin, sovun) surtiladi. Ko`zgularni kiritishda ayolga biroz kuchanish tavsiya etiladi, shunda ko`zgularga oson kiradi;

- kin shilliq qavati, gumbazlar sohasi va bachadon bo`yni ko`riladi;

- bachadon bo`yni shakli, deformatsiyalar, yirtiqalar bor yo`qligi, tashqi bo`g`iz holati (nuqtali, yoriqsimon) bachadon bo`ynidagi patologik holatlar (eroziya, poliplar, endometrioz, usmalar, gipertrofiya, yallig`lanish holatlari) tekshiriladi;

- kin ajralmasi rangi, xarakteri: seroz, yiringli, qonli, seroz-yiringli ekanligi aniqlanadi.

Ginekologik bemorlarni bimanual (ikki ko`llab) tekshirish.

Maqsad: bachadon holati, ortiqalari va parametriyni baholash.

Ko`rsatma: ayollarni tekshirish usuli.

Ta'minlanishi: ginekologik kreslo, steril qo`lqop.

Qadamba-kadam bajarilishi:

- ayol ginekologik kreslodagi oyoqlarini tizza va chanoq-son bo`g`imlaridan bukilgan holatda yotadi;

- muolaja qo`lqopda o`tkaziladi;

- chap qo`lning katta ko`rsatkich barmoqlari bilan katta jinsiy lablar keriladi;

- ung qo`lning o`rta barmog`i qinga kiritilib, qin orqa devori pastga bosilib, so`ngra ko`rsatkich barmoq kiritiladi;

- chap qo`lning kafti qorin devoriga qo`yilib, bachadon tanasi paypaslanadi;

- ung qo`l barmoqlari (o`rta va ko`rsatkich) bilan bachadon bo`yni shakli, konsistensiyasi va uzunligi, hamda tashqi bo`g`iz holati aniqlanadi. So`ngra barmoqlar qin oldingi gumbaziga o`tkazilib, tashqi ichki qo`l barmoqlari bilan bachadon tanasi aniqlanadi;

- bachadon holati, hajmi, og`riqliligi, konsistensiyasi va harakatchanligi aniqlanadi;

- bachadon ortiqalari paypaslanadi. Tashqi va ichki qo`l barmoqlarini bachadon burchaklaridan chanoq devorlariga qarab suriladi. Odatda bachadon ortiqalari paypaslanadi;

- parametriy holati aniqlanadi;

- kin gumbazi chuqurliligi, og`riqliligi aniqlanadi.

AYOLLAR JINSIY A'ZOLARI ANATOMIYASI. NORMAL HAYZ SIKLI

Ayollarning tashqi jinsiy organlari

Ayollar jinsiy organlari tashqi va ichki qismdan iborat bo'lib, asosan homilani o'stirish va tug'ish vazifasini bajaradi.

Tashqi jinsiy organlarga (*genitallae externa*) qov, katta va kichik jinsiy lablar, klitor, qin daxlizi, bartolin bezlari kiradi.

Tashqi jinsiy organlar bilan ichki jinsiy organlarni qizlik parda ajratib turadi.

Oov (*mons veneris*) qorin devorining pastki qismi bo'lib, teri ostidagi yog' qatlami yaxshi taraqqiy etgan, bu qatlam ayol organizmidagi gormonal jarayon bilan chambarchas bog'liqdir. Yog' qatlami ayolning yoshiga bog'liq bo'ladi, qarilarda ancha kamayadi, lekin butunlay yo'qolib ketmaydi.

Qovning har ikki yonida qov burmalari joylashgan. Qovning pastki chegarasi katta jinsiy labga tutashadi.

Ayollarda qovning ustki satxi gorizantal joylashgan jun bilan qoplangan, erkaklarda esa jun vertikal ravishda kindikka qarab o'sgan bo'ladi. Ba'zi ayollarda qov satxidagi junlar erkaklarnikiga o'xshab o'sgan bo'ladi. Bu holat patologik holatdan, gormonal jarayon muvozanati buzilganidan dalolat beradi.

Katta jinsiy lablar (*labia pudendia majora*) qovdan birmuncha pastda va orqaroqda bo'lib, uzunasiga joylashgan katta burmadan iboratdir. Ular bir-biridan jinsiy yoriq bilan ajralib turadi. Katta jinsiy lablarning yuqori qismi qov terisiga tutashadi. Orqa tomondan esa ular sekin-asta toraya borib, o'zaro qo'shiladi va yupqa teri burmasi xosil qiladi (*camissura labii posterior*).

Katta jinsiy lablarning tashqi yuzlari jun bilan ichki yuzlari esa och pushti rangli, nozik, shilliq pardaga o'xshash teri bilan qoplangan. Katta jinsiy lablar tufayli qinga kirish yo'li bekilib turadi. Qiz bola balog'atga etgan sari jinsiy lablardagi yog' qatlami ko'paya boradi.

Katta jinsiy lablarda ter va yog' bezlari joylashgan va ular vena tomirlariga bo'ydir.

Katta jinsiy lablarning pastki 1/3 qismida bartolin bezlari (*glandulae Bortholini*) joylashgan. Bu bezlarning kattaligi loviyadek bo'lib, yumaloq shaklda va bir necha bo'lakdan iborat bo'ladi. Ular alveolyar, ya'ni naysimon epiteliy bilan qoplangan, bo'ladi. Bezlarning suyuqlik chiqarish yo'llari 1-2 sm uzunlikda bo'lib, ular katta lablarning ichki yuzasiga, kichik lablarning tubiga, kichik lablar bilan qizlik pardasi orasida ochiladi.

Bartolin bezi ishlab chiqaradigan suyuqlik (sekret) oqimtir rangda bo'lib, ishqoriy reaksiyali, xidi o'ziga xosdir. U jinsiy qo'zg'alish vaqtida ajralib, qin daxliziga quyiladi, natijada qinni namlaydi.

Kichik jinsiy lablar (*labia pudenda minor*) katta jinsiy lablardan ichkarida joylashgan bo'lib, bir juft bo'ylama nozik teri burmalaridan iboratdir: ular orqa (pastki) tomonda katta jinsi lablarga qo'shilib ketadi.

Kichik jinsiy lablar har birining yuqori (oldingi) qismi 2 tadan burmaga ajralib, ular tashqi va ichki oyoqchalar deb ataladi. Har ikki labning tashqi oyoqchalari o'zaro qo'shilib, klitorning chetki kertmagini (praeputum clitoridis) xosil qiladi. Orqa tomondan esa kichik lablar klitor yuganchasi ko'ndalang burmacha yordamida bir-biri bilan qo'shiladi. Kichik jinsiy lablar ko'p miqdordagi qon tomirlar va nerv shoxobchalari bilan ta'minlangan.

Klitor (clitoris). Jinsiy yoriqning yuqori burchagida kichik jinsiy lablarning tashqi va ichki oyoqchalaridagi qo'shimcha oraliqda joylashgan bo'lib, konus shaklidagi 2 ta g'ovak tanadan tashkil topgan. U dumboqqa o'xshab ko'rinadi. Klitorning boshi, tanasi va oyoqchalari bo'lgani uchun u aniq ajralib turadi. Klitor oyoqchalari qov va quymich suyaklari ustiga yopishgan bo'ladi. Jinsiy qo'zg'alish ro'y berganda klitorning g'ovak tanasidagi bo'shliqlariga qon to'ladi-da, u kattalashib taranglashadi. Klitorda juda ko'p miqdorda mayda nerv shoxobchalari bor. Bu shoxobchalar tufayli uni jinsiy sezish organi deb atashga imkon beradi.

Qin daxliz (vestibulum vaginae) old tomondan klitor, orqa tomondan jinsiy lablarning tashqi birlashmasi va ikki yonda kichik jinsiy lablarning ichki yuzasi tomondagi oraliqdan iborat. Qin daxlizini kindan qizlik pardasi ajratib turadi.

Qin daxliz shilliq pardaga moyil nozik teri bilan qoplangan, u nerv shoxobchalariga, qon va limfa tomirlariga boydir. Qin daxlizida juda ko'p mayda shingilsimon bezlar va chuqurchalar bor.

Qin daxlizining yuqori qismiga siydik chiqarish kanalining tashqi teshigi, kanal yonidagi yo'llar va bartolin bezining chiqarish yo'llari ochiladi. Qin daxlizi markazida qinga kirish teshigi joylashgan.

Siydik chiqarish kanali (urethera) ayollarda kalta (3-4 sm) va deyarli to'g'ri bo'lib, kinning oldingi devori yuzasiga joylashgan, yuqori qismi qovuq bilan birikkan bo'ladi.

Uning ichki yuzasida to'g'ri ketgan burmalar bo'lib, yuqori qismi tsilindrik epiteliyli, pastkisi esa yapaloq epiteliyli shilliq parda bilan qoplangan. Siydik chiqarish yo'lining muskul qavati to'g'ri va aylanma ketgan muskul tolalaridan iborat. Kanalning qovuqqa yaqin qismi muskul qavatining aylanma tolalari zichlashib, kanalning ichki siquvchi muskuli (sfinkter) ni xosil qiladi. Siydik yo'li va jinsiy organ diafragmasining siydik chiqarish kanali o'tgan erida, kanalning tashqi teshigi atrofida ko'ndalang targil muskullardan tashkil topgan tashqi siquvchi (sfinkter) bo'ladi. Siyish vaqtida ichki siquvchi sfinkter bo'shashadi. Siydik chiqarish kanalining tashqi teshigi klitordan 1,5-2 sm pastda turadi. Bu teshik dumaloq, ba'zan yoriqsimon yoki yulduzsimon bo'ladi. Siydik chiqarish kanalining tashqi teshigi yonida suyuqlik chiqaradigan bezlar joylashgan.

Oizlik pardasi (hymen) biriktiruvchi to'qimali pardadan iborat bo'lib, qizlarda qinga kirish teshigini berkitib turadi. U turli shakllarda (xalqasimon, panjarasimon, yarim oysimon, parraksimon) bo'lib, teshigining shakli ham shu parda shakliga bog'liqdir. Ba'zan yoshlikda bo'lib o'tgan yallig'lanish jarayoni natijasida tug'ma ravishda qizlik pardasida teshik bo'lmasligi ham mumkin. Qizlik pardasining yuzlari qin tomondan ham, tashqi tomondan ham ko'p qavatli yassi epiteliy bilan qoplangan bo'lib, ular o'rtasida muskul tolalari, elastik iplar, qon tomirlar va nerv tolalari joylashgan. Birinchi jinsiy aloqada qizlik pardasi bir yoki

ikki joyidan radial xolda yirtiladi. Bu yirtilish biroz qon ketishi bilan o'tadi. Bunday o'zgarishlar natijasida qizlik pardasi o'rnida qizlik parda surg'ichlari qoladi.

Birinchi tug'ishdan keyin qizlik pardasi butunlay yo'qolib, uning o'rnida noto'g'ri shaklli surg'ichsimon, ba'zan etsimon ko'tarmalar (corunculac multiformis) qoladi. Qizlik pardasi elastik (cho'ziluvchan) bo'lganligi sababli ba'zan birinchi jinsiy aloqada ham, birinchi tug'ishdan keyin ham butunligicha qolishi mumkin.

Orqa teshik bilan tashqi jinsiy organ o'rtasidagi soxa chot deb ataladi. Bu oraliq ikki yon tomondan kuymich dunglari bilan chegaralangan. Chot yumshoq teri to'qimalari bilan qoplangan bo'lib, muskul, fastsiya va yog' qatlamlardan tashkil topgan chot chanoq bo'shlig'ida joylashgan hamma organlarga tayanchik bo'lib, elastiklik xususiyati bor. Shuning uchun ham u kuchanish vaqtidagi ta'sirlarga bardosh beradi. Bu xususiyatning ayniqsa tug'ish vaqtida ahamiyati katta. Agar chot yirtilsa, qinning kirish joyi ochiq koladi, nitajada uning devorlari pastga (tashqariga) tushadigan bo'lib qoladi. Orqa teshik bilan dum suyagi oralig'i orqa chot deb ataladi.

AYOLLARNING ICHKI JINSIY ORGANLARI

Ichki jinsiy organlarga qin, bachadon, bachadon naylari va tuxumdon kiradi.

Qin (vagina, colpos) yumshoq muskul to'qimadan shakllangan elastik naycha bo'lib, uzunligi 9-10 sm, kengligi 2-3 sm ga etadi. U oldindan orqaga qarab birmuncha yalpoqlangan. Qinning ikkita devori bor deb hisoblaydilar, bu devorning oldingisi kaltarak va ko'p burmali, orqa devor esa uzun va qalin bo'ladi. Qinning o'rta qismida qin devorlari bir-biriga tegib turadi.

Yuqori qismi esa kengaya borib 4 ta, ya'ni oldingi, orqa va ikkita yon gumbazlarni xosil qiladi. Bu gumbazlar yuqoridan qin bo'shlig'iga kirib turgan bachadon bo'ynini o'raydi. Shunga ko'ra bu gumbazlar oldingi, orqa va ikki yon tomondagi qin gumbazlari deb ataladi. Bulardan orqa gumbaz chuqurroq (reseptaculum semeni) bo'lib, jinsiy aloqa vaqti erkak urug'i shu erga quyiladi va u erdan spermatozoid (shaxvat) bo'yin kanali orqali bachadon ichiga o'tadi.

Old tomondan qin devorning pastki qismi siydik chiqarish kanaliga, yuqori qismi esa kovning yuzasiga tegib turadi. Qinning orqa devori to'g'ri ichakka yaqin turadi va undan oraliq to'qimalar yordamida ajraladi. Orqa devorning yuqori qismi qorin parda bilan qoplangan. Ikki yon tomondan qinning chanoqdan muskullar va kletchatkalar ajratib turadi.

Qin shilliq pardasi och pushti rangda bo'lib, ko'p qavatli yassi epiteliy bilan qoplangan. U qinning orqa va oldingi devorlarida ko'pgina ko'ndalang burmalar xosil qiladi, o'zi cho'ziluvchan bo'ladi. Shilliq parda ostida shilliq osti qavati bo'lmay, faqat ikki qavat muskullar joylashgan. Bu muskullarning ichki qavati aylanma ravishda, tashqi qavati esa uzunasiga (bo'ylama) ketgan bo'ladi. Qin devorlarining eng tashqi qavati biriktiruvchi to'qimadan tuzilgan parda bilan qoplangan, uning tagida limfa va qon tomir, nerv shaxobchalari joylashgan.

Qin shilliq pardasining ko'ndalang burmalari (columnae rugarum) qizlarda va tug'magan ayollarda yaqqol ko'rinib turadi.

Balog'atga etmagan qiz bolalarda shilliq parda yupqa va nozik bo'ladi. Qari ayollarda esa gormonal jarayonning sustlashishi atrofiyaga sabab bo'lgani tufayli bu burmalar asta-sekin tekislanib ketadi.

Qin shilliq qavatida shilliq osti qavati bo'lmaganiga ko'ra bez bo'lmaydi, u qon va limfa tomirlaridan va qisman bachadon bo'ynidan ajraladigan suyuqlik hisobiga namlanib turadi. Qindagi suyuqlikda qindan ko'chgan epiteliylar, kam miqdorda qinda doimiy yashaydigan gramm musbat batsillalar - Dederleyn tayoqchalari bo'ladi.

Sog'lom ayol qinining suyuqligi qinda xosil bo'ladigan sut kislotasi hisobiga nordon reaksiyali bo'ladi. (Dederleyn tayoqchasi qin shilliq pardasidagi glikogen bilan oziqlanadi, uning hayot maxsuloti sut kislotadir).

Sut kislotasi quyidagicha xosil bo'ladi: ko'chgan qin epiteliylari buzilib, parchalanishi natijasida diastolik ferment xosil bo'ladi, bu o'z navbatida maltoza fermentiga aylanadi, bu maltoza fermenti ta'sirida glyukozaga, glyukoza esa Dederleyn tayoqchasi tufayli sut kislotaga aylanadi. Sut kislotaning o'rtacha miqdori 0,3% bo'ladi. Glikogen va sut kislotaning kamayishi qarilikka va og'ir kasallik (umumiy kasallik yoki jinsiy organlar kasalligi) natijasida tuxumdon funksiyasining susayishiga bog'liqdir. Qin suyuqligi tozaligi 4 darajada bo'ladi.

Bachadon (Uterus) tekis tolali muskullardan tuzilgan kavak organdir.

Homilador bo'lmagan ayollarda bachadon orqadan oldinga tomon birmuncha yalpoq va nok shaklida bo'ladi. Uning uzunligi 8 sm ga yaqin, tub soxasining kengligi 4-5sm, devorining qalinligi 1-2 sm bo'lib, og'irligi 50-100 g keladi. Bachadon 3 qismdan iborat: bachadon tanasi: (corpus), bo'yin oldi (isthmus) va bo'yin (cezvis, collum) bo'ladi. Bachadonning birmuncha kengaygan qismi tanasidir. Bachadon tanasi bilan bo'yin oralig'ida bo'yin oldi bo'lib, 1 sm ni tashkil qiladi. Homiladorlikda bu qism ham kattalashib, 8-10 sm ga kengayadi va pastki segment hisoblanib, bola o'rni qatoriga o'tadi.

Bachadon tanasi bilan bo'yin oldi chegarasida qisqarish (retraksiyon) xalqa bo'lib, tug'ish jarayonida bachadon 2 qismga bo'linadi. Biri faol (bachadon tanasi va tubi), ikkinchisi sust qismdir, bular oralig'idagi retraksiyon xalqa bachadon bo'yni ochilgan sari yuqoriga ko'tarilib, kov suyagi ustidan ko'tarila boradi. Natijada bachadon bo'yni to'la ochilsa (10-12 sm) xalqa kov suyagidan 5 barmoq yuqorida bo'ladi. Bachadon tanasining yuqori qismi gumbaz shaklida, naychalar chiqqan joydan yuqorisi biroz ko'tarilgan bo'ladi. Bu bachadon tubi deb ataladi.

Bachadon chanoq suyagining to'g'ri o'qi bo'yicha joylashgan, uning tubi kichik chanoqning kirish qismi chegarasida (linia innominata), bo'yinning tashqi teshigi kuymich kirasining birlashtiruvchi chizig'ida (spina ischiadica) turadi. Bachadon tanasi oldinga egilgan, tepa qismi (tubi) simfizga tomon yo'nalgan va uning bo'yni orqaga qiyshayganroq bo'lib, qinning orqa gumbaz chuqurchasiga qarab turadi. Bachadon tanasi bilan bachadon bo'yni o'rtasida to'mtoq burchak xosil bo'lgan. Qovuq to'lganda bachadon orqaga va yuqoriga, to'g'ri ichak to'lganda qarama-qarshi tomonga suriladi. Bachadonning pastki tor

qismi, bo`yni qin bo`shlig`iga birmuncha kirgan va uning devorlari bilan qo`shilgan. U silindr shaklida, qin tomonga bir muncha toraygan bo`ladi.

Qin bo`shlig`iga kirib turgan bachadon bo`ynining qin qismi (portio vaginalis), qinga yopishgan joydan yuqorisini esa bo`yinning yuqoridagi qismi portio suprovaginalis deb ataladi.

Bachadon bo`yni kanalining ikki uchi tor, o`rtasi keng kanaldan iborat, uning ichki tomonining shilliq pardasi qiyshiq burmali, qalinligi 2 mm bo`ladi, uzunchoq silindr epiteliy bilan qoplangan.

Shilliq qavatning qalin joyida bezlar ko`p, ular ishqoriy reaksiyali suyuqlik ajratadi.

Bachadonning bo`yin kanali yuqoridagi bo`yin oldi kanali bilan qo`shilgan bo`lib, uning ichki va tashqi (buyin kanali) teshiklari bor.

Tug`magan ayollarda bachadon bo`ynining tashqi teshigi tugarak yoki dumaloq shaklda, tuqqan ayollarda esa tug`ish vaqtida qisman yirtilganligi sababli ko`ndalang yoriq shaklida bo`ladi. Bachadon devori uch qavatdan, ya`ni shilliq qavat (endometrium), mushak qavati (myometrium) va seroz (qorin parda) qavati (perimetrium) dan iborat.

Bachadon bo`shlig`ining shilliq pardasi tekis yuzali bo`lib, bir qavatli tsilindrik, qisman kiprikli epiteliy bilan qoplangan. Bu kipriklar chayqalganda bachadon ichidagi suyuqlik pastga, bachadon bo`yni orqali uning tashqi teshigi tomon o`tadi. Shilliq qavatining o`zi yani ikki qavatdan, ya`ni bachadon bo`shlig`iga qaragan, hayz sikliga muvofiq o`zgaruvchi funktsional yuza qavat va bachadonning muskul qavatiga yopishgan, siklik o`zgarishga uchraydigan bazal qavatdan iborat.

Bachadon muskul qavati qalin bo`lib, u chirmashgan, bir-biridan qiyinchilik bilan ajraladigan, biriktiruvchi to`qima aralashgan tekis muskul tolalaridan tuzilgan. Bachadon tanasida muskul to`qima, bo`ynida esa biriktiruvchi to`qima ko`proq bo`ladi.

Bachadon muskullari uch qavatdan iborat bo`lib, ulardan tashqi va ichki qavatlar tolasi uzunasiga (bo`ylamasiga), o`rta qavat tolalari esa aylanma (ko`ndalang) joylashgan bo`ladi. Uzunasiga joylashgan qavat ko`proq bachadon bo`ynida, aylanma (o`rta) qavat esa tanasida yaxshi rivojlangan.

Bachadon muskullarining tashqi qavati bilan bachadon naychasi va boylamlarining tolalari o`zaro chambarchas birikkan bo`ladi. Seroz parda qavati bachadonning muskul qavatini to`la qoplamaydi. U qorinning oldingi devoridan avval qovuq tepasigacha o`tib, qovuq bilan bachadon orasi bo`shliq (cho`ntak) - (excavatio vesicouterina) ni xosil qiladi, bundan keyin bachadon tubini, old va orqa yuzalarini qoplab, to`g`ri ichakning oldingi yuzasiga o`tadi. Shu o`tishda bachadon bilan to`g`ri ichak orasida yana ham chuqurroq bo`shliq (cho`ntak) - (excavatio recto-uterina) xosil bo`ladi.

Bachadon va uning bo`ynining qindan yuqoridagi qismi old tomondan qorin pardasi bilan bo`yinning qinga kirgan qismining tashqi yuzasi shilliq parda bilan, uning yuzasi yassi epiteliy bilan qoplangan.

Bachadon ichi yuqoridan pastga tomon toraygan uch burchak shaklidagi bo`shliqdan iborat. Bo`shliqning yuqoridagi ikki burchagiga bachadon

naychalarining teshigi ochiladi, pastki burchagi esa bachadon bo'yni kanalining ichki teshigiga to'g'ri keladi.

Bachadon shilliq qavatini 2 qismdan: bazal va funktsional qavatdan iborat bo'lib, uning bazal qavatida ko'p miqdorda bezlar bor, bular hayz sikliga qarab o'zgaradi va bachadon bo'ynidagi bezlardan ancha farq qiladi. Bachadon shilliq qavatini qalinlashgan sari (proliferatsiya fazasi) bezlar o'sib kengayib, naycha shaklini oladi, ammo xali suyuqlik (sekretsiya) ajratmaydi. Bu faza tuxumdondan ajralgan follikulin gormoni ta'sirida, keyingi faza suyuqlik chiqarish (sekretsiya) fazasi esa progesteron gormoni ta'sirida bo'ladi. Bunda bezlar burma shakliga o'tadi va ularning yo'llari suyuqlik (sekretsiya) bilan to'lgan bo'ladi.

Bachadon naychalari bachadon tanasining yuqorigi burchagidan boshlanib, chanoqning yon devorlari tomon yo'naladi, so'ngra pastga tomon qayrilib, uning bukilgan tomoni tuxumdonga qaragan bo'ladi. Naylarning tashqi teshigi voronkasimon kengayib, uning qirg'oqlarida shokildalar (fimbriy) bo'ladi.

Naycha kanali bachadon bo'shlig'i bilan qo'shiladi. Bu erda naychalar boshqa qismiga nisbatan juda tor - 0,5-1 mm bo'ladi. Bachadondan uzoqlashgan sari naycha kengaya borib, 6-8 mmga etadi. Naychalar uzunligi 10-12 sm. Ularning tashqi teshiklari qorin bo'shlig'iga ochiladi.

Naychalar 3 qismdan: eng qisqa, bachadon devori orasiga joylashgan qismi (pars interstitialis), bo'yin oldidagi toraygan qism (pars isthmica) va voronka qismi (pars ampularis) lardan iborat.

Naychalarning ichki yuzasini bir qavatli kiprikli silindrik epiteliy bilan qoplangan, shilliq parda o'rab olgan, uning kiprikchalari bachadon tomonga qimirlaydi. Shilliq parda ostidagi muskul uch qavat bo'ladi, ulardan ichki va tashqi qavatlarining muskul tolalari uzunasiga va o'rtadagisi esa aylanasiga joylashgan. Naychalarni ust va yon tomondan qalin parda o'raydi, pastdan esa qon tomirlar va nervlarga boy kletchatka o'tib turadi. Naychalar xar ikki tomonga chuvalchangga o'xshab bukilib qimirlab turishi hamda naychalarning peristaltik qisqarishi tufayli spermatozoid bilan qo'shilgan tuxum hujayra bachadon naychalarining kengaygan qismidan bachadon tomonga suriladi. Naychalardagi bachadon bo'shlig'iga tomon harakat qiluvchi kipriklar ham tuxum hujayraning bachadon tomonga surilishiga yordam beradi.

Tuxum hujayra spermatozoid bilan naychalarning voronkasimon qismida qo'shiladi. Agar ayolning naychalari uning yoshligidan egri-bugri bo'lsa va balog'atga etish davrida ham asta-sekin kengaymay, shundayligicha qolsa, spermatozoid bilan qo'shilgan tuxum hujayra bachadonga tomon surila olmay, naychani biror qismida o'tirib qoladi, natijada homila bachadondan tashqarida bo'ladi.

Tuxumdon (ovarium) juft organ, bachadonning ikkala yonida joylashgan, uning tashqi tomoni bachadon keng boylamining orqa varag'iga tegib turadi. Ichki yuzasi esa kichik chanoq bo'shlig'iga qarab turadi. Tuxumdon loviya shaklida, uzunligi 2,5 sm, kengligi 1 sm dan ortiqroq, og'irligi 6-8 g bo'ladi.

Tuxumdon bachadon tub soxasi yonidan boshlangan o'zining maxsus boylamiga (ligamentum ovaria propria) osig'lik turadi.

Tuxumdon to'rt qavatdan: uski epitelial qavat, oq parda (tunica alboginea), po'stloq va miya qavatlardan iboratdir.

Epiteliy ostidagi joylashgan oqsil parda biriktiruvchi to'qimadan tuzilgan. Po'stloq qavat oqsil pardaga tegib turadi, u tuxumdonning bez qismini tashkil etadi. Tuxumdonning eng ichki qavati miya qavat bo'lib, biriktiruvchi to'qima va muskul tolalaridan tashkil topgan. Unda qon tomirlar, nerv joylashgan bo'ladi. Tuxumdon epiteliysi qiz bola ona qornida yotgan davrida va yosh bolalik vaqtlarida ham tuxum hujayrasini xosil qilishda ishtirok etadi, keyin bu xususiyati to'xtaydi.

Tuxumdonning po'stloq qavatida follikulalar joylashgan, ular balog'atga etgan ayollarda taraqqiyot darajasida bo'ladi. Yangi tug'ilgan qiz bolalarda dastlabki follikulalar 45000-50000 gacha bo'ladi, balog'atga etish jarayonida follikulalarning bir qismi atrofiyaga uchraydi, ba'zilar rivojlanmay qoladi.

Tuxumdonning po'stloq qavatiga joylashgan follikulalar devori bir necha qavat epitelial hujayralardan iborat bo'lgan tashqi parda bilan qoplangan.

Voyagan etgan Graaf pufakchasi yorilib ichidan tuxum chiqqach, u puchayadi va ichi qon aralash sariq rangdagi hujayralar bilan to'ladi. Buni sariq tana deb ataydilar. Odatda har 28 kunda bitta pufakcha voyaga etadi va yoriladi. Butun jinsiy taraqqiyot davomida tuxum ketma-ket etishib turaveradi. Pufakcha har bir follikula voyaga etib yorilgandan keyin 13-14 kun o'tgach, bachadondan qon ketadi. Bu bir tartibda qaytariladigan holat hayz ko'rish deb ataladi. Tuxumdonning miya qavati po'stloq qavatdan unchalik chegaralangan bo'lmaydi, aksincha uning davomi hisoblanadi.

Jinsiy organlar boylamlari. Chanoq tubi muskullari kichik chanoq organlarning normal holatda turishini ta'minlaydi. Osovchi, bog'lovchi va ushlab turuvchi apparatlar bachadon va uning qo'shimcha organlari bilan tuxumdonlarni normal holatda saqlaydi.

Ichki jinsiy organlarning osuvchi apparatlariga quyidagilar kiradi:

Yumaloq boylamlar (ligamentum teres uteri) bachadon burchaklaridan naychalar oldidan boshlanib, keng boylam oldingi qavatining pastki cheti bo'ylab chov kanalining (canalis inguinalis) ichki teshigiga tomon yo'naladi.

Yumaloq boylamlarning uzunligi 10-12 sm bo'lib, u silliq muskullar va biriktiruvchi to'qimalardan tashkil topgan. Yumaloq boylamlar chov kanaldan o'tgach, elpig'ichga o'xshab yoyilib, kov ustidagi va jinsiy lablardagi kletchatkalarda tugaydi. Yumaloq boylam bachadon tubining oldinga tortilib turishiga xizmat qiladi, ayniqsa go'yo otning yugani kabi homila tug'ilishida ishtirok etadi.

Keng boylamlar (lig latum uteri) qorin pardasining ichki qavatidan tashkil topib, bachadonning har ikki yonida turadi va chanoqning yon devorlari tomon yo'nalgan bo'ladi. Bachadon naychalari shu boylamlarning yuqori qirg'og'i orasida joylashgan, ularning orqa yuzasida esa tuxumdonlar, ikkala varag'i kletchatkalar, qon tomirlar va nerv shoxobchalari turadi. Keng boylamlarning har ikkala qavat varaqlari bachadon naychalarining ampulyar qismida qo'shilib, chanoq devorlariga tomon yo'nalgan qismi voronka - chanoq boylami (lig. Intundibulo pelvicum) deb ataladi.

Dumg`aza-bachadon boylamlari (lig. sacrouterinum). Bu boylamlarning asosiy vazifasi bachadonning bo`yin qismini orqaga tortib turish bo`lib, tug`ish vaqtida esa dumaloq boylamlar bilan birgalikda bachadonning normal turish holatini ta`minlaydi. Dumg`aza-bachadon boylamlari bachadonning orqa yuzasidan (bachadonning tana va bo`yin chegarasidan) boshlanadi va dumg`aza suyagining ichki yuzasiga borib yopishadi.

Bachadon atrofidagi biriktiruvchi to`qimalar bachadonni osilgan xolda ushlab turadi. Bu funktsiyani bachadonning pastki qismidan qovuqqa, keyin simfizga, chanoq yon devorlariga va nihoyat orqaga o`tib, dumg`aza-bachadon boylamlarini xosil qiluvchi biriktiruvchi to`qimalar bajaradi.

Tayanch apparati chanoq tubi muskullaridan iboratdir. Ular ichki jinsiy organlarning normal holatda turishini ta`minlashda asosiy vazifani bajaradi.

Chanoq kletchatkasi va unga chegaradosh organlar topografiyasi.

Ichki jinsiy organlarning turli qismlariga yumshoq yoki tolali, zich biriktiruvchi to`qimalar yondoshib turgani sababli ular kam qimirlaydigan bo`ladi. Bu to`qimalar chanoq kletchatkalari deb ataladi. Bunday kletchatkalar yuqoridan qorin parda. pastdan chanoq tubi fastsiyasi oralig`iga joylashgan organlar o`rtasidagi bo`shliqni to`latadi. Chanoq kletchatkasi orqali juda ko`p limfa qon tomirlari o`tadi. Kletchatkalar organlarga fiziologik qo`zg`aluvchanlik va siljuvchanlik xususiyatini beradi. Uning zich tolalardan iborat qismi qorin parda burmalari bilan birga ichki jinsiy organlar uchun tayanch bo`lib xizmat qiladi va bu organlarning normal topografiyasini saqlab turadi.

Qorin parda tagidagi bo`shliqni to`ldiruvchi chanoq kletchatkasi kuyidagi qismlarga bo`linadi:

- bachadon atrofidagi kletchatka (parametrium) old va orqa tomondan keng boylamning oldingi va orqa varag`i bilan chegaralangan hamda bachadon yon bo`limidan to chanoqning yon devorigacha bo`lgan bo`shliqni egallaydi;

- qovuq atrofidagi kletchatka qovuqning oldi va orqasidagi bo`shliqlarni egallaydi;

- qin atrofidagi kletchatka qinning yon devoridan to chanoq devorigacha bo`lgan bo`shliqni egallaydi;

- to`g`ri ichak atrofidagi kletchatka to`g`ri ichakni har tarafdan o`rab turadi.

Qorin parda tagidagi chanoq kletchatkalari bilan to`lgan bo`shliqlar alohida-alohida bo`lmay, ular o`zaro tutashgan bo`ladi. Yuqorida aytilganidek, chanoq kletchatkasi katta ahamiyatga egadir. Kletchatkaning yumshoq qismi organ siljuvchanligini oshiradi, ichki jinsiy organlar hamda qovuq va to`g`ri ichakning normal ishlashiga yordam beradi. Uning zich qismi esa chanoq ichidagi organlarni ushlab turuvchi apparat vazifasini bajaradi.

Chanoq kletchatkalari kichik chanoq ichidagi organlar orasidagi bo`shliqlarni to`latib turishdan tashqari, bu erdagi juda ko`p qon va limfa tomirlari, nerv shoxobchalari, jinsiy organlar, kov va siydik chiqarish kanali uchun yumshoq joy vazifasini o`taydi.

Qorin pardaning kichik chanoqdagi organlarga munosabati.

Qorin parda (peritoneum) qorin old devorining orqa yuzasidan chanoqqa kirish joyida qovuqqa o`tadi va uning tubini hamda orqa devorini qoplaydi.

Qovuqning orqa yuzasidan qorin parda yuqoriga qayriladi va bachadon bo'yin kanalining ichki teshigi qarshisida bachadonning oldingi yuzasiga o'tadi. Shunday qilib, qovuqning orqa yuzasi bilan bachadonning oldingi yuzasi o'rtasida qorin parda bo'shlig'i paydo bo'ladi. Buni qovuq bilan bachadon oralig'i bo'shlig'i (excavatio vesicouterina) deb ataladi. So'ngra qorin parda bachadon tubini qoplab o'tadi va uning orqa yuzasini oldingi yuzaga qaraganda ko'proq yopadi. Buning natijasida bachadonning har ikki yonida bachadon keng boylamlari xosil bo'ladi. Bachadon orqa yuzasidan pastga tushgach, qorin parda qinning orqa gumbazini qisman o'raydi, keyin qaytadan yuqoriga ko'tariladi va to'g'ri ichakning old va yon tomonlarini hamda kichik chanoqning orqa yon devorlarini qoplaydi, nihoyat, yuqoriga, qorin bo'shlig'ining orqa devoriga o'tadi. Qorin pardaning bachadon orqa yuzasini qoplagan qismi bilan to'g'ri ichakning oldingi devorini qoplagan qismi o'rtasida yana bir chuqur bo'shliq (excavatio rectouterina) xosil bo'ladi. Bu to'g'ri ichak bilan bachadon bo'shlig'i oralig'i (cho'ntagi) deb ataladi.

Bachadon va uning keng boylamlari kichik chanoq bo'shlig'ini 2 qismga, ya'ni qovuq bilan bachadon oralig'i (oldingi) va bachadon bilan to'g'ri ichak (orqadagi) oralig'iga ajratib turadi.

Oon va limfa bilan ta'minlanish sistemalari.

Ichki jinsiy organlarni qon bilan asosan bachadon arteriyasi (art. uterina) va tuxumdon arteriyasi (art. ovarica), tashqi jinsiy organlarni esa uyatli arteriyalar ta'minlaydi.

Bachadon arteriyasi asosan ichki yonbosh arteriyasidan (art. iliaca interna) ajralib chiqadi va bachadon tomonga yo'naladi (ba'zan u kindik arteriyasidan ham chiqishi mumkin). U bachadon bo'yni kanalining ichki teshigi qarshisiga etgach, bachadonga o'tib, uni yoni bo'ylab naychalar tomonga ko'tariladi. Bachadon arteriyasi bachadon bo'ynidan taxminan 2 sm naribroqda siydik yo'li bilan kesishadi.

Tuxumdon arteriyasi (art. ovarica) bir juft bo'ladi, u aortaning old tomonidan (chap arteriya, ba'zan buyrak arteriyasidan ko'ra bir oz pastroqdan) chiqadi va kichik chanoq bo'shlig'iga qarab yo'naladi. Undan tuxumdonni osiltirib ushlab turuvchi boylam qalinlig'i orasidan o'tib, tuxumdonga kiradi va uni qon bilan ta'minlaydi.

Tuxumdon arteriyasining oxirgi uchlari bachadon arteriyalari uchi bilan qo'shilib, arterial ravoqni xosil qiladi.

Ichki jinsiy organlarning qon bilan ta'minlashida, yuqorida ko'rsatilgan 2 ta asosiy arteriyalardan boshqa, urug' tashqi arteriyasi (art. spermatica externa) yoki yumaloq boylam arteriyasi ham ishtirok etadi.

Ayollarning tashqi jinsiy organi qon bilan tashqi uyatli arteriyalar (art. pudendae externa) orqali ta'minlanadi.

Tashqi uyatli arteriya son arteriyasidan chiqadi va katta jinsiy lablarga boradi. Ichki yonbosh arteriyasidan boshlanuvchi ichki uyatli arteriya (art. pudendae interna) chot soxasiga etganda ikkiga ajraladi. Bulardan biri (art. slitoridis) birmuncha yo'g'onroq bo'lib clitor ni qon bilan ta'minlaydi. Ichki uyatli arteriya o'z yo'lida boshqa organlarga, jumladan katta jinsiy lablarga ham shoxobcha beradi. Ichki jinsiy organlarga boruvchi har bir arteriya yonida shu arteriya nomi

bilan juft venalar ham bo`lib, bular bachadon bo`yni atrofidagi kletchatkada (parametrium) chigallar xosil qiladi.

Ayollar jinsiy organida limfa tugunlari va limfa tomirlari juda ko`p bo`ladi. Tananing pastki qismidan va ichki jinsiy organlardan limfa suyuqligini olib ketuvchi limfa tomirlari pastki kavak vena hamda limfa tugunlari tomon yo`naladi. Qinning yuqorigi uchdan ikki qismi, bachadon bo`yni va bachadonning pastki qismidan limfa, keng boylam asosidagi kletchatka ichidagi limfa tomirlari orqali qorin va yonbosh qon tomirlari oldidagi limfa tugunlariga boradi. Qinning pastki uchdan bir qismi hamda tashqi jinsiy organlardagi limfa tomirlari chetdagi limfa tugunlariga boradi. Bachadon tanasining limfa tomirlari chetdagi limfa tugunlariga boradi. Bachadon tanasining limfa tomirlari yumaloq boylamlar bilan birga chuqurda yotgan chot limfa tugunlariga tutashadi.

Nerv tizimi.

Ayollar jinsiy organlarini idora qiluvchi nervlar organizmning boshqa soxalaridagiga nisbatan ko`proq bo`lib, bunda simpatik va parasimpatik hamda orqa miyadan chiquvchi somatik nervlar ishtirok etadi. Orqa miya nerv tolalari bilan qo`shiladigan simpatik nervlar bachadonni idora qilishda asosiy vazifani o`taydi.

Simpatik nerv tizimining aortadagi chigalidan (plexus aorticus) simpatik nerv tolalari chiqib, quyosh chigali tolalari bilan qo`shiladi va u bel umurtqasi yuzasida qorin usti chigali (plexus hypogastricus superior) ni xosil qiladi. Bu chigal pastga va yon tomonga davom etib, chap va o`ng pastki qorin chigallarini xosil qiladi. So`ngra u bachadon bo`yin kanalining ichki teshigi qarshisidagi kletchatkada bachadon-qin chigalining tolalari bilan qo`shiladi.

Pastki qorin chigalining nervlari bachadondan tashqari to`g`ri ichak, kov, siydik chiqarish yo`li va qinni idora qiladi.

Chanoqdagi parasimpatik nervlarning shoxlari bachadon- qin chigaliga qo`shilib, bu ikki sistemaning tolalari qin, bachadon, kov va bachadon naychalarining ichki (medial) yarmini idora qiladi. Tuxumdon chigalidan chiquvchi nervlar tuxumdonni va bachadon naychalarining tashqi (lateral) yarmini idora qiladi va bachadon-qin chigaliga boradi.

Tashqi jinsiy organlarini va chanoq tubini uyatli nerv shoxlari idora qiladi. Bachadonda, bachadon naylari devorida va tuxumdonning miya qavatida joylashgan nerv tolalari intraretseptorlar, tashqi organlardan qabul qilib oluvchi nerv uchlari esa ekstraretseptorlar deb ataladi.

Jinsiy qo`zg`alish tashqi muhitdan ichki jinsiy organlarning retseptorlari orqali qabul qilinadi va bu sezgilar markaziy nerv tizimiga nerv tolalari orqali boradi. Jinsiy organlarga markazdan nerv tolalari orqali qaytib kelgan impulslar muskullarning qisqarishini, bezlarda suyuqlik ishlanib chiqishini vujudga keltiradi.

Bachadon retseptorlari qo`zg`algan vaqtdagi reaksiya, organizmdagi boshqa interoretseptor kabi umumiy qonunlarga bo`ysunadi. Akusherlikda homilaning rivojlanishi va o`sishi bilan bog`liq bo`lgan ona organizmning reflektor reaksiyalarini yaxshi bilish juda muhimdir.

Kichik chanoqdagi yumshoq to'qimalar (chanoq tubi).

Chanoq tubidagi muskullar kichik chanoq ichidagi organlarning normal joylashishi va topografik holatining normal holatda bo'lishida katta ahamiyatga egadir. Chanoq tubidagi muskullar to'g'ish vaqtida cho'zilib, homilaning tug'ilishini osonlashtiradi. Chanoq tubi muskul va fastsiyalardan tashkil topgan, eniga tomon cho'zilgan bo'ladi, muskullar bir-biriga cherepitsa kabi mingashib joylashgan xolda kichik chanoqning chiqish yo'lini berkitib turadi. Agar tashqi jinsiy organdan va chot oralig'idan teri hamda teri osti moylari olib tashlangan deb faraz qilsak, u xolda biz chanoq tubining pastki birinchi qavat muskullarini ko'ramiz. Bu muskullar turt tomondan o'rta (markazga) qarab keladi va paylari bilan o'zaro birlashadi. Bu joy paylar markazi deb ataladi.

Chanoq tubi quyidagi uch qavat muskuldan iborat.

- pastki qavat uchta muskuldan, ya'ni m constrictor cuni, m sphincter ani externus va bir juft m transverses perinei superficialisdan iborat. Bu uchala muskulning joylashish tartibi kishiga «sakkiz» (8) raqamini eslatadi. Bunday joylashish chanoq tubiga katta mustaxkamlik beradi. Chanoq tubining pastki qavatida, yuqorida aytib o'tilgan muskullardan tashqari, juft m ischio cavernosus ham bo'ladi. Bu muskul kuymich do'mbog'idan klitorning g'ovak tanasi tomon yo'nalgan bo'ladi.

- chanoq tubining o'rta qavati uchburchak fastsiya - muskul plastinkadan iborat bo'lib, kov ravog'iga o'rnatib qo'yilganga o'xshaydi. Bu muskul plastinkani siydik-tanosil diafragmasi deb ataladi.

Siydik tanosil diafragmasi ikkita muskuldan, ya'ni chot oralig'i chuqur ko'ndalang muskul va siydik chiqarish kanali bilan qinni qisuvchi muskullar to'plamidan iborat: bular bir tomondan siydik chiqarish yo'lini va ikkinchi tomondan qinga kirish teshigini o'rab turadi.

- chanoq tubining ustki (chanoqqa nisbatan ichki) qavatini orqa teshikni ko'taruvchi muskul yoki chanoq tusigi deb atalgan muskul tashkil qiladi. Bu muskul o'zining ikki «oyog'i» bilan qinni va siydik chiqarish yo'lini ikki tomondan hamda to'g'ri ichakni orqa tomondan ushlab turadi. Bu chanoq tubining asosiy muskuli hisoblanadi, uning uchta shoxi bo'lib, bular pubococsigio, iliococsigio, ischiococsigio deb yuritiladi. Har uchala shoxi dum suyagiga yopishadi. Tug'ruqda chotning ikkinchi darajadagi yirtilishida shu muskul yirtiladi, albatta buni tikish kerak bo'ladi, aks xolda ichki jinsiy organlar topografiyasiga putur etadi. Jinsiy organlar pastga joylashib, xatto bachadon pastga tushishi mumkin.

Normal hayz sikli

Hayz (oy ko'rish) deb, ayollarning bachadonidan muntazam ravishda qon kelishiga aytiladi. Hayz balog'atga etish jarayonining dastlabki oylarida 12-15 yoshlar orasida kuzatiladi. Qizlar 16-17 yoshda to'liq balog'at yoshiga etadilar. Hayz qon ketish sikli bo'lib, ma'lum bir muddat qariyb 3-6 kun davom etadi. Hayz ayolning bola tug'adigan yoshida qaytarilib, faqat homiladorlikda, ko'pincha bola emizish davrida kuzatilmaydi. Hayz klimaks davrida (45-55 yosh) to'xtaydi. Xar

gal hayz ko'rganda ayol 50-150 g gacha qon yo'qotadi. Hayz qoni ishqoriy reaktiv, qo'ng'ir rangda, shilliq aralash bo'lib, unda ivish jarayoni kam bo'ladi.

Qiz bola birinchi marta hayz kurganda uning organizmida bir qator o'zgarishlar sodir bo'ladi. Tana shakli bir muncha dumaloqlashadi, ayollarga xos ikkilamchi jinsiy belgilar paydo bo'ladi, ko'krak bezlari kattalashadi, kov ustida junlar paydo bo'ladi, tashqi va ichki jinsiy a'zolar to'liq etiladi. Hayz sikli hayz ko'rishning birinchi kunidan to' kelgusi hayzning birinchi kunigacha hisob qilinadi. Ko'pincha hayz sikli 28 kun, kamdan - kam ayollarda 21 yoki 30-32 kun davom qiladi. Hayz sikli mobaynida ayollar organizmida turli o'zgarishlar kuzatiladi.

Hayz sikli fiziologik jarayon bo'lib, oxirgi hayzning birinchi kunidan to' keyingi hayzning boshlanish kunigacha bo'ladi. Hozirgi tushunchalarga asosan hayz sikli 5 ta bosqichda o'tadi: bosh miya po'stlog'i; gipotalamus; gipofiz; jinsiy bezlar; periferik a'zolar (bachadon, bachadon naychalari, qin).

Birinchi oliy bosqichga bosh miya po'stlog'i va ekstragipotalamik tserebral tuzilmalar (limbik tizim, gipokamp, bodomsimon tana) kiradi. Bosh miya po'stlog'i hayz siklini boshqarish va tartibga solish vazifasini bajaradi. Bosh miya orqali tashqaridagi ta'sirotlar nerv tizimining pastdagi hayz siklida ishtirok etuvchi bo'limlariga uzatiladi.

Tajriba va klinik kuzatuvlar shuni ko'rsatadiki, asabiy holatlarda jinsiy a'zo tizimlarida bir qator o'zgarishlar bo'lib, hayz siklini holati va tartibi izdan chiqadi. Ammo, hozir ham bosh miya po'stlog'ida yoki uning biror qismida hayz siklini boshqaruvchi markaz aniqlanmagan.

Ikkinchi bosqich - gipotalamus, oraliq miyaning bo'limi bo'lib, bir qator o'tkazuvchi nerv tolalari (aksonlar) tufayli, bosh miyaning turli bo'limlari bilan bog'liq bo'ladi. Shunga ko'ra u markaziy nerv tizimining hayz siklini boshqarishda ham ishtirok etadi. Gipotalamusda barcha periferik gormonlar uchun, shular qatorida tuxumdonlar uchun ham retseptorlar bor. Demak, gipotalamus organizmga atrof muhitdan uzatiladigan impulslarning bir-biri bilan muloqot qilishni ta'minlaydi. Shu bilan bir qatorda u ichki sekretsiya bezlarning faoliyatda ham ishtirok etadi. Gipotalamusda stimullovchi (liberinlar) va bloklovchi (statinlar) gormonlar ishlab chiqariladi. Shular qatorida folliberin va lyuliberin gipofizga ta'sir qiladigan gonadotrop-rilizing gormon (GnRG), lyuteinlovchi rilizing gormon (LGRG) ishlab chiqariladi.

