

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY TA’LIM, FAN VA INNOVATSIYA
VAZIRLIGI**

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAKLASH VAZIRLIGI
TOSHKENT DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI
AKUSHERLIK VA GINEKOLOGIYA, BOLALAR GINEKOLOGIYA
KAFEDRASI**

Safarov A.T., Safarova L.A., Indiaminova G.N.

**AKUSHERLIK VA GINEKOLOGIYA. GINEKOLOGIYADA O‘TKIR
QORIN**

II-Pediatriya fakulteti magistrлари uchun o‘quv qo‘llanma

Bilish sohasi : Ijtimoiy ta’minot va sog‘liqni saqlash – 900 000

Ta’lim sohasi :Sog‘liqni saqlash – 910 000

Ta’lim yo‘nalishi: Akusherlik va ginekologiya – 70910203

Toshkent 2026

ISBN 978-9910-227-76-9

UDK 618.2(075.8) S 34

KBK 57.15ya73 S 34

S 34

Mualliflar:

Safarov A.T. - ToshDTU Akusherlik va ginekologiya, bolalar ginekologiya kafedrası dotsenti, t.f.n.

Safarova L.A. – ToshDTU Akusherlik va ginekologiya, bolalar ginekologiya kafedrası assistenti, PhD.

Indiaminova G.N. – SamDTU Davolash fakulteti Akusherlik va ginekologiya kafedrası dotsenti, PhD.

Taqrizchilar:

Nosirova Z.A.– SamDTU DKTF Akusherlik va ginekologiya kafedrası dotsenti, PhD.

Nigmatova G.M. – ToshDTU Akusherlik va ginekologiya, reproduktologiya kafedrası dotsenti, t.f.n.

O`quv qo`llanma Akusherlik va ginekologiya yo`nalishi magistrleri uchun akusherlik va ginekologiya fanini o`rganish «Akusherlik va ginekologiya» mutaxassisi bo`lib yetishishida katta ahamiyatga ega. O`quv qo`llanma Davlat ta`lim standarti va akusherlik va ginekologlar tayyorlash kvalifikatsion xarakteristikasi asoslarida tuzilgan. Ushbu o`quv qo`llanma magistrlarga akusherlik va ginekologiya fanini dolzarb muammolari bo`yicha nazariy hamda amaliy bilimlarni shakllantirishga qaratilgan. Shifr 70910203 - Akusherlik va ginekologiya. O`quv qo`llanma magistrarning nazariy bilimlarini va amaliy ko`nikmalarini mustahkam egallashga yo`naltirilgan bo`lib, zamonaviy o`qitish texnologiyalariga asoslangan. O`quv qo`llanmadan foydalanish akusherlik va ginekologiya yo`nalishida tahsil olayotgan magistrlar kelajakdagi faoliyatida va mutaxassisligida uchrashi mumkin bo`lgan holatlar haqida to`liq informatsiyaga ega bo`lishiga zamin yaratadi. O`quv qo`llanma mavzuga oid rasmlar, nazorat savollari, vaziyatli masalalar va test savollari bilan boyitilgan.

MUNDARIJA

QISQARTMALAR RO'YXAT	5
KIRISH	6
BOB I. Ichki qon ketishlar	8
1.1 Bachadondan tashqari homiladorlik	8
1.2 Tuxumdon apopleksiyasi	37
BOB II. Ichki jinsiy a'zolar o'smalarining oziqlanishi buzilishi	46
2.1 Tuxumdon kistomasining oyoqchasi burilib qolishi	46
2.2 Miomatoz tugunning nekrozi	50
BOB III. Kichik chanoq a'zolarining yiringli-yallig'lanish kasalliklari	55
BOB IV. Pelvioperitonit va peritonit	81
4.1. Pelvioperitonit	81
4.2. Peritonit	83
BOB V. Genitaliy jarohati.	
Tashxislash	94
Glissariy	104
O'z-o'zini nazorat qilish uchun savollar.....	106
Test nazorati uchun savollar.....	108
Situatsion masalalar.....	120
Adabiyotlar	123

QISKARTIRUV RUYXATI

BTH	Bachadondan tashqari (ektopik) homiladorlik
BIKV	BIKV - bachadon ichki kontratseptiv vositasi
ECHT	ECHT – eritrositlar chuqish tezligi
EKU	Ekstrakorporal urug'lanish
LG	Lutinlovchi gormon
MRT	Magnit rezonans tomografiya
QB	Qon bosim
OXG	Odam xorionik gormoni
TV	transvaginal
UTT	Ultratovush tekshiruvi
UQA	Umumiy qon aylanishi
JSST	Jaxon sog'liqni saqlash tashkiloti
FSG	Follikul stimullovchi gormon
KCHAYAK	Kichik chanok a'zolari yallig'lanish kasalliklari
YUUS	Yurak urish soni
JYOYUK	Jinsiy yullar orkali yukadigan kasalliklar
AOK	Aralash og'iz kontratseptiv vositalar

KIRISH

«O'tkir qorin» sindromi murakkab simptomatik majmuani tashkil etadi, unda yetakchi belgi — qorin bo'shlig'ining istalgan qismida to'satdan paydo bo'ladigan og'riq bo'lib, u peritoneal simptomlar hamda bemor ahvolining sezilarli o'zgarishlari bilan birga kechadi. Ayniqsa, ginekologik va jarrohlik patologiyalari o'rtasida differensial tashxis qo'yish ko'pincha zarur bo'ladi.

O'tkir qorin ginekologik amaliyotda juda dolzarb muammolardan biri hisoblanadi. Bu holat ayollarda to'satdan paydo bo'ladigan kuchli qorin og'riqlari bilan namoyon bo'lib, tezkor tashxis qo'yish va shoshilinch tibbiy yordamni talab qiladi. O'tkir qorin sindromi turli sabablarga ko'ra yuzaga kelishi mumkin, jumladan, tuxumdon kistasining yorilishi, bachadondan tashqari homiladorlik, tuxumdon burilishi yoki yallig'lanish jarayonlari shular jumlasidandir.

Ginekologik amaliyotda bu muammoning dolzarbligi shundaki, noto'g'ri yoki kechiktirilgan tashxis bemor hayotiga jiddiy xavf tug'dirishi mumkin. Shu sababli shifokorlardan yuqori malakali klinik fikrlash, zamonaviy diagnostika usullaridan foydalanish va tezkor qaror qabul qilish talab etiladi.

Bundan tashqari, o'tkir qorin sindromi boshqa kasalliklar bilan ham o'xshash klinik belgilarga ega bo'lishi mumkin, bu esa differensial tashxisni murakkablashtiradi. Shu sababli laborator va instrumental tekshiruvlar, jumladan, ultratovush diagnostikasi va laparoskopiya katta ahamiyatga ega.

Bunday kasalliklar uch guruhga ajratiladi:

1. Qorin bo'shlig'i ichki qon ketishi bilan kechadigan kasalliklar (ektopik homiladorlik, tuxumdon apopleksiyasi, tuxumdon kistasi kapsulasining yorilishi). Umumiy holatning buzilishi o'tkir qon yo'qotish turida kechadi;
2. Ichki a'zoldada qon ta'minotining buzilishi va uning nekrozi bilan bog'liq kasalliklar (tuxumdon kistasi yoki o'smalarining oyoqchasining buralishi, miomatoz tugunning oyoqchasining buralishi va nekrozi). Ushbu guruh kasalliklarida

organizmning umumiy reaksiyasi dastlab gemodinamikaning buzilishi va kollaps bilan namoyon bo‘ladi, keyingi soatlarda esa to‘qimalar nekrozi bilan bog‘liq intoksikatsiya rivojlanadi;

3. Ichki jinsiy a‘zolarning o‘tkir yallig‘lanish jarayonlari bo‘lib, ular peritonit rivojlanishiga olib keladi (piosalpinks, piovar, tuboovarial yallig‘lanishli hosila). Organizmdagi umumiy reaksiyalar intoksikatsiya va suv-elektrolit almashinuvining buzilishi ko‘rinishida ustunlik qiladi.

I BOB. ICHKI QON KETISHLAR

1.1 EKTOPIK (BACHADONDAN TASHQARI) HOMILADORLIK

Normal joylashgan (bachadon ichi, eutopik) homiladorlik – bachadon normal shakllangan yoki anomal bo‘lishidan qat’i nazar bachadon bo‘shlig‘ida joylashgan:

- erta homiladorlik – tekshiruvda normal rivojlanishi ehtimol tutilgan embrion aniqlanmagan;
- yashovchan homiladorlik – homila/embrionning yurak urishi aniqlangan;
- sodir bo‘lmagan/tushib qolgan homiladorlik – homila/embrionning yurak urishisiz yoki uning nobud bo‘lishi bilan yakunlangan.

Bachadondan tashqari (ektopik) homiladorlik (BTH) – homila tuxumining implantatsiyasi jarayonida homila/embrion bachadondan tashqarida joylashgan.

“Ektopik homiladorlik” atamasi bachadondan tashqari homiladorlikning sinonimidir.

Lokalizatsiyasi no‘malum/noaniq bo‘lgan homiladorlik – beta-OXGning darajasi kamida 1000 bo‘lgan va transvaginal UTTda homila tuxumi bachadon bo‘shlig‘ida yoki bachadondan tashqari aniqlanmagan holat. Lokalizatsiyasi no‘malum bo‘lgan homiladorlikka diagnoz sifatida qaramaslik kerak, unga o‘tib ketuvchi holat sifatida qarash va yakuniy tashxisni qo‘yish uchun diagnostik harakatlar amalga oshiriladi. Buning uchun kichik chanoq a‘zolari TV UTT takroran o‘tkaziladi va 48-soatdan keyin beta-OXGning qondagi darajasi nazorat qilinadi.

“OXGning diskriminatsion darajasi” – UTTda homiladorlik bachadon bo‘shlig‘ida ko‘rinishi uchun kerak bo‘lgan 3510 mXB/l li OXGning qondagi darajasidir.

Ayol saqlanib qolinishini xohlagan bachadon ichi homiladorligi mumkin bo‘lgan to‘xtatilishini yo‘l qo‘ymaslik uchun yetarli darajada yuqori konsentratsiyali “OXGning diskriminatsion darajasi” konsepsiyasini qo‘llash tavsiya etiladi.

3510 mXB/l li darajada diskriminatsion zonaning belgilanishi TV UTT yordamida bachadon ichi tirik homiladorligini aniqlash imkonini oshiradi va, shu bilan birga

BTHning diagnostikasi kechiktirilishi xavfini oshiradi.

Har bir gestatsion muddat uchun homiladorliklar o'rtasidagi OXGning darajalari farq qilishini va diskriminatsion darajalar har doim ham ishonchli emasligini inobatga olish muhim. Homila tuxumi erta aniqlanishiga boshqa omillar ham ta'sir qilishi mumkin, shu jumladan UTT shifokorining malakasi, ultratovush uskunaning sifati va fizik omillar (masalan, miomalar, ko'p homilalik homiladorlik, semizlik) mavjudligi.

Epidemiologiyasi

BTH jami homiladorliklarning soniga nisbatan 2-4% holatlarda aniqlanadi va uning chastotasi izchil ortib bormoqda. Muammoning dolzarbligi shu bilan bog'liqki, BTH onalar o'limining sabablaridan biri bo'lib qolmoqda. Barcha onalar o'limining uchdan ikki qismi sifatsiz yordam ko'rsatish bilan bog'liq. Ektopik homiladorlikni o'tkazgan ayollarning 60-80%da bepushtlik va 20-30%da esa BTH qayta rivojlanadi.

Etiologiyasi va patogenezi

BTHning patogenezi urug'langan tuxum hujayrasining transporti buzilishidan so'ng homila tuxumining patologik implantatsiyasi sodir bo'lishidan iborat.

1-jadval. BTH rivojlanishi bo'yicha xavf omillar

Xavfning darajasi	Xavf omillar	Imkoniyatlar nisbati
Yuqori	anamnezda BTH	2,7-8,3
	bachadon naylarida jarrohlik amaliyotlari o'tkazilganligi	2,1-21
	bachadon naylarida patologiya mavjudligi	3,5-25
	bachadon naylarini boylash	5,2-19
	– BIK:	1,7

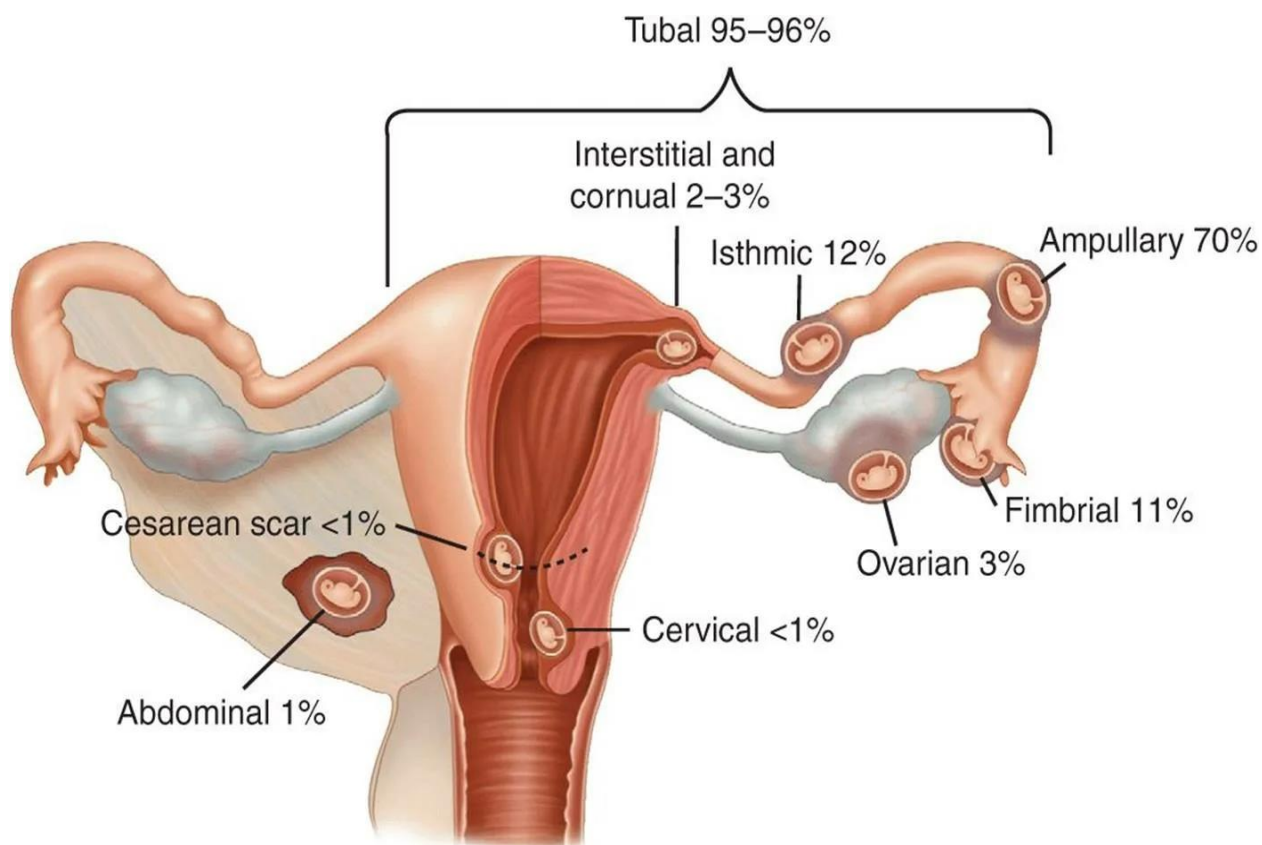
	– – anamnezda qo‘llanilganligi	4,4-16,4
	– – ayni vaqtda qo‘llanilishi	
	levonorgestrel-BIK	4,9
	mazkur homiladorlikda EKU	4-9,3
	tarkibida estrogen/gestageni saqllovchi KOKlarni qabul qilish	1,7-4,5
	anamnezda jinsiy yo‘l orqali o‘tadigan infeksiyalar o‘tkazilganligi (gonoreya, xlamidioz)	2,8-3,7
	anamnezda KCHAYAK o‘tkazilganligi	2,5- 3,4
	bachadon ichi vositaning ta’siri	3,7
O’rta	chekish:	
	– avval	1,5- 2,5
	– ayni vaqtda	3,9 -1,7
	abdominal soha/kichik chanoq a’zolarida jarrohlik amaliyotlari o‘tkazilganligi	4
	anamnezda o‘z-o‘zidan homila tushishi	3
Past	avvalgi homiladorlik medikamentoz ravishda to‘xtatilishi	2,8
	Bepushtlik	2,1-2,7
	vaginal sprinsevaniyalar	1,1-3,1
	yoshi ≥ 40 dan katta bo‘lgan ayollar	2,9
	<18 yoshda birinchi jinsiy aloqalar	1,6
	appendektomiya o‘tkazilganligi	1,6

BTH aniqlangan ayollarning taxminan 50%da ma’lum bir xavf omillar mavjud bo‘lmaydi.

Tasnifi

2-jadval. Anatomik tasnifi (ektopik homiladorliklarning aksariyat holatlari bachadon (fallopdiy) naylarida joylashadi)

BTHning turi	Homila tuxumi joylashishi	Chastotasi (barcha BTH)
Bachadon nayidagi homiladorlik:		>90%
– interstitsial	Bachadon nayining tegishli qismlarida joylashadi. Interstitsial BTH miometriy qavati bilan o‘ralgan bo‘ladi.	
– istmik		
– ampulyar		
Bachadondan tashqari homiladorlikning boshqa turlari:		<10%
Tuxumdondagi homiladorlik	Tuxumdonning parenximasida qisman yoki to‘liq joylashadi.	1-2%
Abdominal (qorin bo‘shlig‘idagi) homiladorlik	Bachadon bo‘shlig‘i, bachadon naylari, tuxumdonlardan tashqari qorin bo‘shlig‘ida joylashadi: Duglas bo‘shlig‘i, bachadon siydik qopi orasidagi bo‘shliq, bachadon/bachadon naylarining tashqi yuazalarida.	1% dan kam
Bachadonning rudimentar shoxida joylashgan	Bachadonning rudimentar shoxida joylashadi.	75 000 – 150 000 homiladorliklarga nisbatan 1 holat
Bachadon bo‘ynida joylashgan	Bachadon bo‘yni ichki bo‘g‘izidan pastda miometriyda joylashadi	1% dan kam
Intramural	Miometriyga o‘sib kirish bilan bachadon bo‘yni ichki bo‘g‘izidan yuqorida joylashadi	1% dan kam
KK keyingi chandiqda joylashgan	KK keyingi chandiqda joylashadi yoki miometriyga trofoblast o‘sib kirmaydi	1-3%
Geterotopik homiladorlik	Bachadon bo‘shlig‘ida bitta homila tuxumi va bachadondan tashqari boshqa homila tuxumi joylashadi	4 000 – 30 000 homiladorliklarga nisbatan 1 holat, EKUda chastotasi yuqori turadi



Rasm 1.1. Bachadondan tashqari homiladorliklarni anatomik tasnifi.

Klinik tasnifi

Kechishi bo'yicha:

o'sib boruvchi (yashovchan)

uzilgan (bachadondan tashqari joylashgan qismning yorilishi yoki naydagi abort).

Asoratlari mavjudligi bo'yicha:

asoratlangan;

asoratlanmagan.

Klinik ko'rinishi

Homiladorlikning birinchi trimestrida qindan qon ketishlar va/yoki qorinda og'riq BTHda eng ko'p kuzatiladigan simptomlar hisoblanadi. BTH simptomlarsiz kechishi ham mumkin.

Qindan qon ketishi va/yoki qorinda og‘rig‘i mavjud reproduktiv yoshdagi har qanday ayolda shifokor klinitstlar quyidagi xususiyatlarni ko‘rib chiqishlari lozim:

- tasdiqlanmagan bachadon ichi homiladorligi;
- EKV orqali sodir bo‘lgan o‘rug‘lantirish va homiladorlik;
- homiladorlik bor/yo‘qligi noaniq, ayniqsa hozirgi qindan qon ketishiga >4 hafta mobaynida amenoreya davom etgan bo‘lsa;
- kamdan-kam holatlarda gemodinamik beqarorlik va boshqa diagnoz bilan tushunilmagan o‘tkir qorin sindromi mavjud ayol.



Rasm 1.2. Homiladorlikning 9-haftasida chap bachadon nayida ektopik homiladorlik.

BTHda umumiy simptomlarning triadasi:

tos sohasida yoki qorinning pastki qismida og‘riq kuzatilishi. Og‘riq odatda kichik chanoq sohasida kuzatiladi va tarqoq yoki bir tomonlama namoyon bo‘lishi mumkin. Bachadon nayi yetarli darajada kattalashganda homiladorlikning 5 va 7

haftasi o'rtalarida paydo bo'ladi. Ayollar og'riqni doimiy yoki vaqti-vaqti bilan paydo bo'ladigan, to'mtoq yoki o'tkir, yengil yoki kuchli deb ta'riflashlari mumkin. Bachadon nayi yorilishi to'satdan kuchli og'riq boshlanishi bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Qorindagi og'riqlarning paydo bo'lish vaqti, xususiyati va og'irligi farq qiladi va BTHga patognomik (xos) bo'lgan og'riq sindromi mavjud emas; hayz davri kechikishi/hayzlar kelmasligi – amenoreya, odatda qindan qon ketishidan avval rivojlanadi;

qindan qon ketishi. Qindan qon ketishining hajmi va xususiyati farq qiladi va BTHga patognomik (xos) bo'lgan qon ketishining turi mavjud emas. Qon ketishi surkaluvchan to'q qonli ajralmalardan boshlab qon lahtalari ko'rinishidagi qon ketishi bilan namoyon bo'lishi mumkin. Qon ketishi odatda vaqti-vaqti bilan kuzatiladi, biroq bitta epizodli ko'rinishida ham kuzatilishi mumkin.

BTHning boshqa simptomlari:

- ko'krak bezlarida og'riq paydo bo'lishi;
- oshqozon-ichak trakti bilan bog'liq simptomlar (qorin dam bo'lishi, ko'ngil aynishi, qayt qilish);
- bosh aylanishi, hushdan ketish;
- og'riq yelka sohasiga tarqalishi;
- siydik chiqarish tizimi bilan bog'liq simptomlar (dizuriya);
- og'riq to'g'ri ichakka tarqalishi, ich kelishi og'riqli bo'lishi.

BTHning spetsifik simptomlari mavjud emas. BTHning simptomlari va belgilari boshqa holatlarning, masalan, oshqozon-ichak kasalliklari yoki siydik chiqarish yo'llari infeksiyalarining umumiy simptomlari va belgilariga o'xshashi mumkin.

3-jadval. BTHning klinik kechishi quyidagilar bilan belgilanadi

Klinik kechishi	Simptomatikasi
Bachadondan tashqari joylashgan qismining yorilishi	<ul style="list-style-type: none"> • to‘satdan boshlanadi • qorindagi og‘riqlar juda ifodalangan bo‘ladi • qorin pardasining ta’sirlanish belgilari rivojlanadi • qin Bachadon nayi yorilishi bo‘rtib chiqishi juda ifodalangan bo‘ladi • bachadon bo‘yni oldinga surilganda kuchli og‘riq bo‘ladi • gemorragik shokning klinikasi kuzatiladi
Bachadon nayi yorilishi	<ul style="list-style-type: none"> ▪ qorindagi og‘riqlar kam ifodalangan/kuzatilmaydi ▪ qorin pardasining ta’sirlanish belgilari kam ifodalangan bo‘ladi/kuzatilmaydi
Bachadon bo‘ynida joylashgan BTH	<ul style="list-style-type: none"> ▪ jinsiy yo‘llardan qonli ajralmalar kelmaydi ▪ jinsiy yo‘llardan qonli ajralmalar juda kam miqdorda keladi ▪ jinsiy yo‘llardan haddan tashqari ko‘p miqdorda qonli ajralmalar keladi (massiv qon ketishi, gemorragik shokning klinikasi)
Lokalizatsiyasi no‘malum bo‘lgan homiladorlik	<ul style="list-style-type: none"> ▪ transvaginal UTTda homila tuxumi aniqlanmaganda β-OXGning darajasi 1000-1500 XB/l tashkil qiladi



Rasm 1.3. Homiladorlik bachadon nayining ampulyar qismida.

Diagnostikasi

Quyidagilarga asoslangan holda BTH tashxisi qo‘yiladi:

- shikoyatlar;
- anamnestik ma’lumotlar;
- fizikal tekshiruv;
- kichik chanoq sohasi UTT ma’lumotlari;
- OXGga sifatli va miqdoriy tekshiruvlarning musbat natijasi.

TV UTTda bachadon ichi homiladorligining belgilari aniqlanmagan homilador ayollarda va quyidagilardan biron-bir belgilari mavjud bo‘lganda BTHga gumon qilish mumkin:

- TV UTTda bachadon ortiqlarida bo‘sh homila tuxumi mavjud bir necha turdagi ekstraovarial hosila yoki qorin bo‘shlig‘i ichi qon ketishi aniqlanganda;
- qon zardobidagi OXGning darajasi keskin ortadi. Odatda 2 kun ichida OXGning darajasi <35%ga ortishi keskin hisoblanadi. Avval ushbu qiymat <50%ni

tashkil qilgan, biroq bu bemorlarning cheklangan sonida o'tkazilgan tadqiqotlarga asoslangan bo'lgan. Faktik o'sishning kutilayotgan tezligi OXGning boshlang'ich darajasiga bog'liq bo'ladi. O'sishning kutilayotgan tezligi OXGning <1500 mXB/ml darajasida 49%ni, 1500 dan 3000 gacha mXB/ml darajasida 40%ni va >3000 mXB/ml darajasida esa 33%ni tashkil qiladi;

- qorinda og'riq va qindan qon ketishi, ayniqsa BTH rivojlanishi bo'yicha xavf omillari mavjud ayollarda.

Quyidagilardan biron-biri mavjud bo'lganda BTH tashxisi tasdiqlanishi mumkin:

- TV UTTda sariq pufakcha yoki embrionni (yurak urishi bilan/yurak urishsiz) mavjud BTH aniqlanishi;
- qon zardobida OXGning musbat natijasi va bachadon bo'shlig'ining aspiratsiyasidan so'ng urug'lanish mahsulotlari aniqlanmasligi va keyinchalik OXGning darajasi ortishi yoki barqarorlashishi;
- jarrohlik amaliyotida (odatda gemodinamik holati beqaror ayollarda o'tkaziladi) BTHning to'qimasi rezeksiya qilingandan so'ng gistologik tekshiruvda tasdiqlanishi.

BTHni erta tashxislash va o'z vaqtida davolash onalar o'limi ko'rsatkichini pasaytiradi, kam invaziv va a'zolari saqlab qoluvchi davolashning usullaridan foydalanish imkonini beradi. Jarrohlik amaliyotidan avval BTHning lokalizatsiyasini to'g'ri aniqlash jarrohlik davolashni rejalashtirishga yordam beradi va operatsion xavfni minimumga tushiradi.

Fizikal tekshiruv

Ayolda homilador mavjudligini tasdiqlash kerak (homiladorlikni aniqlovchi test yoki qon zardobidagi OXGning darajasini tekshirish).

O'sib boruvchi ektopik homiladorlikda qorin yumshoq, og'riqsiz bo'ladi. Uzilgan ektopik homiladorlik quyidagilar bilan ifodalanadi:

- **qorin palpatsiyasida** – qov usti sohasi va yonbosh sohasida qorinning og‘riqligi va tarangligi;
- **qorin perkussiyasida** – qorin pardasi ta’sirlanishining simptomlari, to‘mtoq tovush eshitiladi.

Qin orqali tekshiruvni o‘tkazishda quyidagilar aniqlanadi:

- qorinning pastki qismlarida, bachadon ortiqlarining sohasida og‘riqlar;
- bachadon ortiqlarining sohasida yumshoq konsistensiyali ovoid hosila, hajmi kattalashgan bachadon palpatsiya qilinadi;
- bachadon bo‘yni oldinga surilganda kuchli og‘riq sezilishi, qorin bo‘shlig‘i va to‘g‘ri ichak va bachadon orasidagi (Duglas) bo‘shliqda erkin suyuqlik mavjud bo‘lganda qin gumbazi bo‘rtib chiqishi.

Bachadon bo‘ynidagi homiladorlikda bachadon bo‘yni tuzilishining bochkasimon o‘zgarishi aniqlanadi. Ba’zi holatlarda rektovaginal tekshiruvni o‘tkazish kerak bo‘lishi mumkin.

Uzilgan BTHda va qorin bo‘shlig‘i qon ketishida quyidagi gemodinamik buzilishlar kuzatilishi mumkin:

- teri va shilliq qavatlari oqarishi;
- taxikardiya (YUUS daq. >100 ta) yoki gipotenziya (<100/60 mm sim. ust. dan);
- shok yoki kollaps;
- ortostatik gipotenziya.

Laborator diagnostik tekshiruvlar

Qon zardobidagi β -OXGning darajasi homiladorlikni aniqlashning yagona biokimyoviy markeri hisoblanadi.

Homiladorlikning erta muddatlarida OXGning darajasi homiladorlikning 10-haftasiga plato qiymatlarigacha 100 000 mXB/ml ga ko‘tariladi.

Qon zardobidagi OXGning miqdori BTHga gumon qilishga yordam beradi, biroq

bachadon ichi homiladorligini bachadondan tashqari homiladorlikdan aniq ajratib bera olmaydi va BTHning aniq lokalizatsiyasini aniqlay olmaydi.

Qon zardobidagi OXGning darajasi miqdoriy tekshirilishi patologik trofoblastik proliferatsiyaning diagnostik mezoni sifatida xizmat qilishi mumkin. BTHga gumon qilinayotgan ayollarda davolashning keyingi taktikasini belgilash uchun kamida 2 marotaba 48 soatlik interval bilan qon zardobidagi OXGning darajasini tekshirish tavsiya etiladi.

OXGning darajasini 1 marotaba tekshirganda homila yashab qolishini va homiladorlikning lokalizatsiyasini aniqlab bo'lmaydi, shuning uchun kamida 48 soatlik interval bilan OXGning konsentratsiyasini ketma-ket tekshirish tavsiya etiladi.

Qo'shimcha tekshiruv sifatida qon zardobidagi progesteronning darajasini aniqlash tavsiya etilmaydi, chunki bu BTHni prognozlashda va tushib qolgan bachadon ichi homiladorligidan BTHni ajratishda befoyda hisoblanadi.

Instrumental diagnostik tekshiruvlar

Ko'zgularda tekshirilganda bachadon bo'yni sianotik rangda bo'lishi, qonli ajralmalar (kam, o'rta va ko'p miqdorda) kelishi kuzatiladi. Bachadon bo'ynidagi homiladorlikda bachadon bo'yni, qin gumbazi joylashishida asimmetriya, bachadon bo'yni tuzilishining bochkasimon o'zgarishi kuzatiladi.

Agarda TV UTTni o'tkazish imkoni bo'lmasa, transabdominal UTTni o'tkazishni taklif qiling va u kamroq diagnostik ahamiyatga ekanligini tushuntiring.

TV UTT lokalizatsiyasi no'malum bo'lgan homiladorlikni sonografik baholash uchun asosiy yondashuv hisoblanadi. Transabdominal UTT kichik tos anatomiyasining umumiy holatini ko'rish, shuningdek, qorinning yuqori qismini tekshirishga imkon beradi. Qorin oldi yumshoq to'qimalaridan kirib borish imkoniga ega past chastotali (odatda 2-5 MGs li) datchik qo'llaniladi. Qorinning yuqori qismini tekshirish, birinchi navbatda, erkin suyuqlik mavjudligini baholash uchun qo'llaniladi. Yuqoriroq chastotali (odatda 5-12 MGs) datchik bilan

o'tkaziladigan TV UTT keyingi bosqich hisoblanadi. Bu kam invaziv usul hisoblanadi.

Qorin bo'shlig'i transabdominal UTT qorin bo'shlig'i ichi qon ketishini tezkor baholash uchun o'tkaziladi. Qorin sohasi jarohatlanmaganda, reproduktiv yoshdagi ayolda qorin bo'shlig'i ichi qon ketishi aniqlanishi uzilgan BTH sifatida baholanishi lozim. Gemodinamik holati beqaror bo'lgan ayollarga jarroh shifokorining shoshilinch maslahati talab qilinadi. Agarda qorin bo'shlig'i ichi qon ketishi aniqlanmasa, uzilgan BTH gemodinamik beqarorlikning sababi bo'lishining ehtimoli past bo'ladi.

