

F. M. Ayupova, Yu. Q. Djabbarova

GINEKOLOGIYA

(darslik)

Oliy va o'rta, maxsus, kasb- hunar ta'limi ilmiy-uslubiy va o'quv-uslubiyot birlashmalari faoliyatini muvofiqlashtiruvchi kengash tomonidan nashrga tavsiya etildi

A 95

Ayupova F. M. , Yu. Q. Djabbarova A 95 Ginekologiya: Darslik/. -T.: Mexridaryo, 2010. - ?.

BBK 57. 1ya73

Kitobda ayollar jinsiy a'zolarining asosiy kasalliklari tog'risida ma'lumotlar berilgan. Ginekologik kasalliklar etiologiyasi, patogenezi , davolash va oldini olish usullari bilan bir qatorda amaliy ko'nikmalar, masalalar, o'rgatuvchi testlar, nazorat savollari va rasmlar kiritilgan.

Ushbu darslik tibbiyot oliy o'quv yurtlari 4-7 kurs talabalari uchun mo'l-jallangan. Umumiy amaliyot shifokorlari, aspirantlar va rezidentlar ham foy-dalanishi mumkin.

Retsenzentlar: t. f. d. , prof. M. X. Kattaxodjayeva
t. f. d. , prof. D. K. Najmutdinova

Ayupova F. M. , Yu. K. Djabbarova Ginekologiya: Darslik

Muharir: Akmal Kamolov.

Kompyuterda sahifalovchi: D. Bogomolov. , V. Popov.

Mexridaryo MChJ

Bosishga ruxsat etildi. Bichimi Nashr tabog'i Shartli bosma tabog'i Adadi 550 nusxa. Bahosi shartnoma asosida.

№ 240- 2006 Alisher Navoiy nomidagi O`zbekiston Milliy kutubxonasi.

© Mexridaryo MChJ

GINEKOLOGIYA FANINING O'ZBEKISTONDA QISQACHA TARIXI

Ginekologiya grekcha so'z bo'lib gines-ayol, logos-fan degan ma'noni anglatadi. Ginekologiya-ayol organizmi uchun xos anatomik va fiziologik xususiyatlarini, jinsiy a'zolarining kasalliklarini, ularni davolash hamda oldini olish yo'llarini o'rgatadi.

Ginekologiyaning yana bir bo'limi homiladorlik va tug'ruq bilan bog'liq bo'lgan fiziologik va patologik jarayonlarni o'rgatuvchi akusherlikdir.

Ginekologiya umumiy va maxsus bo'limlardan iborat. Ginekologiyaning umumiy bo'limi ayol jinsiy azolari kasalliklarining belgilari, ularni aniqlash, umumiy tekshirish usullari kasalliklarning oldini olish hamda ularni davolash yo'llarini o'rgatsa, xususiy ginekologiya-kasalliklarning kechishi, belgilari, ularni aniqlash yo'llari, davolash hamda kasalliklarning oldini olishni o'rgatadi.

Ginekologiya tibbiyotning ko'pgina boshqa sohalarini – anatomiya, gistologiya, patologik va topografik anatomiya, patologik fiziologiya, immunologiya, mikrobiologiya va virusologiya, nefrologiya, anesteziologiya hamda reanimatologiya, xirurgiya, terapiya, endokrinologiya kabi fanlar bilan chambarchas bog'liq. Keyinchalik o'smirlar ginekologiyasi, endokrinologik kasalliklarni operativ va nooperativ yo'llar bilan davolash hamda onkologiya kabilari ginekologiyadan ajralib chiqdi.

Ginekologik kasalliklarni aniqlashda rentgen nurlari, ultratovush, endoskopiya, patomorfologik, gormonal, sitologik, bakteriologik va boshqa usullar keng qo'llaniladi. Ginekologik kasalliklarni davolashda jarrohlik va dori-darmonlar yordamida davolash, fizikaviy metodlar, sanator-kurort, parhez ovqat, badantarbiya, krio -va lazer nurlari bilan davolash usullari qo'llaniladi.

Ayollar kasalliklari to'g'risida qisqacha ma'lumotlarni Hindiston, Misr va Yunoniston qo'lyozmalarida uchratish mumkin. Tibbiyot ilmining bobokaloni buyuk mutafakkir Abu Ali ibn Sino o'zining 1012-1023 yillarda bitilgan «Tib qonunlari»da ayollar kasalliklarining ba'zi bir turlari haqida fikr yuritadi.

Ginekologiya fani faqatgina XIX asr oxirlarida mustaqil fan sifatida ajralib chiqdi. Birinchi ayollar kasalliklarini davolovchi bo'limlar Sankt Peterburgda (1842y) va Moskvada (1875y) ochildi Rossiyada 1858 yilda A. A. Kiterning «Ayollar kasalliklarini o'rganish to'g'risida qo'llanma»si nashr etildi. Rossiyada ginekologiya rivojiga olimlardan A. Ya. Krassovskiy (1821-1898), V. F. Snegirev (1847-1916), K. F. Slavyanskiy (1847-1898) katta hissa qo'shdilar.

Ginekologiya faniga asos solgan yana bir guruh olimlar D. O. Ott (1855-1929), V. S. Gruzdev (1866-1938), A. Z. Mandelshtamm (1894-1984), K. K. Skrobanskiy (1874-1946), I. F. Jordania (1895-1962), V. I. Bodyajina (1904-1987) kabilardir.

O'zbekistonda ayollarda uchraydigan bepushtlik (A. A. Shoroxova va boshqalar), bachadonda qon va limfa aylanishi xususiyatlari A. A. Shoroxova (1944-1946) hamda bachadonning taraqqiy etishi kabi muammolar to'g'risida ilmiy ishlar olib borilgan. Ginekologiya fanining taraqqiyotiga katta hissa qo'shgan olimlardan biri Toshkent meditsina instituti akusherlik va ginekologiya kafedrasining mudiri professor Abram Aronovich Kogandir. Olimning izlanishlari ayollar jinsiy a'zolari kasalliklarida nerv sistemasining ahamiyati, klimaks, rakning organizm bo'ylab tarqalishi va menopauza kabi masalalarga qaratilgan. Ginekologlar ish jarayonida ko'p qo'llaniladigan

quyidagi belgilar: bachadon tashqarisida yuzaga kelgan homiladorlikda «qalpoqcha» va «to'siq» simptomlari A. A. Kogan tomonidan taklif qilingan.

Jinsiy a'zolarining faoliyati buzilishi natijasida kuzatiladigan qon ketish, bachadon o'smalari, bachadon naylari faoliyatining buzilishidan yuzaga kelgan bepushtlik, bachadon bo'yni kasalligi, yo'ldoshning xorionepitelioma kasalligi, tuxumdonlar olib tashlangandan so'ng yuzaga kelgan kasalliklarning taraqqiy etishi va ularni davolash, zaharli ximikatlar va ishlab chiqarishdagi vibratsiya, brutsellyoz kabilarning ayol organizmiga ta'sirini o'rganish ham A. A. Kogan rahbarligi ostida olib borilgan. Bundan tashqari, olim tomonidan homiladorlikdan muhofaza qilishning yangi operativ usuli ham yaratildi.

O'zbekistonda tibbiyot fanining rivojlanishiga barakali hissa qo'shgan iqtidorli olim va ajoyib pedagog A. A. Kogan Respublikamizda mahalliy kadrlarni yetishtirish sohasida katta ishlarni amalga oshirdi. Respublikamizda xizmat ko'rsatgan fan arbobi, meditsina fanlari doktori, professor A. A. Kogan, professor A. A. Qodirova va dotsent O. K. Mirsogatov bilan hamkorlikda tibbiyot bilim yurtlarida ta'lim olayotgan o'quvchilar uchun «Akusherlik» nomli katta darslik tayyorladi. Bu kitob 1960 yili Sog'liqni saqlash Vazirligining davlat meditsina nashriyoti tomonidan chiqarildi. Darslikni nashrga tayyorlashda atoqli akusher-ginekologlardan Z. M. Jamolova, S. A. Ismoilova, F. Ye. Kalnitskaya, M. Mamedova, A. Ye. Manulkin, X. S. Umarova, N. M. Musabekova va Z. M. Rasuliy yaqindan yordam berdilar. Samarqandda akademik I. Z. Zokirov rahbarligida tuxumdon va bachadon o'smalari muammosi hal etildi. Andijon tibbiyot institutida respublikamizning ba'zi bir kurortlaridagi balneologik va fizik omillarning ayollar jinsiy a'zolari kasalliklarining kechishiga ta'siri o'rganildi (prof. F. N. Gubaydullina.)

Ginekologiya fanidagi yangiliklar va yechilmagan masalalar O'zbekiston akusher-ginekologlarining birinchi – oltinchi anjumanlarida keng muhokama qilindi (1971-2003).

Akusherlik va ginekologiya ixtisosligi bo'yicha mutaxassislar Respublika tibbiyot institutlarida tayyorlanadi, 4-5 kurs talabalariga shu fanlardan chuqur bilim beriladi, 7 kursdan keyin akusher-ginekologiyadan magistraturada o'qish mumkin, magistrlar yirik tug'ruqxonalarda yuqori malakali mutaxassislar bo'lib ishlab kelmoqdalar.

Yurtimizda mutaxassislarni tayyorlash va ularning bilimlarini oshirish uchun 16 ta maxsus kafedra, O'zbekiston Respublika Sog'liqni saqlash vazirligi qoshidagi Akusherlik va ginekologiya ilmiy tekshirish instituti va uning 4 ta filiali ishlab turibdi.

Ginekologiya-endokrinologiya sohasida O'zbekiston akusherlik va ginekologiya ilmiy tekshirish institutining xodimlari (prof. Kurbanov D. D., prof. Sodiqova M. Sh.) hissalarini qo'shishmoqda. Ular tomonidan bo'qoq bezi kasalliklarining jinsiy a'zolar faoliyatiga ta'siri o'rganilmoqda. Shu kasallikka chalingan ayollarda homiladorlikdan saqlanishning ilmiy jihatdan asoslab berilgan turlari taklif qilingan.

So'ngi yillar mobaynida oilani sog'lomlashtirish ishlari keng ko'lamda olib borilayapti. Kutilmagan homiladorliklarning oldini olish uchun qo'llaniladigan vositalardan foydalanish natijasida onalar va bolalar o'limi ko'rsatkichlari ancha pasaydi.

AYOLLAR JINSIY A'ZOLARINING ANATOMIYASI

Maqsad. Ayollarning tashqi va ichki jinsiy a'zolari anatomiyasini bilish.

Vazifalar.

1. Tashqi jinsiy a'zoldan qov, katta va kichik jinsiy lablar, klitor, qin dahlizi, qizlik pardasidan iboratligini bilish.
2. Ichki jinsiy a'zoldan qin, bachadon, bachadon naylari va tuxumdonlar tuzilishini bilish.
3. Jinsiy a'zolarining boylam apparatini o'rganish.
4. Jinsiy a'zolarining qon, limfa tomirlari va nerv sistemalarini bilish.

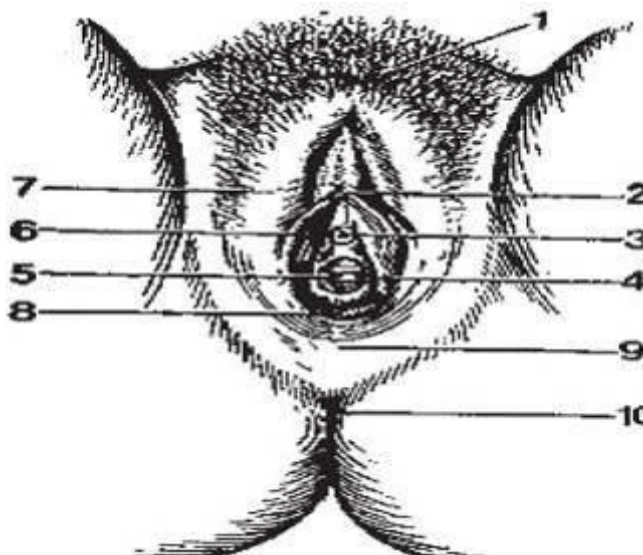
Ayollar jinsiy a'zolarini tashqi va ichki a'zoga ajratish rasm bo'lgan. Tashqi jinsiy a'zolarga qov, katta va kichik jinsiy lablar, klitor, qin dahlizi, qizlik pardasi kirs, ichki jinsiy a'zolarga qin, bachadon, bachadon naylari va tuxumdonlar kiradi.

Tashqi jinsiy a'zolar

Qov teri osti kletchatkasiga boy bo'ladigan, voyaga yetgan davrda jun bilan qoplanib, asosan yuqoriga qarab turadigan uchburchak shakldagi sohadir.

Katta jinsiy lablar ikkita teri burmasidan hosil bo'lgan, bularda yog' kletchatkasi, yog' va ter bezlari bo'ladi.

(1-rasm) Oldingi va orqa tomonda ular oldingi va dahliz bitishmalar bilan bir-biriga qo'shilgan. Katta jinsiy lablar jinsiy yoriq bilan bir-biridan ajralib turadi. Katta jinsiy lablar pastki uchdan bir dahliz bag'rida qin dahlizining katta-katta bezlari joylashgan, vestibulyar bezlar deb shularga aytiladi, bu bezlardan



1 – Rasm. Ayol tashqi jinsiy a'zolarining tuzilishi.

1. Qov
2. Klitor
3. Uretra
4. Qizlik pardasi
5. Qinga kirish qismi
6. Kichik jinsiy labi
7. Katta jinsiy labi
8. Qizlik pardasi
9. Oraliq
10. Anus.

ishlanib chiqadigan ishqoriy sekret qinga kirish yo'lini namlab turadi va urug' suyuqligini suyultirib beradi. Bu bezlarning chiqarish yo'llari kichik jinsiy lablar bilan qizlik pardasi o'rtasidagi egatchada ochiladi.