Uchinchi bosqich - gipofiz gipotalamus bilan murakkab anatomik faoliyati jihatidan bir-biri bilan murakkab ravishda bog'liqdir va uchinchi bosqichni tashkil qiladi. Gipofiz oldingi bo'lagining faoliyati gipotalamusdan ajraladigan neyrogormonal sekretsiya ta'sirida nazorat qilinadi. Gipofizning oldingi bo'lagi adenogipofiz, orqa bo'lagi esa neyrogipofiz deb yuritiladi. Adenogipofizda asosiy 6 ta gormonlar ishlab chiqiladi: follikulani stimullovchi (etilishini ta'minlovchi) (FSG), sariq tananing taraqqiyotini ta'minlaydigan (LG), somatotrop (STG), tireotrop (TTG) va adrenokortikotrop (AKTG) gormonlar.

To'rtinchi bosqichga periferik endokrin a'zolar kiradi (tuxumdon, buyrak usti bezi va qalqonsimon bezi). Tuxumdon jinsiy bez bo'lib ikkita asosiy vazifani bajaradi: follikulaning siklik ravishda taraqqiyoti, ovulyatsiyasi etishgan tuxum hujayrasining ajralishi; ikki xil jinsiy gormon: estrogen va progesteron ishlab

chiqarish. Bundan tashqari qisman erkaklar gormoni - androgenlar ham ishlab chiqaradi.

Tuxumdonda dastlab follikul etila boradi bu jarayonga FSG va LCG gormonlari hamda oksitotsinning reflektor ta'siri va follikul devoriga proteolitik fermentlarning ta'sirida follikul qorin bo'shlig'iga yoriladi, ya'ni ovulyatsiya vujudga keladi.

Birlamchi follikul regeneratsiya, etilish va ovulyatsiya bosqichlarini bosib o'tadi. Follikulning eng etilgan, yorilishga tayyorlangan holatini Graaf pufakchalari deb ataladi va shundan keyin ovulyatsiya ro'y beradi. Ovulyatsiyadan keyin yorilgan follikul o'rniida yangi tana, ya'ni sariq tana vujudga keladi. Sariq tananing shakllanishi va taraqqiy etish jarayonida donador hujayralar ko'payadi va tuxumdonning mezenxima stromasi qon tomirlari bilan birgalikda rivojlanadi natijada sariq tana vujudga keladi. Sariq tana proliferatsiya, qon-tomirlar bilan ta'minlash, gullash, sariq tananing so'nish bosqichlarini bosib o'tadi.

Hayz siklida bachadon shilliq pardasidagi o'zgarishlar

Hayz qoni to'xtab, bachadon shilliq pardasida qayta tiklanish (bitish), ya'ni regeneratsiya jarayoni boshlanadi.

Hayz bachadon shilliq pardasining deskvamatsiya bosqichi bilan boshlanadi va 3-4 kun davom etadi. Bu fazada bez yo'llaridagi epiteliy asta-sekin xalok bo'ladi, shilliq qavat qisman eriydi (autoliz), qisman parchalanib va yana qisman fagotsitoz natijasida shilliq qavatning ustki spongioz qavati ko'chib tushadi. Bazal qismi yaqinidagi bir qismi saqlanib qoladi. Bazal qavatlari yuzasidagi ko'chgan spongioz qavat o'rniida qolgan yara yuzasidan qon ketadi. Deskvamatsiya bilan birga regeneratsiya boshlanadi, shu bilan sikl boshlanadi.

Hayz qoni tamom bo'lganidan keyin bachadonning yupqa bazal qavatidan shilliq qavat tez fursatda o'sa boradi, bunda 4-5 kunda uning qalinligi 4 martagacha oshadi. Shilliq qavatning faqat o'zi qalinlashib qolmay, balki bag'rida joylashgan bezlar ham uzunlashib kattalashadi va burma shaklini oladi, ammo bez epiteliy etarli darajada kattalashib uzun tortishiga qaramasdan sekret ajratmaydi, shunga ko'ra bez bo'shliqlarida xali suyuqlik bo'lmaydi. Bachadon shilliq pardasidagi bu xildagi o'zgarishlarni proliferatsiya bosqichi deyiladi. 13-15 kunlarda bu fazaning etilgan davri bo'ladi. Shundan keyin epiteliy hujayralarida sekretsia ajralishning dastlabki belgilari kuzatiladi. Bu faza endometriyda sekret ajratish bosqichi deyiladi. 16- kundan boshlab, bez epiteliysi yadrosida bo'linish jarayoni to'xtaydi. Hujayralar bo'yiga uzunlashadi, ancha yiriklashadi, suyuqlik (sekret) bilan to'linadi. Parmaga o'xshagan bezlar yana ko'proq egri bugri bo'lib qoladi. 19-20 kunlarda tsilindsimon epiteliy uzunlashib arrasimon shaklga kiradi bez bo'shlig'i tomonga ko'proq o'sadi. Shilliq qavat qalinlashgan, xuddi homiladorlikdagi detsidual hujayralarga o'xshab ketadi.

Shilliq qavatdagi hujayralar shishib kattalashadi. Bundan shilliq to'qimasi 3 qavatga: kompakt, spongioz va bazal qismlarga bo'linadi. Sekretor fazaning oxirini hayz ko'rish oldi, homiladorlikning boshlanish oldi deb hisoblasa bo'ladi.

Bachadondagi hayz sikli tuxumdonning funktsional holatiga bog'liq. Agar biror sababga ko'ra tuxumdon olib tashlansa yoki rentgen nuri bilan tuxumdon funktsiyasiga ta'sir qilingan bo'lsa, ayol hayz ko'rmaydi. Hayz siklining 1 yarmida

ovulyatsiyadan oldin, proliferatsiya fazasida tuxumdonda rivojlanayotgan follikuldan ajralgan follikulin gormoni asosiy vazifani bajaradi. Bu gormon follikulning ichki qavatidan ajraladi.

Ovulyatsiyadan so'ng sariq tana gormoni (progesteron) bachadon shilliq pardasida sekretor suyuqlik chiqishiga imkon beradi Ko'p mualliflarning fikricha, ovulyatsiyalan keyin ham sariq tanadan ajralgan progesterondan tashqari, oz miqdorda estrogen gormonlar ham mavjud. Bachadon shilliq qavatining bo'rtib qalinlashishiga sabab bo'ladi.

Shuni aytish kerakki, tuxumdondan ajraladigan follikulin gormoni bachadonni qisqartiradi, progesteron esa qisqarishni to'xtatadi, natijada bachadon shilliq qavatida joylashgan spermatozoid bilan qo'shilgan tuxum hujayrasiga qulay sharoit yaratiladi.

Agar ayol homilador bo'lmasa, hayz ko'radi, bunda bachadonning qisqarishi kuchayadi, chunki ayol organizmida progesteron kamayib ketadi. Bachadonning qisqarishi natijasida bachadondan hayz qonining ajralib chiqishini ta'minlaydi. Hayvonlarda qilingan tajribalar shuni ko'rsatadiki, agar gipofiz bezini olib tashlansa, follikul taraqiyoti to'xtab sariq tana vujudga kelmaydi. Bunda, gipofiz bezining tuxumdonga xizmati katta ekanligi ma'lum bo'ladi. Shunday qilib, spetsifik bo'lmagan gonodotrop gormoni tuxumdonning spetsifik jinsiy gormonlari - estrogen va progesteronni tuxumdonda ajralishini ta'minlar ekan.

Ba'zi ayollarda hayz sikli ovulyatsiyasiz kechadi. Buni ovulyatsiyasiz sikli deyiladi. Ovulyatsiyani aniqlashda turli ginekologik tekshirishlardan tashqari, bachadon shilliq qavati kirib olinganda unda sekretiya chiqarish fazasi bo'lmay, faqat proliferatsiya fazasi ko'rinsa, bu holat ovulyatsiya bo'lmaganiga dalil bo'la oladi. Bunday holatda ayollar homilador bo'la olmaydilar. Bundan tashqari, bir qator ginekologik tekshirishlar to'g'ri ichak harorati (bazal haroratni o'lchash, bachadon bo'ynidan ajralgan shilliqning cho'ziluvchanligi, kristallga aylanishi va boshqalar) yordamida ham tuxumdon faoliyati aniqlanadi.

AJRALMALAR SINDROMI. AYOLLAR JINSIY A'ZOLARINING SPETSIFIK YALLIG'LANISH KASALLIKLARI

JINSIY A'ZOLAR SILI

Ayollar asosan sil kasalligi bilan nafas yo'li orqali (havo-tomchi, alimenter yo'l, embrional davrida zararlanish) kasallanadilar.

Odam organizmida sil rivojlanishiga sil ko'zg'atuvchilarining tushishi va organizm qarshilik kuchining pasayib ketganligi sabab bo'ladi. Jinsiy a'zolarda silning rivojlanishi va paydo bo'lishi, birlamchi sil paydo bo'lishi asosan gematogen generalizatsiya bosqichiga bog'liq. Genital silning klinik kechishi asosan jinsiy hayot bilan bog'liq.

Silning kechishida surunkali kam simptomli shakli o'tkir jarayongacha rivojlanadi. Kasallarda genitally sili taxlilida ko'pincha seroz qavat erta silga olib keladigan yallig'lanishlar (peritonit, plevrit) aniqlanadi. Biroq silda intoksikatsiyaga o'xshash klinik belgilar bo'lmasligi ham mumkin. Genitally sili o'choqli xarakterga va avj olib kechishga moyil bo'ladi. Nisbiy belgi bo'lib, silda hayzning kech boshlanishi hisoblanadi. Hayz tsiklining buzilishi silli endometrit va salpingooforitga olib keladi.

Amenoreya bachadon shilliq qavatidagi o'zgarishlar va endometriyning biriktiruvchi to'qimaga aylanishi sababli kelib chiqadi.

Silning klinik shakli bo'yicha tasnifi va ayol jinsiy a'zolarida sildan keyingi o'zgarishlar:

1. Faol belgisi buyicha sil (Va va Vb gurux dispanser nazoratida).

Ayollar jinsiy a'zolari sili asosan surunkali kechadi va kam belgisi bo'ladi. Uchrashiga qaraganida ko'proq bachadon naylarida, keyin bachadonda, kamroqtuxumdonda va juda kam qin va tashqi jinsiy a'zolari sili kuzatiladi.

Har bir shaklga xos bo'ladi: kechish xarakteri bo'yicha (o'tkir, o'rtacha o'tkir, surunkali), tarqalishi bo'yicha (bachadon, bachadon bo'yni, vulva, qin jarohatlanishi va qorin pardasi hamda qo'shni a'zolarda astsit bilan birga), fazasi bo'yicha (infiltratsiya, surilish, oxaklanish, chandiqlanish), batsilla tarqatuvchi (BKQ va BK- hayz qoni ekmasida, hayzlararo davrda jinsiy yo'ldan ajralgan ajralmalar).

2. Bachadon ortiqlarining orttirilgan sili (Vv guruhi, dispanser nazoratida bo'ladi), periooforit va ooforit shaklida.

Chandiqli-bitishma turi (chandiqliq va ichki genitally va a'zolararo yassi suyakli bitishmalar).

Bachadon sili.

A. Faol belgisi bo'yicha sil

Jarayonning kechish xarakteri bo'yicha: o'tkir, urtacha utkir, surunkali bulishi mumkin.

Tarkalishi buyicha (bachadonning chegaralangan sili va tuberkulyozning ortiklar, vulva, buyin, kinga tarkalishi). Batsilla tashuvchilik:

Endometriydan surtma va hayzlar orasidagi davrda ajralgan ajralmalarini ekish natijasida-BK (-) BK (Q)

Bachadon ortiqlari sili.

Bachadon ortiqlari silida bachadon nayi makroskopik tekshirilganda qalinlashgan, yallig'lanish belgilari, tuxumdon bilan birikish. Bitishmalar ba'zan yaqqol ko'rinadi. Bachadon nayi seroz qavatida kazeoz o'choqlar ko'rinadi. Nay paypaslanganda zichlashganligi aniqlanadi. Mikroskopik tekshiruvda spetsifik o'zgarishlar mayda, chegaralangan o'choqlar bo'lib aniqlanadi (produktiv, kazeoz xarakterli kaltsinatsiyalangan soxalar). Bu o'zgarishlar nospetsifik yallig'lanish reaksiyalari bilan birga o'tadi.

To'qimaning yallig'lanish reaksiyasi bachadon nayining qalinlashishiga olib keladi. Agar jarayon qorin bo'shlig'iga o'tsa, u xolda atrofini o'rab turgan a'zoiarda bitishmalar va og'riq yuzaga keladi. Hayz sikli buzilishi mumkin. Bachadon ortig'i yallig'langan xosilaga aylanadi. Bu shaklda yaqqol anatomik o'zgarishlar va umumiy qoniqarli holat, bir-biriga mos kelmasligi xarakterlidir. Ayrim xollarda kasallik o'tkir tus oladi, tana harorati ko'tarilishi, qaltirash, qorinda og'riq, pelvioperitonit va peritonit rivojlanadi. To'liq davolansa, bemor tuzaladi, lekin yoriqlar xosil bo'lishi mumkin.

Bachadon nayi yaqqol anatomik o'zgarishlarga uchragan, kattalashgan, bo'shlig'i kazeoz massa va yiring bilan to'lgan. Tuxumdonda yallig'lanish belgilari, shilliq qavatda burmalar va nayning chuqur soxalarida o'choqlar saqlanganligi aniqlanadi. Shilliq qavat sil o'simtalari borligi tufayli limfoid elementlar infiltratsiyalangan bo'ladi.

Kapsulada ba'zan tuboovarial xosila alohida kazeoz o'choqdek ko'riladi.

Bachadon ortiqlarida davolangandan keyin makroskopik ko'rinishida bachadon gipoplaziyasi, nay zichlashgan, kichik chanoqda dag'al fibroz o'sish, a'zolarning noto'g'ri joylashuvi va funksiyasining buzilishi kelib chiqadi. Mikroskopik shilliq qavat sklerotik atrofiya va mushak to'qimalarida, fibroz ko'prik va nay bo'shlig'ida kaltsinatlar ko'riladi.

Bachadonning silli jarohatlanishi

Silli endometrit bachadondan kirindi olib sitologik tekshirilganda topiladi, ular hayz sikli buzilsa va bepustlik kelib chiqqan va shikoyatlari bor paytda o'tkazilganda aniqlanadi. Kasallik avj olsa, patologik jarayon endometriyning barcha qavatlariga tarqalib ketadi.

Hayz ko'rish buziladi (qon ketish, hayzning boshqarilishi buziladi, ikkilamchi amenoreya), kasalning umumiy holati esa qoniqarli bo'ladi.

Gistologik - o'rtacha sil o'simtalari, endometriyning me'yorida bo'lmasligi aniqlanadi. Genital silli fibromioma davolashdan so'ng kelib chiqadi. Antibakterial terapiyadan keyin bachadon bo'yni, vulva va qin sili kamroq uchraydi.

Tashxizi: Rentgenologik usul (gistosalpingografiya); Laborator usul (endometriyni sitologik va tuberkulin sinamasi asosida tekshirish).

Davolash: Kompleks kimyoterapiya; Antibiotikoterapiya (rifampitsin); Simptomatik yallig'lanishga qarshi davo; Xirurgik davo.

SO'ZAK

So'zak kuzgatuvchisi Neisseria gonorrhoeae. Uni 1879 yilda A. Neisser Bumm birinchi bo'lib ajratib olgan va kasallikning patologik ko'rinishini tasvirlagan. So'zak kuzgatuvchisi diplokokk shaklida bo'lib, buyraksimon shaklda. So'zakda orttirilgan immunitet bo'lmaydi. Organizmning reaktivligi o'zgarishi hozirgi vaqtda aniqlangan. So'zakning 2 kurinishi bor: yangi (uzog'i bilan 2 oy kechadi) va surunkali.

Yangi formasi o'z navbatida:

- o'tkir

-o'rtacha o'tkir bo'ladi - yangi torpid (kam simptomli) shaklida so'zak klinik ko'rinishi rivojlanmasa ham gonokokklar topiladi. Surunkali so'zak 2 oy va undan ko'proq vaqtdan keyin to'satdan boshlanadi. Bu jarayon qo'zg'alishsiz kuzatilishi ham mumkin.

Ayollarda so'zakning kechishi xususiyatlari.

So'zak umumiy infeksiyon jarayon bo'lib, ko'p o'choqli mahalliy jadal kechadi. So'nggi yillarda so'zak klinik ko'rinishi kasallik epidemiologiyasida asosiy o'rinni egallaydi. Hozirgi vaqtda ayollarda so'zak yashirin xolda boshlanib, sub'ektiv buzilishsiz kechadi, shuning uchun uzoq vaqt aniqlanmay qoladi. Yuqish yo'llari asosan jinsiy yo'l bilan, kamroq maishiy yo'l bilan. Yashirin davri 14-15 kungacha. Tarqalish yo'li limfa tomirlari orqali, gonokokk qonga tushishi mumkin, qonning bakteritsid ta'siri ostida nobud bo'lib, gonotoksin ajratadi. Gonotoksin ta'sirida bosh og'rig'i, anemiya, bo'g'imlar shikastlanishi va boshqalar kuzatiladi.

Anemnez yig'ish vaqtida kasallikning qanday rivojlanganligi so'raladi, jinsiy hayotga bog'liqligi aniqlanadi. Shikoyatlari - genitaliydagi ajralmalar, hayz siklidan so'ng qorin pastida og'riq, harorat ko'tarilishi, atsiklik qon ketishi, bepushtlik.

Ob'ektiv tekshirish bemorni ko'zdan kechirishdan boshlanadi, qorin devori paypaslanadi, vulvani ko'zdan kechirish, chov limfa tugunlari kattalashishi. Uretra tekshirilganda giperemiya, shish, infiltratsiya, paypaslanganda esa xamirsimonlik aniqlanadi, surtma uretra massaj qilingandan keyin olinadi.

Qinni ko'zgu bilan ko'rganda bachadon bo'yni servikal kanalidan yiringli ajralmalar kelishi kuzatiladi. To'g'ri ichak tekshirilganda shish, giperemiya va ajralmalar kuzatiladi. Gonokokkni aniqlash qiyin bo'lgani uchun provokatsiya, ya'ni infeksiya qo'zg'atish usullari qo'llaniladi: kimyoviy, fiziologik, alimentar, biologik (gonovaktsina 200-500 MMT yoki pirogenal 200-250MPD mushaklar orasiga), termik (diatermiya).

Bakteriologik tekshiruv uchun provokatsiyadan 24-72 soatdan so'ng surtma olinadi, ekma 72 soatdan so'ng, 1-2 sutka oralig'ida.

Quy bo'lim so'zagi.

Vulvit - vulvaning yallig'lanishi ikkilamchi rivojlanadi, ko'pincha infantilizm, homiladorlikda va klimaks davrida kuzatiladi. Klinik ko'rinishi: tashqi jinsiy a'zolar shishgan, qizargan, kriptalar yiring bilan qoplangan. Shikoyatlari - qichishish, achishish, og'riq va ajralmalar kelishiga bo'ladi.

Vestibulit - vulvit kabi rivojlanadi. Surunkali holatlarda klinik ko`rinish yaqqol lakunalarda bo`lmaydi, bez og`izchalarida ham nuqtali qizarish ko`rinishida bo`ladi (mayda hujayrali infiltratlar perivaskulyar va periglandulyar joylashgan).

Uretra yallig`lanishi 71,2% so`zakli bemorlarda kuzatiladi. Bu asosan uretra bezlari kasalligi hisoblanadi. Klinikasi: tez-tez va og`riqli siyish va simillovchi og`riqlarga shikoyatlar bo`ladi. Ko`rik paytida uretra lablari qizargan va shishgan, gardish ko`rinishida osilib turadi. Uretra paypaslanganda sarg`ish ajralma chiqadi. Gistologik tekshiruvda suberitemal to`qima va epiteliy zararlanganligi, epiteliyning o`choqli siyraklashishi, degranulyatsiya va deskvamatsiyasi aniqlanadi.

Parauretrit - parauretral yo`llarning yallig`lanishi. Ular bezlari uretraga kirish pastki yarim doirasida joylashgan va uretraning jinsiy devorlariga ochiladi. Klinikasi: yo`llar og`izchasi shishgan, qizargan, tuguncha ko`rinishida aniqlanadi, og`riqli.

Katta vestibulyar bezlarning yallig`lanishi (bartolinit). Kasallik vulvaga, uretraga bachadon bo`ynidan yiring tushishi oqibatida rivojlanadi. Bu chiqaruv yo`llarining yallig`lanishi shilliq qavat yuzasida qizil dog` ko`rinishida bo`ladi. Chiqaruv yo`llarining kirish qismi yopilib qoladi va yiring yig`ilib soxta abstsess xosil bo`ladi. Katta jinsiy lablarning pastki 1G'3 qismida flyuktuatsiya aniqlanadi. So`zakda bartolinit ko`pincha ikki tomonlama bo`ladi, abstsess yiringli xosila bo`lib, bez parenximasi kapsula qismi ilvirab turadi va biriktiruvchi to`qima bilan o`raladi. Regionar limfa tugunlari og`riqli, yallig`langan joyda teri giperemiyalangan, bez yaqindagi to`qima bilan birikadi. O`sma birdan og`riqli, harakatsiz va aniq chegarali bo`lib qoladi. Yallig`lanish jarayoni surunkali bosqichiga o`nganida chiqaruv naylari yopilib bartolin bezini kistasi xosil bo`lishi mumkin. Bunda yallig`lanish belgilari bo`lmaydi.

So`zakli vaginit juda kam uchraydi.

Yuqoriga ko`tariluvchi so`zak.

Endometrit 60% so`zak kasallarda bachadon shilliq qavatida yallig`lanish kelib chiqadi. Kasallik paydo bo`lgandan so`ng yiringli ajralmalar oqadi. Ikkala qo`l bilan tekshirilganda bachadon og`riqli, kattalashgan, yumshoq konsistentsiyali. Navbatdagi hayzda epiteliy regeneratsiyasi tez yuzaga chiqadi, ba`zan hayz orasida qon ajralishi (12-14 kun) kuzatiladi va bu og`riqli bo`ladi.

Salpingoofarit ko`tariluvchi infeksiya bachadondan bachadon nayiga, tuxumdonga, qorin pardaga tarqaladi. So`zakli jarohatlanish nayda asosan ikki tomonlama bo`ladi. Boshlang`ich davrida nay shilliq qavati shishgan, qizargan, qalinlashgan. Burmalar stromasida infiltratlar, leykotsit, plazmatik hujayralar, limfotsitlar kuzatiladi. Epiteliyning har xil qismlarida jarohatlanish kuzatiladi, burmalar yopishadi. Bo`shliqda ekssudat yig`iladi. Fimbriyalar yopishadi va nayning ampulyar qismi yopiladi. Yiringli jarayonda nayning ampulyar va istmik qismi yopiladi. Nay 20 smga kattalashadi, retortasimon shaklga kiradi va ichida yiring yig`iladi. So`zakli ooforit salpingitdan keyin rivojlanadi, qorin pardani jarohatlantiradi va keyin tuxumdonga tarqaladi. Kirish eshigi bo`lib follikul va sariq tana hisoblanadi. Yiringli follikulda soxta abstsess bo`lib, u tuxumdon parenximasiga tarqaladi va chin abstsessli adneksitga (piovar) aylanadi. Surunkali

salpingitda nayning mushak qavatida xarakterli distrofik o'zgarishlar va tuboovarial o'sma bo'ladi.

Yiringli salpingoofarit (piosalpinks) klinik kurinishida yallig'lanish jarayonining qo'zg'alishi va hayz siklining buzilishi bo'ladi.

Ko'p bemorlarda kasallik natijasida umumiy holatning pasayishi, harorat ko'tarilishi (390 va undan oshishi), qonda leykotsitlarning oshishi (40-60ming) kuzatiladi. Ikki qo'llab ginekologik tekshirishda ikki tomonlama qalinlashgan, shishgan va paypaslaganda og'riqli ortiqlar aniqlanadi. To'lg'oqsimon og'riqlar va qaltirash yuz beradi. Piosalpinks xosilasida bemorlar ahvoli og'irlashadi (og'riq mezagastral sohada kuchayadi, ko'ngil aynishi, meteorizm, ich tutilishi). Erta boshlanganda nay funktsiyasini tiklash maqsadida yallig'lanishga qarshi mahalliy reaksiyalar kuchayadi, yiring tarqalmasligi uchun nay fimbriyalari yopishib qoladi. Yiringli salpingoofarit va piosalpinks bir necha oy davriy qo'zg'alishli kechadi va surunkali xarakterga ega bo'ladi. Lekin infektsiyaning virulentligi kuchli bo'lsa, yiring qisman qorin bo'shlig'iga tushadi, o'tkir kasallik ko'rinishi yuzaga chiqadi. Qin orqali tekshirishda bachadon yonboshida yallig'lanish o'smasi aniqlanadi. Tuxumdonda yallig'lanish hayz funktsiyasi buzilishini yuzaga chiqaradi.

Sariq tana jarohatlanishi uzoq vaqt hayz oralig'i davrida qon ketishiga olib keladi. Yiringli salpingit reproduktiv funktsiyaning buzilishiga, ya'ni bepushtlikka olib keladi. O'tkir so'zakda erta davolash oqibati ijobiy, surunkalida a'zo funktsiyasining tiklanishi kam uchraydi.

Pelvioperitonit. Gonokokk qorin bo'shlig'iga kanalikulyar yo'l bilan yiringlagan naydan va limfogen yo'l orqali tushadi. Klinik ko'rinishi: qorin pastki qismida birdaniga og'riq, harakatlenganda kuchayishi, bosh aylanishi, ko'ngil aynishi, qusish, ich tutilishi, gaz ushlanishi. Harorat 40 darajagacha va undan yuqori, doimiy isitmalash. Ishtaxa yo'qoladi, til oqaradi, quruqlashadi. Qorin paypaslanganda gipogastral sohada og'riqli bo'ladi. Kasallik hayz, abort, tug'ruqdan keyin, jismoniy zo'riqishdan keyin paydo bo'ladi. Yiringli pelvioperitonit o'z vaqtida davolansa oqibati ijobiy.

So'zakli diffuz peritonit. Kasallik birdan boshlanadi. "O'tkir qorin" klinikasi kam rivojlanadi, peritoneal ko'rinishlar asosan 2-3 kun (7 kungacha) saqlanadi va tez yo'qoladi. Tana harorati uncha yuqori bo'lmaydi, kasallik avj olsa yurak etishmovchiligi bo'lib, ichak parezi kuzatiladi. Letallik 15-25% ni tashkil etadi. Operativ amaliyotlar mahalliy va umumiy simptomlarga asoslanib bajariladi.

Laborator diagnostikasi: Asosiy usul bakteriologik (gonokokk hujayra ichi shakli kuzatiladi).

Davolash: Immunoterapiya, spetsifik- gonovaksina, nospetsifik - pirogenal, autogemoterapiya, mahalliy terapiya (UFO), fizioterapiya (diatermiya, elektroforez, UVCh).

Ko'tariluvchi so'zakda: antibiotiklar (zitrotsin 500 mg, ifitsef, nolitsin 400mg-1 tab 2 maxal 3-7 kun, siprinol 500 mg, vibromitsin 0,2-0,5 g sutkasiga, trombitsin 2 g mushak ichiga 1 marta, seftriakson yoki lendatsin 250 mg mushak ichiga, roksitromitsin 150mg 2 maxal 7-10 kun); dezintoksikatsion terapiya; V,S, R vitaminlar guruhlari; immunokorreksiya va fizioterapiya.

TRIXOMONIAZ

1836 yilda Donne qindan bir hujayrali xivchinli parazitni topdi.

1870 yilda I.P. Lazerovich qinning shilliq qavatidan ayrim yallig'lanish kasalliklarida *Trichomonas vaginalis* bor ekanligini isbotladi. Ushbu kuzgatuvchilar chakiradigan kasalliklar trixomoniaz deyiladi.

Trixomonada birlamchi lokalizatsiya bo'yicha joylashadi, yaxshi sharoitda ko'payadi va shilliq qavatda o'ziga xos yallig'lanish reaksiyasini chaqiradi. Trixomonada infeksiyasi yuqqandan keyin quyidagi klinik belgilar kuzatiladi: qichishish, vulva sohasida achishish, ko'pikli oqchil ajralishi. Trixomonadali kolpit. O'tkir kolpida bemorlar uzoq vaqt keluvchi suyuq, ko'pikli, oq-sariq va sarg'ish rangli oqchil ajralmadan shikoyat qiladilar. Uzoq vaqt epiteliy birikishi hisobiga shilliq qavat ushoqsimon, yiringli hujayralar qaymoqsimon bo'lib qoladi. Oqchil badbo'y xidli va emiruvchi xarakterga ega. Ba'zi bemorlar qorin pastida, belda ba'zan siyish va jinsiy aloqa paytida og'riqdan shikoyat qiladilar. Ko'zdan kechirilganda qin devorlari shishgan, qizargan, og'riqsiz.

O'tkir trixomoniaz oddiy, makulyozli, granulyozli, yarali va aralash bo'ladi. Bu shakllarda qinda patologik transsudat miqdorining oshishi kuzatiladi. Ajralmalar ko'p bo'lib, ular hamma chuqurliklarni to'ldiradi va bachadon bo'ynining qindagi qismi «unda cho'milayotgandek» tuyuladi. Miqdori, rangi, xidi va konsistentsiyasi trixomonadaga xos. Trixomonadalar ko'proq qo'shimcha flora bilan birga aniqlanadi. Kasallik organizmdagi ayrim sharoitlarda, ya'ni homiladorlik, abort va boshqa operativ muolajalardan keyin rivojlanadi. Jarayon qindagi bachadon bo'ynini zararlantiradi. Ba'zi bemorlarda bachadon bo'ynida uncha katta bo'lmagan eroziv o'choqlar va qizil granulyatsiyalar topiladi. O'rta o'tkir trixomoniazda ham shu simptomlar kuzatiladi (o'tkir trixomonada simptomlari singari). Surunkali trixomonadali kolpida shikoyat va klinik ko'rinishlari birdan boshlanadi, kasallik profilaktik ko'rik vaqtida bexosdan aniqlanadi. Tashqi jinsiy a'zolar atrofida dermatit, qin kirish qismida shish, giperemiya, bachadon bo'yni ham ko'pincha qizargan bo'ladi. Shilliq qavat og'riqsiz, mayda o'choqli, yarali shishgan. Ajralmalar quyuq, oq rangli, ko'pikli bo'ladi. Ba'zan o'tkir uchli kondilomalar uchraydi. Diagnostikasi: tekshirishning kultural usuli.

Ayolning davolanishi albatta turmush o'rtog'i bilan birga o'tkaziladi. Trixopol (yoki efloran, flagil, metragil, metranidazol-TEVA) 1 tab 3 marta, bir kursga 20 tabletkaga. Boshqa preparatlardan fazijin, naksodjin (tinidazol), atrikan 1 kapsuladan 2 maxal 4 kun, tiberall 1 kapsuladan 2 maxal 6 kun, immunitetni mustahkamlovchi dorilar qo'llaniladi. Mahalliy davolash uchun trixomonatsid, klion-D, terjinan qo'llaniladi.

Jinsiy a'zolar xlamidiozi

Xlamidiyalar (*Chlamydia trachomatis*) ikkita hayot shakliga ega: infeksiyon, hujayradan tashqari joylashgan (elementar tanacha) va hujayra ichida joylashgan noinfeksiyon (retikulyar tanacha). Inkubatsion davri 5-30 kun.

Embrionlarga infeksiya uzatilishi isbotlangan.

Oxirgi o'n yillik davridagi izlanishlar yallig'lanish kasalliklarini chaqiruvchilar ichida xlamidiyalar ahamiyati tobora oshib borishini ko'rsatmoqda. Xlamidiyali yallig'lanish kasalliklari erkaklarda (uretrit, epidimit, orxiepidimit, prostatit), ayollarda bo'lishi mumkin (kolpit, tservitsit, eroziyalar, uretrit, salpingit va boshqalar), xatto chaqaloqlarda (kon'yuktivit, otit, pnevmoniya) infeksiyalangan tug'ruq yo'llardan tug'ilganida kasallik paydo bo'lishi mumkin.

Kasallik asosan kam belgili, uzoq vaqt davom etib, tez-tez qayta o'tkirlashishi mumkin. Klinik kechishi esa boshqa chaqiruvchilar kuzgatgan kasalliklarga o'xshash bo'ladi. Surunkali xlamidiyali salpingit naylarning interstitsial qismida bitishmalar xosil qilib nayli bepushtlikka yoki bachadondan tashqari homiladorlikka olib keladi.

Laborator tashhis: xlamidiyalar oddiy bakteriologik tekshiruvda aniqlanmaydi. Shilliq qavat kirindisi va surtmani o'rganish uchun maxsus tsitologik taxlil, spetsifik monoklonal antiteloli muhitda o'stiriladi va mikrobnning DNK si bir qismi bir necha ming marotaba ko'paytirilib aniqlashga oson qilib beradi (PZR usuli). Qonda xlamidiyalarni aniqlash uchun immunoferment analiz yordamida spetsifik antitelolar IgG va IgM topiladi yoki PZR usulida tekshiriladi.

Davolash asoslari: ushbu kasallikning ilk davrlarida tashhishlash, vaqtida turmush o'rtog'i bilan birga davolasa ijobiy natijaga erishish mumkin.

Xlamidiozni davolashda etiotrop preparatlar qo'llanilishi kerak: Dalatsin S 0,3 g 4 maxal, makropen 1 tabletkadan 3 maxal 14 kun yoki zitrotsin 0,1 mg 1 maxal 3 kun, vibramitsin (doksitsiklin) 0,1 g 2 maxal, 7 kun makrolidlar guruhidan, roksitromitsin - LEK yoki roksibel 150 mg 2 maxal 5 kun, eritromitsin 0,25 g 2 maxal 7 kun, rovamitsin 3,0 mln 2 maxal 5 kun, sumamed 0,25g x 2 maxal 6 kun, ftorxinolon guruxidan, siprinol (sipers) 500 mg 2 maxal 7 kun, abaktal 400 mg 2 maxal 10 kun va boshqalar. Ko'pincha antibakterial terapiya infeksiya yo'qolishiga emas, balki kam simptomli, subklinik yoki latent kechuvchi xlamidiozga aylantiradi. Bachadon bo'yni eroziyasida mahalliy davolash ham o'tkaziladi (moychechak, evkalipt eritmasi bilan yuvilgandan so'ng antibakterial malxamlar eritromitsin -TEVA, sefaleksin -TEVA, tetratsiklin), yordam bermasa bachadon bo'yni diatermokogulyatsiya, kriodestruksiyasi qo'llaniladi.

UREAPLAZMOZ VA MIKOPLAZMOZ

Tashqi muhitda keng tarqalgan va juda xilma-xil mikoplazmalardan faqat olti turi odam organizmiga ziyon etkazishi mumkin. Bulardan ikki xili Mycoplasma hominis va Ureaplasma urealyticum jinsiy tizim a'zolarida yallig'lanish kasalliklariga olib kelishi mumkin. Patogen faolligini mikoplazmalar organizmda qarshilik kuchlari va immunitet pasayganda ko'rsatadi. Ko'pincha ureaplazma va mikoplazmalar boshqa mikroblar bilan birga aniqlanadi.

Tashhis qo'yish uchun qondan spetsifik antitelolar IgM va IgG aniqlanadi yoki bachadon bo'ynining servikal kanalidan kultura sitologik usul yordamida aniqlanadi. Mikoplazmalar qin ajralmasi ekilgan bakteriologik ozik muxitda «qovurilgan tuxum» koloniyalari ko'rinishida aniqlanadi.

Tashqi jinsiy a'zolar zararlanishi sust ko`rinishda bo`ladi. Ko`pincha siydik tizimi birlamchi zararlanadi. Bachadon ortiqlari yallig`lanish kasalliklarida hayz sikli buzilishi qo`shiladi. Mikoplazma va ureaplazmalar bepushtlikka olib keladi. Homiladorlik davrida o`z-o`zidan homila tushishi, homilaning rivojlanishdan to`xtab qolishi, o`lik homila tug`ilishi, tug`ruqdan oldin suv ketishi, muddatdan oldin tug`ruq, chilla davrida septik kasalliklar kuzatiladi. Yangi tug`ilgan chaqaloqlarda neonatal o`lim kuzatilishi mumkin.

Davolash xlamidiozda qo`llaniladigan preparatlar bilan o`tkaziladi.

UCHUQ (ODDIY GERPES VIRUSI) INFEKTSIYASI.

Jinsiy a'zolar kasalliklarini qo`zg`atadigan viruslardan eng ko`p uchraydigan oddiy herpes virusidir (OGV). Virus havo-tomchi va jinsiy yo`l bilan tarqaladi. Birlamchi infeksiyalangandan keyin OGV latent formasiga aylanadi va keyinchalik immunitet pasaygan xollarda (gripp, yuqumli kasalliklar va boshqalar) reaktivatsiyaga uchraydi. Umumiy holat o`zgaradi, bosh og`rig`i, bir xilda baland tana harorati bo`lishi mumkin. Shuningdek, teri va shilliq qavatlarida gerpetik toshmalar paydo bo`ladi. Gerpetik kasallik ko`p xil klinik ko`rinishlar bilan ifodalanadi: o`tkir yoki surunkali formalarida ko`z, milklar, og`iz bo`shlig`i, teri, shilliq qavatlar, ichki a'zolar, markaziy nerv tizimi va ayniqsa, jinsiy va peshob chiqaruvchi a'zolar kasalliklari.

OGV homilador ayolda yo`ldosh orqali oson o`tib, homilaning infeksiyalanishiga olib keladi. Virus birinchi o`rinda nerv tubining patologiyasi va nuqsonlariga (anentsefaliya, gidrotsefaliya, spinae bifida) xromosom o`zgarishlariga olib keladi. Homiladorlikning patologik (homila tushish havfi, homilaning o`z-o`zidan tushishi) kechishi ham virus ta`sirida kelib chiqishi mumkin. Tug`ilgan chaqaloqlarda herpes virusi nerv tizimi kasalliklariga olib keladi. Gerpetik infeksiya immun tizim faoliyatini keskin pasaytiradi, boshqa viruslar va bakteriyalar assotsiatsiyasi bilan birga aniqlanadi

Tekshirish usullari: IFA - spetsifik antitelolarni IgG va IgM aniqlash yo`li bilan, PZR qonda va jinsiy yo`llarda.

Davolash uchun herpesga qarshi preparatlardan atsiklovir, zoviraks, viroleks, ulkaril 200 mg har 3 soatda 5 mahal kechasidan tashqari 7-12 kun davomida, sikloferon 2 ml mushaklar ichiga 8-10 marta, immunomodulyatorlardan immunomodulin, timogen, timolin, viferon suppozitoriyalari ikki mahal perrektal 10 kun davomida, umumiy quvvatlantiruvchi terapiya, vitaminlar. Mahalliy davolash uchun gerpetik toshmalarga zoviraks yoki atsiklovir kremi 3-5 mahal qo`llaniladi.

TSITOMEGALOVIRUS INFEKTSIYASI

So`nggi yillarda jinsiy tizim a'zolari kasalliklarining etiologik sabablaridan biri sifatida sitomegalovirus (TsMV) kursatiladi. SMV yo`ldosh orqali homilaga o`tib, turli hil nuqsonlarga olib kelishi mumkin. Birinchi o`rinda nerv tubining nuqsonlariga va homila nobud bo`lishiga yoki kasal bo`lib tug`ilishiga (mikratsefaliya, ko`rlik, epilepsiya, serebral falaj va boshqalar) sababchi bo`ladi. Kasallik havo-tomchi va jinsiy yo`l bilan tarqaladi.

Klinik kechishi asosan latent kechuvchi va subklinik, surunkali salpingooforit, endometrit, kolpit bo`lib o`tadi. Homiladorlik davrida o`tkir formasi va surunkali SMV o`tkirlashi (asosan O`RVI klinikasi mavjud bo`ladi) homila kasallanishiga olib kelishi mumkin.

Tashhis qo`yish uchun qonda spetsifik antitelolar IgG va IgM IFA yordamida yoki PZR usulida aniqlanadi. Servikal kanaldan sitologik usul yordamida topiladi.

Davolash asoslari. Dunyoning 80% aholisida qonda SMV ga qarshi antitelolar mavjud. Shuning uchun organizmning immun tizimi faoliyatini yaxshilash va viruslarga qarshi davolash natijasida qonda antigen miqdori kamayib, antivirus antitelolarining soni ham nisbatan kamayishiga olib keladi. Davolashni homiladorlikdan oldin va homiladorlik davrida 12 haftasidan keyin o`tkazish zarur.

Antivirus preparatlardan sikloferon, zovirak, viroleks, atsiklovir, ulkaril qo`llaniladi. Immunokorreksiya uchun viferon perrektal suppozitoriyalar 2 mahal 10 kun davomida, viusid 2 mahal 10 kun davomida, immunomodulin, timogen, timalin, timoptin immunomodulyatorlari, baliq yog`i vitaminlar qo`llaniladi, Davolashda plazmaforez, qonni ultrabinafsha nurlar bilan zararsizlantirishni qo`llash ham samarali bo`ladi.

ORTTIRILGAN IMMUN TANQISLIK SINDROMI

Orttirilgan immun tanqislik sindromi (OITS) kuzgatuvchisi - odam immuntankislik virusi (OIV) birinchi marta 1983 yilda Frantsiyadagi Paster institutida Lyuk Montane tomonidan aniqlangan. Kasallik asosan jinsiy va parenteral yo`llar bilan yuqishi mumkin.

Sindromning rivojlanishiga asosiy sabablardan biri immun tizim T-xelperlarning jarohatlanishi bo`ladi. Birlamchi belgi bo`lib dermatoz paydo bo`ladi, undan keyin tarqalgan limfadenopatiya kamida 3 oy davomida. Ushbu holat 1,5-3 yilgacha yagona belgi bo`lishi mumkin, lekin ba`zan, ayniqsa kasallikning oxirgi bosqichida holsizlik, subfebril temperatura, tunda terlash, mialgiya, artralgiya, splenomegaliya, nevrologik simptomlar, T-xelperlar sonining kamayish belgilari qo`shiladi.

Odam immun tanqisligi virusi negizida oddiy herpes virusi va kandidozning qaytalashi shilliq qavatlarini kasallantiradi. Klinikasi juda og`ir va og`riqli kechadi va OITS rivojlanishiga olib keladi. Inkubatsion davri 3-4 haftadan 5-6 yilgacha. Virus termolabil bo`lib, 20 minut davomida 560S ta'sirida inaktivatsiyaga uchraydi. Xona haroratida buyumlar va anjomlarda 7 kungacha saqlanadi va faol bo`ladi.

Tashhis IFA va immunoblot usullari yordamida xamda immun tizimidagi o`zgarishlarga asosan aniqlanada.

Davolash uchun virusga qarshi samarali choralar yo`q.

Davolashda immunostimulyatorlar: izoprinozin, timozin, indometatsin, tsiklosporin A, interferonlar, azidotimidin va lamivudin qo`llaniladi.

BOB BO'YICHA AMALIY KO'NIKMALAR

Oliy xamshiralik ishi bulimi talabasi ayollar jinsiy a'zolari yallig'lanish jarayonlari sabablari, klinik belgilarini aniqlash uchun ginekologik kasallarni umumiy ko'rikdan o'tkazish, xamshiralik tashhisini qo'yish, bemorlarni kuratsiya qila olish, bakteriologik va bakterioskopik tekshiruvlarni o'tkaza bilishi kerak.

Qin tozalik darajasini baholash.

Maqsad: jinsiy a'zolari yallig'lanish kasalliklari diagnostikasi.

Ko'rsatma: ayolni tekshirish usuli

Ta'minlanishi: metall ilgak, ginekologik kreslo, buyum oynasi, mikroskop.

Qadamba-kadam bajarilishi:

- qin tozalik darajasini aniqlash uchun uchta nuqtadan surtma olinadi: uretra, servikal kanal va qin orqa gumbazidan;

- ayol ginekologik kresloga yotqizilgach, qo'lqoplar kiyiladi;

- chap qo'lning katta va ko'rsatkich barmoqlari bilan, katta jinsiy lablar keriladi;

- o'ng qo'l bilan birinchi steril metall ilgak yordamida uretradan 2 sm gacha surtma olinib, buyum oynachasining 1G'3 qismidagi belgili bo'lagiga surtma suriladi;

- qin ko'zgulari kirgizilib, bachadon bo'yni kanalidan 1 sm gacha ikkinchi steril metall ilgak yordamida surtma olinadi va buyum oynasining 1G'3 qismidagi S (cer vix) belgili bo'lagiga surtma suriladi;

- ko'zgular qoldirilgan xolda uchinchi steril metall ilgak bilan qin orqa gumbazidan surtma olinib, buyum oynasining 1G'3 qismidagi V (vagina) belgili bo'lagiga surtma surkaladi;

- ushbu surtmalar mikroskop yordamida tekshirilib, qinning tozalik darajasi aniqlanadi.

Bakteriologik tekshirish usuli.

Maqsad: kasallik kuzgatuvchisining turini aniqlash.

Ko'rsatma: ayolni tekshirish usuli.

Ta'minlanishi: Ginekologik kreslo, spirt lampasi, oziq muxitli steril probirkalar, Esmarx qovuzlog'i, ko'zgular.

Qadamba-kadam bajarilishi:

- ayolga analiz zarurligi va qanday qilinishi tushuntiriladi;

- ayol ginekologik kresloga yotqiziladi;

- spirt lampasida sterilangan Esmarx qovuzlog'i yordamida birinchi steril probirkaga uretradan surtma olinadi;

- bachadon bo'ynini ko'zgular yordamida ochib, sterilangan Esmarx qovuzlog'i yordamida bachadon bo'yni tashqi bo'g'izidan surtma ikkinchi steril probirkaga olinadi;

- probirkalar belgilanadi, jurnalga qayd qilinadi va bakteriologik laboratoriyaga yuboriladi

4 BOB
CHANOQ SOHASIDAGI OG'RIQLAR SINDROMI.
AYOLLAR JINSIY A'ZOLARI NOSPETSIFIK YALLIG'LANISH
KASALLIKLARI

AL'GODISMENOREYA. ENDOMETRIOZ.

Ichki jinsiy a'zolarining yallig'lanish kasalliklari ginekologik kasalliklar ichida asosiy o'rinni egalaydi. So'nggi yillarda ko'proq yoshlarda, asosan 15 - 25 yoshda uchraydi, u uzoq vaqt kechib, yallig'lanish kasalliklari og'riq sindromi, bachadonning noto'g'ri joylashishi, hayz buzilishi, jinsiy va generativ funktsiyaning buzilishi bilan kechadi. Hozirgi paytda yallig'lanish kasalliklarining klinikasi va tarkibi o'zgarib bormoqda, birlamchi parametrit va pelvioperitonit miqdori pasayib, surunkali salpingooforit uchrashi ko'payib bormoqda.

Ayollar jinsiy a'zolari yallig'lanish kasalliklari rivojlanishiga ko'pincha anamnezida bachadon ichidagi tadbirlar (tug'ruqda bachadonni qo'l bilan tekshirish, abort, bachadon shilliq qavatini diagnostik qirib olish, bachadon ichiga kontratseptiv vosita kiritish), jinsiy aloqaning o'smirlik yoshida boshlanganligi, jinsiy hayotning pala - partishligi va boshqalar katta ahamiyatga ega. Kasallanish boshlanishiga yana ko'pgina sharoitlar sabab bo'ladi, bular sovuq qotish, elvizak, ekstragenital kasalliklar, stress va asosiysi, immun tizimi faoliyatining pasayishi.

Ayollar organizmida yallig'lanish jarayoniga qarshi himoya kuchlar mavjud. Bular qin dahlizining berkligi, qin shilliq qavatini ko'p qavatli muguzlanuvchi epiteliy bilan qoplanganligi, bachadon bo'ynining ichki va tashqi bo'g'zi va servikal kanalidagi shilliq probkasi. Yana bir to'sig'i bu shilliq tarkibida mikroblarga qarshi ishlab chiqariladigan slgA dir. Yallig'lanish tarqalishiga yana bir to'siq bu bachadon shilliq qavatini, uning har hayz paytida ko'chib turishi va nihoyat, bachadon naylari silindr apparatining harakatlanishi va ichidagi suyuqlikning faqat bachadon tomoniga yo'llanishi.

Yallig'lanish jarayoni ko'pincha infeksiyon kelib chiqish bilan bog'diq.

V.I.Bodyajina (1969) fikricha yallig'lanish o'chog'iga mikroba chaqiruvchi kelib tushishi kasallikning boshlanish jarayonini keltirib chiqaradi.

Kasallikning surunkali bosqichida orttirilgan umumiy funktsional buzilishlar asosiy o'rinni egallaydi (nerv, endokrin, qon tomir va boshqa tizimlarning tuzilishlari). Hozirgi vaqtda ayollar jinsiy a'zolari yallig'lanishini aerob va anaerob patogen mikroflora va viruslar keltirib chiqaradi. So'nggi o'n yillik mobaynida yallig'lanish kasalliklariga olib keladigan yangi generatsiya, ya'ni jinsiy yo'llar bilan tarqaladigan infeksiyalar - xlamidiyalar, ureaplazmalar, mikoplazmalar, viruslar (tsitomegalovirus, oddiy herpes virusi) va boshqalar ko'proq uchraydi.