Rasm 1.4. Progressiyalanayotgan nayli homiladorlik (UTT)



Shuningdek, UTT bachadon ichi homiladorligini istisno qilishga imkon beradi. Bachadon ichi homiladorligining diagnostik belgilari quyidagicha: sariq pufakchasi

yoki embrioni (yurak yurishi bilan/yurak urishisiz) mavjud homila tuxumi aniqlanishi. Homila tuxumining o‘zi (sariq pufakcha yoki embrionsiz) aniqlanishi bachadon ichi homiladorligini tashxislash uchun yetarli emas.

BTH tashxisi aniqlay olinmaganda 7-14 kun yoki undan vaqtliroq, imkon qadar, TV UTTni qayta o‘tkazish zarur.

BTH mavjud ayollarning 15-26%da dastlabki UTTda patologiya aniqlanmaydi. BTHning ultratovush belgilari:

- bachadon bo‘shlig‘ida homilaning tuxumi aniqlanmasligi;
- bachadon ortiqlarining hajmi kattalashishi;
- bachadon ortiqlarining sohasida tuxumdon tomonga erkin harakatlanuvchi (“suzuvchi bachadon” belgisi) va sariq pufakchasi yoki embrioni (yurak yurishi bilan/yurak urishisiz) mavjud hosila ko‘rinishi. Bachadon nayidagi homiladorlikda homila pufakchasi bo‘sh bo‘lishi mumkin va bachadon ortiqlarining sohasida halqa ko‘rinishida aniqlanishi mumkin;
- bachadon ortida erkin suyuqlik yig‘ilishi (gemoperitoneum rivojlanishi mumkin);
- endometriyning gravidar giperplaziya belgilari (uch laminar (uch qavatli) ko‘rinishi);
- ektopik joylashgan embrion aniqlanishi – muhim, biroq kamdan-kam aniqlanadigan diagnostik belgi hisoblanadi. TV UTTda tuxumdondan alohida harakatlanuvchi bachadon ortiqlarining sohasida hajmli hosila ko‘ringanda, bachadon nayidagi homiladorlik tashxislanishi mumkin.

Bachadon nayidagi homiladorlikning ultratovush mezonlari:

- bachadon bo‘yni tuzilishining bochkasimon o‘zgarishi;
- homila tuxumi mushak qatlamiga invaziyasi bilan bachadon bo‘yni ichki bo‘g‘zidan pastroq joylashishi;
- UTT rangli dopplerometriyasida homila pufakchasining atrofida qon oqimi kuzatilmaligi.

Bachadonning rudimentar shoxida joylashgan homiladorlikning ultratovush mezonlari:

- bachadon bo‘shlig‘ida bachadon nayining bir interstitsial qismi ko‘rinishi;
- homila tuxumi harakatlanuvchi, bachadondan ajralgan va miometriy bilan to‘liq o‘ralgan bo‘lishi;
- bachadonning rudimentar shoxida joylashgan homila tuxumiga qon tomirli oyoqcha birikishi.

Interstitsial homiladorlikning ultratovush mezonlari: bachadon bo‘shlig‘ida homila tuxumi ko‘rinmaydi, bachadon nayi interstitsial (intramural) qismining tashqarisida joylashadi va

5 mm dan kam qalinlikdagi miometriy bilan o‘ralgan bo‘ladi. Xatolarga yo‘l qo‘ymaslik uchun (erta homiladorlik yoki bachadon naylarining burchaklariga implantatsiya) UTTni ikki tekislikda, imkon qadar, qo‘shimcha ravishda uch o‘lchovli UTTni o‘tkazish kerak. Interstitsial homiladorlikning diagnostikasida MRT foydali bo‘lishi mumkin.

Geterotopik homiladorlikda ham bachadon bo‘shlig‘ida joylashgan, ham ektopik homiladorlikning ultratovush belgilari kuzatiladi. Tuxumdonda joylashgan BTH uchun spetsifik ultratovush mezonlar mavjud emas.

“Tokcha” (simptom “nishi”) hosil bo‘lishi bilan bitgan kesar kesishdan (yoki miomektomiyadan) keyingi chandiqda homiladorlik mavjud bo‘lganda UTTda chandiqqa chuqur o‘sib kirgan homila tuxumi ko‘rinadi (qo‘shni a‘zolarga, seroz qavatiga o‘sib kirishi mumkin). 3D/4D-texnologiyasi eng informativ usul bo‘lib, u koronar skanerlash tekisligida invaziyaning chuqurligi, atrofdagi to‘qimalarning o‘zgarishi haqida qo‘shimcha ma’lumot olish imkonini beradi. Qon oqimini baholash uchun qo‘shimcha ravishda rangli dopplerometriya ham o‘tkazilishi mumkin.

Homiladorlik mavjud bo‘lganda yoki BTHning kamdan-kam uchraydigan turlariga (bachadon chandig‘i sohasidagi homiladorlik, bachadon bo‘ynidagi va qorin

bo'shlig'idagi homiladorlik) gumon qilinganda, imkoni mavjud bo'lganda (ayolning gemodinamik barqarorligi, uskunalar va xodimlar mavjud bo'lganda), tashxisni aniqlashtirish uchun ikkinchi navbatda o'tkaziladigan diagnostik usul sifatida kichik chanoq a'zolari MRTni o'tkazish tavsiya etiladi.

BTHning kamdan-kam uchraydigan turlari boshqa ginekologik va somatik kasalliklar birga kelishida kichik chanoq a'zolari MRT o'tkazilishi tashxisni aniqlashtirish, qo'shni a'zolarining patologiyasini istisno qilishga imkon beradi.

Differensial diagnostikasi

Bachadon nayidagi uzilgan homiladorlikni (bachadon nayi yorilishi yoki naydagi abort) tuxumdon apopleksiyasi, abort, surunkali salpingooforit qaytalanishi, bachadondan anomal qon ketishi, oshqozon va 12-barmoqli ichak yarasi perforatsiyasi, jigar va qora taloq yorilishi, tuxumdon kistasi oyoqchasi yoki o'smasi buralib qolishi, o'tkir appenditsit, o'tkir pelvioperitonit va boshqa xirurgik patologiyalar bilan differensial diagnostikani o'tkazish tavsiya etiladi. BTHning har qanday shakli va BTHga gumon qilish holatlari statsionar sharoitda nazorat qilish va davolashni talab qiladi.

Davolash

Qo'llab-quvvatlash va ma'lumot berish

- Barcha ayollarga nisbatan o'zingizni munosib tuting va hurmatli munosabatda bo'ling. Ayollar homiladorlikning asoratlariga har xil munosabat bildirishadi.
- Ayollarning individual xususiyatlarini, sharoitni va emotsional reaksiyani inobatga olgan holda to'liq va aniq ma'lumot bering va ularni qo'llab-quvvatlang.
- Homiladorlikning asoratlari, shu jumladan BTH mavjud ayollarga tibbiy yordam ko'rsatuvchi va parvarish qiluvchi tibbiyot xodimlari homiladorlikning erta muddatlarida yuzaga kelgan asoratlari ba'zi ayollar va ularning sheriklariga sezilarli darajada noqulaylik keltirib chiqarishi mumkinligini bilishlari shart.

- Ayollarga tibbiy yordam ko‘rsatuvchi va parvarish qiluvchi tibbiyot xodimlari va notibbiyot mutaxassislar hurmat bilan muloqot olib borish va noxush xabarlarini yetkazishni bilishlari shart.
- BTH mavjud ayolni parvarish qilishning butun davri mobaynida unga va uning sherigiga (ayolning ruxsati bilan) klinik holat, tashxislash, davolash, operatsiyadan keyingi olib borish bo‘yicha aniq ma’lumotlarni berish zarur.

BTH mavjud barcha ayollarga og‘zaki va yozma ravishda quyidagi ma’lumotlarni taqdim eting:

- BTHni davolashning variantlari va davolashdan keyingi kutilayotgan natijalarni;
- agar, zarur bo‘lsa, davolangandan keyin maslahat olish uchun qanday qilib, kimga va qaysi muassasaga murojaat qilishni;
- shoshilinch vaziyatda qayerga va qachon murojaat qilish mumkinligini;
- BTHni o‘tkazgan ayolda keyingi homiladorliklarida homiladorlikning erta muddatlarida har qanday xavotirlik yuzaga kelganda ayolning o‘zi DPMga murojaat qilishi mumkinligi [haqida tushintiring](#).

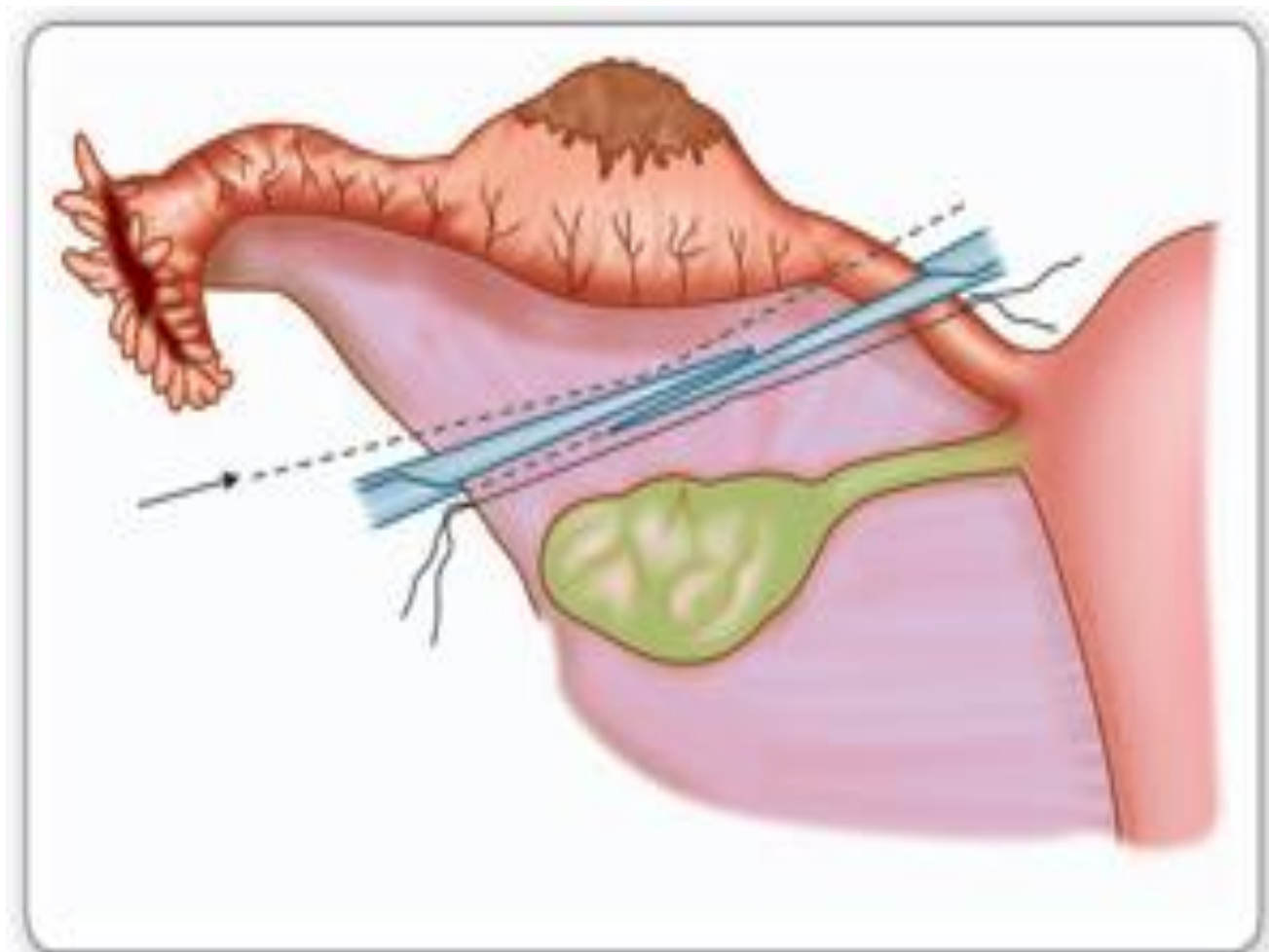
Davolash usulini tanlash

BTHda quyidagi davolash usullari qo‘llanilishi mumkin:

- jarrohlik davo;
- medikamentoz davo;
- kutish taktikasi.

O‘sib boruvchi BTH mavjud, klinik holati barqaror ayollarda laparoskopik jarrohlik yoki metotreksatni m/o yuborish xavfsiz va samarali davolash usullar hisoblanadi.

Davolash usulini tanlash dastlabki klinik, laborator va ultratovush ma’lumotlariga, har bir yondashuvning afzalliklari va xavflari muhokamasiga asoslangan ayolning tanloviga bog‘liq.



Rasm 1.5. Salpingektomiya.

Quyidagi holatlarda davolash chorasi sifatida birinchi navbatda jarrohlik amaliyotini o'tkazishni tavsiya qiling:

- ifodalangan og'riq sindromi yoki qorin bo'shlig'i ichi qon ketishi belgilari mavjud ayollarga;
- beqaror gemodinamik holat;
- homila tuxumining diametri 35 mm dan katta bo'lgan BTHda;
- UTTda homilaning yurak urishi aniqlangan BTHda;

OXGning qon zardobidagi darajasi 5000 XB/l va undan yuqori bo'lgan BTHda.

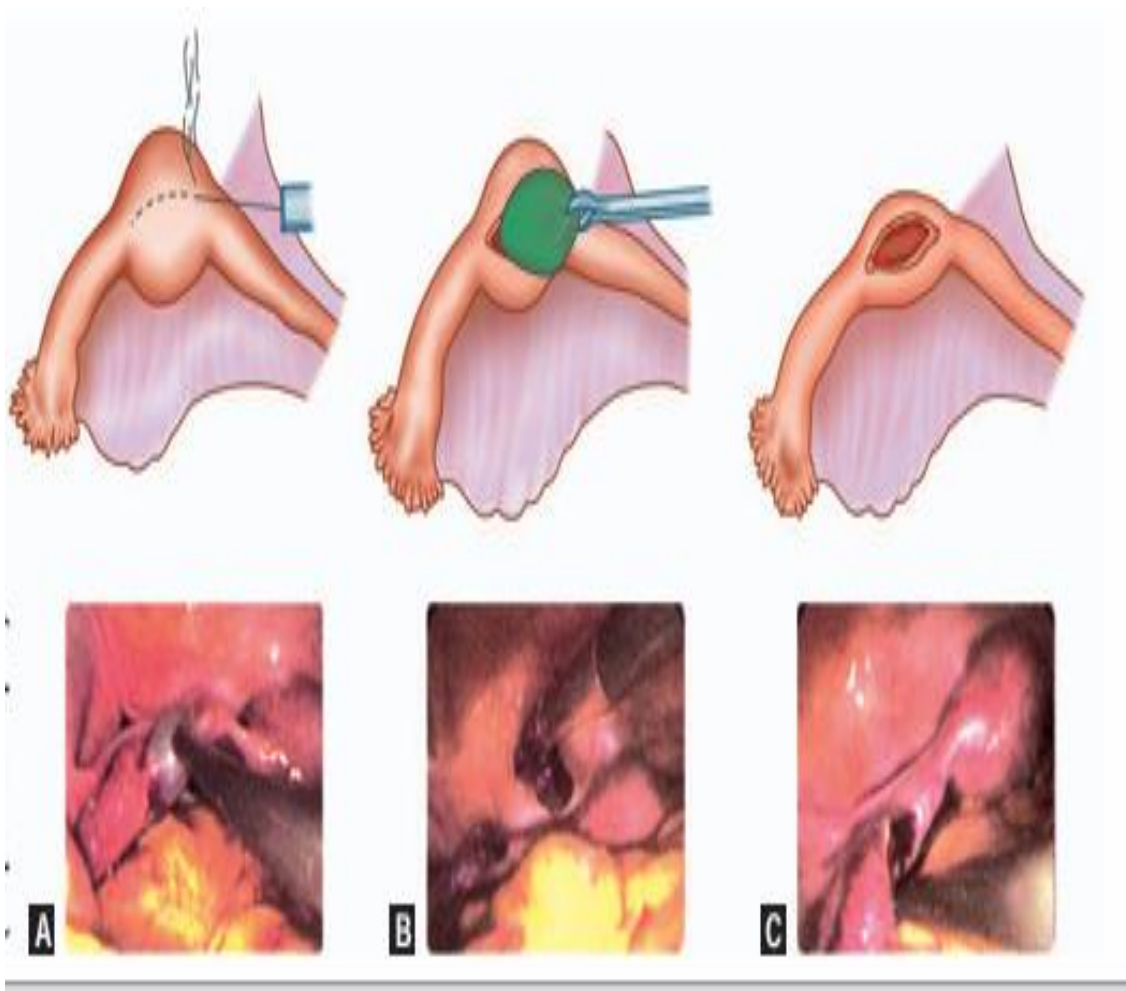
Quyidagi holatlarda keyingi tekshiruvlarga kelish uchun tayyor bo'lgan va qon zardobidagi OXGning darajasi 1500-5000 XB/l bo'lgan ayollarga tanlovga yoki metotreksatni qabul qilish yoki jarrohlik davoni taklif qiling:

- homila tuxumining diametri 35 mm dan kichik bo'lgan va yurak urishi aniqlanmagan uzilmagan (bachadon nayi yorilmagan) BTH va

- ifodalangan og‘riq sindromi kuzatilmagan va bachadon bo‘shlig‘idagi homiladorlik aniqlanmagan.

Quyidagi holatlarda konservativ davó (metotreksatni tizimli ravishda qo‘llash) ko‘rib chiqilishi mumkin:

- homila tuxumining diametri 35 mm dan kichik bo‘lgan va yurak urishi aniqlanmagan uzilmagan (bachadon nayi yorilmagan) BTH va
 - ifodalangan og‘riq sindromi kuzatilmagan va
 - qon zardobidagi OXGning darajasi 1500 XB/l dan past bo‘lgan va
 - bachadon bo‘shlig‘idagi homiladorlik aniqlanmagan va
- ayol keyingi tekshiruvlarga kelish uchun tayyor bo‘lganda.



Rasm 1.6. A - C: Yorilmagan nay (tubal) homiladorlikda laparoskopik chiziqli salpingostomiya : (A) Antimezenterik chegarada chiziqli kesma qilinadi (B) Gestatsion qopcha olib tashlanadi (C) Kesma chetlari tikilmasdan qoldiriladi. Yuqorida: sxematik tasvir. Quyida: operatsiya jarayoni.

Jarrohlik davo

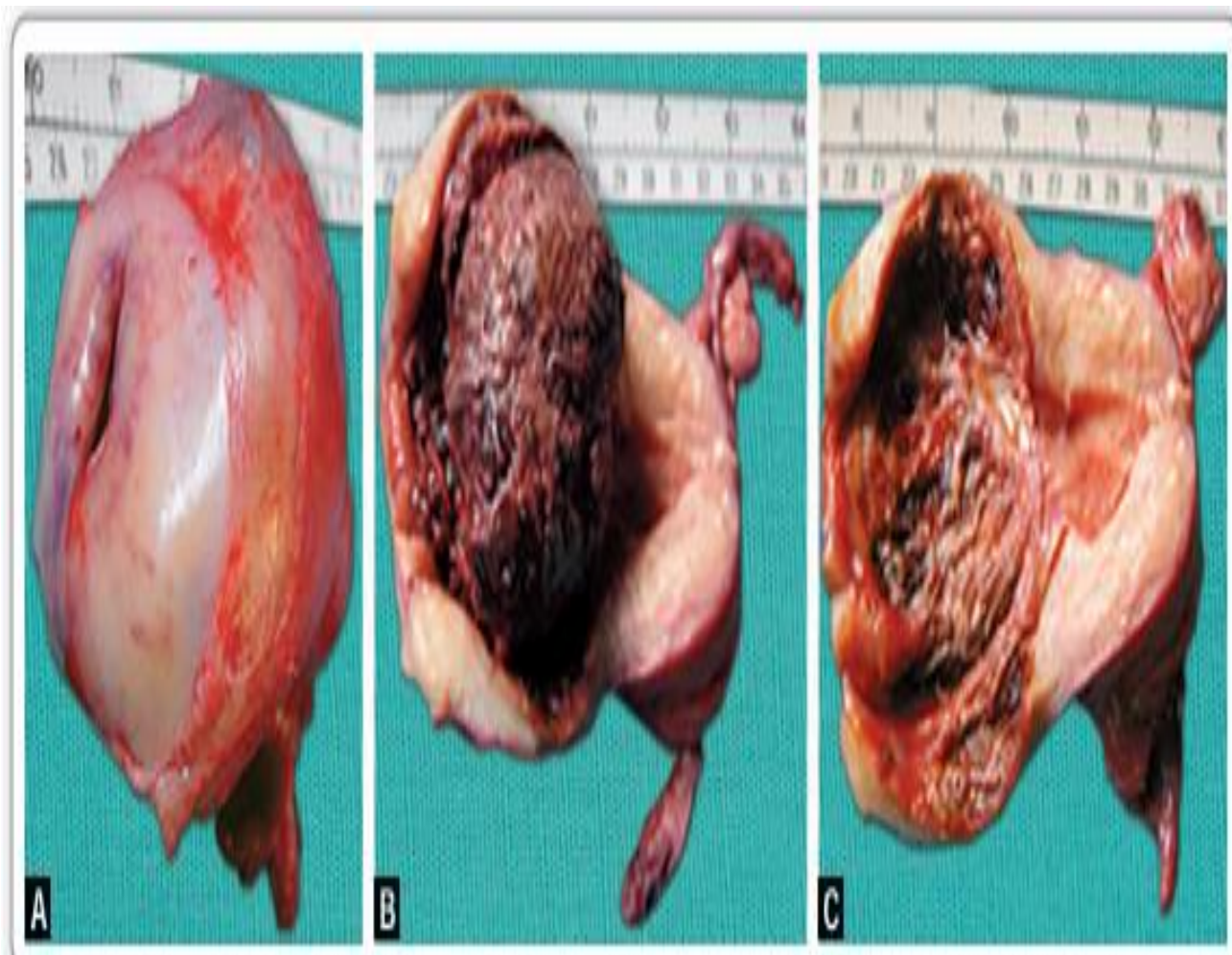
Jarrohlik davo BTHning har qanday (ham uzilgan, ham o'sib boruvchi) shaklida asosiy davolash usuli hisoblanadi.

Ayolning gemodinamik holati beqaror bo'lgan va "o'tkir" qorin sindromi bilan kechuvchi uzilgan bachadon bo'ynidagi BTH (bachadondan tashqari joylashgan qismining yorilishi yoki naydagi abort) kechiktirib bo'lmaydigan operativ jarrohlik aralashuvni talab qiladigan shoshilinch holatdir.

Jarrohlik amaliyotining hajmi hamda kirish yo'li klinik vaziyat va o'tkazilayotgan operatsiyaning sharoitlariga qarab belgilanadi.

Laparoskopik jarrohlik BTHda jarrohlik aralashuvining "oltin" standarti hisoblanadi. BTH mavjud ayollarga yordam ko'rsatuvchi jarrohlarning laparoskopik jarrohlik amaliyotini o'tkazishda kompetentlik sifatiga ega bo'lishlari kerak. Laparoskopik jarrohlik aralashuvlar tezroq tiklanish, gospitalizatsiya vaqtini kamaytirish, eng yaxshi kosmetik natija ta'minlanishiga ko'maklashadi.

Gemorragik shokda va ayolning gemodinamik holati beqarorligida tezroq o'tkaziladigan va qon ketishini tezroq to'xtatish imkoniga ega bo'lgan laparotomik kirish yo'li orqali jarrohlik amaliyotini o'tkazish maqsadga muvofiq hisoblanadi.



Rasm 1.7. A to C: Servikal homiladorlik — gisterektomiya bajarilgan: (A) Tashqi og‘zi qisman ochilgan, sharsimon (globulyar) bachadon bo‘yni (B) Bachadon old devori orqali kesib ochilgan, bachadon bo‘shlig‘i bo‘sh, bachadon bo‘yni kanalini egallagan katta gemorragik massa ko‘rsatilgan (C) Massa ajratib olinganda, bachadon bo‘yni devorida trofoblastik to‘qimaning invazyasi makroskopik ravishda ko‘rindi (gistologik tekshiruv bilan tasdiqlangan)

Jarrohlik aralashuvining hajmi salpingektomiya yoki salpingotomiya bilan belgilanadi.

Salpingotomiyadan keyin trofoblastik to‘qima qolib ketishining kichik xavfi va BTH qaytalanishining yuqori xavfi mavjud, biroq jarrohlik aralashuvlarning ikki turida ham fertillik saqlanib qoladi.

BTHda har qanday jarrohlik aralashuvini o‘tkazish uchun tibbiy aralashuvga ixtiyoriy rozilik berish arizasini olish zarur.

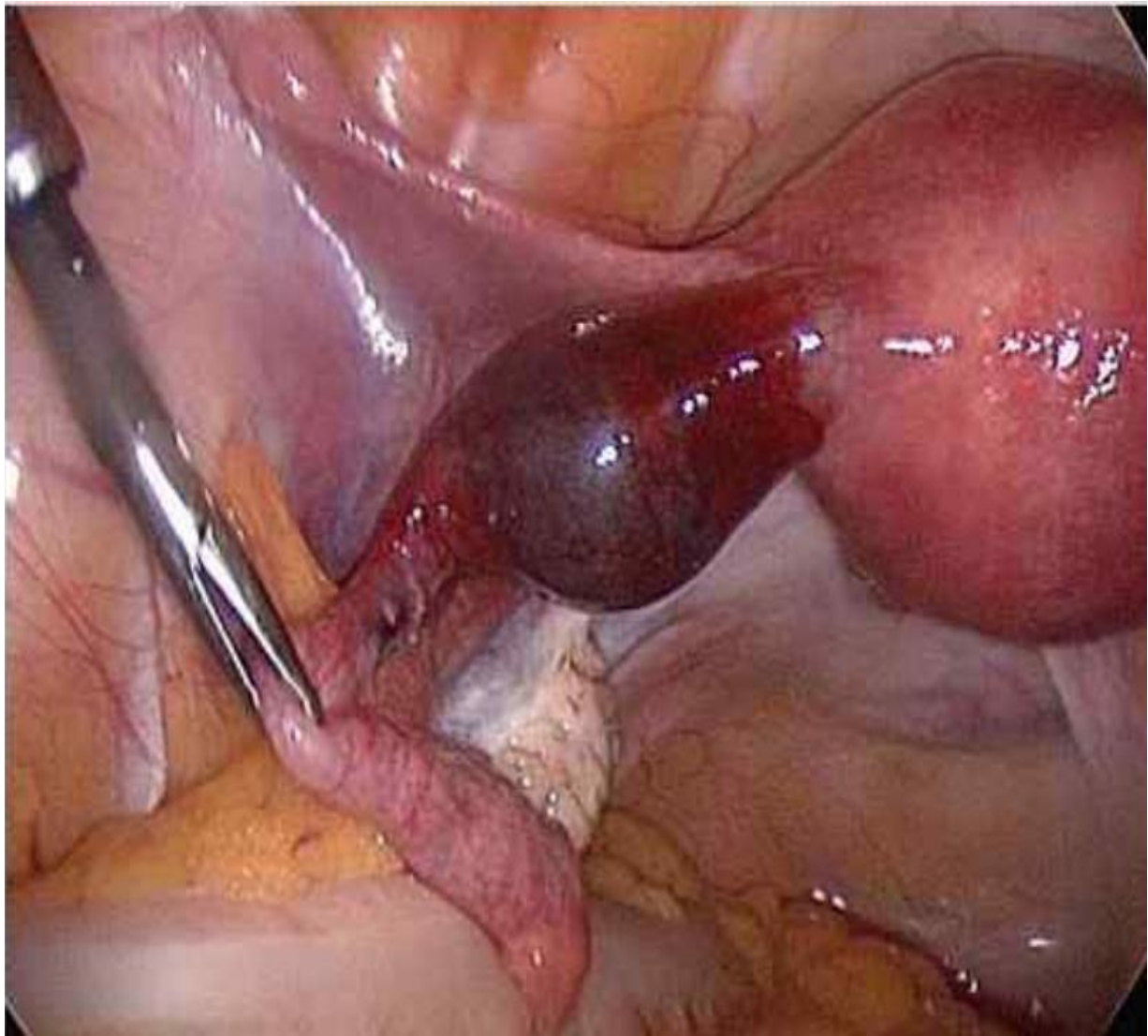
Kontrilateral bachadon nayi shikastlanmagan bo'lsa, salpingektomiyani o'tkazish afzalroq hisoblanadi.

Salpingektomiyani o'tkazish uchun ko'rsatmalar:

- bachadon nayidagi uzilgan homiladorlik;
- jarrohlik aralashuvi avval o'tkazilgan bachadon nayida BTH qayta rivojlanishi;
- β -OXGning dajarasi 3000-5000 XB/l dan yuqori bo'lgan bachadon nayidagi o'sib boruvchi homiladorlik.
- Quyidagi holatlarda salpingotomiyani o'tkazish mumkin:
- bachadon nayi yorilmaganda;
- gemorragik shok mavjud bo'lmaganda;
- kontrilateral bachadon nayi shikastlanmagan bo'lsa, qorin bo'shlig'i a'zolarida avvalgi o'tkazilgan jarrohlik aralashuvlar, anamnezda kichik chanoq a'zolari yallig'lanish kasalliklari kabi bepushtlik rivojlanishi xavf omillari mavjud bo'lganda.

Salpingotomiyani o'tkazgan ayollarni quyidagilar:

- 10 tadan 2 ta ayollar metotreksatni qabul qilish va/yoki salpingektomiyani o'tkazishni o'z ichiga olishi mumkin bo'lgan keyingi davolashga muhtoj bo'lishi mumkinligi;
- XGning qondagi darajasini dinamik ravishda nazorat qilish, kichik chanoq a'zolari UTTni o'tkazish zarurligi bo'yicha xabardor qiling.



Rasm 1.8. Bachadon naydagi homiladorlik

Davolashning samaradorligini nazorat qilish uchun BTHning jarrohlik davolashdan keyin salpingotomiyadan keyin 7 kun o'tgach va kelgusida manfiy natijalar olingunga qadar haftasiga 1 marta OXGning qondagi darajasini tekshirish tavsiya etiladi. β -OXGning darajasi o'zgarishligi yoki uning konsentratsiyasi 3000 XB/l ortiq ko'tarilishi va operatsiyadan keyingi davrda bachadon nayida faol qon oqimi aniqlanishi bachadon nayidagi homiladorlik o'sib borishidan dalolat beradi.

Bachadon nayidagi homiladorlikni konservativ davolash

BTHni konservativ davolash choralariga metotreksatni qabul qilish kiradi.

Metotreksat – proliferatsiya qiluvchi to'qimalar, shu jumladan trofoblastga faol ta'sir qiluvchi foliy kislotasining antagonistidir.

Metotreksat faqatgina BTH tashxisi to'liq tasdiqlanganda va homilaning yurak

urishi aniqlanmaganda tayinlanadi. Metotreksatni qabul qilish uchun qarshi ko'rsatmalar mavjud bo'lganda, jarrohlik aralashuvi orqali davolashni taklif qilinig. BTHni konservativ davolash taktikasi bo'yicha olib borish masalasi kollegial ravishda (shifokorlarning konsiliumi orqali) hal qilinadi.

Metotreksatni qabul qiluvchi ayollarga, agar ularning holati og'irlashsa, shoshilinch jarrohlik amaliyoti o'tkazilishi mumkinligi haqida xabar bering. Bachadon nayidagi homiladorlikni konservativ davolash maqsadida shifokorlar konsiliumining qarori bo'yicha 3-darajali statsionarlarda gemodinamik holati barqaror bo'lgan, kelajakda homilador bo'lishni rejalashtirayotgan va muntazam ravishda nazorat ostida bo'lishga tayyor bo'lgan ayollarga (alternativ usul sifatida) metotreksatni tayinlash tavsiya etiladi.

BTHda quyidagi:

- bir dozalik tartib;
- ikki dozalik tartib;
- bir nechta qat'iy belgilangan (ko'p) dozalik tartib bo'yicha **metotreksat tayinlanadi.**

Adabiyotda BTHni metotreksat bilan davolashning optimal sxemasi bo'yicha ma'lum bir aniq xulosaga kelishilmagan.

Metotreksat bilan davolashdan avval ehtimol tutilgan bachadon ichi homiladorligini aniqlash va metotreksatni noo'rin qo'llamaslik uchun bachadon bo'shlig'i aspiratsiyasini o'tkazish imkonini ko'rib chiqing, biroq ushbu muolaja majburiy bo'la olmaydi.