Kichik jinsiy lablar ham ikkita teri burmachalaridan iboratdir, bular shilliq parda ko'rinishida bo'lib, katta jinsiy lablardan ichki tomonda joylashgan. Normada jinsiy yoriq yumilib turadi va qinga infeksiya o'tishi va qurib qolishdan saqlaydi.

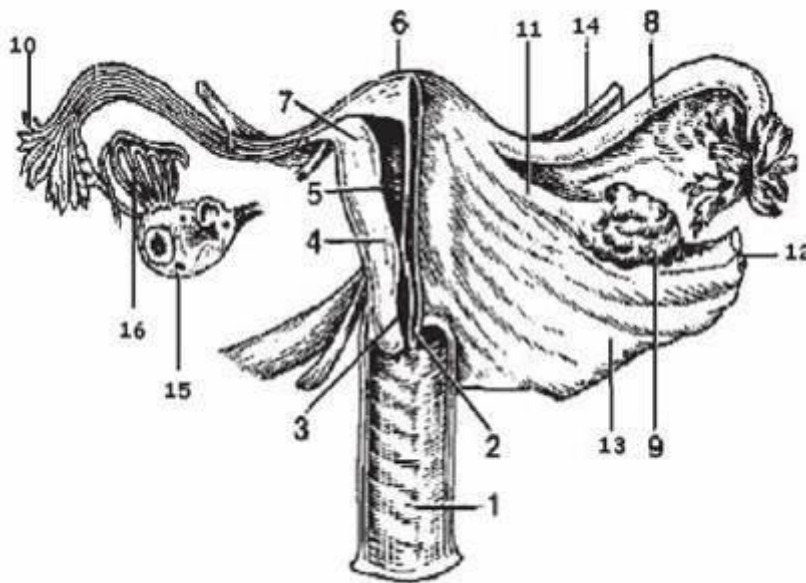
Klitor jinsiy yoriqning oldingi burchagida joylashgan, qon tomirlari va nerv chigallari bilan mo'l-ko'l ta'minlangan, ikkita g'orsimon tanadan tuzilgan.

Qin dahlizi kichik jinsiy lablar bilan cheklangan bo'shliqdir. Siydik chiqarish kanalining tashqi teshigi, dahliz katta bezlarining chiqarish yo'llari, qinga kirish yo'li shunga ochiladi.

Qizlik pardasi tashqi va ichki jinsiy organlarni bir-biridan ajratib turadigan biriktiruvchi to'qimadan iborat yupqa to'siqdir. Bu parda halqasimon, yarimoysimon, tishsimon, kuraksimon shaklda bo'ladi. Birinchi jinsiy aloqa mahalida qizlik pardasi yirtilib, har xil darajada qon ketadi. Bu pardaning qoldiqlari gimenal so'rg'ichlar deb ataladi, tug'ruq mahalida yana yorilganidan keyin qolganlari mirtasimon so'rg'ichlar deb ataladi.

Ichki jinsiy a'zolar

Qin voyaga yetgan ayolda uzunligi 8-10 sm keladigan muskul va fibroz to'qimadan iborat naydir. U qinning oldingi, orqa, yon tomondagi o'ng va chap gumbazlari tafovut qilinadi. Hammasidan chuqurroq bo'ladigan orqa gumbazida qin suyuqligi, jinsiy aloqa vaqtida esa urug` suyuqligi to'planadi.



2-rasm. Ayolning ichki genital a'zolari tuzilishi.

- 1-Qin 2 –Bachadon bo'yni 3 – Servikal kanal 4 – Bachadonning ichki og`zi. 5 – Bachadon bo'shlig`i 6 – Bachadon tubi. 7 – Bachadon mushaklari. 8 – Bachadon naychasi 9. – Tuxumdon 10 – Naychaning fimbriyalari. 11 –

Qin devorlari shilliq parda, muskul qatlami va o'rab turuvchi kletchatkadan tashkil topgan. Qinning shilliq pardasi ko'p qavatli yassi epiteliy bilan qoplangan, pushti rangda bo'ladi va tug'ruq mahalida qinning cho'zilishini ta'minlab beradigan bir talay ko'ndalang burmalardan iborat. Qin bo'shlig'ida kislota reaksiyali bo'lishi qin batsillalari yoki Dederleyn tayoqchalari hayot faoliyati davomida hosil bo'ladigan sut kislotaga bog'liqdir. Ular qin shilliq pardasidagi epiteliy hujayralarining glikogeni sut kislotaga qadar parchalaydi.

Bachadon silliq muskullardan tuzilgan noksimon shakldagi ichi bo'sh a'zo bo'lib, oldingi-orqa yunalishda bir oz yassilangan. (2-rasm)

Uning tanasi, bo'yinchasi va bo'yni tafovut etiladi. Tanasining qavariq bo'ladigan ustki qismi bachadon tubi deb ataladi. Bachadon bo'shlig'i uchburchak shaklida bo'lib, ustki burchaklariga bachadon naylarining teshiklari ochiladi. Pastki tomonda bachadon bo'shlig'i torayib, bachadon bo'yinchasiga (bachadon tanasi bilan bo'yini o'rtasidagi bo'ladigan qismiga, uzunligi 1 sm atrofida bo'ladi) aylanadi va bachadonning ichki teshigi (bo'g'izi) bilan tugallanadi.

Bachadon bo'yni bachadonning pastki, tor qismi bo'lib, unda qin gumbazlaridan pastroqqa turtib chiqib turadigan qin qismi va qin gumbazlaridan yuqoriroqda turadigan qin usti qismi tafovut qilinadi. Bachadon bo'yni silindrsimon shaklga ega. Bolalik davrida va jinsiy a'zolari rivojlanmay qolgan ayollarda bachadon bo'yni Qonussimon shaklda bo'ladi. Bachadon bo'ynining ichidan uzunligi 1-1, 5sm keladigan bo'yin kanali (servikal kanal) o'tadi, uning ustki bo'limi bachadonning ichki teshigi, pastki bo'limi esa tashqi teshigi bilan tugallanadi.

Bachadonning uzunligi 7-9 sm ni tashkil qiladi. Kengligi tubi sohasida 4, 5-5 sm ni, devorlarning qalinligi 1-2 smni tashkil qiladi. Bachadon massasi 50 g dan 100 g gacha boradi.

Bachadon devorlari uch qavatdan tuzilgan. Ichki qavati silindrsimon bir qavatli hilpillovchi epiteliy bilan qoplangan, bir talay naysimon bezlari bo'ladigan shilliq parda (endometriy) dir. Bachadon shilliq pardasining ikki qavati: muskulli qavatiga taqalib turadigan bazal qavat va hayz sikli mahalida ritmik o'zgarishlarga uchrab turadigan yuza – funksional qavat tafovut qilinadi. Bazal qavat o'suvchi qavat bo'lib, funksional qavati shunday tiklanib, o'rni to'lib turadi. Bachadon devorining kattagina qismini o'rta muskulli (miometriy) qavat tashkil qiladi. Muskulli qavati silliq muskul tolalaridan tuzilgan bo'lib, uzunasiga ketgan tashqi va ichki sirkulyar joylashgan o'rta qavatlarni tashkil qiladi. Bachadonning tashqi-seroz qavati (perimetriy) uni qoplab turadigan qorin pardasidan iboratdir. Bachadon kichik chanoq bo'shlig'ida qovuq bilan to'g'ri ichak orasida, chanoq devorlaridan teng masofada joylashgandir. Bachadon tanasi oldinga, simfizga biroz engashgan (bachadon anteverziyasi), bo'yniga nisbatan (bachadon antefleksiyasi), bu burchak oldinga ochilgan. Bachadon bo'yni orqaga qaragan, tashqi teshigi qinning orqa gumbaziga taqalib turadi (3-rasm). Bachadon naylari bachadonning o'ng va chap burchaklaridan boshlanib, yon tarafga chanoqning yon devorlari tomoniga qarab boradi. Ularning uzunligi o'rtacha 10-12 sm yo'g'onligi 0, 5 sm. Bachadon naylarining devorlari uch qavatdan: bir qavatli silindrsimon hilpillovchil epiteliy bilan qoplangan shilliq pardasi, o'rta-muskul va tashqi-seroz qavatdan tashkil topgan. Bachadon naylarining bachadon devori bag'riga o'tuvchi interstitsial qismi, hammaldan ko'ra ko'proq toraygan o'rta qismi va voronka holida tugallanadigan keng-ampulyar qismi tafovut qilinadi.

Tuxumdonlar ayollarning juft jinsiy bezlaridir. Ular bodomsimon shaklda va oqish-pushti rangda bo'ladi. Voyaga yetgan ayolda tuxumdon uzunligi o'rtacha 3, 5 sm ni, eni 2-2, 5 sm ni, qalinligi 1, 1-5 sm ni, massasi 6-8 g ni tashkil qiladi. Tuxumdonlar bachadonning ikkala tomonida, serbar boylamlar

orqasida joylashgan bo'lib, bularning orqa varaqlariga birikkan. Tuxumdon murtak epiteliysi qavati bilan qoplangan, buning ostida biriktiruvchi to'qimadan iborat oqsil pardasi joylashgan bo'ladi. Yanada chuqurroqda miya moddasi joylashgan, unda bir talay birlamchi follikulalar rivojlanishning har xil bosqichlarida turgan follikulalar, sariq tanalar topiladi. Tuxumdonning ichki qavati asosan biriktiruvchi to'qimalardan tashkil topgan miya qavati bo'lib, undan bir talay tomirlar va nervlar o'tadi. Jinsiy jihatdan yetuklik davrida tuxumdonlarda oy sari tuxum hujayralar ritmik ravishda yetilib borib, urug'lanishga yaroqli bo'lib qoladi va qorin bo'shlig'iga chiqib turadi. Tuxumdonlar ichki sekretsiya bezlari bo'lib, jinsiy gormonlar ishlab chiqarib turadi.

Bachadon naylari, tuxumdonlar va bachadon boylamlari bachadon ortiqlari deb ataladi.

Jinsiy a'zolarining boylam apparati va kichik chanoq kletchatkasi.

Ayollar jinsiy a'zolarining odatdagicha, tipik ravishda quyidagi omillar yordam beradi: jinsiy a'zolarining tonusi, jinsiy a'zolar orasidagi o'zaro munosabat, diafragma, qorin devori va chanoq tubining kelishib ishlashi, bachadonning ko'tarib turadigan, mustaxkamlaydigan va ushlab turadigan apparatlari.

Bachadonning ko'tarib turadigan apparati boylamlardan iboratdir, bular qatoriga juft bo'ladigan dumaloq, serbar boylamlar, voronka-chanoq boylamlari va tuxumdonlarning o'z boylamlari kiradi. Dumaloq boylamlar bachadon burchaklaridan, bachadon naylarining oldingi tomonidan chiqib, chov kanali orqali o'tadi va qov birlashmasi sohasida birikib, bachadon tubini oldinga tortib turadi (bachadon anteverziyasi). Serbar boylamlar bachadonni kichik chanoqda ma'lum holatda ushlab turadigan asosiy boylamlar bo'lib, qorin pardasining qo'sh qavat varaqlari ko'rinishida bachadon qovurg'alaridan chiqib, chanoqning yon devorlariga boradi. Boylamlar varaqlari orasida bachadon yoni kletchatkasi bor. Serbar boylamlarning davomi bo'lmish voronka-chanoq boylamlari nay voronkasidan chanoq devorlariga boradi. Tuxumdonlarning o'z boylamlari orqa tomonda va bachadon naylarining chiqish joyidan sal pastroqda bachadon tubidan tuxumdonlarga birikadi.

Mustahkamlovchi apparatiga dumg'aza-bachadon boylamlari, asosiy boylamlar, bachadon-qovuq va qovuq-qov boylamlari kiradi. Dumg'aza-bachadon boylamlari bachadon tanasining bo'yniga o'tish sohasida orqa yuzasidan boshlanib, ikkala tomondan to'g'ri ichakni o'rab o'tadi va dumg'azaning oldingi yuzasiga birikadi. Bu boylamlar bachadonni bo'yinni orqaga tortib turadi. Asosiy boylamlar bachadonning pastki bo'limidan chanoqning yon devorlariga qarab boradi, bachadon-qovuq boylamlari ham bachadonning pastki bo'limidan boshlanib, oldingi tomonga, qovuqqa qarab boradi, bachadon-qovuq boylamlari ham bachadonning pastki bo'limidan boshlanib, oldingi tomonga, qovuqqa qarab boradi va so'ngra qovuq-qov boylamlari tarzida simfizga qadar davom etadi.

Bachadonning tutib turuvchi yoki tayanch apparatiga chanoq tubining uch qavat muskullari va fassiyalari kiradi (4-rasm).

Bachadon yon bo'limlaridan tortib, chanoq devorlarigacha bo'lgan kamgakni bachadon yoni – parametral kletchatka (parametriy) egallab turadi,

bundan tomir va nervlar o'tadi. Parametral kletchatkadan tashqari paravezikal (qovuk yoni) paravaginal (qin yoni) va pararektal (to'g'ri ichak yoni) kletchatkasi ham chanoq kletchatkasi jumlasiga kiradi.

Jinsiy a'zolarining qon, limfa tomirlari va nerv sistemalari.