Yallig'lanish kasalliklari patogenezi

Yallig'lanish reaksiyalariga parenxima o'zgarishi, qon tomir eksudatsiya reaksiyasi bilan, biologik faol moddalar ajralib chiqishi, fagotsitoz, to'qimaning fizik - kimyoviy o'zgarishi, proliferatsiya jarayonlari kuzatiladi.

Hujayraning jarohatlanishi yallig'lanish bilan birga keladi, hujayra strukturasi tarqalib, mitoxondriyda oksidlanish buzilishiga olib keladi.

Lizosomal jarohatlanishi gidrolitik fermentlar, katepsinlar, glikoliz fermentlari ajralishi bilan birga boradi. Proteoliz va glikoliz jarayoni aktivlashishi natijasida va Krebs siklining ko'p miqdordagi organik yog' kislotalari, sut kislotasi, polipeptidlar va alohida aminokislotalar ajralib chiqadi. Natijada osmotik bosim va vodorod ionlari kontsentratsiyasi oshib ketadi. Hujayralarning buzilishi yallig'lanish to'qimalarida kaliy, natriy, xlor ionlari va fosfat kislotasi anionlari to'planishiga olib keladi. Sezgir nerv oxirlarining osmotik faol moddalar, kislotalar, polipeptidlar, gistamindan ta'sirlanishi natijasida og'riq seziladi. Yallig'lanish belgilaridan biri - giperemiya, faol giperemiya va oqsillar, yog'lar, uglevodlar gidrolizi natijasida ajralib chiqqan issiqlik bilan ifodalanadi. To'qimalar parchalanganda osmotik bosim ko'tariladi, bu shish va yallig'lanishga sabab bo'ladi.

Yallig'lanish o'chog'ida kislotalilik oshadi, natijada qon tomirlar kengayadi, hujayralar sirt tarangligi pasayadi, kollagen tolalar bo'kadi va to'qimalarning elastikligi va yaltiroqligi yo'qoladi. Fagotsitoz va pinotsitoz borligi tufayli yallig'lanish immunogen reaksiyasi muhim himoya omili hisoblanib, uning asosida hujayraviy va gumoral immunitet yotadi. Mediatorlarning asosiy ta'minotchisi bo'lib semiz hujayralar hisoblanadi, u birikturuvchi to'qimaning hujayralar substansiyasi va mikrotsirkulyator tsiklning o'zgarishlarida faollashadi. Semiz hujayralarning degranulyatsiyasi faol jarayon hisoblanadi. Oksidlanish va fosforillanishni ajratuvchi dori vositalari semiz hujayralar degranulyatsiyasini tormozlaydi. Ulardan ajralib chiqqan gistamin va serotonin tomirlar o'tkazuvchanligini oshiradi va shikastlangan to'qimalarda biologik faol moddalar to'planishiga sabab bo'ladi. Lizosomalardan ajralib chiqadigan fermentlar prostoglandinlar xosil bo'lishiga olib keladi. Antigen - antigen reaksiyalari prostoglandinlar miqdorini oshiradi, bu esa o'z navbatida tomirlar o'tkazuvchanligini oshiradi va shish kelib chiqadi.

Yallig'lanish reaksiyasi og'riqqa olib keluvchi sababning yo'qolishi tufayli kamayadi, to'qimalar regeneratsiyasi sodir bo'ladi va qisman ularning funktsiyasi o'z holiga qaytadi. Organizmning bu reaksiyasi adaptatsion himoya reaksiyasi deyiladi. Yallig'lanish kasalliklari patogenezida nafaqat mikroorganizmlar, balki kasallikning o'choqliligi, nerv, tomir, endokrin tizimlarning harida immunologik, allergik reaksiyalarga ham e'tibor beriladi. Vegetativ - nevroitik o'zgarishlar bosh miya po'stloq qismi impulsatsiyasining manbai hisoblanadi va po'stloq osti hosilalar ular funktsiyasining o'zgarishiga olib keladi.

Gemodinamik o'zgarishlar: qon bilan intensiv to'lishi, tomirlar gipotonusi, kichik to'shliq idagi arterial tomirlarda qon oqimi tezligining oshishi va tomir devori o'tkazuvchanligining oshishiga olib keladi. Endokrin tizimda jinsiy bezlar funktsional holatining buzilishi, follikulyar fazaning so'nishi va disfunktsiyasi kuzatiladi. Yallig'lanish jarayonining kechishiga autosensibilizatsiyaning ta'siri etishi aniqlangan.

Yallig'lanish reaksiyasida davolash membranalarning barqarorlashuviga, mikrotsirkulyator oqim funktsiyasining me'yorlashuviga va boshlab beruvchi mexanizmlarga qaratilgan (antigistamin dori vositalari, buyrak usti bezining

yallig'lanishiga qarshi gormonlar). Anabolik jarayonlarni tartibga soluvchi omillar ferment tizimlaridir (proteaza, gidrolaza, va boshqalar).

Vulvovaginit

Vulvovaginit ko'pincha qiz bolalarda, kamroq hollarda ayollarda uchraydi. Qiz bolalarda vulvovaginit umumiy kasalliklar, o'tkir yuqumli kasalliklar (qizamiq, skarlatina, difteriya) endokrin buzilishlar, gipovitaminoz, burun - halqumning surunkali kasalliklari, uzoq vaqt antibiotiklar qo'llash oqibatida kelib chiqadi. Vulvovaginit bakterial; mikotik; trixomonadali; virusli bo'lishi mumkin.

Bakterial vulvovaginit ko'pincha surunkali tonzillit, gripp, yuqumli kasalliklar bilan og'rigan 3 - 8 yoshli qizchalarda kuzatiladi. Tashqi jinsiy a'zolar ko'zdan kechirilganda biroz qizargan ajralma ko'p miqdorda, oq - sariq bo'ladi. Siydikning birinchi portsiyasi olib tekshiriladi, bunda leykotsituriya aniqlanadi. Tashqi jinsiy a'zolarining qattiq qichishi va oq ipir - ipir ajralma bo'lishi mikotik vulvovaginitga xosdir.

Davolash: Organizm umumiy quvvatini oshirish; birlamchi infeksiya o'choqlarini sanatsiya qilish; mahalliy davo. Qinni 1% li tanin, 1:1000 rivanol, moychechak (romashka) eritmalari bilan tozalab yuvish qilinadi. Yosh qizchalarda tarkibida 5000 TB follikulin 30,0 lanolin asosida malham ishlatiladi. Fizioterapevtik muolajalardan UBN qilinadi. Yosh qizchalarda ostritsalar (qilbosh gijjalar) sababli vulvovaginit kelib chiqqan bo'lsa, gijjaga qarshi preparatlar (piperazin) beriladi va mahalliy davolash o'tkaziladi.

Mikotik vulvovaginit bo'lsa, diflyukan, diflazon 150 mg 1 marta beriladi. Qin siteal eritmasi bilan tozalab yuviladi. Mahalliy davolash uchun menstan - krem 1% yoki tabletkasi, metrogil-V-gel, fungikeyr, klotrimazol, klion D, diflyukan kabi preparatlar qo'llaniladi. Parhezdan uglevodlarga boy mahsulotlar (non, qand, kartoshka) olib tashlanib, oqsil moddalar (go'sht, sut, tuxum) ko'paytiriladi.

Davolash natijasini qindan olingan ajratma surtmasida va bakteriologik usul bilan aniqlanadi. Agar zamburug' hujayralari topilmasa, davolash natija bergan bo'ladi.

Kolpit (vaginit)

Kolpit - qin shilliq qavatining yallig'lanishidir. Kolpitning quyidagi turlari farq qilinadi. seroz - yiringli kolpit; qarilik kolpiti; so'zakli kolpit; yuqumli kasalliklarda uchraydigan kolpit; trixomonadali kolpit; zamburug'li kolpit.

Kolpitlar qorin pastida og'riq bo'lishi, qindan shilliq - yiringli, yiringli ajratmalar kelishi, ikkilamchi vulvitlar bo'lishi, tashqi jinsiy a'zolarining qichishi, siyganda achishish paydo bo'lishi bilan xarakterlanadi. Ko'zgular yordamida tekshirilganda qin devorlarining shilliq qavati qizargan, shishgan, burmalari orasida yiring yig'ilib turganligini ko'rish mumkin.

Qarilik kolpitida qin shilliq qavatlari atrofiyalanishi natijasida tez jarohatlanadi va infeksiya tushib yallig'lanadi.

Zamburug'li kolpitda qichishish, achishish, oq ajratma kelishi kuzatiladi, ko'zdan kechirilganda oq nuqtasimon toshmalar kuzatiladi. Keyinchalik pilakcha paydo bo'lishi mumkin va ular bir biri bilan qo'shib, oq karash hosil qiladi.

Difteriya, sil, tif, skarlatina va boshqa yuqumli kasalliklarda organizmning umumiy quvvati susayib, kolpitlar rivojlanishiga olib kelishi mumkin.

Soʻzakli va trixomonadali kolpit jinsiy aʼzolarning spetsifik kasalliklarida tasvirlanadi.

Diagnostika; Anamnez; koʻzdan kechirish; bakteriologik va bakterioskopik tekshirish.

Davolash: Mahalliy davo - tashqi jinsiy aʼzolari va qinni antiseptik eritmalar bilan chayish (tsiteal), zamburugʻli kolpitlarda flunol, diflyukan yoki diflazon 150 mg (1 kapsula) 1 marta ichishga beriladi. Polijinaks qin shamcha, terjinan yoki kandibene qin tabletkalar, menstan yoki klotrimazol kremi, metrogil-V-gelplyus qinga surtiladi.

Qarilik kolpitlarida senestrol, follikulin, gidrokortizon saqlovchi malxam dorilari ishlatiladi.

Bakterial vaginozda esa dalatsin krem 1 marta har kun 3 kun davomida ishlatiladi.

Umumiy quvvatlantiruvchi muolajalar oʻtkazish (pregnavit, duovit).

Fizioterapevtik muolajalar oʻtkazish.

Endotservitsit (tservitsit)

Endotservitsit - bachadon boʻyni kanal shilliq pardasining yalligʻlanishi, uni stafillokokklar, streptokokklar, gonokokklar, ichak tayoqchalari keltirib chiqarishi mumkin.

Endotservitsitning kelib chiqishi: organizm umumiy quvvatini pasaytiruvchi kasalliklar, tugʻruq paytida bachadon boʻynining, oraliqning yirtilishi, ichki jinsiy aʼzolarning tushishi, kimyoviy, oʻtdan taʼsirlanish va quyish.

Endotservitsit oʻtkir, oʻrtacha oʻtkir va surunkali bosqichlarda oʻtishi mumkin. Oʻtkir davrida bachadon boʻyni atrofida qizarish, shish kuzatiladi.

Bachadon boʻyni kanalidan yiringli yoki shilliq-yiringli ajralma kelib turadi. Oʻrtacha oʻtkir va surunkali bosqichlarga oʻtganida qizarish va shish kamayadi, ajralma shilliq-yiringli, keyinchalik shillikli boʻladi. Endotservitsit koʻpincha eroziyalar bilan qoʻshilib keladi.

Diagnostika; Endotservitsitlarni aniqlashda anamnez, koʻzgular yordamida tekshirish, bachadon boʻyni kanalidan ajralayotgan ajratmani bakteriologik tekshirish yordam beradi.

Davolash: Antibiotiklar (tsefaleksin-Teva-500, eritromitsin-Teva), ketonal rektal shamchalari ishlatiladi. Siteal va 2% li iliq soda eritmasi bilan chayiladi. Fizioterapiylik muolajalar qoʻllaniladi. Kaliy yodid bilan elektroforez qilinadi.

Endometrit

Endometrit bachadon shilliq qavatining (endometriy) yalligʻlanishi. Endometritning oʻtkir, oʻrtacha oʻtkir, surunkali bosqichlari tafovut qilinadi.

Oʻtkir endometritning belgilari: tana haroratining koʻtarilishi, qorin pastida ogʻriq, bachadondan yiringli ajratma chiqish (badboʻy xidli), baʼzan bachadon shilliq qavat ayrim qismlarining nekrozga uchrashi natijasida metrorragiya boʻlishi xarakterlidir.

Surunkali endometrit belgilari: oqchil kelishi, biroz og'riq bo'lishi, hayz oralig'ida qonli ajratma kelishi xosdir. Bemorlar qorin pastida og'irlik sezadilar, kabziyat, uyquning buzilishi, ta'sirchanlik kuzatiladi. Ko'pchilik xollarda tuxumdon gipofunksiyasi kuzatiladi. Qin orqali tekshirilganda bachadon og'riqli bo'ladi, biroz kattalashgan, yumshoq konsistentsiyali bo'ladi, bachadon bo'yni kanalida ko'p miqdorda yiringli ajratma kelib turadi.

Diagnostika: Anamnez; umumiy va ginekologik tekshirish; bakteriologik tekshirish; ultratovush tekshirish (UTT).

Davolash: O'tkir davrida: yotoq tartibi. Qorin pastiga muzli xaltacha qo'yish tavsiya etiladi. Antibiotiklar (tsefazolin-Teva, infizol, ifitsef, tsefabid, siprinol 500 mg 2 maxal 5-7 kun). Og'riq qoldirish uchun nosteroid yallig'lanishni oluvchi preparatlar (vovenak-P, ibuprofen-Teva, norafen, nimumed, nimesil). Desensibilizatsiya qiladigan moddalar. Umumiy quvvatlantiruvchi preparatlar.

Surunkali davrida: Vitaminoterapiya: rutin 0,2x3 marta kuniga, askorbin kislotasi 0,25 x 3-4 marta kuniga. Desensibilizatsiya qiladigan preparatlar: kaltsiy glyukonat 0,5 x 3 marta kuniga, dimedrol, suprastin. Fizioterapevtik muolajalar. Tuxumdon gipofunksiyasi bo'lganida siklik gormonal terapiya o'tkaziladi.

Salpingooforit

Salpingooforit bachadon naylari va tuxumdonning yallig'lanishidir. Infektsiya tarqash yo'llari: yuqoriga ko'tariluvchi infektsiya (bachadondan); pastga tushuvchi infektsiya (qorin pardasidan); limfogen yo'l bilan.

Klinik kechishiga ko'ra; abortiv, engil, yashirin formalari tafovut etiladi.

Yashirin formasida kasallikning klinik ko'rinishi bilan patologik o'zgarishlar mos kelmaydi. Shuning uchun bemorni sinchiklab, e'tibor bilan tekshirish lozim. Klinik kechishida ikkita variant farqlanadi:

Birinci variantda jinsiy yo'llardan ko'p miqdorda sekretiya kelishi, bachadon ortiqlarida ekssudativ jarayonlar, ginekologik tekshirganda og'riq, subfebrilitet, biroz leykotsitoz. Gipoalbuminemiya, S-reaktiv oksil (Q, QQ), 17 ketosteroidlar va digidroepiandrosteron ekskretsiyasining oshishi, anovulyatsiya, sariq tana funksiyasining buzilishi aniqlanadi.

Ikkinchi variantda esa bemor umumiy ahvolidagi buzilishi, mehnat faoliyatining susayishi, kayfiyatining bekarorligi, ta'sirchanlik kuzatiladi. Chuqur paypaslanganda aorta yo'li bo'ylab, pastki kovak vena, yopqich mushaklar soxasida, dumg'aza chigali sohasida og'riq seziladi. Bachadon ortiqlari biroz kattalashgan, zichlashgan, paypaslanganda kam og'riqli bo'ladi. Qonda leykopeniya yoki leykotsitlarning soni me'yorda, limfotsitoz aniqlanadi, 17 ketosteroidlar va degidroepiandrosteron ekskretsiyasi pasayadi, sikl davrida estrogen va progesteron miqdorining etishmovchiligi kuzatiladi.

Diagnostika: Anamnez; qin orqali tekshirilganda ma'lumotlar (bachadon ortiqlarining kattalashganligi, zichlashganligi, paypaslanganda bezillab og'riqli bo'lishi); ultratovush tekshirish (UTT). Salpingooforitni tuxumdon o'smalaridan, bachadondan tashqari homiladorlikdan farqlash lozim.

Davolash: Antibiotiklar (tseftazidin-Yunik, sulperazon 1gr 2 maxal tomir yoki mushak ichiga, siprinol tabletkasi 500 mg 2 maxal 5-7 kun) va anaerob

preparatlari (metronidazol-TEVA, efloran). Og'riq qoldiruvchi preparatlar (diklofenak-ratiofarm, dikloberl). Desensibilizatsiya qiladigan preparatlar. Umumiy quvvatlaniruvchi moddalar (vitaminlar, UBN, induktotermiya, ultratovush va boshqalar). Asoratlar berganda operativ davo qilinadi.

Asoratlari: Gidrosalpinks, piosalpinks, peritonit.

Parametrit

Parametrit bachadon yon kletchatkalarining yallig'lanishi.

Pelveotsellyulit - kichik chanoq hamma kletchatkalarining yallig'lanishidir.

Parametritning kelib chiqishida aerob mikroblar birinchi o'rinda turadi. Bu jarayon diffuz yallig'lanish bo'lib, limfangit, perivaskulyar shish bilan kechadi. Limfatik tomirlar kengayib, tromb va yiringli massa bilan to'ladi. Ekssudat seroz, seroz yiringli, yiringli bo'lishi mumkin.

Parametritlar: yon parametrit, oldingi parametrit, orqa parametritlarga bo'linadi.

Parametritning klinikasi tana haroratining 38-39°S gacha ko'tarilishi, bemorning titrashi, qorin pastida og'riq bo'lishi bilan xarakterlanadi. Tili nam, kabziyat bo'ladi. Qonda EChT tezlashadi, leykotsitoz kuzatiladi. Agar yallig'lanish jarayoni qorin pardasiga o'tsa, kuchli og'riq bo'ladi. Qin orqali va to'g'ri ichak orqali tekshirilganda bachadon yon tomonida, oldingi orqa tomonda infiltrat aniqlanadi. Boshida infiltrat keng boylam kletchakasining yuqorigi yoki pastki qismida aniqlanadi. Keyinchalik hamma qismlarigacha kirib boradi.

Qin orqa gumbazi bo'rtib chiqadi. Infiltrat paypaslaganda kam og'riqli, konsistentsiyasi oldin yumshok, keyinchalik qattiq bo'ladi. Orqa parametritda to'g'ri ichak orqali tekshirilganda infiltrat yaxshi aniqlanadi.

Parametritni tuxumdon abstsessidan, ekssudativ pelvioperitonitdan, piosalpinksdan, bachadon miomasi va kistomasidan, saraton infiltratidan farqlash lozim. Yuqoridagi belgilar, tekshirish natijalaridan olingan ma'lumotlarga ko'ra parametrit ekssudati joylashgan tomonda spina iliasa anterior superior ustida perkutor tovushning to'mtoqlashishi, ekssudativ peritonitda to'mtoq tovushning yo'qolishiga qarab parametritni boshqa kasalliklardan ajratish mumkin.

Boylamlararo miomalar va kistomalar yumshoq shaklda bo'lishi va tana harorati ko'tarilmasdan kechishi bilan xarakterlanali.

Rak infiltrati anamnez, ko'zdan kechirish, bachadon bo'ynini, qinni paypaslab ko'rish va sitologik tekshirish orqali aniqlanadi.

Pelvioperitonit kichik chanoq qorin pardasining yallig'lanishidir.

Infektsiya limfogen va gematogen yo'llar bilan o'tadi. Ko'pincha salpingooforit bilan qo'shilib keladi. Ko'p xollarda ayollar pelvioperitonitdan tuzalib ketadilar. Ba'zan esa kasallik umumiy peritonitga o'tib ketishi mumkin.

Qorin pardasining to'g'ri ichak va bachadon aro abstsessi

Buni keltirib chiqaradigan sabablar: infektsiyaning naylar orqali limfogen yo'l bilan o'tishi; kriminal (jinoiy) abort qilinganda shikastlanish; chanoq korin pardalarida tarqalgan peritiflitik infiltrat; naydagi homiladorlikda nay yorilishi va gematomaning infektsiyalanishi.

Kasallik kechishi: boshlang'ich davrida asosiy kasallik belgilari (salpingooforit, appenditsit va x.k) kuzatiladi. Keyinchalik bunday yiring yig'ila borib intoksikatsiya belgilari, siyish va defekatsiyaning qiyinlashuvi kuzatiladi. Borib-borib infiltrat so'rilishi, abstsess qinga yoki to'g'ri ichakka yorilishi mumkin. Abstsess yorilgandan keyin bemor ahvoli yaxshilana boshlaydi. Agar abstsess qorin bo'shlig'iga yorilsa, tarqalgan peritonit paydo bo'ladi.

Diagnostika: Yuqoridagi belgilarga asoslanadi. Qin va to'g'ri ichak orqali ko'rik o'tkazilganda orqa gumbaz orqali tilsimon yoki yarim sharsimon shaklda bo'rtib chiqqan flyuktuatsiyalanuvchi infiltrat, konsistentsiyasi kasallikning boshida qattiq, keyinchalik yiring xosil bo'lgandan keyin yumshaydi. Uni quyidagi kasalliklardan farqlash lozim: ekssudativ parametrit, bachadon nayidagi homiladorlikda, nay yorilishida xosil bo'lgan infektsiyalangan gematoma, piosalpinks, tuxumdon abstsessi

Eksudativ parametrit juda kuchli va bemor umumiy ahvolining birdan yomonlashuvi bilan kechmaydi. Bachadon to'g'ri ichak abstsessida infiltrat tilsimon yoki yarim sharsimon shaklda orqa gumbazdan bo'rtib turadi. Bu infiltrat to'g'ri ichakning yon devorida emas, faqat oldingi devorida aniqlanadi. Parametral infiltrat esa gumbazning orqa va yon tomonlarida

bo'rtib, bachadon va to'g'ri ichak devorlariga yaqinlashib ularni yarim aylana shaklida o'rab oladi. Parametral infiltrat chanoq devorlariga yopishadi, to'g'ri ichak bachadon abstsessida yopishmaydi.

Bachadon nayi homiladorligi yorilishidan xosil bo'lgan infektsiyalangan gematoma hayz kechishi, postgemorratik anemiya kuzatiladi va kasallik boshlanishida harorat normal bo'ladi, keyin tana harorati ko'tariladi. Qonda leykotsitoz, leykotsitar formulaning chapga siljishi kuzatiladi. Orqa gumbaz punktsiya qilinganda olingan ma'lumotlarga qarab, bu kasalliklarni bir-biridan ajratish mumkin (abstsessda yiring, nay yorilganda qon olinadi).

Piosalpinksda nay retortasimon shaklda bo'ladi. Ko'pincha ikki tomonlama notekis bo'ladi. Tuxumdon abstsessi. Yumaloq yoki oval shakldagi xosila aniqlanadi. Bu xosila bachadon orqasida yoki yon tomonida aniqlanadi.

Pelvioperitonit va parametritni davolash: Davolash kompleks xolda olib boriladi: organizmga umumiy ta'sir qilish; infektsion jarayonga ta'sir qilish; simptomatik davo; fizioterapevtik davo; xirurgik usulda davolash. Bemorga tinch holat beriladi. Yotoq tartibi tayinlanadi, bemor juda ta'sirchan bo'lsa, brom preparatlari beriladi. Infektsiya o'choqlari sanatsiya qilinadi. Intoksikatsiyaga qarshi kurashish uchun bemorga ko'p suyuqlik ichish buyuriladi va dezintoksikatsion preparatlar tayinlanadi. Bemorga umumiy quvvatlantiruvchi preparatlar, oqsil moddalar quyiladi. Vitaminoterapiya o'tkaziladi. Keng spektrli antibiotiklar: vankomitsin-TEVA, roksitromitsin-LEK, sulperazon, editsin, ifetsef, seftozidin-YuNIK, amoksiklav 1-2 gr 3 mahal yoki siprinol 500 mg 2 mahal tomir ichiga tomchilab, 5-7 kun yuborish bilan birgalikda, efloran, metronidazol-TEVA beriladi. Ular 5-7 kundan ko'p tayinlanganda disbioz va kandidomikozlarning oldini olish uchun diflyukan buyuriladi.

Simptomatik davo qilinganda bemorga og'riq qoldiruvchi preparatlar beriladi (dikloberl, ketonal 0,1g mushak ichiga yoki rektal shamchada 1-2 mahal).

O'tkir davrida qoringa muzli xaltacha, keyinchalik issiq grelka quyiladi.

Hayz sikli buzilganda gormonal terapiya o'tkazish mumkin. To'g'ri ichak bachadon abstsessida orqa kolpotomiya qilinib, yiringli bo'shliqqa drenaj quyiladi. Agar parametral infiltrat yiringlagan bo'lsa, orqa gumbaz punktsiya qilinadi. Yiring chiqsa, orqa kolpotomiya qilinadi. Agar parametral jarayon pupart boylami ustida qorin pardasining oldingi devoriga o'tsa, qorin pardasidan tashqari laparotomiya qilinadi.

Algodismenoreya

Hayzning og'riqli va sikli buzilib kelishi. Bunda qorin pastida dardsimon og'riqlar kuzatiladi, bel sohasida ham og'riqlar, umumiy xolsizlik bo'ladi. Algomenoreya bo'lishi ham mumkin. Birlamchi (funktSIONal) algomenoreya - ichki a'zolarning anatomik o'zgarishlari bilan bog'liq emas. Ikkilamchi algomenoreya - kichik chanoqdagi a'zolarning patologik o'zgarishlari bilan bog'liq. Ikkilamchi algomenoreya sabablari quyidagilar: endometrioz, ichki jinsiy a'zolar anomaliyasi, surunkali yallig'lanish kasalliklari va boshqalar.

Birlamchi algomenoreya yosh ayollarda va qizlarda uchraydi. Ko'pincha menarxe boshlangach 1-1,5yildan keyin uchraydi.

Davolash: Ibuprofen TEVA, norafen, nimulid, butadion, vovenak-P, melbek-forte, diklofenak-ratiofarm, indometatsin tabletkasi hayz boshlanishidan 2-3 kun oldin ichiladi. Bu dorilar 3-4 oy davomida ichiladi. Kindik soxasiga elektroforez qo'llaniladi. Sintetik progestinlar, regivedon, mikroginon tavsiya etiladi. Vitamin E 5-10% - 1,0 №10, igna bilan davolash usuli qo'llaniladi.

Endometrioz

Endometrioz - bachadon shilliq qavati (endometriy) hujayrasining bachadondan tashqarida joylashib, taraqqiy qilishiga aytiladi. Endometrioz o'zgarishi bo'lgan erdan to'qimani olib, mikroskop ostida qaralsa, keskin chegaralangan, mayda pufakchaga o'xshash bo'shliq yoki ari uyini eslatadigan alomatlar ko'riladi. Pufakchalar ichida shilimshiq modda yoki qoramtirroq parda bilan qoplangan, gistologik tuzilishi bilan xuddi bachadon bo'shlig'i shilliq qavatining tuzilishiga o'xshaydi.

Endometrioz joylashgan o'choqda proliferatsiya, sekretiya yoki hayz ko'rganda ajraladigan qonga o'xshash qon quyilish belgilari kuzatiladi, ya'ni bachadon shilliq qavatidagi tuxumdondan ajralib chiqadigan steroid va gonadotrop ta'sirida bo'ladigan siklik o'zgarishlarga o'xshash alomatlar kuzatiladi.

Endometriozlar esa o'z atrofida joylashgan o'sib kirish xususiyatiga ega. Bu bilan to'qimalarga proteolitik ta'sir qilib ularni parchalab, undan ham chuqurroq qismlarni zararlantirishi mumkin. Endometrioz chegarasi notekis bo'lib, u seroz, mushak va shilliq qavatlarga, teriga, suyak usti pardasiga, xatto suyak to'qimasiga ham o'sib kiradi, endometrioz pufakchasi yorilganda a'zoning hamma qismlariga qon, limfa yo'llari orqali tarqalishi kuzatiladi. Ginekologik kasalliklar orasida endometrioz 8-30% xollarda uchraydi.

Endometriozning kelib chiqish sabablari:

- 1896 yili Liklengauzer tug'ma embrionlarning qoldiqlaridan tashkil bo'lishini ta'rifladi;

- 1896 yili Ivanov qorin pardasining mezoteliy qavatida endometrioz shakllanishini ta'rifladi;

- implantatsion nazariya;

- migratsion nazariya;

- immunologik nazariya;

- Startseva taklifi bo'yicha T-limfotsitlar xos hujayralarning qon orqali tarqalishi.

- gormonal nazariya. Bu nazariya tarafdorlari estrogen moddasini tajribada ko'p miqdorda yuborib, endometrioz kasalligini paydo qilganlar.

Endometriozning yuzaga kelishi va rivojlanish nazariyasi.

1. Embrional nazariya: bu nazariyaga asosan endometroid geterotopiyalar paramezoneftral (Myuller) yo'llar yoki embrional qoldiq hujayralaridan rivojlanadi (bulardan keyinchalik jinsiy a'zolari va endometriy vujudga keladi).

2. Implantatsion nazariya: bachadon shilliq qavatining hujayralari hayz davrida hamda ginekologik muolajalar vaqtida jinsiy a'zolar yaqinidagi to'qima va a'zolarga tarqalishi mumkin, ya'ni ginekologik tashhis vaqtida, bachadon naylariga havo yuborilganda, eroziyani elektrokoagulyatsiya qilinganda, endometriozni to'g'ri ichak va bachadonning mushak qatlamida, bachadon keng boylamining orqa tomonida ko'proq uchrashi bu nazariyaning to'g'riligini isbotlaydi.

3. Metaplastik nazariya: endometriozning yuzaga kelishida metaplaziyaga uchragan qorin pardasi mezoteliysi turadi (Mayer).

4. Endometrioz paydo bo'lishida irsiy omilning ham ahamiyati bor.

5. Neyro-endokrin nazariyasiga asosan gipotalamo-gipofizar tuxumdon tizimidagi bog'liqlikning buzilishi, tuxumdon ish faoliyatining o'zgarishi natijasida follikullar etilishining sekinlashishi organizmda estrogen gormonlarning kamayishiga sabab bo'ladi, ovulyatsiyaning kechikishiga va sariq tana faoliyati sustlashishiga olib keladi. Organizmda nisbiy estrogenemiya rivojlanadi, bu esa o'z navbatida endometrioz yuzaga kelishiga sababchi bo'ladi (A.N. Strijakov 1986).

6. Immunologik nazariya - endometrioz autoimmunologik kasallik ekanligi ta'kidlanadi: T-hujayra immuniteti pasayib, B-limfotsitlar tizimining faollashishi oshishi, immunoglobulin G va A ko'payib, endometrioz to'qimalariga nisbatan autoantitelolar paydo bo'lganligi aniqlangan (N.V. Startseva, 1983). T-limfotsitlar kamayishi bilan ularning retseptor apparati, T-supressorlar va T-lifotsitlarning xelper omilni ishlab chiqarishi pasayadi (L.Ya. Suprin).

Jinsiy a'zoldan tashqarida rivojlangan endometrioz 5% xolatda uchraydi, bunda ko'proq to'g'ri ichakda, tug'ruqdan keyingi chandiqlarda, kindik sohasidagi endometriozlar kuzatiladi.

1. Kasallikning klinik manzarasi, endometriozning qaysi soxada joylashganligiga bog'liqdir. Endometriozning asosiy va doimiy belgilaridan biri og'riqdir. Bemor qorinning pastki sohasida va belida kuchsiz, uzoq davom etadigan og'riqlar kuchayganidan shikoyat qiladi, hayz tsikli davrida og'riqlar kuchayganligidan shikoyat qiladi. Og'riq hayz kunlaridan oldin paydo bo'lib, kuchayib hayz kunlari va undan keyin ham bemorni bezovta qiladi. Bu og'riqlar endometrioz o'chog'idagi bez to'qimalarning bo'rtishi, to'qimalarning ichi berk bo'shliqlarida suyuqliklarida suyuqlikning to'planishi natijasida kelib chiqadi.

Endometrioz tasnifa

Genital		Ekstragenital
Ichki		
Bachadondagi adenomioz	<p>A. Qorin bo'shlig'idagi bachadon naylarida, bachadon bo'yni orqasida, tuxumdonlarda, to'g'ri ichak va bachadon orasidagi bo'shliqda, bachadonning yumaloq boylamlarida.</p> <p>B. Qorin bo'shlig'idan tashqaridagi bachadon bo'yni soxasida, qinda</p>	Tug'ruqdan keyingi tug'ruq chandiqlarining endometrioz to'g'ri ichak soxasida, siydik pufagida, charvida, jigarda, buyraklarda, o'pkada, kon'yunktivada va boshqalar.

2. Bachadon endometrioz hayz siklining buzilishiga, qo'shni a'zolardan to'g'ri ichak, siydik chiqarish yo'llari faoliyatining buzilishiga olib keladi. Shunga ko'ra ayol siyish vaqtida og'riqlar bo'lishidan, tez-tez siyishidan shikoyat qiladi. Hayz siklining buzilishi hayz siklidan 3-4 kun oldin va hayz tamom bo'lishidan keyin yana 3-4 kungacha oz mikdorda qoramtir rangda qon ketishi, hayz ko'rish davri 10 kun va undan ko'proq davom etib, ajralgan qonning mikdori ko'p bo'lishi va og'riqlar bilan kechishi adenomioz kasalligiga xos belgilar hisoblanadi.

3. Hayz vaqtida ko'p qon ketishiga asosiy sabablar: tuxumdon faoliyatining buzilishi (anovulyatsiya); bachadon mushaklarining qisqarish xususiyatining buzilishi; qon ketadigan yuzaning kattalashganligi natijasidir.

Endometrioz bilan kasallangan a'zo, hayz ko'rish oldidan kattalashganini va hayzdan so'ng esa yana oldingi hajmda bo'lishi kuzatiladi. Kasallangan bemorlarda ovulyatsiya jarayonning bo'lmasligi tufayli, sekretor fazaning etarlicha rivojlanmaganligi, kichik chanoq bo'shlig'idagi a'zolda ko'pincha yallig'lanish alomatlari bilan birgalikda kechganligidan chandiqlar paydo bo'lishi.

4. Bepushtlik - ichki va tashqi endometrioz belgilaridan biri. Buning sabablari: anovulyatsiya, sekretor fazaning etarlicha rivojlanmaganligi, kichik chanoq bo'shlig'idagi a'zolda ko'pincha yallig'lanish alomatlaridir.

Ko'pincha endometrioz to'qimalari qonga so'rilishi natijasida hayz vaqtida tana haroratining ko'tarilishi kuzatiladi.

Endometrioz kasalligida chandiqlarning rivojlanishi sababli 52,6% holatda bachadonning kichik chanoqda joylashishi va uning harakati buziladi.

Endometriozning klinik kechishiga qarab engil, o'rta va og'ir darajalari kuzatiladi. Kasallik engil darajada kechganda bemor shikoyat qilmasligi ham mumkin. Kasallikning klinik belgilari unchalik ko'zga tashlanmaydi. Kasallik o'rta va og'irlikda kechganda endometrioz belgilari ko'zga yaqqol tashlanadi. Kasallikning og'ir darajasida bemorning ahvoli ancha og'ir bo'lib, kasallik uzoq vaqt davom etadi, qayta-qayta xuruj qiladi.

Asosiy tashhis, kasallikning rivojlanish tarixiga, uning klinik belgilariga, qin orqali tekshirib, bachadon bo'shlig'iga kirib gistologik tekshirishdan so'ng,

gisteroskopiya, laporoskopiya, UTT, gisterosalpingografiya (bachadon va bachadon naychalarini rentgenda ko'rish) va boshqa uslublarga asoslanib qo'yiladi.

Solishtirma tashhisi. Endometriozning joylashishiga qarab quyidagi kasalliklar bilan taqqoslanadi:

Bachadon bo'yni endometriози	Bachadon bo'ynidagi o'sma kasalligi, eroziyasi, endotservitsit, eritroplakiya bilan.
Adenomioz	Bachadon miomasi, disfunktsional qon ketishi bilan.
Tuxumdon endometriози	Tuxumdonning yallig'lanishi natijasida xosil bo'lgan shishlar va tuxumdonning o'smalari bilan
Qin endometriози	Qin yarasi, uning yallig'lanishi, xorionepiteliomaning qindagi metastazi, leykoplakiya bilan
Bachadon bo'yni orqasidagi endometriози	To'g'ri ichak o'smasi, parametrit, qin, tuxumdon o'smasining III darajasi bilan.

Jinsiy a'zolarining tashqi endometriози, qorin bo'shlig'idan tashqarida joylashgan endometriozlar.

1. Qin endometriози ko'pincha, bachadon bo'yni endometriози bilan birgalikda uchraydi, endometrioz tugunchalari dumaloq va noto'g'ri shakldagi ko'kimtir rangda bo'lib, hayz ko'rganda bu tugunchalardan ham qon ajralib chiqadi.

2. Bachadon bo'yni endometriози so'nggi yillarda ko'p uchramokda. Bu asosan eroziyalarni davolashda diatermokoagulyatsiyaning keng qo'llanilishi sababli rivojlanib, xosil bo'lgan yara yuzasiga hayz qoni orqali ajralib chiqqan endometriy hujayralarining joylashib, o'sishi natijasida kelib chiqadi. Bu holat diatermokoagulyatsiyani hayzning ikkinchi yarmida bajarilganidan sodir bo'ladi. Chunki diatermokoagulyatsiyadan keyin xosil bo'lgan o'lik to'qima ajralib tushgandan so'ng, tozalanayotgan yara yuzasi ochilib qolganligi tufayli, xali bitib ulgurmasdan, ikkinchi marta hayz kunlari to'g'ri kelgandagina endometrioz rivojlanadi. Bachadon bo'yni endometriози sun'iy abortda bachadon shilliq qavatini diagnostik maqsadda tozalanganda, bachadon bo'yni shikastlanishi natijasida yuzaga kelishi mumkin. Endometrioz o'choklari qizil rangda bo'lib, hayzdan 1-2 kun oldin ko'kimtir rangga aylanadi va hajmi kattalashadi. Hayzdan oldin va keyin qonning kam miqdorda surtilib kelishi bachadon bo'yni kanalining yuqori qismi shilliq qavatining shikastlanishidan darak beradi. Endometrioz psevderoziya va surunkali endotservitsitga ham o'xshashi mumkin.

3. Bachadon naylari endometriози. Bu kasallik bachadon va tuxumdon endometriози bilan birgalikda uchraydi. Endometrioz tugunchalari bachadon naychasining seroz va seroz usti qavatida joylashib, ular juda ham kichik bo'ladi. Klinik belgilari bachadon va tuxumdon endometriози belgilariga o'xshash bo'ladi.

4. Tuxumdon endometriози dastlab tuxumdon yuzasida ko'pgina mayda endometrioz tugunchalari rivojlanadi, so'ngra bu tugunchalar yorilib, hammasi tuxumdonda yagona bo'shliq xosil qiladi, bu bo'shliqqa qoramtir quyuq qon

yig'ilib, tuxumdon hajmi kattalashadi va kistaga aylanadi. Kistalar bir yoki ikki tomonlama bo'lib, 0,5-10 sm gacha boradi. Kistalar ichidagi gemorragik suyuqlik to'q jigarrangda bo'lganligi tufayli shokoladsimon kista nomi bilan yuritiladi. Shu suyuqlikning to'planishi jarayonida endometrioz kistalari yorilishi mumkin, bunda qorinda qattiq og'riq paydo bo'lishiga, bu esa qorin bo'shlig'ida tuxumdon atrofida chandiqlar xosil bo'lishiga olib keladi.

Tuxumdon endometrioz tarqalish darajasiga qarab 4 ga bo'linadi:

I-darajasida mayda nuqtasimon endometrioz o'choqlari tuxumdon tashqi yuzasida va qorin pardasining to'g'ri ichak va bachadon orasidagi chuqurligida kuzatiladi;

II-darajasida tuxumdonning bir tomonlama kistasi xolida uchrab, hajmi 5-6 sm, kichik chanoq qorin pardasida nuqtasimon endometrioz o'choqlari va bachadon ortiqlari atrofida chandiqlar xosil bo'lishi kuzatiladi;

III-darajasida endometrioz kistalari ikki tomonlama joylashib, hajmi 5-6 sm va undan katta bo'ladi, endometrioz o'choqlari bachadon va bachadon ortiqlarining seroz qavatiga, kichik chanoq qorin pardasiga tarqalgan chandiqlar xosil qiladi;

IV-darajasida tuxumdonning ikki tomonlama shikastlanishiga qo'shni a'zolarining shikastlanishi qo'shiladi. Asosiy klinik ko'rinishi og'riq bo'lib, bepustlik alomatlari kuzatiladi.

Og'riq tarqalish darajasiga qarab har xil bo'ladi, ayniqsa og'riq hayzdan oldin va hayz vaqtida kuchayib, to'g'ri ichak va bel, dumg'aza soxasida ko'proq bezovta qiladi. Ko'pchilik xollarda og'riqning kuchayishi, ko'ngil aynishi, qusish bilan birga kuzatiladi. Qin orqali ko'rilganda bachadon bilan qo'shilgan, chegarasi va hajmi aniq bo'lmagan o'sma aniqlanadi.

Tuxumdon endometrioz kechishi uzoq vaqt davom etib, kuchli og'riqqa sabab bo'ladi, ko'pchilik xollarda ayollar ish qobiliyatini pasaytiradi.

Bachadon bo'yni orqasi endometrioz - bu asosan bachadon bo'yni orqa yuzasida va dumg'aza bachadon boylamlari birikkan soxada rivojlanadi.

Tarqalish darajasiga qarab 4 ga bo'linadi: endometrioz o'chog'i to'g'ri ichak va qin oralig'idagi yog' to'qimasining qatlamlari atrofida joylashadi; endometrioz bachadon bo'yniga va qin devorlariga tarqaladi; jarayon to'g'ri ichak seroz qavatiga va bachadon dumg'aza boylamiga o'tadi; jarayon to'g'ri ichakning shilliq qavatiga, to'g'ri ichak va bachadon oralig'idagi bo'shliqqa tarqalib, juda ko'p chandiqlar xosil bo'lishiga sabab bo'ladi.

Qin orqali ko'rilganda bachadon bo'yni yuqori qismining orqasida qattiq, notekis, harakatsiz tugunchalar aniqlanib, ularni paypaslaganda qattiq og'riq seziladi. Tugunchalar hayz boshlanishidan oldin kattalashganligini aniqlash mumkin. Asosiy belgisi doimiy og'riq bo'lib, bu og'riq hayzdan oldin va hayz vaqtida kuchayadi. Og'riq dumg'aza soxasiga, to'g'ri ichakka, qin soxasiga tarqaladi.

Bachadon tanasining endometrioz - adenomioz

Asosan 40-50 yoshdagi ayollarda uchraydi. Bachadon adenomiozi sun'iy abortlardan keyin, gisterografiya, davolash gidrotubatsiyasi, biopsiya olish va boshqa muolajalardan keyin rivojlanadi.

Adenomioz tarqalish darajasiga qarab 4 ga bo'linadi:

- endometrioz bachadon shilliq qavatining bazal qismida joylashadi;
- jarayon miometriy qavatiga tarqalgan;
- bachadonning hamma qavatlariga jarayon tarqalgan;
- jarayon parietal qorin pardasi va qo'shni a'zolariga tarqalgan.

2-4 darajalarida bachadon endometrioz mushak tolalarining giperplaziyasi kuzatilib, bu bachadon hajmining kattalashuviga olib keladi. Og'riq va hayz vaqtida qon ko'p ajralib, hayz siklining uzoq davom etishiga olib keladi.

Ayniksa, endometrioz bachadonning hamma qavatlariga tarqalgan bo'lsa, kuchli og'riq kuzatiladi va hayzdan oldin bachadonning kattalashganligi aniqlanadi. Endometriozda hayz siklining buzilishi har xil, xususan giperpolimenoreya, metrorragiya hamda hayzdan oldin va undan keyin 3-4 kun qonning surtilib kelishi kuzatiladi. Ko'pchilik bemorlarda qorinning pastida doimiy og'riq seziladi, tez-tez siyish va hayzdan oldin og'riq bo'lishi kuzatiladi.

Endometrioz kasalligiga tashhis qo'yish uchun quyidagi usullardan foydalaniladi:

Qin orqali tekshirish, qin orqali hayz sikli dinamikada, ya'ni vaqti-vaqti bilan ko'riladi, bachadon o'smalarining hayzdan oldin va hayz vaqtida kattalashganligi aniqlanadi.

Kolposkopiya usulidan foydalanilganda bachadon bo'ynidagi boshqa o'zgarishlar bilan taqqoslanadi.

Mo'ljalli biopsiya va gistologik tekshirish usuli endometriozni aniq tashhishlashda asosiy o'rin tutadi.

Diagnostika maqsadida bachadon bo'shlig'idan va bo'ynidan qirma olish.

Gisterosalpingografiyada 33-80% xollarda to'g'ri tashhis qo'yish mumkin (G.M. Savel'eva). Bu usul hayz siklining 5-7 kuni amalga oshiriladi. Kontrast modda yuborilganda «kontur orqa soyasi» ni hosil qiladi.

Gisteroskopiya - hayz siklining 5-7 kunida qo'llaniladi. Och pushti shilliq qavatda to'q qizil rangli nuqtalarni ko'rish mumkin.

UTT da bachadon devorida mayda kistali o'zgarishlar ko'rinadi.

Laparoskopiya.

Rektomonoskopiya - endometrioz o'choqlari to'g'ri ichakda joylashganda yoki yo'g'on ichakka yaqin joylashganda qo'llaniladi.

Davolash: Bemorlarni davolash uchun bemorning yoshini, jarayonning qaerda joylashganligi, tarqalish darajasi, jarayon joylashgan erdagi atrof to'qimalarning yallig'lanish alomatleri bor yoki yo'qligi hisobga olinadi.

Reproduktiv yoshidagi ayollarda homilador bo'lish uchun quyidagi uslublar qo'llaniladi: prostoglandinsintetazaning intibitorlari (indometotsin, metindol, naprosin); organizmning immunologik xususiyatlarini oshirish uchun immunokorruktorlar; gormonlar bilan davolash, ya'ni endometrioz o'choqlaridagi siklli o'zgarishlar so'ndiriladi; yallig'lanish alomatlerini davolash; trankvilizatorlar (tazepam va boshqalar); sistemali enzimoterapiya (vobenzim); jarrohlik uslubi bilan davolash.

Gormonlardan asosan progesterinlar tavsiya qilinadi (progesteron, 17 OPK, depo-provera, depostat, orgametril, dyufaston, norkolut, atsetomeprogenal va

boshqalar). Sintetik progestinlar 5-kundan to 25-kungacha ichiladi, dyufaston kuniga 3 oy davomida, keyin 3 oyligida 2 jadvaldan buyuriladi. Davolashni 3 oydan 6 oygacha, 1-2 yilgacha davom ettirish mumkin. 17 OPK 12,5%-2,0 6 oy davomida 1 haftada 1 marta.

Estrogen-gestagen preparatlardan mikrogenon, anovlar, marvelon, rigevidon, diane-35; antiestrogenlardan esa tamoksifen, toremifen; anabolik steroidlardan retabolil kullaniladi.

Gonadoliberinlar agonistlari - endometriozni konservativ davolashda keng qo'llaniladi (zoladeks, dekapeptil, nafarelin, buserelin). Bu vositalar har kuni burunga tomiziladi yoki teri ostiga in'ektsiya qilinadi, undan tashqari bu vositalarni qorin oldiga depo in'ektsiya qilish ham mumkin.

Gonadoliberinlar antagonistlari ta'sirining juda qisqaligi tufayli ularni premenopauzada yoki jarrohlik davolashdan oldin qo'llash maqsadga muvofiqdir.

Endometriozni davolash va homiladorlikning oldini olish maqsadida 38-50 yoshgacha bo'lgan ayollarga norkolut 1 tabletkadan hayz davrining 5-kunidan 25-kunigacha berish mumkin. 48-50 yoshdan kattalarga erkaklar gormonlari: testosteron propionat 2,5% yoki 5% - 1,0 mG'o, metiltestosteron, sustanon-250.

Adenomiozning I-II darajasida konservativ davolansa, III-IV darajasidagi kasallanishida esa, jarrohlik uslubi qo'llaniladi. Jarrohlik uslubida davolash asosan gormonlar bilan davolashning nafi bo'lmay, ayollarda hayz sikli buzilib qon ko'p ketib, kamqonlik rivojlangan bo'lsagina qo'llaniladi, shundan keyin esa gormonlar bilan davolashni davom ettirish zarur, aks xolda kasallik yana qaytalashi mumkin.

Fizioterapevtik davolash: sulfat magniy bilan elektroforez 20 martagacha qilinadi. Kaliy yoddan 5%, 10%, 33% dan elektroforez yoki 1% - 50 ml klizmada yuborish. Amidopirin yoki novokain bilan elektroforez, 10-20 marta. Elektroforez, hayzning birinchi yarmida 40% mis sulfat bilan va hayzning ikkinchi yarmida 4% rux bilan qilinadi. Tripsin, ximotripsin bilan elektroforez. Qorin pastki qismiga solkoseril bilan ul'trotovush qilinadi.