4-jadval. Metotreksat bilan davolash

Bir dozalik tartib
<p>➤ 1-chi kuni 50 mg/m² dozirovkada metotreksatni m/o yuboring</p> <p>➤ davolashdan keyin 1-chi va 7-chi kuni OXGning darajasini tekshiring:</p> <p>➤ agarda 4-7 kun ichida OXGning darajasi >15% ga kamaysa, kelgusida manfiy natijalar olingunga qadar haftasiga 1 marta OXGning qondagi darajasini tekshiring;</p>

- agarda 4-7 kun ichida OXGning darajasi <15% ga kamaysa, 50 mg/m² dozirovkada metotreksatni m/o qayta yuboring va OXGning darajasini qayta tekshiring;
- agarda metotreksatning 2-dozasidan keyin OXGning darajasi kamaymasa – jarrohlik davolash imkoniyatini ko‘rib chiqing.
- metotreksatning nojo‘ya ta’sirlarini minimallashtirish uchun kuniga 5 mg dan foliy kislotasini tayinlang.

Ikki dozalik tartib

- 1-chi kuni 50 mg/m² dozirovkada metotreksatni m/o yuboring
 - 4-chi kuni 50 mg/m² dozirovkada metotreksatning 2-dozasini m/o yuboring
 - davolashdan keyin 1-chi va 7-chi kuni OXGning darajasini tekshiring:
- agarda 4-7 kun ichida OXGning darajasi >15% ga kamaysa, kelgusida manfiy natijalar olingunga qadar haftasiga 1 marta OXGning qondagi darajasini tekshiring;
 - agarda 4-7 kun ichida OXGning darajasi <15% ra kamaysa, 7- chi kuni 50 mg/m² dozirkada metotreksatni m/o qayta yuboring va OXGning darajasini qayta tekshiring;
 - agar da 7-11-chi kunlar orasi da OXGning darajasi >15% ga kamaysa, kelgusida manfiy natijalar olingunga qadar haftasiga 1 marta OXGning qondagi darajasini tekshiring;
 - agarda 7-11-chi kunlar orasida OXGning darajasi <15% ga kamaysa, 11-chi kuni 50 mg/m² dozirovkada metotreksatni m/o qayta yuboring va 14-chi kuni OXGning darajasini qayta tekshiring;
 - agarda metotreksatning 4-dozasidan keyin OXGning darajasi kamaymasa – jarrohlik davolash imkoniyatini ko‘rib chiqing.
 - metotreksatning nojo‘ya ta’sirlarini minimallashtirish uchun kuniga 5 mg dan foliy kislotasini tayinlang.

Bir nechta qat’iy belgilangan (ko‘p) dozalik tartib

- 2, 4, 6, 8 kunlari 0,1 mg/kg dozirovkada foliy kislotasini navbat bilan yuborgan holda
- 1, 3, 5, 7-chi kunlari 1 mg/kg dozirovkada metotreksatni m/o yuboring

- metotreksatni qabul qilish kunlari OXGning darajasini tekshiring va avvalgi yuborishdan keyingi OXGning darajasi 15% ga kamaymagunga qadar metotreksatni m/o yuborishni davom eting (1, 2, 3 yoki 4 ta doza kerak bo‘lishi mumkin).
- agarda OXGning darajasi >15% ga kamaysa, metotreksatni bekor qiling va kelgusida manfiy natijalar olingunga qadar haftasiga 1 marta OXGning qondagi darajasini tekshiring;
- agarda metotreksatning 4-dozasidan keyin OXGning darajasi kamaymasa – jarrohlik davolash imkoniyatini ko‘rib chiqing.

Metotreksatni qabul qilish paytida odatda UTT o‘tkazilmaydi, chunki uning ma’lumotlari bachadon nayi yorilishi yoki ektopik homila tuxumi nobud bo‘lish vaqtini taxmin qilishga imkon bermaydi.

Metotreksat bilan davolash samara bermasligiga ta’sir qiluvchi omillar:

- qon zardobidagi OXGning yuqori darajasi – metotreksat bilan davolash samara bermasligi bilan bog‘liq bo‘lgan eng muhim omildir;
- homilaning yurak urishi aniqlanishi;
- katta hajmli ektopik homila tuxumi;
- peritoneal suyuqlik mavjudligi;
- sariq pufakcha mavjudligining sonografik belgilari;
- ektopik homiladorlik bachadon nayining istmik (ampulyar emas) qismida joylashishi;
- davolashdan avval foliy kislotasining darajasi yuqori bo‘lishi;
- endometriyning qalinligi ≥ 10 yoki ≥ 12 mm ni tashkil qilishi;
- III darajalik semizlik.

Metotreksatni qo‘llashdan avval bachadon bo‘shlig‘i aspiratsiyasi o‘tkazilmaganda metotreksat bilan davolashning samarasizligi anomal bachadon ichi homiladorligi mavjud bo‘lishi mumkinligi haqida tashvish uyg‘otishi kerak. Ushbu holatlarda

metotreksatni qayta yuborish yoki jarrohlik aralashuvidan avval bachadon bo'shlig'i aspiratsiyasini o'tkazish imkonini ko'rib chiqish lozim.

Metotreksatni to'xtatishni va jarrohlik davolashga o'tishni talab qiladigan klinik vaziyatlar:

- gemodinamik beqarorlik;
- bachadon ichi homiladorligi, shu jumladan homilaning yurak urishi bilan geterotopik homiladorlik;
- ektopik hosila yorilishining belgilari yoki simptomlari (masalan, tos sohasida yoki qorin sohasida og'riq paydo bo'lishi, qorin ichi bo'shlig'i qon ketishining belgilari) rivojlanganda;
- dastlabki gematologik, buyrak yoki jigar funksiyasining laborator ko'rsatkichlarining klinik jihatdan yomonlashishi.
- Metotreksatning nojo'ya ta'sirlari:
- ko'ngil aynishi, qayt qilish;
- stomatit;
- qindan ajralmalar kelishi;
- qorinda og'riq (qabul qilgandan keyin 2-3 kun o'tgach). Og'ir gemoperitoneum aniqlanmaganda gemoglobinning darajasini va TV UTT yordamida qorin ichi bo'shlig'idagi erkin suyuqlikning miqdorini tekshirish bilan kutish taktikasi bilan olib boriladi;
- transaminazalar faolligi ortishi;
- pnevmonit;
- alopetsiya (kamdan-kam).

Metotreksatning ohirgi dozasini qabul qilgandan keyin kamida 3 oy ichida homilador bo'lishni rejalashtirmaslik (saqlanish) lozim.

Metotreksatning qo'llanilishi jarrohlik aralashuvi va og'riqsizlantirishga xos bo'lgan xavflarning oldini oladi. Biroq laparoskopik salpingektomiya bilan

solishtirganda, BTHni medikamentoz davolashda muvaffaqiyat natijaga erishish ehtimoli kam va uzoqroq kuzatuvni talab qiladi.

Qoni rezus-manfiy bo'lgan va uzilgan BTH mavjud ayollarda alloimmunizatsiyaning xavfi yuqori turadi: 25% holatlarda onaning qonida fetal hujayralar aniqlanadi.

Bachadondan tashqari homiladorlikning kamdan-kam uchraydigan shakllarini davolash

Jarrohlik aralashuvining yuqori xavfi, operatsiya paytidagi va operatsiyadan keyingi davrda asoratlar yuzaga kelishining yuqori xavfi tufayli bachadondan tashqari homiladorlikning kamdan-kam uchraydigan shakllari 3-darajali (homilador ayollarga ixtisoslashtirilgan, shu jumladan yuqori texnologik yordam ko'rsata oladigan, akusherlik va ginekologik patologiyalarning diagnostikasi va davolashda yangi usullarni qo'llaydigan) statsionarlarda jarrohlik yo'li orqali davolanadi.

Bachadon bo'ynidagi homiladorlikni ham a'zoni saqlab qoluvchi, ham radikal (gisterektomiya) operativ yo'l orqali davolash mumkin. Jarrohlik amaliyotining hajmi va kirish yo'li klinik vaziyat, gemodinamik barqarorlik, trofoblast invaziyasining darajasi va reproduktiv rejalarga bog'liq bo'ladi. Foliy kislotasi bilan birgalikda metotreksat yordamida sitostatik terapiya fonida homila tuxumini gisterorezektoskopik olib tashlashni o'tkazish va ba'zi holatlarda bachadon arteriyalarini embolizatsiyalash reproduktiv funksiyani saqlab qolish va gisterektomiyani o'tkazmaslikka imkon beradi.

Operatsiyadan avval har 2-3 kunda hamda β -OXGning dajarasi pasaygunga va paraklinik ko'rsatkichlar normallashtirishgunga qadar 7 kun mobaynida OXGning qondagi darajasini tekshirish, qonning klinik va biokimyoviy tahlillarini olish, gemostaziogrammani baholash zarur.

Bachadon bo'ynidagi homiladorlikda UTT rangli dopplerometriyasi, kichik chanoq a'zolari MRT o'tkazilishi mumkin.

Bachadon chandig'idagi homiladorlikni ham a'zoni saqlab qoluvchi (gisterorezektoskopiya, homila tuxumini olib tashlash, bachadon chandig'ining sohasida bachadon devorining ifodalangan destruktiv o'zgarishlarida (fertillikni saqlab qolish zarur bo'lsa) metroplastika o'tkaziladi, ham radikal – gisterektomiya (kelajakda homilador bo'lishni rejalashtirmayotgan ayollarda) operativ yo'l orqali davolash mumkin. Operatsiyadan keyingi davrida (a'zoni saqlab qoluvchi operatsiya o'tkazilganda) OXGning qondagi darajasini tekshirib turish zarur. Davolash usulini tanlash homiladorlikning muddati, gemodinamik barqarorlik, bachadon chandig'i va bachadon devorining holati, ayolning yoshiga bog'liq bo'ladi.

Reproduktiv funksiyani saqlab qolish zarurati tug'ilganda, ba'zi bir holatlarda interstitsial homiladorlikni davolash usuli sifatida bachadondan tashqari joylashgan qismni olib tashlash bilan (shu jumladan kyuretaj, vakuum-evakuatsiya) gisterotomiyani (laparotomik yoki laparoskopik yo'l orqali) o'tkazish tavsiya etiladi, bunda operatsiyadan keyingi davrda

β -OXGning qondagi dajarasi dinamik ravishda tekshiriladi.

Kutish taktikasi

Ba'zi holatlarda BTHni kutish taktikasi bilan olib borish mumkin bo'ladi: simptomlar kuzatilmaganda, OXGning darajasi plato qiymatlarda yoki pasayishi kuzatilganda. OXGning dastlabki darajasi ≤ 200 mXB/l tashkil qilganda BTH o'z-o'zidan bartaraf etilishining ehtimoli yuqori turadi. Kutish taktikasini tanlagan ayollarni potensial xavflar haqida xabardor qilish kerak: bachadon nayi yorilishi, qorin ichi bo'shlig'iga qon ketishi, shoshilinch ravishda jarrohlik amaliyoti o'tkazilishi.

Profilaktikasi

Birlamchi tibbiy yordam bosqichida xavf guruhlariga kiruvchi: jinsiy yo'l orqali o'tadigan infeksiyalar bilan kasallangan; bachadon naylarida jarrohlik amaliyotini

o'tkazgan; anamnezda BTHni o'tkazgan, bachadon ortiqlarining surunkali yallig'lanish kasalligi mavjud, bachadon nayi-peritoneal bepushtlik bilan kasallangan ayollarni aniqlash tavsiya etiladi.

Shu bilan birga, BTH aniqlangan ayollarning taxminan 50%da ma'lum bir xavf omillar mavjud bo'lmaydi.

1.2 TUXUMDON APOPLEKSIYASI

Tuxumdon apopleksiyasi (apoplexia ovarii) — bu follikula tomirlarining, follikulyar kistaning, tuxumdon stromasining, sariq tananing yoki sariq tana kistasining tomirlari yorilishi natijasida tuxumdonda to'satdan yuzaga keladigan qon quyilish bo'lib, tuxumdon to'qimasining butunligi buzilishi va qorin bo'shlig'iga qon ketishi bilan kechadi.

Tuxumdon apopleksiyasi ko'pincha reproduktiv yoshda (18—45 yosh) uchraydi va o'tkir ginekologik patologiya tarkibida uchinchi o'rinni egallaydi. Kasallikning qaytalanish (retsdiv) darajasi 42—69% ga yetadi.



Rasm 1.9. Tuxumdon apopleksiyasi(tuxumdon butunligini buzilishi to'qimasiga qon quyilishi)

Etiologiyasi va patogenezi.

Tuxumdon apopleksiyasi — bu nafaqat reproduktiv tizimning jiddiy buzilishlari majmuasi, balki asab tizimining turli darajalari jalb etiladigan butun organizm kasalligidir.

Tuxumdonning shikastlanishi “kritik davrlar” deb ataladigan paytlarda yuz beradi. Bemorlarning 90—94% ida tuxumdon apopleksiyasi siklning o‘rtasida (ovulyator og‘riqlar davrida) yoki hayz siklining 2-fazasida (sariq tana yorilishi) kuzatiladi. Bu ovulyatsiya davrida va hayz oldidan qon tomirlar o‘tkazuvchanligining oshishi hamda ularning qon bilan to‘lishining kuchayishi bilan bog‘liq.

O‘ng tuxumdon apopleksiyasi chap tomondagiga nisbatan 2—4 marta ko‘proq uchraydi. Bu uning qon ta‘minoti yanada boyligi bilan izohlanadi, chunki o‘ng tuxumdon arteriyasi to‘g‘ridan-to‘g‘ri aortadan, chap tuxumdon arteriyasi esa buyrak arteriyasidan ajralib chiqadi.

Tuxumdon apopleksiyasining patogenezida yetakchi o‘rin tuxumdonlardagi yallig‘lanish jarayonlari hamda asab tizimining yuqori bo‘limlari disfunktsiyasi natijasida yuzaga keladigan gormonal holat buzilishlariga beriladi.

Kichik chanoq a‘zolaridagi yallig‘lanish jarayonlari tuxumdon to‘qimasida sklerotik o‘zgarishlarga (stroma sklerozi, epitelial elementlar fibrozi, periooforit), uning tomirlarida (skleroz, gialinoz), shuningdek dimlanishli giperemiya va tuxumdon venalarining varikoz kengayishiga olib keladi.

Gormonal holatdagi o‘zgarishlar — gipofizning gonadotrop gormonlari (FSG, LG) nisbatining buzilishi, prolaktin darajasining oshishi — retension kistalar shakllanishi va tuxumdon to‘qimasining giperemiyasiga sabab bo‘ladi.

Tuxumdon qon ketishiga qon kasalliklari hamda uzoq muddat antikoagulyantlarni qabul qilish ham yordam berishi mumkin, bu esa qon ivish tizimining buzilishiga olib keladi.

Ko'rsatilgan sharoitlar tuxumdon yorilishiga bevosita olib keladigan omillar uchun zamin yaratadi. Ularga qorin sohasi jarohati, jismoniy zo'riqish, shiddatli jinsiy aloqa, vaginal chayish (sprintsevaniya), vaginal tekshiruv va boshqalar kiradi. Ayrim bemorlarda tuxumdon yorilishi hech qanday ko'rinadigan sababsiz, tinch holatda yoki uyqu vaqtida yuz berishi mumkin.

Tasnifi

Tuxumdon apopleksiyasi bilan og'riغان bemorlarning klinik belgilari va ularni yuritish (davolash) taktikasi asosida kasallikning uch shakli ajratiladi:

- og'riqli;
- gemorragik (anemik);
- aralash.

Qorin bo'shlig'iga yo'qotilgan qon miqdoriga qarab tuxumdon apopleksiyasining gemorragik shakli uch darajaga bo'linadi:

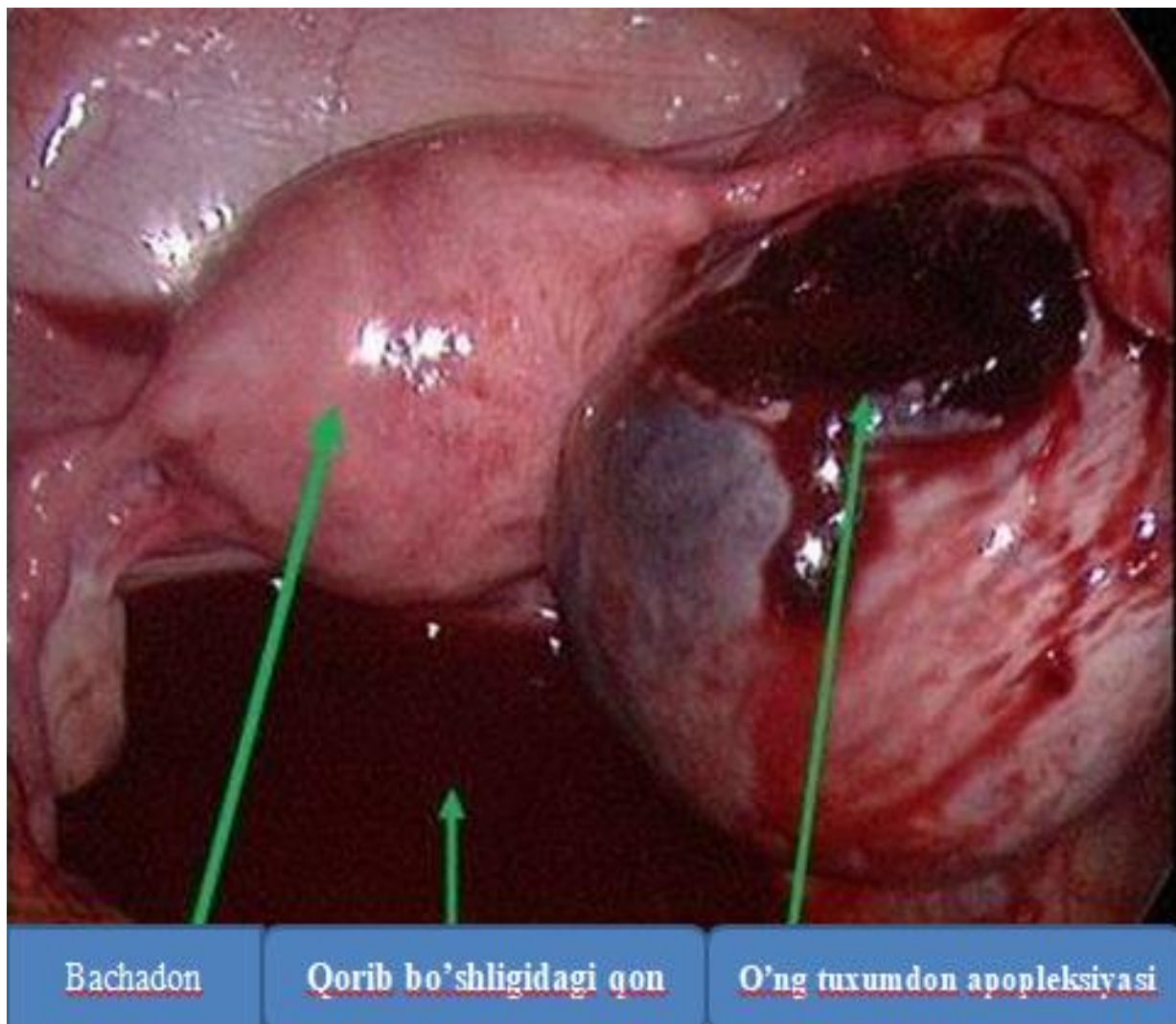
- **yengil daraja** (qon yo'qotish 100—150 ml);
- **o'rta og'ir daraja** (150—500 ml);
- **og'ir daraja** (500 ml dan ortiq).

Klinik simptomatika va diagnostika

Tuxumdon apopleksiyasining har qanday shaklida asosiy klinik belgi — qorinning pastki qismida to'satdan paydo bo'ladigan og'riqdir. Qolgan simptomlar (holsizlik, bosh aylanishi, ko'ngil aynishi, qusish, hushdan ketish) hamda ularning ifodalanish darajasi qorin bo'shlig'idagi qon ketish hajmiga bog'liq.

Og'riq tuxumdon to'qimasining retseptor maydoni qo'zg'alishi, qorin pardasiga to'kilgan qonning ta'siri, shuningdek tuxumdon arteriyasi havzasidagi spazm bilan izohlanadi.

Tuxumdon apopleksiyasining og‘riqli shakli va gemorragik shaklining yengil darajasidagi klinik manzara o‘xshash bo‘ladi.



Rasm 1.10. Tuxumdon apopleksiyasi

Tuxumdon apopleksiyasining og‘riqli shakli follikula yoki sariq tananing to‘qimasiga qon quyilganda kuzatiladi. Kasallik qorinning pastki qismida, ba’zida ko‘ngil aynishi va qusish bilan birga kechadigan og‘riq hujumi bilan namoyon bo‘ladi; og‘riq odatda boshqa joylarga tarqamaydi. Qorin bo‘shlig‘ida qon ketish belgilari yo‘q.

Ko‘zdan kechirishda teri va ko‘rinadigan shilliq qavatlar odatdagi rangda bo‘ladi. Puls va qon bosimi normal chegarada. Til toza va nam. Qorin yumshoq, faqat pastki qismda oldingi qorin devori mushaklarida engil taranglik bo‘lishi mumkin.

Palpatsiyada shikastlangan tuxumdon tomonda chanoq sohasida og‘riq seziladi, peritoneal belgilar aniqlanmaydi. Perkussiya orqali qorin bo‘shlig‘ida erkin suyuqlik aniqlanmaydi.

Ginekologik tekshiruvda bachadon normal o‘lchamda, tuxumdon esa biroz kattalashgan va og‘riqli bo‘ladi.

Qinning qorinchalari chuqur va bo‘sh. Kichik chanoq a‘zolarining ultratovush tekshiruvi tuxumdon yorilishini bevosita ko‘rsatishga imkon beradi. Og‘riqli shaklda, apopleksiyada, bachadon orqa (Duglasa) bo‘shlig‘ida kam miqdorda gipoekoik suyuqlik aniqlanadi, unda mayda disperslangan qoldiqlar bo‘ladi (follikulyar suyuqlikning qon aralashmasi).

Qon klinik tahlilida sezilarli o‘zgarishlar bo‘lmaydi, ba‘zan yengil leykotsitoz aniqlanadi, lekin formula chapga siljimasdan qoladi. O‘rta og‘ir va og‘ir darajadagi gemorragik (anemik) tuxumdon apopleksiyasida asosiy simptomlar qorin bo‘shlig‘idagi qon ketish bilan bog‘liq. Kasallik o‘tkir boshlanadi va ko‘pincha tashqi sabablar bilan bog‘liq bo‘ladi (jinsiy aloqa, jismoniy zo‘riqish, jarohat va boshqalar).

Qorinning pastki qismidagi og‘riq ko‘pincha orqa o‘tish, oyoq, chanoq va tashqi jinsiy a‘zolariga tarqaladi, holsizlik, bosh aylanishi, ko‘ngil aynishi, qusish, hushdan ketish bilan kechadi. Simptomlarning og‘irligi qorin bo‘shlig‘idagi qon yo‘qotish hajmiga bog‘liq.

Katta qon yo‘qotishda teri va ko‘rinadigan shilliq qavatlar oqaradi, terida esa sovuq, yopishqoq ter paydo bo‘ladi.

Qon bosimi pasaygan, tez yurak urishi (taxikardiya) kuzatiladi. Til quruq, qorin tarang, ba‘zan biroz shishgan bo‘lishi mumkin.

Palpatsiya vaqtida bir tomondagi chanoq sohasida yoki butun hipogastriyada aniq og‘riq seziladi. Peritoneal belgilar eng yaqqol pastki qismda namoyon bo‘ladi.

Perkussiya orqali qorin bo'shlig'ining past joylarida (o'ng va chap yon kanallar) erkin suyuqlik aniqlanishi mumkin.

Ginekologik tekshiruvda qinning shilliq qavati odatdagi rangda, qon yo'qotish bo'lsa — oqaradi. Bachadon normal o'lchamda va og'riqsiz, apopleksiya tomonda esa qo'shimchalarning palpatsiyasi og'riqli, tuxumdon biroz kattalashgan.

Ikki qo'l bilan tekshiruv oldingi qorin devorining sezilarli tarangligi va og'riqlilik tufayli qiyinlashishi mumkin. Vagina qorinchalari qalin, bachadon bo'yni tortilganda esa og'riq keskin seziladi.

Qon klinik tahlilida gemoglobin darajasi pasaygan bo'lishi mumkin, lekin kasallik boshidanoq birinchi soatlarda o'tkir qon yo'qotish natijasida qon zichlashuvi (Olik pasayishi fonida) tufayli gemoglobin darajasi vaqtincha oshishi mumkin. Ba'zi bemorlarda leykotsitlar darajasi biroz oshadi, lekin qon formulasida chapga siljish kuzatilmaydi.

Ichki jinsiy a'zolarining ultratovush tekshiruvda qorin bo'shlig'ida ko'p miqdorda mayda va o'rta dispersli erkin suyuqlik aniqlanadi, unda noto'g'ri shakldagi, yuqori echogenlikdagi tuzilmalar (qon qovurg'alari) mavjud. Ba'zi hollarda gemodinamika ko'rsatkichlari buzilmaganida kasallikni aniqlash uchun vaginaning orqa qorinchi orqali qorin bo'shlig'ini punksiya qilish qo'llaniladi.

Ammo tuxumdon apopleksiyasini diagnostikada tanlangan usul — laparoskopiyadir. Laparoskopiyada tuxumdon apopleksiyasi ovulyatsiya stigmasi kabi ko'rinadi: yuzada ko'tarilgan kichik dog' (diametri 0,2—0,5 sm) qon ketish belgilari bilan yoki qon qovurg'asi bilan qoplangan, sariq tana kistasi shaklida "siyqalanib qolgan" holatda, yoki sariq tananing chiziqli yorilishi yoki yumaloq to'qima defekti shaklida, qon ketish belgilarini namoyon qiladi.

Davolash

Tuxumdon apopleksiyasiga chalingan bemorlarni davolash kasallik shakli va qorin bo'shlig'idagi qon ketish og'irligiga bog'liq.

Og'riqli shakl va qorin bo'shlig'idagi qon yo'qotish kam (150 ml dan kam) bo'lib, qon ketishning oshish belgilari bo'lmasa, konservativ terapiya qo'llanishi mumkin. Bu quyidagilarni o'z ichiga oladi:

- dam olish;
- pastki qorin qismiga sovuq kompress qo'yish (tomirlarning spazmini kuchaytiradi);
- gemostatik preparatlar (etamzilat, vikasol*, askorutin*);
- spazmolitik vositalar (papaverin, no-shpa*);
- vitaminlar (tiamin, piridoksin, tsiyanokobalamin).

Konservativ terapiya kasalxonada 24 soatlik kuzatuv ostida olib boriladi.

Agar og'riq takrorlansa, umumiy holat yomonlasha boshlasa, gemodinamika barqaror bo'lmasa yoki qorin bo'shlig'idagi qon miqdori klinik va ultratovush tekshiruvida oshganligi aniqlansa, jarrohlik aralashuvi (laparoskopiya yoki laparotomiya) ko'rsatmalariga ega bo'ladi.

Laparoskopiya ko'rsatmalari:

- Qorin bo'shlig'ida 150 ml dan ortiq qon bo'lishi, bu fizik tekshiruv va ultratovush bilan tasdiqlangan bo'lib, bemorning gemodinamika ko'rsatkichlari barqaror va umumiy holati qoniqarli bo'lsa;
- Konservativ terapiya 1—3 kun davomida samarali bo'lmasa va qorin bo'shlig'ida qon ketish davom etayotganligi ultratovush tekshiruvida aniqlansa;
- O'tkir ginekologik va o'tkir jarrohlik patologiyasi o'rtasida differensial tashxis qo'yish zarur bo'lganda.

Tuxumdon apopleksiyasida jarrohlik aralashuvi iloji boricha yumshoq bo'lishi kerak: yorilish joyini koagulyatsiya qilish yoki tuxumdonni rezektsiya qilish. Agar

katta shikastlanish bo'lsa va tuxumdonni saqlash imkoni bo'lmasa, uni olib tashlashadi.

Laparotomiya ko'rsatmalari:

- Qorin bo'shlig'idagi qon ketish natijasida gemodinamika buzilishi va bemorning og'ir holati (gemorragik shok) paydo bo'lsa;
- Laparoskopiya o'tkazish imkoni bo'lmasa (o'tkir yopishqoq jarayonlar yoki tuxumdon tomirlaridan qon ketish kuchayishi).

Operativ aralashuv pastki o'rta qorin yo'li yoki Pfannenstiel kesmasi orqali amalga oshiriladi.

Aralashuv hajmi quyidagilarni o'z ichiga oladi: yorilish joyini koagulyatsiya qilish, tuxumdon ustiga tikuv qo'yish, yoki organni saqlash imkoni bo'lmasa tuxumdonni rezektsiya qilish (ovariektomiya). Laparotomiya paytida qorin bo'shlig'iga to'kilgan qon qayta infuz qilinishi mumkin.

Differensial tashxis

Tuxumdon apopleksiyasini boshqa o'tkir kasalliklardan ajratish zarur: ektopik homiladorlik, o'tkir appenditsit, o'tkir salpingooforit, bachadon qo'shimchalarining buralishi, miomatoz tugunning buralishi yoki nekrozi, ichak to'silib qolishi, oshqozon perforatsiyali yarasi, buyrak kolikasi.

Profilaktika

Birinchi marta og'riqli shaklda tuxumdon apopleksiyasiga chalingan bemorlarda markaziy asab tizimi, gormonal profil va tuxumdon qon aylanishidagi buzilishlar qaytariladigan bo'lgani uchun maxsus profilaktik choralar talab qilinmaydi.

Qaytalanuvchi og'riqli shaklga ega bemorlar yoki gemorragik tuxumdon apopleksiyasini boshdan kechirganlarda yuqori darajadagi markaziy asab tizimi disfunktsiyasi, gormonal holatdagi o'zgarishlar va tuxumdon qon aylanishidagi

doimiy buzilishlar kuzatiladi.

Bunday bemorlarga patologik patogenez tsiklini buzuvchi kompleks dori terapiyasi ko'rsatiladi. Uch oy davomida bosh miya tuzilmalari faoliyatini to'g'rilashga qaratilgan terapiya olib boriladi: markaziy asab tizimida metabolik jarayonlarni yaxshilash uchun nootrop preparatlar, miya perfuziyasini oshiruvchi vositalar (Tanakan, vinpotsetin — Cavinton), bosh ichki gipertenziya bo'lsa, diuretiklar tayinlanadi. Ba'zi bemorlarda psixonevrolog tavsiyasiga ko'ra tranqvilizatorlar bilan davolash amalga oshiriladi.

Ovulyatsiyani bostirish va gormonal profillarni to'g'rilash uchun 3—6 oy davomida kombinatsiyalangan estrogen-gestagenli monofazali, past yoki mikrodozali og'iz kontratseptivlari qo'llanadi. Ushbu profilaktik choralari kasallikning qaytalanish chastotasini kamaytirishga yordam beradi.

Prognoz

Og'riqli shakldagi tuxumdon apopleksiyasida hayot uchun prognoz qulay. Gemorragik shaklda esa prognoz diagnostika va davolashning o'z vaqtida amalga oshirilishiga bog'liq. Tuxumdon yorilishi natijasida hayotga xavf tug'dirishi mumkin bo'lgan hol — bu dekompensatsiyalashgan, qaytarib bo'lmaydigan gemorragik shok, u qorin bo'shlig'idagi qon yo'qotish UQAning 50% dan ortig'i bo'lganda va davolash choralari qo'llanilmasa yuz beradi.

BOB II. Ichki jinsiy a'zolar o'smalarining oziqlanishi buzilishi

2.1 BACHADON ORTIQLARI O'SMALARINING OYOQCHASINING BURILISHI

Birinchi navbatda “o'tkir qorin” klinik manzarasining paydo bo'lish sabablaridan biri — tuxumdon o'smasi yoki kistasining oyoqchasining burilishi bo'lib, u kuzatilgan hollarning 15—25% da uchraydi. Shuningdek, oyoqcha burilishi har qanday o'smaga (masalan, subseroz tugun), o'zgarmagan tuxumdon yoki bachadon qo'shimchalariga ham taalluqli bo'lishi mumkin.

Tuxumdon o'smasi yoki kistasining oyoqchasi **anatomik** va **jarrohlik** oyoqchalari sifatida farqlanadi.

- **Anatomik oyoqcha** tuxumdonning kengaygan o'rta va o'z bog'lamlari hamda uning mezenteriyasi tarkibidan iborat bo'ladi. Oyoqchada o'smaga va tuxumdon to'qimasiga qon yetkazuvchi tomirlar (tuxumdon arteriyasi, bachadon arteriyasining ko'tariluvchi tarmog'i), limfa tomirlari va nervlar joylashgan.