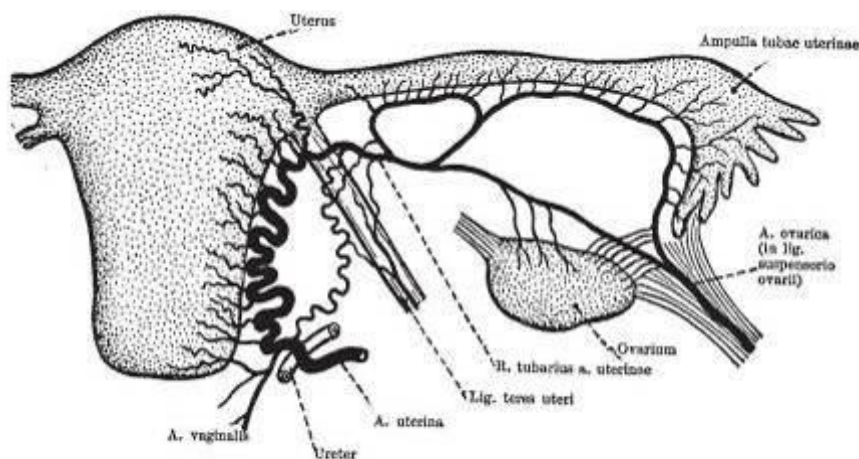
Jinsiy a'zolar qon va limfa tomirlari tarmog'i bilan mo'l-ko'l ta'minlangan. Ichki jinsiy a'zolarini qon bilan ta'minlab turadigan asosiy manbalar bachadon va tuxumdon arteriyalaridir, bularning oxirgi bo'limlari bir-biri bilan anastomozlar hosil qiladi (5-rasm). Jinsiy a'zolarining hamma arteriyalari bir nomdagi venalar bilan birga davom etib boradi.

Jinsiy a'zolarining limfa yig'ib oladigan limfa tomirlari chov, yonbosh, bel dumg'aza aorta limfa tugunlariga va boshqa tugunlarga boradi.

Jinsiy a'zolar innervatsiyasi juda murakkab. Unda simpatik va parasimpatik nerv sistemasi, shuningdek orqa miya nervlari ishtirok etadi. Jinsiy a'zolar faoliyatini oliy nerv markazlari idora etib turadi.

NAZORAT SAVOLLARI:

1. Tashqi jinsiy a'zolar nimalar kiradi?
2. Ichki jinsiy a'zolar nimadan iborat?
3. Jinsiy a'zolarining qaysi boylamlarini bilasiz?
4. Chanoq tubining qaysi muskullarini bilasiz?



5 -rasm. Ayollar ichki jinsiy a'zolarining arteriyalari

GINEKOLOGIK KASALLIKLAR PROPEDEVTIKASI

Maqsad. Ginekologik kasalliklarning asosiy simptomlarini va tekshirish usullarini o'rganish.

Vazifalar:

1. Menorragiya va metrorragiyani bilish.
2. Oqchil va qin tozaligini o'rganish.
3. Og'riqlarni bilish.
4. Anamnez yig'ishni o'rganish.
5. Asosiy ginekologik tekshirish usullarini bilish.

Ginekologiya – bu ayollar jinsiy tizimi fiziologiyasi va patologiyasi,

normal va patologik sharoitda ayollar jinsiy a'zolarining holati va faoliyati, tug'ishdan tashqari ayolga xos bo'lgan xususiyatlar haqidagi fan.

Qon ketish, oqchil ajralishi va og'riqlar ginekologik kasalliklarning muhim simptomlari hisoblanadi.

Hayz faoliyatining ko'p miqdorda qon ketish bilan buzilishi natijasida bachadondan qon ketishiga -menorragiya deyiladi. Menorragiyaning quyidagi turlari mavjud.

- a) ko'p miqdorda qon yo'qotish (gipermenoreya);
- b) hayz davomiyligining uzayishi (polimenoreya);
- v) ritmini qisqarish tomonga buzilishi (proymenoreya)

Ko'p hollarda bu o'zgarishlar birgalikda keladi. Menorragiyaga gipofiz, tuxumdonlar faoliyatining buzilishi, jinsiy a'zolarining organik jarohati (bachadon o'smalari) yallig'lanish jarayonlari, shuningdek ekstragenital kasalliklar sabab bo'lishi mumkin.

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

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

Fiziologik sharoitlarda ham jinsiy a'zolar shilliq qavati namlanib turadi. Bachadon naylari sekretor hujayralari, bachadon tanasi va bo'yni shilliq qavati bezlari ushbu a'zolar ichki yuzalarini namlab turadigan sekretni kam miqdorda ishlab chiqaradi.

Normal sharoitlarda bachadon bo'yni 24 soat davomida 0, 5-1 ml sekret ishlab chiqaradi. Ajralmalar servikal kanal orqali qinga tushadi. Qin shilliq qavatida bezlar bo'lmaydi va sekret ishlab chiqarilmaydi.

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

- 1) vestibulyar oqchillar vulvaning yallig'lanish kasalliklari bilan bog'liq;
- 2) qin oqchillari-ko'p hollarda ayollarning tibbiy yordamga murojaat qilishlariga sabab bo'ladi. Normal sharoitlarda qin ajralmalari oq rangli, qaymoqsimon konsistensiyali, nordon reaksiyaga - (RH-4,5 -5,5) ega bo'ladi. Ular 3 ta tarkibiy qismdan iborat: ko'chib tushgan yassi epiteliylar, mikroblar va transsudat. Normal ko'rsatkichlarda bitta-ikkita epiteliy hujayralari aniqlanadi, sog'lom ayollar mikroflorasi Dederleyn tayoqchalaridan iborat.

Umumiy simptomatologiyasi

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

farqlanadi:

I. tozalik darajasi: nordon reaksiyali (pH-4,0 -4,5), epiteliy hujayralari va Dederleyn qin tayoqchalari.

II. tozalik darajasi: nordon reaksiyali (pH-5,0-5,5), qin tayoqchalari kam, vergul shaklidagi ko'p miqdordagi bakteriyalar, ko'p miqdordagi epiteliy hujayralari, leykotsitlar uchraydi. I va II tozalik darajasi normal hisoblanadi.

III. tozalik darajasi: kuchsiz ishqoriy reaksiyali (pH-6,0-6,5), qin tayoqchalari kam miqdorda, vergul shaklidagi mikroblar, streptokokklar, kokklar ko'p miqdorda, leykotsitlar soni ham ko'p bo'ladi.

IV. tozalik darajasi: kuchsiz ishqoriy reaksiyali, qin tayoqchalari bo'lmaydi. Turli bakterial flora ustunlik qiladi, leykotsitlar ko'p miqdorda.

Servikal oqchil so'zak etiologiyali endotservitsitlarda, bachadon bo'yni yirtirilishlarida, qin kanali shilliq qavati poliplarida paydo bo'ladi. O'tkir endometritda-ajralmalar yiringli, surunkali endometritda-suvsimon, rakdan zararlanishda selga o'xshash bo'ladi.

Nay oqchillari yallig'lanish kasalliklari (so'zak)da, asosan xaltali o'smalarda kuzatiladi.

Og'riqlar-ginekologik bemorlarning eng ko'p uchraydigan shikoyatlaridan biri. Chanoq a'zolari qonga to'lishining o'zgarishlari va intoksikatsiya ginekologik bemorlardagi og'riqlarning asosiy patogenetik omili bo'lib hisoblanadi.

Kasallangan a'zoning mexanik ta'sirlanishi ginekologik kasalliklarda og'riqlar paydo bo'lishining asosiy sababi.

Ginekologik og'riqlar asosan gipogastral sohada joylashadi-bu yonbosh suyaklari oldingi yuqori o'simtarini birlashtiruvchi chiziqdan pastda joylashib, oyoqlarga irradiatsiyalanadi. Qorin pastidagi og'riqlar bilan bir qatorda bel-dumg'aza og'riqlari ham ko'p uchraydi. Ginekologik kasalliklarni aniqlash anamnez bilan sinchiklab tanishib chiqishdan boshlanadi.

Anamnez yig'ish quyidagi tartib bo'yicha tuziladi:

1. Asosiy shikoyatlar
2. Qo'shimcha shikoyatlar

Qo'shimcha shikoyatlar vrach so'rab surishtirishdan keyingina ayollar ular haqida aytadilar. Masalan, yosh ayollar bepustlikdan shikoyat qilib, hayz sikli buzilishi, tana vaznining ortishi yoki og'riqli hayz haqida, boshidan kechirgan somatik, nerv-ruhiy kasalliklari haqida, shuningdek, qanday dori vositalari qabul qilganlari haqida ma'lumot berishmaydi. Gemorragik diatez (Verlgof kasalligi) bilan kasallangan ayollar glyukokortikoid vositalar qabul qilib, amenoreya yoki oligomenoreyadan shikoyat qilishadi, vaholanki bu vositalar o'z navbatida shunday oqibatlariga olib keladi.

3. Ayolning boshidan kechirgan somatik va boshqa kasalliklari. Ayolning bolaligida va jinsiy balog'atga yetilish davrida kechirgan somatik va boshqa kasalliklari muhim ahamiyatga ega. Yuqumli kasalliklarning yuqori indeksi ko'pincha reproduktiv tizim faoliyatini boshqaruvchi markazlarning tiklanish jarayoniga yolg'on ta'sir qilib, hayz sikli buzilishi, reproduktiv faoliyatining buzilishi va neyro-endokrin kasalliklarning kelib chiqishiga olib keladi.

4. Oilaviy anamnezi. Ko'pgina kasalliklarning irsiy ekanligini hisobga

olib, birinchi, ikkinchi va undan keyingi avlodga mansub qarindoshlarda ruhiy kasalliklar, endokrin buzilishlar, o'smalar, yurak-tomir tizimida patologiya mavjudligi haqida ma'lumot yig'ish shart.

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

6. Oldingi qabul qilingan muolajalar tavsifi.

7. Ushbu kasallik tarixi

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

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

Anamnez yig'ib bo'lgandan so'ng ayol ko'zdan kechiriladi. Ko'zdan kechirish davomida bo'yi va vazniga, tana tuzilishiga, yog' to'qimasining rivojlanish xususiyatlariga e'tibor beriladi. Erkaksimon va bichilgansimon tana tuzilishlari farq qilinadi.

Tana vazni ortiqcha bo'lgan hollarda, qachondan boshlab: bolaligidan, pubertat yoshdan, jinsiy hayot boshlangandan, abort yoki tug'ruqdan so'ng semirganligini aniqlash shart.

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

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

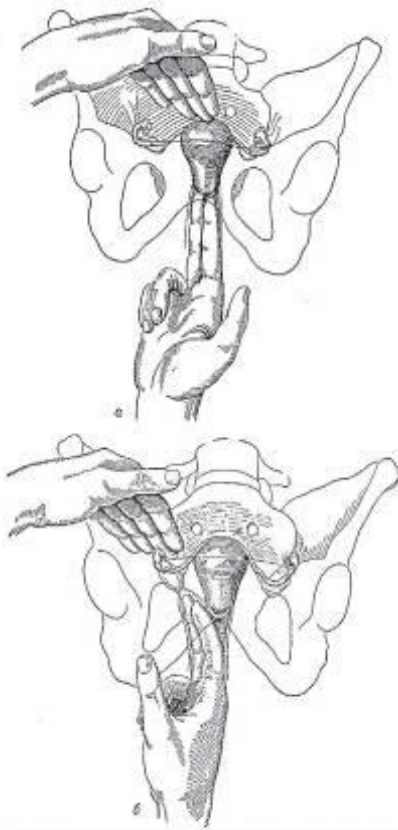
Adabiyot ma'lumotlariga ko'ra, ginekologik bemorlarning 40%da fibrokistoz mastopatiyaning (FKM) turli shakllari uchraydi. Sut bezlari tik turgan va yotgan holda bezning ichki va tashqi kvadrantlari ketma-ket paypaslab ko'zdan kechiriladi. Hamma bemorlarda ko'krak so'rg'ichlarda ajralmalar bor-yo'qligi, uning ranggi, konsistensiyasi va tavsifi aniqlanadi. Sut bezlarini paypaslab fibroz-kistoz mastopatiya tashxisini qo'yish mumkin. FKM aniqlanganda sut bezlari UTT va mammografiyasi qilinishi shart.

Ginekologik tekshirish. Tashqi va ichki jinsiy a'zolari ko'zdan kechirish hayz sikli buzilgan va bepust ayollarda muhim ma'lumotlarni beradi. Katta va kichik uyatli lablar gipoplaziyasi, qin shilliq qavatining rangparligi va quruqligi gipoestrogeniyaning klinik belgilari bo'lib hisoblanadi. Shilliq qavatning «sezuvchanligi», vulva shilliq qavatining sianotik tusdaligi. Ginekologik bimanual (6, 7 -rasm) va qin ko'zgulari yordamida tekshirish (8-rasm) asosiy usullardan biri hisoblanadi.

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

Zamonaviy ginekologik amaliyotda qon plazmasida oqsil (lyuteotropin, follitropin, prolaktin) va steroid gormonlarni (estradiol, testosteron, kortizon)ni

aniqlash uchun radioimmunologik tahlillar qo'llaniladi. Qon va peshobda gormonlar hamda ularning metabolitlarini bir marta aniqlash kam ma'lumot beradi. Bu tekshirishlarni funksional sinamalar bilan birgalikda qo'llash reproduktiv tizim turli qismlarining funksional holatini va gipotalamus, gipofiz, buyrak usti bezlari, tuxumdonlar va endometriyning zahira imkoniyatlarini aniqlashga imkon beradi.