Magnit maydoni qo'llaniladi. Rodon vannasi tavsiya qilinadi.

Profilaktikasi. Tashviqot va targ'ibot ishlari; kontratseptiv vositalar va moddalarni keng qo'llash, abortlarning oldini olish. Davolash va diagnostik muolajalarni hayz sikliga ahamiyat bergan xolda bajarish lozim.

BOB BO'YICHA AMALIY KO'NIKMALAR

Zndometrioz kuzatilgan bemorlar kuratsiyasi, kundalik olib borish, taxminiy tashhis qo'yish va kerakli klinik laborator tekshiruvlarga yo'llanma berish. Tekshirish uchun reja tuzish va tahlillarni muhokama qila bilish.

Shu bilan birga quyidagi amaliy ko'nikmalarni qila bilish kerak:

Bimanual tekshirish.

Qinni ko'zgular orqali tekshirish.

Bakteriologik va bakterioskopik tekshiruvlarga surtma olish.

5 BOB QON KETISH SINDROMI HAYZ SIKLI BUZILISHLARI. TASNIFLARI

Hayz sikli buzilishining sabablari juda ko'p. Kasallik polietiologikdir. Ayrim sabablari: organizmning yoshiga bog'liq bo'lgan omillar, ruxiy holatlar, oilada va ishda bo'ladigan ko'ngilsiz voqealar, periferik endokrin bezlar faoliyatining buzilishi, o'tkir va surunkali yallig'lanish jarayonlari, jinsiy a'zolaridagi o'smalar va hokazo. Etiologik omillar ichida ayniqsa, qizlarning jinsiy rivojlanish davrida boshlaridan kechirgan yuqumli kasalliklarini aniqlash katta ahamiyatga egadir. Virusli hepatitda faqat tuxumdonda morfologik jihatdan o'zgarishlar ro'y berib qolmay, balki gipotalamusda ham xuddi shunga o'xshash o'zgarishlar yuz berishi kuzatilgan. Endogen va ekzogen omillar hayz siklini boshqaruvchi gipotalamus-gipofiz-tuxumdon tizimining turli qismlariga ta'sir ko'rsatishi oqibatida disfunktsional qon ketishi ro'y berishi mumkin.

Fiziologik holatda hayz siklini boshqarishda bosh miya po'stlog'i, gipotalamus, gipofiz, tuxumdon va bachadonning ahamiyati katta. Bu a'zolar o'zaro bog'liqdir. V.T. Vogralikning (1973) izohlashicha, organizmdagi gormonal tizim faoliyatini boshqarishning buzilishiga quyidagi holatlar sabab bo'ladi:

- endokrin bezlardan birining neyro-gormonal (gipotalamus-gipofiz) omillar ta'sirida faoliyati buzilishi;

- infeksiya, intoksikatsiya, jarohatlar, o'smalar tufayli bir yoki bir necha bezlar faoliyatining etarli bo'lmaligi;

- ayrim ma'lum bezlarda gormonlarning vujudga kelishida fermentlar stimulyatsiyasining etarli bo'lmaligi;

- biron bir gormonning organizmning kerakli joyiga etib bormasaligi;

- gormonlar ta'sir qilish sharoitining buzilishi;

- ba'zi bir gormonlar ta'sir qilish faoliyatining buzilishi.

Hayz sikli buzilishining tasnifi:

1. Amenoreya - 6 oy mobaynida hayz sikli bo'lmaligi.

2. Bachadondan disfunktsional qon ketish (ovulyator va anovulyator).

3. Algodismenoreya.

4. Bachadondan atsiklik qon ketishi.

Amenoreya

Olti oy davomida hayz bo'lmaligi mustaqil kasallik bo'lmagan, bir qancha kasalliklarning mahalliy va umumiy belgisi hisoblanadi.

Amenoreyaning quyidagi turlari bor:

Soxta amenoreya - tuxumdon va boshqa a'zolarida o'zgarishlar bo'lib, bu xil amenoreya ko'pincha mahalliy sabablarga bog'liq; qizlik pardasi butunligi, qin atrofiyasi, bachadon bo'yni kanali atreziyasi sababli yuz berishi mumkin. Bunda qon qinga, bachadon bo'yniga va naylarga to'planib qoladi.

Chin amenoreya - hayz sikli boshqaruvining 5 xalqasidan birida sezilarli o'zgarishlar bo'lganda yuzaga keladi va shunga bog'liq xolda jinsiy gormonlar ishlab chiqarish davriyligi buziladi va hayz ko'rilmaydi.

Fiziologik amenoreya - bu xolda ayol organizmidagi ayrim fiziologik holatlar sababli hayz bo'lmaydi: bolalik davrida, homiladorlik davrida, laktatsiya davrida, menopauza.

Patologik amenoreya - ayol organizmida kechayotgan patologik holatlarda hayzning bo'lmashligi.

- Birlamchi - hayzning bolalik davridan boshlab kelmasligi:

- Ikkilamchi - hayzning avvaliga kelib, so'ngra ayrim sabablarga ko'ra to'xtab qolishi. Bizga ma'lumki, hayz siklining boshqarilishida 5 xalqa ishtirok etadi: po'stloq - gipotalamus - gipofiz - tuxumdon - bachadon. Mana shu xalqalardan birortasining buzilishi amenoreyaga olib keladi va uning quyidagi shakllari bo'ladi: gipotalamik amenoreya; gipofizar amenoreya; tuxumdon amenoreyasi; bachadon amenoreyasi.

Amenoreya sabablari

- gormonal buzilishlar - tuxumdon, gipofiz va boshqa a'zolarning zararlanishi tufayli yuzaga keladigan;

- MNT kasalliklari (shozofreniya, miya o'smalari, meningoentsefalit, ruxiy travma);

- o'tkir va surunkali infeksion kasalliklar;

- surunkali intoksikatsiya bilan kechadigan kasalliklar;

- alimentar omillar - ochlik, kamqonlik, semizlik;

- ekstragenital kasalliklar: yurak-tomir kasalliklari, jigar kasalliklari;

- bachadon kasalliklari. endometrit.

Aytilgan sabablarning deyarli barchasi amenoreyaga olib keladi va asosiy kasalliklarning yakuniy natijasi ko'rinishida bo'ladi.

MNT ning organik shikastlanishida birlamchi amenoreya kamdan-kam yuz beradi. Asosiy sabablari: miya o'smalari, surunkali meningoentsefalit, araxnoidit, surunkali seroz meningit, epidemik entsefalit. Psixogen amenoreya xam uchrab, u qattiq hayajonlanish (stress), ruxiy va fiziologik charchash tufayli ham yuzaga keladi.

Gipotalamik amenoreya. Bunda asosan miyaning do'nglik osti sohasida patologik o'zgarishlar bo'ladi. Sabab - ruxiy travma, ochlik, neyroinfektsiya va boshqalar.

Gipotalamik amenoreya ko'pincha funksional tabiatli bo'ladi: ruxiy (psixogen); Kiari-Frommel sindromi; «soxta homiladorlik»; «asabdan bo'ladigan» anoreksiya (ruxiy anoreksiya); turli infeksion kasalliklar va zaxarlanish tufayli yuzaga kelgan amenoreya Gipotalamik amenoreya paydo bo'lishidan avval quyidagi o'zgarishlar kuzatiladi: vegetotomir va moddalar almashinuvi buzilishlari, tomir krizlari, AQB asimmetriyasi; xushdan ketish holatlari; yurak aritmiyasi; keyinchalik esa yog' va tuz almashinuvi buzilishlari tufayli gipotalamik tipdagi xomsemizlik.

Diagnostikasi.

1. Bazal harorat monofazali menstrual sikllar.

2. Qin surtmasida estrogenning to'yinishi kamaygan.

3. FSG ning keskin pasayishi yoki umuman yo'qligi tufayli estrogen gormonlar ajralishi kamayadi.

4. Diagnostik maqsadda, o'smani inkor etish uchun bosh miya turk egari soxasi rentgenografiya satxi aniqlanadi.

5. Jinsiy gormonlarning ekskretsiya satxi aniqlanadi.

Gipofizar amenoreya adenogipofizning organik shikastlanishi tufayli yuzaga keladi. Uni quyidagi guruhlariga bo'lish mumkin.

Adenogipofiz to'qimasining nekrotik o'zgarishi tufayli yuzaga kelgan amenoreya:

- Shixana sindromi - tug'ruqdan keyingi gipopituitarizm;

- Simmonds kasalligi - gipofizar kaxeksiya.

Gipofiz o'smasi tufayli yuzaga kelgan amenoreya:

- Itsenko - Kushing kasalligi;

- Akromegaliya.

Adipozagenital distrofiya - homiladorlikdagi toksoplazmoz, yoshligida va jinsiy rivojlanish davridagi infeksiyon kasalliklar tufayli yuzaga keladi. Bunda kuzatiladigan belgilar: semizlik, suyaklardagi nuqsonlar, jinsiy a'zolar, gipoplaziyasi, amenoreya.

Laurens-Munn-Bidl sindromida yuqoridagi belgilar kuzatiladi, bundan tashkari, pakanalik va bir kancha rivojlanish nuqsonlari kuzatiladi.

Xende-Myuller-Krischen kasalligi - bu xam gipotalamo-gipofizning organik shikastlanishi tufayli yuzaga kelib, bunda pakanalik, jinsiy infantilizm, osteoporoz, kandsiz diabet, endoofthalmoz belgilari kuzatiladi.

Tuxumdon amenoreyasi asosan genetik o'zgarishlar bilan bog'liq va tuxumdon faoliyatining o'zgarishi tufayli yuzaga keladi.

Gonadalar faoliyati buzilishining turlari: gonadalar disgeneziyasi; testikulyar feminizatsiyasi; tuxumdonlar birlamchi gipofunksiyasi.

Gonadalar disgeneziyasi (Terner-Shereshevskiy sindromi) - tuxumdon to'qimasining birlamchi tug'ma rivojlanmasligi. Xromosomalar to'liq emas - 45X0 bo'ladi, jinsiy xromatin 10% kamaygan, jinsiy a'zolar rivojlanmagan, ayolning bo'yi past, suyaklar osteoporoz va boshqalar kuzatiladi.

Testikulyar feminizatsiyasi - ayollar fenotipiga mos, lekin gonadalar va genetik jihatdan jinsi erkak xromosomalar o'zgargan, erkaklar gonadasi ko'p miqdorda estrogenlar ishlab chiqaradi. Klinik belgilari: tashqi jinsiy a'zolari sust rivojlangan, bachadon va uning ortiqlari ba'zan bo'lmaydi, birlamchi amenoreya, sut bezlarining ortiqcha rivojlanishi, bepushtlik. Bu xolda gonadalarning «xavfli» o'smaga aylanish xavfi bor.

Tuxumdonlarning birlamchi gipofunksiyasi. Follikulyar apparatning shikastlanishi homilaning ona qornidagi davrida (toksikozlar, homiladorlik asoratlari, sil va boshqalar), turli o'smalarning mavjudligi tufayli bo'lishi mumkin. Bu umumiy yoki jinsiy infantillikka olib keladi: bo'ychanlik, bachadon bo'yni konussimon, bachadon giperantifleksiyasi, chanoq torligi. Gipofizning gonadotrop gormonlar ishlab chiqarishi kuchaygan.

Tuxumdon amenoreyasi yana quyidagi sabablardan paydo bo'ladi:

- vaqtdan ilgari tuxumdon etishmovchiligi;

- tuxumdonlar sklerokistozi; (20-rasm)

- tuxumdonning androgen ishlab chiqaruvchi o'smalari tufayli yuzaga kelgan amenoreya;

- kastratsiya (bichish) dan keyingi sindrom.

Bachadon amenoreyasi bachadon jarrohlik yo'li bilan olib tashlanganda; sil tufayli yuzaga kelgan endometritda; bachadon endometriysiga kimyoviy vositalarning ta'siri tufayli yuzaga kelgan amenoreyada (yod, spirt, radioaktiv kobalt) yuzaga keladi.

Klinikasi: umumiy xolsizlik, serjaxllik, tez yig'lab yuborish, xotiraning pasayishi, yurakda og'riq, terlash, boshning tez-tez og'rishi va boshqalar.

Davolash. Asosan etiologik, ya'ni shu kasallikni yuzaga keltirgan sabablarni bartaraf qilishga qaratilgan bo'lishi kerak. Dam olishni to'g'ri yo'lga qo'yish, ratsional ovqatlanish, vaqtda dam olish, uxlash, jismoniy mashqlar qilish, iqlimni o'zgartirish maqsadga muvofiqdir. Bundan tashqari, ionogalvanizatsiya, sedativ preparatlar, trankvilizatorlar, A, E, S, V guruhidagi vitaminlar tayinlanadi. Jinsiy a'zolarning etishmovchiligi kuzatilsa, gormonal preparatlar tayinlanadi. Shixan sindromi, Simmonds kasalligida o'rin bosuvchi vositalar: jinsiy steroidlar, tireoidin, glyukokortikoid, AKTG buyuriladi. Tuxumdon amenoreyasida siklik gormonal terapiyadan foydalaniladi. Sil tufayli yuzaga kelgan amenoreya bo'lsa, spetsefik davolash usullari qo'llaniladi.

Buyrak usti bezining tug'ma giperplaziyasida (tug'ma adrenogenital sindrom) po'stloq qismidagi fermentlar etishmasligi tufayli kortizol sintezi buziladi.

Gipotireoz (triogen nanizm) buyning o'smasligi, aqliy jihatdan orkada kolish, suyakdagi o'zgarishlar, amenoreya, jinsiy rivojlanishning kechikishi va boshqalar.

Anovulyator kon ketishi kiska muddatda follikullar yorilmay kolib, mayda kistachalarga aylanganda; follikullar uzok muddat davomida yorilmay, mayda kistachalarga aylanganda; etilmagan follikulning atreziyasi (yorilmay kolishi) yoki kistachaga aylanib kolishida kuzatiladi.

Anovulyator disfunktsional kon ketishi, hayznig to'xtab kolishi (7-8 xaftagacha), bachadondan kon ketishi bilan xarakterlanadi. Hayz to'xtab kolgandan keyingi kon ketishi turli mikdorda, tezlikda va turli muddatlarda davom etaveradi. Disfunktsional kon ketishi jinsiy rivojlanish davrida vujudga kelib, unda xam kon ketib, kizlarda xatto kamkonlik kasalligini keltirib chikaradi. O'smirlik (yuvenil) yoshdagi disfunktsional kon ketishi ancha erta boshlanadi. Shunga ko'ra, bachadondan disfunktsional qon ketishi yuz bergan qizlarning rivojlanish davri sog'lom qizlardan jismoniy, jinsiy jihatdan ancha fark kiladi (bachadon va tuxumdon gipoplaziyasi kuzatilishi mumkin).

Atsiklik kon ketishi kuprok menopauza va reproduktiv davrlarida uchrab, asosan bachadon rakining belgisidir.

Hayz sikli buzilganda kullaniladigan tekshirish usullari:

1. Bazal (to'g'ri ichak) haroratini ulchash.
2. Bachadon bo'yni shillig'i siklik o'zgarishlarini aniqlash («paporotnik» va «ko'z korachig'i» belgilari).
3. Gormonal kolpotsitologiya.

4. Endometriy biopsiyasi.
5. Estrogenlar va ularning metabolitlarini tekshirish.
6. Siydikdagi pregnandionni tekshirish va gonadotrop gormonlarni aniqlash.

Ovulyator disfunktsional qon ketishi

Hayz kuchi va davomiyligining kupayishi.

A) gipermenoreya - hayz konining ko'p miqdorda kelishi.

B) polimenoreya - hayzning 7 kun va undan ortik davom etishi.

V) giperpolimenoreya - uzoq vaqt davomida va ko'p miqdorda qon kelishi (menorragiya).

Hayz kuchi va davomiyligining kamayishi.

A) gipomenoreya - hayzda ajraladigan qon miqdori kam bo'lishi.

B) oligomenoreya - hayz muddati qisqa davom qilib, 2 kundan kam bo'ladi.

V) gipooligomenoreya - qisqa muddat va kam miqdorda qon kelishi.

Hayz tipi va ritmi bo'yicha o'zgarishlar

A) opsomenoreya - hayzning juda kam bo'lishi (6-8 haftada 1 marta)

B) sponiomenoreya - hayz siklining juda uzoq davom etishi (1 yilda 9-4 marta)

V) proyomenoreya - qisqargan hayz siklining tez-tez bo'lishi (2G'3-1, 5-2 haftada)

Anovulyator disfunktsional qon ketish

- anovulyatsiya bo'lgan proliferatsiya fazasi estrogen ko'pligi sababli uzoq vaqt davom etadi, estrogen kamayishi bachadondan qon ketishiga olib keladi.

Algodismenoreya - hayzning og'riqli bo'lishi bilan.

A) algomenoreya - hayz vaqtida jinsiy a'zolarida og'riq paydo bo'ladi.

B) dismenoreya - hayz davrida organizmdagi turli o'zgarishlari (bosh og'rig'i, ishtaxa buzilishi, ko'ngil aynishi)

V) algodismenoreya - umumiy va mahalliy belgilarning birgalikda uchrashi.

Bachadondan atsiklik qon ketishi.

- metrorragiya - hayzga bog'liq bo'lmagan qon ketishi.

Disfunktsional qon ketishi bu, ayol jinsiy a'zolarida organik o'zgarishlar bo'lmay, balki tuxumdonlar gormonal faoliyatini buzilishi, gonadotrop gormonlar ishlashining buzilishi tufayli yuzaga kelgan jarayonga aytiladi. Bu holatda endometriyda doimo morfologik o'zgarishlar kuzatiladi. BDKK 10-15% ni tashkil etadi va turli yoshdagi ayollarda, xatto qizlarda yuvenil qon ketishi, tug'ruq yoshidagi ayollarda, menopauzadan oldin va klimakterik yoshda ham kuzatiladi.

Ayol organizmida hayz siklining kechishi juda murakkab biologik hodisa bo'lib, uning asosida bosh miya po'stloq qismi - gipotalamus - gipofiz - tuxumdon - bachadon sistemasining bir-biriga ta'siri natijasidagi jarayon yotadi. bu 5 ta xalqa o'zaro bog'langan bo'lib, ulardan biri tushib qolganida hayz siklining buzilishi kuzatiladi. Hayz sikli buzilishining ko'rinishlaridan biri bachadon disfunktsional qon ketishidir.

BDKK yuzaga keltiradigan bir qancha omillar mavjud:

markaziy nerv sistemasining buzilishi - asab zo'riqishi, stress omillari, aqliy va jismoniy zo'riqish, jarohatlanish.

O'tkir va surunkali infeksiyalar (gripp, surunkali tonzillit, revmatizm, sil)
Jinsiy a'zolarining surunkali yallig'lanish jarayonlari.

Ichki sekretsiya bezlari hastaliklari.

Ba'zi dorilarni muntazam ichish oqibatida (neyroleptiklar).

BDKK asosan ayollarning 3 davrida, balog'atga etganda, 20-25% xollarda «etilish» davrida va klimakterik davrida, ya'ni organizmning «so'nish» davrida 50-60% xollarda uchraydi.

Yuqorida ko'rsatilgan omillar ta'sirida bir-biri bilan uzviy bog'langan xalqalardan birining funktsional o'zgarishi kuzatiladi, bu esa o'z navbatida tuxumdonlar faoliyatining buzilishiga olib keladi:

a) Ovulyatsiya buzilishiga.

b) Sariq tana rivojlanishi II fazasining va progesteron ishlab chiqarishining boshlanmasligi.

v) Ayol organizmiga faqat estrogenlarning uzoq ta'sir etishi.

BDKK tasnifi:

1. Anovulyator qon ketishi:

a) follikullar atreziyasi tipida.

b) follikullar persistentsiyasi tipida.

2. Ovulyator qon ketishi:

a) Follikulin fazasining qisqarishi.

b) Lyutein fazasining uzayishi.

v) Lyutein fazasining qisqarishi.

Ayollarni yoshga qarab tasniflash:

Yuvenil qon ketishi.

Tug'ruq yoshidagi ayollarda DKK

Klimakterik premenopauzada qon ketishi

Follikul etilishining buzilishi 2 tipda kuzatiladi.

Follikulning uzoq persistentsiyasi - etilgan 1-2 katta follikul bir qancha vaqtgacha yorilmasdan turadi va estrogenning aktiv fraktsiyalarini chiqara boshlaydi. Organizmda estrogen gormonlar darajasining yuqoriligi aniqlanadi. Bu gormonlar ta'sirida bachadonda nafaqat proliferatsiya jarayoni, balki giperplaziya, polipoz, kistoz holatlari ham kuzatiladi. Bu holat ko'pincha tug'ruq yoshidagi ayollarda ko'proq kuzatiladi.

Follikulning atreziya holati - bunda follikul etilishi oxiriga etmay, balki kichik yoki katta follikul darajasida to'xtaydi va orqaga rivojlanish holati kuzatiladi.

Giperplaziyaga uchragan endometriy qon tomirlarining o'sib ketishi va kengayishi kuzatiladi. Estragenlarning doimiy ta'sirida qon tomirlar yupqalashib, mo'rt bo'lib qoladi, ularning tonusi o'zgarib, qisilish yoki kengayishi holatlari kuzatiladi. Bu endometriyda qon aylanishning buzilishiga, qontalash holatlari va bu erda nekrozlarni yuzaga keltiradi.

Nekrozlar uzilib qon ketishiga sabab bo'ladi. Qon ketish holatlari ko'pincha hayz siklining buzilishi, hayzning to'xtab qolishidan yuzaga keladi, qon ketish darajasiga qarab (uzoq yoki qisqa) atreziya yoki persistentsiya holatini aniqlash mumkin.

Persistensiya holatida qon ketishi ko'proq, lekin qisqa vaqt ichida kuzatiladi, follikul atreziasida esa - kamroq qon ketib, uzoq vaqtgacha cho'zilishi kuzatiladi. Har ikkala holat ham ayolni kamqonlik kasalligiga olib kelishi mumkin.

BDKK ni tashhislash

Bachadondan disfunktsional qon ketgan ayollarda umumiy ko'rinish o'zgarmaydi, ko'pincha ayolda hayz 2-3 oy to'xtab, keyin biroz keyin qon surkala boshlaydi, keyin kuchayib ketadi. Qon ketishi hayz muddatidan o'tgach boshlanadi.

Qin yoki ichak-qin orqali tekshirilganda bachadonning biroz kattalashganligi, sharsimon va yumshoqlanganligi aniqlanadi. Follikulning qaysi tipda o'zgarganligini aniqlash uchun funktsional diagnostika testlari qo'llaniladi.

Funktsional diagnostika testlari.

Follikullar persistentsiyasiga xos o'zgarishlar:

- bir fazali bazal harorat
- «qorachiq» simptomi +++ yoki ++++
- yuqori darajali KPI - 50 - 70 %
- qin surtmasi tipi III-IV darajada bo'ladi

2. Follikullar atreziasida tufayli qon ketishiga xos o'zgarishlar:

- bir fazali bazal harorat
- uzoq vaqtgacha kuzatiluvchi «qorachiq» simptomi + yoki ++
- KPI - 15 - 25%

Tashhis qo'yishda quyidagi usullardan foydalaniladi:

- 1) aniq yig'ilgan anamnez (bepushtlik, homila tashlash xollari).
- 2) umumiy va qin orqali bimanual tekshirish.
- 3) gisteroskopiya
- 4) exoskopiya
- 5) endometriyni tekshirish (endometriy biopsiyasi, diagnostik ko'rish metodi, endometriy aspiratsiyasi).
- 6) KON analizi,
 - a) qonda XG ni aniqlash
 - b) trombositlar mikdorini aniqlash.
 - v) leykotsitlar formulasini aniqlash.
- 7) gormonlar mikdorini tekshirish usullari
- 8) funktsional diagnostika testlari.

Yakuniy tashhis endometriyni gistologik tekshirish natijalari olingandan keyin (bezsimon-kistali giperplaziya) qo'yiladi.

BDKKni quyidagi kasalliklar bilan qiyosiy tashhislash mumkin:

- qon kasalliklari bilan: gemorragik diatez, trombositopeniya, gemofiliya.
- bachadon miomasi
- tuxumdonlar o'smalari
- polipozlar
- rak kasalliklari (bachadon tanasi va bo'yni raki)
- platsentar polip
- adenokartsinoma
- homiladorlikning vaqtidan ilgari to'xtashi, abortlar

- bachadondan tashqari homiladorlik
- adenomioz va boshqalar.

BDKKni davolash

Bemorning yoshi, kasallikning kelib chiqish sabablari, patogenezi va boshqa a'zolar faoliyatining izdan chiqqanlik darajasini hisobga olib, har taraflama kompleks davolash tadbirlari qo'llaniladi. Davolashning asosiy tamoyillari bemorning umumiy ahvolini yaxshilash, qon ketishini to'xtatish uning takrorlanishining oldini olish, tuxumdon faoliyatini va gipotalamo-gipofiz-tuxumdon-bachadonning o'zaro buzilgan munosabatlarini tiklashdan iborat. Klimakterik davrda yoki menopauzaga yaqin bo'lganda tuxumdon faoliyatini sun'iy vositalar orqali so'ndirish masalasi qo'yiladi.

BDKKni davolashda umumiy ahvolini yaxshilovchi, simptomatik davolash, gormonlarni qo'llash va jarrohlik usullari qo'llaniladi.

Umumiy davolashda kasalga salbiy ta'sir etuvchi omillarni yo'qotish, aqliy va jismoniy jihatdan dam oldirish, bularni yo'lga qo'yishda preparatlardan: biopassit, notta va fizioterapevtik usullardan foydalanish maqsadga muvofiqdir. Masalan, endonazal elektroforez vitamin VI bilan yoki elektroforez brom va kaltsiy bilan Sherbak yoqasi ko'rinishida qo'yiladi.

Bachadon bo'yini elektrostimullash usullaridan bachadon gipofiz refleksini qo'zg'atishga yordam beradi.

Simptomatik davolash -bachadonni qisqartiruvchi vositalarni qo'llash (oksitotsin va boshqalar), qon to'xtatuvchi vositalar (kaltsiy xlorid, vikasol, ditsinon), kamqonlikka qarshi vositalar (globeks, tardiferon, aktiferrin, ferrumlek tabletkalari), vitaminlar (S, E, V guruhi, duovit, pregnovit, oligovit) qo'llaniladi.

O'simliklardan tayyorlangan mastodinon, remens dorilarni ham tavsiya etish mumkin.

Davolashning asosini gormonlar yordamida davolash tashkil etadi va u ikki xil xususiyatga ega gemostatik va tuxumdonlar faoliyatini tartibga solish.

Gormonal gemostaz - yosh qizlarda va tug'ish yoshidagi ayollarda qon ketishini to'xtatish maqsadida qo'llaniladi (ko'pincha bachadonni diagnostik kirish usulidan keyin).

1. Estrogenlarni qo'llash. Qon to'xtatish maqsadida follikuliyar gormon ishlatilib u bachadon shilliq qavati regeneratsiyasini tezlashtiradi.

Gipofizda FSGning ortiqcha ishlab chiqarishini kamaytirib, FSG va LGLarining o'zaro munosabatini normallashtiradi. Estrogenlar 3-4 kun davomida nisbatan katta dozada beriladi. Follikulin 10000 tb : har bir soatda 4-6 marta qon to'xtaguncha yuboriladi (umumiy doza 60000 tb). Odatda 6 soat ichida qon oqishi to'xtaydi. Sxema o'uyicha: keyingi har bir kunda 10000 tb kamaytiriladi (masalan, 2 - kunda 5 marta X 10000tb mG'i, 3 kun - N4, 4 kun - N3, 5 kun - N2, 6 kundan to 15 kungacha N1, keyin 16 - 25 kunlarda progesteron 2. 5% 10 ml kunora N5 mG'i yuboriladi.

2. Etinilestradiol 0,05 mg dan sutkasiga 3-4 marta keyingi kun 2-3 marta kamaytirilib, qon to'xtagach 2 - kunidan boshlab 6-8 kun progesteron 15 mg yuboriladi norkolut, dyufaston 1 tabletka 1 mahal beriladi.

3. Estrogenlar va progesteron birgalikda sintetik progestinlar ko'rinishida qo'llaniladi (Trikvilar, mikrogininon, non- avlon va boshqalar). 10 kun davomida qo'llaniladi. 1 kun 1 tabletkadan har bir soat davomida kuniga 5-6 tabletkagacha qon to'xtaguncha. 2-i kundan 1 tabletkadan kamaytirilib to sutkada 1 tabletkagacha kamaytiriladi, 1 tabletkadan 21-28 kungacha ichiladi. Asosiy maqsad gipofizniig gonadotrop faoliyatini to'xtatishdir.

Yuvenil qon ketishida xorionik gonadotropin 4 hayz sikli davomida 1 oy 1500 tb dan mushak orasiga, 12 dan 15 kungacha, 2 oy 1000 tbdan, 3- oy 500 tb dan mushak orasiga yuboriladi. Sintetik progestinlar [tabletkadan hayzning 5 - kundan 25 - kunigacha 3 oy mobaynida beriladi.

Tsiklik gormonal terapiya follikulalar atrezivasi kuzatilganda va estrogenlar etishmovchiligida hamma yoshdagi ayollarda qo'llaniladi.

Estrogenlar 10000 tb dan mushak orasiga (yoki mikrofolin til tagiga) hayz siklining 6-8, 10-12 - kunlari yuboriladi, 14-16-18 - kunlari estrogen progesteron bilan birgalikda 10 mg yuboriladi. 20 - kundan boshlab progesteron 10 mg dan 6-8 kun yuboriladi. Bunday davolash 3-4 hayz sikli davomida olib boriladn.

Klimakterik davrda, 48 - 50 yoshdan keyin yuzaga kelgan BDKKda tuxumdonlar faoliyatini to'xtatish, androgenlarni qo'llash yo'li bilan olib boriladi. Bu maqsadda testosteron propionat 5% -1 ml mushak orasiga 5ta in'ektsiya har kuni, 5 tasini kun ora, 5 tasini har 2 kunda 1 oy ichiga yuborish taklif etiladi. Kurs dozasi 750 mg.

Androgenlarni qo'llashga qarshi ko'rsatmalar: gipertrixoz, gipertoniya kasalligi, jigar hastaliklari.

Bachadondan disfunktsional qon ketganda qo'llaniladigan zarur choralardan biri bachadon bo'shlig'ini diagnostika maqsadida kirishdir.

Bunda nafaqat tashhis qo'yish, balki qon ketishini to'xtatishga ham erishiladi. Bu metodni qo'llash yosh qizlarda oxirgi chora bo'lsa, 30-40 yoshdagi ayollarda birinchi bo'lib qo'llaniladigan choradir. Agar gistologik tekshiruvda rak oldi holatlari kuzatilsa (atipik giperplaziya, adenomatoz poliplar proliferatsiya bilan) unda jarrohlik usulini qo'llash zarur.

Jarrohlik usulini qo'llashga ko'rsatmalar:

1. Adenokartsinoma.
2. Adenomatoz yoki endometriyning atipik giperplaziyasi
3. Atipik giperplaziya mioma bilan qo'shilib kelsa yoki tuxumdonlar kattalashgan bo'lsa.
4. Takrorlanuvchi endometriyning bez - kistozli giperplaziyasi.
5. Qo'llanilgan davolash choralardan foyda bo'lmasa va qon ketish hayot uchun xavf tug'dirsa.

Katta yoshdagi ayollarda - klimakterik qon ketishi kuzatilganda bachadon endometriysini kirish usulidan keyin tarkibida estrogen bo'lgan preparatlar tavsiya etilmaydi, chunki ular yurak - tomirlar faoliyatini, jigarning surunkali hastaliklarini, o't pufagi kasalliklarinn qo'zg'atishi, qon bosimini ko'tarishi, giperxolesterinemiya, giperqlikemiya holatlarini chaqirishi mumkin. Bu yoshdagi ayollarga toza gestogenlar va androgenlar tavsiya etiladi:

1. 17 -O OPK 125 - 250 mg bachadon kirishdai keyin 14, 17, 21 kun va 4-6 oy ichida hayzning shu kunlari yoki haftada 2 marta 6 oy davomida - 48 yoshdan oshgan ayollarga tavsiya etilib, hayz holatini to'xtatadi.

2. Norkolyut 5-10 mg hayzning 5 dan 25 kunigacha 4-6 oy davomida.

3. Omnadren - 250 yoki Sustanon -250 1 ml dan I oyda 1 marta 1-4 oy ichida, so'ng metiltestosteron 5-1,0 mg dan til ostita 1-2 oy davomida ichiladi.

4. Keyingi yillarda 40 yoshdan boshlab sof gestogenlardan: femoston, dyufaston keng qo'llanilmoqda.

5. Gormonal davolashga qarshi ko'rsatmalar bo'lsa, u holatda gomeopatik dori vositalaridan remens tavsiya qilinadi, ba'zan rentgenkastratsiyani qo'llash mumkin.

BDKK profilaktikasi

Disfunktsional qon ketishining oldini olish choralari juda muhim va ko'p qirralidir:

- barcha genital va ekstragenital kasalliklarni davolash, qiz bolalarni yoshligidan boshlab sog'lomlashtirish ishlarini olib borish, jismoniy tarbiya bilan shug'ullantirish, to'g'ri ovqatlantirish, o'qish, dam olish,

- Jinsiy hayot gigienasiga rioya qilish va boshqalar. BDKKning oldini olish, o'z vaqtida to'g'ri davolash, keyinchalik turli onkologik kasalliklarni oldini olish.

Yuvenil qon ketishi (yukk).

Yuvenil qon ketishi balog'at yoshiga etgan qizlarda bachadondan atsiklik qon ketishi bo'lib, bu holat ginekologik kasalliklarning 10% ni tashkil etadi.

Etiologiyasi va patogenezini.

Kasallik polietiologikdir, asosan o'tkir va surunkali infeksiyon kasalliklar (angina, surunkali tonzillit, gripp, revmatizm, pnevmoniya), noto'g'ri ovqatlanish (gipovitaminozlar), ko'ngilsiz voqealar-ruhiy travmalar, charchash xollari va boshqalar sabab bo'ladi. Bunda endogen va ekzogen omillar ontogenez davrida gipotalamus hujayralarining retseptor faoliyatiga ta'sir etishiga ko'ra uning markazining ta'sirchanligi oshadi.

Gipotalamus bu xolda gipofizga to'liq ta'sir ko'rsata olmaydi, gonadotrop gormoni kam ajraladi. Bu o'z navbatida tuxumdonda follikullar etilishiga ta'sir etib, anovulyatsiyani yuzaga keltiradi. YuKK da anovulyatsiyani o'ziga xos turi, follikullar atreziasini (yorilmay qolish) yoki kistaga aylanib qolishi kuzatiladi.

Estrogenlar uzoq vaqt davomida, progesteron oz miqdorda ajraladi. Bu xol endometriyda proliferatsiya holatini keltirib chiqaradi. Bu xol qon-tomirlar o'zgarishiga, nekroz holatiga va qon ketish holatini yuzaga keltiradi.

Klinikasi. Ko'p miqdorda, uzoq (7 kun va undan ko'p) qon ketishi bilan xarakterlanadi. Ko'pincha hayz sikli to'xtab qolgandan keyin (1,5-6 oy) qon ketib, qizni kamqonlik kasalligiga olib kelishi mumkin.

Atsiklik qon ketishi menarxe vaktidan boshlanishi yoki menarxedan 1,5-2 yil keyin, biron infeksiyon kasallikdan keyin, aqliy jismoniy charchash tufayli yuzaga keladi. 87% xollarda endometriyda giperplastik o'zgarishlarni, adenomatoz

va atipik giperplaziya holatlarini ko`rish mumkin, shifokor bunday holatlarga e'tiborli bo`lishi kerak.

YuKK klinikasi qancha mikdorda qon yo`qotilganligiga bog`liq: tez charchash, xolsizlik, ishtaxani yo`qolishi, bosh og`rishi, yurakni vaqti-vaqti bilan og`rish xollari kuzatiladi. Qon analizida trombotsitlar mikdorini o`zgarganligi, fibrinogen konsentratsiyasi pasayishi, qonning ivish qobiliyati pasayishi kuzatiladi.

YuKK da tekshirish usullari:

Bazal (to`g`ri ichak) haroratini o`lchash.

UTT o`tkazish

To`g`ri ichak orqali tekshirish.

Umumiy qon va trombotsitlar sonini tekshirish.

Qonda progesteron mikdorini tekshirish.

Gonadotrop gormonlar (FSG, LG) konsentratsiyasini aniqlash.

Differentsial tashhis

Bachadondan qon ketishi bir qancha boshqa kasalliklarda ham kuzatilib, buning differentsial tashhisida quyidagi patologik holatlarni e'tiborga olish kerak bo`ladi:

Tuxumdonning granulyoz hujayrali va mezodermal o`smalari, tekoma, disgerminoma.

Bachadon va qindagi xavfli o`smalar (mioma, rak).

Jinsiy a'zolar sili.

Gemorragik diatez

Trombotsitopeniya (Verlgof kasalligi).

Gemofiliya S (qiz bolalarda X omilining etishmasligi natijasida qonning ivishi ancha sust bo`ladi).

Angiogemofiliya Villebrand - Yurgens kasalligi - bunda qon ivishida ishtirok etuvchi VIII omil bo`lmagani uchun qon ketishi uzoq davom etadi.

Kapillyarlar toksik va allergik o`zgarganda.

Bo`yoq bezi, buyrak usti bezi, dientsefal patologiya.

Davolash

Bachadondan YuKKni davolash usullari shu patologik holatini vujudga keltirgan sabablarini aniqlab, shu asosda davo choralarini qo`llashdan iborat. Bu har bir bemorni chuqur o`rganishni talab qiladi. Davolashni asosan ikki bosqichga bo`lish mumkin:

- qon ketishini to`xtatish;
- hayz siklini tartibga solish;

Agar kasalxonaga murojaat qilgan qiz bolada o`tkir kamqonlik belgilari kuzatilsa: arterial qon bosimi pasaygan, taxikardiya, xolsizlik, gemoglobin mikdori 70 gG`litrndan past bo`lsa, gemotokrit 20% - bu xolda SZP 300-400 ml, infuzol va qon o`rnini bosuvchi eritmalar (stabizol, refortan) quyish zarur, keyin gormonal gemostaz usuli va siklik yoki sintetik progestin bilan terapiya o`tkaziladi.

BOB BO`YICHA AMALIY KO`NIKMALAR

Oliy ma'lumotli hamshira amenoreya bilan bemorlar kuratsiyasi, kundaliklar to'ldirish, analiz yig'ish va taxminiy tashhis qo'yishni, patologik holatni aniqlash va statsionarga gospitalizatsiya qilishni bilish, quyidagi ko'nikmalarni qila olishi kerak:

1. Bimanual tekshirish.
2. Ko'zgularda tekshirish.
3. Surtmalar olish.
4. Funktsional diagnostik testlarni amenoreya shakliga mos turini o'tkaza

olishi.

Funksional diagnostik testlar:

1. Kariopiknotik indeksni aniqlash.
2. «qorachiq» simptomini aniqlash.
3. Shilliqning cho'ziluvchanligini aniqlash.
4. «qirqbo'g'im» simptomi.
5. Bazal haroratni aniqlash.

1. Kariopiknotik indeksni aniqlash.

Maqsad: Jinsiy a'zolar funktsional holatini aniqlash uchun qin surtmasida piknoz bo'lgan hujayralarni aniqlab, uni umumiy hujayralarga nisbati bu indeks ya'ni KPI deyiladi. Estrogenlarning miqdoriga qarab o'zgaradi.

Ko'rsatma: Bepushtlik, hayz siklining buzilishlari, kontratsepsiya.

Ta'minlanishi: Buyum oynachasi, surtma olish uchun shpatel, kusco ko'zgusi, mikroskop.

Qadam baqadam bajarilishi:

1. Ayol kresloda yotqiziladi.
2. Steril qo'lqoplar kiygan xolda.
3. Kusko ko'zgusi qinga kiritiladi.
4. Qindan surtma olinadi
5. Mikroskopda piknoz bo'lgan hujayralar va umumiy hujayralar sanalib formulaga qo'yiladi. KPI q piknozli hujayralar. Umumiy hujayralar
6. Normadagi protsentlari bilan solishtirib jinsiy a'zolar funktsiyasiga baho beriladi. Normada siklning 1 fazasida 20-40%; ovulyatsiya vaqtida 70-80%; siklning 2 fazasida 20-35%.

2. «Qorachiq» simptomini aniqlash

Maqsad: organizmning estrogenlar bilan to'yinganligini aniqlash.

Ko'rsatma: ginekologik kreslo, qin ko'zgulari.

Qadam baqadam bajarilishi:

1. ayol ginekologik kresloda yotqiziladi,
2. tekshiruv hayz siklining 10-13-14 va 17- kunlarida o'tkaziladi.
3. kurish uchun kin kuzgulari kullaniyadi. Uni qinga kiritiladi.
4. bachadon bo'yni hayz sikli o'rtasida, organizm estrogenlar bilan to'yingan bo'lsa, tashqi bo'g'iz biroz ochilib o'rtasi qorachiqqa o'xshab ko'rinadi.
5. dinamikada ko'rib turilganda quyidagicha belgilanadi: +, ++, +++, +++++

3. Shilliqning cho'ziluvchanligini aniqlash

Maqsadi: estrogenlar bilan to'yinganlikni aniqlash.

Ko`rsatma: bepushtlik, hayz sikli buzilishlari.

Ta'minlanishi: ginekologik kreslo, qin ko`zgulari, pintset.

Qadam baqadam bajarilishi:

1. ayol kresloda yotqizilgan holatda.

2. steril qo`lqop kiyilib qinga ko`zgular qo`yiladi.

3. hayz siklining 10-13-14-15-17- kunlarida o`tkaziladi.

4. pintset yordamida bachadon bo`yni tashqi bo`g`izidan shilliqli surtma olinib.

5. surtmani bosh va ko`rsatkich barmoqlar orasida cho`zib ko`riladi.

6. cho`ziluvchanlik darajasi boshlanadi. Normada hayz kuniga ko`ra 2-3 sm dan 8-10 sm gacha

4. «Qirgbo`g`im» simptomi

Maqsadi: organizmning estrogenlar bilan to`yinganligini aniqlash.

Ko`rsatma: bepushtlik, hayz sikli buzilishlari.

Ta'minlanishi: ginekologik kreslo, qin ko`zgulari, pintset.

Qadam baqadam bajarilishi:

1. Ayol ginekologik kresloda yotadi.

2. Ko`zgu yordamida bachadon bo`yni tashqi bo`g`izidan pintset bilan shilliq olinadi.

3. Shilliq oynachaga surtib quritilganda qirq bo`g`imga o`xshab ko`rinadi. Chunki mutsin moddasi saqlaydi.

4. Qirq bo`g`im rasmi qanchalik aniq va chizikli, shoxchali bo`lib ko`rinishiga qarab estrogen to`yinganlik +, ++, +++ bilan belgilanadi.

5. Agar jinsiy a`zolar yallig`langan bo`lsa surtma og`izdan olinadi.

5. Bazal haroratni o`lchash.

Maqsad: tuxumdon faoliyatini aniqlash.

Ko`rsatma: bepushtlik, hayz sikli buzilishi, kontratseptsiya.

Ta'minlanishi: harorat o`lchagich va vazelin.

Qadam baqadam bajarilishi:

1. ayolga testni o`tkazish tushuntiriladi.

2. 2 ta termometr va yozuv daftarchasi bo`lishi kerak.

3. ayol daftarga kalendar kuni, hayz kuni, to`g`ri ichak harorati va tana haroratini qayd qiladi.

4. harorat erta tongda uyqudan uyg`ongach 1 ta termometrni vazelin surtib to`g`ri ichakka 2-3 sm chuqurlikda, 2-sini qo`ltiq ostiga quyib 7-10 daqiqada o`lchanadi.

5. odatda bazal harorat 2 fazali, ya'ni hayz siklini 1-yarmida 37 gradusgacha, 2-yarmida 37 gradusdan baland bo`ladi. Orasidagi farq 0,4 gradusdan kam bo`lmasligi lozim.

6 BOB

QON KETISH SINDROMI (HOMILADORLIK BILAN BOG'LIQ) HOMILADORLIKNING I-YARMIDA QON KETISH. BACHADONDAN TASHQARI HOMILADORLIK

Homiladorlik dastlabki haftasidan to 22 haftagacha yoki homilani vazni 500 g etilishigacha to'xtashi abort (bola tashlash) hisoblanadi.

Homiladorlikning to'xtash muddatiga qarab:

a) erda boshlangan abort (13-14 haftagacha)

b) kechikkan (14-22 haftagacha) abort deb yuritiladi.

Urug'lanish, implantatsiya va embrion taraqqiyoti 26-28 rasmlarda ko'rsatilgan homiladorlikning to'xtash sabablariga ko'ra:

Ayolning xoxishi bilan qilinadigan yoki tibbiy ko'rsatmasi bilan to'xtaladigan sun'iy abort deb aytiladi.

O'z-o'zidan (ixtiyorsiz) sodir bo'ladigan abort eng ko'p uchraydi.

Ayolning o'zi boshqa kishi yordamida tibbiyot qoidalariga xilof bola tushirishi xavfsiz emas (kriminal, jinoiy) abort deb yuritiladi.

Agar o'z-o'zidan sodir bo'ladigan abortlar bir necha marta birin-ketin takrorlansa, bu odat bo'lib qolgan bola tashlashga kiradi.

Ixtiyorsiz bola tashlashga o'tkir va surunkali yuqumli kasalliklar (gripp, yuqumli gepatit, sil, brutsellyoz, zaxm) revmatizm, angina, pnevmoniya, pielonefrit, appenditsit, ichki sekretsiya bezlari kasalliklari sabab bo'lishi mumkin.

Ona bilan homila qonining rezus jihatidan mos kelmasligi (onada rezus - manfiy, homilada rezus - musbat qon bo'lsa) homiladorlikni to'xtatishga olib keladi.

Yaqin qarindoshlar orasida turmush, xromosom - ginetik o'zgarishlar natijasida homila nuqsoni rivojlanishi va tushishiga sabab bo'ladi.

Ichki jinsiy a'zolari (bachadon, tuxumdon, bachadon naylari) faoliyatining etishmovchiligi (infantilizm), bachadon va naylar, tuxumdonlarning tug'ma nuqsonlari, tuxumdon va bachadon o'smalari, bachadon bo'ynining oldingi tug'ruqda yirtilishi kabi ko'pgina holatlar bola tushishiga sabab bo'ladi.

Ayolda to'satdan sodir bo'ladigan ruxiy shikastlanish, jismoniy og'ir mehnat, har-xil jarohatlar o'z-o'zidan bola tushishiga imkon tug'diradi.

Bachadon, bachadon naylari, tug'ruq yo'llari (bachadon bo'yni, qin, siydik yo'llari) ning surunkali yallig'lanishi natijasida ona qornida homila va yo'ldoshga kasallikning mikroblari o'tib, ularni shikastlaydi, homila ona qornida nobud bo'ladi va homiladorlik rivojlanishidan to'xtaydi ya'ni bola tashlash sodir bo'ladi.

Homiladorlikning dastlabki 14 haftasigacha o'z-o'zidan sodir bo'ladigan abortlar tuxumdondan ajraladigan gormon (estrogenlar, progesteron) mikdori kamayganligiga sabab bo'lsa, (kechikkan 12-22 haftada) abortlar ko'pgina o'tkir va surunkali kasalliklar, yuqumli o'tkir kasalliklar, rezus mos kelmaslik, avvalgi tug'ruqda bachadon bo'ynining shikastlanishi, qin kasalliklari kabilar natijasida yuzaga keladi.

O'z-o'zidan sodir bo'ladigan abortlar klinik bosqichiga ko'ra bir necha turga bo'linadi.

a) abort xavfi (taxdid qiluvchi abort).

b) boshlang'ich abort.

v) jadallashgan abort.

g) chala abort.

d) to'liq abort.

Bundan tashqari ixtiyorsiz abortlar klinik kechishiga qarab infeksiyasiz va infeksiya tushgan abortlarga bo'linadi.

Ixtiyorsiz bola tushishning yana bir turi - o'smay qolgan yoki xalq orasida «yopishgan homila» deb xam yuritiladigan abortdir.

Bunda homila yo'ldosh bachadon devorlaridan ajralib nobud bo'lgach, bachadon qisqarmaganligi, bachadon bo'yni ochilmaganligi sababli bachadondan tashqariga chiqmay qoladi.

Klinik belgilari:

Ixtiyorsiz abortning birinchi bosqichi - abort xavfida ayol qorning pastida va belida dardga o'xshash og'riq sezadi.

Bunda qin orqali tekshirib ko'rilganda bachadon hajmi homiladorlik muddatiga to'g'ri kelib, bachadon biroz qisqaradi, ammo bo'yni ochilmagan bo'ladi.