- **Jarrohlik oyoqchasi** esa burilish natijasida hosil bo'lib, anatomik oyoqchaga qo'shimcha ravishda cho'zilgan bachadon nayini ham o'z ichiga oladi. Aynan shu jarrohlik oyoqchasi operatsiya paytida kesiladi.

Etiologiya va patogenez

Oyoqcha burilishining sabablari har doim aniq bo'lmaydi. Biroq, bu jarayonning yuzaga kelishida quyidagi omillar muhim hisoblanadi: to'satdan tananing aylanish harakatining to'xtashi (gimnastika mashqlari, raqslar), jismoniy zo'riqish, qorin bo'shlig'idagi bosimning keskin o'zgarishi, ichak peristaltikasining kuchayishi. Bunday holatlarda o'smalar oyoqchasi atrofida inertsiya bilan aylanishni davom ettiradi, bu esa burilishga olib keladi.

Oyoqcha burilishiga **o'smalarning assimetrik shakli, noaniq zichligi va ortiqcha harakatchanligi** ham yordam beradi.

Bu asorat ko'pincha homiladorlik va tug'ruqdan keyingi davrda yuz beradi. Burilish paytida tuxumdonni oziqlantiruvchi bachadon arteriyasi tarmoqlari va tuxumdon arteriyasi, shuningdek ularni kuzatuvchi venalar egilib qoladi. Natijada o'smada qon aylanishi buziladi, keyinchalik nekroz va aseptik yallig'lanish rivojlanadi, bu esa kichik chanoq peritoneumiga tarqalib, peritonitga olib keladi.

Oyoqcha burilishi **to'liq** (360° dan ortiq) yoki **qisman** (360° dan kam) bo'lishi mumkin. Qisman burilishda birinchi navbatda venoz oqim buziladi, arterial qon ta'minoti esa nisbatan saqlanadi. O'smadagi ikkilamchi o'zgarishlar (nekroz, qon quyilishi) asta-sekin rivojlanadi va operatsiya paytida aniqlanadi.

Klinik manzara oyoqchanning oziqlanishining buzilishiga bog'liq. Tez burilish hollarda belgilar juda xarakterli bo'lib, darhol to'g'ri tashxis qo'yishga imkon beradi. Kasallik to'satdan boshlanadi: shikastlangan tomonda qorinning pastki qismida og'riq, ko'ngil aynishi, qusish, ichak harakati va gazlarning kechikishi (ichak parezi) kuzatiladi.

Sekin burilish hollarda esa simptomlar ancha sekin rivojlanadi, ba'zida ular davolashsiz vaqtincha kuchayishi yoki yo'qolishi mumkin.

Tuxumdon yoki kista oyoqchasining burilishini diagnostika qilish bemorning shikoyatlari, anamnez ma'lumotlari (tuxumdon kistasi yoki o'smaga oid ma'lumotlar), kasallikning tipik belgilariga va obyektiv tekshiruv natijalariga asoslanadi.

Belgilarga quyidagilar kiradi:

- teri oqaradi, sovuq ter chiqadi;
- tana harorati ko'tariladi (odatda 38°C gacha);
- puls tezlashadi;

- til quruq va qoplam bilan qoplangan;
- qorin shishgan, o'smaning proektsiya joyida og'riqli, oldingi qorin devori mushaklari tarang; Shchetkin–Blumberg belgisi ijobiy.

Qon tahlilida leykotsitoz va ECHT oshishi kuzatiladi.

Kasallikni tasdiqlash uchun ginekologik tekshiruv muhim bo'lib, u bachadon qo'shimchalari hududida o'lchamli, cheklangan harakatchan, palpatsiya va siljitishga sezilarli og'riq beradigan o'smalarni aniqlash imkonini beradi. Bachadon va boshqa tomondagi qo'shimchalar odatda normal bo'ladi.

Ikki qo'l bilan ginekologik tekshiruv ko'pincha og'riq va oldingi qorin devori mushaklarining tarangligi sababli qiyinlashadi, ayniqsa qizlarda, shuning uchun ba'zida ularni narkoz ostida tekshiradi.

Kasallikni aniqlashda muhim metodlardan biri — **ultratovush tekshiruvi**, bunda bachadon qo'shimchalari hududida o'lchamli tuzilma, tuxumdon o'smalari yoki kistasining belgilari aniqlanadi. Qizlarda tashxis ko'pincha kechikadi, chunki ba'zan shifokorlar bolalar va o'smirlarning jinsiy organlaridagi o'smalarni yetarlicha e'tibordan chetda qoldiradi.

Eng aniq ma'lumotlar **laparoskopiya** yordamida olinadi.

Endoskopik tekshiruvda kichik chanoqda qizil-siyanoq rangli tuzilma — oyoqchasi burilgan tuxumdon aniqlanadi, nekroz belgilari bilan yoki belgisiz, shuningdek seroz yoki seroz-gemorragik suyuqlik mavjud bo'ladi.

Laparoskopiya nafaqat tashxis qo'yishga, balki o'smada yoki kistada qon aylanishining buzilish darajasini baholashga va differensial tashxis o'tkazishga imkon beradi.

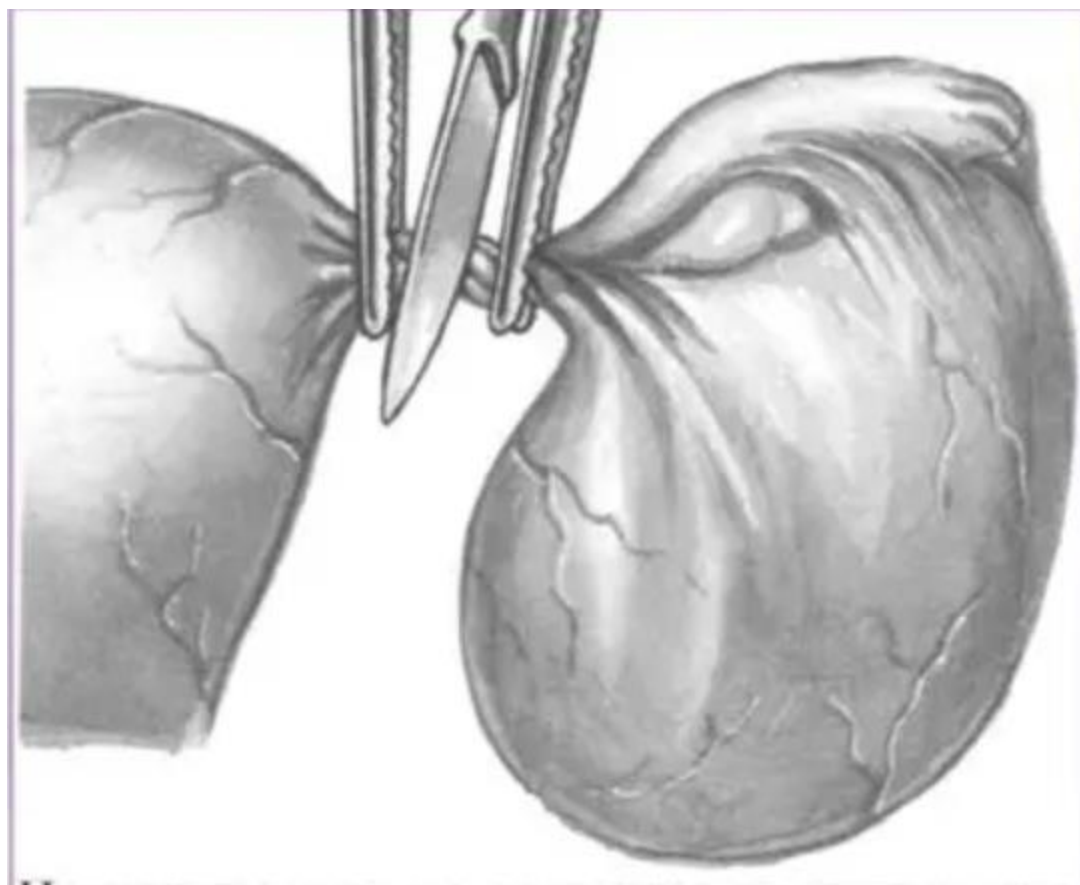
Tuxumdon yoki kista oyoqchasining burilishi holatida differensial tashxis asosan o'tkir appenditsit bilan, ayniqsa vermiform appendiks pelvik joylashgan

hollarda, shuningdek buyrak kolikasi bilan o‘tkaziladi. Bunda qo‘shimcha tekshiruvlar yordam beradi: qorin bo‘shlig‘i organlarining umumiy rentgenografiyasi, qorin bo‘shlig‘i va retroperitoneal soha ultratovush tekshiruvi, laparoskopiya.

Tuxumdon yoki kista oyoqchasining burilishini davolash **jarrohlik yo‘li bilan** amalga oshiriladi: afzal variant — laparoskopik, yoki laparotomik kirish. Operatsiyani kechiktirish o‘smada nekroz, ikkilamchi infeksiya qo‘shilishi, o‘smaning qo‘shni organlarga yopishishi va peritonit rivojlanishiga olib keladi.

Makropreparatni vizual tekshirishdan so‘ng va ba‘zan zudlik bilan histologik tekshiruvdan keyin operatsiya hajmi aniqlanadi.

Agar tuxumdonning benign o‘smalarida nekroz mavjud bo‘lsa, shikastlangan tomonda **adneksektomiya** amalga oshiriladi, oyoqchani burishsiz. Peritonit belgilari bo‘lsa, operatsiya qorin bo‘shlig‘ini drenaj qilish bilan yakunlanadi.



Rasm 11. Adneksektomiya

Oldin operatsiya paytida o'smalar oyoqchasini burish qat'iy man etilgan edi, chunki bu oyoqchadagi qon tomirlaridagi tromblar emboliyasiga olib kelishi mumkin. Bugungi kunda shifokorlar taktikasini qayta ko'rib chiqdi: nekrozning vizual belgisi bo'lmasa, oyoqcha buriladi va to'qimalarda qon aylanishining tiklanishi kuzatiladi.

Agar ishemiya va venoz turg'unlik yo'qolsa, ilgari qo'shni bachadon qo'shimchalari olib tashlanganidek, ularni olib tashlamasdan, tuxumdonni rezektsiya qilish kifoya qiladi (agar tuxumdon yoki kista turi bunga imkon bersa). Bu, ayniqsa, qizlar va o'smirlar uchun muhim, chunki organni saqlash menstruatsiya va reproduktiv funksiyalarni himoya qilishga yordam beradi.

2.2 MIOMATOZ TUGUNNING NEKROZI

Miomatoz tugunning nekrozi — bu bachadon miomasining (fibromioma) to'qimasida qon ta'minoti buzilishi natijasida hujayralarning nobud bo'lishi hodisasi.

Miomatoz tugunning nekrozi bachadon miomasi bo'lgan bemorlarning taxminan 7% da uchraydi, ko'pincha homiladorlik, tug'ruqdan keyingi yoki abortdan keyingi davrda kuzatiladi.

Etiologiya va patogenez

Miomatoz tugun nekrozi subseroz joylashgan tugunning oyoqchasi burilishi yoki yetarli qon ta'minotining yo'qligi bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Homiladorlik paytida nekroz yuzaga kelishi uchun bir nechta omillar mavjud: miometriyada qon oqimi kamayadi, tomir tonusi oshadi va venoz chiqish buziladi. Shuningdek, homiladorlik davrida bachadon tez o'sadi, bu esa miomatoz tugunlarning tez o'sishiga olib keladi.

Nekroz tugunda shish, qon quyilishi va aseptik yallig'lanish rivojlanishi bilan kechadi. Kasallik ilgari surilsa, peritonit rivojlanishi mumkin.

Klinik simptomatika

Tugunning oyoqchasi burilganda kasallik keskin boshlanadi: pastki qorin qismida tortish yoki qorin bo'shlig'ida tortma og'riqlar, ko'ngil aynishi, qusish, titroq, og'izning quruqligi, ichak funksiyasining buzilishi kuzatiladi.

При недостаточном кровоснабжении (нарушении питания) миоматозного узла клиническая Миоматоз tugunning nekrozida klinik manzara ko'pincha noaniq bo'lib, simptomlar asta-sekin paydo bo'ladi. Bemorlarni pastki qorin va bel sohasida tortish yoki cho'zilish og'riqlari bezovta qiladi, ular vaqti-vaqti bilan kuchayishi, zaiflashishi yoki butunlay yo'qolishi mumkin. Og'riq hujumlari paytida ko'ngil aynishi, titroq, tana haroratining odatda subfebril darajagacha ko'tarilishi va taxikardiya kuzatiladi.



Rasm 12. Ko'p tugunli bachadon miomasi

Diagnostika

Tugunning oyoqchasi burilishi yoki miomatoz tugunning oziqlanish buzilishi anamnez, bachadon miomasi mavjudligi, shikoyatlar va klinik belgilar asosida aniqlanadi.

Fizik tekshiruvda quyidagilar kuzatiladi:

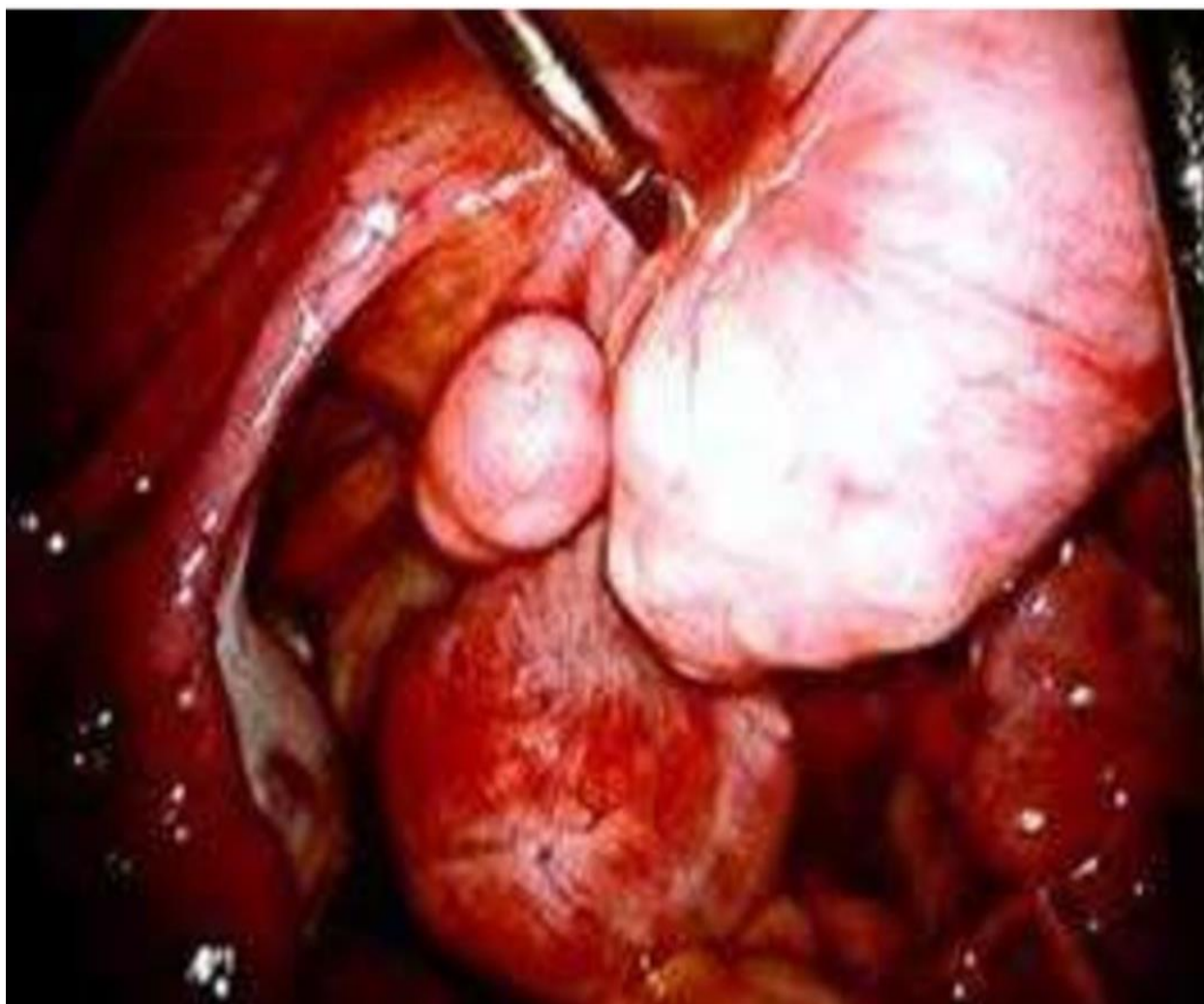
- teri oqaradi;
- til quruq va qoplam bilan qoplangan;
- qorin shishgan, pastki bo‘limlarda tarang va og‘riqli;
- shu hududda peritoneal tirnash belgilar ijobiy.

Ginekologik tekshiruvda kattalashgan, miomatotik o‘zgarishlarga uchragan bachadon aniqlanadi, nekroz yuz bergan tugun joyida og‘riq seziladi. Ikki qo‘l bilan tekshiruvda subseroz miomatoz tugunni tuxumdon o‘smalaridan farqlash har doim ham oson bo‘lmaydi.

Qon tahlilida leykotsitoz va ECH oshishi aniqlanadi.

Qo‘shimcha, invaziv bo‘lmagan tekshiruvlar orasida **kichik chanoq organlarini ultratovush tekshiruvi** muhimdir; bunda tugunning oziqlanishining buzilishi belgilanadi (ehografik zichlikning kamayishi va notekisligi, tugun ichida suyuqlikli bo‘shliqlar paydo bo‘lishi).

Eng informativ diagnostika usuli — **laparoskopiya**. Vizual tekshiruvda kichik chanoq organlari ko‘rinadi: kattalashgan miomatotik bachadon, oyoqcha burilgan, nekroz belgilari bilan (shish, qon quyilishi, subseroz tugunning cyanotik-qizil rangi).



**Rasm 13. Diagnostik laparoskopiya. Ko‘p sonli bachadon miomasi.
Miomatoz tugunchani oyoqchasining buralishi.**

Davolash

Subseroz miomatoz tugunning oyoqchasi burilganda davolash **favqulodda jarrohlik** orqali amalga oshiriladi. Operatsiya hajmi asosan tugundagi nekrotik o‘zgarishlar darajasi, patologik jarayonga peritoneumning jalb qilinishi (peritonit belgilarining mavjudligi) va bemorning yoshiga bog‘liq.

Qizlar, reproduktiv yoshdagi ayollar hamda homilador bemorlarda peritonit belgilarisiz nekroz bo‘lsa, **organni saqlovchi operatsiyalarga** ustuvor e‘tibor beriladi, ya‘ni konservativ miomektomiya bilan cheklaniladi. Pre- va postmenopauzal yoshdagi bemorlarda esa **bachadonni vagina orqali amputatsiya**

qilish yoki ekstirpatatsiya qilish amalga oshiriladi.

Miomatoz tugunning oziqlanishi buzilgan hollarda tezkor yordam **infuzion terapiyadan** boshlanadi, bu toksikatsiyani kamaytirish va suv-elektrolit balansini normallashtirishga yordam beradi. Shuningdek, mikrotsirkulyatsiyani yaxshilovchi vositalar, spazmolitiklar va yallig‘lanishga qarshi preparatlar qo‘llanadi.

Konservativ davolash samaradorligi **keyingi 24–48 soat ichida** baholanadi. Agar bemorning holati yomonlashsa, konservativ terapiya samarasiz bo‘lsa yoki peritonit belgilar paydo bo‘lsa, **favqulodda jarrohlik** talab qilinadi. Operatsiya hajmi individual tarzda, jarrohlik paytida aniqlangan o‘zgarishlarga qarab belgilanadi.

III-BOB. Kichik chanoq a'zolarining yiringli-yallig'lanish kasalliklari

Kichik tos a'zolarining yallig'lanish kasalliklari asosiy tibbiy muammolardan biri bo'lib, ular tug'ish yoshidagi ayollar salomatligiga sezilarli ta'sir ko'rsatadi. Ularning uchrash tezligi ambulator bemorlar orasida 60–65% ni, statsionar ginekologik bemorlar orasida esa 30% gacha tashkil etadi.

So'nggi yillarda jinsiy a'zolarining yallig'lanish kasalliklari sonining ortishi kuzatilmoqda, bunda yiringli tuboovarial hosilalar uchrash tezligi 3 barobar oshgan. Bu holatlar ayollarda reproduktiv funksiyaning buzilishiga (70% gacha), nogironlikka va hatto o'limga olib kelishi mumkin.

Kichik tos a'zolarining yiringli-yallig'lanish kasalliklari rivojlanishining xavf omillari quyidagilardir:

- bachadon ichki kontratseptiv vositalaridan uzoq muddat foydalanish;
- bachadon qo'shimchalarining surunkali yallig'lanish kasalliklari mavjudligi;
- ekstragenital kasalliklarning mavjudligi: qandli diabet, yog' almashinuvi buzilishlari, buyrak va siydik chiqarish tizimining yallig'lanish kasalliklari, immunodefitsit holatlar, disbakterioz.
- tug'ruqlar — tabiiy va ayniqsa operativ;
- akusherlik va ginekologik (qorin bo'shlig'i, vaginal, endoskopik) operatsiyalar, jumladan "kichik" invaziv aralashuvlar (abort, diagnostik qirib tashlash, gisteroskopiya, gisterosalpingografiya);
- surunkali stress holatlari, past turmush darajasi, surunkali alkogolizm va giyohvandlik;
- jinsiy hayotning erta boshlanishi, ko'p sonli jinsiy hamkorlar, noan'anaviy jinsiy aloqa shakllari, hayz vaqtida jinsiy aloqada bo'lish.

Tasnifi. Xorijda G. Monif (1982) tasnifiga ko'ra ichki jinsiy a'zolarining o'tkir yallig'lanish jarayonlari quyidagilarga bo'linadi:

- kichik tos qorin pardasi yallig'lanishi belgilarisiz o'tkir endometrit va salpingit;

- qorin pardasi yallig‘lanishi belgilari bilan o‘tkir endometrit va salpingit;
- bachadon naylarining okklyuziyasi va tuboovarial hosilalar rivojlanishi bilan o‘tkir salpingooforit;
- tuboovarial hosilaning yorilishi.

Kasalliklarning xalqaro tasnifi (10-qayta ko‘rib chiqish)ga ko‘ra, XIV sinf — «Siydik-jinsiy tizim kasalliklari»da N70–N77 bloki — «Ayollarning kichik tos a‘zolarining yallig‘lanish kasalliklari» ajratiladi:

N70.0 — o‘tkir salpingit va ooforit.

N71.0 — bachadonning o‘tkir yallig‘lanish kasalligi.

N73.0 — o‘tkir parametrit va kichik tos sellyuliti.

N73.1 — surunkali parametrit va kichik tos sellyuliti.

N73.3 — ayollarda o‘tkir tos peritoniti.

N73.4 — ayollarda surunkali tos peritoniti.

N74.3 — gonokokkli kichik tos a‘zolarining yallig‘lanish kasalliklari.

Klinik kechishi va patomorfologik tadqiqotlarga asoslanib, hozirgi vaqtda ichki jinsiy a‘zolarining yiringli-yallig‘lanish kasalliklarining ikki klinik shakli ajratiladi:

- asoratsiz — o‘tkir yiringli salpingit;
- asoratli — chegaralangan yallig‘lanishli qo‘shimchalar o‘smalari (piosalpinks, piovar, yiringli tuboovarial hosilalar).

O‘tkir yiringli salpingit — bachadon nayining yiringlanish bilan kechuvchi yallig‘lanishi. O‘z vaqtida tashxis qo‘yilib, maqsadli davolash o‘tkazilsa, u faqat endosalpinx zararlanishi bilan chegaralanib, keyinchalik yallig‘lanish o‘zgarishlarining qaytishi va sog‘ayish bilan yakunlanishi mumkin. Kech tashxis yoki yetarli bo‘lmagan davolashda esa u pelvioperitonit bilan asoratlanishi, yiringli ekssudatning bachadon-to‘g‘ri ichak chuqurchasida qisman chegaralanishi yoki surunkali, asoratli shaklga (piosalpinks, yiringli tuboovarial hosila) o‘tishi mumkin.

Yiringli tuboovarial abscess — bachadon nayi va tuxumdonning yiringli erib

ketishi natijasida hosil bo‘ladigan, piojen kapsula bilan o‘ralgan yagona bo‘shliqdir.

Chegaralangan (osumkalangan) yallig‘lanishli qo‘shimchalar o‘smalarida reproduktiv funksiya keskin pasayadi, bemorning sog‘ayishi esa faqat jarrohlik davolashdan keyin mumkin bo‘ladi. Jarrohlik aralashuvi kechiktirilsa va jarayon yanada rivojlansa, ayol hayotiga xavf soluvchi og‘ir yiringli asoratlar yuzaga keladi: oddiy va murakkab genital fistulalar, abscessning qorin bo‘shlig‘iga mikroperforatsiyasi natijasida ichaklararo va diafragma osti abscesslari, yiringli-infiltrativ omentit, tarqalgan peritonit, sepsis.

Etiologiya va patogenez.

Asoratsiz o‘tkir yiringli salpingitda asosiy etiologik rolni gonokokklar, xlamidiyalar, mikoplazmalar, viruslar, shuningdek shartli-patogen aerob va anaerob mikroorganizmlar shtammlari o‘ynaydi.

Yiringli yallig‘lanishning asoratli shakllarida esa patogen mikroorganizmlar assotsiatsiyasi aniqlanadi, jumladan:

- grammanfiy spor hosil qilmaydigan anaerob bakteriyalar (*Bacteroides fragilis*, *Prevotella* spp., *Prevotella bivius*, *Prevotella disiens* va *Prevotella melaninogenica*);
- grammusbat anaerob streptokokklar (*Peptostreptococcus* spp.);
- grammusbat anaerob spor hosil qiluvchi tayoqchalar (*Clostridium* turi);
- *Enterobacteriaceae* oilasiga mansub aerob grammanfiy bakteriyalar (*E. coli*, *Proteus*);
- aerob grammusbat kokklar (enterokokklar, streptokokklar va stafilokokklar).

Bakterial invaziyadan tashqari, yiringli jarayon etiologiyasida fiziologik (hayz ko‘rish, tug‘ruq) yoki yatrogen (abortlar, bachadon ichki kontratseptiv vositalar, gisteroskopiya, gisterosalpingografiya, operatsiyalar) qo‘zg‘atuvchi omillar ham muhim rol o‘ynaydi. Ular himoya to‘siq mexanizmlarini buzadi, patogen mikroflora uchun kirish darvozalarini hosil qiladi va uning keyinchalik tarqalishiga yordam beradi.

Hozirgi vaqtda yiringli yallig‘lanishning destruktiv, asoratli, shu jumladan generalizatsiyalashgan shakllarining rivojlanishida asosiy sabab sifatida bachadon ichki kontratseptiv vositalardan uzoq muddat foydalanish qaraladi. Bu holat tuboovarial, ayrim hollarda esa ko‘p sonli ekstragenital abscesslarning paydo bo‘lishiga olib keladi va Actinomyces israelii hamda anaeroblar bilan bog‘liq bo‘lgan og‘ir septik klinik kechish bilan namoyon bo‘ladi.

Keyingi o‘rinda (uchrash tezligi bo‘yicha kamayish tartibida) og‘ir yiringli tug‘ruqdan keyingi kasalliklar, uzoq davom etgan surunkali kasalliklarning zo‘rayishi fonida yuzaga keladigan yiringli asoratlar, operatsiyadan keyingi asoratlar, ektopik homiladorlikda gematoma va homila tuxumining yiringlashi, o‘smalarning yiringlashi, kichik tos flegmonasi bilan kechuvchi birlamchi destruktiv appenditsit va boshqa holatlar turadi.

Yiringli-yallig‘lanish kasalliklari patogenezida infeksiya asosan jinsiy a‘zolarining pastki bo‘limlaridan yuqoriga ko‘tariluvchi (intrakanalikulyar) yo‘l orqali tarqaladi. Shuningdek, mikroorganizmlar ekstragenital o‘choqlardan, jumladan ichakdan ham tarqalishi mumkin.

Shikastlangan to‘qimalar infeksiya uchun kirish darvozasi bo‘lib xizmat qiladi. Bunda anaeroblar qo‘shni “ekologik nishalar”dan (teri, qin va bachadon bo‘yni kanalining shilliq qavati, yo‘g‘on ichak, tashqi jinsiy a‘zolar) kirib keladi, ko‘payadi, tarqaladi va yallig‘lanish jarayonini yuzaga keltiradi.

Bachadon qo‘shimchalarining yallig‘lanish kasalliklari odatda endometritdan boshlanadi, so‘ng jarayon intrakanalikulyar yo‘l bilan o‘tib, bachadon nayining istmik va ampulyar qismlarini qamrab olgan holda yiringli salpingitga o‘tadi.

Fimbrialarning yopishib qolishi va nayning ampulyar qismida bitishmalar rivojlanishi natijasida ichida seroz (gidrosalpinks) yoki yiringli (piosalpinks) suyuqlik bo‘lgan xaltasimon “o‘smalar” hosil bo‘ladi.

Tuxumdon har doim ham yallig‘lanish jarayoniga jalb qilinmaydi, chunki uni qoplab

turgan embrional epiteliy infeksiya tarqalishiga qarshi kuchli himoya to'sig'i hisoblanadi. Biroq follikula yorilgandan keyin tuxumdonning granulyoz qavati infeksiyalanadi, natijada yiringli ooforit, keyinchalik esa piovar rivojlanadi.

Tuxumdonlarda hosil bo'lgan yallig'lanishli o'choqlar va ular bilan qo'shib ketgan gidrosalpinks yoki piosalpinks birgalikda tuboovarial hosilani tashkil etadi.

Yiringli o'choqlarning perforatsiyasi (yoki usiz ham) natijasida kichik tos abscesslari yoki ginekologik peritonit rivojlanishi mumkin.

O'tkir yiringli salpingitning klinik belgilari:

- kasallikning to'satdan boshlanishi;
- tana haroratining ko'tarilishi (ba'zan qaltirash bilan kechadi);
- qorinning pastki qismida og'riq (chap va o'ng gipogastral sohalarda, belga, to'g'ri ichakka, zararlangan tomondagi songa tarqaladi);
- qin, siydik chiqarish yo'li va bachadon bo'yni kanalidan ko'p miqdorda yiringli ajralmalar;
- dizurik buzilishlar (tez-tez, kam miqdorda, og'riqli siyish, siyish vaqtida achishish);
- yiringli intoksikatsiya belgilari — holsizlik, taxikardiya, mushak og'riqlari, og'iz qurishi hissi;
- dispeptik, emotsional-nevrotik va funksional buzilishlar (tez-tez suyuq najas, disparuniya — jinsiy aloqa vaqtida og'riq);
- vaginal tekshiruvda — bachadon bo'yni harakatlantirilganda og'riq, qo'shimchalar sohasida pastozlik yoki aniq chegarasiz kichik o'lchamli palpatsiya qilinadigan hosila, yon va orqa gumbazlarni paypaslaganda og'riqlilik aniqlanadi.

Yiringli salpingit bilan og‘rigan bemorlarda asoratlarning rivojlanishi quyidagi klinik belgilar bilan namoyon bo‘ladi:

- yiringli intoksikatsiya simptomlarining ortishi (yuqori tana harorati bilan birga qaltirash, ko‘ngil aynishi, qusish, doimiy og‘iz qurishi, kuchli mushak zaifligi);
- qorinning pastki bo‘limlarida qorin pardasi tirnash xususiyati belgilarining paydo bo‘lishi (pelvioperitonit);
- vaginal tekshiruvda — gumbazlarda o‘rtacha cho‘kma va keskin og‘riq, ayniqsa orqa gumbazda, bachadon bo‘yni harakatlantirilganda og‘riq keskin ortadi; kichik hajmli hosilalarni kichik to‘qimalar shikastlanishi tufayli palpatsiya qilish imkoni bo‘lmaydi;
- “to‘g‘ri ichakka keskin bosim hissi” va tez-tez najas chiqarish — pelvioperitonit fonida bachadon-to‘g‘ri ichak chuqurchasida abscess hosil bo‘lishidan darak beradi; bimanuallar tekshiruvda kichik tosda nomutanosib konsistensiyaga ega, aniq chegarasiz, orqa gumbaz va to‘g‘ri ichak devori old qismiga prolabe qiluvchi patologik hosila aniqlanadi va palpatsiyada keskin og‘riqli bo‘ladi.