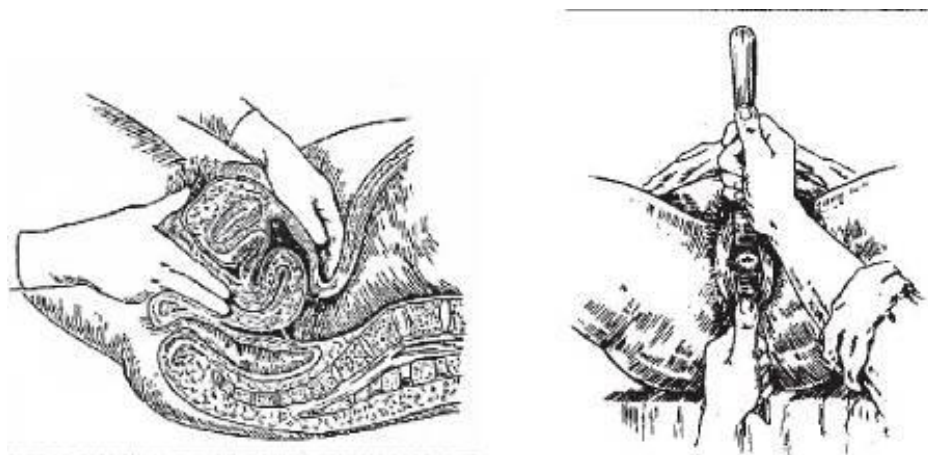


6 – Rasm. Ginekologik bimanual tekshiruv:
a) Bachadonni paypaslash.
b) Bachadon ortiqlarini paypaslash

Ginekologik amaliyotda gistersalpingografiya (GSG) (9, 10-rasm) bilan bir qatorda, endoskopik usullardan kolposkopiya keng qo'llaniladi. Bu usul bachadon bo'yni qin qismini, qin va vulva devorlarini sinchiklab tekshirishga yordam beradi.

Gisteroskopiya-bachadon ichi patologiyasini aniqlashga imkoniyat berib bu usulning asosiy afzalliklaridan biri sanaladi. Laparoskopiya-kichik chanoq va qorin bo'shlig'i a'zolarini pnevmoperitoneum fonida ko'zdan kechirishdan iborat.

Qorin bo'shlig'i SO₂, O₂, yoki havo yuborib tekshiriladi. Laparoskopiya tekshiruv yordamida bachadon ortiqlari va appendiksdagi yallig'lanish jarayonlarini farqlash, o'tkir qorin simptomi sabablarini aniqlash mumkin.



7-Rasm. Ayollar ichki jinsiy a'zolarini qin va qorin devori orqali ikki qo'llab tekshirish

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

Amaliy ko'nikmalar.

Klinik va laborator tekshirish usullari, anamnez yig'ish, umumiy tekshirish, ginekologik ko'zgu yordamida ko'rish, qin va to'g'ri ichakdan ko'rish, qin surtmasining sitologiyasi, kolposkopiya, biopsiya, bachadon servikal bu'iz va tanasidan kirma olish kerakligini, UTT o'tkazishni bilish kerak.

Ko'krak bezlari palpatsiyasi.

Maqsad: laktoreya va ko'krak bezlari o'smalari diagnostikasi.

Ko'rsatma: ayollarni tekshirish usuli.

Ta'minlanishi: kushetka.



9-rasm. Gisterosalpingografiya. Bachadon naychalari o'tkazuvchanligi



10-Rasm. Gisterosalpingografiya. Bachadon naychalari o'tkazuvchanligi buzilgan

Qadamlar:

1. Ko'krak bezlarini palpatsiyasi ayolni turgan yoki yotgan holatida barcha kvadrantlarini tekshirib ko'riladi.
2. Dastlab tashqi, so'ng ichki kvadrantlari paypaslanib, tuguncha yoki hosila bor yo'qligi aniqlanadi.
3. Ko'krak bezlarini tuzilishi, o'lchamlari (gipoplaziya, gipertrofiya, simmetrikligi, trofik o'zgarishlar)ga e'tibor beriladi.
4. So'rg'ich atrofi siqib ko'rib ajralma bor yo'qligi, uning rangi, konsistensiyasi va xarakteri aniqlanadi.
5. Ko'krak bezlarini palpatsiyalash, bezlar o'sma kasalliklari erta diagnostikasida muhim ahamiyat kasb etadi.

Ko'zgu yordamida ginekologik ko'ruv.

Maqsad: qin va bachadon bo'ynidagi patologik o'zgarishlarni aniqlash.

Ko'rsatma: ayollarni tekshirish usuli.

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

Qadamlar:

1. Ayol ginekologik kresloda oyoqlarini chanoq-son va tizza bo'g'imlarida bukilgan holatda yotadi.
2. Ko'ruv uchun qoshiksimon Simpson va ikki tavaqali Kusko ko'zgularidan foydalaniladi.
3. Qin ko'zgularini kirgazishda, ko'zgularga suyuq vazelin (glitserin, sovun) surtiladi. Ko'zgularni kiritishda ayolga biroz kuchanish tavsiya etiladi, shunda ko'zgular oson kiradi.
4. Qin shilliq qavati, gumbazlar sohasi va bachadon bo'yni ko'riladi.
5. Bachadon bo'yni shakli, deformatsiyalar, yirtiqalar bor yo'qligi, tashqi bo'g'iz holati (nuqtali, yoriqsimon) bachadon bo'ynidagi patologik holatlar (eroziya, poliplar, endometrioz, o'smalar, gipertrofiya, yallig'lanish holatlari) tekshiriladi.
6. Qin ajralmasi ranggi, xarakteri: seroz, yiringli, qonli, serozyiringli ekanligi aniqlanadi.

Ginekologik bemorlarni bimanual (ikki qo'llab) tekshirish

Maqsad: bachadon holati, ortiqlari va parametriyni baholash.

Ko'rsatma: ayollarni tekshirish usuli.

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

Qadamlar:

1. Ayol ginekologik kresloda, oyoqlarini tizza va chanoq-son bo'g'imlarida bukilgan holatda yotadi.
2. Muolaja qo'lqopda o'tqaziladi.
3. Chap qo'lning katta va ko'rsatkich barmoqlari bilan, katta jinsiy lablar keriladi.
4. O'ng qo'lning o'rta barmog'i qinga kirg'azilib, qin orqa devori pastga bosilib, so'ngra ko'rsatkich barmoq kirg'aziladi.
5. Chap qo'lning kafti bilan qorin oldingi devoriga qo'yilib, bachadon tanasi paypaslanadi.
6. O'ng qo'l barmoqlari (o'rta va ko'rsatkich) bilan bachadon bo'yni formasi, konsistensiyasi va uzunligi, hamda tashqi bo'g'iz holati aniqlanadi. So'ngra barmoqlar qin oldingi gumbaziga o'tkazilib tashqi ichki qo'l barmoqlari bilan bachadon tanasi aniqlanadi.
7. Bachadon holati, hajmi, og'riqliligi, konsistensiyasi va Harakatchanligi aniqlanadi.
8. Bachadon ortiqlari paypaslanadi. Tashqi va ichki qo'l barmoqlarini bachadon burchaklaridan chanoq devorlariga qarab suriladi, odatda bachadon ortiqlari paypaslanmaydi.
9. Parametriy holati aniqlanadi.
10. Qin gumbazi chuqurligi, og'riqliligi aniqlanadi.

NAZORAT SAVOLLARI:

1. Asosiy ginekologik kasalliklarning belgilarini ayting.
2. Ginekologik bemorlarni tekshirishning asosiy usullarini ayting.

3. Ginekologik ko'ruv qanday o'tkaziladi?
4. Ginekologik bemorlarda qanday instrumental tekshiruv usullari o'tkaziladi?
5. Qachon bachadonni zond bilan tekshiriladi?

Masala: Ayol 35 yoshda qin orqali yiringli ajralmaga shikoyat qilib keldi. Qanday tekshirishlarni o'tkazish kerak?

O'RGATUVCHI TESTLAR

1. Qiz bolalarning 3 yoshgacha bo'lgan davrlarini ayting.
 1. ona qornida - 280 kun;
 2. chaqaloqlik - 1 - 10 kun;
 3. ko'krak yoshidagi - 10 kun - 1 yosh;
 4. ilk qiz bolalik davri - 1 - 3 yosh.

2. Ayollarning 3 yoshdan 18 yoshgacha bo'lgan davrlarini ayting.
 1. neytral 3 yoshdan 7 yoshgacha;
 2. prepubertat 7 yoshdan 12 - 13 yoshgacha (menarxegacha);
 3. pubertat 13 - 16 yosh;
 4. balog'at 16 - 18 yosh.

3. 18 yoshdan katta ayollar davrlarini ayting.
 1. tug'ish yoshidagi 19 - 49 yosh;
 2. klimakterik 45 - 55 yosh;
 3. menopauza 50 - 55 yosh.

4. Ginekologik kasalliklarning eng asosiy simptomlarini ayting.
 1. qon ketish;
 2. ajralma kelishi;
 3. og'riq;
 4. ko'shni organlar faoliyati buzilishi.

5. Ginekologiya amaliyotida og'riqlar xususiyati qanday.
 1. dardsimon og'riq;
 2. tortishib og'rishi;
 3. kuyushib og'rishi ;
 4. yemiruvchi og'riq;
 5. to'satdan o'tkir og'rik.

6. Qanaqa ajralmalarni bilasiz?
 1. suvli;
 2. yiringli;
 3. ko'pikli,
 4. suzmasimon.

7. Genitaliydan kelayotgan ajralmalar ranggini ayting.
 1. rangsiz;
 2. yashil;

3. oq;
 4. «go'sht yuvindisiga» o'xshash ;
 5. «shokoladsimon»;
 6. qon aralash.
8. Dardsimon og'riq qanaqa kasalliklarga xos?
1. homila tushishi xavfi;
 2. naydagi abort;
 3. tug'ilayotgan submukoz tugun
9. To'satdan «o'tkir» og'riq qaysi ginekologik kasalliklarda bo'ladi?
1. nay yorilishi;
 2. tuxumdon apopleksiyasi ;
 3. kistoma oyoqchasi buralib qolishi;
 4. bachadon teshilishi (perforatsiya);
 5. piosalpinks yorilishida.
10. Ginekologik kasallarni tekshirishning birinchi bosqichini ayting.
1. bemorning shikoyatlarini o'rganish;
 2. kasallik rivojlanish tarixini o'rganish;
 3. bemor hayot anamnezini o'rganish;
 4. jinsiy hayotini surishtirish;
 5. akusherlik va ginekologik anamnezini o'rganish.
11. Ginekologik bemorlarni tekshirishning 4 asosiy usullarini ayting.
1. ko'krak bezlarini ko'rish va palpatsiya qilish;
 2. tashqi genitalliy organlarini ko'rish;
 3. qin devori va bachadon bo'ynini ko'zguda ko'rish;
 4. ichki jinsiy organlarini qin orqali ko'rish.
12. Ginekologiyada qo'llaniladigan 6 ta qo'shimcha noinvaziv, tekshiruv usullarini ayting.
1. funksional testlar diagnostikasi;
 2. genital yo'llarning 3 nuqtasidan surtma olish;
 3. qin ajralmalarini bakteriologik tekshirish;
 4. qin ajratmasi sitologiyasi;
 5. UTT;
 6. kolposkopiya.
13. Ginekologiyada qo'llaniladigan 7 ta instrumental tekshiruv usullarini ayting.
1. qin orqa gumbazining punksiyasi;
 2. bachadon bo'shlig'ini zond yordamida tekshirish;
 3. bachadon bo'shlig'i va servikal qanalni qirish;
 4. bachadon bo'yni biopsiyasi;
 5. gisterosalpingografiya;
 6. gisteroskopiya;

7. laparoskopiya.
14. Biopsiya usulini qo'llash uchun ko'rsatmalar:
 1. bachadon bo'yni eroziyasi;
 2. leykoplakiya gumoni;
 3. xorionepitelioma gumoni;
 4. tekkanda qon ketishi;
 5. eritroplakiyaga gumoni.
15. Bachadon shillig'ini diagnostik qirish usulini qo'llashga qanaqa ko'rsatmalar bor?
 1. bachadon miomasi;
 2. bachadondan disfunktsional qon ketishi;
 3. menopauzadan keyingi qon ketishlar;
 4. atsiklik bachadondan qon ketishi;
 5. menstrual siklini o'rganish uchun.
16. Qaysi holda bachadonni zondlash kerak?
 1. bachadon perforatsiyasi xavfi bo'lsa;
 2. submukoz bachadon miomasi xavfi;
 3. bachadon rivojlanish nuqsonlari;
 4. bachadon bo'shlig'ini diagnostik qirish.
17. Kolposkopiya qo'llashga ko'rsatmalar.
 1. bachadon bo'yni raki xavfi;
 2. bachadon bo'yni biopsiyasi oldidan;
 3. ektropion;
 4. bachadon bo'yni leykoplakiyasi xavfi;
 5. bachadon bo'yni eritroplakiyasi.
18. Bachadon shilliq qavatini diagnostik qirishda qaysi asboblari qo'llaniladi?
 1. qoshiqsimon ko'zgular;
 2. qisqichlar;
 3. bachadon zondi;
 4. kengaytirgichlar to'plami;
 5. kyuretkalar.
19. Qaysi hollarda diagnostika maqsadida orqa gumbaz punksiya qilinadi?
 1. bachadondan tashqari homiladorlik gumoni;
 2. tuxumdonlar apopleksiyasi gumoni;
 3. pelvioperitonit;
 4. piosalpinksning yorilishi gumoni.
20. Bachadon bo'shlig'ini zond yordamida tekshirish uchun ko'rsatmalar.
 1. artifitsial abort vaqtida bachadon teshilganligiga gumon qilish;
 2. bachadonning submukoz miomasiga gumon qilish;

3. jinsiy organlarning noto'g'ri rivojlanishini aniqlash;
4. diagnostika maqsadida bachadon tanasi shilliq pardasidan qirma olishdan oldin.

NORMAL HAYZ SIKLI

Maqsad: Studentlarni hayz siklining ta'rifi va ayollar jinsiy gormonlari bilan boshqarilishi, organizmga ta'siri, ovulyatsiya diagnostikasi va uning reproduktiv funksiyasiga ta'siri bilan tanishtirish. Hayz – bu tug'ishning prototipi ekanligi, ayollarning tug'ish funksiyasi hayz sikliga bog'likligini ko'rsatish. Har qanday insonga, har bir er xotonga ovulyatsiya kunlarini aniqlash va qachon urug'lanishi, hamda istalmagan homiladorlikdan saqlanish kerakligini ko'rsatish.