Boshlanayotgan abort bola tashlashning ikkinchi bosqichi - homila tushishning boshlanishi bo'lib, ayol og'riqdan tashqari jinsiy yo'llardan biroz qon ketayotganidan shikoyat qiladi. Qin orqali tekshirganda bunda ham bachadon hajmi homiladorlik muddatiga mos keladi, bachadon devorlari qisqaradi, bachadon bo'yni teshigi berk yoki tashqi teshigi harmoq uchicha ochilgan bo'lishi mumkin. Agar jinsiy yo'llardan, ko'p miqdorda yoki uzoq vaqt qon ketish kuzatilsa, homiladorlikning kelgusida rivojlanishiga imkon bo'lmay qoladi, chunki bachadon devoridan homila va boshlang'ich yo'ldosh (xorion) ko'proq ko'chgan bo'ladi.

Abortlarda bu dastlabki ikkinchi bosqichida homiladorlar tezda tug'ruqxonaga yotqizilib, tinch sharoit yaratish va bachadonning qisqarish xususiyatini kamaytiradigan dorilar qo'llanilishi kerak. No-shpa 1 ml dan, papaverin 2% li eritmasidan 2 ml, vitamin E ning 5-10% eritmasidan 1ml, progesteronning 1-2,5% eritmasidan 1,0 ml dan kuniga 1 marta mushak orasiga yuboriladi. Magniy sulfat 25% li eritmasidan 5-10 ml ga novokainning 0,5% li eritmasidan 5 ml qo'shib, kuniga 1-2 marta 5-6 kun davomida mushaklar orasiga yuboriladi.

Keyingi vaqtlarda progesteron o'rniga sintetik progesteron - turinal tabletkasidan kuniga 2-3 marta yoki dyufaston 4 tabl. 1-nchi kuni, keyin 3-2 mahal ichish buyurilmoqda. Vitaminlardan V1, V6 1 ml dan har kuni mushak orasiga yuboriladi. Glyukozaning 40%-20 ml eritmasiga 5%-5 ml vitamin S qo'shib qon tomirga yuborilsa, homilani o'sishiga yordam qiladi. Agar homila tushishining sababi rezus mos kelmaslik bo'lsa homiladorlikda hozirgi davrda antitanalarni kamaytirish maqsadida dimedrol, pipol-fendan 1 ml teri ostiga yuboriladi yoki 1 ta tabletkadan kuniga 1-3 marta ichishga beriladi.

Rezus immunlashgan homiladorlikda alloplastika metodi (eridan ozgina teri olinib ayolga ko'chirib o'tkazish) homiladorlarni davolashda keng qo'llanilmoqda. Boshlanayotgan abortda bachadon bo'yni biroz ochilgan bo'lsa dorilar bilan

davolash davomida qon ketish kamaymasa, homiladorlikni saqlab qolishni iloji bo'lmaydi, bu xolda homilani maxsus asboblari (mexanik vakuum-shprits) yordamida olib tashlashga to'g'ri keladi.

Jadallashgan abortda ko'chgan homila tuxumi bachadon bo'shlig'ining kengaygan kanali orqali qinga chiqib qolgan bo'ladi. Bachadon bo'yni kanalining ochilganligi, unda homila tuxumi borligi, tuxumning bir qismi qinga tushganligi ayolni qin orqali tekshirganda aniqlanadi.

Chala abortda homila tuxumining bir qismi (tushib qolgan qismi) bachadon bo'shlig'ida saqlanib qoladi. Bunda bachadon bo'yni kanali 1-2 sm ochilgan, bachadon tanasi homiladorlik muddatidan kichikroq bachadon esa yumshoqroq bo'ladi.

Jadallashgan va chala abortda bachadondan ko'p miqdorda qon ketishi mumkin. Davosi: homila tuxumi, uning qoldiqlari maxsus asboblari yordamida olib tashlanadi. Bundan tashqari o'tkir kamqonlik natijasida ayolning ahvoli og'irlashgan bo'lsa, albatta zarur miqdorda qon va uning o'rnini bosuvchi suyuq dorilar tomirga yuboriladi.

Homila tuxumi bachadon bo'shlig'idan batamom chiqqanda to'liq abort deb yuritiladi. To'liq abortda bachadon qisqaradi, bachadon kanali ozroq ochilgan, qon oqishi to'xtagan bo'ladi. Bachadon hajmi kichraygan bo'ladi. Homiladorlikning dastlabki oylarida to'liq abort katta muddatdagi homiladorlikka qaraganda kamroq uchraydi.

To'liq abortda bachadondan homila tuxumi to'la shikastlanmay chiqqanda ham, detsidual parda va qon laxtalari bachadonda qoladi, bu esa mikroblar rivojlanishiga etarli muhit yaratadi, infektsiya avj olishiga sabab bo'ladi. Shu sababli to'liq abortdan keyin ham bachadon devorlarini maxsus asboblari bilan kirish tavsiya etiladi.

O'smay qolgan homiladorlik (yopishgan homila) ni aniqlashda homiladorlik belgilari yo'qolishi, sut bezlarining yumshashi, bachadon hajmi homiladorlik muddatidan kichik bo'lishi, katta muddatli homiladorlikda homilaning yurak urishi va qimirlashining to'xtashi kabi belgilar ahamiyatga egadir. Bundan tashqari biologik (Galli - Maynning) usuli yoki immunologik reaksiyalari yordamida homiladorlikning to'xtaganligi aniqlanadi.

Keyingi paytda ultratovush apparati yordamida homiladorlikning rivojlanishi, homilaning tirikligini aniqlash keng qo'llanilmoqda. Homila nobud bo'lganligi aniqlangandan so'ng uni olib tashlashga (12 haftagacha) yoki sun'iy tug'dirishga (12 haftadan) oshgach harakat qilish kerak. Chunki bunday harakatlarda bachadondagi o'lik to'qimalar ayol organizmini surunkali zaxarlab homila tushish paytida ayolda qon ivimaslik, ya'ni koagulapatik asoratlarga olib kelishi mumkin. Shu sababli o'smay qolgan homiladorlikni aniqlash bilan darrov ayolni tug'ruqxonaga etkazib, rezus omil zarur, homilani olib tashlash, tushirish mobaynida qon, qon zardobi, qonni ivituvchi (kaltsiy xlor, vikalol, ditsinon, vitamin E, A T F, kantikal, gordoks, askarbin kislotasi) dorilaridan qon tomiriga yuborish og'ir asoratlarning oldini olishga yordam beradi.

Septik abort

Agar homila tushishi 2-3 kun va undan ko'p davom etsa bachadon ichiga mikroblar tushib homila tuxumi va bachadonning yallig'lanishiga sabab bo'ladi. Buni infektsiyali abort deyilib, bu ko'proq jinoiy (kriminal) yo'l bilan homila tushirilganda sodir bo'ladi. Infektsiya faqat homila va bachadon shilliq qavatini zararlasa - asoratsiz abort deyiladi. Asoratli abortda infektsiya kichik chanoq a'zolariga tarqalib, chanoq bo'shlig'ida yiring to'planadi. Bunda bemorning tana harorati baland bo'lib, ahvoli og'irlashadi. Septik abortda infektsiyaning organizmga tarqalishi natijasida ahvol yanada og'irlashadi, ba'zan buyrak va boshqa a'zolarida yiringli yallig'lanishlar kuzatiladi. Ba'zan bu holat septik shokka olib keladi, bunda tana haroratining juda baland bo'lishi, puls tezlashishi, AKB ning birdan pasayishi, nafas va yurak etishmovchiligidan ba'zan bemor nobud bo'lishi mumkin. Infektsiyali abort davomida bir vaqtda yallig'lanishga qarshi dorilar bilan birga bachadon ichidagi homila va uning qoldiqlarini qirib olish yoki homilani tushirishni tezlatish choralarini ko'riladi. Septik abort va septik shokni davolashda lendatsin 1 g vg'i 3-5 kun sefazolin -TEVA, infizol 1 g xar 4-6 soatda, siprinol 200-400 mg 2 mG'k 5 kun v/i, ifitsef seftriakson 1 g dan xar 6 soatdan m/ yoki v/I ga tomchilab, kanamitsin 0,5 g dan xar 8-12 soatdan, vankomitsin 500 mg xar 6 soatda mG'o, sulperazon 1-2g xar 12 soatda v/i yoki m/i. Shu bilan birga metrogil 200-400 mg kuniga 2-3 m ichishga yoki 100 (500 mg) 2 m v/i ,sutkasiga 2,5 l gacha suyuqliklar (protein, albumin, aminon yoki infezol, refortan, jelatinol, gemodez va x.k.) dan tomchilab vG'i, desensibillovchi dimedrol 1% 1-2 ml yoki loriid 1 tab kuniga, diuretiklar 2 ml laziks v/i, mG'o, mannitolni 15%-200-400 ml v/i, yurak faoliyatini yaxshilovchilar strofantin 0,5+glyukoza v/i, sulfokamfokain 2 ml m/o va analgin, amidopirin+dimedrol aralashmasi m/o kabi dorilarni muntazam berib borilsa bu bemor ahvoli yaxshilanishiga yordam beradi. Agar bachadondan ko'p qon ketayotgan bo'lsa, tana harorati yuqoriligiga qaramay, bachadon devoridan homila qoldiqlarini vakuum-aspiratsiya usuli bilan yoki qirib tashlash qon ketishini to'xtatishga yordam beradi. O'z-o'zidan sodir bo'ladigan abortlarning oldini olish uchun ularni yuzaga keltiradigan yuqoridagi kasalliklarni o'z vaqtida davolash, qizlarni yoshligidan chiniqtirish, vaqtida sifatli ovqatlantirish, sun'iy abort qildirmaslik uchun homiladorlikdan saqlanish vositalaridan keng foydalanishni ayollar o'rtasida targ'ibot qilish zarur.

Bola tashlash odat bo'lib qolgan homiladorlarni homiladorlikning «xavfli» muddatlarida tug'ruqxonalarda davolash tavsiya etiladi.

Sun'iy abort

Davolash muassasalarida ayolning istagi yoki tibbiy ko'rsatmalariga muvofiq homiladorlik sun'iy yo'l bilan to'xtatiladi, ya'ni abort qilinadi.

Ayol biror sababga ko'ra tug'ishni istamasa, homiladorlikning 12-haftasigacha abort qildirish huquqiga egadir. Lekin sun'iy abort qilishda ayolning jinsiy yo'llarida yallig'lanish kasalliklari bo'lmasligi, abort qilishda aseptika qoidalariga rioya qilish, abortdan keyingi asoratlarning oldini olishda yordam beradi. Homiladorlikning 12-haftasidan oshgan muddatlarda tibbiy yoki sotsial ko'rsatmalarga muvofiq homiladorning hayoti hamda sog'ligiga xavf soladigan biron kasallikning mavjudligi va oilaviy sabablari (Eri to'satdan o'lgan, jazoga tortilgan, balog'at yoshiga etmagan yoki jinsiy ta'zyiq natijasida homilador bo'lsa)

ko'ra sun'iy abort qilinadi. Homilani olib tashlashdan oldin bachadon bo'ynini tayyorlash uchun prepidual gel servikal kanalga 1 kun oldin yuborish tavsiya qilinadi. Infeksiya qo'shilib og'irlashgan abortlardan keyin ayolning bo'yida bo'lmasligi yoki homilaning bachadondan tashqarida rivojlanishi kabi asoratlar ko'p kuzatiladi. Shuning uchun abortning oldini olish, sanitariya-maorif ishlarini keng yo'lga qo'yish va bo'yida bo'lishdan saqlaydigan vositalarni qo'llashdan iborat.

Bachadondan tashqari homiladorlik (BTX)

Urug'langan tuxum hujayra odatda bachadon nayi orqali bachadon bo'shlig'iga tushib, uning tana qismi shilliq qavatiga o'rtnashadi va shu joyda rivojlana boshlaydi. U bachadondan tashqariga payvandlansa, bachadondan tashqari homiladorlik vujudga keladi.

BTX ayol hayotini xavf ostida qoldiradigan og'ir kasallikdir. Homila bachadondan tashqarida o'sib rivojlanishi uchun etarli sharoit yo'qligidan u o'zi o'rtnashgan a'zoni emiradi, qon tomirlari buzilib ayol qorin bo'shlig'iga ko'p miqdorda qon oqadi. Oqayotgan qonning shu erda to'planishi esa ayol hayotiga xavf soladi, natijada gemorragik shok ro'y berishi ko'pincha zudlik bilan tibbiy yordam ko'rsatishni talab qiladi.

BTX ning asosiy klinik belgilarini UASH larning bilishlari juda muhim. Chunki ular bunday og'ir asorat bilan kasallangan ayollarni o'z vaqtida vrachga yuborib, ularning hayotlarini saqlab qolishga o'z hissalarini qo'shgan bo'ladilar. BTX 5-8% xollarda uchraydi. Ayrim vaqtlarda urug'langan tuxum hujayra nayga, tuxumdonga (0,1-0,2%), qorin pardasiga (0,2-0,4%), qorin bo'shlig'idagi turli a'zolarga payvandlanishi mumkin. BTX ko'pincha bachadon naylarida joylashadi (98-99%).

Homila bachadon nayining har xil joyida: ampulyar, istmik, interstitsial qismlarida joylashishi mumkin. Nayning istmik qismida homila ko'proq 49,6%, ampulyar qismida ozroq 40,3%, interstitsial qismida eng kam 9,45% uchraydi. Ko'pincha bachadon nayining surunkali yallig'lanishi naydagi homiladorlikka sabab bo'ladi. Yallig'lanish natijasida bachadon nayi devorlarining bir-biriga yopishib qolishidan, uning bo'shlig'i hamda nayning qisqarish qobiliyati susayadi. Natijada urug'langan tuxum hujayra bachadonga o'ta olmaydi yoki o'tishga ulgurmay nay bo'shlig'iga yopishadi va shu joyda taraqqiy eta boshlaydi. Bunday ayollarning anamnezida ilgari sun'iy abort qildirgan, o'z-o'zidan bola tashlagan, 1-lamchi yoki 2-lamchi befarzand, infantilizm bo'lib chiqadi.

BTX (gr extra uterina) yoki o'z o'rnida joylashmagan homiladorlik deb, urug'langan tuxumning bachadondan tashqari - homilaning tug'ilishi uchun tabiiy yo'llardan tashqarida joylashishiga aytiladi.

Tasnifi

A. Urug'langan tuxumning joylashishiga ko'ra:

1. Qorin bo'shlig'idagi homiladorlik: a) 1-lamchi, b) 2-lamchi.

2. Bachadon nayidagi homiladorlik (gr extra uter tubarria)

a) Interstitsial qismida (9,15%).

b) Istmik qismida (49,6%).

- v) Istmiko-ampulyar qismida joylashishi.
- g) Ampulyar qismida (40,3%).
- d) Fimbrial qismida joylashishi.
- 3. Tuxumdondagi homiladorlik (gr ovarialis)
- 4. BTX ning boshqa shakllari:
 - a) Bachadon bo`ynida joylashishi.
 - b) Aralash joylashishi (masalan: tuxumdon-fimbrial qismida joylashishi).
 - v) Bachadonning rudimentar shoxlarida joylashishi.
 - g) Boylamlar orasida joylashishi.
 - d) Bachadon tutqichlarida joylashishi.

B. Bachadon nayidagi homiladorlikning klinik kechishiga ko`ra:

1. Bachadon nayidagi o`sb boruvchi (uzilmagan) homiladorlik.
2. Bachadon nayidagi uzilgan homiladorlik:
 - a) Bachadon nayning yorilishi.
 - b) Naydagi abort.

Etiologiyasi va patogenezi

Fiziologik sharoitda urug`langan tuxum hujayra hech qanday to`siqsiz bachadon naylari orqali bachadon bo`shlig`iga o`tadi. Me`yorda trofoblast tuxum bachadon bo`shlig`iga tushgandan keyin xosil bo`lishi kerak. Agar trofoblast tuxumning bachadon bo`shlig`iga tushishidan oldin paydo bo`lsa, BTX kelib chiqadi.

BTX ning eng ko`p uchraydigan shakli naydagi homiladorlikdir. Buning asosiy sabablari quyidagicha:

1. Yallig`lanish jarayonlari
2. jinsiy a`zolarining noto`g`ri rivojlanishi (infantilizm).
3. bachadon naylarining kistalari yoki xavfsiz o`smalari.
4. nay endometrioz.
5. bachadon nayi atrofidagi chandiqli jarayonlar.
6. urug`langan tuxum hujayra migratsiyasi.

Ko`pchilik ayollarda sariq tana ektopik homiladorlik joylashishining qarama-qarshi tomondagi tuxumdonda topiladi.

a) tashqi migratsiyada (mas: o`ng tuxumdondan chap bachadon nayiga qorin qo`shlig`i orqali o`tadi yoki aksincha) blastotsista kattalashib ketib nayning ingichka bo`yin oldi qismidan o`ta olmay qoladi.

b) ichki migratsiyada esa urug`langan tuxum hujayra bachadon orqali qarama-qarshi tomondagi nayga o`tadi.

7. Xaddan tashqari ruxiy zo`rikishlar.

Bunda tuxumni qabul qilish mexanizmi buzilib nay muskullarini uzoq vaqt spazmiga va antiperistaltikasiga olib keladi. Natijada tuxumning naydan transpartirovkasi sekinlashadi va BTX yuzaga keladi (gormonlar muvozanati buziladi).

Infantilizmda ham naylar ingichka uzun bo`lib, urug`langan tuxum hujayrani o`tkazib bera olmaydi. Neyrogumoral boshqarish ham buziladi.

Klinik kechishi

Bachadon nayidagi o`sb boruvchi (uzilmagan) homiladorlik.

Erta davrlarida normal homiladorlikka o'xshab ketadi. Anamnezida yallig'lanish jarayoni yoki uzoq vaqt bepustlik bo'lgani aniqlanadi. Birinchi haftalarda homiladorlik muddatiga mos keladi. Keyinchalik esa muddatidan orqada qolib boradi. Bachadon noksimon shaklda bo'ladi. Bachadon ortiqlari soxasida yumshoq, og'riqli, kolbasasimon shaklda xosila aniqlanadi. U harakatchan bo'ladi. Qin orqali orqa gumbazga kirib bachadon bo'yni bir oz oldinga (qovga) ko'tarilsa, og'riq seziladi. Ayol statsionarga etkazilib qattiq nazorat qilinadi. Odatda o'suvchi homiladorlik 2-3 oylik muddatida aniq paypaslanadi, bachadon yon tomonida yumshoq uzunchoq xosila aniqlanib, qin yon gumbazlari soxasida pulsatsiya beradi. Xosila kattaligi 4 haftalik muddatda qush tuxumidek kattalikda bo'ladi. Kech muddatlarida qin gumbazlari orqali homila qismlari va uniig harakatini aniqlash mumkin. Hozirgi vaqtda UTTda aniqlanadi hamda laparoskopiya orqali aniqlab davolash mumkin.

Nay 4-6 haftaligida, ba'zi paytlari 2-3 haftaligida yoriladi.

Yorilishiga sabab nay shilliq qavatining detsiduallanishi, bachadonnikiga qaraganda sust bo'ladi, u funktsional va bazal qavatga bo'linmaydi, shilliq osti qavati ham yo'q, mushak qavati ham bachadonnikiga qaraganda sust rivojlangan.

Shunga ko'ra hujayra trofoblasti va xorion vorsinkasi nay devoriga tez o'sib kiradi va uning butunligini buzadi. Agar nay yuqoriga yarim aylanasidan yorilsa, homila tuxumi chiqib erkin qorin bo'shlig'iga quyiladi. Agar pastki yarim aylanasidan yorilsa homila tuxumi va gematoma bachadonning keng boylami varaqlari orasida bo'ladi. Nay yorilganda homila tuxumi qorin bo'shlig'ida bo'lsa, o'tkir qorin belgilari paydo bo'ladi: anemizatsiya, xushidan ketish, bosh aylanishi, qorinda kuchli og'riq, shok belgilari-qon bosimining pasayishi, xolsizlik kuzatiladi. Agar nay yorilganda bachadonning keng boylamiga qon quyilsa, anemiya, shok, qorindagi og'riq belgilari sust rivojlangan bo'ladi, Yig'ilgan qon (qorin bo'shlig'iga yoki nay ichida) so'rilib laxta xosil qiladi va bu ichki a'zolarining qorin parda, ichaklar, charvi, siydik pufagi bilan qisib qo'yadi, shuning natijasida qorinda og'riq, algomenoreya, bepustlik belgilari paydo bo'ladi. Ba'zan xavfli o'smaga (xorionepitelioma) olib kelishi mumkin.

Asosiy belgilari

Qorin va kov soxasida kuchli og'riq bo'lishi, og'riq elka, kurak, to'g'ri ichakka berilishi va sovuq ter bosib, xushdan ketishdir.

Ob'ektiv ko'rilganda qon bosimi pasayadi, puls tezlashgan, teri va shilliq qavatlari oqaradi.

Qorin paypaslanganda og'riqli, qorin mushaklari bir oz taranglashgan lekin nafas olishda ishtirok etadi, perkussiya qilinganda qorinda erkin suyuqlik bo'lgani uchun tumtoq tovush eshitiladi.

Qin orqali tekshirilganda bachadon bir oz kattalashgan, yumshoqroq, odatdagidan harakatchan («suzuvchi bachadon»), bachadon ortiqlari shishgan, orqa gumbaz bo'rtib chiqqan va paypaslaganda kuchli og'riqli («Duglas qichqirig'i») bo'ladi.

Bachadon bo'ynini oldinga surib ko'rilganda kuchli og'riq seziladi («Prust belgisi»).

Bu belgilardan tashqari, nayning yorilishiga professor A.A. Kogan tomonidan aniqlangan quyidagi 2 ta belgi xarakterlidir:

1. Qalpoqcha belgisi - ayolni bosh tomoni biroz ko'tarilgan holatda qin orqali tekshirilganda qinga kirgizilgan barmoqlar ustiga orqa gumbaz qalpoqchaga o'xshab kiyilib keladi.

2. To'siq belgisi - qin orqali ikki qo'llab tekshirilganda tashqi va ichki barmoqlar bir-biri bilan tutashadi, barmoqlar tortilganda esa yana shu soxada xosila paydo bo'ladi (bu suyuq qonning harakatlanishidir).

Bachadon nayidagi uzilgan homiladorlikning «nay aborti» turi

Bunda nayning infundibulyar yoki ampulyar qismida joylashgan tuxum hujayra nay devoridan ko'chada va bo'shlig'iga chiqadi.

Nay abortini aniqlash biroz qiyinchilik tug'diradi.

Bachadon bo'shlig'idan uning o'ziga o'xshagan to'qima parchasi (slepok matki) chiqsa tashhis qo'yish biroz engillashadi.

Shu sababli bemorni tekshirganda qindan olingan laxtalarni sinchiklab tekshirish lozim. Ko'zdan kechirganda ko'z sklerasining sarg'imtir tusga kirishi ichki qon ketishidan darak beradi.

Homila tuxumi asta - sekin ko'chib, kichik bo'laklarni o'z ichiga olsa va ayni vaqtda ko'p qon quyilmasa, nay devori bilan homila tuxumi o'rni orasiga qon to'planadi.

Shuning oqibatida ko'pincha nay voronkasi saxosida yallig'lanish jarayoni kelib chiqadi, so'ngra nayning abdominal uchi bitib ketadi. Shu tariqa o'rnidan ko'chgan homila tuxumi endi taraqqiy etolmay nobud bo'ladi.

Nayga quyilgan qon bora-bora ivib laxta xosil bo'ladi, bu laxta ivib biriktiruvchi to'qima bilan o'rala boshlaydi, natijada to'plangan qon gematosalpihx va peritubar gematoma vujudga keladi. Nay abortida nayning abdominal teshigi orqali kichik chanoq bo'shlig'iga talaygina qon quyilsa, bu qon Duglas bo'shlig'ida to'planib bachadon orqasidagi qonli o'smani xosil qiladi. Bunday xollarda ichki tekshirish o'tkazilsa, quyidagilar aniqlanadi: qin orqa gumbazi bo'rtgan, bachadon yuqoriga va oldinga surilgan, bachadon orqasidagi o'sma yumshoq konsistentsiyali, elastik, harakatsiz, yuqorigi chegarasi yopiq bo'ladi.

Korin pasti perkussiya kilinsa perkutor chegara palpatsiyada aniqlanadigan chegaraga mos kelmay, 2-4 sm pastrokda bo'ladi. Buning sababi shuki, bachadon orqasidagi qonli o'sma ustida ichak qovuzloqlari bir-biriga yopishib turadi, bular perkutor timpanik tovush beradi.

BOB BO'YICHA AMALIY KO'NIKMAALAR

Bemorlar kuratsiyasi, homiladorlik kartasini to'ldirish, anamnez yig'ish, ginekologik tekshiruvlar, qon ketishda shoshilinch yordam berish, klinik laborator tekshiruvlarga yo'llanma berish, funktsional diagnostik testlar va gormonal tekshuruvlar natijalariga baho berish, bemorlarni jarrohlik amaliyotidan keyingi parvarishi kabi amaliyotlarni egallashi zarur. Bundan tashqari abort amaliyoti hujjatlarni to'ldirish, rivojlanayotgan homiladorlik tashhislash usullarini bilish kerak.

Qon ketishda quyidagi amaliy ko'nikmalar qo'llaniladi:

- a) Bimanual tekshirish usuli.
- b) Ko'zgularda tekshirish usuli.
- v) Bakteriologik va bakterioskopik tekshiruvlar uchun surtma olish.

2. Bemorni umumiy ko'zdan kechirish va tekshirish usullarni qo'llash. (palpatsiya, perkussiya, auskultatsiya)

Z. Kichik chanoq bo'shlig'ini qin orqa gumbazi orqali punktsiya qilish.

4. Bachadon bo'shlig'ini diagnostik maqsadda kirish.

Kichik chanoq bo'shlig'ini qin orqa gumbazi orqali punktsiya qilish.

Maqsad: ginekologik kasalliklar diagnostikasi, qorin bo'shlig'ida erkin suyuqlik bor-yo'qligini aniqlash.

Ko'rsatma: Bachadondan tashqari homiladorlik, tuxumdon apopleksiyasi, Duglas bo'shlig'i abtsessi, astsit.

Ta'minlanishi: ginekologik kreslo, qin ko'zgulari, qisqich, punktsiya ignasi, probirka.

Qadam baqadam bajarilishi:

1. Ayollar ginekologik kresloga joylashtiriladi.
2. Qinga ko'zgular kiritiladi.
3. Qin gumbazi yodanat yoki 70% spirt bilan artiladi.
4. Bachadan buyni orqa labi qisqichga olinadi.
5. 1-2 sm chuqurlikda, orqa gumbazning ko'proq shishib turgan joyidan punktsiya qilinadi.
6. Suyuqlik probirkaga yig'iladi, olingan suyuqlikning xarakteriga qarab bemorni keyingi olib borish taktikasi xal qilinadi.
7. Bachadan bo'ynidan qisqichlar olinadi.
8. Qin aseptik eritma bilan artiladi.
9. Ko'zgular chiqarib olinadi.
10. Ayolni katalkada palataga yoki jarrohlik xonasiga o'tkaziladi.

Bachadon bo'shlig'ini diagnostik maqsadda kirish

Maqsad: Endometriy holati diagnostikasi, bachadon bo'shlig'idan homila qismlarini va endometriyni olib tashlash.

Ko'rsatma: BDKK, bachadon miomasi, endometriy fon va rak oldi kasalliklari, abort.

Ta'minlanishi: ginekologik kreslo, 70% etil spirti, qin ko'zgusi, qisqichlar, bachadon zondi, Gegar kengaytirgichlari, kyuretkalar, fiziologik eritma, formalin.

Qadam baqadam bajarilishi:

1. Ayol kresloga joylashtirilib bachadon holati aniqlanadi
2. Lidokain, novokain bilan mahalliy yoki tomirga kalipsol bilan og'riksizlantiriladi.
- Z. Tashqi jinsiy a'zolar va qinni 70% etil spirt bilan artiladi.
4. Qinga ko'zgular kiritilib, bachadon bo'yni tashqi bo'g'izi 70% etil spirt bilan tozalanadi.
5. Bachadon bo'yni oldingi labiga qisqich qo'yiladi.
6. Bachadon zondi yordamida bachadon bo'shlig'i uzunligi o'lchanadi.

7. Gegar kengaytirgichlari bilan kengaytirgach, qirgichlar bilan bachadon bo'shlig'i bazal qavatini jarohatlamasdan qirib olinadi.

8. Olingan qirmani fiziologik eritmada yuvib, idishga formalin solib, gistologik tekshiruvga yuboriladi.

9. Qiskichlar olinib servikal kanal va qin spirtida artilib ko'zgular chiqarib olinadi.

10. Ayolni katalkada palataga o'tkaziladi.

BEPUSHTLIK SINDROMI

JSST (1986) ta'rifiga ko'ra, tug'ish yoshida bo'lgan er-xotin bir yil davomida urug'lanishga qarshi vositalarsiz muntazam jinsiy hayot kechirganiga qaramay homiladorlik kuzatilmasa, nikoh bepusht hisoblanadi.

Bepusht nikoh birlamchi va ikkilamchi bo'ladi. Agar homiladorlik umuman kuzatilmasa - bepushtlik birlamchi, agar homiladorlik kuzatilib, so'ngra bepushtlik yuzaga kelsa bepushtlik ikkilamchi hisoblanadi.

Etiologik omillari bo'yicha bepushtlikni quyidagi turlarga ajratish mumkin:

Bepushtlikning endokrin turi

Nishon a'zolari jarohatlanishi bilan bog'liq bepushtlik

Bepushtlikni immunologik turi

Erkaklar bepushtligi

Bepushtlikni endokrin turi

Ayollarda bepushtlikni endokrin turlariga ovulyatsiyaning buzulishini kiritish qabul qilingan.

Ovulyatsiyaning zamonaviy nazariyasiga binoan S.S. Jen (1986) tomonidan bepushtlik endokrin turining so'nggi tasnifi yaratilgan.

Reproduktiv sistemaning anatomik nuksonlari (bachadon va qinning rivojlanish nuqsonlari, sinexiyalar)

Tuxumdon etishmovchiligi (diskineziya, agneziya)

Surunkali anovulyatsiya sindromi

A) Gipotalamik turi

B) Gipofizar turi

V) Qayta bog'liqlik qonunini buzilishi (kontratseptivlar qo'llanilishi, giperandrogeniya, steroid gormonlar ishlab chiqaruvchi o'smalar, autoimmun kasalliklar)

Reproduktiv sistemaning anatomik nuqsonlari embriogenez davridagi nuqsonlaridan kelib chiqqan.

Bachadon va qin anatomik o'zgarishlarining orttirilgan turlariga erta, plastik jarrohlik muolajalari oqibatidagi chandiqlar kiradi.

Mavjud chandiqlarni laparoskopik nazorat ostida gisteroskopik kesish, keyinchalik BIV kirgizish tavsiya qilingan.

Tuxumdon etishmovchiligi

Amenoreyaning tuxumdon turlari birlamchi va ikkilamchi bo'lishi mumkin. Ko'p xollarda esa tuxumdon po'stloq qavatida follikulyar apparat yo'qligidan kelib chiqadi.

Surunkali anovulyatsiya patologik holatlarning geterogen guruhi bo'lib, gipotalama-gipofizar tuxumdon sistemasidagi siklik jarayonlarining buzilishi bilan xarakterlanadi. Klinik belgilari bachadondan disfunktsional qon ketishlar, oligomenoreya, amenoreya, galaktoreya orqali yuzaga chiqadi. Bepushtlikning endokrin turlarini davolash qat'iy induvidual (yakka tartibda) o'tkaziladi.

Davolash: Tuxumdon etishmovchiligi (lyutein faza etishmovchiligi, ovulyatsiyalanmaydigan follikulaning lyuteinizatsiya sindromi)da o'rin bosar terapiyani qo'llash mumkin.

Menstruatsiyaga 10 kun qolganda, hayz siklining 2 fazasida progesteron qo'llash.

16-18-20 hayz xorionik gonadotropinni 1500-2000 Ed dan kiritish

Kombinatsiyalashgan estrogen-gestagen preparatlarini samara olish maqsadida 2-3 kurs davomida qo'llash.

Ovulyatsiyani stimullash uchun klomifen 50 mg dan (100-150 mg sutkasiga hayz siklining 5 kundan 9 kunigacha beriladi).

Giperprolaktinemiya 4-6 hayz sikli davomida sutkasiga 2,5-7,5 mg bromkriptin yoki lod parallel berish tavsiya etiladi.

Giperandrogeniyada deksametazon sutkasiga 0,25-0,5 mg beriladi.

Surunkali anovulyatsiya sindromida ovulyatsiya bo'lmashligini quyidagi tekshirish usullari bilan aniqlash mumkin (3 yoki undan ko'proq hayz sikli davomida).

Bazal haroratni o'lchash.

Plazmada progesteron miqdorini aniqlash.

6-8 kun davomida bazal haroratni oshganida siydikda pregnandiol miqdorini aniqlash.

Endometriy so'rg'ichini gistologik tekshirish.

Laparoskopiyada «follikulaning usishi va yorilishi» ni aniqlash

Ultratovush orqali follikulametriyani qo'llash.

Ovulyatsiyani tekshirishda yuqorida ko'rsatilgan barcha usullarni qo'llashga zarurat yo'q.

II. Nishon a'zolar shikastlanishi bilan bog'liq bepushtlik.

Bepushtlikning bu turini quyidagi omillar bilan ajratiladi:

Nay-peritoneal

Bachadon

Bachadon bo'yni

Qinga bog'liq

Nay bepushtligi bachadon naylarining anatomik-funksional o'zgarishlari oqibatida kelib chiqadi. Uchrash soni 30-70%.

Peritoneal bepushtlik deb, kichik chanoq bo'shlig'idagi chandiq jarayonlari tufayli 1 yoki 2 ta nayning o'tkazuvchanligi buzulishi tufayli yuzaga keladigan bepushtlikka aytiladi.

Uchrashi - 9,2-34%

Nay bepushtligini 2 ta asosiy turga ajratish qabul qilingan. Bachadon naylari funktsiyasining buzilishi va ularning organik o'zgarishlari.

Bachadon naylari funktsiyasining buzilishi ko'p sabablar natijasida yuzaga chiqadi:

A) Bepushtlik oqibatidagi surunkali psixologik stress.

B) Jinsiy gormonlar sintezining buzilishi.

V) Buyrak usti bezi va simpatikoadrenal sistema glyukokortikoid funktsiyasining buzilishi.

Bachadon naylarining organik shikastlanishi ular o'tkazuvchanligining buzilishi bilan kechadi.

Bachadon naylari organik o'zgarishlarining asosiy sabablari quyidagilar hisoblanadi:

a) jinsiy a'zolarning yallig'lanish kasalliklari.

b) pelvioperitonit, appenditsit, keyinchalik appendoektomiya bilan, ichki jinsiy

a'zoldagi jarrohlik muolajalari bilan bog'liq o'zgarishlar.

v) bachadon naylari endometrioz.

Bepushtlikning nay-peritoneal formasida davolash:

Yallig'lanishga qarshi davo o'tkazish.

Gormonal buzulishlarni korrektsiya qilish.

Laparoskopiya

a) Chandiqlarni kesish (salpingo-, ovario-, fimbriolizis)

b) Salpingostomiya, salpingoneostomiya

v) Endometrioz uchoqlarini koagulyatsiya qilish

Bachadondagi organik o'zgarishlar tufayli yuzaga keladigan bepushtlikning sabablariga-ichki endometriozning boshlang'ich formalari, bachadon submukoz miomasi, endometriy giperplaziyasi va poliplari, turli etiologiyali yallig'lanish jarayonlari kiradi. Bu o'zgarishlar meno-, metrorragiya, oligomenoreya va amenoreya shaklida klinik namoyon bo'ladi.

Bachadon bo'yni va qinning orttirilgan nuqsonlari ko'pincha jinsiy a'zolarni yallig'lanish kasalliklari natijasida, jarrohlik muolajalari oqibatida kelib chiqadi. Bachadon bo'yni omili spermatozoidlarning tashilishida katta ahamiyatga ega. Bachadon bo'yni shillig'ining buzilishi sabablari:

Yallig'lanish o'zgarishlari

Gormonal buzulishlar

Spermatozoidlarga nisbatan antitanalar bo'lishi.

Bachadon bo'yni anatomik o'zgarishlari.

Bachadon bo'yni omilida davolash:

Yallig'lanishga qarshi davo

Tuxumdonlar funksiyasini yaxshilovchi davo.

Spermatozoidlarda antitanalar bo'lsa, bar'er (tusikli) davo 6-oy davomida prezervativlar qo'llash.

Bachadon ichiga inseminatsiya qo'llash.

Anatomik o'zgarishlar bo'lsa, plastik jarrohlik muolajalarni qo'llash.

Nishon a'zolarining surunkali yallig'lanishi bilan bog'liq bepushtlikni davolash.

Nishon a'zolarida surunkali yallig'lanish kasalliklarini aniqlash uchun provokatsiya metodi qo'llanib qin servikal qanal va uretra ajralmalari bakteriologik va serologik tekshiriladi. 50% xollarda infektsiya bachadon naylari va chanoq bo'shlig'ida bo'lishini hisobga olib, mikroflorani tekshirish maqsadida material laparoskopiya yoki orqa gumbaz punktsiyasi orqali olinadi (agar sharoit yoki ko'rsatma bo'lsa).

Antibakterial preparatlar kasallik qo'zg'atuvchilarining ularga bo'lgan sezuvchanligidan kelib chiqqan holda tavsiya qilinadi.

Surunkali yallig'lanish kasalliklarini davolashda ko'pincha amaliyotda G.M. Saveleva (1987) taklif qilingan sxemadan foydalaniladi.

Antibakterial preparatlar:

Yarim sintetik penitsillinlar

Tsefolosporinlar (tsevaliksin, TEVA siproden)

Tetratsiklin guruhi

Aminoglikozidlar

Levomitsitin guruhi

Rifampitsin guruhi

Metronidazol - TEVA, metrogil

Tinidozol

Nitrofuran hosillari

Prostaglandin ingibitorlari

Nistatin, fungikeyr (kandidamikoza qarshi davo)

Vitaminoterapiya

Immunoterapiya

Giposensibilizatsiya

Immunologik bepushtlik. Bepushtlik sababi spontan ro'y beruvchi antisperma immunitet: erkaklarda ayrim sharoitlarda o'zining spermasiga nisbatan antitanalar bo'lishi, ayollarda erining spermasiga antitanalar bo'lishidir.

Davosi: 6 oygacha prezervativ qo'llash, ayollarda glyukokortikoid terapiya spermani suyultirish uchun qo'llaniladi.

Psixogen omillar

Ko'pgina bepusht ayollarda psixoemotsional holatida turli o'zgarishlar borligi aniqlanadi. Yolg'izlik, hayz oldi davridagi isterik xollar bunga misol bo'ladi. Bunday ayollar nevropatolog, psixonevrolog nazoratida bo'lishi kerak.

Erkaklar bepushtligi

Nasl qoldirishda erkak omilining roli - etilgan tuxum hujayrani urug'lantirish hamda erkak spermatozoidini yarim genetik materialni kiritish yo'li bilan erkak individumining irsiy belgilarini o'zgartirishdan iborat.

Har bir etilgan erkak jinsiy hujayrasi 72-74 kun davomida rivojlanadi va parallel ravishda ularning ko'p qismi rivojlanib shakllanadi. Spermatogenez jinsiy etilish davridan boshlab butun hayot davomida uzluksiz ro'y beradi.

Erkaklar bepushtligini sekretor va ekskretor turlari farqlanadi.

Erkaklar bepushtligining sekretor turi spermatogenez buzilishi bilan harakterlansa, ekskretor turi - sperma ajralishining buzilishi bilan harakterlanadi. Bankroff (1985) ma'lumotlariga ko'ra erkaklar bepushtligi 40-50% hollarda uchraydi.

Normal spermogramma parametrlari:

Eyakulyat miqdori - 2-5 ml

Eyakulyatda spermatozoidlarning umumiy miqdori >50 mln

Aktiv harakatchanlik >50 %

Aglyutinatsiya yo'q

pH 7,2-7,8

Leykotsitlar <1,0

Erkaklar bepushtligini davolash usuli (IOSD) donor spermasi bilan sun'iy urug`lantirishdan iborat.

Bepusht ayollarni tekshirish usullari

Anamnez (hayz va ovulyatsiya anamnezi, sistem kasalliklari, o`tkazilgan jarrohlik muolajalari, yallig`lanish kasalliklari).

Gormonal tekshirish (LG, FSG, prolaktin, testosteron)

Hayz siklining 6-8 kunida gisterosalpingografiya, kimopertubatsiya.

Follikullar o`shining ultratovush biometriyasi.

Erkak spermasi tahlili.

Hayz siklining 12-14 kunlarida postkoital testlar (PKT) o`tkazish.

Laparoskopiya.

Hayz boshlanishidan 2-3 kun oldin endometriy biopsiyasi.

Ekstrakorporal urug`lantirish va embrion transplantatsiyasi nisbatan yangi, ancha murakkab va qimmat davolash usullaridan biri bo`lib, bu odam hujayrasini in vitro sharoitida urug`lantirish, uni urchitish va embriionni bachadonga joylashtirishdan iboratdir.

In vitro usuli bilan urug`lantirish muvaffaqiyati dastavval etishgan otsitlar olishning optimal (qulay) muddatlarini aniqlashga va barcha muolajalarni bajarish texnikasining aniqligiga bog`liq.

BOB BO`YICHA AMALIY KO`NIKMALAR

Bepushtlik bilan murojaat qilgan bemorlarni ko`rish, anamnezi va umumiy tekshirish usullari, kerakli tekshirish usullariga yo`llanma berish kabi ko`nikmalarni egallash zarur.

Shu bilan birga quyidagi amaliy ko`nikmalarni bilishi kerak:

Bimanual tekshirish; qin ko`zgularida tekshirish; bakteriologik va bakterioskopik tahlillar uchun surtma olish; funksional tekshirish usullarini qullay bilish.

Laborator va instrumental (UTT, GSG) tekshiruvlar natijalarini tahlil qila bilish.

8-BOB JINSIY A'ZOLAR NUQSONLARI

Tuxumdonning butunlay bo'lmashligi kamdan-kam uchraydigan hodisadir. Bunday nuqsonlar faqat yashashga qobiliyatsiz bo'lgan bolalarda uchraydi. V.I. Bodyajina va boshqalarning ko'rsatishlaricha, ilmiy adabiyotlarda faqat bitta ayolda tuxumdon bo'lmaganligi to'g'risida yozilgan ekan. Tuxumdoni bo'lmagan ayollarning bo'yi past yoki aksincha, baland, jinsiy a'zolari yaxshi taraqqiy qilmagan, ba'zan ularning taraqqiyoti butunlay to'xtab qolgan bo'ladi.

Mabodo bachadon bir shohli bo'lsa, unda tuxumdon ham bir shohli bo'lishi mumkin, ammo ko'pincha shu hollarda ham tuxumdon ikkita bo'ladi. Tuxumdonlarning anatomik va fiziologik jihatdan rivojlanmaganligi ko'p hollarda boshqa a'zo va tizimlar anomaliyasi bilan birgalikda uchraydi.

Qo'shimcha tuxumdon kamdan-kam xollarda uchraydi, uchinchisi deyarli rudiment, asosiy tuxumdonning chetiga yopishgan holda bo'ladi. Bu qo'shimcha tuxumdonning funktsional jihatdan ahamiyati yo'q.

Ba'zi hollarda bachadon va uning naychalarining yaxshi taraqqiy qilmagan hollari ham uchrab turadi. Bachadon bo'lgani holda, naychalarining bo'lmashligi yoki ular rudiment holda bo'lishi mumkin. Ba'zi hollarda qo'shimcha naychalar yoki naychalarda qo'shimcha teshiklar ham bo'ladi. Bu qo'shimcha naycha asosiy naycha bo'shlig'iga ochilib, uning shokilalari bo'ladi.

Qiz bolalarning jinsiy a'zolaridagi og'ir nuqsonlardan biri - bachadonning bo'lmashligidir. Ko'pincha bachadon bo'lmasa, qin ham bo'lmashligi mumkin. Bunday qizlar to'g'ri ichak orqali tekshirilganda, tasmaga o'xshash yapaloq tanacha qo'lga ilinadi. Bu bachadon va qinning rudiment ko'rinishidir. Qinning bo'lmashlik xollari ko'p uchraydi. Bu nuqson asosan homila ona qornida bo'lganida, Myuller yo'llari (bachadon, qin va bachadon qo'shimchalari shu Myuller yo'llaridan vujudga keladi) pastki qismining yaxshi taraqqiy etmay qolganligi natijasida ro'y beradi. Ko'pincha ana shu ichki jinsiy a'zolar rudiment holda bo'lganligidan qiz bolaning butun organizmi ham rivojlanishdan orqada qolishi mumkin. Bu og'ir patologik holat bo'lib, buni ertaroq aniqlash bolalar vrachi, ona va tarbiyachilarning muhim vazifalaridan hisoblanadi. Aks holda qiz bola buni keyinroq, ya'ni balog'atga etganida bilib qolsa, uning ruxiyatiga og'ir ta'sir qiladi. Qinning bo'lmashligi ham og'ir nuqsonlardan bo'lib, bunda qiz bolada menarxe bo'lmaydi, balog'atga etgan bo'lsa ham amenoreya kuzatiladi. Agar soxta amenoreya bo'lsa, hayz davrida ajratiladigan qon tashqariga chiqq olmay, bachadon va uning naychalarida to'planadi, hatto qorin bo'shlig'iga oqib o'tishi mumkin. Bu nuqsonlarda qiz bola hayz ko'rganida kuchayayotgan og'riqdan shikoyat qiladi. Bunday holatda jarrohlik yo'li bilan sun'iy qin xosil qilinadi. Mabodo bachadon bilan qin ham bo'lmasa, bunday holatlarda siydik qopi bilan to'g'ri ichak oralig'i kengaytirilib, jinsiy aloqa uchun kanal yasaladi. Yuqoridagi qayd etib o'tilgan operatsiya turlari bola balog'atga etgach, faqat o'zi yoki yaqinlarining iltimosi va roziligi bilangina qilinadi. Yallig'lanish natijasida ba'zan qin devorlari bir-biriga yopishib qoladi. Bu ham jarrohlik yo'li bilan tuzatiladi, ya'ni chandiqlar qirqiladi, yoxud a'zo zond yordamida kengaytiriladi.

Qin va bachadonning ikkiga ajralgan holati

Bu asosan Myuller iplarining bir-biri bilan qo'shilmaganligidan vujudga keladi.

Agar har ikkala tomondagi Myuller iplari bir-biriga yaqinlashib qo'shilsa, unda bitta bachadon va bitta qin vujudga keladi. Ba'zi holatlarda bachadon ikkiga ajralib rivojlansa, ularda bo'shliq ham bo'lmisligi mumkin. Ba'zan bachadon bo'shlig'i qisman saqlangan bo'ladi. Bunday hol qinda ham uchraydi, bu har ikki tomondan yoki faqat bir tomondan ko'rinishi mumkin.

Qin va bachadon bo'shliqlari bo'lmasa, ba'zan bachadon va qin butunlay bo'lmisligi yoki qisman bo'lishi mumkin. Yana shunday hollar ham uchraydiki, bachadon va qin go'yo normal ko'rinishga qaramay (bitta bachadon va bitta qin), ularning ichki tomoni o'rtasidan to'siq bilan to'silgan bo'lib, shu to'siq tufayli qin va bachadon ichi ikkiga bo'lingan bo'ladi.

Ko'pincha bachadon va qin ikkiga bo'lingani xolda, ularni har ikkalasi ham normal taraqqiy etgan bo'lib, faoliyati jihatdan ham deyarli normal bo'lishi mumkin. Ammo bunday bachadonlarning har biridan bittadan qo'shimcha bo'lib tuxumdon ham bitta bo'ladi. Bachadon bo'yni hamda qin ikkitadan va ular mustaqil bo'ladi. Ba'zan bitta bachadon va qin to'lik sifatli bo'lishi yoki ikkinchisi ham yaxshi yoki har ikkalasi ham taraqqiy etmay qolgan bo'lishi mumkin. Ko'p xollarda bachadon va qin qo'shaloq bo'lib har ikkalasi bir-biriga yaqin joylashgan, ba'zan faqat pastki qismlari bir-biriga yaqin bo'ladi. Qo'shaloq qinning bittasi ochiq, ikkinchisi bitgan bo'lsa, birinchi va ikkinchi hayzlardan ajralgan qon ana shu qinga to'planib qoladi. Agar bachadon bo'yni berk bo'lsa, unda qon bachadonga to'planadi, shu yo'sinda bachadonda qo'shimcha shoh ham bo'lishi mumkin va qiz bola hayz ko'rganida (agar shu shoh bo'shlig'i bachadon bo'shlig'iga qo'shilmagan, berk bo'lsa) ajralgan qon shu bachadonga to'plana borib, bunda ham gematometra yuz beradi. Bu og'ir klinik holat bo'lib, bemor operatsiya qilinib, shu bachadon shohi olib tashlanadi. Mabodo qinga yoki shu bachadonga qo'yilgan qonga infektsiya tushsa, unda og'ir infektsion jarayon yuz beradi. Ayollarda ana shu qo'shimcha homiladorlik vujudga kelsa, bu bachadondan tashqarida ro'y bergan homiladorlik deb atalib, og'ir oqibatlariga, ya'ni bachadon yirtilishi, kuchli qon ketib, ayolni o'limiga sabab bo'lishi mumkin.