Kichik tos a‘zolarining surunkali (asoratli) yiringli yallig‘lanish kasalliklarining klinik belgilari:

- og‘riq;
- tana haroratining ko‘tarilishi;
- yiringli ajralmalar (tug‘ruqdan keyingi, abortdan keyingi bemorlar va bachadon ichki kontratseptiv vositalardan foydalangan bemorlarda);
- kuchli nevrotik buzilishlar: markaziy asab tizimining qo‘zg‘alish simptomlari (ortiqcha asabiylashish) yoki bostirilishi (holsizlik, tez charchash, uyqu va ishtaha buzilishi).

Turli etiologik omillarga ega bemorlarda yiringli jarayonning o‘ziga xosligi: Bachadon ichki kontratseptiv vosita fonida yuzaga kelgan yiringli jarayon og‘ir kechadi va intensiv konservativ davolashning samaradorligi past bo‘ladi.



Rasm 14. UTT. Tuxumdon abstsessi.

Bachadon ichki kontratseptiv vositani kichik tos qo‘shimchalarining yiringliyallig‘lanishining dastlabki bosqichlarida olib tashlash yallig‘lanishni to‘xtatishga yordam bermaydi; kontratseptiv vosita olinganidan keyin bachadon bo‘shlig‘ini qirib tashlash jarayonni yanada og‘irlashtiradi.

Yiringli postoperativ asoratlar bilan og‘rigan bemorlarda ichakning o‘tkinchi parezlari, intensiv terapiya fonida asosiy intoksikatsiya belgilarining saqlanib qolishi yoki ortishi, qisqa “yorqin” davrdan keyin belgilarning qaytalanishi kuzatiladi.

Akusherlik bemorlarida asosiy klinik simptom — o‘shish xususiyatiga ega yiringli (nekrotik) endometriit bo‘lib, yetarli darajada terapiya bilan bartaraf etilmaydi. Bimanuallar tekshiruvda bachadon o‘lchamlari normal tug‘ruqdan keyingi involyutsiya muddatiga mos kelmaydi, bachadon bo‘yni “yelkan” kabi qinga osilib turadi va bitta yoki ikki barmoqni bimalol o‘tkazadi.

Parametriyadagi va/yoki peshob orti yog' to'qimasidagi gematomalar (infiltratlar) bo'lgan bemorlarda konservativ davolashning ijobiy natijasiga erishish imkoniyati keskin kamayadi.

Kichik tos organlarining surunkali yiringli-yallig'lanish kasalliklari jarayoni to'liqlik xarakterga ega. Remissiya bosqichida klinik belgilari aniq namoyon bo'lmaydi, barcha simptomlar orasida faqat yengil yoki o'rta darajadagi intoksikatsiya saqlanadi. Eksaratsiya bosqichida o'tkir yiringli yallig'lanishning asosiy belgilarini ko'rish mumkin, ko'pincha asoratlar ham yuzaga keladi.

Vaginal tekshiruvda yiringli tuboovarial hosilalar eksaratsiya bosqichida noaniq konturlar, nomutanosib konsistensiya, to'liqlik harakatsizlik va keskin og'riqlik bilan tavsiflanadi. Ular har doim bachadon bilan yagona konglomeratda bo'lib, palpatsiya qilish va bachadon o'lchamini aniqlash juda qiyin.

Yiringli qo'shimchalarning o'lchamlari juda o'zgaruvchan, ammo o'tkir yallig'lanish bosqichida ular har doim haqiqiy o'lchamidan biroz kattaroq bo'ladi. Remissiya bosqichida konglomerat konturlari ancha aniq bo'ladi, ammo konsistensiya nomutanosibligi va to'liqlik harakatsizlik saqlanadi.

Yiringli tuboovarial hosilalari bo'lgan bemorlarda quyidagi asoratlar rivojlanishi mumkin: parametrit, pelvioperitonit, yiringli o'choqning qo'shni organlarga perforatsiyasi, yiringli fistulalar, ichaklararo abscesslar, bakterial shok, tarqalgan yiringli peritonit.

Shuni ta'kidlash lozimki, surunkali yiringli kichik tos organlari kasalliklari bilan og'riq ayollarda tarqalgan yiringli peritonit kam uchraydi (3,1%), chunki surunkali yiringli jarayon odatda ko'p sonli zich bitishmalar, qorin pardasi va kichik tos bog'lamlari, omentum va yaqin organlar hisobiga kichik tos bo'shlig'i bilan cheklangan bo'ladi.

Yiringli tuboovarial hosilalari bo'lgan bemorlarda parametrit mavjudligini quyidagi klinik belgilardan aniqlash mumkin:

- **Oldingi parametrit:** siyish paytida og‘riq, piyoriyali siydik (piuriya);
- **Orqa parametrit:** qabziyat, najas chiqarishda qiyinchilik;
- **Yon parametrit:** buyrak funksiyasining buzilishi — siydik sindromi paydo bo‘lishi, shish, diurezning kamayishi;
- **Oldingi parametrit:** umbilik bog‘lami ustidagi terida infiltrat va gipermiya paydo bo‘lishi;
- **Yuqori yon parametrit:** tashqi elak suyak venasi atrofida periflebit belgilarining namoyon bo‘lishi (son terisida shish va sianoz, oyoqda bosim hissi va og‘riq);
- **Yuqori yon parametrit:** paranefrit belgilarining rivojlanishi (dastlabki bosqichlarda psot simptomlari — bemorning oyoqni bukib majburiy holatda yotishi);
- **Bimanuallar ginekologik tekshiruv:** yallig‘lanish jarayonining bosqichiga qarab turli o‘lcham va konsistensiyadagi infiltratlar aniqlanadi — infiltratsiya bosqichida yog‘ochday qattiq, yiringlanish bosqichida nomutanosib konsistensiya va yumshaygan hududlar bilan; og‘ir hollarda infiltratlar tos suyaklariga yetib, oldingi qorin devori va paranebral to‘qimalarga tarqalishi mumkin.

Parametriyning, ayniqsa orqa qismlarining zararlanishi to‘g‘ri ichak–vaginal tekshiruvda aniqlanadi va yallig‘lanish infiltrati tomonidan to‘g‘ri ichak zararlanish darajasi bilvosita baholanadi (shilliq qavat harakatchan, cheklangan harakatchan yoki harakatsiz).

Ichaklararo absesslar hosil bo‘lishidan quyidagi belgilar darak beradi: mezogastral qorin bo‘limlarida og‘riq paydo bo‘lishi, o‘tkinchi ichak parezi yoki qisman ichak to‘silib qolishi bilan bog‘liq simptomlar (ko‘ngil aynishi, qusish, najas chiqarishda qiyinchilik).

Diaqfragmal osti absessining hosil bo‘lishi tarafdagi ko‘krak qafasida og‘riq, qovurg‘a qavisidagi va bo‘yindagi diafragma nervi proyeksiyasidagi og‘riq bilan namoyon bo‘ladi.

Uzoq davom etuvchi va qaytalanuvchi yiringli jarayonli bemorlarda kichik tos absessi bo'sh organlarga perforatsiyalanishi mumkin. Buning xavfi quyidagi belgilar bilan ko'rsatiladi:

- mavjud yiringli yallig'lanish jarayoni remissiya bosqichida bo'lsa ham umumiy holatning yomonlashishi;
- tana haroratining 38–39°C gacha ko'tarilishi, qaltirash;
- pastki qorin bo'limida “pulsatsiya qiluvchi”, “tortuvchi” xarakterdagi og'riqlar;
- tenezmlar paydo bo'lishi, suyuq najas (ichakning distal bo'limlariga, kamroq hollarda absessga yaqin ingichka ichakka perforatsiya xavfi);
- tez-tez siyish, mikrogematuri yoki piuriya (peshob pufagiga perforatsiya xavfi);
- operatsiyadan keyingi chandiq hududida infiltrat va og'riq paydo bo'lishi.

Ko'p marta ichakning qo'shni bo'limlariga perforatsiya qilinishi turli bo'limlarda yiringli fistulalarning hosil bo'lishiga olib keladi (ko'pincha yuqori ampulyar bo'lim yoki rektosigmoid burchakda, kamroq hollarda ko'r ichak va sigmoidal ichakda).

Qo'shimcha–pufak fistulalari ancha kam uchraydi, chunki pufak–bachadon qovurg'a periton qatlami va pufak oldi to'qimasi asta sekin eriydi.

Tashxislash. Ichki jinsiy a'zolarining yiringli yallig'lanish kasalliklari bo'lgan bemorlarda uch bosqichli tekshiruv tizimi tavsiya etiladi.

1. Oddiy (asoratsiz) shakllarda:

- **Birinchi bosqich:** umumiy klinik tekshiruv (bimanuallar tekshiruv, bakteriyologik va laborator tekshiruvlar);
- **Ikkinchi bosqich:** kichik tos organlarining transvaginal va transabdominal ultratovush tekshiruvi;
- **Uchinchi bosqich:** laparoskopiya (tug'ruqdan yoki abortdan keyingi bemorlar uchun gisteroskopiya).

•

2. Asoratli shakllarda:

- **Birinchi bosqich:** umumiy klinik tekshiruv (bimanuallar va rektovaginal tekshiruv, bakteriyologik va laborator tekshiruvlar);
- **Ikkinchi bosqich:** kichik tos, qorin bo'shlig'i, buyraklar, jigar va taloqning transabdominal va transvaginal ultratovush tekshiruvi, to'g'ri ichakni qo'shimcha kontrast bilan tekshirish, ekokardiografiya;
- **Uchinchi bosqich:** o'pka rentgenologik tekshiruvi, sisto- va kolonoskopiya, tomir ichiga urogradiya, ekskretor urogradiya, kompyuter tomografiya (kompyuter tomografiya + fistulogiya).

Yiringli ichki jinsiy a'zolar kasalliklarini tashxislash xarakterli klinik belgilarga va qo'shimcha tekshiruv natijalariga asoslanadi.

1. Anamnez: xavf omillari, surunkali yallig'lanish jarayonlari, o'tkazilgan invaziv aralashuvlar.

2. Kasallikning klinik manzarasi:

Hozirda ayol jinsiy a'zolarining yiringli-yallig'lanish kasalliklarida quyidagi patognomonik belgilar ajratiladi:

- **Intoksikatsiya** (ekzogen, endogen);
- **Og'riq sindromi;**
- **Infektsiya;**
- **Erta buyrak yetishmovchiligi;**
- **Gemodinamik buzilishlar;**
- **Qo'shni organlarning yallig'lanishi;**
- **Metabolik buzilishlar.**

Intoksikatsion ensefalopatiya sekinlik yoki euforiya, bosh og'rig'i, ba'zida koma holati bilan namoyon bo'ladi. Og'riq sindromi dastlab mahalliy bo'lib, kasallik rivojlanishi bilan yuqoriga tarqaladi; peritonit paytida og'riq butun qorin bo'ylab seziladi.

Kuchsaygan og‘riq yiringli o‘choqning perforatsiyasi va og‘ir asoratlar — tarqalgan yiringli peritonit, ichaklararo abscesslar, siydik-jinsiy va ichak-jinsiy fistulalarning rivojlanishi mumkinligidan dalolat beradi.

Infektsion sindromning asosiy belgilari:

- isitma;
- titroq, sovuq sezish;
- umumiy holatning yomonlashishi;
- intoksikatsiya natijasida leykotsit indeksi oshishi.

Yiringli ichki jinsiy a‘zolarining yallig‘lanish jarayonlari bilan og‘rigan bemorlarning **2/3 qismida** siydik chiqarish tizimi funksional buzilishlari kuzatiladi; har ikkinchi bemorda — kichik tos va pufak oldi to‘qimalarining yallig‘lanishi natijasida gidroureter va gidronefroz rivojlanadi.

Gemodinamik buzilishlar — hajm ko‘rsatkichlarining o‘zgarishi va mikrotsirkulyatsiya buzilishi bilan namoyon bo‘ladi.

Qo‘shni organlarning yallig‘lanish sindromi — infektsion jarayonning yaqin organ va to‘qimalarga tarqalishi bilan ifodalanadi, bu esa ikkilamchi appenditsit, kichik tos abscesslari, ichak (sigmoidit, rektit) yoki omentum (omentit), parametrial to‘qimalarda (parametrit) ikkilamchi yallig‘lanish o‘zgarishlarini keltirib chiqaradi.

Metabolik buzilishlar — gipoproteinemiya, disproteinemiya, elektrolit buzilishlari (asidoz), gipoksiya va hujayra metabolizmining disorganizatsiyasi bilan tavsiflanadi. Klinik ko‘rinishda ular **ko‘p organ yetishmovchiligining kuchayishi** bilan namoyon bo‘ladi.

3. Bimanual ginekologik va rektoabdominal tekshiruv natijalari yallig‘lanish jarayonining lokalizatsiyasi, infiltratlar, qo‘shimchalarning holati va og‘riqlik darajasini aniqlash uchun muhim hisoblanadi.

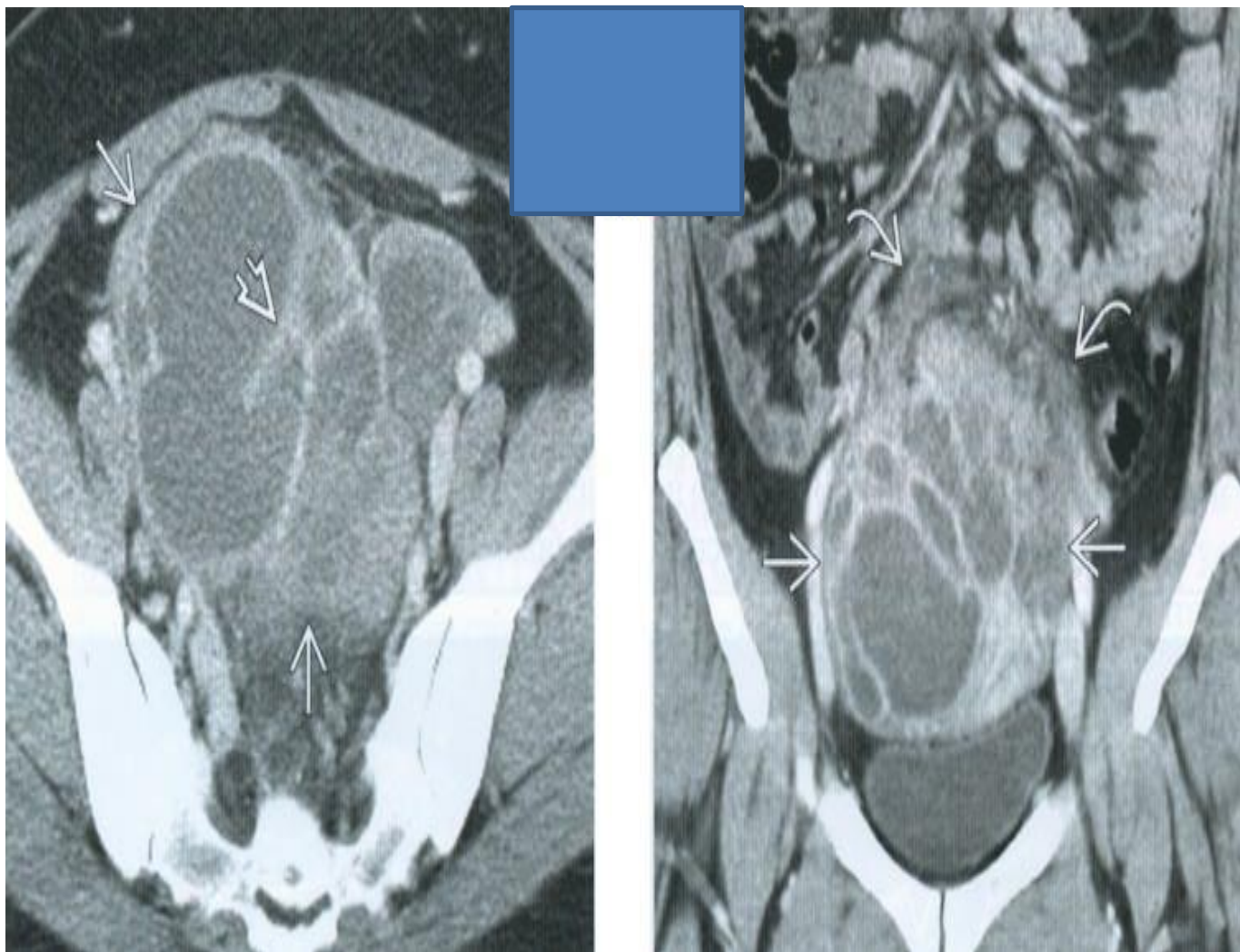
Bimanuallar ginekologik tekshiruvda og‘ir asoratli yiringli-yallig‘lanish kasalliklari bo‘lgan bemorlarda quyidagi klinik belgilar aniqlanadi:

- **Konglomerat hosilalar** — tos devorlariga bir yoki ikki tomondan yetib boradi, organlarni aniq ajratib bo‘lmaydi (ilgari operatsiya qilingan bemorlarda — tos markazida, bachadon bo‘yni qoldig‘i ustida yoki kichik tosning bir yarimida infiltrat);
- **Harakat cheklanishi** — hosilalarning cheklangan harakatliligi yoki to‘liq harakatsizligi;
- **Aniq konturlar yo‘qligi va nomutanosib konsistensiya** — qattiqdan qattiq-elasticgacha, og‘riqli;
- **Hosilalarning o‘lchami** — 8–10 sm dan 25–30 sm gacha diametrda;
- **Yiringli ajralmalar** — old qorin devori yoki vagina orqa devoridagi ehtimoliy fistula yo‘llaridan, kichik tos hosilalari palpatsiya qilinganda kuchayadi.

Laborator tekshiruvlar: klinik qon va siydik tahlillari, bakterioskopsiya, bakteriyologiya, biokimyo, immunologiya, koagulogramma.

O‘tkir yiringli salpingitda laborator ko‘rsatkichlar:

- leykotsitoz 10,5 minggacha;
- leykotsit formulasi chapga siljishi (6–9% tayoqcha yadroli leykotsitlar);
- eritrotsitlar cho‘kishi tezligi oshishi (20–40 mm/soat);
- C-reaktiv oqsilning keskin ijobiyligi;
- giperfibrinogenemiya.



Rasm 15. KT (kompyuter tomografiya) kontrast moddasi bilan aksial tekshiruvda bachadon qo‘shimchalarida qalin devorli va bo‘linmalarga ega murakkab kistoz shakllanish aniqlanadi. Bo‘linmalardan keladigan signal kontrast moddasi kiritilganda kuchayadi – bu holat tuboovarial abscessga mos keladi.

Biroq, hozirgi vaqtda leykotsitoz yiringli jarayonning asosiy markeri bo‘la olmaydi, chunki og‘ir yiringli yallig‘lanish shakllarida **“yo‘qolgan” laborator simptomatika** kuzatiladi — bu kuchli antibiotik terapiyasi va mahalliy sanitatsiya natijasidir.

Shuningdek, og‘ir yiringli kasalliklar bilan og‘rigan bemorlarning **11,4% da leykopeniya** aniqlanadi, bu qonning neytrofil membranalariga patologik autoantitelarning mavjudligi bilan bog‘liq.

Kichik tos organlarining yiringli-yallig‘lanish kasalliklarining asoratli shakllariga ega bemorlarda **umumiy qon tahlilida** eng xarakterli ko‘rsatkichlar: eritrotsitlar cho‘kishi tezligining oshishi, limfopeniya va anemiya bo‘lib, uning darajasi bemorning holat og‘irligi bilan bog‘liq.

Uzoq davom etadigan yiringli jarayon oqsil (gipo- va disproteinemiya), mineral, lipid almashinuvi va jigar fermentativ funksiyasining buzilishlari bilan kechadi.

Asoratli yiringli yallig‘lanish kasalliklarida:

- 35,7% bemorlarda qon ivish tizimida jiddiy buzilishlar (giperkogulyatsiya jarayonlari ustunligi);
- 69,4% bemorlarda qon aylanish tizimida buzilishlar: 22% bemorlarda gipokinetik tip, 13% bemorlarda miokard qisqarish funksiyasi kamayishi, 52% bemorlarda miyaga qon oqimi tezligi buzilishi.

Shuningdek, asoratli shakllarda immun tizimning barcha bo‘g‘inlarida zo‘riqish kuzatiladi; jarrohlik muolaja kechiktirilsa — immunodefitsit holati rivojlanadi.

Kichik tos organlarining ultratovush tekshiruvi:

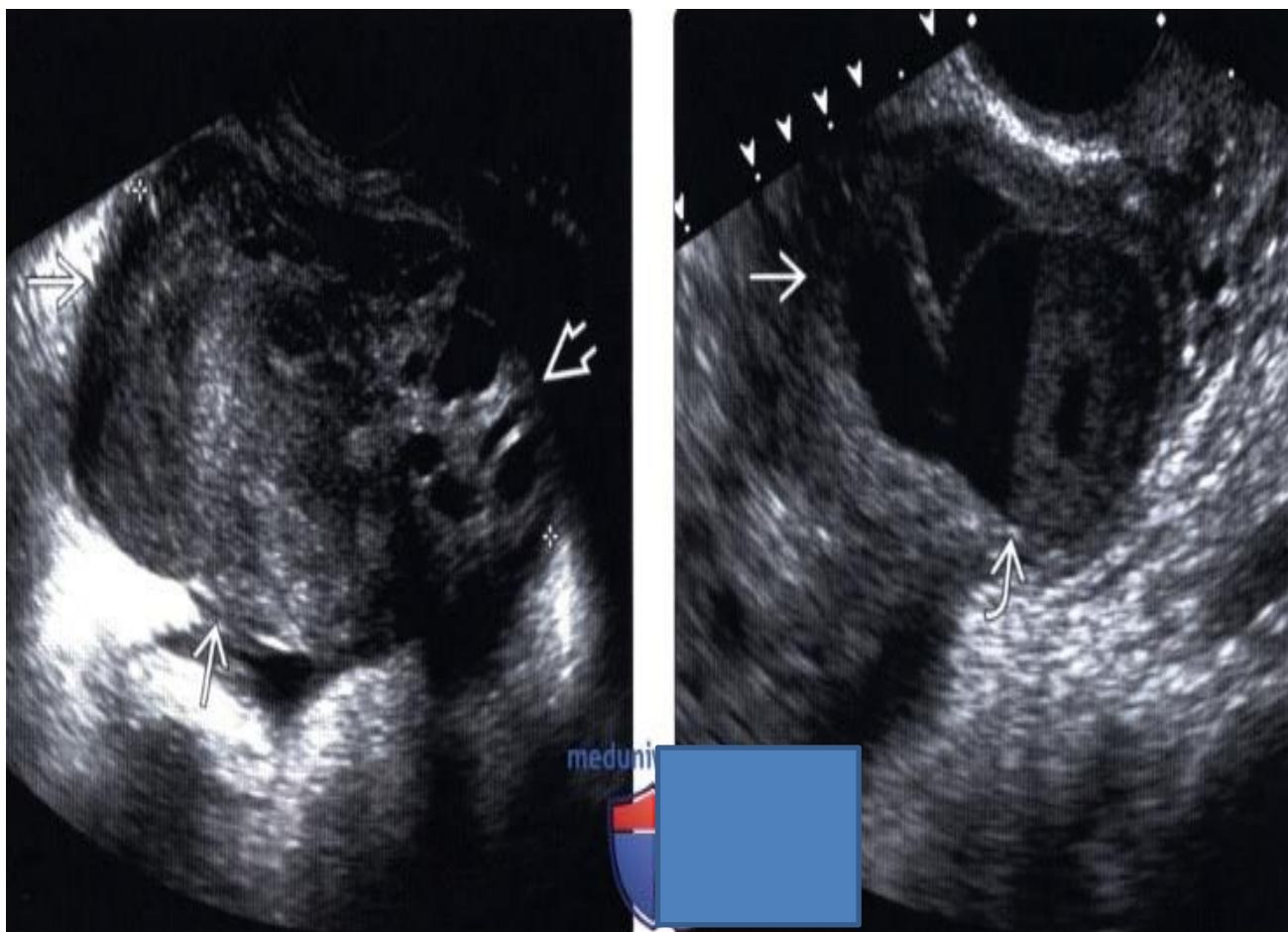
O‘tkir yiringli salpingitning ehografik belgilari:

- kengaygan, qalinlashgan, cho‘zilgan bachadon naylari, yuqori tovush o‘tuvchanligi bilan;
- to‘g‘ri ichak-bachadon chuqurligida erkin suyuqlik to‘planishi.

Yiringli tuboovariyal hosilalarning ultratovush belgilariga xos:

- noto‘g‘ri, tuxum shakliga yaqin shakl;
- ichki strukturaning polimorfizmi: nomutanosib, o‘rtacha dispersli ehopozitiv suyuqlik aralashmasi, yuqori tovush o‘tuvchanligi fonida;
- konturlar: qalin ehopozitiv kapsula bilan, aniq konturlar bilan, ba’zi joylarda qalinligi nomutanosib yoki keskin yupqalashgan; ba’zan esa aniq konturlar yo‘q;

- hosilaning ichida qon tomirlarining yoʻqligi.
5. **Funksional usullar** — elektrokardiografiya (EKG), oʻpka rentgenografiyasi, irrigoskopiya, urografiya, rektoromanoskopiya.
 6. **Kompyuter tomografiya (KT) va magnit-rezonans tomografiya (MRT).**
- 7–8. **Diagnostik (davolovchi) laparoskopiya va bachadon orqa qovoq orqali qorin boʻshligʻini diagnostik punktsiya.**



Rasm 16. Uzunlik oʻlchamidagi ultratovushli tekshiruv: chap tuxumqovoq-tuba kompleksi koʻrsatilmogʻda. Yaynadan alohida joylashgan abscess ichida murakkab suyuqlik aniqlandi.

Kerakli hollarda **jarroh, urolog, nefrolog va tomir jarrohidan maslahatlar** olinadi.

Diferensial diagnostika

O'tkir yiringli salpingitni quyidagi holatlar bilan farqlash zarur:

1. O'tkir appenditsit bilan:

- Kasallik ichki jinsiy a'zolarining yallig'lanish jarayonlari rivojlanish xavfi bilan bog'lanmaydi;
- Kasallik birdan boshlanadi; dastlab umbilik yoki epigastriyada tutiluvchi og'riq paydo bo'ladi, keyin ko'pincha ko'ngil qaysishi, qusish, siydik va najas kechikishi; og'riq ko'pincha o'ng pastki qorin tomoniga o'tadi, yo'qolmaydi va yo'taltirganda kuchayadi;
- Sitkovskiy va Rovsing simptomlari aniqlanadi;
- Dinamik qon tahlilida leykotsitlar soatbay ortadi.

2. Ektoik homiladorlik bilan:

- Bachadon orqasida qon to'planishi va yiringlanishi bilan ikkilamchi yallig'lanish o'tkir salpingitni yashirishi mumkin;
- Menstruatsiya kechikadi, keyin uzoq muddat davom etadigan qonli ajralmalar bo'ladi;
- Zararlangan tomonda pastki qorin og'rig'i, to'g'ri ichakka irradiatsiya;
- Qisqa muddatli ong buzilishlari (bosh aylanishi, hushdan ketish);
- Xorionik gonadotropin (hCG) darajasini qon va siydikda aniqlash.

Bu belgilarga asoslanib, shoshilinch va aniq diferensial diagnostika olib borish yiringli salpingit va boshqa shoshilinch ginekologik yoki abdominal patologiyalarni ajratishda muhimdir.

Yiringli tuboovarial hosilalarni farqlash kerak:

- **O'ng tomondagi jarayon lokalizatsiyasida** – appendikulyar infiltratdan;
- **Chap tomondagi jarayon lokalizatsiyasida** – divertikulitdan;

- Shuningdek, **tubaning birlamchi kartsinomasi, tashqi yaichnik ragi, va endometriozning infiltrativ shakllari** bilan ham farqlash lozim.

Davolash

Yiringli yallig‘lanish kasalliklari bo‘lgan yoki ulardan shubhalangan barcha bemorlar **ginekologik bo‘limga kasalxonaga yotqizilishi shart**, chunki:

- Umumiy va mahalliy o‘zgarishlar og‘ir;
- Jarayonning generalizatsiya qilish xavfi yuqori.

Davolash quyidagi kompleks konservativ-xirurgik choralardan iborat:

1. Medikamentoz preoperatsion tayyorgarlik
2. O‘z vaqtida va to‘g‘ri bajarilgan xirurgik aralashuv – destruktiv o‘choqni olib tashlash
3. Postoperatsion davrni intensiv va ratsional boshqarish
4. Erta kasalxona va kasalxonadan keyingi reabilitatsiya

Asoratlanmagan gnoiyli yallig‘lanish kasalliklari bo‘lgan bemorlarni boshqarish

Gnoiyli salpingitda preoperatsion tayyorgarlik:

- Yallig‘lanishning og‘riq va boshqa alomatlarini kamaytirish
- Mikrob agressiyasini bostirish

Antibiotiklar (yoki ularning kombinatsiyalari) qo‘llanadi, ularni **intraoperatsion (laparoskopiya vaqtida) venoz yo‘l bilan kiritish va operatsiyadan keyingi 5–7 kun davomida davom ettirish lozim:**

Inhibitor himoyalangan penitsillinlar (amoksitsillin + klavulan kislotasi): Bir martalik doza: 1,2 g IV, Kunlik doza: 4,8 g, Kurs davomiyligi: 24 g, Intraoperatsion doza: 1,2 g

- **II avlod ftorxinolonlar (tsiprofloksatsin yoki ofloksatsin) nitroimidazol (metronidazol) bilan kombinatsiyada:**

Bir martalik doza: 0,2 g VI, Kunlik doza: 0,4 g, Kurs davomiyligi: 2,4 g, Intraoperatsion doza: 0,2 g

- **III avlod tsefalosporinlar nitroimidazol (metronidazol) bilan kombinatsiyada**

Kandidozni oldini olish uchun: davolashning **5-kunida flukonazol 0,15 g bir martalik** beriladi.

Antibakterial terapiya tugagach, barcha bemorlarga probiotiklar bilan biozenozni tuzatish tavsiya etiladi: laktobakterin yoki asilakt, kuniga 3 marta, 10 doza, ichakning normal mikroflorasini rag‘batlantiruvchi vositalar bilan birga (hilak forte, kuniga 3 marta, 40–60 tomchi) yoki fermentlar bilan (festal, mezim forte) har ovqatda 1–2 tabletka. Shuningdek ko‘rsatiladi:

- infuzion terapiya olib borish (kristalloidlar, plazma o‘rnini bosuvchi kolloidlar, oqsil preparatlari) 1000–1500 ml/kun miqdorida, 3–5 kun davomida;
- desensibilizatsiya qiluvchi va antigistamin dorilarni buyurish;
- yallig‘lanishga qarshi, og‘riq qoldiruvchi va antiaggregatsion ta’sirga ega bo‘lgan steroid bo‘lmagan yallig‘lanishga qarshi dorilarni qo‘llash (preparatlar antibiotiklar bekor qilingach buyuriladi);
- davolashning birinchi kunlaridan boshlab immunokorrektorlarni qo‘llash.

Konservativ davolash jarayonida birinchi 2–3 kun ichida shilliq pufakchadagi puryonli eksudatni evakuatsiya qilish zarur. Hozirgi vaqtda puryonli salpingitni jarrohlik yo‘l bilan davolashning eng samarali usuli laparoskopiya hisoblanadi (ayniqsa, yosh va tug‘ilmagan bemorlarda), bunda: adgeziolizis, sanatsiya va transvaginal (kolpotomiya teshigi orqali) kichik chanoqni drenaj qilish amalga oshiriladi.

Yiringli salpingooforit va pelvioperitonit hollarda, to‘plangan absess shakllanganida, to‘g‘ri ichak–bachadon burchagidagi, bachadon qo‘shimchalarini

mobilizatsiya qilish, absessni bo'shatish, sanatsiya va faol aspiratsion drenajni kolpotomiya teshigi orqali amalga oshirish maqbul hisoblanadi.

Shakllangan piosalpinksda bachadon nayini yoki naylarni olib tashlash zarur. Piyovar kichik o'lchamda bo'lsa (diametri 6–8 sm gacha) va tuxumdon to'qimasi saqlanib qolgan bo'lsa, puryonli shakllanishni tozalash maqsadga muvofiqdir; tuxumdon absessi bo'lsa – tuxumdoni olib tashlash kerak.

Bachadon qo'shimchalarida qaytarilmas yiringli–nekrotik o'zgarishlar mavjud bo'lsa, ularni olib tashlash ko'rsatma hisoblanadi.

Barcha operatsiyalar yakunida kichik chanoqni diqqat bilan yuvish, gepatich osti maydonini tekshirish (puryon va qon tushib qolmasligini aniqlash) va kichik chanoqni kolpotomiya yarasi orqali drenaj qilish zarur.