Vazifalar.

1. Ginekologiya fani to'g'risida qisqacha ma'lumot
2. Ayol hayotining bosqichlari
3. Hayz sikli tushunchasi.
4. Hayz sikli boshqarilishi
5. Ayollar jinsiy gormonlari
6. Funksional diagnostika testlari
7. Homiladorlikdan saqlanishning fiziologik usullari

Hayz (oy ko'rish) deb, ayollarning bachadonidan muntazam ravishda qon kelishiga aytiladi. Hayz balog'atga yetish jarayonining dastlabki oylarida 12-15 yoshlar orasida kuzatiladi. Qizlar 16-17 yoshda to'liq balog'at yoshiga yetadilar. Hayz qon ketish sikli bo'lib, ma'lum bir muddat qariyb 3-6 kun davom etadi. hayz ayolning bola tug'adigan yoshida qaytarilib faqat homiladorlikda va ko'pincha bola emizish davrida hayz ko'rmaydi. Hayz klimaks davrida (45-55) yoshda to'xtaydi. Har gal hayz ko'rganda ayol 50-150 g-gacha qon yo'qotadi. Hayz qoni ishqor reaksiyali, qo'ng'ir rangda, shilliq aralash bo'lib, unda ivish jarayoni kam bo'ladi.

Qiz bola birinchi marta hayz ko'rganda uning organizmida bir qator o'zgarishlar sodir bo'ladi. Tana shakli bir muncha dumaloqlashadi, ayollarga xos ikkilamchi jinsiy belgilar paydo bo'ladi ko'krak bezlari kattalashadi, qov ustida junlar paydo bo'ladi, tashqi va ichki jinsiy a'zolar to'liq yetiladi. Hayz sikli hayz ko'rishning birinchi kunidan to kelgusi hayzning birinchi kunigacha hisob qilinadi.

Ko'pincha hayz sikli 28 kun, kamdan-kam ayollarda 21 yoki 30-32 kun davom etadi. Hayz sikli mobaynida ayollar organizimida turli o'zgarishlar kuzatiladi.

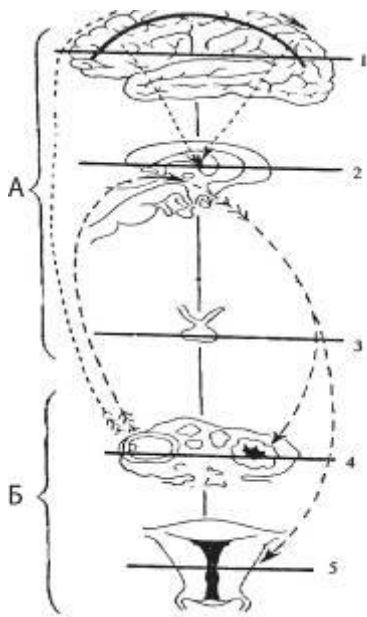
Hayz sikli fiziologik jarayon bo'lib, oxirgi hayzning birinchi kunidan to keyingi hayzning boshlanish kunigacha bo'ladi. Hozirgi tushunchalarga asosan hayz sikli 5ta bosqichda o'tadi: 1) bosh miya po'stlog'i; 2) gipotalamus; 3) gipofiz; 4) jinsiy bezlar; 5) periferik a'zolar (bachadon, bachadon naychalari, qin) (11-rasm);

Birinchi oliy bosqichga bosh miya po'stlog'i va ekstragipotalamik serebral tuzilmalar (limbik tizim, gippokalm, bodomsimon tana) kiradi (12-rasm).

Bosh miya po'stlog'i – hayz siklini boshqarish va tartibga solish vazifasini bajaradi. Bosh miya orqali tashqaridagi ta'sirotlar nerv tizimining pastdagi hayz

siklida ishtirok etuvchi bo'limlariga uzatiladi.

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



11 – Rasm. Normal xayz siklining boshqarilish tizimi.

- A) Markaziy: 1. Miya po'stlog'i. 2. Gipotalamus. 3. Gipofiz.
B) Periferik: 4. Tuxumdon. 5. Bachadon.

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

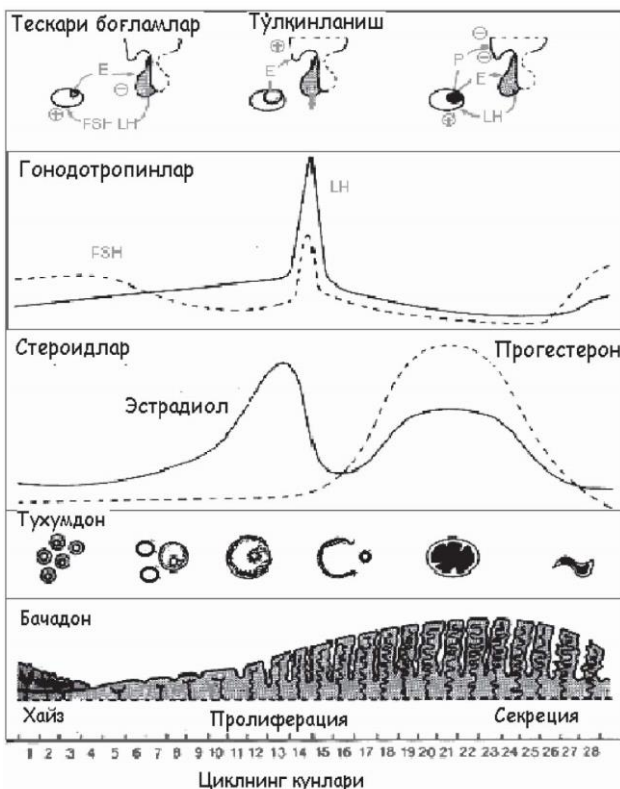
Gipofiz – gipotalamus bilan murakkab anatomik faoliyati jihatidan bir-biri bilan murakkab ravishda bog'liqdir va uchinchi bosqichni tashkil qiladi.

Gipofiz oldingi bo'lagining faoliyati gipotalamusdan ajraladigan neyrogormonal sekretiya ta'sirida nazorat qilinadi. Gipofizning oldingi bo'lagi adenogipofiz, orqa bo'lagi esa neyrogipofiz

deb yuritiladi. Adenogipofizda asosiy 6 ta gormonlar ishlab chiqiladi: follikulning yetilishini ta'minlovchi (FSG), sariq tananing taraqqiyotini ta'minlaydigan (LG), somatotrop (STG), tireotrop (TTG) va adrenokortikotrop (AKTG) gormonlar.

Hayz siklini boshqarishning to'rtinchi bosqichiga – periferik endokrin a'zolar kiradi (tuxumdon, buyrak usti bezi va qalqonsimon bezi.)

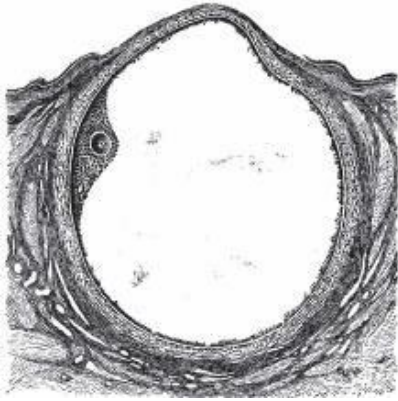
Tuxumdon jinsiy bez bo'lib ikkita asosiy vazifani bajaradi. Bulardan: 1) follikulnarinig siklik ravishda taraqqiyoti, ovulyatsiyasi yetilgan tuxum hujayrasining ajralishi. 2) tuxumdon ikki xil jinsiy gormon: estrogen va progesteron ishlab chiqaradi. Bundan tashqari qisman erkaklar gormoni – androgenlar ham ishlab chiqaradi.



12–Rasm. Hayz siklining bosqichlari.

Tuxumdonda dastlab follikul yetila

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



13 – Rasm. Graaf pufakchasi

Demak birlamchi follikul 3ta: regeneratsiya, yetilish va ovulyatsiya bosqichlarini bosib o'tadi. Follikulning eng yetilgan, yorilishga tayyorlangan holatini Graaf pufakchalari deb ataladi (13-rasm) va shundan keyin ovulyatsiya ro'y beradi. Ovulyatsiyadan keyin yorilgan follikul o'rnida yangi tana, ya'ni sariq tana vujudga keladi. Sariq tananing shakllanishi va taraqqiy etish jarayonida donador hujayralar ko'payadi va tuxumdonning mezenxima stromasi qon tomirlari bilan birgalikda rivojlanadi,

natijada sariq tana vujudga keladi. Sariq tana quyidagi bosqichlarni bosib o'tadi:

1-bosqich proliferatsiya, 2-bosqich qon-tomirlar bilan ta'minlash bosqichi, 3-bosqich gullash bosqichi, 4-bosqich sariq tananing so'nish bosqichi.

Hayz siklida bachadon shilliq pardasidagi o'zgarishlar (12-rasm).

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

Bachadon shilliq pardasi (endometriy) 2 qavatdan: bazal va funksional qavatlardan iborat.

Hayz bachadon shilliq pardasining deskvamatsiya bosqichi bilan boshlanadi va 3-4 kun davom etadi (14-rasm). Bu fazada bez yo'llaridagi epiteliy asta-sekin halok bo'ladi, shilliq qavat qisman eriydi (autoliz), qisman parchalanib va yana qisman fagotsitoz natijasida shilliq qavatning ustki spongioz qavati ko'chib tushadi. Bazal qismi yaqinidagi bir qismi saqlanib qoladi. Bazal qavatlari yuzasidagi ko'chgan spongioz qavat o'rnida qolgan yara yuzasidan qon ketadi. Deskvamatsiya bilan birga regeneratsiya boshlanadi, shu bilan sikl boshlanadi.

Hayz qoni tamom bo'lganidan keyin bachadonning yupqa bazal qavatidan shilliq qavat tez fursatda o'sa boradi, bunda 4-5 kunda uning qalinligi 4 martagacha oshadi. Shilliq qavatning faqat o'zi qalinlashib qolmay, balki bag'rida joylashgan bezlar ham uzunlashib kattalashadi va burma shaklini oladi, ammo bez epiteliy yetarli darajada kattalashib uzun tortishiga qaramasdan sekret ajratmaydi, shunga ko'ra bez bo'shliqlarida hali suyuqlik bo'lmaydi. Bachadon shilliq pardasidagi bu xildagi o'zgarishlarni proliferatsiya bosqichi deyiladi. 13-15 kunlarda bu fazaning yetilgan davri bo'ladi. Shundan keyin epiteliy hujayralarida sekretsia ajralishning dastlabki belgilari kuzatiladi.

Bu faza endometriyda sekret ajratish bosqichi deyiladi. 16 kundan boshlab, bez epiteliysi yadrosida bo'linish jarayoni to'xtaydi. Hujayralar bo'yiga uzunlashadi, ancha yiriklashadi, suyuqlik (sekret) bilan to'linadi. Parmaga o'xshagan bezlar yana ko'proq egri-bugri bo'lib qoladi. 19-20 kunlarda silindrsimon epiteliy uzunlashib arrasimon shaklga kiradi bez bo'shlig'i tomonga ko'proq o'sadi. Shilliq qavat qalinlashgan, huddi homiladorlikdagi detsidual hujayralarga o'xshab ketadi.

Shilliq qavatdagi hujayralar shishib kattalashadi. Bunda shilliq to'qimasi 3 qavatga: kompakt, spongioz va bazal qismlarga bo'linadi. Sekretor fazaning

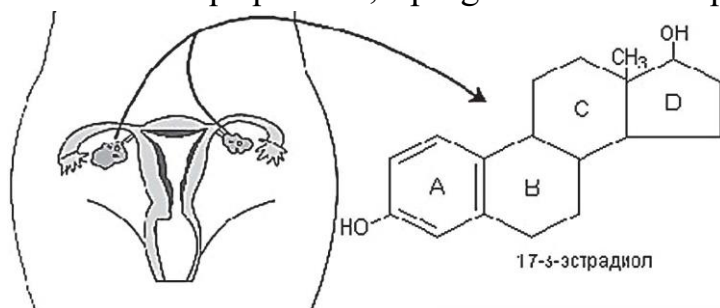
oxirini hayz ko'rish oldi, homiladorlikning boshlanish oldi deb hisoblasa bo'ladi.

Bachadondagi hayz sikli tuxumdonning funksional holatiga bog'liq. Agar biror sababga ko'ra tuxumdon olib tashlansa yoki rentgen nuri bilan tuxumdon funksiyasiga ta'sir qilingan bo'lsa, ayol hayz ko'rmaydi. Hayz siklining 1 yarmida ovulyatsiyadan oldin, proliferatsiya fazasida tuxumdonda rivojlanayotgan follikuldan ajralgan follikulin gormoni asosiy vazifani bajaradi (15-rasm). Bu gormon follikulning ichki qavatidan ajraladi.

Ovulyatsiyadan so'ng sariq tana gormoni (progesteron) bachadon shilliq pardasida sekretor suyuqlik chiqishiga imkon beradi va bachadon shilliq pardasini homiladorlikka tayyorlaydi. Bunda faqat sekretiya ta'sir qilibgina qolmasdan, balki yuzada joylashgan bezlarda glikogen ajralishiga imkon beradi.

Ko'p mualliflarning fikricha, ovulyatsiyadan keyin ham sariq tanadan ajralgan progesterondan tashqari, oz miqdorda estrogen gormonlar ham mavjud. Bachadon shilliq qavatining bo'rtib qalinlashishiga sabab bo'ladi.