Ba'zan qo'sh bachadon, qo'sh bo'yin bo'lib, qin yarmidan boshlab faqat to'siq bilan ajralgan bo'ladi. Bachadon ikki shohli, bitta bo'yinli va bitta qinli bo'lishi ham mumkin. Yoki bachadon egarsimon va ba'zan to'siqli bo'ladi. Siydik va jinsiy to'siqning nuqsoni bo'lib, shu sababli tashqi chiqaruv yo'li qinga kirish yo'liga, qizlik pardasidan pastroqqa ochiladi. Anus vaginalisda esa, to'g'ri ichak reshigi qinga qarab ochiladi. Bu xildagi nuqsonda to'g'ri ichak teshigining qisadigan xalqasi yaxshi taraqqiy qilganligi sababli, axlat oqib turmaydi, ammo ich kelganida axlat shu ichak teshigi ochilgan joydan chiqadi. Shu sababli, bolalar yoshlikda shikoyat qilmasliklari mumkin. Bemor jinsiy taraqqiyot davrida va jinsiy hayot boshlangandagina bundan shikoyat qiladi. Tug'ruq jarayonida to'g'ri ichak xatto yirtilib ketishi ham mumkin. Buning davosi - to'g'ri ichak chiqaruv teshigini jarrohlik yo'li bilan asli joyiga o'tkazishdan iborat.

Qizlik pardasining nuqsonlari

Qizlik pardasi har xil shaklda bo'lishidan tashqari, ba'zan qalinroq va xalqasimon bo'lishi ham mumkin. Ayniqsa, qalin bo'lsa jinsiy yaqinlik qilishda ko'pgina ko'ngilsizliklarga sabab bo'lishi mumkin. Xalqasimon bo'lsa, jinsiy aloqa vaqtida yirtilmaslik holati ham uchraydi. Gohida qizlik pardasi berk (atreziya) bo'lib, buni ham kechikib aniqlash xollari uchraydi. Qiz bola balog'atga eta boshlagach, hayz bo'lmayotgani, oy sayin qorin pasti, dumg'aza, bel soxalarida og'riq ko'payib borib, u borgan sayin kuchayotganligidan shikoyat qiladi. Og'riqni borgan sari kuchaya borishiga sabab - bachadondan ajralgan qon qizlik pardasi berk bo'lganligi uchun, qinga, qin to'lgach, bachadonga va naychalarga oqib kelib, ularni to'ldiradi, ba'zan qorin bo'shlig'iga ham oqib kelib, qorin pardasini qitiqlaydi. Bunday paytda qiz bolaga tez yordam ko'rsatish zarur bo'ladi. Yordam ko'rsatilmagan taqdirda qorin pastidagi og'riq bora-bora kuchaya boshlaydi. Qorin devori orqali paypaslab ko'rilganda kichik chanoq ichi va ba'zan undan yuqori tomonga ko'tarilgan, kolbasaga o'xshash qattiq elastik shish seziladi. To'g'ri ichak orqali tekshirilganda ham shu xol seziladi. Qin, bachadon va nayzalar bo'shlig'iga yig'ilgan qon infektsiyaning avj olishi uchun qulay manbaa hisoblanadi. Yig'ilgan piragen moddalarining shimilishiga ko'ra, qiz bolada gipertermiya holati yuz beradi. Uning tana harorati 37,2-37,8⁰C gacha ko'tariladi. Mabodo qiz bola organizmida qarshilik ko'rsatish kuchi sust bo'lib, infektsiyaning virulentligi kuchli bo'lsa, tana harorati yanada ko'tarilishi mumkin. Bu a'zolarida yallig'lanish boshlanayotganligini ko'rsatadi. Qiz bola vrach yordamiga nihoyatda muhtoj bo'ladi. Bemorga tashhis qo'yishda qorin va to'g'ri ichak orqali tekshirishdan tashqari, UZD, laparaskopiya, sistoskopiya, rektoramonoskopiya usullaridan foydalaniladi. Davolashda asosan jarrohlik usulidan foydalaniladi. Bunda asosan qizlik pardasi qo'shuv alomati kabi kesiladi, yig'ilgan qon, seroz va yiring olinib yallig'lanish jarayoni yuz bergan bo'lsa, yallig'lanishga qarshi muolaja qilish kerak bo'ladi. Operatsiya qilinganligi to'g'risida qizning onasi yoki o'ziga hujjat berilishi shart, chunki Markaziy Osiyo xalqlarining urf - odatlariga ko'ra, qizlik pardasi qiz bolaning iffatli ekanligidan dalolat beradi.

Soxta germafroditizm

Buni jinsiy bezlarning faoliyatiga qarab aniqlanadi. Chin germafroditizmida erkaklik urug'iga xos faoliyatli elementlar va urug' xaltasi bo'ladi. Mabodo erkaklik urug'i topilmasa, u, chin germafroditizm bo'la olmaydi, deb talqin qiladilar.

Soxta germafroditizm shunday bir nuqsonki, unda jinsiy a'zolar jinsiy bezlarning tuzilishiga mos kelmaydi. Bachadon, qin, bachadon qo'shimchalari, tuxumdonlar bo'lishiga qaramay, jinsiy a'zolarining tuzilishi erkak kishining jinsiy a'zosini eslatadi. Ya'ni, qiz bolalarda o'g'il bolalar harakatiga xos somatik va ruxiy holat kuzatilishi mumkin.

To'liq soxta germafroditizm tashqi va ichki germafroditizm ko'rinishlari bo'ladi, ammo bu xol juda kam uchraydi. Tashqi germafroditizm klitorning gipertrofiyasi xuddi erkak kishining olati (penis) ni eslatadi, lekin undan kichikroq

bo'ladi. O'rta chiziqda katta jinsiy lablar bir-biriga qo'shilib, erkaklar urug' xaltasini eslatadi. Ammo tuxumdon, naychalar, bachadon, qin taraqqiy etgan bo'ladi. Shunga qaramay, Volf yo'li (urug' chiqadigan yo'l) va prostata bezining gomologi parauretral bez bo'ladi, bu ichki psevdogermafroditizm hisoblanadi.

BOB BO'YICHA AMALIY KO'NIKMALAR

Jinsiy a'zolar nuqsonlari bo'lgan ayollarni tekshirish usullari, analiz yig'ini, diagnostik ko'rsatkichlarni taxlil qila olish va shu bilan birga quyidagi amaliy ko'nikmalarni egallash zarur:

1. Qizlik pardasi nuqsonini aniqlash.
2. Ginekologik tekshirish.
3. Ko'zgularda tekshirish.
4. Bimanual tekshirish
5. Bachadon nuqsonlarini rentgen va ultratovush orqali tekshirish natijalarini o'qiy bilish.

JINSIY A'ZOLARNING XAVFLI VA XAVFSIZ O'SMALARI, BACHADON BO'YNI VA TANASI FON VA RAK OLDI KASALLIKLARI

Bachadon bo'yni va tanasining fon va rak kasalliklari.

Jinsiy a'zolar havfli o'smalarining keng tarqalganligi va ayollar onkologik kasalliklari tizimida etakchi o'rin egallaganligi bachadon tanasi, bo'ynining fon va rak oldi kasalliklari muammolarining dolzarbligidan darak beradi. Reproduktiv yoshdagi ayollar onkologik kasalliklari orasida bachadon bo'yni o'sma jarayonlari ulushi 10% dan 15,7% gacha tashkil qiladi. Ma'lumki, ayollar onkologik kasalliklari tizimida bachadon bo'yni raki birinchi o'rinlardan birini egallab kelmoqda, u noqulay fonda rivojlanib, rak oldi kasalliklarining so'nggi bosqichi bo'lib hisoblanadi.

“Fon jarayonlari” degan termin alohida rak oldi hisoblanmaydi, lekin shuning fonida bachadon bo'yni raki va displaziyasi rivojlanish ehtimoli bo'lgan, etiologik va morfologik manzarasi har xil kasalliklarni o'z ichiga oladi. Fon va rak oldi kasalliklarini o'z vaqtida aniqlash va ratsional davolash, profilaktik onkologik tadbirlar tizimining muhim qismi hisoblanadi.

Normada qin shilliq qavatining davomi bo'lib hisoblanadigan ektotserviks stromadan bazal membrana bilan ajralib, ko'p qavatli yassi epiteliy bilan qoplangan 5 qavatli hujayralardan tashkil topgan bo'lib, ma'lum tuzilishga, bir-biriga nisbatan joylashgan va bazal membranaga ega bo'ladi.

Tservikal kanal bir qatorli silindrik epiteliy bilan qoplangan.

Ko'p qavatli yassi epiteliy endotserviksning silindrik endotserviksiga o'tish joyi muhim ahamiyatga ega, chunki ko'pincha shu joyda hujayralarning atipik transformatsiyasi yuzaga keladi. Tug'ish yoshidagi sog'lom ayollarda ko'p qavatli yassi va silindrik epiteliy chegarasi aslida tashqi bachadon bo'g'zi sohasida joylashadi.

Qiz bolalar va tug'magan ayollarda bu chegara bachadon bo'ynining qin qismida joylashishi mumkin.

Homiladorlik davrida ham xuddi shunday manzara kuzatiladi. Yosh o'tgan sari 2 xil epiteliyning tutashgan joyi servikal kanal tomon siljiydi va ko'z bilan ko'rib bo'lmaydi. Xuddi shunday holat bachadon bo'yni diatermokoagulyatsiyasi va kriodestruksiyasidan so'ng ham kuzatiladi.

1979 yilda JSST bachadon bo'yni patologik jarayonlarining morfologik tasnifini tasdiqlagan, unga asosan:

1. Fon holatlari
2. Rak oldi holatlari (displaziya)
3. Preinvaziv rak
4. Invaziv rak farq qilinadi.

Bachadon bo'yni fon va rak oldi kasalliklarining kelib chiqishi ekzo va endogen omillar yig'indisining ta'siri bilan ifodalanadi: bachadon bo'yni to'qimasida mikrotsirkulyatsiyaning buzilishi, mikro va makrojarohatlar, gumoral o'zgarishlar, mikroblil omillar.

Fon jarayonlari bachadon bo'yni patologik o'zgarishlarining 80-85% ni tashkil etadi.

Ularga: eroziyalar, psevdoroziyalar, leykoplakiyalar, eritroplakiyalar va poliplar kiradi.

Eroziya - bu bachadon bo'yni qin qismidagi patologik jarayon bo'lib, boshlang'ich bosqichlarida ko'p qavatli yassi epiteliy distrofiyasi, deskvamatsiyasi bilan, so'ngra esa eroziyalangan yuzada silindrik epiteliy rivojlanishi bilan ifodalanadi. Tug'ma eroziya, haqiqiy eroziya va psevdoroziyalar farqlanadi.

Tug'ma eroziya - ko'p qavatli yassi epiteliy bilan silindrik epiteliy o'rtasidagi chegaraning tashqi bo'g'zidan tashqariga, tashqi bo'g'iz atroflariga siljishi bilan ifodalanadi. U yumaloq yoki noto'g'ri shaklda, och qizil rangda, silliq yuzali bo'ladi.

Tservikal kanaldan patologik ajralmalar kuzatilmaydi. Ular asosan bolalik va o'smirlik yoshida bo'ladi.

Haqiqiy eroziya - bachadon bo'yni qin qismining ko'p qavatli yassi epiteliysi shikastlanib ko'chishi, natijada esa yallig'lanish reaksiyali jarohat yuzasi (epiteliy nuqsoni) hosil bo'lishi bilan ifodalanadi. U asosan tashqi bo'g'iz atrofida yoki bachadon bo'ynining orqa labida joylashadi. Eroziya och qizil rangda, noto'g'ri, biroz yumaloq shaklga ega bo'lib, ba'zan teginanda qonab ketishi mumkin. Kolposkopiya va mikroskopiya yallig'lanish reaksiyasi belgilari aniq ko'rinadi. Haqiqiy eroziya qisqa vaqt davom etadigan jarayon bo'lib, 1-2 haftadan so'ng keyingi bosqichiga-psevdoroziyaga o'tadi, shu sababli shifokorlar haqiqiy erroziyani kamdan-kam aniqlaydilar.

Psevdoroziyalar haqiqiy eroziya negizida uzoq kechadigan patologik jarayon tufayli hosil bo'ladi. Ko'p qavatli yassi epiteliy nuqsoni o'rnini servikal kanal shilliq qavati bir qavatli silindrik epiteliysi qoplaydi. Tashqi bo'g'iz atrofida joylashib, noto'g'ri shaklga, duxobasimon yoki notekis yuzaga, qizil rangga ega bo'ladi.

Leykoplakiya - ko'p qavatli yassi epiteliyning qalinlashib, ortiqcha muguzlanishi bilan ifodalanadi. Ular faqat bachadon bo'ynining qin qismida emas, balki vulva sohasi va qin shilliq qavatida ham joylashadi, yupqa parda va va oq rangli pilakchalar shaklida, oq-kulrang, yassi yoki yuzadan biroz bo'rtib turadi. Chegarasi aniq, tishsimon yoki surkalgansimon bo'lishi mumkin. Leykoplakiya yuzasi yod eritmasi bilan artilganda oq rangliligicha qoladi. Davolashda kesib olinadi yoki kriodestruksiya qilinadi, bunda lazer terapiyasi muvaffaqiyatli qo'llaniladi.

Eritroplakiya - funktsional yoki oraliq qavatlarining atrofiyasi hisobiga ko'p qavatli yassi epiteliy qavatining yupqalashishi yoki silliqqlanishi bilan ifodalanadi. Bu to'q-qizil, yumaloq yoki noto'g'ri shaklda bo'lib, normal shilliq qavat yuzasidan biroz bo'rtib turadi. Uning qizg'ish rangi yupqalangan (atrofiyalangan) epiteliy qavati orqali ko'rinib turadigan qon tomir to'ri bilan izohlanadi. Bazal va parabazal hujayralarning atipik giperplaziyasi kuzatilganda eritroplagiya rak oldi jarayoni bo'lib hisoblanadi. Eritroplakiyani jarrohlik yo'li (ekstsiziya) bilan yoki DEK krioterapiya yo'li bilan davolanadi.

Tservikal kanal shilliq qavatini polipi tashqi bo'g'iz atrofida joylashib, oyoqchali, ba'zan esa keng asosli bo'ladi. Morfologik jihatdan polip biriktiruvchi to'qimali oyoqchaga ega bo'lib, ko'p qavatli yassi yoki silindrik epiteliy bilan qoplanadi, oyoqchasi tarkibida bezli yoki bez-kistozli tuzilmasi bo'ladi. Ko'proq 40 yoshdan katta yoshdagi ayollarda kuzatiladi.

Bachadon bo'ynining rak oldi jarayonlari

Rak oldi kasalliklari guruhiga displaziya kiradi. Odatda displaziya fon jarayonlaridan so'ng, ba'zan esa o'zgarmagan bachadon bo'ynida ham rivojlanadi. Ko'p qavatli yassi epiteliy displaziyasi hujayralari tuzilishi, differentsirovkasi va etilishining buzilishi, ya'ni hujayralar atipiyasi bilan ifodalanadi.

JSST ning tasnifi (1982) bo'yicha hujayralar atipiyasi va epiteliyal qavatning shikastlanishi chuqurligi bo'yicha displaziyaning 3 darajasi farqlanadi: kuchsiz, o'rtacha, kuchli.

Epiteliyal displaziyaning keltirib chiqaradigan omillar:

- 1) jinsiy hayotni erta boshlash, jinsiy mijozlarni tez-tez almashtirish.
- 2) tug'ruq va abort vaqtida bachadon bo'ynining shikastlanishi.
- 3) jinsiy a'zolarining yallig'lanish kasalliklari.
- 4) organizmning 2 tipdagi oddiy uchuq virusi (2-OUV) va odam papillomasi virusi (OPV) bilan zararlanishi.
- 5) giperestrogeniya.
- 6) neftni qayta ishlash va tamaki ishlab chiqarish sanoatlaridagi zararli mehnat sharoitlari.

O'rtacha darajasi 31-40 yoshga, kuchli darajasi shakli 40-50 yoshga to'g'ri keladi.

Tashhishlash. Displaziya - faol, ko'p qavatli jarayon:

1. Kengaytirilgan kolposkopiya
 2. Sitologik tekshirish
 3. Biopsiya usuli
 4. Servikal kanal shilliq qavatini qirish
- Davolash - displaziya darajasiga bog'liq.

1. Diatermokoagulyatsiya
2. Rogovenko halqasi bilan diatermoelektrokonizatsiya
3. Bachadon bo'yni konussimon yoki ponasimon qirqish
4. Bachadon ekstirpatsiyasi.

Bachadon bo'yni raki

Bachadon bo'yni raki - bachadon bo'ynining qin qismidagi yassi, ko'p qavatli epiteliy hamda bachadon bo'yni kanalidagi bezsimon epiteliydan rivojlanadi. Yassi hujayrali rak 94-95%, bezsimon rak 4-6% bemorlarda aniqlanadi. Bachadon bo'yni raki rivojlanishi, yosh hamda yoshi katta ayollarda bir xil uchraydi. Yosh ayollarda bachadon bo'yni raki metaplaziya bilan bog'liq bo'lgan, uzoq muddat davom etgan patologik proliferatsiya fonida rivojlanadi. Bu jarayon atipik zona hosil bo'lishi va tomirlarining atipiyasi bilan kuzatiladi. Buni kolposkopik tekshiruvda aniqlanadi. Yoshi katta ayollarda proliferativ jarayon va

metaplaziya kam ifodalanib, rak chin eroziya, har xil shakldagi yaralar ko`rinishida paydo bo`ladi.

Rakning boshlang`ich shakllarini (epitelial kartsinoma, mikroartsinoma) aniqlash, rakning oxirgi bosqichlariga qarshi kurashishida katta ahamiyatga ega.

Bachadon bo`yni raki boshlang`ich shakllarining klinik manzarasi nospetsifik bo`ladi. Ko`pincha bachadon bo`yni raki tug`uvchi yoshdagi, 40 yoshdan katta ayollarda uchraydi. Tug`magan va jinsiy hayotga yashamaydigan ayollar kam kasallanadi.

Rak oldi kasalliklari bachadon bo`yni raki rivojlanishida katta ahamiyatga ega.

Dastlab rak simptomtsiz kechadi. Eng dastlabki erta belgisi kontakt vaqtidagi qonli ajralma va oqchil ajralmasi hisoblanadi. Ajralmalar dastlab suvsimon xarakterda, keyinchalik esa qon aralash keladi. Tashqi ko`rinishi go`sh t yuvindisiga o`xshash, chirigan hidli bo`ladi.

Jinsiy aloqada, ginekologik ko`zgu va tampon tekkizilganda, defekatsiyada, jismoniy zo`riqishda, yo`tganda, kuchanganda, og`ir yuk ko`targanda qonli ajralmalar kelishi mumkin. O`smaning nekrozlanishi va limfatik tomirlarning emirilishi natijasida ajralmalar keladi.

Rak jarayoni keng tarqalganda og`ir sindromi kuzatiladi. Sababi rak infiltratlari nerv tugunlarining ezilishidan vujudga keladi.

Keyinchalik jarayon rivojlanishi bilan dizurik va defekatsiya buzilishi belgilari kuzatiladi. Siydik nayining ezilishi gidrouretrit va gidronefroz rivojlanishiga olib keladi. Jarayonga siydik pufagi qo`shilishi uning shilliq qavatida dastlab shish, keyinchalik nekroz va oqma hosil bo`lishi bilan kuzatiladi. Eng ko`p uchraydigan asorati siydik chiqaruv yo`llari infeksiyasi bo`lib hisoblanadi. To`g`ri ichak zararlanganda esa rekto-vaginal oqmalar rivojlanishiga olib keladi.

Bemorlarning umumiy ahvoli uzoq muddat qoniqarli bo`ladi. Kasallikning o`rtacha davomiyligi - davolanmasa 2 yilga yaqin. Bemorlar uremiya, peritonit, sepsis, kaxeksiya va qon ketishidan nobud bo`ladilar.

Tarqalish bosqichlari:

0 bosqich - preinvaziv rak, bazal membrana epiteliysiga o`smagan;

I bosqich - rak bachadon bo`yni bilan chegaralangan;

II bosqich - rak bachadon bo`ynidan tashqari sohalarni qoplaydi:

a) parametriyning bir yoki ikki tomonlama zararlanishi, chanoq devorlariga o`tmagan (parametral rak);

b) infiltratsiya qinning 2G`3 qismida (qindagi turi);

v) o`smaning bachadon tanasiga o`tishi (bachadon turi).

III bosqich - a) o`sma infiltrati bir yoki ikkala parametriyni zararlantirishi, infiltratning kichik chanoq devorlariga ham o`tishi;

b) o`sma qinning pastki qismlariga tarqaladi;

v) chanoq va chov limfa tugunlariga chegaralangan metastaz beradi.

IV bosqich - o`smaning qovuqqa, to`g`ri ichakka, boshqa a`zolariga metastaz berishi.

Tashhisi: analiz va tekshirishlarga asoslanib qo`yiladi.

Ginekologga murojaat qilgan har bir bemor qin ko'zgulari bilan tekshirilishi zarur.

Dastlabki bosqichlarida bachadon bo'yni eroziyasiga va qattiqlashishiga e'tibor beriladi, keyinchalik bachadon bo'ynining gulkaramga o'xshab o'sganligi aniqlanadi (ekzofit shakli). Tservikal kanal rakida bachadon bo'yni bochkasimon shaklda va konsistentsiyasi qattiq bo'ladi (endofit shakli). Qattqlik tuzilma elastikligining yo'qolishi, g'ovaksimon va tekkanda qonashi bachadon bo'yni rakiga xos.

Qin ko'zgulari orqali bachadon bo'yniga qaralganda endo- va ekzofit shaklli rakka xos o'zgarishlar aniqlanadi. Jarayonning tarqalish darajasini aniqlash uchun parametrik va dumg'aza-bachadon boylamlarini paypaslab ko'rish kerak.

Tashhisni tasdiqlash uchun quyidagi usullarni qo'llash zarur.

Shiller sinamasi - paxtali tampon bilan bachadon bo'yni lyugol eritmasi bilan artiladi. O'zgarmagan shilliq qavat yodning glikogen bilan birikishi natijasida to'q jigarrangga bo'yaladi. Patologik o'zgargan sohalar (psevdoeroziya, leykoplakiya, giperkeratoz) rak hujayralari lyugol eritmasi bilan bo'yalmaydi va chegaralangan oq dog' ko'rinadi, xolos.

Qin surtmagini gistologik tekshirish.

Qin orqa gumbazi aspiratsiyasi - to'mtoq shpatel bilan bachadon bo'yni yuzasidan qirma olinib surtma tayyorlanadi. Bosma surtma (buyum oynachasi bachadon bo'yniga tekkizib olinadi) qilish ham mumkin, hujayra va yadro polimorfizmi, mitozning ko'p miqdorda bo'lishi, yadrolarning bir tekis bo'lmasligi (atipik hujayralar) rakning belgisi hisoblanadi.

Davolash: 1-bosqichda - operatsiya usuli.

2-3 bosqichda - kompleks nur va kimyoterapiya.

4-bosqichda simptomatik davolash.

Profilaktikasi. Bachadon bo'yni rak oldi va fon kasalliklarini erta diagnostika qilish va davolash.

Bachadon tanasining fon va rak oldi kasalliklari.

Endometriyning patologik holatlari fon jarayonlari (endometriy polioplari, bezli giperplaziya) va rak oldi kasalliklari (atipik giperplaziya) deb farqlanadi.

Endometriy rak oldi kasalligi hujayra elementlari atipiyasi, ularning polimorfizmi bilan ifodalanadi. Endometriyning rak oldi o'zgarishlari quyidagi termin bilan ta'riflanadi: "atipik bezli giperplaziya", "adenomatoz", adenomatoz giperplaziya, "preinvaziv rak".

Rak oldi giperplastik jarayonlari 10% bemorlarda endometriy rakiga o'tishi (turli mualliflar bo'yicha 2% dan 50% gacha), ba'zan uzoq vaqt persistentsiyasi, ba'zan esa so'rilib ketishi mumkin.

G.M. Saveleva va V.N. Serov (1980) endometriyning rak oldi klinik-morfologik tasnifini tavsiya etishgan, unga quyidagilar kiradi:

- har qanday yoshdagi adenomatoz va adenomatoz polioplari.

- har qanday yoshdagi gipotalamus va neyroendokrin buzilishlari bilan endometriyning bezli giperplaziyasi.

- asosan menopauza va keyingi davrlardagi takrorlanuvchi endometriyning bezli giperplaziyasi.

Endometriyni qirib tozalagandan so'ng takrorlanadigan bezli giperplaziya va gormonoterapiyaga sezgir bo'lgan giperplastik jarayonlar ham endometriyning rak oldi kasalligi bo'lib hisoblanadi.

Giperplastik jarayonlar malignizatsiyasi havfi metabolik buzilishlar bo'lgan semirish, uglevod va lipid almashinuvi buzilishlari, gepatobiliar tizim va me'da-ichak yo'li faoliyati buzilishlariga olib boradi.

Etiologiyasi: Giperestrogenemiya, semirish, giperqlikemiya.

Klinikasi: Endometriy rak oldi kasalligi bo'lgan bemorlar ko'p hollarda hech nimadan shikoyat qilmaydilar. Ko'pincha kasallik bachadon bo'yni polipi, mioma va boshqa patologiyalar tufayli diagnostik kirish vaqtida aniqlanadi.

Turli shakldagi giperplastik jarayonlarning simptomlari nisbatan bir xil bo'ladi.

Asosan jinsiy yo'llardan qonli ajralmalar kelishidan shikoyat qilinadi.

Diagnostikasi:

1. Anamnez.
2. Birlamchi ko'zdan kechirish.
3. Aspiratsion biopsiya.
4. Gisteroskopiya, gisterografiya.

Davolash: Ya.V. Boxman (1989) bemorning yoshini, hayz faoliyatini va endometriy holatini aniqlagan holda davolash uslubini ishlab chiqqan.

Reproduktiv yoshdagi bemorlarda endometriyning takrorlanuvchi bezli giperplaziyasi va poliplarida davolash qon ketishini to'xtatish va hayz siklini shakllantirishga qaratilgan. Qon ketishini to'xtatish uchun siklik tartibda estrogenlar va progesteragenlar kombinatsiyasi 6-8 sikl davomida beriladi. Avvaliga dietilstilbestrol 10 mg (2 ml 0,5% eritma) va oksiprogesteron kapronat (OPK) - 250 ml bitta shpritsda bir marta mushak orasiga yuboriladi. So'ngra homiladorlikdan saqlovchi steroid vositalar: non-ovlon, ovidon, regividon 6-4 tabletkadan kuniga 2-3 marta qo'llaniladi. Qon to'xtagandan so'ng ularning miqdori sutkasiga 1 tabletkagacha kamaytirilib, davolash 21 kun davom ettiriladi.

Qon to'xtatish uchun estrogenlarni qo'llashga monelik bo'lganda OPK ni 250 mg dan 3-8 kun davomida har kuni mushak orasiga yuborish mumkin.

Estrogen va progesteronlar tayinlash yo'li bilan hayz siklini to'g'ri shakllantirishga erishish mumkin. Siklning 2-kunidan 12-14 kun davomida dietilstilbestrol 0,5 mg dan kuniga 2 mahal 14-16 kun OPK 250 mg dan. Estrogenlarni qo'llashga monelik bo'lganda faqat OPK ni 250 mg dan siklning 14-16 kunlari m/o ga yuborish mumkin.

Klimakterik va erta postmenopauza yoshidagi ayollarda endometriy poliplari va bezli kistoz giperplaziyasida gormonal terapiya OPK ni 500 mg dan 1 hafta davomida 2 marta m/o ga qon to'xtaguncha yuborish, so'ngra 3 oy davomida 250 mg dan 1 haftada 1 marta qo'llash samara berishi mumkin.

Bunday bemorlarga androgenlar berish mumkin - sustanon 250 mg dan 1 oyda bir marta yoki testosteron propionatni 50 mg dan qon ketishi to'xtaguncha 1 haftada 2. marta. Poliplarni olib tashlash yo'li bilan davolashning samaradorligiga erishish mumkin. Yosh bemorlarda endometriyning atipik giperplaziyasini davolashda OPK yoki depo-proverani qo'llash to'g'ri bo'ladi. OPK-1- 2 oyda 500

mg dan m/o ga 1 haftada 3 marta, 3 va 4 oyda - 500 mg dan 1 haftada 2 marta, 5 va 6 oyda esa 500 mg dan 1 haftada 1 marta. Depo-provera 500 mg dan 6 oy davomida 7-10 kunda 1 marta qilinadi.

Gormonal davolash to'liq dasturi tugagandan so'ng aspiratsion biopsiya, gisteroskopiya, bachadon bo'shlig'ini total qirish so'ng gistologik tekshirishga ko'rsatma bo'ladi.

Bachadon tanasi raki

Bachadon tanasi raki 50-60 yoshdagi ayollarda ko'proq uchraydi. Ko'pincha organizmda gormonal o'zgarishlar natijasida rivojlanadi. Endometriy raki ko'pincha quyidagi kasalliklar bilan birga uchraydi: bachadon fibromiomi, tuxumdonning feminizatsiyalovchi o'smasi, bachadon tanasi shilliq qavati giperplaziyasi, qandli diabet, semizlik, jigar faoliyati buzilishi.

Rak endometriyning yuzasi, silindrsimon epiteliysi, bachadon shilliq qavati bezlari tsilindrik epiteliysi yoki embrional geterogen epiteliydan rivojlanishi mumkin. Kamroq hollarda bachadon burchaklari va chetlari zararlanadi. Kasallik boshlanayotganda o'sma tuxumsimon, papilyar yoki polipoz ko'rinishda bo'ladi.

Bachadon ichi qirib tozalanadi ko'p miqdorda ushoqsimon qirindi olinadi.

Gistologik jihatdan farqlanishi:

1. Havfli adenoma.
2. Adenokartsinoma.
3. Shilliq qavat raki.
4. Rakning solid formasi.
5. Epidermal rak.

Tarqalish bosqichlari:

1-bosqich - o'sma bachadon endometriysi bilan chegaralangan.

2-bosqich - a) bachadon tanasi raki miometriyni infiltratsiyasi bilan.

b) bir yoki ikki tomonlama parametrium infiltratsiyasi, kichik chanoq devorlari zararlanmagan.

v) bachadon tanasi rakining bachadon bo'yniga o'tishi bilan.

3-bosqichi - a) bachadon tanasi raki parametrium infiltratsiyasi bilan, kichik chanoq devorlari zararlanishi bilan.

b) bachadon tanasi raki regional limfa tugunlariga, bachadon ortiqlariga, qingga metastaz berishi bilan.

v) bachadon tanasi raki qorin bo'shlig'iga o'tishi bilan.

4-bosqich - a) bachadon tanasi raki qorin bo'shlig'iga, qovuqqa, to'g'ri ichakka o'tishi bilan.

b) bachadon tanasi raki uzoqdagi a'zolariga metastaz berishi bilan.

Klinikasi: boshqa jinsiy a'zolar rakiga nisbatan bachadon tanasi raki engilroq kechadi. Uzoq muddat bemor ahvoli qoniqarli bo'ladi. Lekin ayol holsizlanib, tez charchaydi. Infektsiya qo'shilishi yoki bachadon bo'shlig'idagi ajralmalar natijasida tana harorati ko'tarilishi, leykotsitoz, EChT oshadi. Bachadon tanasi raki va tarqalish jarayonini diagnostika qilish maqsadida qo'shimcha usullar qo'llaniladi. Endometriy aspiratsiyasi, sitologiyasi, qirmasi, gistologik tekshiruv, bachadonni UTT, gisteroskopiya, KT, YaMR, sitoskopiya, rektomanoskopiya, ekskretor urografiya qilish ham mumkin.

Endometriy rakining boshqa asosiy belgilaridan qonli ajralmalar “go`sh t yuvindisi” ko`rinishida postmenstrual davrda yoki yoshlikda atsklik qon ketishini ko`rsatib o`tish mumkin.

Og`riq kasallikning kechki simptomi hisoblanadi. O`sma jarayonining rivojlanishi bilan og`riq doimiy tus oladi. Og`riq, patologik jarayon bachadon seroz qavati, qo`shni a`zolari yoki nerv tugunlarini ezishi bilan hamda parametriyning rakli infiltratiga bog`liq.

Davolash kompleksi: operatsiya, keyinchalik nurlash bilan va nur terapiyasi. Kombinatsiyalangan davo-pangisteroektomiya, rengenoterapiya yoki telegammaterapiya bilan. Kombinatsiyalangan terapiya asosan bachadon 1-bosqich o`smasi va 2-bosqichning bachadon tanasi rakiga ko`rsatma bo`lib hisoblanadi. 2-bosqich (bachadon turidan tashqari) va 3-bosqichdagi rakda kompleks nur terapiya o`tkaziladi. 4-bosqichda davo asosan simptomatik tus oladi.

Gormonoterapiya - kompleks yoki kombinatsiyalangan usul bilan qo`shimcha olib boriladi.

Keng qo`llaniladigan dorilardan: metiltestosteron, testosteron propionat, oksiprogesteron, noristrat, depo-provera, sispplastin-TEVA, doksorubitsin - TEVA, vinkristin, geksalen.

Profilaktikasi: endometriy yallig`lanishini, har xil gormonal buzilishlarni o`z vaqtida davolash, profilaktika ishlari o`z vaqtida umumiy amaliyot shifokorlari tomonidan nafaqat ayollar, balki erkaklar orasida ham tushuntirishni olib borish, ayollar orasida har 6 oyda muntazam ginekologik tekshiruvlarni o`tkazish hisoblanadi.

Tuxumdon o`smalari

Tuxumdon o`smalari ayolning turli yosh davrlarida uchrab, ginekologik kasalliklarning 6-8% ni tashkil etadi. Bu kasallik juda ham xavfli, chunki asta-sekin o`sib, hech qanday belgi (simptom) bermaydi. Asoratlar qo`shilgandan keyin belgilar paydo bo`ladi, afsuski shu paytda shifo kamdan-kam hollarda yordam beradi. Ko`pincha tuxumdon o`smalari 20 yoshdan 40 yoshgacha uchraydi. 20-25% hollarda ular xavfli o`smalarga aylanadi.

Tuxumdon o`smalari kelib chiqishi va turli-tuman tuzilganligi jihatidan boshqa o`smalar orasida birinchi o`rinlardan birini egallaydi. Buning sabablaridan biri, tuxumdon turli-tuman to`qimalardan tuzilgan, ikkinchidan, tuxumdonda hamisha bir qancha rudimentar (dastlabki kurtak holiday) tuzilmalar bor, bular tuxumdonning embrional rivojlanish davridan saqlanib qolgan bo`ladi. Hozirgi vaqtda to`plangan dalillarga asoslanib, organizmda gormonlar almashinuvining buzilishi tuxumdon o`smalarining kelib chiqishi va rivojlanishida katta rol o`ynaydi deb aytish mumkin.

Tuxumdon o`smalari tasnifi

Tuxumdonning chin o`smasini “kistoma”, retentsion tarkib topganini esa “kista” degan termin bilan yuritiladi.

a) Retentsion (orqaga qaytadigan) sekret tutilib qolishi bo`lib, bu o`smasimon kistalar to`qimalar parchalanishi natijasida paydo bo`lgan bo`shliqda suyuqlik to`planishi tufayli ro`y beradi va 34 % hollarda uchraydi (Blastomatozli emas, proliferatsiyalanuvchi emas, o`smasimon). Bunday o`smasimon bo`shliqlar

yallig'lanishi, hayz siklini buzilishi, tuxumdon endometriozlari (10%) va boshqa kasalliklar rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Shunga ko'ra follikulyar kista (75%), sariq tana kistasi (5%), tuboovarial, paraovarial (10%). Gartner yo'li, qin kistasi va endometrioz kistalar (tuxumdonda) uchraydi. Follikulyar kistalar ko'pincha mioma bo'lganda, klomifen dori qo'llagandan keyin, lyutein kistalar esa elbo'g'oz va xorionepiteliomada uchraydi.

Follikullar erimay, sariq tana orqaga qaytmaydi, ya'ni shu jarayon to'xtab qolishi tufayli hayz siklining izdan chiqishi kuzatiladi. Bu kistalar shakli jihatidan yumaloq, aylanasi 6-8 sm dan oshmaydi va ko'pincha klinik belgilsiz kechadi. Kamdan-kam hollarda ushlab turuvchi kistalar oyoqchalar buralishi tufayli o'tkir qorin belgilari kuzatiladi.

Retension kistalar odatda konservativ usulda davolanadi (yallig'lanish jarayoniga qarshi preparatlar, immunokorrektorlar).

b) Blastomatoz kistomalar chin o'smalar bo'lib, 66% ni tashkil qiladi, o'smalar o'sishi to'qimalar proliferatsiyasi, bo'shliqlarning suyuqlik bilan to'lishi tufayli kuzatiladi.

Tuxumdon o'smalarining turli-tuman to'qimalardan o'sishi bo'yicha - epitelial, biriktiruvchi to'qimadan tuzilgan, teratoid va gormonal o'smalarga bo'linadi. Chin o'smalar yana xavfsiz va xavfli o'smalarga bo'linadi.

Xavfsiz o'smalar tuxumdon tashqarisiga chiqmay o'sib boradi. Xavfli o'smalar hujayralarning atipik bo'lishi, to'qimasining kam differentsiallashgani, tez o'sishi, atrofdagi to'qimalarga tez o'sib kira oladigan limfa tugunlari hamda olisdagi a'zolariga metastazlar bera oladigan bo'lishi bilan farqlanadi. Klinikada I.S. Kraevskaya (1960) tomonidan taklif qilingan tasnifi keng qo'llanib kelinmoqda.

Tuxumdon o'smasining o'sish xarakteri asosan o'smaning tuzilishiga bog'liq. Xavfsiz o'smalar, masalan fibromalar, dermoidlar odatda g'oyatda tez o'sadi, kapsula bilan o'raladi va qorin bo'shlig'ining boshidan oyog'igacha tarqaladi (disseminatsiya). Tuxumdonning xavfsiz o'smalaridan tuxumdon epitelial kistomalari ko'proq - 70% uchraydi, bular chinakam xavfli o'smalarga aylanishi mumkin (malignizatsiya). Seroz oddiy kistomalar eng ko'p uchraydigan tuxumdon o'smalaridan biri hisoblanadi.

Tuxumdon o'smalari tasnifi

XAVFSIZ O'SMALAR	XAVFLI O'SMALAR
I. Epitelial kistomalar 1) Silioepitelial: a) oddiy; b) papilyar 2) Pseudomutsinoz: a) setserlanuvchi; b) proliferatsiyalanuvchi	1. Birlamchi rak 2. Ikkilamchi rak 3. Metastatik rak (Krukenberg)
I. Biriktiruvchi to'qimadan Fibroma	Sarkoma
III. Terotoid Dermatoid kistasi	Teratoblastoma
IV. Gormon chiqaruvchi	Granulez hujayrali Follikuloma Tekoma Andrablastoma

Uning hajmi 8 sm dan to 30-40 sm gacha kattalashishi mumkin. Butun qorin bo'shlig'ini egallaganini ko'rdik. Kistoma odatda bir kamerali, po'stlog'i yuqqa, tekis shar shaklida, elastik konsistentsiyali. Uning bo'shlig'ida seroz suyuqlik yig'iladi, o'sma ko'pincha bir tomonda - chap yoki o'ng tomonda joylashadi va qorin ichida harakatchan qilib qo'yadi, chunki uning tuxumdon boylamalaridan iborat anatomik "oyoqchasi" bor. Bularndan L.ovarii propria, L.suspensorium ovarii (yoki boshqacha aytganda L.infundibulopelvici) va L.lata ning mezosalpinks qismi qatnashadi. Kistoma o'sgan sari cho'zilib bir-biriga yaqinlashib o'smaning oyoqchasini paydo qiladi. Ayol yumush qilganda, egilganda, yonboshi bilan yotganda o'sma chapdan o'ngga yoki o'ngdan chapga siljib turadi va ko'pincha 180-3600 aylanib qolishi mumkin. Bemor bunda qorin pastida bexosdan qattiq og'riq sezadi, ko'ngil aynish, qayt qilish paydo bo'ladi, tomir urishi tezlashib, qorin pastida Shetkin-Blyumberg simptomi paydo bo'ladi. Bu klinikani "o'tkir qorin" deb aytiladi. Bunday holatda bemorni tezda ginekologik bo'limga yotqizib, darxol operatsiya qilish kerak bo'ladi. Ko'pincha shu o'smasi bo'lgan tuxumdon olib tashlanadi. Lekin operatsiya vaqtida odatda o'smaning "anatomik" oyoqchasiga qisqichlar qo'yilganda bachadonning naychasi ham kiradi, buni "xirurgik" oyoqchasi deb, operatsiyani "adneksektomiya" deydi. Kistomaning oyoqchasi buralib qolishi eng ko'p uchraydigan asoratlardan biri. Ikkinchi o'rinni malignizatsiya yoki rakka aylanish asorati egallaydi. Bu eng jiddiy asoratdir. Tuxumdonning epitelial o'smalaridan seroz (papilyar) kistomalari va pseudomutsinoz kistomalari 50% hollarda rakga aylanishi mumkin. Papilyar kistomalarning kattaligi va shakli ham turli-tuman bo'ladi. Odatda ular katta bo'lmaydi, diametri aksari 25 sm dan oshmaydi. Papilyar kistomalar ko'pincha bir kamerali, silliq yuzali bo'ladi. Kistoma bir necha kameradan iborat bo'lsa, yuzi g'adir-budur bo'lib turadi. Kistoma yuzasida so'rg'ichsimon o'sintalar bo'lmasa,

silliq va yaltiroq bo`lib ko`rinadi. Tuxumdon papillyar epiteliysining polimorf ekanligi ta`riflanadi, bu epiteliy ko`p qavatli bo`lib, ajib shakllar hosil qiladi. Xavfli papillyar kistoma uchun tipik bo`lgan qandaydir belgilar haqida fikr yuritishga to`g`ri kelmaydi. Mutsinoz kistalarning xavfsiz turi, siliepitelial kistomalarga nisbatan kamroq uchraydi. Ular klinik belgilarining o`tishi jihatidan xavfsiz hisoblanadi.

Psevdомutsinoz kistalarning shakli va kattaligi anchagina turli-tuman bo`ladi. Kamerali kistoma aksari yuzasi g`adir-budur bo`ladi. Kistoma bo`shlig`ida aksari jelesimon suyuqlik bo`ladi. Psevdомutsinoz kistomaning proliferatsiyalanuvchi formasini aksari klinitsistlar ayrim guruhga ajratishadi, chunki bunday kistomalar ko`pincha (20%) xavfli o`smaga aylanib ketadi. Kistomalarning shu formasini odatda klimakterik, postklimakterik davrda uchraydi va ko`pincha astsit bilan davom etadi.

Epitelial kistoma rak deb aytiladi. Tasnifi bo`yicha 3 xil rak ajratiladi: birlamchi, ikkilamchi va metastatik rak (Krukenberg raki, 1896). Birlamchi rak 4,5% hollarda uchraydi. "Solidli rak" - gistologiyasi bo`yicha tekis, bir xilda, oqimtir rangda, hujayralari, tomirlari, follikullarini ajratib bo`lmaydi, kam differentsiallashgan to`qima, 40 yoshdan oshgan ayollarda uchraydi, tezda astsit ro`y beradi.

Ikkilamchi rak 50-60% hollarda seroz papillyar o`smalar rakga aylanadi, tez o`tib, suyuqliklar hajmi oshib, astsit bitishmalari paydo bo`lib, papillomalarning o`tib ketishi kuzatiladi. 17-20% hollarda mutsinoz kistomalar rakga aylanadi. Ularning malignizatsiyasi asta-sekin, ko`pincha 50 yoshdan keyin o`tadi.

Metastatik rak (10-30%) tuxumdonga asosan oshqozon va ichak rakidan limfa va qon orqali o`tadi. Shuning uchun tuxumdonda siljimaydigan, notekis, qattiq konsistentsiyali o`sma topilsa, albatta oshqozon ichak yo`llarini endoskopiya, irrigoskopiya, rentgenografiya usullari bilan tekshirish kerak. Chunki metastazli rakni operatsiya usuli bilan davolab bo`lmaydi. Rak tarqalishi bo`yicha 4 darajaga bo`linadi:

I daraja - bir tuxumdonda paydo bo`lgan.

II daraja - ikkita tuxumdonga, bachadon, bachadon naylariga o`tgan.

III daraja - kichik chanoqdagi parametriy, regional limfatik tugunchalarga, qorin shilliq pardasiga o`tib ketgan, astsit paydo bo`lgan.

IV daraja - astsit, uzoqdagi ichki a'zolariga (oshqozon, ichak, charvi, jigar) metastazlar, kaxeksiya ro`y bergan.

I va II darajada operatsiya qilib, butun jinsiy ichki a'zolar olib tashlanadi va nur hamda kimyo - terapiya qo`llaniladi (androblastin, karboplatin, farmorubitsin, sisplatin).

III-IV darajada simptomatik davolash: og`riqni pasaytiruvchi dori-darmonlar (morfin, stadol, promedol va hokazo) qo`llaniladi.

Lekin I va II darajaning klinik belgilari bo`lmagani uchun bemorlar vrachga og`riq, qon ketishi, qin orqali suyuq ajralmalar paydo bo`lganda murojaat qiladilar, afsuski bunda kechikkan bo`ladi. Chunki III va IV darajadagi rak limfa, qon tomirlarni, nervlarni emirgan, metastaz bosqichi boshlangan bo`ladi. Tuxumdon fibromasi shu a'zoning biriktiruvchi to`qimasidan kelib chiqqan o`sma deb qabul

qilingan. Tuxumdon fibromasi kam (5-7%), ko'pincha bachadon miomasi bilan uchraydi. Tuxumdon sarkomasi g'oyat kam uchraydi. Odatda operatsiyadan keyin o'smani gistologik tekshirishdan o'tkazib, diagnoz qo'yiladi. Teratomalarning eng tipik shakllari dermoidlardir. Dermoidlar xavfsiz o'smalardan bo'lib, jami tuxumdon o'smalarining 10% da uchraydi, ularning tuzilishida odatda uchala embrion qavatlar qatnashadi. Ular sharsimon silliq o'smalardan iborat bo'lib, sekin o'sadi, sekin harakatlanadi va ko'pincha bachadon bilan qovuq o'rtasidagi bo'shliqdan joy oladi. Ularning kattaligi har xil, shakli dumaloq, tuxumga o'xshash, ustki sathi ba'zan tekis, ba'zan g'adir-budur bo'ladi. Konsistentsiya bir xil emas (bir joyi elastik, ikkinchi joyi qattiq), rangi oqimtir yoki biroz sarg'imtir bo'ladi. Dermoid kista kesilganda suyuqlik bilan to'la xaltachaga o'xshaydi. Bu suyuqlik uy haroratida qotib yog'simon massa hosil qiladi.

Davolash: asosan jarrohlik usulida, tuxumdon olib tashlanadi. Dermoid fonli xavfli o'sma kamdan-kam paydo bo'lsa-da, bunday hodisalar uchrab turadi. Dermoiddan aksari yassi hujayrali raklar paydo bo'ladi. Tuxumdon terablastomasi xavfli o'smalarga kiradi. Teratoblastomalar tez o'sadi, olib tashlangandan keyin ko'pincha qaytalanadi, limfa qon tomirlari orqali tarqaladi. Ko'pincha qorin pardasiga yoyiladi (disseminatsiya). Teratoblastomalar qiz bolalarda yoki 20-30 yoshlardagi juvonlarda, ayniqsa ko'p uchraydi (25-32% gacha). Teratoblastomalarning oqibati hamisha yomon bo'ladi.

Davolash asosan o'z vaqtida operatsiya qilinib bachadonni qo'shimchalari bilan olib tashlanadi, so'ngra rentgen va radiy nurlarini chuqur ta'sir ettirishdan iborat. Kimyoterapiya ham qo'llaniladi (tsiklofosfan, sarkolizin). Kasallikning oqibati ko'p hollarda juda yomon.

Tuxumdonlarning gormon chiqaruvchi bezlari asosan 2 guruhga bo'linadi:

1. Feminizatsiyalovchi (ayollashtiruvchi) o'smalar, bularga granulez hujayrali o'smalar bilan teka hujayrali o'smalar kiradi.

2. Maskulinizatsiyalovchi (erkaklashtiruvchi) o'smalar, bularga androblastomalar kiradi.

Tuxumdon follikulardagi grunulez hujayralarga o'xshash hujayra komplekslaridan tuzilganligi bilan ta'riflanadigan o'smalar "granulez hujayrali" o'sma yoki "follikuloma" degan termin bilan ataladi.