Eksudatni samarali evakuatsiya qilish va reaparatsiya uchun qulay sharoit yaratish maqsadida aspiratsion–yuvish drenaji yoki dinamik laparoskopiyalarni amalga oshirish tavsiya etiladi (jarrohlikdan keyingi 2-kundan boshlab, har 2 kunda).

Operatsiyadan keyingi davrda (7 kungacha) antibakterial, infuzion va resorbsion terapiya qo'llash tavsiya etiladi.

Yiringli salpingitli bemorlar, og'ir yallig'lanish bartaraf qilingandan so'ng, kasallikning takrorlanishini oldini olish va fertillikni tiklashga qaratilgan uzoq muddatli rehabilitatsiyaga muhtoj.

Yiringli kasalliklarning murakkab shakllariga ega bemorlarni davolash taktikasida. Bachadon qo'shimchalaridagi to'plangan puryonli shakllanishni davolashning asosiy komponenti jarrohlik hisoblanadi. Antibiotiklarni qo'llash quyidagi klinik holatlarda maqsadga muvofiqdir:

- barcha bemorlarda og'ir puryonli infeksiya mavjud bo'lganda (kasallikning namoyon bo'lishi);

- subo'tkir yoki surunkali puryonli infektsiyaning faollashishi va absess perforatsiyasi yoki infektsiyaning generalizatsiya xavfi paydo bo'lganda;
- jarrohlik paytida, barcha bemorlarda perioperatsion himoya va septik shokni oldini olish maqsadida (dori maksimal bir martalik dozada beriladi);
- operatsiyadan keyingi davrda barcha bemorlarda.

Infektsiyaning generalizatsiyalashgan shakllarida (peritonit, sepsis) antibakterial terapiya qabul qilinish vaqtidan boshlab tayinlanadi va intraoperatsion hamda postoperatsion davrda davom ettiriladi. Antibakterial terapiyaning dastlabki tanlovi empirik bo'ladi. Kasallik og'irligiga qarab antibiotiklar o'rtacha yoki maksimal bir martalik va kunlik dozada buyuriladi.

Bemorlarni davolashda quyidagi dorilarni qo'llash tavsiya etiladi:

- inhibitor bilan himoyalangan penitsillinlar (tikarsillin + klavulan kislota (timentin), piperatsillin + tazobaktam (tazotsin));
- III avlod tsefalosporinlar nitroimidazol bilan birikmasi (metronidazol);
- III avlod inhibitor bilan himoyalangan tsefalosporinlar (tsefoperazon + sulbaktam);
- linkozamidlar va aminoglikozidlar kombinatsiyasi, masalan, klindamitsin + aminoglikozid;
- karbapenemlar: imipenem + tsilastin (tienam) yoki meropenem (meronem).

Preoperatsion tayyorgarlikda dezintoksikatsiya va detoksikatsiya terapiyasi muhim ahamiyatga ega. Infuzion terapiya kristalloidlar bilan amalga oshiriladi (5–10% glyukoza eritmalari, izotonik natriy xlorid eritmasi, Ringer–Lock eritmasi va boshqalar), plazma o'rnini bosuvchi kolloidlar bilan (reopoliglyukin, 6% gidroksietil kraxmal eritmalari) va oqsil preparatlari bilan (yangi muzlatilgan plazma, 5, 10 va 20% albumin eritmalari – ko'rsatmalarga muvofiq) 1500–2000 ml/kun miqdorida.

Detoksikatsiya ta'siri va bemorlarni operatsiyaga tayyorlash puryonli eksudatni evakuatsiya qilish bilan sezilarli darajada oshadi.

Murakkab puryonli yallig'lanish shakllariga ega bemorlarda drenajli palliativ operatsiyalar (absess punksiyasi yoki kolpotomiya) ko'rsatmalari quyidagilar:

- absessning qorin bo'shlig'iga yoki bo'sh a'zo ichiga perforatsiya xavfi mavjudligi (peritonit yoki fistula shakllanishini oldini olish maqsadida);
- og'ir pelyvioperitonit mavjudligi, bu holatda jarrohlik davolash eng kam samarali hisoblanadi;
- og'ir darajadagi intoksikatsion sindrom.

Remissiyaga erishgach, bemorlarni operatsiya qilish zarur. Orqa sohadagi takroriy punksiyalar va kolpotomiyalarni o'tkazish maqsadga muvofiq emas, chunki bu qo'shimcha–vaginal fistulalar shakllanishiga olib keladi.

Preoperatsion tayyorgarlik davomiyligi individual ravishda belgilanadi. Operatsiya uchun eng maqbul davr puryonli jarayonning remissiya bosqichi hisoblanadi. Intenziv konservativ davolash 5 kundan ortiq davom ettirilmasligi kerak, agar perforatsiya xavfi klinik belgilar bilan rivojlansa – 12–24 soatdan ortiq bo'lmasligi lozim, agar perforatsiya xavfini bartaraf etish maqsadida palliativ aralashuv o'tkazib bo'lmasa.

Favqulodda operatsiya ko'rsatmalari paydo bo'lganda, 1,5–2 soat ichida preoperatsion tayyorgarlik amalga oshiriladi, bunda:

- 48 soatlik subklavial vena kateterizatsiyasi,
- markaziy vena bosimi nazorati ostida transfuzion terapiya (kolloidlar, oqsillar va kristalloidlar 1:1:1 nisbati bilan, hajmi kamida 1200 ml) amalga oshiriladi.
- Favqulodda aralashuv ko'rsatmalari:
 - absessning qorin bo'shlig'iga perforatsiyasi bilan tarqalgan puryonli peritonit rivojlanishi;
 - absessning pufakchaga perforatsiyasi yoki uning xavfi;
- septik shok.

- To‘plangan puryonli tuboovariyal shakllanishlar va ularning asoratlari (ikkinchi darajali appenditsit, rektit, sigmoidit, omentit, peritonit) mavjud bo‘lganda, maqbul jarrohlik yordam – laparotomiya hisoblanadi. Jarrohlik aralashuv hajmi individual bo‘lib, jarayon tabiatiga, genital patologiyalarning mavjudligiga va bemorlarning yoshiga bog‘liq.

- Bachadonni saqlab qolgan rekonstruktiv operatsiya ko‘rsatmalari:

- • puryonli endometriyit yoki panmetritning yo‘qligi;
- kichik chanoq va qorin bo‘shlig‘ida ko‘p sonli ekstragenital puryonli fokuslarning yo‘qligi;

- og‘ir qo‘shma genital patologiyaning yo‘qligi (adenomioz, bachadon miomas).

- Agar ikki tomonlama puryonli tuboovariyal absesslar mavjud bo‘lsa, genital fistulalar bilan murakkablashgan, kichik chanoqda keng puryon-destruktiv jarayon, ko‘p absesslar va parametral hamda chanoq to‘qimasidagi infiltratlar mavjud bo‘lsa, puryonli endometriyit yoki panmetrit tasdiqlansa, bachadonni olib tashlash (ektirpatsiya) zarur bo‘ladi, shu bilan birga imkon qadar hech bo‘lmasa bir qismini o‘zgarmagan tuxumdonni saqlash maqsadga muvofiqdir.

Yiringli–infiltativ jarayon sharoitida operatsiyalarni bajarishda quyidagi texnik jihatlar mavjud:

- • oldingi qorin devorini kesishda past o‘rta laparotomiya ishlatiladi;
- • qorin bo‘shlig‘i ochilgach, qorin va kichik chanoq organlari o‘rtasidagi normal anatomik munosabatlar tiklanadi;
- • yallig‘lanish shakllanishlari qalin va ingichka ichakning paydo bo‘lgan buklamalaridan keskin yo‘l bilan ozod qilinadi;
- • bachadon qo‘shimchalari puryonli shakllanishlari yopishmalardan ajratiladi;
- • qismlar to‘liq mobilizatsiya qilingandan so‘ng, qisqichlar bachadon qo‘shimchalariga imkon qadar yaqin joylashtiriladi;
- • destruksiya markazi to‘liq olib tashlanadi;
- • peritonizatsiya alohida vikril tikishlar bilan, bog‘lamlarning qolgan qismlarini to‘liq yopib amalga oshiriladi;

- • qorin bo'shlig'i drenaj qilinayotganda, suyuqlikning qorin bo'shlig'i va kichik chanoqdagi asosiy yo'llari bo'ylab drenajlar o'rnatiladi (drenajlarning asosiy qismi lateral kanallarda va bachadon orqa maydonida bo'lishi kerak).
- Operatsiyadan keyingi 3 kun ichida aspiratsion–yuvish drenaji ishlatish tavsiya etiladi, ikki kanalli drenaj naychalarini quyidagi yo'llar orqali kiritish:
 - • bachadonni ekstirpatsiyadan so'ng ochiq vaginaning kupoli orqali (drenaj diametri 11 mm);
 - • bachadon saqlanganda orqa kolpotomiya orqali (drenaj diametri 11 mm yoki 2 ta drenaj, har biri 8 mm);
 - • transabdominal (qo'shimcha transvaginal) mezo- yoki epigastral hududlar orqali, jigar osti yoki ichaklararo absesslar mavjud bo'lsa (drenaj diametri 8 mm).
- Drenajni to'xtatish mezonlari:
 - • bemor holatining yaxshilanishi;
 - • ichak funksiyasining tiklanishi;
 - • qorin bo'shlig'idagi yallig'lanish jarayonining bartaraf etilishi;
 - • qon va tana haroratining klinik tahlillarida normallashuv tendensiyasi.

Operatsiyadan keyingi davrni boshqarishning asosiy prinsiplari

1. Maqbul og'riqni kamaytirish

2. Optimal usul – uzoq muddatli epidural anestaziya. Agar uning qo'llanishiga qarshi ko'rsatmalar bo'lsa, birinchi 3 kun davomida narkotik analgetiklar antihistamin va sedativ dorilar bilan birga buyuriladi.

3. Antibakterial terapiya

4. Ingibitor bilan himoyalangan penitsillinlar, linkozamidlar va aminoglikozidlar kombinatsiyasi, III avlod tsefalosporinlar yoki ularning nitroimidazol hosilalari bilan kombinatsiyasi, karbapenemlar monoterapiyasi.

5. Infuzion terapiya

- Kolloidlar: 400–800 ml/kun
- Oqsil preparatlari: tana vazni bo'yicha 1–1,5 g nativ oqsil/kg (jarayon og'ir bo'lsa, 150–200 g/kun)

- Kristalloidlar

Qon buyrak funksiyasi saqlanganda kiritiladigan suyuqlik miqdori 35–40 ml/kg/kun. Og‘ir asoratlar (peritonit, sepsis) bo‘lganda infuziya hajmi 4–6 l gacha oshirilishi mumkin (gipervolemiya rejimi) va siydik ajralishi nazorat qilinadi (majburiy diurez). Septik shokda kiritiladigan suyuqlik siydik miqdoridan 800–1000 ml dan oshmasligi kerak.

6. **Ichakni stimulyatsiya qilish**

- Epidural blokada orqali
- Normo- yoki yengil gipervolemiya bilan infuzion terapiya
- Metoklopramidni qo‘llash (oshqozon–ichak motilitetini tartibga soladi)
- Ichak parezi davolashda gipokaliemiyaning tuzatish muhim. Kaliyni sekin, eritilgan holda, yaxshisi alohida tomir orqali, qon serumidagi miqdorini nazorat qilgan holda kiritish kerak. O‘rtacha kuniga 6–8 g, boshqa eritmalardagi miqdor hisobga olinadi (yangi muzlatilgan plazma, gemodez va boshqalar).

7. **Proteaz inhibitorlarini qo‘llash** (Kontrikal, Gordoks, Trasilol)

8. **Past molekulyarli geparinlar** (Fragmin, Fraksiparin, Klekzan) 5–7 kun davomida, shuningdek qonning reologik xususiyatlarini yaxshilovchi dorilar.

9. **Glyukokortikoidlar**

Prednizolon kunlik 90–120 mg dozada, asta-sekin kamaytirib, 5–7 kun ichida to‘xtatiladi.

10. **Steroid bo‘lmagan yallig‘lanishga qarshi dorilar**

Antibiotiklar bekor qilingandan keyin buyuriladi.

11. **Ko‘rsatmalarga ko‘ra organlarni davolash**

- Gepatotrop dorilar (Essensiale)
- Kardiologik preparatlar
- Spazmolitiklar
- Ekstrakorporal detoksikatsiya usullari (plazmaferez)

12. **Immunokorreksiya**

Interferonlar va boshqa vositalar.

Barcha bemorlar, kichik chanoq organlarining yiringli yallig‘lanish kasalliklarini boshdan kechirganlar, uzoq muddatli rehabilitatsiyaga muhtoj.

Profilaktika

- Bachadon ichiga kontratsepsiyani qo‘llashni istisno qilish yoki keskin cheklash, antibakterial terapiya fonida bachadon bo‘shlig‘ini küretaj qilmasdan intrauterin vositani olib tashlash.
- To‘siqli (barrier) kontratsepsiyani qo‘llashni kengaytirish.
- Kichik chanoq organlarining og‘ir yallig‘lanish kasalliklari bo‘lgan bemorlarni o‘z vaqtida shifoxonaga yotqizish; tug‘ruqdan keyingi, abortdan keyingi, operatsiyadan keyingi infeksiyon asoratlari bilan bemorlarni ambulator davolashni amaliyotdan chiqarish, shuningdek, intrauterin kontratsepsiyaning asoratlari bo‘lgan bemorlarni (rehabilitatsiya bosqichi bundan mustasno) shifoxonaga yotqizish.
- Kadrlarni nazariy tayyorlash, jarrohlik texnikasini bosqichma-bosqich o‘rgatish.
- Operatsiya uchun optimal texnikani va mos tikuvchi materiallardan foydalanish, minimal operatsion travma va qon yo‘qotish bilan jarrohlik aralashuvlarini o‘tkazish.
- Ginekologik bemorlarda ratsional antibiotikprofilaktika va antibiotikoterapiya qo‘llash.
- Tug‘ruqdan keyingi yoki postoperatsion davrning murakkab kechishi bilan bemorlarni vaqtida faol diagnostik va davolash choralarini bilan ta‘minlash.
- Ichki jinsiy a‘zolarining puryonli yallig‘lanish kasalliklari bo‘lgan bemorlarni faol boshqarish taktikasini qo‘llash va, eng muhimi, o‘z vaqtida operativ davolashni amalga oshirish.

BOB IV. Pelvioperitonit va peritonit

3.1 Pelvioperitonit

Pelvioperitonit — kichik chanoqning visseral va pariyetal qorin parda qavatlarining yallig‘lanishidir.

Pelvioperitonit rivojlanishining asosiy sabablari:

- infeksiyaning pastki jinsiy a‘zolardan bachadon va bachadon naylari orqali qorin bo‘shlig‘iga o‘tishi natijasida qorin pardasining bakterial zararlanishi (o‘tkir gonoreyada ko‘tariluvchi infeksiya);
- bachadon qo‘shimchalaridagi yallig‘lanish jarayonining (mavjud tuboovarial yiringli o‘choq bo‘lganda) chanoq qorin pardasiga o‘tishi.

Ekssudat xarakteriga ko‘ra pelvioperitonit quyidagilarga bo‘linadi:

- seroz;
- fibrinoz;
- yiringli (ko‘pincha keng tarqalgan peritonit rivojlanishi bilan).

Ba‘zi mualliflar seroz-fibrinoz va yiringli pelvioperitonitni ajratib ko‘rsatadilar.

Seroz yoki seroz-fibrinoz pelvioperitonitning o‘tkir bosqichi quyidagilar bilan tavsiflanadi: mikrotsirkulyatsiya buzilishi, qorin pardasining giperemiyasi va shishi, kichik chanoqda fibrin, segment yadroli leykotsitlar va albumin saqllovchi seroz ekssudat to‘planishi.

Yallig‘lanish susayishi yopishmalar hosil bo‘lishi bilan kechadi: kichik chanoqning pariyetal qorin pardasi, bachadon va uning qo‘shimchalari, ingichka ichak va sigmasimon ichak halqalari o‘rtasida (surunkali yopishqoq pelvioperitonit). Ba‘zan yopishmalar orasida yopiq bo‘shliqlar hosil bo‘lib, ularda suyuqlik to‘planadi.

Yiringli pelvioperitonitda jarayonning chegaralanishi sekinroq kechadi. Yiringli eksudat to'g'ri ichak-bachadon chuqurchasida to'planib, Duglas bo'shlig'i absessini hosil qiladi.

Pelvioperitonitning klinik ko'rinishi:

- o'tkir boshlanish;
- qorin pastki qismida kuchli og'riq;
- bemorning umumiy ahvoli tez yomonlashishi;
- tana haroratining 38–39°C gacha ko'tarilishi, yuzning qizarishi;
- intoksikatsiya belgilari (taxikardiya, og'iz qurishi, quruq qoplangan til);
- bir martalik qusish;
- qorin dam bo'lishi, nafas olishda ishtirok etishi;
- gipogastral sohada aniq mushaklar himoyasi;
- Shchyotkin–Blyumberg simptomi sust ijobiy;
- ichak peristaltikasi sust;
- siyish va defekatsiya paytida og'riq;
- ginekologik tekshiruvda — kuchli og'riq va qorin pastki qismi tarangligi tufayli o'choqni aniqlash qiyin, qin gumbazlari infiltratsiyalangan va og'riqli, bachadon bo'yni siljatilganda keskin og'riq paydo bo'ladi;
- rektal tekshiruvda — to'g'ri ichak old devorining bo'rtib turishi va og'riqliligi.

Tashxis qo'yishda ultratovush tekshiruvi yordam beradi: unda kichik chanoq sohasida erkin suyuqlik va peristaltika to'liqlarining susayishi aniqlanadi.

Pelvioperitonitni quyidagilar bilan differensial tashxis qilish kerak: gemoperitoneum (ektopik homiladorlik, tuxumdon apopleksiyasi), jarrohlik kelib chiqishli diffuz peritonit, appendikulyar infiltrat, yiringli tuboovarial o'choq, parametr it.

Pelvioperitonit bilan bemorlarni davolash taktikasi

Bachadon qo‘shimchalarida yiringli o‘choqlari bo‘lgan bemorlarda o‘tkir pelvioperitonitni dori bilan davolash quyidagilarga qaratilgan: o‘tkir yallig‘lanishni bartaraf etish, bo‘lajak operatsiya uchun optimal sharoit yaratish. Bu o‘tkir salpingooforitni kompleks davolash tamoyillariga asoslanadi:

- keng ta’sir doirasiga ega antibiotiklar bilan antibakterial terapiya (gentamitsin, oksatsillin, metitsillin, amoksitsillin + klavulan kislotasi, tsefalosporinlar, metronidazol va boshqalar);
- dezintoksikatsion terapiya (reopoliglyukin, poliiion eritmalar, oqsil preparatlari va boshqalar);
- og‘riq qoldiruvchi vositalar (diklofenak va boshqalar);
- sedativ vositalar, vitaminlar;
- antigistamin va desensibilizatsiya qiluvchi vositalar (xloropiramin, klemastin, kalsiy glyukonat);
- anabolik steroidlar.

Operatsiyadan oldingi tayyorgarlik davomiyligi o‘tkazilayotgan terapiya samaradorligiga bog‘liq:

- jarayon qulay kechganda va yiringli yallig‘lanish remissiyasida intensiv konservativ davolash 5–6 kun davom ettirilishi mumkin;
- intensiv terapiya samara bermasa, bemor birinchi sutka ichida operatsiya qilinishi kerak;
- salbiy dinamika paydo bo‘lsa, 1–1,5 soatlik operatsiyaga tayyorgarlikdan so‘ng shoshilinch jarrohlik aralashuvi amalga oshiriladi.

3.2 Peritonit

Peritonit (qorin pardasining diffuz zararlanishi) — og‘ir umumiy belgilar, jumladan endogen intoksikatsiya va ko‘p a’zolar yetishmovchiligi bilan tavsiflanadigan patologiyadir.

Klassifikatsiya

Birlamchi va ikkilamchi peritonit farqlanadi.

- **Birlamchi (idiopatik) peritonit** — qorin pardasining gematogen yoki limfogen yo‘l bilan infeksiyalanishi (qorin bo‘shlig‘ida yiringli o‘choq bo‘lmagan holda).
- **Ikkilamchi peritonit** — qorin bo‘shlig‘idagi yiringli-destruktiv o‘choqlardan infeksiyaning qorin pardaga tarqalishi.

Zararlanish hajmi va anatomik sohalarning jalb etilishiga qarab:

- mahalliy — bitta anatomik soha zararlanadi;
- tarqalgan — bir nechta anatomik soha zararlanadi;
- umumiy (diffuz) — qorin bo‘shlig‘ining barcha bo‘limlari zararlanadi.

Yallig‘lanish jarayonining tarqalish xususiyatiga ko‘ra:

- diffuz peritonit — chegaralanishga moyilligi yo‘q;
- chegaralangan peritonit — qorin bo‘shlig‘ida kapsulalangan absesslar (piosalpink, piovar, yiringli tuboovarial o‘choq — tuboovarial absess, Duglas bo‘shlig‘i absessi, absessli panmetrit).

Klinik kechishiga ko‘ra:

- **o‘tkir peritonit** — tez rivojlanadigan og‘ir kasallik, aniq klinik bosqichlar bilan, jarrohlik davosiz tezda o‘limga olib keladi;
- **subo‘tkir (sust kechuvchi)** — uzoq davom etadi, ko‘pincha yiringli jarayon chegaralanib, kapsulalangan absesslar hosil bo‘ladi, ba’zida ular yorilib ketadi;
- **surunkali peritonit** — juda kam uchraydi (asosan karsinomatoz, sil kasalligida);
- **yashin tezligidagi peritonit** — septik shok bilan kechadi.
-

Peritonit 3 bosqichdan iborat:

- reaktiv;
- toksik;
- terminal.

Ekssudat turiga ko'ra:

- seroz;
- fibrinoz;
- yiringli;
- gemorragik;
- siydikli;
- najasli.

Etiologiya

Asosiy sabab — mikroblarning invaziyasi. Ginekologik bemorlarda quyidagilar natijasida yuzaga keladi:

- gematogen yoki limfogen yo'l bilan infeksiya (idiopatik peritonit; qo'zg'atuvchilar — gemolitik streptokokk, pnevmokokk va boshqalar);
- yuqoriga ko'tariluvchi infeksiya:
 - o'tkir yiringli salpingit rivojlanishi (pelvioperitonit → peritonit; qo'zg'atuvchilar — gonokokk va boshqa jinsiy yo'l bilan yuqadigan infeksiyalar, ba'zan anaeroblar);
 - noqonuniy aralashuvlar (endometrit → endometriometrit → panmetrit → peritonit; asosan anaerob flora);
- qorin bo'shlig'ida surunkali yiringli o'choq mavjud bo'lganda:
 - absess yorilishi yoki perforatsiyasi (piosalpinks, piovar, tuboovarial o'choq, ekstragenital absesslar).
 -

Patogenez

Eng og'ir kechish anaerob bakteriyalar (masalan, *B. fragilis* va boshqalar) sababli kuzatiladi: to'qima parchalanishi, yiringli o'choqlar, tromboflebit va sepsis rivojlanadi.

Boshlang'ich bosqichda:

- qorin pardasi giperemiyasi;
- fibrinoz qatlamlar hosil bo'lishi kuzatiladi.

Asosiy rolni quyidagilar o'ynaydi:

- bakterial toksinlar ta'siridagi intoksikatsiya;
- gipovolemiya;
- oshqozon-ichak parezi.

Kapillyarlar o'tkazuvchanligi ortadi, yallig'lanish ekssudati hosil bo'ladi. Suyuqlik yo'qotilishi organizmdagi hujayradan tashqari suyuqlikning 50% gacha yetishi mumkin.

Mikrotsirkulyatsiya buzilishi:

- oqsil va suyuqlikning qon va to'qimalar o'rtasida siljishi;
- kapillyar trombozi;
- tomir o'tkazuvchanligining ortishi.

Peritonit kuchayganda:

- jigar faoliyati buziladi;
- metabolizm izdan chiqadi;
- ichak parezi rivojlanadi.

Ichak faoliyati buzilishi sabablari:

- nerv-reflektor tormozlanish;
- toksinlar ta'siri;
- elektrolit buzilishlari (gipokaliemiya);
- atsidoz.

Natijada:

- ichak harakati keskin kamayadi;
- moddalar almashinuvi buziladi;
- suvsizlanish va vitamin yetishmovchiligi rivojlanadi.

Klinika

Diffuz peritonit belgilari:

- qorin og'rig'i (harakat, yo'tal bilan kuchayadi);
- qusish, tezlashgan puls;
- teri rangining oqarishi yoki kulrang tus;
- sovuq qo'l-oyoqlar, ba'zan kollaps;
- taxikardiya;
- quruq, oq qoplangan til;
- qorin nafasda qatnashmaydi, tarang va og'riqli;
- peritoneal irritatsiya simptomlari;
- ichak parezi.

Toksik bosqichda:

- mahalliy belgilar kamayadi;
- intoksikatsiya kuchayadi;
- ichak parezi kuchayadi (qorin dam bo'lishi, qusish, ich ketmasligi);
- perkussiyada erkin suyuqlik aniqlanadi.
-

Terminal bosqich:

- adinamiya, ong buzilishi;
- “Gippokrat yuzi” (ozib ketgan, ko‘zlar ichiga kirgan);
- ko‘p qusish;
- kuchli diareya;
- ko‘p a‘zolar yetishmovchiligi (nafas qisishi, oliguriya, sariqlik, og‘ir yurak ritm buzilishlari).

Anaerob infeksiya chaqirgan peritonit xususiyatlari:

- yoqimsiz hidli ajralma;
- qora yoki yashil rangli ekssudat;
- to‘qimalarda gaz pufakchalari;
- nekroz o‘choqlari;
- septik tromboflebit.

Diagnostika

- Anamnez.
- Klinik belgilar.
- Ob‘yektiv tekshiruv natijalari.
- Laborator diagnostika:
- umumiy qon tahlili zarur — anemiya, leykotsitoz (30–35 minggacha), leykotsitar formulada chapga siljish, neytrofillarda toksik donadorlik paydo bo‘lishi, leykopeniya (yomon prognostik belgi).

Diagnostika

Echografik (UTT) mezonlar:

- bachadon-to‘g‘ri ichak oralig‘ida, qorin bo‘shlig‘ining yon kanallarida, ichak halqalari orasida, jigar ostida va diafragma ostida erkin suyuqlik mavjudligi;

- ichakning haddan tashqari kengaygan halqalarida ko‘p miqdorda gaz va suyuqlik paydo bo‘lishi;
- peristaltik to‘lqinlarning keskin susayishi yoki yo‘qligi.

Qorin bo‘shlig‘ining umumiy rentgen tasviri.
Rentgenologik belgilar: ichak devorlarining haddan tashqari cho‘zilishi; ko‘plab gorizontal suyuqlik sathlari va Kloyber kosachalari.

Diagnostik laparoskopiya.

Davolash

O‘tkir tarqalgan peritonitni davolash kompleks bo‘lishi kerak — qisqa muddatli operatsiyadan oldingi tayyorgarlik bilan shoshilinch jarrohlik aralashuvi talab etiladi.

Operatsiyadan oldingi tayyorgarlik:

- og‘riq qoldiruvchi dorilar yuborish;
- “start” infuzion terapiya: 10% natriy xlorid eritmasi (3,5 ml/kg/30 daqiqa) kolloid eritmalar bilan (gidroksietil kraxmal, plazma, albumin) 1:1 nisbatda, umumiy hajmi ~1200 ml;
- atsidozda — 200–400 ml 5% natriy bikarbonat;
- arterial bosim keskin tushganda — dopamin bilan inotrop qo‘llab-quvvatlash (5–15 mkg/kg/min);
- operatsiyadan 30 daqiqa oldin keng ta’sirli antibiotiklar.

Asosiy davolash usuli — jarrohlik amaliyoti, umumiy ko‘p komponentli narkoz va sun’iy o‘pka ventilyatsiyasi ostida bajariladi.

Operatsiyaning asosiy vazifalari:

- peritonit manbasini bartaraf etish;
- qorin bo‘shlig‘i va kichik chanoqni sanatsiya qilish va drenajlash;

- ichak parezi bo'lsa — drenajlash;
- ichak yetishmovchiligi sindromini yo'qotish;
- keyingi davolash taktikasini belgilash.

Operatsiya texnikasi xususiyatlari:

1. Optimal kirish — pastki o'rta laparotomiya (qorin bo'shlig'ini to'liq ko'rish imkonini beradi).
2. Patologik suyuqlikni (yiring, qon, o't, najas va boshqalar) elektr so'rg'ich bilan olib tashlash.
3. A'zolar orasidagi yopishmalarni ajratib, normal anatomik holatni tiklash.
4. Qorin bo'shlig'i va kichik chanoq a'zolarini to'liq tekshirish (appendiks, ichaklar, diafragma osti va jigar osti).
5. Peritonit manbasini bartaraf etish (bachadonni olib tashlash yoki qo'shimchalarni olib tashlash).
6. Ichak halqalari orasidagi yopishmalarni ajratish, absesslarni tekshirish, kerak bo'lsa appendektomiya, ichakka zond qo'yish.
7. Qorin bo'shlig'ini 3–5 litr iliq izotonik eritma bilan yuvish (dioksidin qo'shib).
8. 3–4 kun davomida adekvat drenajlash (transvaginal va transabdominal drenajlar).

Drenajni to'xtatish mezonlari:

- bemor holatining yaxshilanishi;
- ichak faoliyatining tiklanishi;
- yallig'lanishning kamayishi.

Og'ir holatlarda:

- laparosstomiya va rejalashtirilgan sanatsiya qo'llanadi;
- qayta operatsiyalarsiz endovideoxirurgik sanatsiya mumkin.

9. Qorin old devorini qatlamlab tikish.

10. Septik shok profilaktikasi:

- operatsiya vaqtida va undan keyin antibiotiklar (penitsillin + ingibitorlar, III avlod tsefalosporinlar, karbapenemlar).

Operatsiyadan keyingi davolash:

1. Kuchli og‘riqni bartaraf etish:

- epidural anesteziya yoki narkotik analgetiklar + antigistamin va sedativlar.

2. Antibakterial terapiya (maksimal dozalar):

- himoyalangan penitsillinlar (tikartsillin/klavulanat);
- III avlod tsefalosporinlar + metronidazol;
- linkozamidlar + aminoglikozidlar;
- karbapenemlar (meropenem, imipenem).

Antibiotik terapiya samaradorligi 48–72 soatda baholanadi va zarurat bo‘lsa o‘zgartiriladi.

Antibakterial terapiya samaradorligi mezonlari:

- abdominal infeksiya simptomlarining ijobiy dinamikasi;
- isitmaning pasayishi (maksimal tana harorati 38,9°C dan yuqori emas);
- intoksikatsiyaning kamayishi;
- tizimli yallig‘lanish reaksiyasi belgilarining kamayishi.

Agar 5–7 kun davomida adekvat antibakterial terapiyaga barqaror klinik va laborator javob bo‘lmasa, asoratlar yoki boshqa lokalizatsiyadagi infeksiya o‘chog‘ini aniqlash uchun qo‘shimcha tekshiruvlar (ultratovush tekshiruvi, kompyuter tomografiya va boshqalar) o‘tkazish zarur.

Antibakterial terapiyani to'xtatish mezonlari:

- tizimli yallig'lanish reaksiyasi belgilarining yo'qligi:
 - tana harorati 36–38°C oralig'ida;
 - yurak urish tezligi < 90/min;
 - nafas olish < 20/min;
 - leykotsitlar < $12 \times 10^9/l$ yoki > $4 \times 10^9/l$;
 - tayoqchasimon neyrofillar < 10%;
- infeksiya bilan bog'liq bo'lgan poli a'zolar yetishmovchiligining yo'qligi;
- oshqozon-ichak tizimi funksiyasining tiklanishi;
- ong buzilishining yo'qligi.

Faqat bitta belgi (isitma yoki leykotsitoz) saqlanib qolishi antibiotik terapiyasini davom ettirish uchun yetarli asos emas.

Izolyatsiyalangan subfebril isitma (37,9°C gacha) titroqsiz va qon o'zgarishlarisiz — operatsiyadan keyingi noinfeksion yallig'lanish yoki asteniya belgisi bo'lishi mumkin va antibiotikni davom ettirishni talab qilmaydi. Xuddi shuningdek, leykotsitar formulada siljishsiz o'rtacha leykotsitoz ($9-12 \times 10^9/l$) ham davom ettirish uchun sabab emas.