Shuni aytish kerakki, tuxumdonidan ajraladigan follikulin gormoni bachadonni qisqartiradi, progesteron esa qisqarishni to'xtatadi, natijada



15-Rasm. Estrogenlar.

bachadon shilliq qavatida joylashgan spermatozoid bilan qo'shilgan tuxum hujayrasiga qulay sharoit yaratiladi. Agar ayol homilador bo'lmasa, hayz ko'radi, bunda bachadonning qisqarishi kuchayadi, chunki ayol organizmida progesteron kamayib ketadi. Bachadonning qisqarishi natijasida bachadondan hayz qonining ajralib chiqishini ta'minlaydi. Hayvonlarda qilingan tajribalar shuni ko'rsatadiki, agar gipofiz bezini olib tashlansa, follikullar taraqqiyoti to'xtab sariq tana vujudga kelmaydi. Bunda, gipofiz bezining tuxumdonga xizmati katta ekanligi ma'lum bo'ladi. Shunday qilib, spetsifik bo'lmagan gonadotrop gormoni tuxumdonning spetsifik jinsiy gormonlari -estrogen va progesteronni tuxumdonda ajralishini ta'minlar ekan.

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

Klinik misollar.

1. Qiz bola tez-tez kasallanib o'sdi: tez – tez shamollagan, angina, gripp, pnevmoniya bo'lgan. Ota – onasi uni 5 yoshdan sport maktabiga berganlar, u sport gimnastikasi bilan shug'ullangan. 7 yoshdan umumiy ta'lim musiqa maktabiga, 8 yoshidan ingliz tiliga o'qishga berishdi. Qizchanning hech bekor vaqti yo'q edi. 13 yoshda birinchi marta hayz boshlangan, juda mo'l va uzoq

muddat 10 kundan ortiq qon ketayapti. Ota – onasi ginekologga murojaat qilishdi.

Tashxis: Yuvenil qon ketish. Zarur davo choralari o'tkazildi. Ota – onasiga qizining 8 –11 yoshda prepupertat – hayz sikli yuzaga kelgan davrda zo'riqishni kamaytirish kerakligi tushuntirildi. Bu MNS ning gipofiz va tuxumdonlar bilan bog'lanishinig buzilishi natijasidir.

2. Er – xotin o'zlarining 2 yillik oilaviy hayotlarida bola bo'lmaganligidan murojaat qilishdi. Tekshirilganda harorat bo'yicha hayz siklining 1 fazaliligi, ovulyatsiya bo'lmasligi aniqlandi. Davolash o'tkazildi, 2 fazali hayz sikli yuzaga keldi. 1 yildan keyin homiladorlik yuzaga keldi, qiz bola tug'ildi.

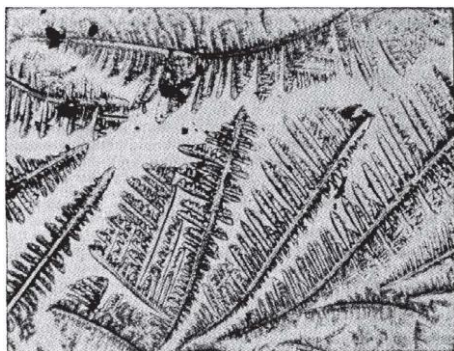
1 fazali anovulyator hayz siklininig sababi ayolning jinsiy yetilmagan, bunga surunkali tonzillit moyillik qilgan. Davolash: ginekolog Kvater bo'yicha gormonal davo o'tkazdi va LOR shifokor tomonidan tonzillektomiya qilindi.

AMALIY KO'NIKMALAR.

Qanday funksional diagnostika testlari mavjud?

Ular qanday maqsadda aniqlanadi?

Funksional diagnostika testlari quyidagilar:



16-rasm

1. kariopiknotik indeksni aniqlash.
2. «qorachiq» simptomini aniqlash.
3. Shilliqning cho`ziluvchanligini aniqlash.
4. «Qirqbo`g`im» simptomi
5. Bazal haroratini aniqlash usuli

Maqsad: ayol organizmida tuxumdonlar faoliyatini dinamikada kuzatish va baholash

«Bazal haroratni o'lchash»

Maqsad: tuxumdonlar faoliyatini aniqlash.

Ko'rsatma: bepushtlik, hayz siklini buzilishi, qontratsepsiya.

Ta'minlanishi: harorat o'lchagich (termometr), vazelin.

Qadamlar:

1. Mazkur testni o'tkazish to'g'risida ayolga tushuntiriladi.

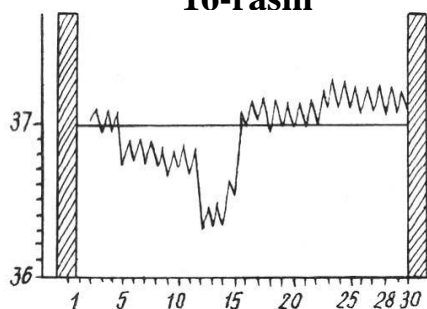
2. Ikkita termometr va yozuv daftarchasi bo'lishi kerak.

3. Ayol yozuv daftarchasiga kalendar kuni, hayz kuni, to'g'ri ichakdagi harorat, tana harorati va eslatmani yozadi.

4. Ayolga tushuntiriladi, harorat erta tongda uyqudan uyg'ongach bitta termometrga vazelin surtib, to'g'ri ichakka 2-3 sm chuqurlikda, ikkinchisini-qo'ltiq ostiga qo'yib o'lchaydi.

5. Haroratni 7-10 daqiqa davomida o'lchaydi, har bir termometr ko'rsatkichi alohida qatorga yoziladi.

6. Odatda bazal harorat ikki fazali, ya'ni hayz siklini birinchi yarmida 37 gradusgacha, ikkinchi yarmida esa 37 gradusdan baland. Orasidagi farq 0, 4 gradusdan kam bo'lmasligi lozim (16-rasm).



17-Rasm – Paportnik fenomeni, havzsiklining 14 kuni.

«Qorachiq» simptomini aniqlash.

Maqsad: organizmni estrogenlar bilan to'yinganligini aniqlash.

Ko'rsatma: bepushtlik, hayz sikli buzilishlari.

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

Qadamlar:

1. Ayol ginekologik kresloda oyoqlarini tizza va chanoq-son bo'g'imlarida bukilgan holatda yotadi.
2. Tekshiruv hayz siklini 10- 13- 14- va 17- kunlarida o'tkaziladi.
3. Ko'rish uchun qin ko'zgulari qo'llaniladi.
4. Bachadon bo'ynini ko'rish uchun, qinga ko'zgular kiritiladi.
5. Bachadon bo'ynini hayz siklini o'rtasida ko'rilganda, organizmda estrogenlar bilan to'yingan bo'lsa, tashqi bo'g'izning biroz ochilib o'rtasida «qorachiq» ko'riladi.
6. Qorachiq simptomi dinamikada ko'rib quyidagicha belgilanadi: +, ++, +++, +++++.

Bachadon bo'yni shillig'i cho'ziluvchanligini va «qirqbo'g'im» simptomini aniqlash.

Maqsad: organizmni estrogenlar bilan to'yinganligini aniqlash.

Ko'rsatma: bepushtlik, hayz sikli buzilishlari.

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

Qadamlar:

1. Ayol ginekologik kresloda oyoqlarini tizza va chanoq-son bo'g'imlarida bukilgan holatda yotadi.
2. Muolaja qin ko'zgulari va pinset yordamida o'tkaziladi.
3. Shilliqni cho'ziluvchanligini aniqlash uchun, pinset yordamida shilliq olinib u cho'zib ko'riladi.
4. Hayz siklini kunlariga ko'ra, shilliqni cho'ziluvchanligi 23 sm. dan 8-10 sm. gacha bo'ladi, bu organizmda estrogenlar miqdori yetarli ekanligidan dalolat beradi.
5. Shilliqni cho'zilmasligi estrogenlar yetishmasligidan dalolat beradi.
6. Shilliqni ko'p cho'zilishi hayz o'rtasida kuzatiladi.
7. Shilliqni oynachaga surtib ko'ritilsa huddi qirqbo'g'im o'simligiga o'xshash rasm yuzaga keladi, bu «qirqbo'g'im» (paporotnik) simptomidir (17-rasm).

O'RGATUVCHI TESTLAR

1. Hayz sikli buzilishining 5 etiologik faktorini ko'rsating.
 1. psixik kasallik, og'ir kechinmalar;
 2. notug'ri oziqlanish, avitaminozlar;
 3. kasb zararlari;
 4. infeksiyon va septik kasalliklar (gonoreya, tuberkulyoz);
 5. jinsiy kamolatga yetish davrida gipotalamo-gipofizar sistemasi evolyutsiyasining buzilishi.
2. Markaziy sabablarga ko'ra hayz sikli buzilishining 3 ta asosiy ko'rinishini

ayting:

1. bosh miya po'stlog'i;
 2. gipotalamik ko'rinishi;
 3. gipofizar ko'rinishi.
3. Hayz sikli buzilishining periferik sabablarga ko'ra kelib chiqishining 2-ta asosiy ko'rinishini ayting:
1. tuxumdon tufayli;
 2. bachadon tufayli.
4. Funksional tashxislashning 5-ta testini ayting.
1. bazal haroratni o'lchash;
 2. Shilliqning cho'zilish simptomi;
 3. qorachiq simptomi;
 4. paportnik simptomi;
 5. kariopiknotik indeksni (KPI) aniqlash.
5. Tuxumdon siklining 2 fazasini ayting.
1. follikulin fazasi;
 2. lyutein fazasi.
6. Bachadon siklining 4 fazasini ayting.
1. deskvamatsiya;
 2. regeneratsiya;
 3. proliferatsiya;
 4. sekretsia.
7. Gipofiz oldingi bo'lagining 6 gormonini ko'rsating.
1. TTG ;
 2. STG;
 3. AKTG;
 4. FSG;
 5. PRL;
 6. LG.
8. Hayz siklining asosiy 4ta ko'rsatkichini ayting.
1. butun ayol organizmining faoliyati;
 2. ovulyatsiya bo'lishi shart;
 3. hayz siklining 5 bosqichini to'g'ri va qayta bog'lanishi;
 4. organizmda siklli o'zgarishlari.
9. Hayz siklini ta'riflanishi.
1. doimiylik;
 2. og'riqsizlik;
 3. qon ketishi 100k 20 ml;
 4. davomiyligi 3 - 4 kun.

10. Hayz siklining davomiyligi Bo`yicha 3 turini ko`rsating.
 1. normaponik;
 2. antepolik;
 3. postponik.

11. Kun davomiyligi buyicha hayz siklining 3 turini ayting.
 1. 28 kunli;
 2. 21 - 22 kunli;
 3. 33 - 35 kunli.

12. Tuxumdonning lyutein tanasi rivojlanishining 4 fazasini ayting.
 1. proliferatsiya;
 2. vaskulyarizatsiya;
 3. gullash;
 4. qayta rivojlanish.

13. Follikulinning (estrogenni) biologik ta'sirini ayting.
 1. ikkilamchi belgilarining rivojlanish;
 2. jinsiy a'zolarining o'sishi va rivojlanishi;
 3. termoregulyatsiya va moddalar almashinuv jarayoniga ta'siri.

14. Progesteron (gestagen) 3 ta'sirini ayting:
 1. Xomilani normal rivojlanishiga ta'sir etadi;
 2. endometriyani siklik o'zgarishlarini boshkaradi;
 3. miometriyani qo'zg'alishini pasaytiradi.

15. Testosteron (androgen) biologik ta'sirini ayting.
 1. qo'ltik osti va qovdagi tuklarni o'stiradi;
 2. klitor va katta lablarni o'stiradi;
 3. maskulinizatsiya.

16. Nima uchun har bir ayol ovulyatsiya kunlarini bilish kerak.
 1. uruglanishning qulay kunlarini bilish uchun;
 2. noixtiyeriy xomiladorlikdan fiziologik saqlanish uchun.

17. Ikki fazalik hayz siklini nima ifodalaydi.
 1. hayz siklining ikkinchi yarmida qin surtmasining III tipi;
 2. hayz siklining o'rtasida «qorachiq» simptomi 4k;
 3. hayz siklining II fazasida rektal temperatura kutariladi;
 4. 4. hayz siklining II fazasida olingan endometriy biopsiyasi sekretsiya holatida.

18. Organizmning gormonal to'yinganligini aniqlash metodlari.
 1. qorachiq fenomeni aniqlash;
 2. kariopiknotik indeksini aniqlash;
 3. bazal xaroratni ulchash;

4. endometriya biopsiyasi;
 5. qon va siydikda gormonlar miqdorini aniqlash.
19. Qanday gormonlar gonadotrop gormonlarga tegishli.
1. FSG;
 2. LG;
 3. Prolaktin.

NAZORAT SAVOLLARI.

1. Hayz sikli nima?
2. Hayz ta'rifi.
3. Tuxumdon sikli.
4. Bachadon sikli.
5. Bazal harorat qanday qilib to'g'ri o'lchanadi?

HAYZ SIKLINING BUZILISHI. AMENOREYA.

Maqsad. Hayz sikli buzilishining asosiy turlari, amenoreya sabablari, tekshirish va davolash usullari bilan tanishtirish.

Vazifalar:

1. Hayz sikli buzilishi va tasnifini o'rganish.
2. Amenoreya turlari bilan tanishtirish.
3. Amenoreyada tekshiruv usularini bilish.
4. Amenoreyada davolash usullari bilan tanishish.