Qizlarda esterogen chaqiruvchi o'smalar jinsiy rivojlanishining erta boshlanishi bilan namoyon bo'ladi va aksari bir necha xarakterli simptomlar ko'rinadi: sut bezlari va tashqi jinsiy a'zolar barvaqt etiladi, qovga jun chiqadi va odatda bachadondan qonli chiqindi keladi, barvaqt balog'atga etishda bachadondan qon kelishi siklik xarakterda bo'lsa, bu kasallikda qon kelish siklik xarakterda bo'lmaydi.

O'sma keksa ayollarda paydo bo'lganda ham aksari qon ketadi. Bundan tashqari, ana shunday bemorlar yosh ko'rinadi, harakatchan, sut bezlari to'lishayotganini qayd qiladilar. Bunday o'zgarishlar refeminizatsiya deyiladi. Bunday bemorlarni tekshirib ko'rilganda vulva va qin epiteliysi tushganligi, bachadon kattalashganligi e'tiborni jalb etadi. Bemorlarning bachadonidan qirindi olinib gistologik yo'l bilan tekshirilsa, endometriy giperplaziyasi aniqlanadi. Hayz ko'rib kelgan ayollarda o'sma paydo bo'lganda hayz sikli buziladi. Goh siklik qon

ketishi, goh amenoreya ro'y beradi. Aksari sut bezlari o'zgaradi, kattalashadi, to'lishadi.

Davolash asosan operatsiya qilib olib tashlashdan iborat. Yosh va tug'magan bemorlarda yakka tuxumdon, 45 yoshdan keyin-pangisterektomiya qilinadi.

Androblastoma g'oyat kam uchraydi. Uning xarakterli belgisi shuki, adrenoblastoma hujayralari gormonlar ishlab chiqaradi, bu gormonlar defeminizatsiyalovchi va maskulinizatsiyalovchi xossalarga ega bo'ladi. Adabiyotlarda tasvirlangan adrenoblastomalarning mutloq ko'p qismi bir tomonlama kattaligi va ko'rinishi har xil bo'lib, ko'pincha tuzilishi tugunlar shaklida bo'lgan. Yuzda, ko'krak sohasida junlar o'sishi, ovozning yo'g'onlashish holatlari kuzatiladi. Uni operatsiya yo'li bilan olib tashlangandan keyin klinik belgilar asta-sekin yo'qoladi.

Tuxumdon disgermiomasi bir qancha kam uchraydigan kasallik "Disgerminoma" terminini R. Mayer taklif etgan, uning taxminiga qaraganda disgerminomaning hujayra elementlari etilganda jinsiy hujayralarga aylanishi kerak bo'lgan, ammo to'la taraqqiy etmay qolgan, ya'ni embriogenezning qanday bo'lmasin bir fazasida na erkak hujayrasi, na ayol hujayrasi shakliga kirmay qolgan hujayralardan paydo bo'ladi. Tuxumdon disgerminomasi odatda navqironlik davrda 30 yoshgacha bo'lgan ayollarda kuzatiladi.

Disgerminomani aniqlashga kelsak diagnozi operatsiya qilingandan keyin morfologik tekshirish asosida qo'yiladi.

Disgerminomaning hamisha xavfli o'sma deb hisoblanadi. Disgerminomali bemorlarni bir qancha shart-sharoitlarga, avvalo bemorning yoshiga qarab individual tartibda davolash lozim.

Tuxumdon o'smalarini aniqlashda anamnez, bemorning ahvoli va ikki qo'llab bimanual tekshirish asosiy rol o'ynaydi. Qin orqali, to'g'ri ichak, qorin devorini tekshirish o'smaning xarakteri to'g'risida aniqroq tasavvur beradi. Qo'shimcha tekshirish usullaridan ultratovush diagnostikasi, kompyuter tomografiyasi o'smalarni aniqlashda katta ahamiyatga ega.

Tuxumdon kistomalarining bachadon o'smalaridan farq qiladigan belgilari quyidagilardan iborat:

Mahalliy belgilar:

1. O'sma konsistentsiyasi elastik.
2. Yuzasi tekis va silliq.
3. O'sma har tomonga bemaolol harakat qiladi (ayni vaqtda bachadon bo'yni ham unga qo'shib siljiydi).
4. Oddiy seroz kistomalar shar shaklida bo'ladi.

Tuxumdon o'smalarini aniqlashda ularning xavfli ekanligini ko'rsatuvchi belgilarini nazarda tutish kerak.

a) Mahalliy belgilar: 1. Tuxumdon raki ko'pincha ikki tomonlama bo'ladi; 2. Duglas bo'shlig'idagi metastazlar ikki qo'llab tekshirishda oson aniqlanadi. 3. Charvi va qorin bo'shlig'idagi metastazlar operatsiyada aniqlanadi. 4. Astsit (ayniqsa qonli astsit).

5. Xavfli o'smalar konsistentsiyasi ko'pincha zich, yuzasi notekis, g'adibudur bo'ladi.

6. O'sma qo'zg'alanmaydi.

b) Umumiy belgilar: ozib ketish, umuman darmonsizlik, badanga shish kelishi kabi hodisalar kuzatilishi mumkin. Ammo bu belgilar odatda o'sma ulg'ayib ketgan davrda uchraydi. Nihoyat, o'smaning tez o'sishi g'oyat muhim ahamiyatga ega bo'lib, xavfli o'smalarga mosdir.

Tuxumdon o'smasi topilganda har gal operatsiya qilib olib tashlash tavsiya etilishi kerak. Shu qoidaga qattiq rioya qilingandagina tuxumdonni klinik belgilari aniqlanmagan xavfli o'smasining barvaqt olib tashlash yoki xavfsiz o'smaning xavfli o'smaga aylanish ehtimolini bartaraf qilish mumkin. Boshqa asoratlar: o'sma oyoqchasining buralib qolishi, uning yiringlashi yoki yorilib ketish ehtimoli ham iloji boricha erta operatsiya qilish zaruriyatini tug'diradi.

Tuxumdonning xavfli o'smalariga ko'pincha har tomonlama (kompleksli) davo qilinadi: avval o'sma olib tashlanadi, so'ngra chanoq sohasiga rentgen nurlari tushirib davo qilinadi. Nur bilan davolashning o'zi ayniqsa operatsiya qilib bo'lmaydigan o'smalarda odatda naf bermaydi. Tuxumdonning xavfli o'smalarini davolash bilan bir vaqtda kimyo terapevtik va gormonal preparatlar (tiotef, sarkolizin, testosteron va hokazolar) ishlatiladi.

Xulosa: tuxumdon o'smalari dastlabki paytda klinik belgilarga ega emas.

Ularni aniqlash uchun qizlar yiliga bir marta va ayollar yiliga kamida ikki marta har olti oyda UTT va ginekolog tekshirishidan o'tishlari kerak. Bu haqda aholi orasida tushuntirish ishlarini olib borish lozim. Shundagina tuxumdon o'smalari o'z vaqtida topilib, xavfli bo'lgan vaqtda operatsiya yo'li bilan olib tashlanadi va uning rakka aylanishiga yo'l qo'yilmaydi. Ayollar demak, onalar va qizlar hayoti saqlanib qolinadi.

Yosh qizlarni hozir zamonaviy ultratovush apparati bilan bog'cha, maktab sharoitida tekshirilib, kistomalar aniqlanilmokda va ginekologlarga yuborib kelinmokda.

Bachadon miomasi

Bachadon miomasi deb, gormonlarga moyil bo'lgan, mushak to'qimasi hamda biriktiruvchi to'qimalardan tashkil topgan xavfsiz o'smaga aytiladi. Mioma keng tarqalgan kasallik bo'lib, ginekologik bemorlarning 10-27% da, 30 yoshga etgan bemorlarning 20% ida, 40 yoshdan katta bemorlarning esa 40% ida uchraydi.

Bu kasalga duchor bo'lgan bemorlar organizmida bir qancha a'zo va to'qimalar zararlanadi, ya'ni yurak sohasida og'riq bo'lishi va uning kattalashishi (miomatoz yurak). Shuning uchun ham bu kasallikni sistemali kasallik deyiladi.

Bachadon miomasining kelib chiqish sabablari va rivojlanishi yuzasidan juda ko'p olimlarning fikr-mulohazalari bo'lib, ular har xildir, lekin yagona yakuniy xulosaga kelinmagan. Bu masalada butun dunyo olimlari tadqiqot ishlarini olib bormoqdalar. Bunga dalil sifatida bachadon miomasi masalasida 1976 yili Kishinev shahrida, 1978 yili Moskva shahrida, 1980 yilda Samarqand shahrida bo'lib o'tgan butun dunyo olimlarining anjumanlari asosiy dalil bo'lib hisoblanadi.

Ayollar organizmida bachadon miomasining kelib chiqishi asosan gormonal o'zgarishlar tufayli, ya'ni gipotalamus-gipofiz-buyrak usti bezi-tuxumdon orasidagi munosabatning, biron-bir qismining shikastlanishi hamda bachadondagi

o'zgarishlar natijasida xususan miometriyning giperplaziyasi tufayli vujudga kelishi mumkin.

Gipofizning gonadotrop gormoni tekshirilganda, hayz sikli davomida organizmda progesteron gormonining miqdori kamligi, bu esa o'z navbatida hayz siklining ikkinchi davri etishmovchiligiga olib kelishi aniqlangan. 70-80% hollarda bachadon miomasi bor bemorlarda patologik hayz sikli mavjudligini ko'rsatadi, xususan anovulyator, ya'ni davriy yoki ovulyator, biroq lyutein davrning etishmovchiligi sifatida namoyon bo'lgan hayz tsikli nazorat qilingan. Klinik va eksperimental tadqiqotlarga tayanib, ayollar organizmida ro'y bergan gormonlar o'zgarishi, xususan estrogen gormonlarning ko'p ishlashi, bachadon miomalari paydo bo'lishida muhim rol o'ynaydi deb tahmin qilish mumkin.

Bachadon miomasi bilan kasallangan ayollarning kasallik tarixiga ahamiyat berilsa, ularning yoshligida har xil yuqumli kasalliklar bilan, 1G'3 qismi bachadon ortiqlarining yallig'lanishi, bepustlik bilan kasallanganligi aniqlangan va bu holatlar o'z navbatida organizmda gomeostaz buzilishiga olib kelib, ichki sekretsiya bezlarining faoliyati o'zgarishiga sabab bo'lgan. Bu holat hayz siklining buzilishiga ta'sir qilib, bir-biriga bog'liq bo'lgan patologik halqani hosil qiladi. Bu bachadon miomasining kelib chiqishiga sabab bo'lgan. Bachadon miomasining kelib chiqishiga faqat uzoq muddat davomida estrogen-gestagen gormonlarning organizmga ta'sirining buzilishigina emas, balki bachadon mushaklarini ta'minlovchi nerv retseptorlarining g'ayritabiyy qo'zg'aluvchanligi ham sabab bo'ladi. Morfologik jihatdan miomalarning oddiy proliferativ sarkoma oldi turlari kuzatiladi. Gistologik tuzilishi jihatidan K.P. Uzeko-Strogonova fikricha, bachadon miomasi, bachadon mushak tolalaridan, hamda qon tomirlarining mezenximal elementlaridan rivojlanadi. Xulosa qilib aytganda, onkologlarning fikricha bachadon miomasi ham organizmda odatdagi o'lgan hujayralardan etilib chiqqan deb tahmin qiladilar.

Miomaning tasnifi

Bachadon miomasining tugunchalari rangining oqimtirligi bilan atrofdagi bachadon mushak to'qimalaridan ajralib turadi, boshqa mushak to'qimalariga qaraganda konsistentsiyasi qattiqroq, zichroq bo'ladi. Ko'pincha mioma tugunchalari 95% bachadon tanasida va 5% miqdorda bachadon bo'ynida uchaydi. Ko'pincha tugunchalar bachadon tubida, ayniqsa bachadonning orqa devorida joylashadi. Bachadonning oldingi devorida orqa devoriga nisbatan 2 marotaba kam uchraydi, mioma tugunlari kamdan-kam bachadonning oldingi devorlarida joylashganligining shoxidi bo'lamiz. Eng kam uchraydigan joyi 1% da bachadon bo'yni va qindagi joylashuvdir. Mioma tugunlarining o'sish jarayoni yo'nalishi bo'yicha uch xil bo'ladi:

1. Submukoz, 15-25% shilliq osti qavatida joylashib, tugunchalar bachadon bo'shlig'i tomon o'sadi.

2. Interstisial, 30% tugunchalar bachadon devoridagi mushak qavatining orasiga joylashadi.

3. Subseroz, 30% o'sma qorin pardasining ostida joylashgan bo'ladi. Bunday hollarda ko'p tugunli miomalarda bachadonning har tomonlama bir xil

kattalashganini, ba'zan esa bir tomonlama kattalashganini aniqlaymiz. Bachadon kattaligi hatto 39-40 haftalik homiladorlikdagi darajada bo'lishi mumkin.

Subseroz tugunlar esa bachadon shaklini keskin o'zgartirib yuboradi va qorin bo'shlig'i tomonga qarab o'sib, bachadon devoriga har xil uzunlik va qalinlikdagi o'sma oyoqchasi bilan bog'lanadi. Agar subseroz tugunlar ko'p miqdorda bo'lsa, xuddi kartoshka tugunaklariga o'xshab ketadi. Shilliq qavati ostida joylashgan tugunchalar esa bachadon bo'shlig'i tomon o'sib, uning shakli o'zgarishiga olib kelib, keyinchalik bachadonning kuchli qisqarishiga hamda bachadon bo'ynining ochilishiga olib kelib, tugunchalarning qin tomonga tug'ilishi sodir bo'ladi.

O'smalar siydik pufagi yoki to'g'ri ichak tomonga qarab o'sgan bo'lsa, shu a'zolarining faoliyati buziladi.

Tez o'suvchi mioma patogenetik xususiyatlaridan kelib chiqqan holda o'sma o'sishining 3 xil turi tafovut qilinadi:

1) chin - miogen elementlarning proliferatsiyasi va gipertrofiyasi hisobiga;

2) sohta (62%) - surunkali yallig'lanish jarayoni tufayli qon-limfa aylanishining buzilishi va shish oqibatida;

3) stimulyatsiyalangan - boshqa kasalliklar (adenomioz, sarkoma) ning rivojlanishi bilan bog'liq.

Tuxumdon: Bachadon miomasida tuxumdon ham o'zgarishlar sodir bo'ladi. Xususan tuxumdon o'lchami jihatidan kattalashadi, chunki to'qimalar mayda-mayda distrofik o'zgargan pufakchalarga aylanib, ko'p miqdorda fibroz tanachalar bilan qoplangan bo'ladi. Qon tomir devorlarida skleroz va gialinoz o'zgarishlar sodir bo'lad. Biriktiruvchi to'qima ko'p miqdorda bo'lib, premordial follikullar soni juda ham kamayib ketgan bo'ladi.

Miomaning klinik belgilari

I. Ba'zi vaqtlarda bachadon miomasi hech qanday belgilersiz kechadi, ayollarda shikoyatlar bo'lmaydi, ammo shifokorlar profilaktika maqsadida ayollarni tekshirishganda aniqlanadi. 60-80% hollarda bemorlarda asosiy belgilaridan biri qon ketishi hisoblanadi. Qon ketish alomatleri ham turli bemorlarda turlicha kechadi. Ba'zilarida hayz sikli uzayishi yoki hayz vaqtida qon miqdorining biroz ko'payishi - menorragiya kuzatilsa, ba'zi birlarida tartibsiz, juda ko'p miqdorda to'xtovsiz qon ketib, hatto og'ir turdagi kamqonlik kasalligiga olib kelishi mumkin (metrorragiya).

Qon ketish miqdori o'smaning katta-kichikligiga bog'liq emas. Chunki katta o'lchamdagi subseroz tugunlar mavjud bo'lganda hayz ko'rish mutlaqo asoratsiz kechishi mumkin, bunga qarama-qarshi o'laroq, mayda shilliq osti mioma tugunchalari ko'p qon ketishiga, menorragik va hatto menometrorragik hayz sikli buzilishiga olib keladi.

Hayz 10-12 kungacha davom etib, juda ko'p miqdorda qon ketadi, bunga giperpolimenoreya deyiladi.

Bunday turdagi qon ketishining sabablari:

1. Bachadon mushaklari qisqarishining buzilishi

2. Bachadon shilliq qavati yuzasining kattalashishi

3. Estrogen gormon metabolizmining o'zgarishi

4. Bachadon shilliq qavati regeneratsiyasining susayishidan iborat.

Bunday bemorlarda bachadon shilliq qavatini gistologik tekshirish natijasida endometriy qavatining giperplaziyasi (qalinlashgani) aniqlanadi. Bachadon shilliq qavatining giperplaziyasida ko'p qon ketishiga quyidagilar sabab bo'ladi: tuxumdon follikullari persistentsiyasi natijasida organizmda haddan tashqari follikulinemiya (follikulin miqdori ko'payib ketadi) kuzatiladi, bu esa o'z navbatida bachadon shilliq qavatining uzoq muddat davomidagi proliferatsiyasi va qalinlashishiga olib keladi.

Buning oqibatida bachadon shilliq qavatining ayrim qismlarida jiddiy o'zgarishlar sodir bo'lib, har xil toifadagi poliplar bachadonning butun bo'shlig'i kattalashishiga olib keladi, qalinlashgan shilliq qavat bilan to'ldiradi. Shu bilan birga organizmdagi giperfollikulinemiya bachadon shilliq qavati proliferatsiyasining kuchayishiga olib keladi. Shilliq qavatining bir-birini bosishi natijasida uning yuzasida nekroz alomatlari sodir bo'ladi. Keyinchalik nekroz bo'lgan qismlarning asta-sekin ko'chib chiqishi uzoq muddat va ko'p miqdorda qon ketishiga sabab bo'ladi, bunday qon ketishiga gemorragik metropatiya deyiladi. Metropatiya 9% kasallarda uchrasa, qon ketishi 60% kasallarda kuzatiladi, chunki uzoq muddat va atsiklik qon ketishi, shilliq osti qavat o'smalari kapsulasining yorilishidan xam o'sma tugunchalarining nekrozga uchrashidan sodir bo'ladi.

II. Miomalarda ko'p uchraydigan belgilardan yana biri og'riqdir. Og'riq xuddi dard tutganga, sanchiqqa o'xshash bo'lib, ayniqsa hayz ko'rishdan oldin va hayz ko'rish vaqtida kuchayadi, pastga tortganga o'xshab zo'rayishi yallig'lanishdan keyingi bitishmalar borligidan darak beradigan belgi hisoblanadi.

Miomalarda og'riq bo'lishining asosiy sabablari:

1. Og'riq asosan o'smaning katta-kichikligiga va u qaerni to'ldirib turgan bo'lsa, o'smaning qo'shni a'zolarini bosib ezilishidan paydo bo'ladi. O'sma kichikroq bo'lib, bachadonning keng boylami orasiga o'sib kirgan, shu bilan birga nerv tolalariga yaqin joylashgan bo'lsa, ularni ezishi tufayli og'riq sodir bo'lishi mumkin. Bu hollarda og'riq doimiy tabiatga ega bo'ladi va davolash usullari og'riqni pasaytira olmaydi. Bunday hollarda esa jarrohlik yo'li bilan o'smani olib tashlash kerak.

2. Bachadon shilliq qavati ostida joylashgan o'smalarda hayz ko'rish vaqtida yig'ilgan qonni hamda shu bilan birga shilliq qavat ostidagi o'smani ham bachadondan tashqariga chiqarish kuchli dardsimon og'riq paydo qiladi.

Shilliq qavat ostidagi o'smaning oyoqchasi keng bo'lsa, bachadon qisqarganda tashqariga chiqara olmaydi, lekin bachadon o'smani xuddi yot narsadek siqib chiqarishga intiladi, chunki o'sma bachadon devorini doimiy qo'zg'atib kuchli ravishda qisqarishi sababli og'riqning zo'rayishiga olib keladi. Ba'zan submukoz tuguncha servikal kanal og'zidan chiqib qin bo'shlig'iga chiqadi.

3. Og'riq paydo bo'lishining yana bir sababi o'smaning infektsiyalanishi bo'lsa, ikkinchidan, bachadonning yallig'lanishi hisoblanadi. Kichik chanoq

bo'shlig'idagi a'zolarning yallig'lanishi bachadon miomasi bilan birga uchraganda 2G'3 hollarda bemorlarda og'riq paydo bo'ladi.

4. Og'riq subseroz o'sma oyoqchasi buralib qolgan vaqtlarda ham sodir bo'ladi. Chunki bunda o'sma oyoqchasi tarkibidagi qon tomirlar buralib siqiladi va o'smaning oziqlanishi buziladi. Bu esa o'smada yallig'lanish sodir bo'lishiga olib keladi. Bunday vaqtlarda zudlik bilan jarrohlik amaliyoti qilinadi.

5. O'smalar juda tez kattalashib o'sganda ham og'riq bo'ladi, ayniqsa o'sma bachadonning keng boylami orasiga o'sgan hollarda shunday bo'ladi, chunki bunday vaqtlarda og'riq o'smaning qorin pardasi nerv tolalarining retseptorlariga ta'siri natijasida sodir bo'ladi.

III. O'smaning qo'shni a'zolari bosish belgilari ko'pincha katta hajmdagi o'smalarda kuzatiladi. Lekin kichik o'lchamdagi o'smalar kichik chanoqqa tiqilib qolgan va qaltis joylashgan bo'lsa, qo'shni a'zolariga salbiy ta'sir qiladi. Agar o'sma bachadonning oldingi devorida joylashgan bo'lsa, siydik pufagiga ta'sir ko'rsatadi. Bachadonning orqa tarafida va bachadon bo'ynida joylashgan o'sma esa to'g'ri ichakka ta'sir ko'rsatadi. Ba'zi hollarda o'sma o'sib, siydik pufagini yuqoriga ko'tarib qo'yadi. Bunday hollarda siydik chiqarish kanali uzunlashib, kanalning tegishli torayadi, bunday bemorlarning siyishi qiyinlashadi. Agar o'sma to'g'ri ichakni ezib qo'ygan bo'lsa, bemorlarning hojati qiyinlashib, to'xtab qolishi va kabziyat bo'lishi ehtimol. Ayni vaqtda siydik yo'llarini ezib qo'yib, gidroureter va gidronefroz holatlariga olib keladi.

IV. Bepushtlik. Mioma tuxum hujayraning bachadon bo'ylab harakat qilishiga to'sqinlik qiladi. Bachadon burchaklarida joylashgan intramural mioma bachadon nayini interstitsiy qismini yopib qo'yadi. Bundan tashqari, anovulyatsiya bepushtlikka olib keladigan asosiy sabablardan biri sanaladi.

Miomaning asoratlari

1. Mioma oyoqchasining buralib qolishi:

- bunda "o'tkir qorin" belgilari kuzatiladi: o'tkir og'riq, til yuzasining o'zgarishi, chanqash, ko'ngil aynishi, qayt qilish, Shetkin-Blyumberg belgisi paydo bo'lishi, taxikardiya va b.

2. Miomaning shishib nekroz bo'lishi.

- bu holatda kuchli og'riq, ko'pincha qon ketish va tana haroratining ko'tarilishi va boshqa belgilar kuzatiladi.

3. Shilliq osti qavati miomasining tug'ilish alomati, hatto bachadonning ag'darilishi kuzatilishi mumkin.

4. Mioma tugunlarining infeksiyalanishi, yiringlashi.

5. Sarkomaga aylanishi.

6. Kuchli profuz qon ketishi.

7. Anemiya (kamqonlik).

Tashhis qo'vish

1. Anamnez.

2. Qin orqali tekshirish.

3. UTT.

4. Funktsional testlar yordamida sinash.

5. Bachadon bo`shlig`ini zond bilan tekshirish.

6. Bachadon bo`shlig`i va bachadon bo`yni kanalini alohida-alohida qirib gistologik tekshirish, bunda ehtiyotkorlik talab qilinadi, chunki tugunchalar nekrozga va qon ketishiga sabab bo`lishi mumkin.

7. Laparoskopiya.

8. Gisteroskopiya va biopsiya qilish. Bunda submukoz tugunlar asosan aniqlanadi.

9. GSG-gisterosalpinogografiya - bunda to`lish nuqsoni kuzatiladi. Braun shpritsi yordamida moddani 5 minut davomida yuboriladi.

10. Kompyuter va yadro-magnit-rezonans (YaMR) tomografiyasi.

Bachadon miomasini davolash

Miomasini bo`lgan hamma ayollarni umumiy davolashdan boshlanadi:

Bular quyidagilardan iborat:

1. Vitamin A-200 000 TB, ro`biy jir (baliq moyi) yoki aevit kapsulasini 1x3 mahal; davolash 1 oy davomida yoki hayz siklining 16-kunidan 26-kunigacha.

2. Vitamin C 0,5 mg x 3 mahal hayzning ikkinchi yarmida (16-kundan 26-kungacha).

3. Kaliy yod - 0,5% - 1 osh qoshiqdan 3 mahal ichiladi.

4. Har oyda 7-10 kun nahorga nonushtadan 20-50 min avval 1-2 stakan meva sharbatlari: olma, o`rik, olxo`ri, qizil lavlagi, kartoshka (almashtirib ichiladi).

5. Kamqonlikni davolash (ferrum-LEK, globeks, ferkayl, kosmofer). Bachadon mushaklarini engil qisqartiruvchi dorilaridan tavsiya qilinadi (ergotal, lagolilus ekstrakti).

6. Klimakterik davrda remens 5-10 tomchidan 3 mahal ichiladi, 10-30% yod eritmasini bachadonga qorin pastiga elektroforez orqali 6-8 marta buyuriladi.

7. Neyroleptiklardan seduksen, biopassit, notta, valeriana, frinalon sutkasiga 2,5 mg, triflazin 1-2 mg.

8. Agar yallig`lanish alomatlari ham kuzatilsa (surunkali salpingooforit va b.) prodigiozan, pirogenal, nurofen, ibuprofen-TEVA beriladi.

Pirogenal 25-50 mEd kunora in'ektsiya qilinadi, har gal 25 mEd dan oshirib boriladi to tana harorati 38,0 ga ko`tarilguncha, bir davolash kursida 10-30 marta in'ektsiya. Maksimal miqdori 1000 mEd dan oshmasligi kerak.

Miomasini bo`lgan ayollarni davolash 4 toifaga bo`linadi:

1. Davolash shart bo`lmagan ayollar: bu toifadagi ayollarni har 3-4 haftada nazorat qilib turiladi.

2. Jarrohlik yo`li bilan davolanadigan ayollar.

3. Gormonal yo`l bilan davolanishi lozim bo`lgan ayollar.

4. Nurlar bilan davolash zarur bo`lgan ayollar.

Konservativ davolash asosan gormonlar yordamida olib boriladi.

Bachadon miomasini konservativ davolashda gormonal vositalardan gestagenlar, estrogen-gestagen vositalar, gonadoliberinlar agonistlari va testosteron hosilalari qo`llaniladi. Konservativ davolashni boshlashdan oldin bachadon bo`shlig`ini qirib gistologik-morfologik tekshiriladi, so`ngra gormonlar bilan davolashni boshlash zarur, chunki bemorlarning hayz siklini 2 davrli qilishga erishishimiz kerak. Buning uchun gestagenlarni hayzning ikkinchi yarmida 16-

kunidan berishni boshlaymiz. Gestagenlardan progesteron, dyufaston, noretisteron, norkolyut, noristerat, depo-provera, 17-OPK lar ishlatiladi. Gestagenlar-estrogen gormonining organizmga ishlab chiqarishini so'ndiradi, ya'ni antagonist sifatida ta'sir qilib, mioma o'smasini o'sishdan to'xtatadi va bachadon endometriysi giperplaziyasining oldini oladi.

Homilador bo'laman deb niyat qilgan 35 yoshgacha bo'lgan ayollarga gestogenlardan norkolyutni (ya'ni noretisteron - 5 mg dan) 1 donadan 8-10 kun davomida hayzning ikkinchi yarmida 15-kunidan 25-kunigacha beriladi yoki dyufaston 1 tabletkadan 11-kundan 25-kungacha beriladi.

Estrogen-gestagen vositalar yoki kombinatsiyalashgan oral kontratseptivlar reproduktiv yoshdagi bemorlarni davolashda qo'llaniladi. Estrogen-gestagen preparatlar 2 xil usulda qo'llanilishi mumkin: atsiklik (uzluksiz) va siklik (uzlukli). Siklik usulda - gormonal vositalar kuniga 1 tabletkadan hayzning 5-kunidan 25-kunigacha (ovulen, ovidon, rigevidon, Diane-35, mikroginon, marvelon, anteovin, trikvilar, triziston, triregon va boshqalar) 7 kunlik interval bilan beriladi. Atsiklik usulda bu vositalar 3-6 oy mobaynida kuniga 1 tabletkadan beriladi, bu vositalarni premenopauzada qo'llash yaramaydi. Bu vositalarni qo'llashdan oldin jigar va qon ivish sistemasi faoliyatini tekshirish talab qilinadi va albatta qarshi ko'rsatmalar istisno qilinishi shart.

Gonadoliberinlar agonistlari - bachadon miomasini konservativ davolash uchun qo'llaniladigan yangi vositalar hisoblanadi. Ular tuxumdon faoliyatini susaytiradi, ya'ni sun'iy gipofizektomiya chiqaradi. Bachadon miomasini davolashda gonadoliberinlar agonistlaridan zoladeks, dekaeptil, nafarelin, buserelin. Bu vositalar har kuni burunga tomiziladi yoki teri ostiga in'ektsiya qilinadi, undan tashqari bu vositalarni qorin oldiga depo in'ektsiya qilish ham mumkin. Bu vositalar juda tez ta'sir qilib, miomatoz tugunlar regressini chaqiradi, biroq davolashni to'xtatgandan so'ng, qisqa vaqt mobaynida hayz sikli tiklanadi, mioma qaytadan va tez o'sa boshlaydi. Gonadoliberinlar agonistlari ta'sirining juda qisqaligi tufayli ularni premenopauzada yoki jarrohlik davolashdan oldin qo'llash maqsadga muvofiqdir.

Miomani davolash va homiladorlikning oldini olish maqsadida 38-50 yoshgacha bo'lgan ayollarga norkolyut 1 tabletkadan hayz davrining 5-kunidan 25-kunigacha berish mumkin.

50 yoshdan oshgan ayollarga esa hayzni butunlay to'xtatish uchun 17-OPK-ni 12,5%-2 ml 2 oy 1 haftada 2 marta, keyin 2 oy haftada 1 marta, so'ngra 2 oy haftada 1 marta qilinadi. Uni uzoq muddat, yillar davomida berish mumkin.

45 yoshdan oshgan ayollarga androgenlardan berish mumkin. Bulardan omnadren-250 mg yoki sustanon 250 mg, 1 ml dan 1 oyda 1 marta 3 oygacha tavsiya qilinadi. Agar bular topilmasa, o'rniga testosteron propionatni 25% - 1 ml 5 kun har kuni 1 mahal mushak orasiga yuboriladi. Keyin 5 ta ukolni kunora va yana 5 ta ukolni 2 kunda 1 marta, hammasi bo'lib 15 taga etkaziladi yoki hayz siklining 7-14-21-kunlari tavsiya qilinishi mumkin. Agar mioma BQK bilan kuzatilsa, 5% testosteron propionat 1,0 3 oy mobaynida yuboriladi. Androgenlarni BQK girsutizm alomatlari bo'lsa, menopauza davrida giperkaltsiemiya va libido pasaygan holatlarda tavsiya qilinmaydi.

Mioma 1% hollarda endometriyning raki yoki sarkomasiga aylanishi mumkin. Shuning uchun davolash davridan 3 oy o'tgach bachadon ichini qirib gistologik tekshirish va shu bilan birga hayz siklini funktsional testlar yordamida doimiy nazorat qilib turish kerak. Iloji boricha hayz siklining ikki fazali bo'lishiga erishish kerak.

Gormonal vositalarni qo'llashga qarshi ko'rsatmalar: anamnezida tromboemboliya va tromboflebit, venalar varikoz kengayishi, gipertoniya kasalligi, jigar va o't yo'llari kasalliklari, revmatizm, qandli diabet, otoskleroz, yomon sifatli o'smalar tufayli o'tkazilgan operatsiyalar.

Fizioterapevtik usulda davolash:

1. Qorin pastki qismiga elektroforez-kaliy yod bilan hayzning birinchi davrida, 4%

Rux bilan hayzning ikkinchi yarmida.

2. Impulsi sharoitda magnit maydonini qo'llash.

3. Bachadon bo'ynini Davidov uslubida elektrstimulyatsiya qilish.

4. Elka sohasida Sherbak uslubida elektroforez qo'llash.

5. Endonazal elektroforez, bu mushakka ta'sir qilib, uning quyi qavatidagi qismlarining ishini yaxshilaydi.

6. Kunora radonli yoki yod bromli muolajani 10-12 martagacha qabul qilish yoki qinni chayish mumkin.

Bachadon miomasida qo'llash mumkin bo'lmagan muolajalar:

1. Quyosh nurida qorayish.

2. UVCh (UYuCh).

3. Oyoqlar va qorin ostiga issiklik muolajalarini qo'llash (parafin, vanna, loy va b.).

4. Dengizda cho'milish.

Jarrohlik amaliyoti bilan davolash uchun quyidagi ko'rsatmalar mavjud:

1. Mioma tugunlari 12 haftalikdan katta bo'lsa.

2. Miomatoz tugun nekrozi.

3. Mioma juda tez kattalashsa (yarim yildan 2 haftadan ko'pga kattalashadi).

4. Giperpolimenoreya, metrorragiya holatlarida.

5. Shilliq osti qavatining miomasi (hamma o'lchamlardagi).

6. Qo'shni a'zolarining faoliyati buzilsa (gidronefroz).

7. Subseroz tugunlarning oyoqchalari buralib qolgan bo'lsa.

8. Intraligamentar mioma.

9. Bachadon bo'yni miomasi.

10. Mioma sarkomaga o'tish hollarida.

11. Bachadon miomasi, tuxumdon o'smasi bilan birgalikda uchrasa.

12. Miomatoz tugunlarining atipik joylashuvi bilan bog'liq bo'lgan bepushtlik.

13. Bachadon miomasining bachadon bo'yni rak oldi holati bilan qo'shilib kelishi.

Bemorlarni tekshirishga tayyorlash:

1. Terapevt maslahati.

2. Anesteziolog maslahati.
3. Qon va siydikni umumiy tekshirish.
4. Koagulogramma, qon gruppasi, kreatinin, mochevina, ALT, AST, umumiy oqsil.

5. EKG.

6. Gisteroskopiya.

7. Gisterosalpingografiya.

8. Bachadon shilliq pardasi qirindisini gistologik tekshirish.

Bu usulni qo'llash uchun bemorning umumiy ahvoli, yoshi, o'smaning kattakichikligi va joylashishiga qarab, bajariladigan tekshirish hajmi belgilanadi. Shu bilan birga qorin devori orqali yoki qin orqali aniqlanadi. Jarrohlikdan oldin katta miomani kichraytirish uchun dekopeptil 3,75 mg gonadotrop relizing omillarni har 28 kunda 1 marta mushak orasiga in'ektsiya 4 oy qo'llash mumkin.

Mutloq ko'rsatmalar:

1. Ayollar hayoti xavf ostida bo'lsa.

2. O'pka va yurak faoliyatining etishmovchiligi kuzatilsa.

3. Qon kasalligi.

4. Tromboembol.

5. Buyrak usti bezining etishmovchiligi.

6. Insult oldi holatlari.

Jarrohlik usullari

1. Konservativ miomektomiya-bachadonni saqlab qolgan holda bir yoki bir necha tugunni olib tashlash. Bu usul ko'pincha yosh va tug'ishga xoxishi bo'lgan ayollarda qo'llaniladi. Miomektomiya, laparoskopiya, gisteroskopiya hamda laparotomiya paytida bajarilishi mumkin.

A) Agar submukoz miomani olib tashlash uchun bachadon bo'shlig'iga kirilsa, keyinchalik tug'ruq faqat operativ yo'l bilan hal qilinadi.

B) Operatsiya vaqtida va keyin ko'p qon ketish ehtimoli bor; keyinchalik bachadon va ichak orasida bitishmalar vujudga kelishi mumkin.

V) 30% hollarda operatsiyadan keyin miomaning qayta o'sib chiqish hollari kuzatilgan.

G) Miomektomiyadan keyin homilador bo'lish 40% ayollarda kuzatilgan.

D) Operatsiyadan keyin albatta gormonal funktsiyani va hayz siklini korrektsiyalash (tiklash) lozim.

Operatsiya hajmi individual ravishda hal qilinadi.

35 yoshgacha (40-45 yoshdagi bo'lgan ayollarda) operatsiyani rekonstruktiv olib borish va tuxumdonlarning buzilgan funktsiyalarini korrektsiyalash muhimdir.

2. Menopauzadan oldin ko'pincha bachadonning qin usti amputatsiya qilinadi.

3. Menopauzadan so'ng bachadon ekstirpatsiyasi qo'llaniladi. Bachadon bo'ynida patologik holatlar topilsa (eroziya, polip, chuqur yirtilishlar, leykoplakiya va eritroplakiya, displaziya, endometrioz) ham ekstirpatsiya qilinadi.

4. 50 yoshdan oshgan ayollarda ko'pincha bachadon bilan birga tuxumdonlar ham olib tashlanadi. Shunda qaytalanish va rak kasalliklarining oldini olish mumkin.

Rentgen nurlari bilan davolash

Jarrohlik amaliyoti bilan davolash imkoni bo'lmaganda, ba'zan giperpolimenoreya bo'lgan kasallar rentgen nurlari bilan davolanadi. Hayzning birinchi yarmida 2-4 kun davomida 200-400 miqdorda yuboriladi, ammo miomalarni bachadon shilliq qavati ostiga rentgen kastratsiya qilish mumkin emas.

Bachadon miomasida homiladorlik va tug'ruq 0,5-3% hollarda uchraydi.

L.N.

Vasilevskaya (1977-1997) ma'lumotlariga qaraganda homiladorlik bachadon miomasi bilan davom etib, tug'ruq fiziologik ravishda tugasa, u albatta organizmdagi gipotalamus-gipofiz-tuxumdon-bachadon sistemasidagi neyroendokrin o'zgarishlarning qayta tiklanishiga sabab bo'ladi. L.N. Vasilevskaya, I.O. Sidorovaning (1977) kuzatishlariga ko'ra homiladorlik bachadon miomasi bilan kechganda bir qancha asoratlar yuz berib, ko'pincha homiladorlikning ilk va kechki gestozlari kuzatiladigan homila tashlash hodisalari yuz bergan va tug'ruq muddatidan ilgari sodir bo'lgan. Homila tashlash va tug'ruqning muddatdan ilgari sodir bo'lishiga estrogen gormonlarining organizmdagi sekreti yasining buzilish sabab bo'ladi. Tug'ruq dardlari nuqsonlari, yo'ldoshning vaqtidan ilgari ko'chishi, bachadonning yorilish xavfi va homilaning dimiqish alomatlari kuzatiladi. Yo'ldosh tushishi davrida va chilla davrlarida yo'ldoshning ayrim bo'lakchalari uzilib qolishi mumkin, gipo- va atonik qon ketish asoratlari kuzatiladi va mioma tugunlarining tug'ilishi sodir bo'ladi, bunda mioma tugunchalarining nekrozi ro'y berishi mumkin.

Ayollar maslahatxonasida miomasi bo'lgan homilador ayollar bo'lsa, ularda homiladorlikni davom ettirish mumkinligi aniqlanadi.

Quyidagi hollarda homiladorlik man etiladi:

1. Tez o'suvchi o'smalarda.
2. O'smaning hajmi 14 haftadan katta bo'lsa.
3. Sarkomaga o'tish xavfi tug'ilsa.

Homiladorlikni boshqarish

Ayollar har 5-6 haftada davolanishi uchun bachadon tonusini pasaytiruvchi dorilardan no-shpa 2 ml teri ostiga, papaverin 2% - 2 ml teri ostiga yoki papaverin to'g'ri ichakka yuboriladi. Bachadon va yo'ldosh orqali qon aylanishini yaxshilash uchun sigetin 2 ml, glyukoza 20% - 20 ml va vitamin S 5% - 3 ml tomirga yuboriladi.

No-shpa, papaverin, eufillin, kokarboksilaza, kurantil 0,25% - 2 ml, trental 1 tabletkadan 2 mahal kuniga va hokazo. Gestagenlardan: progesteron 1% li 1 ml teri ostiga har kuni yoki 2,5% 1 ml kun ora, turinal, dyufaston 1 tabletkadan 2-3 martadan 10-15 kun berilib, keyinchalik asta-sekin kamaytiriladi. Tug'ruqdan 2 hafta ilgari tug'ruq rejasini aniqlash uchun ayolni shifoxonaga yotqiziladi.

Homilani saqlab qolish yoki to'xtatish klinikada hal qilinadi. 2-3 oylikni oxirida (platsenta) yo'ldosh funksiyasi etishmovchiligining oldini olish uchun: venadan glyukoza va sigetin eritmasi; askorbin kislotasi, kokarboksilaza; spazmolitiklar qo'llaniladi.

Tug'ruq rejasini aniqlash uchun miomasi bo'lgan homiladorlar 37-38 haftada statsionarga yotqiziladi yoki operatsiya qilish va qilmaslik hal qilinadi.

Kesarcha qirqish operatsiyasiga ko`rsatmalar

- miomasi kichik chanoq ichida joylashgan bo`lsa;

- katta va ko`pdan-ko`p tugunli miomasi bo`lgan homiladorlar bo`lganda;

- konservativ miomektomiya qilingan, bachadonida chandiqlik bo`lgan homiladorlar;

- mioma tuguni homilaning boshi va tanasining o`tishiga to`sqinlik qilishi mumkin bo`lgan hollarda (16,5-40%).

BOB BO`YICHA AMALIY KO`NIKMALAR

Jinsiy a`zolarining xavfli va xavfsiz o`smalari bilan bemorlarni tekshirish, hamshiralik tashhisini qo`yish, kuratsiya qilish, bakteriologik va bakterioskopik tekshiruvlarni baholay olishi kerak. Shu bilan birga quyidagi ko`nikmalarni egallashi lozim:

1. Bimanual tekshiruv

2. Ko`zgular bilan tekshirish

3. Qin tozalik darajasi uchun 3 nuqtadan surtma olib bilish

4. Bakteriologik tekshiruvga surtma olish

5. Bachadon miomasini aniqlay olish va differentsial tashhislash

6. Bachadon bo`yniga lyugol eritmasi bilan sinama qo`yish

Lyugol eritmasi bilan sinama

Maqsad: Bachadon bo`ynining patologik o`zgarishlarini, zararlanish chegaralarini, biopsiya uchun maydonni tanlash.

Ko`rsatmalar: Bachadon bo`yni rak oldi va rak kasalliklari

Ta`minlanishi: Qin ko`zgulari, pintset, paxta, lyugol eritmasi

Bosqichlar:

Ayol ginekologik kresloga joylashtiriladi.

Bachadon bo`yni ko`zgular yordamida ochiladi

Bachadon bo`yni shilliqdan tozalanadi.

Bachadon bo`yniga lyugol eritmasiga mo`l ezilgan tampon qo`yiladi

Bir daqiqadan keyin tampon olib tashlanadi

To`qimalar bo`yalishi baholanadi: o`zgarmagan epiteliy bir tekis jigar rangga bo`yaladi - yodopozitiv maydonlar; patologik maydonlar bo`yalmay jigar rang fonda turli ochiq tusli dog`lar (och jigar rangdan to bo`yalmagangacha) ko`rinishda ajralib turadi - yodonegativ maydonlar.

7. Rak kasalligiga gumon beruvchi yodanegativ maydonlar biopsiya qilib, gistologik tekshiruvga yuboriladi.

8. Bu tekshiruv akusher-ginekologga birinchi marta murojaat qilgan ayollarda va bachadon bo`ynida eroziya bo`lgan barcha ayollarda o`tkazilishi lozim.

REPRODUKTIV SALOMATLIKNI HIMOYA QILISH VA ZAMONAVIY KONTRATSEPTSIYA TEXNOLOGIYALARI. GORMONAL KONTRATSEPTSIYA

XX asr ikkinchi yarimda kontratseptsiya texnologiyasida katta yutuqlarga erishilganga qaramay, oilani rejalashtirish kabi katta muammo bir qancha rivojlangan mamlakatlar diqqatini o'ziga jalb qilib kelmoqda «Oilani rejalashtirish» - JSST tavsiyalariga muvofiq kompleks tadbirlarni amalga oshirishni ko'zda tutadi. Bu tadbir bir vaqtni o'zida bir qancha masalani hal qiladi: a) homilador bo'lishdan saqlanish; b) o'zi istagan paytda bola ko'rish; v) homiladorliklar orasida intervallarni boshqarib bilish; g) bola tug'ish vaqtini ota-onasiga qarab nazorat qilish; d) oilada necha farzand bo'lishini belgilash.

Er-xotinlar orasida kontratseptsiya usullarining ratsional ravishda qo'llanilishi, ota-onaning moddiy ahvoli yaxshilanguncha farzand ko'rishga shoshilmay utishlariga imkoniyatlar yaratadi. Bundan tashqari bir qator kontratseptsiya preparatlari, jinsiy yo'l bilan o'tuvchi kasalliklardan saqlaydi, reproduktiv sistemaga terapevtik ta'sir qiladi va o'sma kasalliklarini rivojlanishini oldini oladi. Hozirgi paytda kontratseptiv preparatlarni klassifikatsiyalash quyidagicha qabul qilingan:

1. Kontratseptsiyaning turlari: to'siq (yoki mexanik); spermatsidlar (yoki kimyoviy); ritmik (yoki biologik);

2. Kontratseptsiyani zamonaviy usullari: bachadon ichi vositalari; gormonal, ixtiyoriy, xirurgik sterilizatsiya, tug'ishni boshqarishni maxsus turi hisoblanadi.

Kontratseptiv preparatlar quyidagi talablarga javob berishi kerak: yuqori kontratseptiv effektivlikka ega bo'lishi; ayol organizmiga va jinsiy juftiga patologik ta'sir qilmasligi; keyingi avlodga teratogen ta'siri bo'lmasligi; qabul qilishining oddiyligi; arzon, shuningdek didiga mos tushadigan va konfidentsal bo'lishi kerak.

Kontratseptsiyaning to'siq usuli va spermatsidlar

Kontratseptsiyani to'siq usuliga-diafragma, bo'yin qalpoqchalari, gubka (bulutch), prezervativlar kiradi. To'siq usulidagi kontratseptsiyani ta'sir mexanizmi spermatozoidlarni bachadon bo'yni kanali orqali reproduksiya tizim yuqori bo'limlariga o'tishiga to'siqlik qiladi.

Diafragma

Hozirgi paytda zamonaviy qalpoqchalar rezina va lateksdan ishlanib ular gumbazsimon qalpoqchasi egiluvchan, prujinasimon ravog'iga ega.

1. Yassi purjinali diafragma - u qin mushaklari tonusi yaxshi bo'lgan, tug'magan ayollar shuningdek, qov suyagi orqa ravog'i unchalik chuqur bo'lmagan chuqurchasi bo'lgan patsientlarga yaxshi mos keladi: u engil bukiladi va maxsus asbob bilan oson qo'yiladi.

2. Spiralsimon purjinali difragma - qin mushaklari tonusi past bo'lgan patsientlarga tavsiya qilinadi.

Ravoqsimon prujinali diafragma katta prujinali kuchiga ega va yig'ilgan holda ravoqqa o'xshaydi. Bir qancha turlari mavjud. Gardishi bo'ylab istalgan nuqtada bukiladigan difragmalar (sharnir konstruksiyali) ko'pchilik ayollarga tavsiya etiladi.

Diafragmani tanlashda qin o'lchami chuqurligini va oraliq mushaklari tonusini inobatga olinadi. Diafragma organizmda yoqimsiz sezgi chaqirmasa, optimal hisoblanadi. Diafragmaning to'g'ri tanlanganligiga ishonch hosil qilish uchun oddiy usuli mavjud: diafragmani diametrini katta o'lchami qinni chuqurligiga teng bulishi kerak.

To'g'ri tanlangan diafragma siljimasligi kerak, chunki u qinni yon devorlari va orqa gumbazi bilan mustahkam birikkan bo'ladi. Tuqqan ayollarga 70-80 ml diafragma to'g'ri keladi. Tug'ruqdan keyin, abort, ginekologik operatsiyalardan keyin, ozish va semirishlardan keyin diafragma o'lchamlari boshqatdan tanlanadi.

Ko'rsatmalar: homilador bo'lish xavfi past bo'lgan ayollarga mahalliy kontratsepsiya, kontratsepsiyaning ritmik usuli bilan qo'shilgan holda, oral yoki bachadon ichi kontratseptivlar ishlatilmaganda vaqtinchalik kontratsepsiya usuli.

Mo'neliklar: istalmagan homiladorlikdagi yuqori havf, rezina, lateks, spermatidlarga allergiya, endotservitsit, bachadon bo'yni eroziyasi, bachadon bo'ynini xavfli o'smaga gumon qilish, kolpit, siydik yo'li infeksiyasi retsidivi, anamnezidagi toksik shok sindromi, qin rivojlanishi nuqsoni, qin devorlarining tushishi.