Antibakterial terapiya odatda 7–10 kun davom etadi. Uzoq davom ettirish:

- asoratlar xavfi;
- rezistent mikroorganizmlar shakllanishi;
- superinfeksiya rivojlanishiga olib kelishi mumkin.

Keyingi davolash yo'nalishlari:

3. **Infuzion terapiya** (kristalloid va kolloid eritmalar):

Hajm markaziy venoz bosim va diurezga bog'liq.

- o'rtacha: 35–40 ml/kg/kun;

- harorat 1°C ga oshganda: +5 ml/kg;
- og‘ir holatda: 4–6 litr/kun (majburiy diurez bilan).

4. **Ichak faoliyatini stimulyatsiya qilish:**

- epidural blokada;
- adekvat infuzion terapiya;
- metoklopramid;
- samara bo‘lmasa: prozerin, kalimin, убретид;
- gipokaliemiyanı tuzatish.
- **Proteaza ingibitorlari:** gordoks (300 000–500 000 YE); kontrikal (800 000–1 500 000 YE); trasilol (125 000–200 000 YE).

6. **Geparinoterapiya:**

- 10 000 YE/kun yoki past molekulyar geparinlar (fraxiparin, fragmin, kleksan).

7. **Glyukokortikoidlar:**

- prednizolon 90–120 mg/kun, 5–7 kun davomida asta-sekin kamaytirib bekor qilinadi.

- **Dezagregantlar:** kurantil, trental.

- **Qo‘shimcha dorilar:** gepatoprotektorlar (essentiale, karsil); spazmolitiklar; kardiotoniklar (yurak glikozidlari); miokard trofikasini yaxshilovchi vositalar; miya faoliyatini yaxshilovchi dorilar (nootropil, serebrolizin).

- **Simptomatik terapiya:** vitaminlar; hujayra metabolizmini yaxshilovchi vositalar;

- oksidlanish-qaytarilish jarayonlarini tartibga soluvchi dorilar.

11. **Ekstrakorporal detoksikatsiya usullari** (ko‘rsatmaga ko‘ra).

12. **Immunoalmashtiruvchi va immunokorreksion terapiya.**

IV BOB GENITALIY JAROHATI. TASHXISLASH.

TO‘G‘RI TRAVMASI

Har qanday o‘tkir yoki uchli buyumga qo‘yib tushish kabi hodisalar, ayniqsa yosh qizlarda, kam uchramaydi. Bu vulvada ko‘karishlar paydo bo‘lishiga yoki ba‘zan vulval gematomaga sabab bo‘lishi mumkin (26.4-rasm).



Rasm 17. 17 yoshli qiz stulga yiqilish natijasida keng vulvar gematoma.

Boshqarish:

Avvalo umumiy ahvol va yetkazilgan jarohatlarning tabiati hamda darajasi baholanishi kerak. Kichik vulval gematoma, agar tarqamayotgan bo‘lsa, o‘z holiga qoldirilishi mumkin, lekin agar u katta bo‘lsa yoki tarqalayotgan bo‘lsa, reanimatsion choralar bilan birga gematoma umumiy anesteziya ostida davolanadi. Bu kesma berib qon quyqalarini olib tashlash, gemostazni ta‘minlash va uzilgan (interrupted) matras choklar yordamida “o‘lik bo‘shliq”ni yopishni o‘z ichiga oladi.

Suprlevator gematoma yoki ichak jarohati gumon qilingan holatlarda laparotomiya ko‘rsatiladi va tegishli choralar ko‘riladi.

YOT TANALAR

Katta jarohatlarda tos suyaklarining sinishi yuz berib, qin bilan birga siydik pufagi yoki to‘g‘ri ichak kabi a‘zolarining shikastlanishiga olib kelishi mumkin. Shuningdek, suprlevator gematoma ham kuzatilishi mumkin.

Hatto o‘tkir buyumga yiqilish ham yuqoridagi holatlarni keltirib chiqarishi yoki qin devorini teshib, atrofdagi a‘zolarga zarar yetkazishi mumkin.

CHET TANALARNING TURLARI

Turli xil chet jismlar qinga yoki bachadonga joylashtirilishi va uzoq vaqt davomida bemor sezmaganda holda saqlanib qolishi mumkin. Bunday jismlar ba‘zan bemorning o‘zi, ba‘zan esa shifokor tomonidan kiritilgan bo‘ladi. Ularning turi har xil bo‘lishi mumkin, ulardan ayrimlari quyidagilar:

Qinda:

Tangalar, o‘yinchoqlar, kichik toshlar — bolalarda qiziqish tufayli, kattalarda esa ba‘zan noto‘g‘ri xatti-harakatlar natijasida kiritiladi. Unutilib qolgan hayz tamponi yoki diafragma, bachadon bo‘yni qalpoqchasi (cervical cap) yoki kontratseptsiya uchun ishlatilgan prezervativ. Abort qilish maqsadida kiritilgan buyumlar. Tamponlar, bintlar yoki bog‘lov materiallari. Unutilib qolgan pessariy.

Bachadonda:

Uzoq vaqt qolib ketgan BIKV (bachadon ichki kontratseptiv vositasi). Eski doka tamponlar. Abort qilish uchun kiritilgan buyumlar.

TA’SIRLARI:

Ta’sirlar chet jismning turiga, qancha vaqt saqlanganiga va to‘qimalarga yetkazilgan zararga bog‘liq.

Ichkarida qolgan har qanday material infeksiyaga sabab bo‘ladi. Bu ayniqsa rezina buyumlar, chet jismlar, tamponlar yoki doka materiallarda ko‘p uchraydi. Natijada yoqimsiz hidli ajralmalar paydo bo‘ladi.

Unutilgan pessariy vaginit, to‘qimalarning nekrozi (sloughing) va yara hosil bo‘lishiga olib kelishi mumkin. Shuningdek, vesikovaginal fistula chaqirishi va qin saratonining rivojlanishiga sabab bo‘lishi mumkin.

BIKV uzoq vaqt qolib ketganda menorragiyaga (ko‘p hayz kelishi), tartibsiz qon ketishiga olib keladi. Agar u menopauzadan keyin ham qolib ketsa, pio-metra (bachadonda yiring to‘planishi) yoki postmenopauzal qon ketishiga sabab bo‘lishi mumkin.

DAVOLASH:

Tashxis qo‘yilgach, chet jism olib tashlanishi kerak. Bolalarda bu oson bo‘lmasligi mumkin, shuning uchun umumiy anesteziya ostida qinni maxsus (quloq yoki burun uchun ishlatiladigan) spekulum yordamida ochib ko‘rish tavsiya etiladi.

INSTRUMENTAL JAROHATLAR

Ginekologik holatlarda bachadon jarohatlari homilador bachadonga nisbatan kam uchraydi. Biroq, bachadon bo‘ynini kengaytirish (dilatatsiya) va bachadonni kuretaj qilishda ishlatiladigan barcha turdagi asboblardan bilan jarohatlar yuz berishi mumkin.

Bachadon bo‘yni jarohatlari vulsellum yoki dilatator yordamida, ayniqsa tug‘magan ayollarda paydo bo‘lishi mumkin. Ba’zan kuchli qon ketish kuzatiladi. Kechki asoratlar qatoriga bachadon bo‘yni yetishmovchiligi kiradi.

Bachadon tanasi ko‘pincha zond (sound), dilatator yoki kuretka bilan, shuningdek BIV kiritish vaqtida jarohatlanadi. Tasodifiy jarohatlardan tashqari, quyidagi holatlar xavfli hisoblanadi:

- ◆ Laktatsiya davrida kichik va yumshoq bachadon
- ◆ Postmenopauzal bachadon

- ◆ Infeksiyalangan bachadon
- ◆ Piometra
- ◆ O'sma (malignizatsiya)

XAVFLAR:

Ba'zan umumiy holatda sezilarli o'zgarish bo'lmasligi mumkin va holat e'tibordan chetda qoladi. Ammo quyidagilar bilan bog'liq bo'lishi mumkin:

- ◆ Kuchli qon ketish (qorin bo'shlig'iga yoki tashqariga)
- ◆ Infeksiyaning tarqalishi (peritonit)
- ◆ Ichakning shikastlanishi

DAVOLASH:

Tashxis qo'yilishi bilan operatsiya darhol to'xtatilishi kerak. Keyingi davolash quyidagilarga bog'liq:

- ◆ Jarohat yetkazgan asbob turi
- ◆ Bachadondagi patologiya
- ◆ Bemor holati

Infeksiyasiz / malignizatsiyasiz holatlar

Kuzatuv:

Puls va arterial bosim muntazam nazorat qilinadi, antibiotiklar beriladi. Peritonit belgilari kuzatib boriladi. Laparoskopiya kuzatuv yoki aralashuv zarurligini aniqlashda yordam beradi.

Aralashuv zarur bo'lgan holatlar:

- ◆ Umumiy holat yomonlashsa
- ◆ Ichak jarohati gumon qilinsa
- ◆ Rivojlanayotgan peritonit belgilari bo'lsa

Infeksion / malignizatsiya holatlar

- ◆ Infeksiyalangan bachadonda peritonit tarqalish xavfi yuqori. Antibiotiklar ostida kuzatuv mumkin, ammo samara bo'lmasa laparotomiya afzal.

◆ Malignatsiya yoki piometra holatlarida laparotomiya va radikal jarrohlik amaliyoti jiddiy ko‘rib chiqilishi kerak.

ZO‘RLASH QURBONLARI

Qurbonlar har qanday yoshda bo‘lishi mumkin — menarxegacha bo‘lgan, tug‘ish yoshidagi yoki hatto postmenopauzal ayollar. Eng ko‘p uchraydigan qurbonlar — juda yoshlar, ruhiy va jismoniy nogironligi borlar hamda juda keksa ayollardir.

FORENSIK (TIBBIY-HUQUQIY) MASALALAR

- Tibbiy-huquqiy jihatlar, hatto qurbon hodisani xabar qilmoqchi bo‘lmasa yoki sudga murojaat qilishni istamasa ham, jiddiy ko‘rib chiqilishi kerak.

- Zo‘rlash — bu huquqiy tashxis hisoblanadi. Tibbiy dalillar va tekshiruvlar faqat sud uchun ahamiyatga ega.

- Yo‘naltirish politsiya, shifoxona shifokori yoki bemorning o‘zi tomonidan bo‘lishi mumkin.

- Shifokor bemorni imkon qadar tezroq tekshirishi kerak.

- Tekshiruvdan oldin bemorning roziligi olinadi va tekshiruv uchinchi shaxs (guvoh yoki hamroh) ishtirokida o‘tkaziladi. Maxfiylik saqlanishi shart.

- Qurbonning batafsil bayonoti va tekshiruv natijalari yozib olinadi. Olingan materiallar to‘g‘ri yorliqlanib, ekspertizaga yuboriladi.

- Sperma odatda 72 soatdan keyin qinda aniqlanmaydi, harakatchan sperma esa 4 soatdan keyin aniqlanishi qiyin. Ba‘zan harakatsiz sperma 12–20 soatgacha saqlanishi mumkin. Natijalarni talqin qilishda shuni hisobga olish kerakki, taxminan 10% erkaklar azoospermik yoki oligospermik bo‘ladi. Shuningdek, ayrim holatlarda sperma qinga tushmasligi mumkin, ko‘plab erkaklarda vazektomiya qilingan

bo'ladi, va ko'p qurbonlar tekshiruvdan oldin yuvinish (douching) qilgan bo'lishi mumkin.

Shuningdek, bakteriologik tekshiruv uchun qin va siydik yo'li surtmalari (gonokokk uchun) olinadi. Bachadon bo'yni shilliq qavati ham mikrobiologik tekshiruv uchun o'rganiladi.

DAVOLASH

Davolashning asosiy maqsadlari:

- A. Klinik va daliliy protokollar asosida tekshiruv o'tkazish
- B. Mahalliy jarohatlarni davolash
- C. Kerakli tahlillarni bajarish
- D. Infeksiya va jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklarning oldini olish
- E. Homiladorlikning oldini olish (favqulodda kontratsepsiya)
- F. Tibbiy-huquqiy jarayonlarni bajarish
- G. Qurbonni ruhiy qo'llab-quvvatlash

MAHALLIY JAROHATLAR: Jarohatlar ko'karishlar (bruises) va yirtilishlar (lacerations) ko'rinishida bo'lishi mumkin — bo'yin, dumba yoki vulva atrofida. Qizlik pardasi (hymen), qin, siydik yo'li (uretra), hatto qin gumbazi (vaginal vault) sohasida keng yirtilishlar kuzatilishi mumkin.

Ayniqsa yosh bokira qizlar yoki menarxegacha bo'lgan qizlarda og'ir jarohatlar bo'lishi mumkin. Bunday jarohatlar umumiy anesteziya ostida tiklanishi kerak.

Premenarxal qizlarda qinning himoya xususiyatini oshirish uchun kichik dozada estrogen og'iz orqali har kuni 2 hafta davomida beriladi (0,01 mg etinil estradiol).

INFEKSIYA VA JINSIY YO‘L BILAN YUQADIGAN KASALLIKLARNING OLDINI OLISH:

Infeksiya genital va ekstragenital (masalan, halqum) bo‘lishi mumkin. Zo‘rlash qurbonlarida quyidagi kasalliklar bilan zararlanish xavfi mavjud: gonoreya, sifilis, xlamidioz, trixomoniaz, OIV, gepatit B va boshqalar.

Sifilisni aniqlash uchun qon tahlili (serologik tekshiruv) olinadi. Chunki zararlanishdan keyin taxminan 6 hafta o‘tishi kerak, shundan keyin test ijobiy chiqadi.

Agar birinchi tekshiruvda test ijobiy bo‘lsa, bu bemor ilgari zararlanganini ko‘rsatadi. Agar manfiy bo‘lsa, test 6 haftadan keyin takrorlanishi kerak.

HOMILADORLIKNI OLDINI OLISH: Homiladorlikning oldini olish uchun zarur choralar ko‘rilishi kerak. Biroq bu premenarxal qizlarga, kontratseptiv tabletkalar (“pills”), BIV yoki doimiy sterilizatsiya bilan himoyalangan ayollarga taalluqli emas.

Agar bemorda homiladorlik xavfi bo‘lsa, favqulodda kontratsepsiya tavsiya etiladi.

TIBBIY-HUQUQIY JARAYONLAR:

Anamnez va tekshiruv tafsilotlari, ayniqsa jarohatlar batafsil hujjatlashtiriladi. Barcha kiyimlar va ichki kiyimlar yig‘ilib, to‘g‘ri yorliqlanadi.

Qin ajralmalaridan surtmalar olinadi — spermatozoidlar, kislotali fosfataza va DNK tahlili uchun. Olingan namunalar tekshiruvgacha sovitilgan holda saqlanadi.

Jinsiy tuklar taralib olinadi (pubic hair combing) — bu tajovuz qiluvchining tuklarini aniqlash uchun. Tirnoq ostidan material olinadi — jinoyatchining DNKsini aniqlash uchun.

RUHIY QO‘LLAB-QUVVATLASH:

Ruhiy jarohatni (zo‘rlashdan keyingi sindrom) davolash muhim. Bu turli muddat davom etishi mumkin. Mehribon munosabat, ishonch berish, tinchlantiruvchi va antidepressant dorilar foydali bo‘ladi.

O‘tkir bosqich bir necha soatdan bir necha kungacha davom etadi. Bu davrda bemorda qo‘rquv, depressiya, aybdorlik hissi, uyqusizlik va ovqatlanish buzilishlari kuzatiladi.

Kechki (reorganizatsiya) bosqich esa kabuslar, qayta eslash (flashback) yoki fobiyalar bilan namoyon bo‘ladi. Bu oylar yoki hatto yillar davom etishi mumkin.

Bemor o‘z his-tuyg‘ularini, xavotir va qo‘rquvlarini erkin ifoda etishi uchun imkon berilishi kerak. Uni imkon qadar tinchlantirish va ishontirish zarur. Zarurat bo‘lsa, boshqa tibbiyot xodimlari ham maslahat berish uchun jalb qilinadi.

Bemor chiqarilishidan oldin 4–6 hafta ichida nazorat tashrifi rejalashtiriladi.

KUZATUV

Kuzatuv 1–4 hafta ichida tashkil etiladi. Quyidagi protokollar bajariladi:

- A. Sifilis uchun serologik test
- B. Gonoreyani aniqlash uchun ekma (kultura) orqali tekshiruv
- C. Agar gumon bo‘lsa, homiladorlik uchun siydik testi
- D. Ruhiy qo‘llab-quvvatlash va ishontirish

KOITAL JAROHATLAR

Koital (jinsiy aloqa bilan bog‘liq) jarohatlarning quyidagi turlari mavjud:

- Defloratsiya vaqtida qizlik pardasining yirtilishi yoki qin yoki siydik yo‘lining ko‘karishi natijasida kichik qon ketish kuzatilishi mumkin. Odatda davolash talab qilinmaydi.

- Agar yirtilish vestibyul yoki klitor hududiga tarqalsa, kuchli qon ketish yuz berishi mumkin. Qin old devorining yirtilishi odatda zo‘rlash holatlarida uchraydi.
- Juda kam hollarda qin gumbazining (vaginal vault) yorilishi yuz berib, qorin bo‘shlig‘i ochilib qolishi mumkin. Bu odatda quyidagi holatlarda kuzatiladi:
 - (a) zo‘rlash
 - (b) juda yosh qizlarda
 - (c) postmenopauzal atrofiyada
 - (d) vaginal yoki abdominal histerektomiyadan keyin

Bunday holatda ichaklar va omentum yorilgan joydan chiqib ketishi mumkin, bu esa shok va peritonitga olib keladi.

DAVOLASH:

Kichik yirtilishlar davolashni talab qilmaydi — faqat bosim qo‘llash yetarli.

Katta yirtilishlar tikilishi kerak. Agar qin gumbazi yorilgan bo‘lsa, laparotomiya o‘tkazish, uni tiklash va qo‘shimcha patologiyalarni bartaraf etish maqsadga muvofiq.

XULOSA

Ginekologiyada o‘tkir qorindagi og‘riq muhim va murakkab klinik sindrom bo‘lib, darhol aralashuvni talab qiladi. U ayol reproduktiv tizimining turli kasalliklaridan kelib chiqishi mumkin, masalan: tuxumdon kistasining yorilishi, o‘simta po‘stining burilishi, tuxumdon apopleksiyasi, o‘tkir ektopik homiladorlik, o‘tkir adnexit, asoratli endometrioz yoki pastki tosdagi yallig‘lanish jarayonlari. Bularning barchasi ayolning hayoti va reproduktiv salomatligi uchun xavf tug‘diradi.

Ginekologiyada o‘tkir qorindagi og‘riqning klinik manzarasi ko‘pincha xilma-xil va noaniq bo‘lib, vaqtida tashxis qo‘yishni qiyinlashtiradi. Belgilarga keskin pastki qorin og‘rig‘i, qayt qilish, qonli ajralmalar, umumiy holatning buzilishi va ichki qonash belgilarini kiritish mumkin. Ko‘pincha bunday holatni appenditsit, ichak

o‘tishining to‘silishi yoki oshqozon-ichak tizimi organlarining perforatsiyasi kabi jarrohlik patologiyalaridan farqlash talab qilinadi.

Zamonaviy tashxis usullari batafsil anamnez yig‘ish, fizik tekshiruv, laboratoriya tekshiruvlari va asbobli usullarni, xususan, pastki tos organlarini ultratovush tekshiruvi, zarurat bo‘lganda kompyuter tomografiyasi va laparoskopiyani o‘z ichiga oladi. Klinika diqqat-e’tibori va zamonaviy vizualizatsiya usullarini birlashtirish eng tezkor tarzda o‘tkir holat sababini aniqlash imkonini beradi.

Ginekologiyada o‘tkir qorindagi og‘riqni davolash individual yondashuvni talab qiladi va konservativ hamda jarrohlik usullarini o‘z ichiga olishi mumkin.

Ko‘pgina hollarda hayot uchun xavf tug‘diruvchi holatlarda zudlik bilan jarrohlik aralashuvi talab qilinadi, u qonashni to‘xtatish, organlarning anatomik yaxlitligini tiklash va reproduktiv funksiyani saqlashga qaratilgan. Konservativ terapiya yengil yallig‘lanish kasalliklari yoki nazorat ostida bo‘lgan kichik kistalar holatida mumkin.

Shunday qilib, ginekologiyada o‘tkir qorindagi og‘riq tibbiy favqulodda vaziyat bo‘lib, yuqori klinik hushyorlik, tezkor qaror qabul qilish va tizimli yondashuvni talab qiladi. Vaqtida tashxis qo‘yish va to‘g‘ri davolash bemorning hayotini saqlash, og‘ir asoratlarning oldini olish va imkoniyat bo‘lsa, reproduktiv funksiyani saqlash imkonini beradi. E’tibor, shuningdek, asoratlarni oldini olish, reproduktiv tizimni muntazam kuzatish va ayollarda xavfli holatlarning belgilariga oid xabardorlikni oshirishga qaratilishi kerak.

Glossariy

- 1. O'tkir qorindagi og'riq** – qorinda to'satdan paydo bo'ladigan kuchli og'riq, favqulodda tashxis va aralashuvni talab qiladi.
- 2. Tuxumdon apopleksiyasi** – tuxumdon to'qimasida qon ketishi, ko'pincha keskin og'riq va ichki qonash bilan kechadi.
- 3. Tuxumdon kistasi** – tuxumdonda paydo bo'ladigan bo'shliq shaklidagi o'sma, yorilishi yoki burilishi mumkin.
- 4. Pridatlarning burilishi (periektorsion)** – tuxumdon yoki fallopiya naychasi o'z o'qi atrofida aylanib, to'qimalarda ishemiya va nekrozga olib keladi.
- 5. Ektopik homiladorlik (tashqi homiladorlik)** – urug'langan tuxum hujayraning bachadon bo'shlig'idan tashqarida, ko'pincha fallopiya naychasida implantatsiya qilinishi, yorilishi va qonash xavfi bilan.
- 6. O'tkir adnexit** – bachadon pridatlari yallig'lanishi, og'riq, tana haroratining oshishi va umumiy holatning buzilishi bilan kechadi.
- 7. Peritonit** – qorinning ingichka qavati yallig'lanishi, organlarning yorilishi yoki qonash oqibatida rivojlanadi, hayot uchun xavfli.
- 8. Laparoskopiya** – minimal invaziv jarrohlik protsedurasi bo'lib, pastki tos organlarini tashxislash va davolashga xizmat qiladi.
- 9. Pastki tos organlarini ultratovush tekshiruvi (USG)** – bachadon va tuxumdonlarni tekshirish uchun ishlatiladi, kista, o'sma, suyuqlik va yallig'lanish belgilarini aniqlaydi.
- 10. Konservativ davolash** – operatsiyasiz davolash, dori vositalari va kuzatuvni o'z ichiga oladi.
- 11. Jarrohlik aralashuvi** – o'tkir holatni bartaraf etish, anatomik yaxlitlikni tiklash va reproduktiv funksiyani saqlashga qaratilgan operatsiya.
- 12. Differensial tashxis** – ginekologik va jarrohlik sabablarini ajratish jarayoni (masalan, appenditsit, ichak o'tishining to'silishi).
- 13. Asoratli endometrioz** – bachadon endometriyining chegaradan tashqarida o'sishi, kista, yopishqoqlik va og'riqqa olib keladi.
- 14. Reprodukativ funksiya** – ayolning homiladorlik, homilani ko'tarish va bola tug'ish qobiliyati.

- 15. Appenditsit** – qoshcha shaklidagi ilova yallig‘lanishi, u o‘tkir ginekologik sindromni taqlid qilishi mumkin.
- 16. Pastki tos gematomasi** – jarohat yoki organ yorilishi oqibatida pastki tosda qon to‘planishi.
- 17. Naycha homiladorligi** – ektopik homiladorlik turi, homila fallopiya naychasida rivojlanadi.
- 18. Polikistoz tuxumdonlar (PKT)** – gormonal buzilish, ko‘p kistalar hosil bo‘lishi, ba‘zan o‘tkir qorindagi og‘riqni keltirib chiqaradi.
- 19. Tuxumdon apopleksiyasi (yanada spetsifik)** – tuxumdon to‘qimasining yorilishi va qonash bilan kechadigan o‘tkir holat.
- 20. Bachadon perforatsiyasi** – bachadon devorining yaxlitligining buzilishi, o‘tkir qorindagi og‘riq sabablaridan biri.
- 21. Tazaviy abscess** – tazada cheklangan pus to‘planishi, og‘riq va intoksikatsiya bilan kechadi.
- 22. Adneksyektomiya** – o‘tkir holatlarda bachadon prdatlarini jarrohlik yo‘li bilan olib tashlash.
- 23. Gemoperitoneum** – qorinda qon to‘planishi, ko‘pincha kista yorilishi yoki ektopik homiladorlik asoratida.
- 24. O‘tkir dismenoreya** – hayz paytida kuchli og‘riq, o‘tkir qorindagi og‘riqni taqlid qilishi mumkin.
- 25. Ginekologik tez yordam** – ayol reproduktiv tizimining hayot uchun xavfli holatlarini tezkor tashxis va davolashga qaratilgan chora-tadbirlar majmui.

Nazorat savollari

1. Ginekologiyada «o‘tkir qorin» sabablari nimalardan iborat?
 2. «O‘tkir qorin» klinik belgilariga ega kasalliklarda shoshilinch yordam ko‘rsatish prinsiplari qaysilar?
 3. Bachadondan tashqari homiladorlik variantlarini nomlang.
 4. Bachadon naylari homiladorligida urug‘langan tuxum xujayraning lokalizatsiyasi qayerda bo‘lishi mumkin?
 5. Tubal abortining klinik belgilar va diagnostika usullari nimalardan iborat?
 6. Bachadon naylarining yorilishi klinik belgilar va diagnostikasi qanday?
 7. Bachadondan tashqari homiladorlikni davolash prinsiplari; tubal homiladorligida laparoskopiya va laparotomiya ko‘rsatkichlari.
 8. Tuxumdonning hajmli massasining oyoqchasini burilishining klinik belgilar va diagnostikasi.
 9. «O‘tkir qorin» klinik belgilariga ega kasalliklarda differensial diagnostika prinsiplari.
 10. Tuxumdon apopleksiyasi tushunchasini ta’riflang.
 11. Tuxumdon apopleksiyasi etiologiyasi va patogenezi qanday?
 12. Tuxumdon apopleksiyasining og‘riqli shakli klinik belgilar, diagnostika va davolash usullari.
 13. Tuxumdon apopleksiyasining gemorragik shakli klinik belgilar, diagnostika va davolash usullari.
 14. Tuxumdon apopleksiyasida laparoskopiya va laparotomiya ko‘rsatkichlari qanday?
 15. Tuxumdon apopleksiyasini oldini olish usullari nimalardan iborat?
16. O‘tkir qorin sindromi bilan kechadigan ginekologik kasalliklarni sanab bering.
17. Bachadondan tashqari homiladorlikning etiopatogenezi, lokalizatsiya bo‘yicha tasnifi, klinik kechishi.

18. Buzilgan va rivojlanayotgan bachadondan tashqari homiladorlikning klinik belgilari.
19. Bachadondan tashqari homiladorlik diagnostikasi va differensial diagnostikasi.
20. Bachadondan tashqari homiladorlikni davolash (radikal, organ saqlovchi).
21. Tuxumdon apopleksiyasi: etiologiya, patogenez, tasnifi.
22. Tuxumdon apopleksiyasining klinikasi.
23. Tuxumdon apopleksiyasining diagnostikasi va differensial diagnostikasi.
24. Tuxumdon apopleksiyasini konservativ davolash ko'rsatmalari va xususiyatlari.
25. Tuxumdon apopleksiyasida operativ davolash hajmi.
26. Tuxumdon o'smasi oyoqchasining burilishi: etiologiya, patogenez, klinik manzara, davolash.
27. Bachadon miomasi tugunida qon ta'minoti buzilishi: klinika, diagnostika, davolash.
28. Infeksiyalanishning patogenetik mexanizmlari, infeksiyaning tarqalish yo'llari, kichik chanoq a'zolarining yiringli-yallig'lanish kasalliklari rivojlanishining xavf omillari.
29. Hozirgi sharoitda kichik chanoq a'zolarining yallig'lanish kasalliklari kechishining xususiyatlari.
30. Pelvioperitonit: etiologiya, klinika, diagnostika, davolash.
31. Asoratsiz kichik chanoq a'zolarining yiringli-yallig'lanish kasalliklari bilan og'riq bemorlarni davolashning asosiy tamoyillari.
32. Asoratsiz kichik chanoq a'zolarining yiringli-yallig'lanish kasalliklarida jarrohlik davolash ko'rsatmalari va operativ aralashuv hajmi.
33. Asoratlangan kichik chanoq a'zolarining yiringli-yallig'lanish kasalliklari bilan og'riq bemorlarni davolashning asosiy tamoyillari.
34. Asoratlangan kichik chanoq a'zolarining yiringli-yallig'lanish kasalliklarida jarrohlik davolash ko'rsatmalari va operativ aralashuv hajmi.
35. Kichik chanoq a'zolarining yiringli-yallig'lanish kasalliklarining differensial diagnostikasi.
36. Ayol jinsiy a'zolarining yiringli-yallig'lanish kasalliklari profilaktikasi.

37. Pelvioperitonitning klinik manzarasi va diagnostika mezonlari.
38. Ichki jinsiy a'zolarining infeksiyon-yallig'lanish jarayoni bilan bog'liq pelvioperitonitda bemorni olib borish taktikasi.

TEST SAVOLLARI

1. Nay yorilishi turi bilan buzilgan homiladorlik quyidagi klinik belgilar bilan tavsiflanadi:

- A. navbatdagi hayz ko'rishning bir kundan bir necha haftagacha kechikishi;
- B. umumiy sog'lom holat fonida kasallikning to'satdan boshlanishi;
- C. qorinning pastki qismida, ko'proq o'ng yoki chap tomonda, tutqanoqsimon og'riq;
- D. qorinning pastki qismida o'ng yoki chap tomonda kuchli og'riqlar bo'lib, ular orqa chiqaruv teshigiga, o'mrov osti va usti sohasiga, yelka, kurak hamda qovurg'a osti sohasiga tarqaladi.

2. Tuxumdon apopleksiyasining klinik manzarasiga qarab quyidagi turlari farqlanadi:

- A. og'riqli shakli;
- B. vegetativ shakli;
- C. gemorragik shakli;
- D. aralash shakli.

3. Tuxumdon o'smalari buralib qolganida hosilaning tashqi ko'rinishi quyidagilarga bog'liq:

- A. o'smaning turiga;+
- B. qon aylanishi buzilgan paytdan operativ aralashuvigacha o'tgan vaqtga;+
- C. hayz siklining kuniga;
- D. buralishning qattiqligiga;+
- E. o'smaning 180°, 360°, 720° darajada buralish darajasiga.+

4.Nay homiladorligining quyidagi klinik shakllari ajratiladi:

- A. nay yorilishi turi bilan buzilgan;+
- B. nay aborti turi bilan buzilgan;+
- C. progressiv (rivojlanayotgan) shakli;+
- D. xavf solayotgan nay aborti.

5.Ichki qon ketish bilan kechadigan ginekologik kasalliklar:

- A. pelvioperitonit;
- B. tuxumdon kistasining (kistoma) oyoqchalari burilishi;
- C. bachadonning perforatsiyasi;+
- D. ektopik homiladorlik.+

6.O‘smaning oyoqchasi to‘liq buralganida odatda quyidagi belgilar kuzatiladi:

- A. keskin og‘riqlarning to‘satdan yuzaga kelishi;+
- B. ichak parezi;+
- C. Shchyotkin–Blumberg belgisi ijobiyligi;+
- D. tana harorati normal fonida tezlashgan puls.

7.Tuxumdon apopleksiyasida qonning kliniko-laborator o‘zgarishlari:

- A. turli darajadagi anemiya;+
- B. leykozitoz;+
- C. gematokrit ko‘rsatkichlarining pasayishi (25–30);
- D. ko‘pincha koagulogramma ko‘rsatkichlari normal bo‘ladi.+

8.Nay aborti turi bilan buzilgan nay homiladorligining klinik manzarasi quyidagilar bilan tavsiflanadi:

- A. hayz kechikishi;
- B. keskin xanjarlik og‘riq;

- C. qorinning pastki qismida tutqanoqsimon og‘riqlar, ular davomiy bo‘lib, dorivor ta’sirga bo‘ysunmaydi;
- D. jinsiy yo‘llardan qoramtir qonli ajralmalar.