Hayz sikli buzilishining sabablari juda ko'p. Kasallik polietiologikdir. Ayrim sabablari: organizmning yoshiga bog'liq bo'lgan omillar, ruxiy holatlar, oilada va ishda bo'ladigan ko'ngilsiz voqealar, periferik endokrin bezlar faoliyatining buzilishi, o'tkir va surunkali yallig'lanish jarayonlari, jinsiy azolardagi o'smalar va hokazo. Etiologik omillar ichida ayniqsa, qizlarning jinsiy rivojlanish davrida boshlaridan kechirgan yuqumli kasalliklarini aniqlash katta ahamiyatga egadir. Virusli gepatitda faqat tuxumdonda morfologik jihatdan o'zgarishlar ro'y berib qolmay, balki gipotalamusda ham huddi shunga o'xshash o'zgarishlar yuz berishi kuzatilgan. Endogen va ekzogen omillar hayz siklini boshqaruvchi gipotalamus –gipofiz –tuxumdon sistemasining turli qismlariga ta'sir ko'rsatishi oqibatida disfunktsional qon ketishi ro'y berishi mumkin. Fiziologik holatda hayz siklini boshqarishda bosh miya po'stlog'i, gipotalamus, gipofiz, tuxumdon va bachadonning ahamiyati katta. Bu a'zolar o'zaro bog'liqdir. V. T. Vogralik (1973)ning izohlashicha, organizmdagi gormonal sistema faoliyatini boshqarishning buzilishiga quyidagi holatlar sabab bo'ladi:

1. Endokrin bezlardan birining neyro-gormonal (gipotalamus – gipofiz) omillar ta'sirida faoliyati buziladi.
2. Infeksiya, intoksikatsiya, jarohatlar, o'smalar tufayli bir yoki bir necha bezlar faoliyatining yetarli bo'lmasligi.
3. Ayrim ma'lum bezlarda gormonlarning vujudga kelishida fermentlar stimulyatsiyasining yetarli bo'lmasligi.
4. Biron bir gormonning organizmning kerakli joyiga yetib bormasligi.
5. Gormonlarning ta'sir qilish sharoitining buzilishi.
6. Ba'zi bir gormonlarning ta'sir qilish faolligining buzilishi.

Hayz sikli buzilishining tasnifi

Hayz sikli buzilishining quyidagicha turlari mavjud:

1. Amenoreya –6 oy mobaynida hayz sikli bo'lmasligi
2. Davriy o'zgarishlari

Hayz kuchi va davomiyligining «+» belgisi ostida o'zgarishi

- a) gipermenoreya - hayz qonining ko'p miqdorda kelishi.
- b) polimenoreya - hayzning 7 kun va undan ortiq davom etishi.
- v) giperpolimenoreya - uzoq vaqt davomida va ko'p miqdorda qon kelishi (menorragiya)

-« - »belgisi ostida

- a) gipomenoreya - hayzda ajraladigan qon miqdori kam bo'lishi.
- b) oligomenoreya -hayz muddati qisqa davom qilib, 2 kundan kam bo'ladi. v)

gipopolimenoreya -qisqa muddat va kam miqdorda qon kelishi.

Hayz tipi va ritmi bo'yicha o'zgarishlar

I. Turi

- a) opsomenoreya-hayzning juda kam bo'lishi (6-8 haftada 1 marta)
- b) sponiomenoreya-hayz siklining juda uzoq davom etishi (1 yilda 9 4 marta)
- v) proyomenoreya-qisqargan hayz siklining tez-tez bo'lishi (2/3-1,52 haftada).

II. Anovulyator disfunktsional qon ketish

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

III. Algodismenoreya -hayzning og'riqli bo'lishi bilan.

- a) algomenoreya -hayz vaqtida jinsiy a'zolarida og'riq paydo bo'ladi
 - b) dismenoreya -hayz davrida organizmdagi turli o'zgarishlari (bosh og'rig'i, ishtaha buzilishi, ko'ngil aynishi).
 - v) algodismenoreya -umumiy va mahalliy belgilarning birgalikda uchrashi.
- ### IV. Bachadondan atsiklik qon ketishi
- metrorragiya -hayzga bog'liq bo'lmagan qon ketishi.



18-Rasm. Amenoreya

Amenoreya

6 oy davomida hayz bo'lmasligi mustaqil kasallik bo'lmasdan bir qancha kasalliklarning mahalliy va umumiy belgisi hisoblanadi (18-rasm). Amenoreyaning quyidagi turlari bor:

1. Soxta amenoreya – tuxumdon va boshqa a'zolarida o'zgarishlar bo'lib, bu hil amenoreya ko'pincha mahalliy sabablarga bog'liq: qizlik pardasi butunligi, qin atrofiyasi, bachadon bo'yni kanali atreziyasi sababli yuz berishi mumkin. Bunda qon qinga, bachadon bo'yniga va naylarga to'planib qoladi.
2. Chin amenoreya -hayz sikli boshqaruvining 5 halqasidan birida sezilarli o'zgarishlar bo'lganda yuzaga keladi va shunga bog'liq holda jinsiy gormonlar ishlab chiqarish davriyligi buziladi va hayz ko'rilmaydi.
3. Fiziologik amenoreya – bu holda ayol organizmidagi ayrim fiziologik holatlar sababli hayz bo'lmaydi:
 - bolalik davrida,
 - homiladorlik davrida,-laktatsiya davrida,
 - menopauza davrida.
4. Patologik amenoreya – ayol organizmida kechayotgan patologik holatlarda hayzning bo'lmasligi.
 - Birlamchi – hayzning bolalik davridan boshlab kelmasligi
 - Ikkilamchi – hayzning avvaliga kelib, so'ngra ayrim sabablarga ko'ra to'xtab qolishi. Bizga ma'lumki, hayz siklining boshqarilishida 5 halqa ishtirok etadi: po'stloq-gipotalamus-gipofiz-tuxumdon-bachadon. Mana shu halqalardan birortasining buzilishi amenoreyaga olib keladi va uning quyidagi shakllari

bo'ladi:

- Gipotalamik amenoreya;
- Gipofizar amenoreya;
- Tuxumdon amenoreyasi;
- Bachadon amenoreyasi.

Amenoreya sabablari

- gormonal buzilishlar – tuxumdon, gipofiz va boshqa a'zollarning zararlanishi tufayli yuzaga keladi;
- kasalliklar: yurak-tomir kasalliklari, jigar kasalliklari;
- MNS kasalliklari (shizofreniya, miya o'smalari meningoensefalit, ruhiy travma);
- o'tkir va surunkali infeksiyon kasalliklar;
- surunkali intoksikatsiya (alkogolizm, giyoivandlik);
- alimantar omillar – ochlik, kamqonlik, semizlik;
- ekstragenital bachadon kasalliklari. Endometrit.

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

MNSning organiq shikastlanishida birlamchi amenoreya kamdan-kam hollarda yuz beradi. Asosiy sabablari: miya o'smalari, surunkali meningoensefalit, araxnoidit, surunkali seroz meningit, epidemik ensefalit.

Psixogen amenoreya ham uchrab, u qattiq hayajonlanish (stress), ruhiy va fiziologik charchash tufayli ham yuzaga keladi.

Gipotalamik amenoreya, bunda asosan miyaning do'nglik osti sohasida patologik o'zgarishlar bo'ladi. Sababi – ruhiy travma, ochlik, neyroinfeksiya va boshqalar.

Gipotalamik amenoreya ko'pincha funksional tabiatli bo'ladi.

- ruhiy (psixogen);
- Kiari-Frommel sindromi;;
- «soxta homiladorlik»;
- «asabdan bo'ladigan» anoreksiya; (ruxiy anoreksiya)
- turli infeksiyon kasalliklar va zaharlanish tufayli yuzaga kelgan amenoreya

Klinikasi:

Gipotalamik amenoreya paydo bo'lishidan avval quyidagi o'zgarishlar kuzatiladi:

- vegetotomir va moddalar almashinuvi buzilishlari, tomir krizlari, AQB asimmetriyasi;
- hushdan ketish holatlari;
- yurak aritmiyasi;
- keyinchalik esa yog' va suv-tuz almashinuvi buzilishlari tufayli gipotalamik tipdagi xomsemizlik.

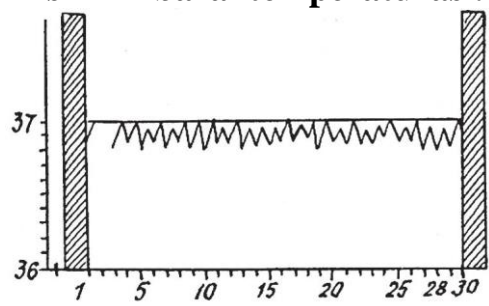
Diagnostika

1. Bazal harorat monofazali menstrual sikllar (19-rasm).
2. Qin surtmasida estrogenning to'yinishi kamaygan.
3. FSG ning keskin pasayishi yoki umuman yo'qligi tufayli estrogen gormonlar ajralishi kamayadi.
4. Diagnostik maqsadda, o'smani inkor etish uchun bosh miya turk egari sohasi rentgenografiya qilinadi,
5. Jinsiy gormonlarning ekskretsiya sathi aniqlanadi.

Gipofizar amenoreya adenogipofizning organik shikastlanishi tufayli yuzaga keladi. Uni 2 guruhga bo'lish mumkin.

1. Adenogipofiz to'qimasining nekrotik o'zgarishi tufayli yuzaga kelgan amenoreya: · Shixan sindromi – tug'ruqdan keyingi gipopituitarizm; · Simmonds kasalligi -gipofizar kaxeksiya.

19-rasm. Bir fazali anovulyator hayz siklini bazal temperaturasi.



2. Gipofiz o'smasi tufayli yuzaga kelgan amenoreya: · Isenko-Kushing kasalligi; · Akromegaliya.
3. Adipozogenital distrofiya – homiladorlikdagi toksoplazmoz, yoshligida va jinsiy rivojlanish davridagi infeksiyon kasalliklar tufayli yuzaga keladi. Bunda kuzatiladigan belgilar: semizlik, suyaklardagi nuqsonlar, jinsiy

a'zolar gipoplaziyasi, amenoreya.

4. Laurens-Munn-Bidl sindromida yuqoridagi belgilar kuzatiladi, bundan tashqari, pakanalik va bir qancha rivojlanish nuqsonlari kuzatiladi.
5. Xende-Myuller-Krischen kasalligi– bu ham gipotalamo-gipofizning organik shikastlanishi tufayli yuzaga kelib, bunda pakanalik, jinsiy infantilizm, osteoporoz, qandsiz diabet, endoofalmoz belgilari kuzatiladi.

Tuxumdon amenoreyasi asosan genetik o'zgarishlar bilan bog'liq va tuxumdon faoliyatining o'zgarishi tufayli yuzaga keladi. Gonadalar faoliyati buzilishining turlari:

1. Gonadalar disgeneziyasi.
2. Testikulyar feminizatsiya.
3. Tuxumdonlar birlamchi gipofunksiyasi.

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

Testikulyar feminizatsiya -ayollar fenotipiga mos, lekin gonadalar va genetik jihatdan jinsi erkak xromosomalar o'zgargan, erkaklar gonadasi ko'p miqdorda estrogenlar ishlab chiqaradi. Klinik belgilari: tashqi jinsiy a'zolari sust rivojlangan, bachadon va uning ortiqlari ba'zan bo'lmaydi, birlamchi

amenoreya, sut bezlarining ortiqcha rivojlanishi, bepushtlik. Bu holda gonadalarning «xavfli» o'smaga aylanish xavfi bor.

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

Tuxumdon amenoreyasi yana quyidagi sababalardan paydo bo'ladi:

- vaqtdan ilgari tuxumdon yetishmovchiligi;
- tuxumdonlar sklerokistozi; (20-rasm)
- tuxumdonning androgen ishlab chiqaruvchi o'smalari tufayli yuzaga kelgan amenoreya;
- kastratsiya (bichish)dan keyingi sindrom.

Bachadon amenoreyasi:

- bachadon jarrohlik yo'li bilan olib tashlanganda;
- sil tufayli yuzaga kelgan endometrit;
- bachadon endometriyiga kimyoviy vositlarning ta'siri tufayli

yuzaga kelgan amenoreya (yod, spirt, radioaktiv kobalt). Klinikasi: umumiy holsizlik, serjaillik, tez yig'lab yuborish, xotiraning pasayishi, yurakda og'riq, terlash, boshning tez-tez og'rishi va boshqalar.

Davolash

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

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

Gipotireoz (triogen nanizm) bo'yning o'smasligi, aqliy jihatdan orqada qolish, suyakdagi o'zgarishlar, amenoreya, jinsiy rivojlanishning kechikishi va boshqalar.

Anovulyator qon ketishi

1. Qisqa muddatda follikullar yorilmay qolib, mayda kistachalarga aylanganda.
2. Follikullar uzoq muddat davomida yorilmay, mayda kistachalarga aylanganda.
3. Yetilmagan follikulning atreziyasi (yorilmay qolishi) yoki kistachaga aylanib qolishi.

Anovulyator disfunktsional qon ketishi, hayzning to'xtab qolishi (78 haftagacha), bachadondan qon ketishi bilan xarakterlanadi. Hayz to'xtab qolgandan keyingi qon ketishi turli miqdorda, tezlikda va turli muddatlarda davom etaveradi. Disfunktsional qon ketishi jinsiy rivojlanish davrida vujudga kelib, unda ham qon ketib, qizlarda hatto kamqonlik kasalligini keltirib chiqaradi. O'smirlik (yuvenil) yoshdagi disfunktsional qon ketishi ancha erta boshlanadi. Shunga ko'ra, bachadondan disfunktsional qon ketishi yuz bergan qizlarning rivojlanish davri sog'lom qizlardan jismoniy, jinsiy jihatdan ancha farq qiladi (bachadon va tuxumdon gipoplaziyasi kuzatilishi mumkin).

Algodismenoreya -hayzning og'riqli va sikli buzilib kelishi. Qorin pastida dardsimon og'riqlar kuzatiladi, bel sohasida ham og'riqlar, umumiy holsizlik bo'ladi.