Asorati va nojo'ya tasirlari: allergiya, siydik chiqarilishini tutilishi, ayolda jinsiy aloqa paytida yoqimsiz sezgi, vaginal kandidoz qaytalanishi, siydik yo'li infeksiyasi, ichki jinsiy organlar yallig'lanish kasalliklarini qo'zishi.

Afzalliklari: oddiyligi va xammabopligi, ko'p marta ishlatish mumkinligi, bachadon bo'yni raki profilaktikasi.

Bo'yin qalpoqchalari

A) Kafka -qalpoqchasi kauchuk, alyuminiy yoki zich rezinadan qilinadi. Bachadon bo'yinchasiga 3 kun o'tgach kiygizladi va hayz sikli tugashiga 3 kun qolganda olinadi.

B) Prentif - qalpoqchasi yumshoq rezinadan qilinib ravog'ini ichki yuzasidan kesma bor, bo'yinchaga 36-48 soatga kiygiziladi.

B) Dumas-qalpokchasi chuqur bo'lmagan, yirik yumshoq rezinadan qilinadi diafragma o'xshab qin gumbaziga zich birikadi Bachadon bo'ynidagi chandiqli o'zgarishlarda yoki deformatsiyalarda tavsiya qilinadi.

Istalmagan homiladorlikda yuzaga keluvchi yuqori xavf, bachadon bo'yinchasidan olingan surtmalarda atipik hujayralarni topilishi, servitsit, papilloma, virusli infeksiya, qin, bachadon tuxumdonlarni yalig'lanish kasalliklarining qaytalanishi, siydik chiqaruv traktini infeksiyasi qaytalanishi anamnezdagi toksik shok sindromi, qin devorlarini tushishi, bachadon bo'yni eroziyasi nojo'ya ta'siri: yoqimsiz sezgi, qorin past va belda og'riqlar, spermatid, rezinaga allergiya, papilloma virusli infeksiyani servikal epiteliyga yuqori sezuvchanligi.

Kontratseptiv gubka (bulutcha)

Kontratseptiv gubka kimyoviy va mexanik usullardan samarali bo'lib, spermatozoidlarni bachadonga kirishiga to'sqinlik qiladi va spermatsid modda ajratib chikaradi.

Prezervativ hozirda uni juda yupqa rezinadan (qalindigi 1 mm) ishlanadi.

Ko'rsatma: Jinsiy yo'l orqali o'tuvchi kasalliklarni oldini olish uchun, oral va bachadon ichi kontratseptsiya vositalarini olishi vaqtincha to'xtatilganda, boshqa turdagi kontratseptsiya usullari bilan birgalikda foydalanish.

Spermitsidlar

Spermitsidlar (farmateks: shamcha, qin tabletka, krem, tampon; delfin, kontseptrol, koromeks, ramzes va b.) ta'sir mexanizmi bir necha sekundalar ichida spermatozoidlarni parchalash xususiyatiga ega bo'lgan aktiv ingridientdan iborat. Hozirda faol ingridient sifatida surfaktantlar: benzalkoniya xlorid, nonoksinol-9, oktoksinol. faol fermentlar ingibitorlari: A gen 53, sin-a-gen ishdatilmokda

Krem jele maxsus applikator yordamida chuqur qinga kirgiziladi.

Spermitsidlarni qo'llashga ko'rsatma: to'siq usulidagi kontratseptiv preparatlar bilan birga qo'llaniladi.

Ritmik usuli

Ritmik usuli (biologik usul) - bu jinsiy aloqadan periovyulyator davrda saklanishi yoki shu davrda boshqa kontratseptsiya preparatlardan foydalanish.

Ovulyatsiya yoki tuxum hujayrani etilishi 14-15 kuniga to'g'ri keladi, ritmik usulni 4 ta varianti mavjud.

1. Taqvim usuli
2. Harorat
3. Servikal
4. Sintotermal

Harorat usuli: bu usul fertil davrda bazal haroratni aniqlashga asoslangan, ovulyatsiyadan oldin (12-24 soat) harorat birdan tushadi. Ovulitsiyadan keyin yana ko'tariladi,

Tservikal usul: bu usulda estrogenlar ta'sirida bo'yincha shillig'i xarakteri o'zgaradi. Preovulyator davrda shilliq ochiq, tiniq, cho'ziluvchan bo'lib qoladi.

Sintotermal usul: bu usul yuqoridagi taqvim, harorat usuli va servikal usullarni o'zida mujassamlashtiradi.

Zamonaviy BIVlar

1. Tarkibiga bariy sulfat qo'shilib polietilendan ishlangan inert (yoki netral) kontratseptivlar

2. Tarkibida mis (Cooper T380A. Multiloid Si-375) va gestagenlar (Mirena) saqlagan preparat.

Ta'sir mexanizmi to'liq aniqlangan emas: mis ionlarini spermato va ovotoksik ta'siri; BIVning abortiv ta'siri miometriy tonusini oshiruvchi prostaglandinlar sintezini kuchaytiradi; BIVning bachadon naylari peristaltikasini kuchaytiradi; BIV implantatsiyaga ta'sir qiluvchi endometriyda chiqarilishi: BIVmakrofag bilan spermatozoid fagotsitozini kuchaytiradi; BIV bachadon shilliq qavatida kislotali va asosli fagotsitlarni miqdorini oshiradi; BIV ta'sirida endometriyni funktsional aktivligi pasayadi.

Bularning hammasi bachadonda homilaning rivojlanishiga yo'l qo'ymaydigan vosita hisoblanadi.

BIVni ishlatilishining asosiy tamoyili:

Hayz siklining 4-6 kuni (yoki hayzning oxirgi 2-kuni), asoratsiz tug'ruqdan olti hafta o'tgach, hayz siklining istalgan bir kuni. BIVlarning chiqarilish turlari bo'yicha bir necha turlari mavjud.

BIVni kiritish texnikasi uning qutisida ko'rsatilgan.

BIVga ko'rsatma: BIV ayollar uchun eng qulay usul hisoblanadi

Moneliklar: a) Mutloq: noaniq genezli qon ketishlar, homiladorlik, misga allergiya, ayol jinsiy a'zolari rakka gumon qilinganda, ichki va tashqi jinsiy a'zolari yallig'lanish kasalliklari, anamnezda tug'ruqlarni bo'lmasligi.

b) Nisbiy: jinsiy tizim rivojlanish nuqsonlari, mioma, endometrioz, infantil bachadon, deformatsiyalar, qon kasalliklari, ekstrogenital kasalliklar.

Nojo'ya ta'sirlar:

1. Og'riq-prostoglandinlar sekretsiasini oshishi natijasida yuzaga keladi; ekspulsiya, to'lg'oqsimon og'riqlar, bachadon va ortiqlarning yallig'lanish kasalliklari, o'z-o'zidan abort, ektopik homiladorlik, xurujsimon og'riq, qonli ajralma.

2. Hayz siklining buzilishi: giperpolimenoreya, algodismenoreya, bachadondan siklik qon ketishlar,

3. Bachadonning yallig'lanish kasalliklari.

4. Ekspulsiya.

5. Homiladorlik.

6. Perforatsiya (bachadon teshilishi).

BIV ishlatadigan ayollarga tavsiyalar:

1) birinchi tekshiruv BIV qo'yilgandan 3-5 kun o'tgach o'tkaziladi.

2) jinsiy hayotni tiklash faqat ko'rikdan keyin ruxsat beriladi.

3) qayta ko'rik har 3-6 oyda amalga oshiriladi.

4) Bemorga xar sikl paytida ipchalarini paypaslab ko'rishni o'rgatish.

5) harorat ko'tarilganda, qorin pastida og'riq, patologik ajralmalarda va hayz sikli o'zgarganda shifokorga murojaat qilish kerak.

Gormonal kontratseptsiya

Bu oral kontratseptiv (OK) preparatlar ham deyiladi, bular tabletka holida bo'lib, har bir tabletka estrogen va progesteron saqlaydi. Shulardan yarina, janin, diane-Z5, logest, trikvilar, mikroginon, rigevidon, novinet, regulon va boshqalar keng qo'llaniladi.

OK larning reproduktiv tizimga ta'siri: gipotalamo-gipofizlar LG va siklda FSG miqdori pasayib ketadi. Ovulyatsiya bo'lmaydi, tuxumdonlar o'lchamlari kichrayib uni strukturasi funktsional jihatlari o'zgaradi. endometriyda proliferativ o'zgarishlar yuzaga keladi, bachadon bo'yni gipersekretsia va bachadon servikal kanalining shilliqli fizik-kimyoviy xususiyatlari o'zgaradi. Kontratseptiv effekti 100% bo'lib hisoblanadi.

OK tarkibidagi estrogen va gestagen komponentlariga ko'ra monofazali va ko'p fazali OKlarga bo'linadi, bularni umumiy qabul qilish tartibi siklning 1 kundan 1

tabletkadan bir xil vaqtda 21 kun mobaynida keyin 7 kun dam olish beriladi va yana yuqoridagi kabi ichib boshlanadi, bu monofazali OKlar uni ko'p fazali OKlarni qabul qilishda hayz sikli boshlangandan 1 tabletkadan ichiladi va 21 kun davomida 7 kun dam olish.

Ko'rsatmalar: Ishonchli kontratseptivlikga ega bo'lishi: hayz sikli buzilishlarida va boshqa patologik holatlarda terapevtik tasiri, tug'ishni nazorat qilishga qulayligi, tug'magan yosh ayollarni jinsiy faolligi, tug'ruq yoki abortdan keyingi ahvoli

Moneliklar: Mutloq: tromboembolik kasalliklar, bosh miya tomirlar sistemasining zararlanishi, reproduktiv sistema va sut bezlarining xavfli o'smalari, jigar funksiyasidagi og'ir buzilishlar.

Nojo'ya ta'siri va asorati: esterogenga nojo'ya ta'sir ko'ngil aynishi, sezuvchan, sut bezlar kattalashishi, bosh og'rig'i, bosh aylanishi, qaltirash. gipertenziya, tromboflebit.

Gestagenga bog'liq nojo'ya ta'sirlar ishtahani ko'tarilishi, depressiya, tez charchashi, neyrodermit, terining qichishi, yog'li holat oshishi, sut bezlarida og'riq, qattiqlashishi, holsizlik, sariqlik, qin kandidozi. Estrogenlar etishmovichiligida ko'zg'aluvchanlik, bosh og'rig'i, depressiya, sut bezlarni kichrayishi, siklning boshida yoki oxirida yoki o'rtasida qonsimon ajralmalar chiqadi. Progestagenlar: hayzlararo qonli ajralmalar, hayz sikliga o'xshash reaksiyalar yoki to'xtab qolishi kuzatiladi.

OK tanlash prinsipi. Bu prinsiplarni tavsiya etishda bemorni ginekologik va somatik statuslarini, jinsiy aktivligini e'tiborga olib preparatlar tanlanadi.

1) OK tavsiya etishda qarshi ko'rsatmalarni qat'iy e'tiborga olinadi.

2) Har yilgi ginekologik tekshiruvlar.

3) Bachadon va uning ortiqalarini transvaginal ultratovushli skanerlashni o'tkazish.

4) Sut bezlarini har 1G'2-1 yilda ko'riqdan o'tkazish.

5) Arterial qon bosimini tekshirib turish diastolik bosim 90 mm. simob ustuni hisobida bo'lganida OK berish to'xtatiladi.

OK qabul qiluvchilarga tavsiyalar.

1. Tabletkani qabul qilish rejimiga qat'iy rioya qilish;

2. Tabletkani bir xil vaqtda berish kerak;

3. Agar bitta tabletkani ichmay qolganda darhol oradan 12 soatdan o'tmasdan ichish kerak;

4. Menstrual sikliga o'xshash reaksiya bo'lmasa, shu sistema bo'yicha dorini ichishni davom ettirgan xolda shifokorga murojaat qilish kerak;

5. Keng ta'sir doirasiga ega bo'lgan antibiotiklar, antigistaminlar og'riq qoldiruvchilar, nitrofuranlar, barbituratlarini OK lar bilan bir vaqtda berilganda OK ni ta'siri kamayadi;

6. Preparatni berish to'xtatilgandan keyin homiladorlik birinchi siklda yuzaga kelishi mumkin;

7. Rejali operatsiya bo'lishidan 6 hafta oldin OK ni to'xtatish kerak;

8. Rejalashtirilgan homiladorlikdan 3 oy oldin OK ni qabul qilishni to'xtatish kerak;

9. Shu xil dozadagi boshqa tabletkaga o'tishda standart 7 kunlik interval o'tishi kerak, past dozada OK ga o'tishda eski tabletkaga tamom bo'lgan kuni etasiga yangisi ichiladi;

10. Qayd qilinganda qo'shimcha yana 1 tabletkani qabul qilish kerak;

11. Har qanday shikoyatlarni shifokor bilan birga hal qilish kerak;

12. Sikllararo qonsimon ajralmalar preparat qabul qilishning 1-oylarda yuzaga keladi. Bu paytda qo'shimcha yana bir tabletkani qabul qilish tavsiya etiladi.

Mini-pili

Bu preparat o'z tarkibida progestagenlarni mikrodozalarini saqlaydi. Kontratseptiv ta'sir mexanizmi bir necha faktorlardan iborat.

A) «Buyin omili» Mini-pili ta'sirida bo'yin shillig'I miqdori pasayadi, yopishqoqligi oshadi va buning natijasida spermatozoidlarni kirish xususiyati periovulyator davrda pasayadi.

B) «Bachadon omili» Mini-pili endometriydagi o'zgarishlarga olib keladi.

B) «Nay omili» - naylar tuxum hujayralari harakatini sekinlashtiradi.

G) «Markaziy omili» Mini-pili ovulyatsiyani to'xtatib qo'yadi

Ko'rsatma: katta reproduktiv yosh, laktatsiya davrida (tug'ruqdan 4-6 hafta o'tgach). Estrogenlar berishga qarshi ko'rsatma bulganda, kandli diabet, 35 yoshda aktiv chekish.

Gormonal kontratseptivlar bilan birgalikda Magne-V6ni qabul qilish xam tavsiya etiladi.

In'eksion usullar

In'eksion preparatga: tarkibida estrogen va androgen aktivligi bo'lmagan ta'sir qilish vaqti uzaygan progestagenlar kiradi.

In'eksion preparatlarning ta'sir qilish mexanizmi: ovulyatsiyani to'xtatishi (gipotalamo-gipofizar sistemani ingibirlaydi, servikal kanal shilliq qavati fizik-kimiyoviy xususiyati o'zgarishi. fermentlar tengligini buzilishi, endometriyning implantatsiyaga qarshi o'zgarishi.

Qabul qilish tartibi: Depo-provera-150 birinchi dozadini hayz siklining birinchi besh kunida qilinadi. Keyingi in'eksionalar har 12 haftada qilinadi. Noresterat 8 haftada 1 marta qabul qilishdan oldin flakonni sekin aralashtirish va chuqur mushak orasiga yuboriladi.

Ko'rsatma: boshqa gormonal preparatlarni muntazam qabul qilish mumkin bo'lmay qolganda, kech reproduktiv yosh, estrogenlarga qarshi ko'rsatma bo'lganda, laktatsiya davri uchun: homiladorlik, bachadondan patologik qon ketishi, homiladorlikni yaqin kunlardagi, reproduktiv sistema a'zolarining yomon sifatli o'smalari.

Ixtiyoriy xirurgik sterilizatsiya

Bu turdagi kontratseptsiyani 4 guruhga ajratib o'rganiladi.

Bog'lash va ajratish: bachadon naylari chok materiali yordamida bog'lanadi; Pomeroy usuli nay bog'lanib shu joydan kesiladi; Proklonda usuli nayni ikki joyidan bog'lab o'rtasi kesib olib tashlanadi. Bundan tashqari bir qancha turlari bor: mexanik usuli, issiqlik energiya yo'li bilan kesish.

Ixtiyoriy xirurgik sterilizatsiya quyidagi vaqtda qilinadi: hayz siklini ikkinchi yarmida, tug`ruqdan keyin 6 hafta o`tgach, ginekologik operatsiya vaqtida, abortdan keyingi sterilizatsiya, asoratlanmagan suniy abortdan keyin, tug`ruqdan keyin sterilizatsiya: kesar kesish vaqtida, 48 kundan keyin, tug`rukdan 3-7 kundan keyin.

Qarshi ko`rsatma. Mutlaq: kichik chanoqdan o`tkir yallig`lanish kasalliklari, tarqalgan yoki o`chokli infeksiya, yurak - qon tomir kasalliklari, aritmiya, respirator kasalliklar, diabet, qon ketishi, semizlik, kindik churrasi

Hozirgi davrda bachadon naylarini laparoskop yordamida inaktivatsiya qilish, bu usul koagulyatsion usulga ko`proq yordamlashadi.

Erkaklar sterilizatsiyasi yoki urug` chiquvchi naylarni kesib tashlash yoki koagulyatsiya qilish.

Vazektomiya asoratlari. Gematoma, yallig`lanish kasalliklari, epididimit.

Kontratseptiv effekti juda yuqori hisoblanadi.

BOB BO`YICHA AMALIY KO`NIKMALAR

Zamonaviy kontratseptsiya usullarini ayollarga qo`llash uchun ayolni kuratsiyasi, ginekologik kasallik kartasini to`ldirishni, anamnez yig`ish va tavsiyalar berish, dispanser nazorati kriteriyalarini qila olishi zarur. Shu bilan birga quyidagi ko`nikmalarni egallashi kerak:

1. Ko`zguda tekshirish
2. Bimanual tekshirish
3. Bachadon ichi vositasini kiritish
4. Bachadon ichi vositasini chiqarish

Bachadon ichi vositasini kiritish.

Maqsad: Ayolni homiladorlikdan saqlash.

Ko`rsatma: Kontratseptsiya usuli sifatida

Ta'minlanish: ko`zgu, antiseptik eritma, bachadon zondi, BIV, qisqichlar.

Qadam baqadam bajarilishi:

1. Ko`zguni kiritish, bachadon bo`yni va qinni antiseptik eritma bilan tozalash.

2. O`qsimon qisqichlar bilan bachadon bo`ynining oldingi labini qisish.

3. Bachadon zondi yordamida uning tubini aniqlash .

4. BIVni kiritishdan 5 minut oldin gorizontal uchlarini to`g`irlash.

5. Bachadon bo`shlig`i uzunligi bo`yicha uzatgichda belgi qo`yish.

6. Gorizontal bo`limlarni qo`yish va belgining uzun qismini gorizontal tekislikda qo`yish.

7. BIVni bachadonga kiritish, bunda harakatlanuvchi belgi bachadon bo`yniga kelib taqalishi kerak.

8. Temir o`zagini qo`zg`atmagan xolda uzatgichni 0,5 sm gacha tortish.

9. Temir o`zagini tortib olib qolgan qismini qo`zg`atmaslik.

10. Servikal kanaldan uzatgichni olish.

11. BIV ipchalarini 2,5-5 sm qoldirib qirqib tashlash.

BIVni chiqarish

Maqsad: Kontratsepsiya usulini cheklash(to'xtatish).

Ko'rsatma: Ushbu usulga qarshi ko'rsatma bo'lganda, ya'ni qon ketishlar, misga allergiya, rakka gumon, yallig'lanish kasalliklari, homiladorlik, qon kasalliklari.

T'minlanish: antiseptik eritma, ko'zgu, pintset.

Qadam baqadam bajarilishi:

1. Ko'zgular kiritilib bachadon bo'yni va qin antiseptik eritma bilan tozalanadi.
2. Ipchalarni pintset yordamida ushlab sekin tortiladi.
3. Ko'zgular chiqarib olinadi.

GINEKOLOGIYA DA KASALLIK TARIXINI RASMIYLASHTIRISH

1. Pasport qismi

1. Ismi va otasining ismi

2. Yoshi

3. Millati

4. Kasbi

5. Yashash joyi

6. Kelgan kuni

2. Shikoyatlari

1. Umumiy: holsizlik, ishtahaning pasayishi, tana haroratining ko'tarilishi

va

hokazo

2. Ginekologik belgilar

- og'riq

- oqchil

- hayz siklining buzilishi

- reproduktiv funktsiyasining buzilishi

- qo'shni azolar funktsiyasining pasayishi

- kelgandagi va kuratsiya vaqtidagi shikoyatlari ko'rsatiladi

3. Anamnez

1. Irsiyati

2. Allergik anamnezi

3. Umumiy kasalliklari

4 Hayz siklining funktsiyasi

a) birinchi hayz ko'rgan vaqti

b) muntazam hayz siklini ko'rish vaqti. Agar hayz ko'rishida o'zgarish

bo'lsa, uning xarakteri va belgilari.

v) shuningdek og'riq xarakteri (to'lg'oqsimon, doimiy, simillovchi)

g) jinsiy hayot, tug'ruqlar, abortdan so'ng menstruatsiya xarakteri o'zgardimi va bu o'zgarish nimalarda namoyon bo'ldi.

d) oxirgi menstruatsiya sanasini ko'rsatish (boshlanishi va oxiri), agar u normal bo'lmasa, odatdagi sikldan nimasi bilan farq qiladi.

5. Sekretor funktsiyasi

a) ajralmalar qachon paydo bo'ladi

b) ularning miqdori (kam, ko'p)

v) ajralma doimiy yoki davriy, menstruatsiya bilan bog'liqmi

g) ajralma xarakteri, ranggi (oq, sariq, yashil, qonli), hidi (hidsiz, o'tkir hidli), atrof to'qimalarga ta'siri, ularning konsistentsiyasi (suyuq, quyuq, tvorogsimon)

6. Jinsiy funktsiya

a) jinsiy hayotning boshlanishi

b) muntazam jinsiy hayot tarziga egami yoki tasodifiy aloqalar qiladimi?

v) jinsiy aloqa vaqtida ajralmalar bo'ladimi?

g) homiladorlikdan saqlanadimi, agar saqlansa qanday yo'llar bilan?

7. Reproduktiv funktsiya

a) jinsiy hayotdan qancha muddat o'tgandan so'ng homiladorlik boshlandi?

b) homiladorliklari soni

Hamma homiladorliklarni xronologik tartibda sanang. Ularning har bittasi qanday kechdi va nima bilan tugallandi. Tug'ruq patologik yoki normal bo'ldimi, akusherlik amaliyoti qilindimi, tug'ruqdan keyingi chilla davrning kechishi, bola tirikmi.

Abort qanday bo'ldi: o'z-o'zidan, ayolning xohishi bilan, tibbiy muassasada su'niy ravishda (artifitsial) vrach ko'rsatmasiga binoan, kriminal (kasallikdan).

Abort o'tkazilgan vaqti (erta va kechki abort), o'z-o'zidan bo'lgan kriminal abortlarda bachadon shilliq pardasi qirildimi

Abort o'tkazilgandagi asoratlari va abortdan keyingi davrning kechishi.

8. O'tkazilgan ginekologik kasalliklari

O'tkazilgan ginekologik kasalliklarni xronologik tartibda sanang. Bemor qaerda (statsionar, ambulatoriya, kurortda va nima vositasida davolandi va davolanish natijasi).

9. Shu kasallikning tarixi.

Bemor o'zini qachondan kasal deb hisoblaydi, kasallikning boshlanishini nima bilan bog'laydi (menstruatsiya, tug'ruq. abort, operatsiya, bachadon ichiga kontratseptiv vosita kiritish, sovuq qotish), kasallikning boshlanishi (o'tkir, doimiy) klinik belgilari rivojlanishini ko'rsating. Chankash, og'riq irradiatsiyasi, qayt qilish, qo'shni a'zolar funksiyasining buzilishini kursating. Ayollar maslahatxonasiga ko'rindimi, u erdagi davo va o'tkazilgan tekshirish usullarining natijasi. Gospitalizatsiya («Ayollar maslahatxonasi» yo'llanmasi bilan, «tez yordam»da o'zi kelgan).

4. Ob'ektiv kuzatish

a) Umumiy tekshirish

1. Ko'zdan kechirish-og'riq. bo'yi, gavda tuzilishi (konstitutsiyasi), teri qoplamlari, venalardagi varikoz kengayish, shishlar, qalqonsimon bez holati.

2. Sut bezi va so'rg'ichlarini tekshirish (shakli, konsistentsiyasi, bezdagi og'riq, co'pg'ich xarakteri, yaqqol namoyon bo'lgan yoki cho'zilgan) sut bezi sekreti (og'iz suti, qon aralash suyuqlik)

3. Nafas a'zolari.

4. Kon aylanish a'zolari.

5. Qorin va hazm a'zolari.

6. Siydik ajratish a'zolari.

7. Nerv sistemasi va sezgi a'zolari.

b) Ginekologik tekshiruv

1. Tashqi jinsiy a'zolar holati.

2. Ko'zgu yordamida qin va bachadon bo'yinchasini ko'rish.

3. Bimanual ginekologik (rektal) tekshirish.

Qinning bachadon tanasi, ortiqlari, qin gumbazi holati baholanadi.

4. Ajralma xarakteri.

Ginekologik tekshiruv ma'lumotlari:

Sochlanish tipi (erkak yoki ayol tipidagi), tashqi jinsiy a'zolarning rivojlanishi - normal yoki rivojlanish nuqsonlari Uretra, parauretral yo'llarda, bartolini bezlari yo'llarida o'zgarishlar bor- yo'qligi, vulva va qin shilliq pardasining ranggi (pushti rang, sianotik), burmalanganini ko'rsatish. Bachadon bo'yni shakli, (konussimon, tsilindrison), tashqi teshik (yoriqsimon, nuktasimon), bo'yincha shillik pardasining o'zgarishlari va servikal kanaldagi ajralma xarakteri. Bachadon bo'ynida eroziya bo'lganda uning joylashishi, oldingi yoki orqa labda, o'lchamlari, yuzasining xarakteri. Bimanual ginekologik tekshiruvda bachadon bo'yni konsistentsiyasi, tashqi teshik holati (yopiq, barmoq uchi o'tadi), bachadon tanasining joylashishi (antefleksioverzio, retrofleksioverzio holatida), uning katta-kichikligi, xarakatchanligi, konsistentsiyasi, yuzasi (silliq, g'adir-budur), palpatsiya qilganda og'riq bulishi Bachadon naychalari tekshirilganda (normada naychalar ikki tomondan palpatsiya qilinmaydi) o'zgarishlar bo'lsa, ularning o'zgartgan belgilari yoziladi: katta-kichikligi, harakatchanligi, palpatsiya qilganda og'riq bor - yo'qligi, yuzasi, konsistentsiyasi. Qin gumbazlari xarakteri aniqlanadi (erkin, chuqur, osilgan, infiltrlangan), ko'zdan kechirishdan sung ko'lqopdagi ajratmalar tekshiriladi.

v) taxminiy diagnoz (asosiy va yuldosh kasalliklar)

g) tekshirish rejasi (shu kasallik va bemor uchun) tuziladi

d) ginekologik tekshirishlarning maxsus usullari va ularning natijasi.

Bachadonni zondlash, oq shiptsilar bilan sinama, qinning orqa gumbazi orqali qorinni punktziya qilish, metrosalpingografiya, gisteroskopiya, servikal va bachadon tanasi kanali shilliq pardasini diagnostika maqsadda qirish, bachadon bo'yni biopsiyasi. Gazli ginekografiya, kengaytirilgan kolpokopiya, kuldoskopiya, laparoskopiya.

s) Laborator tekshiruvlar va ularning natijasi

Qon, siydik tahlili, -uretra ajralmasini tekshirish, servikal kanal, qin florasini gonokokklar, trixomonadlar, achitqisimon zamburug'lar, kokklar, tayoqchalar, xlamidiyalarga tekshirish va ularning antibiotikka sezgiriligini aniqlash uchun ekish, surtmaning patologik manzarasi (tozalik darajasi 1, 2, 3, 4), qin bo'shlig'i punktatida, bachadon bo'shlig'i aspiratida servikal kanal, qin ajralmalarida atipik hujayralar bulganida sitologik tekshiruvlar utkazish.

Patologik tekshiruvlar, EKG, EEG, bazal harorat, gormonlarni tekshirish;

j) konsultantlar xulosasi (terapevt, nevropatolog, okulist, xirurg, endokrinolog).

Qiyosiy tashhisi

Differentsial qiyosiy tashhisi avval klinik ko'rinishiga o'xshash kasallik bilan, so'ngra chekuvchi bemorga nisbatan o'tkaziladi.

5. Klinik diagnozni asoslash

Diagnoz asosiy va yo'ldosh kasallik ko'rsatilgan holda tipik shaklda yoziladi.

Diagnozni asoslash sxemasi: kasal shikoyatlari asosida; hayot anamnezidan ma'lumotlar; kasallik anamnezi; umumiy va ginekologik tekshiruvlar; qo'shimcha

va laborator tekshirish usullari, differentsial diagnoz asosida qanday kasalliklarga o`xshaydi, yakuniy diagnozni kutish

(Faqat chekuvchi bemor kasalligi uchun xarakterli malumotlar ko`rsatiladi)

6. Davolash rejasi

Agar jarrohlik amaliyoti lozim bo`lsa, jarrohlik yo`li bilan davolashga ko`rsatma qayd qilinadi va amaliyot hajmi ko`rsatiladi. Amaliyotning borishini yozish talab qilinmaydi.

7. Kundalik.

To`liq kundaliklar 3 kundan 5 kungacha yoziladi. Unda klinikada qabul qilingan forma bo`yicha to`lik, ko`rsatmaga asoslanib parhez (dieta) va dozalari bilan dorilar ko`rsatiladi. Zarur bo`lsa, ginekologik tekshirishlarning malumotlari yoziladi (kasallik dinamikasi bo`yicha), ertalabki va kechqurungi harorat jadvali tuziladi. Puls, AB yoziladi.

8. Etiologiyasi va patogenezi

Kasallik etiologiyasi va patogenezi izohlanadi va bu chekuvchi ayolganisbatan ham o`rganiladi.

9. Prognozi.

Quyidagilar:

a) hayoti, %

b) mehnatga layoqatligi

v) farzand ko`rishga asoslanib prognoz baholanadi. Har bir band bo`yicha shly kasallikka chalingan bemorga tegishli izohlar beriladi.

10. Epikriz.

11. «Kasallik tarixi»ni yozishda foydalanilgan adabiyotlar.

12. Kurator imzosi.

_____ BO`LIMI

**BEMORLARNI PARVARISH QILISH
BO`YICHA KASALLIK TARIXI**

№ _____

Kasalxonaga yotgan _____ kun _____
vaqtini _____
Kasalxonadan chiqarilgan kuni va vaqtini _____

_____ Bemorning familiyasi, ismi, sharifi _____

_____ jinsi _____ yoshi _____
doimiy yashash joyi _____

_____ Ish joyi, kasbi, lavozimi _____

_____ Bemor kim tomondan
yuborilgan _____
Bemorning yo`llanmasidagi
tashhisi _____

_____ Kabulxonadagi shifokor
tashhisi _____

_____ Kabulxonadagi hamshira
tashhisi _____

Puls _____ harorat _____ nafasi _____

Qon bosimi _____ o'ng _____ chap _____

Qusish: kuzatildi _____ kuzatilmaydi _____

Xushi:
o'zida _____ stupor _____ komatoz _____

Ich
kelishi: _____ peshobi _____

Ichgan miqdori _____ suyuqlik _____

Tomir ichiga kuyilgan suyuqlik _____
mikdori _____

Uyqu: yaxshi _____ kiyin _____ uxlaydi _____ tez-tez
uyg'onadi _____

Uyqu dori berildi: Ha _____ Yo`q _____

Dori-darmonlar _____

Konning umumiy taxlili: _____

Peshob umumiy taxlili: rangi _____

Zichligi № _____ reaksiya _____
oqsil _____

Qon va peshobni bioximik tekshiruvlari _____

EKG
natijasi _____

UTT
natijasi _____

Shikoyatlari

Birlamchi hamshiralik tekshiruvlar ma'lumoti

Shikoyatlari: _____

Muammolari: _____

Boshidan o'tkazgan kasalliklar: _____

Teri rangi: _____ namligi _____

Quruqligi _____ toshmalar _____

Alkogol iste'mol qilganmi _____ yo'q _____ ha, necha yoshdan _____

Tamaki chekadimi _____ yo'q _____ ha, necha yoshdan _____

Kasalxonaga yotqizilgan vaqtda bemorning umumiy holati:

Harorat _____ bo'y uzunligi _____ og'irligi _____

Puls ritmik-noritmik: AKB _____ o'ng, _____ chap _____

Nafas xushi _____

o'zida, _____ stupor, _____

komatoz.

Allergiya _____ yo'q, _____ noma'lum, _____ b

or

Changga _____ sovuqqa _____ quyoshga _____

ovqatga _____

Xidga _____ dori

moddalariga _____

Ko'rish qobiliyati _____

Eshitish qobiliyati _____

Menstrual sikl _____

Peshobi: _____ normal _____ tez-

tez _____ kam

Ich kelishi: _____ oxirgi marotaba qachonligi _____

Qusish: _____ kuzatilmadi _____ kuzatildi

Maslaxatchi _____ shifokor

tashhisi: _____

Davolovchi hamshira tashhisi:

H A M S H I R A

Sana	Vaqt	Bemor muammolari va hamshira tashhisi	Hamshira
Davolovchi hamshira			

YOZUVLAR

Parvarish rejasi	Hamshira parvarish rejasini amakga oshirish	Baholash
Maslahatchi shifokor		

AKUSHERLIK VA GINEKOLOGIYADA HAMSHIRALIK JARAYONINING AHAMIYATI

Akusherlik - ginekologiya xizmatida hamshira katta xajmdagi ishlarni amalga oshiradi. U ayollar maslaxatxonasida homilador ayollarning birinchi tibbiy ximoyachisi, ginekologik bemorlarni qabul qilishda xududiy oila vrachining birinchi yordamchisi, o'z xududidagi yoki mahallasidagi homilador ayollar ginekologik bemorlarining sirdoshidir. Akusherlik stasionarida hamshira tug'ayotgan, tuqqan ayol xamda chaqaloq parvarishi bilan shug'ullanadi. Bundan tashqari hamshira sanitariya, madaniy okartuv ishlarini olib boradi, homilador va tukkan ayollar, yangi tug'ilgan chaqaloqlar patronaji bilan shug'ullanadi, ginekologik kasalliklar, homiladolik, tug'ruk asoratlarining oldini olish buyicha chora-tadbirlarni amalga oshiradi.

Hamshiralik jarayonining tashkiliy tizimi 5 boskichdan iborat:

- bemorni hamshira tomonidan tekshirilishi
- bemor holatini tashhislash
- aniklangan muammo va extiyojlarini bartaraf etishga yo'naltirilgan yordamni rejalashtirish,
- zarur hamshiralik aralashuvi rejasini amalga oshirish olingan natijalarni baxolash
- Hamshiralik jarayoni hamshira yordamini tashkil qilish maqsadida qo'llaniladi va natijada bemorning o'zi sog'ayish jarayonining faol ishtirokchisi bo'lib qoladi.

Hamshiralik jarayonining I-boskichi.

Bemorni tekshirish - Bemorning sog'ligi haqida ma'lumot yig'ish va ma'lumotlarni rasmiylashtirishdan iborat.

Tekshiruvdan asosan so'rab-surishtirishga ahamiyat beriladi. Hamshira bemorni zarur suxbatga kay darajada moxirlik bilan tayyorlay olsa, bemor haqida shuncha tulaqonli axborot olishga muyassar bo'ladi.

Tekshiruv bosqichi o'z ichiga quyidagilarni oladi.

Fizikaviy tekshiruv:

Bemorning ahvolini tekshirish, umumiy tekshiruv ma'lumotlarini aniqlash, hayotiy zarurlarni baholash, AB nazorati, antropometriya. Yanada chuqurroq fizikaviy tekshiruvlar jarrohlik aralashuvi xavfli bo'lganda zarur hisoblanadi.

Xissiy muxit va psixologik tekshiruv:

Hamshira parvarish rejasini tayyorlash maboynida bemorning es-xush darajasini, psixoemotsional rivojlanishini aniklaydi. Rivojlanish darajasini tekshirish maboynida hamshira va bemorning instruksiyalarni tushunishini, so'zlashuv yakunini chiqara olishini belgilaydi. Tekshirishning boshlanishidanok hamshira bemorning xavfsirashini kamaytirishga intiladi. Bundan tashqari bemorning «Shaxsiy kontseptsiyasi» haqidagi tavsiyanomasiga yakun yasaydi.

Kasbiy anamnez yig'ish:

Kasbga oid noqulayliklar, surunkali intoksikatsiya «zaxarlanish» hamshiralik jarayonini o'tkazishda o'ziga xos o'zgarishlarni talab qilishi mumkin. Bundan tashkari kuppina jarrohlik operatsiyalarining nogironlikka olib keluvchi oqibatlarini va jismoniy chegaralanishlarini yuzaga keltirishi uzok davom etuvchi operatsiyadan keyin bemorning kasbiy faoliyatini rejali ravishda boshqa kasb bilan almashtirilishigacha olib kelishi mumkin, xatto faoliyatining vaktinchalik yoki butunlay chegaralanishi uz-uzidan bemorning ijtimoiy muxitdagi urnini uzgartirishiga olib keladi. Bularning xammasi kayta moslashish va qayta reabilitatsiyaga qaratilgan maxsus individual dasturlar ishlab chiqarishni talab qiladi.

Odatlar:

Chekish nafas olish tizimi operatsiyalardan keyin rivojlanishi mumkin bulgan asoratlarga sabab buluvchi xavfli omildir. Spirtli ichimliklarni suv iste'mol qilish anestetiklar (ogrik koldiruvchi) analgetiklar sedativ (tinchlantiruvchi) dori darmonlarning nojuya va noto'g'ri ta'siriga olib keladi. Bemorlar qabul qilayotgan alkogol mikdorini kamaytirishga moyil ekanliklarini esda tutish lozim

Hamshiralik jarayonining birinchi bosqichining yakuniy ma'lumotlarini rasmiylashtirish va bemor haqida ma'lumot bazasini tuzishdir. Olingan ma'lumotlar belgilangan xolda hamshiralik kasallik tarixiga yoziladi. Hamshiralik kasallik tarixining maqsadi - hamshira faoliyatini nazorat qilish, shifokor tavsiyalari va parvarish rejasining bajarilishi, ko'rsatilgan yordam sifatini taxlil qilish va hamshira kasbiy faoliyatini darajasini baxolashdan iborat. Natijada kursatiladigan yordam sifati kafolatlanadi va uning xavfsizligi

Hamshiralik jarayonining II bosqichi.

Bemor muammolarini aniqlash va hamshiralik tashhisini shakllantirish.

Ko'p xollarda bemor sogligi bilan bog'liq bir necha muammolar mavjudligi sababli hamshira ularni qanchalik muhimligiga karab kurib chikadi. Prioriteti buyicha tasniflanadilar: birlamchi, oralik va ikkilamchi.

Bemor holatiga bevosita ta'sir etuvchi muammolar birlamchi ahamiyatga ega hisoblanadi. Oraliq ahamiyatiga ega bo'lgan muammolar kasallik sababli yuzaga kelgan va xayot uchun xavfli bulgan holatlar bilan bog'liq bulmagan muammolardir.

Ikkilamchi ahamiyatga ega bulgan muammolar - kasallik va uning oqibatiga bevosita tegishli bulmagan bemor extiyojlaridir.

Ammo ogir somatik holat va ruxiy genez bilan bog'liq muammolar mavjud muammolardan ustunlik qilib turadi.

Hamshiralik jarayonining III bosqichi.

Hamshiralik yordamini rejalashtirish

Parvarish rejası hamshira brigadasining ishini nazorat qiladi, hamshira parvarishi, uning izchilligini ta'minlaydi va boshqa mutaxassislar, xizmatlar bilan aloqalar o'rnatilishiga yordam beradi, bu esa bemor uchun jarrohlik va undan keyingi davrda hamda bemorning statsionardan chikishida juda muhim ahamiyatga ega. Reja albatta parvarish jarayonida bemor va uning oilasi ishtirokini ko'zda tutishi kerak. U parvarish va qilayotgan natijalarni baxolash tamoyillarni o'z ichiga oladi.

Hamshiralik jarayonining IV bosqichi.

Hamshiralik aralashuvi rejasini amalga oshirish:

Ushbu bosqichning maqsadi: bemorni o'ziga xos parvarishini ta'minlash, bemor, uning oilasini o'qitish va ularga maslaxat berishdan iborat. Majburiy bulgan hamshiralik aralashuvi esa tibbiyotning boshqa soxalaridagi kabi jarrohlikda ham vrach ko'rsatmalari va uning nazorati ostida bajariladi. Bu esa nafaqat umum tibbiy bilimlar va odatiy muolajalarni ustamonlik bilan bajarishni, balki jarrohlikning maxsus soxalariga xos bo'lgan bilimlarni urgatish va mukammallashtirishni talab etadi. Uzaro bog'liq bo'lgan hamshiralik aralashuvi hamshiraning tartib brigadasining boshqa a'zolari bilan hamkorlikda amalga oshiriladi. Sog'lom muhit xarakterlar muvofiqligi va jamoa a'zolarining teng xukukliligi amaliyotida juda muhimdir, chunki bemor sog'ligi va hayoti jamoa ishining yaxshi natijasiga bog'liq. Hamshira hamshiralik jarayonining 4 bosqichini o'tkazish davomida bemorning shifokor ko'rsatmalariga nisbatan reksiyasini dinamik nazoratini amalga oshiradi va albatta barcha olingan ma'lumotlarni yozib oladi.

Jarrohlik aralashuvi va undan keyingi darvdagi dinamik monitoringning jarrohlik hamshirasidan yuqori malaka, murakkab elektron asboblar bilan ishlashda katta tajriba va vaqt tig'iz bo'lganda to'g'ri karor qabul qilish, shuningdek turli mikdordagi yo'nalishlarini taxlil kilishni talab kiladi. Shuningdek, hamshira uz parvarishi buyicha bajarilgan hamshiralik harakatiga nisbatan bemor munosabatini, reksiyasini nazorat qiladi va hujjatlashtiradi. Jarrohlik davolash muassasasi amaliyotida bemorni parvarishlash bir bo'limning har xil hamshiralari tomonidan emas, balki, boshqa xizmat hamshiralari tomonidan ham amalga oshirilishi bemor parvarilishining sifatli va xavfsiz bulishida hamshiralalar uchun bir-birlarining ishini to'g'ri davom ettirish izdoshlik ahamiyatiga xos xislatdir. Bu xol hujjatlarni yuritishda aniqlik va to'liqlikka ularning o'z vaqtida to'ldirilishiga yuqori tablarni qo'yadi.

Hamshiralik jarayonining yakuniy V bosqichi.

Natijani baxolash.

Ushbu boskichning maqsadi: hamshira parvarishiga nisbatan bemor munosabatini baholash ko'rsatilgan yordamning sifatini tekshirish, olingan natijalarni baholash va yakun yasash jarrohlikda hamshiralik jarayoni bosqichining o'ziga xosligi shundaki bu bosqichda baholash bemor ishtirokisiz amalga oshiriladi. Bu eng avvalo operatsiya davrida qo'llanilgan umumiy og'riksizlantirish va operatsiyadan keyingi ilk davridagi hamshiralik jarayoniga tegishlidir. Bunda

hamshiraga parvarish standartlari va hujjatlarni olib borishda yuqori majburiyatlar yuklanadi. Parvarishning sifatini baxolashda turli bo'limlardagi bosh hamshiralarning o'zaro munosabati muhim o'rinni egallaydi. Jarrohlik bo'limidagi bemor parvarishining barcha bosqichlarida hamshiralik jarayonini baxolash uchun hamshira koordinator lavozimining joriy qilinishi maqsadga muvofiq bo'lar edi. Tibbiyotning boshqa soxalaridagi kabi jarrohlikda ham hamshiralik rejasi tadbirlari bemorning ahvoriga, qo'yilgan maqsadlarga erishilganligi yoki erishilmaganligiga davolash jarayonining o'ziga xosligiga qarab qayta ko'rib chiqilishi, to'xtalishi yoki o'zgartirilishi mumkin.

GINEKOLOGIYADA YOZILADIGAN RESEPTLAR

Rp.: Tab. Regulon N. 21

D. S. Sutkasiga 1 tabletkadan 21 kun davomida

Rp.: Tab. Clomiphencitratis (Clostilbegit) 50 mg

D. S. 1 tabletkadan 1 marta sutkasiga. 5 kun.

Rp.: Aeviti 1 ml

D. t. d. N. 30 in ampull.

S. M/o 1 ml dan 1 oy davomida

Rp.: Tab. Ascorutini N. 50

D. S. 1 tabletkadan 2-3 marta sutkasiga 10 kun

Rp.: Tab. Ferrum Lek 2 ml

S. 1 ampuladan sutkasiga 1 marta m/o 10 kun

Rp.: Sol. Progesteroni oleosae 2,5 % 1,0

D. t. d. N. 10 in ampull.

S. m/o 1 ml dan kunda 1 marta 5 kun

Rp.: Tab. Dufaston N. 20

D. S. Hayzning 6 kunidan 25 kunigacha 10 kun davomida

Rp.: Tab. Femoston N. 28

D. S. Sutkasiga 1 tabletkadan 28 kun davomida

Rp.: Tab. Diane 35 N. 21

D. S. Sutkasiga 1 tabletkadan 21 kun davomida

Rp.: Sol. Centomicinii 80 mg

D. t. d. N. ampull.

S. M/o 80 mg dan kunda 2 marta 7 kun

Rp.: Tab. Amocseclav 625 mg

D. S. Sutkasiga 1 tabletkadan 3 marta 7 kun

Foydalanilgan adabiyotlar

1. «Соғлигингиз ўз қўлингизда» Ўзбекистон Ҳамширалар ассоциацияси Хоразм вилоят бўлими. Доя, ҳамширалар ва ҳомиладор аёллар учун ўқув қўланма. Урганч 2006.

2. Т.Ю.Умарова, И.А.Каюмова, М. К. Ибрагимова «Ҳамширалик иши» Абу Али Ибн Сино, 2003.

3. Основы сестринского дела» Т. Побуковец., Т. А. Склерова., О. В. Чернова., Феникс 2004.

1. Гинекология. Богданова А. Д.

2. Неоперативная гинекология. Тумелович И. Р., Сметник О. Б.

3. Руководство по акушерства и гинекологии. Савелева Г. М.

4. Акушерства и гинекология. Серов В. Н.

5. Руководство по акушерства и гинекологии. Гуртова Б. Л.

6. Основная родовая, перинатальная и постнатальная помощь

7. Приказ №425. О внедрении современных технологий по повышению эффективности оказания помощи беременным в учреждениях первично медико-санитарной помощи Республики Узбекистан.

8. Приказ №500

9. Практическая гинекология. Кулакова В. Н.

10. Гинекология. Василевская Л. Н.

11. Эндоскопия в гинекологии. Савелева Г. М.

12. Практическая гинекология. Тимошенко Л. В.

13. Современные методы контрацепции. Прилепская Г.Д.

MUNDARIJA

1-bob. Ginekologik kasalliklar propedevtikasi	3
2 bob. Ayol jinsiy a'zolari anatomiyasi. Normal hayz sikli	8
3 bob. Ajralmalar sindromi. Ayollar jinsiy a'zolarining spetsifik yallig'lanish kasalliklari	22
4 bob. Chanoq sohasidagi og'riklar sindromi. Ayollar jinsiy a'zolari nospetsifik yallig'lanish kasalliklari.	32
5 bob. Qon ketish sindromi. Hayz sikli buzilishlari. Tasniflari	46
6 bob. Qon ketish sindromi (homiladorlik bilan bog'liq). Homiladorlikning I-yarmida qon ketish. Bachadondan tashqari homiladorlik	59
7 bob. Bepushtlik sindromi	69
8 bob. Jinsiy a'zolar nuqsonlari	74
9 bob. Jinsiy a'zolarining xavfli va xavfsiz o'smalari, bachadon bo'yni va tanasi fon va rak oldi kasalliklari	78
10 bob. Reproduktiv salomatlikni himoya qilish va zamonaviy kontratsepsiya texnologiyalari. Gormonal kontratsepsiya	102
Ginekologiyada kasallik tarixini rasmiylashtirish	110
Bemorlarni parvarish qilish bo'yicha kasallik tarixi	114
Akusherlik va ginekologiyada hamshiralik jarayonining ahamiyati.	119
Ginekologiyada yoziladigan retseptlar	123
Foydalanilgan adabiyotlar	124

**GINEKOLOGIYADA
HAMSHIRALIK ISHI
O'quv qo'llanma**

Tuzuvchilar:

Djabbarova Yulduz Kosimovna - Toshkent tibbiyot akademiyasi akusherlik va ginekologiya kafedrası professori, t.f.d., professor.

Tuychieva Gulnora Valievna - Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali akusherlik va ginekologiya kafedrası mudiri, t.f.n., dotsent.

Raxmanova Nedira Xodjayazovna - Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali akusherlik va ginekologiya kafedrası assistenti.

Босишга рухсат этилди: 04.06.2011
Ҳажми: 8,5. Адади: 100. Буюртма: № 77
“Top Image Media” босмаҳонасида босилди.
Тошкент шаҳри, Я.Ғуломов кўчаси, 74-уй