9. Nay homiladorligining klinik mezonlari:

- A. hayz kechikishi;
- B. homiladorlikning fiziologik belgilarining mavjudligi;
- C. bachadon qo‘shimchalari vaginal tekshiruvda palpatsiya qilinmaydi;
- D. spekulyum orqali ko‘rikda – vagina va bachadon bo‘yni shilliq qavatining sianotiği.

10. Nay homiladorligini davolashning kompleks yondashuvi quyidagilarni o‘z ichiga oladi:

- A. qonash va gemorragik shok bilan kurashish;
- B. antiviral dorilarni buyurish;
- C. operativ davolash;
- D. postoperativ davrni ratsional olib borish;
- E. reproduktiv funksiyani reabilitatsiya qilish.

11. Tuxumdon apopleksiyasida konservativ terapiya quyidagilarni o‘z ichiga oladi:

- A. gemostatik ta’sir qiluvchi preparatlar;
- B. miorelaksantlar;
- C. spazmolitik va og‘riq qoldiruvchi preparatlar;
- D. qorinning pastki qismiga sovuq qo‘yish.

12. Tuxumdon o‘smalarining oyoqchalari burilishini davolash:

- A. konservativ;
- B. dori bo‘lmagan usullar;
- C. operativ;

D. fizioterapevtik.

13. Tuxumdon apopleksiyasini aniqlashda eng informativ usullar:

- A. ultratovush tekshiruvi (UZI);
- B. gisterosalpingografiya;
- C. laparoskopiya;
- D. kichik tos organlarining rentgenografiyasi.

14. Ektopik homiladorligi bo'lgan bemorlarda jarrohlik laparoskopiyasining ko'rsatkichlari:

- A. sezilarli yopishqoq jarayon;
- B. stabil bo'lmagan gemodinamika bilan buzilgan nay homiladorligi;
- C. progressiv nay homiladorligi;
- D. tuxumdon homiladorligi.

15. Og'riqli shakldagi tuxumdon apopleksiyasida kuzatiladi:

- 1. qorin yumshoq, pastki qismlarda palpatsiya qilganda og'riqli, shu yerda qorin peritoneumining o'rta darajada tirnash belgisi aniqlanadi;
- 2. ichki qonash belgilar;
- 3. ko'ngil aynish, qayt qilish;
- 4. ko'pincha tana harorati normal bo'ladi.

16. Gemorragik shakldagi tuxumdon apopleksiyasida kuzatiladi:

- 1. teri va shilliq qavatlarning sarg'ayishi;
- 2. qorinning pastki qismida taranglik va og'riqlik;
- 3. arterial bosimning oshishi;
- 4. qorinning cho'kkan joylarida perkusiyada tovushning so'nishi.

17. Nay yorilishi turi bilan buzilgan nay homiladorligi bo'lgan bemorlarni ginekologik tekshirishda aniqlanadi:

1. bachadon o‘rnashuvi pasaygan;
2. keskin og‘riqlik;
3. orqa ko‘mchani tekislash yoki cho‘kish;
4. qin va bachadon bo‘yni shilliq qavatining sianotiği yoki sarg‘ayishi.

18. Nay aborti turi bilan buzilgan nay homiladorligi bo‘lgan bemorlarni ginekologik tekshirishda aniqlanadi:

1. bachadon taxmin qilingan muddatga nisbatan kattaroq;
2. bachadon taxmin qilingan homiladorlik muddatiga nisbatan kichik;
3. qo‘shimchalar sohasida kolbasa yoki retorta shaklidagi, aniq konturlarga ega hosila;
4. bachadonni siljitganda keskin og‘riqlik.

19. Ichki jinsiy a‘zolarida qon ta‘minotining o‘tkir buzilishi natijasida yuzaga keladigan o‘tkir qorin sabablari:

1. bachadondan tashqari homiladorlik;
2. tuxumdon o‘smasi oyoqchasining burilishi;
3. miomatoz tugunning nekrozi;
4. to‘g‘ri (2) va (3);
5. yuqoridagilarning barchasi to‘g‘ri.

20. Naysimon (tub) bachadondan tashqari homiladorlikning asosiy sabablari:

1. kichik chanoq a‘zolarining surunkali yallig‘lanish kasalliklari;
2. genital infantilizm;
3. bachadon va uning qo‘shimchalari o‘smalari;
4. kichik chanoq a‘zolarida o‘tkazilgan operatsiyalar.

21. Bachadondan tashqari homiladorlik uchun xavf omillariga kirmaydi:

1. bachadon ichki kontratseptiv vositasidan foydalanish;
2. ekstrakorporal urug‘lantirish;

3. og‘iz orqali qabul qilinadigan kontratseptivlarni tartibsiz qo‘llash;
4. bachadon naychalarini “bog‘lash”;
5. bachadon naychalarida plastik operatsiyalar.

22. Bachadondan tashqari homiladorlikning homila tuxumi joylashuviga ko‘ra turlari:

1. naysimon homiladorlik;
2. qorin bo‘shlig‘i homiladorligi;
3. tuxumdon homiladorligi;
4. to‘g‘ri (1) va (2);
5. yuqoridagilarning barchasi.

23. Bachadondan tashqari homiladorlikning kam uchraydigan shakllari:

1. intraligamentar homiladorlik;
2. bachadonning rudimentar shoxida homiladorlik;
3. naysimon homiladorlik;
4. to‘g‘ri (1) va (2);
5. yuqoridagilarning barchasi to‘g‘ri.

24. Ektopik homiladorlikda homila tuxumining eng ko‘p implantatsiya qilinadigan joyi:

1. bachadon naychasining ampulyar qismi;
2. qorin pardasida;
3. tuxumdonda;
4. bachadon naychasining istmik qismi;
5. bachadon naychasining interstitsial qismi.

24. Quyidagi fikrlarning qaysilari ektopik homiladorlikka tegishli:

1. implantatsiya bachadon bo‘shlig‘idan tashqarida sodir bo‘ladi;
2. 98 % hollarda u bachadon naychasida joylashadi;

3. ona o'limiga sabab bo'lishi mumkin;
4. taxminan har 100–200 homiladorlikdan 1 tasida uchraydi;
5. bachadonning rudimentar shoxida joylashishi mumkin.

25. Naysimon homiladorlikning “tub abort” turi bo'yicha uzilishi ko'pincha quyidagi muddatda sodir bo'ladi:

1. 11–12 hafta;
2. 9–10 hafta;
3. 7–8 hafta;
4. 4–6 hafta.

26. Naychaning interstitsial qismida joylashgan homiladorlik odatda quyidagi muddatda uziladi:

1. 1–2 hafta;
2. 3–4 hafta;
3. 5–6 hafta;
4. 7–8 hafta;
5. yuqoridagilarning barchasi noto'g'ri.

27. Tub abort uchun xos simptomlar majmuasi:

1. qorin pastida og'riq, jinsiy yo'llardan qonli ajralmalar, hayzning kechikishi;
2. qorin pastida og'riq, ko'ngil aynishi, qusish;
3. qorin pastida og'riq, tana haroratining oshishi, titroq;
4. qorin pastida og'riq, bel sohasida og'riq, siyish paytida achishish.

28. Naysimon homiladorlik uchun quyidagilarning barchasi xos, bundan tashqari:

1. bachadon bo'yni shilliq qavatining sianotik rangi;
2. bachadon bo'yni kanalidan qonli ajralmalar;
3. bachadon bo'ynining assimmetriyasi;

4. qin orqa gumbazining bo‘rtib turishi;
5. hayzning kechikishi.

29. Bachadondan tashqari homiladorlik klinik jihatdan quyidagilarga o‘xshash:

1. boshlangan spontan abort;
2. to‘liq bo‘lmagan spontan abort;
3. kichik muddatli normal bachadon homiladorligi;
4. to‘g‘ri (1) va (2);
5. yuqoridagilarning barchasi to‘g‘ri.

30. Naysimon bachadondan tashqari homiladorlikning mumkin bo‘lgan oqibatlar:

1. bachadon naychasining yorilishi;
2. tub abort;
3. ikkilamchi qorin bo‘shlig‘i homiladorligining shakllanishi;
4. homiladorlikni oxirigacha olib borish.

31. Tub abortda quyidagilar mumkin:

1. bachadondan tashqarida gematoma hosil bo‘lishi;
2. peritubar gematoma hosil bo‘lishi;
3. gematosalpinks hosil bo‘lishi;
4. qorin bo‘shlig‘iga katta qon ketishi.

32. Bachadondan tashqari homiladorlik uzilganda odatda quyidagilar sodir bo‘ladi:

1. homila tuxumining nobud bo‘lishi;
2. siydikda XG (hCG) miqdorining kamayishi;
3. bachadon decidual qavatining ajralishi;
4. sut bezlarining taranglashuvi.

33. Uzilgan bachadondan tashqari homiladorlikning klinik belgilari quyidagilarga bog‘liq:

1. homila tuxumining joylashuvi;
2. uzilish turi (naycha yorilishi yoki tub abort);
3. homiladorlik muddati;
4. ayolning yoshi.

34. Tub abort simptomlari:

1. jinsiy yo'llardan kam miqdorda qonli ajralmalar;
2. qorin pastida va chov-soha (iliak)da og'riq;
3. vaginal tekshiruvda — qo'shimchalarning kattalashishi va og'riqliligi;
4. to'g'ri (2) va (3);
5. yuqoridagilarning barchasi to'g'ri.

35. Bachadon naychasining yorilishi turidagi buzilgan bachadondan tashqari homiladorlik odatda quyidagi simptomlar bilan kechadi:

1. qorin pastining bir tomonida to'satdan kuchli og'riq;
2. og'riqning yelkaga tarqalishi;
3. holsizlik, bosh aylanishi;
4. to'g'ri (1) va (3);
5. yuqoridagilarning barchasi to'g'ri.

36. Bachadon naychasi yorilganda quyidagilar kuzatilishi mumkin:

1. og'riqning orqa chiqaruv teshigi sohasiga tarqalishi;
2. og'riqning o'mrov usti (nadmoyuchitsa) sohasiga tarqalishi;
3. og'riqning kurak sohasiga tarqalishi;
4. faqat (1) va (2) to'g'ri;
5. yuqoridagilarning barchasi to'g'ri.

37. Tuxumdon apopleksiyasi uchun quyidagilarning barchasi xos, bundan tashqari:

1. qorin pastida to'satdan paydo bo'ladigan og'riqlar;

2. tashqi qon ketishining yoʻqligi;
3. homiladorlikka biologik reaksiyalarning manfiyligi;
4. qonda leykotsitlar sonining keskin oshishi;
5. qorin pardasi qoʻzgʻalish belgilarining uncha kuchli emasligi.

38. Tuxumdon apopleksiyasida klinik manzara quyidagilarga bogʻliq:

1. qon ketish xususiyatiga;
2. hamroh kasalliklar mavjudligiga;
3. ogʻriq sindromining darajasiga;
4. bemor yoshiga;
5. yuqoridagilarning barchasi notoʻgʻri.

39. Tuxumdon apopleksiyasi rivojlanishidan oldin koʻpincha kuzatiladigan patologik jarayon:

1. bachadon qoʻshimchalarining surunkali yalligʻlanishi;
2. tuxumdonning mayda kistoz oʻzgarishlari;
3. surunkali appenditsit;
4. surunkali gastrit;
5. yuqoridagilarning barchasi notoʻgʻri.

40. Tuxumdon apopleksiyasi rivojlanishi mumkin:

1. haddan tashqari jismoniy zoʻriqish natijasida;
2. yuqori jinsiy faollikda;
3. tinch holatda;
4. homiladorlik vaqtida;
5. yuqoridagilarning barchasi notoʻgʻri.

41. Tuxumdon apopleksiyasi koʻpincha quyidagi davrda yuz beradi:

1. ovulyatsiya davrida;

2. sariq tana vaskulyarizatsiyasi bosqichida;
3. Graaf pufagining yetilish davrida;
4. follikulalar atreziyasi davrida;
5. yuqoridagilarning barchasi noto'g'ri.

42. Tuxumdon apopleksiyasida qorin bo'shlig'iga sezilarli qon ketish bo'lsa, quyidagilar ko'rsatiladi:

1. laparotomiya, tuxumdon rezeksiyasi;
2. laparotomiya, tuxumdon yorilishini tikish;
3. shifokor kuzatuv, zarurat bo'lsa gemotransfuziya;
4. konservativ davolash: tinchlik, qorin pastiga sovuq qo'yish;
5. yuqoridagilarning hech biri.

43. Tuxumdon apopleksiyasi klinik tashxisi qo'yilgan bemorda operatsiyaga ko'rsatma:

1. anamnezda qo'shimchalar yallig'lanishi;
2. anamnezda tuxumdon disfunktsiyasi;
3. og'riq sindromi;
4. qorin ichiga qon ketishi.

44. Tuxumdon apopleksiyasi klinikasi uchun xos:

1. o'tkir boshlanish;
2. og'riqning orqa chiqaruv teshigiga tarqalishi;
3. hayz sikli bilan bog'liqlik;
4. jinsiy yo'llardan qonli ajralmalar.

45. Tuxumdon apopleksiyasi sabab operatsiya qilingan bemorni reabilitatsiya qilish quyidagilarni o'z ichiga oladi:

1. umumiy mustahkamlovchi davolash;

2. kompleks yallig'lanishga qarshi davolash;
3. tuxumdon gormonal funksiyasini tuzatish;
4. surunkali infeksiya o'choqlarini sanatsiya qilish.

46. Tuxumdon apopleksiyasi tashxisini aniqlashtirish usullari:

1. qinning orqa gumbazini diagnostik punksiya qilish;
2. ultratovush tekshiruvi;
3. umumiy qon tahlili;
4. laparoskopiya.

47. Bachadonni zond bilan perforatsiya qilishda konservativ davolash mumkin:

1. qon ketish bo'lmaganda;
2. qorin pardasi qo'zg'alish belgilari bo'lmaganda;
3. puls me'yorida bo'lganda;
4. ayolning umumiy holati qoniqarli bo'lganda;
5. yuqoridagilarning barchasida.

48. Sun'iy abort vaqtida bachadon perforatsiyasida laparotomiya ko'rsatilmaydi:

1. to'liq bo'lmagan noshifoxona abortda;
2. bachadon zond bilan perforatsiya qilinganda va og'riq hamda qon ketish bo'lmaganda;
3. kyuretk (abort qisqichi) kiritilgandan keyin perforatsiya aniqlanganda;
4. bachadon bo'yni orqali ichak halqasi yoki omentum chiqib kelgani aniqlanganda.

49. Tuxumdon o'smasi oyoqchasining burilishi ko'pincha quyidagilar natijasida yuz beradi:

1. tana holatining keskin o'zgarishi;
2. og'ir yuk ko'tarish;
3. to'g'ri ichak ampulasining tez bo'shishi;

4. tugʻruqdan keyin bachadon involyutsiyasi.

50. Tuxumdon oʻsmasi oyoqchasining burilishi quyidagicha boʻlishi mumkin:

1. toʻliq;
2. qisman;
3. takroriy;
4. yuqoridagilarning barchasi toʻgʻri;
5. yuqoridagilarning barchasi notoʻgʻri.

VAZIYATLI MASALALAR

- 1) 25 yoshli ayol statsionarga ikki hafta oldin hayzi toʻxtaganiga, jinsiy yoʻllardan qora qonli ajralma kelayotganligiga, qorin pastida kuchli ogʻriqqa, ogʻriqning toʻgʻri ichakka tarqalishiga, pastga dardsimon tiqilishga shikoyat qilib keldi. Homiladorlik testi musbat. Ginekologik koʻrik vaqtida bimanual koʻrilganda bachadon boʻynida yumshoq hosila borligi, bachadon boʻyni bochkasimon kattalashgan, qimirlatilganda kuchli ogʻriq kuzatiladi. Koʻzgularda qin va bachadon boʻyni koʻkintir tusda. Bachadon boʻyni bochkasimon kattalashgan. Tashxis? Taktikalar?
- 2) 25 yoshli bemor qorin pasti sohasidagi, koʻproq chap yonbosh sohasidagi ogʻriqlarga, ogʻriqning toʻgʻri ichakka tarqalishiga shikoyat qilib keldi. Teri rangi oqargan. Ogʻriq jinsiy aloqadan keyin kuchaygan. Qorin paypaslanganda chap yonbosh sohasida qoʻlga seziladigan, gʻoz tuxumi kattaligidagi harakatchan hosila aniqlanadi. UTTda chap yonbosh sohasida 90x100mm gomogen hosila aniqlandi. Tashxis? Taktikalar?
- 3) Bemor 31 yoshda, qorinda kuchli ogʻriq, bosh aylanishi, koʻngil aynishi, holsizlikka shikoyat qilib keldi. Anamnezidan tez-tez tuxumdon kistasi bilan davolanib kelgan. Hayzi ham buzilgan, polimenorreya tipida. Qorinda kuchli ogʻriq boʻlib, toʻgʻri ichakga irradiatsiya beradi, mushaklar tarangligi oshgan. QB tushgan, Ps tezlashgan. Teri rangi oqargan. “Kulinkamfa” simptomi musbat. UTTda gemoperitonium 300 ml. Tashxis? Taktikalar?
- 4) Turmushga chiqmagan qiz qorin pasti sohasidagi, koʻproq oʻng yonbosh sohasidagi

og'riqlarga, og'riqning to'g'ri ichakka tarqalishiga shikoyat qilib keldi. Og'ir yuk ko'targandan keyin og'riq kuchaygan. Teri rangi oqargan. Qorin paypaslanganda chap yonbosh sohasida qo'lga seziladigan, g'oz tuxumi kattaligidagi harakatchan hosila aniqlanadi. UTTda o'ng yonbosh sohasida 90x80mm gomogen hosila aniqlandi. Tashxis? Taktikalar?

- 5) Qiz bola o'ng yonbosh sohasida birdan paydo bo'lgan kuchli og'riqqa, bosh aylanishi, ko'ngil aynishi, holsizlikka shikoyat qilib keldi. Og'riqni og'ir yuk ko'tarish bilan bog'laydi. So'zidan hayzi vaqtida kelgan. Hayzining 14 – kuniga to'g'ri keladi. Ob'ektiv ko'rganda, teri rangi oqargan, Ps tezlashgan, 1 minutda 120ta, QB 90/60 mm. sim. us. Qorin o'ng yonbosh sohasida kuchli og'riq, mushaklar tarangligi oshgan. Kulinkamfa simptomi musbat. UTTda gemoperitonium 100 ml. Tashxis? Taktikalar?
- 6) 25 yoshli ayol stasionarga ikki hafta oldin hayzi to'xtaganiga, jinsiy yo'llardan qora qonli ajralma kelayotganligiga, qorin pastida kuchli og'riqqa shikoyat qilib keldi. Homiladorlik testi musbat. Ginekologik ko'rik vaqtida bimanual ko'rilganda bachadon yonida yumshoq hosila borligi, bachadon bo'yni qimirlatilganda kuchli og'riq, orqa gumbaz osilgan, qalpoqcha simptomi musbat. Ko'zgularda qin va bachadon bo'yni ko'kimtir tusda. Tashxis? Taktikalar?
- 7) Bemor U., 26 yosh, 15-oktabr kuni ginekologiya bo'limiga 10-oktabrdan buyon jinsiy yo'llardan oz-ozdan qonli ajralmalar, o'ng yonbosh (iliak) sohada davriy og'riqlar, bosh aylanishi shikoyatlari bilan murojaat qilgan. Oxirgi hayzi 6-sentabrda bo'lgan. Ko'zgular yordamida ko'rikda bachadon bo'yni shilliq qavatining yengil sianozi aniqlangan, bachadon bo'ynining tashqi og'zidan to'q rangli qonli ajralmalar kelmoqda. Ikki qo'llab ginekologik tekshiruvda bachadon biroz kattalashgan, yumshagan, oldinga siljirilganda og'riqli. Chap qo'shimchalar o'zgarmagan. O'ng tomonda va bachadon orqasida paypaslaganda xamirsimon konsistensiyali, kattalashgan va og'riqli qo'shimchalar aniqlanadi. Qin gumbazini paypaslaganda o'rtacha og'riqlilik kuzatiladi. **Tashxis? Taktika?**
- 8) Bemor L., 25 yosh, ginekologiya bo'limiga 2 hafta davomida qorin pastida og'riqlar va jinsiy yo'llardan uzoq davom etayotgan qoramtir-qonli surtiluvchi

ajralmalar shikoyati bilan murojaat qilgan. Oxirgi hayzi 8 hafta oldin bo'lgan. O'zini homilador deb hisoblagan va homiladorlikni saqlashdan manfaatdor. Qabul vaqtida umumiy holati qoniqarli. Puls 76 zarba/min, ritmik, qoniqarli to'lish va taranglikda. Arterial bosim 120/80 mm sim.ust. Qorin paypaslanganda pastki qismlarida og'riqli, qorin pardasi qo'zg'alish belgilari yo'q. Ko'zgular bilan ko'rikda: qin va bachadon bo'yni shilliq qavati sianotik. Bachadon bo'yni konussimon shaklda, toza. Ajralmalar qoramtir-qonli, surtiluvchi. Vaginal tekshiruvda: qin tug'magan ayolga xos. Bachadon bo'yni konussimon, tashqi og'zi yopiq. Bachadon tanasi 5–6 haftalik homiladorlikka mos, biroz yumshagan, og'riqsiz. O'ng qo'shimchalar bitishmalar tufayli aniq paypaslanmaydi, soha og'riqsiz. Chap tomonda bachadon orqasida notekis shaklli, og'riqli, o'lchami 12×10 sm bo'lgan hosila paypaslanadi. Qin orqa gumbazini paypaslash keskin og'riqli. **Tashxis? Taktika?**

9) Bemor M., 28 yosh, ginekologiya bo'limiga to'satdan paydo bo'lgan qorin pastidagi keskin og'riqlar shikoyati bilan murojaat qilgan. Qisqa muddatli hushdan ketish holati kuzatilgan. Oxirgi hayzi 2 hafta oldin bo'lgan. Obyektiv: holati o'rtacha og'irlikda. Teri va ko'rinadigan shilliq qavatlar oqarib ketgan. Puls 120 zarba/min, ritmik, qoniqarli xususiyatda. Arterial bosim 90/50 mm sim.ust. Qorin paypaslanganda oldingi qorin devori biroz tarang, Shchyotkin–Blyumberg simptomi kuchsiz ijobiy. Ko'zgular bilan ko'rikda: qin shilliq qavati o'zgarmagan. Bachadon bo'yni silindrsimon shaklda, toza. Ajralmalar och rangli, shilliq. Vaginal tekshiruvda: qin tug'ruq qilgan ayolga xos. Bachadon va qo'shimchalarni paypaslash keskin og'riq va qorin devori mushaklarining tarangligi sabab qiyin. Qin orqa gumbazini paypaslash og'riqli. **Tashxis? Taktika?**

10) Bemor Z., 38 yosh, klinikaga qorin pastida doimiy og'riq, bel sohasiga tarqaluvchi og'riq va tana haroratining 38°C gacha ko'tarilishi shikoyatlari bilan yotqizilgan. Obyektiv: puls 104 zarba/min, ritmik, qoniqarli to'lish va taranglikda. Tana harorati 39,4°C. Qorin dam bo'lgan, nafas olishda ishtirok etadi, paypaslanganda pastki qismlarida biroz tarang va og'riqli. Shu sohada qorin pardasi qo'zg'alish simptomlari aniqlanadi. Ko'zgular bilan ko'rikda: bachadon

bo'yni va qin shilliq qavati toza. Bachadon bo'yni kanalidan yiringli ajralmalar kelmoqda. Vaginal tekshiruvda: qin tug'magan ayolga xos. Bachadon bo'yni konussimon, tashqi og'zi yopiq. Bachadon tanasi kuchli og'riq sabab aniq aniqlanmaydi. Chap qo'shimchalar paypaslanmaydi, soha og'riqsiz. O'ng tomonda va bachadon orqasida 12×7 sm o'lchamli, zich, notekis, harakatchanligi keskin cheklangan, og'riqli hosila aniqlanadi. **Tashxis? Taktika?**

TAVSIYA ETILGAN ADABIYOTLAR

1. Ayupova F.M., Ikhtiyarova G.A., Ataniyazova O.A., Rakhmatullaeva M.M., Nasirova F.J., Ashurova N.G., Asranqulova D.B., Matrizaeva G.J. Akusherlik va ginekologiya. Darslik. 2020 y.
2. Aupova F.M., Jabbarova Y.Q. "Ginekologiya". Darslik. - Toshkent. "Mehridare" nashriyoti. 2015 y.
3. Ginekologiya: darslik / B. I. Baisova; G. M. Saveleva, V. G. Breusenko tomonidan tahrirlangan. - 4th yed., qayta chop.. Moskva: GEOTAR-Media. - 2022. - 432 b.
4. Reproktiv salomatlik (Elektron darslik) Kattaxodjayeva M.X., Suleymanova N.J., Nazirova M.U. Toshkent 2022y.
5. DC Dutta's "Obstetrics". Textbook. Including Perinatology and Contraception. Enlarged & Revised Reprint of Seventh Edition. 2022.
6. Klinik tavsiyalar. Akusherlik va ginekologiya. - 4th yed., qayta chop.. yed. Serov va G. T. suxix, Moskva: GEOTAR-Media, 2018.
7. Ginekologiya. Milliy ko'rsatmalar. G. M. Saveleva, G. T. suxix, V. N. Serov, I. B. Manuxin, va V. E. Radzinskiy tomonidan tahrirlangan. Geotarmedia. 2017, 1048s.

QO‘SHIMCHA ADABIYOTLAR

1.Radzinskiy V. Ye., Ginekologiya [Yelektron resurs] / yed. V. Ye. Radzinskiy, A. M. Fuchs - M. : GEOTAR-Media, 2016 yil. - 1000 Bilan. - ISBN 978-5-9704-4249-4 – Kirish rejimi:

<http://shshsh.studmedlib.ru/book/ISBN9785970442494.html>

2.Ginekologiya bo‘yicha milliy qo‘llanma: qisqacha nashr / yed. G. M. Saveleva. – M.: GEOTAR-Media, 2015. – 704 b.

3. Gary Cunningham, Kenneth J. Leveno. " Williams OBSTETRICS ". Textbook. - USA. 24th edition. McGraw-Hill Education ". 2024

4. Steven G. Gabbe, Jennifer R. Niebyl. " Obstetrics Normal and Problem Pregnancies ". Tutorial. - Churchill Livingstone, an imprint of Elsevier Inc ". 2022



**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI
SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
TOSHKENT DAVLAT TIBBIYOT
UNIVERSITETI**

NASHR RUXSATNOMASI



**O'QUV ADABIYOTINING
NASHR RUXSATNOMASI**

O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi
Toshkent davlat tibbiyot universiteti rektorining 2026 - yil
8-maydagi 1970- sonli buyrug'iga asosan

A.T.Safarov, L.A.Safarova, G.N.Indiaminova
(muallif(lar) familiyasi, ismi, sharifi)

70910203 – Akusherlik va ginekologiya
(ta'lim yo'nalishi (mutaxassisligi))

ta'lim yo'nalishi ning

talabarlari uchun tavsiya etilgan

Akusherlik va ginekologiya. Ginekologiyada o'tkir qorin
(o'quv adabiyotining nomi va turi: darslik, o'quv qo'llanma)

O'quv qo'llanma ga

**O'zbekiston Respublikasi Vazirlar Mahkamasi
tomonidan litsenziya berilgan nashriyotlarda nashr
etishga ruxsat berildi.**

Rektor Sh.A.Boymuradov
(imzo)



Ro'yxatga olish raqami
2026-201





O'zbekiston Milliy
kutubxonasi

№ 3622-766a-2fd0-3612-4e00-1441-1423
Hujjat yaratilgan sana: 2026-06-15
Ariza raqami: 300422262

Hujjat berilgan: "MUTAFAKKIR" MAS'ULIYATI
CHEKLANGAN JAMIYAT
STIR: 307818257

**Nashrlarga kitobning ISBN xalqaro standart tartib raqamini berish
MA'LUMOTNOMASI**

O'zbekiston Respublikasi Vazirlar Mahkamasining "Axborot-kutubxona sohasida davlat xizmatlari ko'rsatishning ayrim ma'muriy reglamentlarini tasdiqlash to'g'risida"gi 2023-yil 1-may 176 - sonli qarori talablari asosida kitob mahsulotiga quyidagi ISBN xalqaro standart tartib raqami belgilash uchun taqdim etildi:

Muallif	Kitob nomi	Kitob janri	Kitob chop etiladigan til	Kitob hajmi	Kitob adadi	Berilgan ISBN tartib raqami
Safarov A.T., Safarova L.A., Indiaminova G.N.	AKUSHERLIK VA GINEKOLOGIYA. GINEKOLOGIYADA O'TKIR QORIN.	o'quv qo'llanma	O'zbek tili lotin yozuvida	121	2	978-9910-227-76-9

TOSHBKOVA RAHIMA FARXOD QIZI

Mazkur hujjat Vazirlar Mahkamasining 2017 yil 15 sentyabrdagi 728-son qaroriga muvofiq Yagona interaktiv davlat xizmatlari portalida shakllantirilgan elektron hujjatning nusxasi bo'lib, davlat organlari tomonidan ushbu hujjatni qabul qilishni rad etishlari qat'iyan taqiqlanadi. Hujjat haqiqiylikini repo.gov.uz veb-saytida hujjatning noyob raqamini kiritib yoki mobil telefon yordamida QR- kodni skaner qilish orqali tekshirish mumkin.

5498





Ўзбекистон Миллий
кутубхонаси

№ 1199-246a-27b9-6d77-41a3-2172-2652
Хужжат яратилган сана: 2026-06-09
Ариза рақами: 297982553

Хужжат берилган: "MUTAFAKKIR" MAS'ULIYATI
CHEKLANGAN JAMIYAT
СТИР: 307818257

**Нашрларга кутубхона классификация индексларини бериш бўйича давлат хизматлари
кўрсатганлик тўғрисида маълумотнома**

Универсал ўнлик классификация (УЎК) индекси	Муаллифлик белгиси	Библиографик тавсиф
618.2(075.8)	S 34	Safarov, A. T. Akusherlik va ginekologiya. Ginekologiyada o'tkir qorin [Matn] : o`quv qo`llanma / A. T. Safarov, L. A. Safarova, G. N. Indiaminova. - Toshkent : Mutafakkir, 2026. - 121 b.

ZUPAROVA NILUFAR TOLKUNOVNA

Мазкур хужжат Вазирлар Маҳкамасининг 2017 йил 15 сентябрдаги 728-сон қарорига мувофиқ Ягона интерактив давлат хизматлари порталида шакллантирилган электрон хужжатнинг нусхаси бўлиб, давлат органлари томонидан ушбу хужжатни қабул қилишни рад этишлари қатъиян тақиқланади. Хужжат ҳақиқийлигини go.gov.uz веб-сайтида хужжатнинг ноёб рақамини киритиб ёки мобил телефон ёрдамида QR- кодни сканер қилиш орқали текшириш мумкин.

9100





Ўзбекистон Миллий
кутубхонаси

№ 7011-406a-27b9-b871-73a5-7166-3398
Хужжат яратилган сана: 2026-06-09
Ариза рақами: 297981453

Хужжат берилган: "MUTAFAKKIR" MAS'ULIYATI
CHEKLANGAN JAMIYAT
СТИР: 307818257

**Нашрларга кутубхона классификация индексларини бериш бўйича давлат хизматлари
кўрсатганлик тўғрисида маълумотнома**

Кутубхона-библиографик классификация (КБК) индекси	Муаллифлик белгиси	Библиографик тавсиф
57.15ya73	S 34	Safarov, A. T. Akusherlik va ginekologiya. Ginekologiyada o'tkir qorin [Matn] : o'quv qo'llanma / A. T. Safarov, L. A. Safarova, G. N. Indiaminova. - Toshkent : Mutafakkir, 2026. - 121 b.

ZUPAROVA NILUFAR TOLKUNOVNA

Мазкур ҳужжат Вазирлар Маҳкамасининг 2017 йил 15 сентябрдаги 728-сон қарорига мувофиқ Ягона интерактив давлат хизматлари порталида шакллантирилган электрон ҳужжатнинг нусхаси бўлиб, давлат органлари томонидан ушбу ҳужжатни қабул қилишни рад этишлари қатъиян тақиқланади. Ҳужжат ҳақиқийлигини gero.gov.uz веб-сайтида ҳужжатнинг ноёб рақамини киритиб ёки мобил телефон ёрдамида QR- кодни сканер қилиш орқали текшириш мумкин.

7439



Bosishga ruxsat etildi: 16.06.2026
Qog'oz bichimi: 60x84 1/16
Shartli bosma tabog'i: 8.25
Ushbu kitob muallifning o'zi foydalanishi uchun
"Mutafakkir" nashriyoti bosmaxonasida chop etilgan.