Algomenoreya bo'lishi ham mumkin. Birlamchi (funktsional) algomenoreya – ichki a'zolarining anatomik o'zgarishlari bilan bog'liq emas. Ikkilamchi algomenoreya – kichik chanoqdagi a'zolarining patologik o'zgarishlari bilan bog'liq. Ikkilamchi algomenoreya sabablari quyidagilar: endometrioz, ichki jinsiy a'zolar anomaliyasi, surunkali yallig'lanish kasalliklari va boshqalar.

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

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

Asiklik qon ketishi ko'proq menopauza va reproduktiv davrlarida uchrab, asosan bachadon raking belgisidir. Hayz sikli buzilganda qo'llaniladigan tekshirish usullari:

1. Bazal (to'g'ri ichak) haroratni o'lchash (19-rasm).
2. Bachadon bo'yni shillig'ini siklik o'zgarishlarini aniqlash («paporotnik» va «ko'z qorachig'i») belgilari).
3. Gormonal kolpotsitologiya.
4. Endometriy biopsiyasi.
5. Estrogenlar va ularning metabolitlarini tekshirish.
6. Siydikdagi pregnandionni tekshirish va gonadotrop gormonlarni aniqlash.

Amaliy ko'nikmalar.

- kasallikning sabablarini aniqlash;
- klinik tekshiruv usullarini qo'llashda laborator va asboblardan foydalana bilish (FDT, qin surtmasi sitologiyasi, UTT, GSG);
- kriptomenoreyada jarrohlik yo'li bilan davolashga ko'rsatmalar va jarrohlik texnikasini qo'llay bilish;
- FDT ga asoslangan holda gormonlar bilan davolash;
- Bemorni kuzatish;
- Profilaktik-davolash va reabilitatsiya kuzatuvlarini qo'llash.

«Ko'krak bezlari palpatsiyasi»

Maqsad: Laktoreya va ko'krak bezlavri o'smalari diagnostikasi.

Ko'rsatma: Ayollarni tekshirish usuli.

Ta'minlanishi: Kushetka.

Qadamlar:

1. Ko'krak bezlarini palpatsiya qilishda ayolning turgan yoki yotgan holatida barcha kvadrantlarini tekshirib ko'riladi.
2. Dastlab tashqi so'ng ichki kvadrantlari paypaslanib, tuguncha yoki hosila bor-yukligi aniqlanadi.
3. Kukrak bezlarining tuzilishi, o'lchamlari (gipoplaziya, gipertrofiya, simmetrikligi, trofik uzgarishlar)ga e'tibor beriladi.
4. Surgich atrofi siqilib ko'rilib, ajralma bor-yukligi, uning rangi, konsistensiyasi va xarakteri aniqlanadi.
5. Ko'krak bezlarini paypaslash, bezlar o'sma kasalliklarining diagnostikasida muxim ahamiyat kasb etadi.

«Amenoreya»

Maqsad: Talabalarga bemorni ob'ektiv va sub'ektiv ma'lumotlariga asosan tashxis qo'yish, kasallik ogirlik darajasini baholash va davolash taktikasini tanlashni o'rgatish. **Ta'minlanishi:** Kushetka, qin qo'zgulari, ginekologik kreslo, steril qo'lqop, tanometr.

1. Ayol ginekologik kresloda oyoqlarini chanok-son va tizza bo'gimida bukilgan holatda yotibdi.
2. Shikoyatlari: hayzning 6 oy va undan ko'p muddatda kelmasligi.
3. Kasallik anamnezi: kasallik boshlanishini ruxiy jarohatlar, endokrin kasalliklar bilan boglaydi.
4. Hayotiy anamnezi: hayz kelishi 12 yoshdan 3-4 kun, har 28 kunda, jinsiy hayoti 19 yoshdan. Ginekologik kasalligi-surunkali adneksit. Irsiyatga moyilligi yo'q, zararli odatlari yo'q. Oxirgi hayzi 6 oy oldin kelgan.
5. Umumiy ko'ruv: Bemorning ahvoli deyarli o'zgarishsiz.
6. Korn ko'ruvda o'zgarishsiz, perkussiyada uzgarishsiz.
7. Dastlabki tashxis: shikoyatlari, hayot va kasallik anamnezi hamda mahalliy status va ob'ektiv ma'lumotlarga asoslanib qo'yiladi. Qon umumiy taxlili: o'zgarishsiz. Qonda gormonlar miqdori: LG, FSG, PRL, estradiol, progesteron, testesteron.

UTT: kasallik etiologiyasiga qarab bachadon ortiqlari sohasida hosilda, o'sma yoki jinsiy a'zolarining nuqsonli joylashishi kuzatiladi.

Funksional diagnostika testlari: kasallik etiologiyasiga qarab o'zgargan.

Ko'zgularda ko'ruv: qin shillik qavati va bachadon bo'yni o'zgarishsiz.

Qin orqali ko'ruv: kasallik etiologiyasiga qarab turli o'zgarishlar: a'zoning yo'qligi, o'smalar, yalliglanish kasalliklari aniqlanadi.

Rentgenologik tekshiruv: turk egarini tekshirilib ko'riladi.

8. Klinik tashxisni qo'yish va asoslash: dastlabki tashxis va klinik - instrumental tekshiruvlarga asoslanib qo'yiladi.
9. Asoratlar: reproduktiv faolitning turli buzilishlari, bepushtlik, neyroendokrin o'zgarishlar.
10. Qiyosiy tashxisi: yolg'oni chindan, birlamchini ikkilamchi amenoreyadan.
11. Operativ davolash: Amenoreya formasiga qarab organizmning buzilgan

- faoliyatini tiklash reabilitatsion terapiya.
12. Profilaktikasi: jinsiy a'zolar yalliglanish kasalliklarini o'z vaqtida aniqlash va davolash. EGKni davolash.

Masala: Ayol 32 yoshda, 6 oy mobaynida hayz kelmasligidan shikoyat qilib keldi. Šanday tekirish usullari o'tqaziladi?

O'RGATUVCHI TESTLAR

1. Fiziologik amenoreyaning qanday 4-ta ko'rinishini bilasiz?
 1. bolalik davridagi amenoreyasi;
 2. laktatsiya davridagi amenoreya;
 3. homiladorlik davridagi amenoreya;
 4. klimakterik va qari yoshdagilar amenoreyasi.

2. Hayz siklini «plyus» belgi bilan buzilishi 4 turi:
 1. menorragiya;
 2. gipermenorroreya;
 3. polimenoreya;
 4. proyomenoreya.

3. Hayz siklini « minus » belgi bilan 3 turi:
 1. gipomenoreya;
 2. oligomenoreya;
 3. opsomenoreya.

4. Bachadondan qon ketishning qaysi turlarini bilasiz.
 1. menorragiya (hayz sikl kunlari);
 2. metroragiya (hayz siklining orasida).

5. Algodismenoreyaning 3 ta sababini ayting:
 1. infantilizm, rivojlanish nuqsonlari;
 2. yallig'lanish jarayonlari;
 3. endometrioz.

6. Birlamchi tuxumdon amenoriyasining 3 sabablarini ayting.
 1. gonadalar disgeniziyasi;
 2. testikulyar feminizatsiyasi;
 3. tuxumdonni birlamchi gipofunksiyasi.

7. Ikkilamchi tuxumdon amenoriyasining 4 sabablarini ayting.
 1. radiatsiya;
 2. kastratsiya;
 3. o'smalar;
 4. sklerokistoz.

8. Bachadon amenoreyasining 2 sababni ayting.

1. bachadon yo'qligi, olib tashlanishi;
 2. endometriya bazal qavatining jarrohatlanishi.
9. Gipofizar amenoreyaning 5 turini ayting.
1. gigantizm, akromegaliya;
 2. Bazedov kasalligi;
 3. Isengo -Kushing;
 4. Shixan sindromi;
 5. nanizm.
10. Amenoreya bilan sizga bemor murojaat qildi, qaysi shifokorlar maslaxati zarur?
1. ginekolog;
 2. endokrinolog;
 3. okulist;
 4. neyroxirurg.
11. Qanday 4 holatda yolg'on amenoreya kuzatiladi?
1. tuxumdonda va bachadondagi normal siklik o'zgarishlarda;
 2. bachadon bo'yni kanalining atreziyasida;
 3. qin atreziyasida;
 4. qizlik pardasi atreziyasida.
12. Amenoreyani chaqiruvchi sabablarni ayting.
1. psixik taassurotlar;
 2. endometriy tuberkulezi;
 3. kasb zararlilari;
 4. gipofiz xromofob adenomasi.
13. Qaysi xastaliklar atsiklik qon ketishlar bilan kuzatiladi?
1. platsentar qoldiqlar;
 2. bachadonni miomasing submukoz xili;
 3. bachadon tanasi raki;
 4. endometriy polipozi.
14. Amenoreya bo'lishi mumkin hollarni toping.
1. infantilizmida;
 2. bachadonga yod kiritilgandan so'ng;
 3. gemorragik shokdan so'ng;
 4. rentgen va radiatsiya nurlardan so'ng.
15. Quydagi qaysi xastaliklarda atsiklik bachadon qon ketishi sodir bo'ladi?
1. bachadon submukoz miomasi;
 2. tuxumdon adrenoblastomasi;
 3. bachadon xorionepiteliomasi;
 4. bachadon tanasi raki.

16. Organizmning gormonal to'yinganligini aniqlash metodlari.
 1. qorachiq fenomenini aniqlash;
 2. kariopiknotik indeksini aniqlash;
 3. bazal haroratni o'lchash;
 4. endometriya biopsiyasi;
 5. qon va siydikda gormonlar miqdorini aniqlash.

17. Anovulyator qon ketishiga xos klinik va laborator belgilarni ko'rsating.
 1. hayzning 2-dan 6-8 gacha va undan ortiq haftagacha kechikishi;
 2. jinsiy a'zolarida anatomik o'zgarishlarning bo'lmasligi;
 3. haftadan 1-2 oygacha qon ketishi;
 4. hayz kuniga mos ravishda 10-15 kungacha qon ketishi.

18. Ikkilamchi amenoreyaga xos belgilari qanday?
 1. vegetonevroz belgilari;
 2. semizlik;
 3. bachadon o'lchamlarining kichrayishi va qinning quruqlanishi;
 4. qin surtmasi sitologik ko'rinishining dinamikada II turga moyilligi;
 5. monoton bazal harorati.

19. Haqiqiy amenoreyani bildiradigan ko'rsatkichlar nimadan iborat?
 1. hayzni 6 oy va undan ko'proq bo'lmasligi;
 2. bazal temperaturani bir hilligi;
 3. «qirqbo'g'im» simptomini dinamikada manfiyligi;
 4. laktoreya.

Nazorat uchun savollar:

1. Amenoreyaga ta'rif bering.
2. Amenoreya sabablarini ayting.
3. Amenorya simptomlaini ayting.
4. Amenoreyada qanaqa tekshiruv usullari qo'llaniladi.
5. Amenoreyada davolash usularini ayting.

BACHADONDAN DISFUNKSIONAL QON KETISHI (BDQK)

Maqsad: Talabalarni BDQK ning etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, uning asoratlari va ularning oldini olishda vrach taktikasi bilan tanishtirish. BDQK turli yoshdagi ayollarda turlicha bo'lishi va ularni zamonaviy davolash choralari, boshqa kasalliklar bilan taqqoslovchi tashxisni o'rgatish mavzuning asosiy maqsadidir.

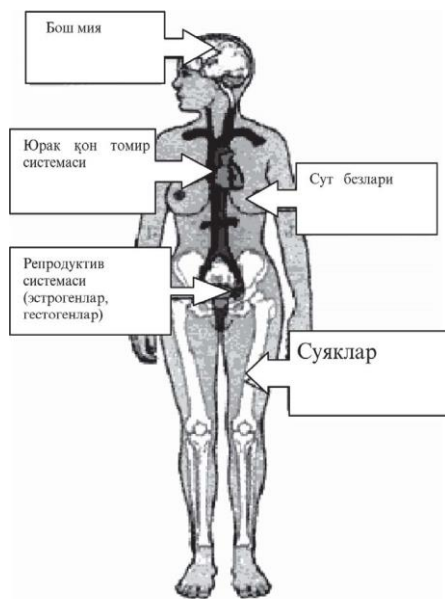
Vazifalar.

1. Bachadondan disfunktsional qon ketishi haqida tushuncha, uni uchrash tezligi, xarakteri va xususiyati.
2. Hayz sikli buzilishini yuzaga keltiruvchi patogen omillar haqida ma'lumot.
3. BDQK etiologiyasi va patogenezi.
4. BDQK tasnifi, klinik variantlari, boshqa kasalliklar bilan taqqoslovchi tashxislash.

5. BDQK ni tashxislash.
6. Davolash usullari (simptomatik davolash, umumiy davolash usullari, fizioterapevtik usullarni qo'llash).
7. Davolashda gormonlarni qo'llash. Kasalning yoshiga qarab preparatlarni tanlash. Gormonal gemostaz (estrogenlar bilan, progesteron bilan, estrogen va androgenlar bilan, estrogen va progesteron bilan). Siklik gormonal terapiya.
8. Davolashda jarrohlik usullarni qo'llash, unga ko'rsatmalar.
9. Yuvenil qon ketishi haqida tushuncha. Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, tekshirish usullari va davolash.

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

Ayol organizmida hayz siklining kechishi juda murakkab biologik hodisa bo'lib, uning asosida bosh miya po'stloq qismi -gipotalamus – gipofiz – tuxumdon – bachadon sistemasining bir – biriga ta'siri natijasidagi jarayon



21 – Rasm.

BDQK va ichki a'zolarining bir-biri bilan bog'liqligi.

oqibatida (neuroleptiklar).

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

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

- a) Ovulyatsiya buzilishiga.
- b) Sariq tana rivojlanishi II fazasining va progesteron ishlab chiqarishning

yotadi (21-rasm). Bu 5 ta halqa o'zaro bog'langan bo'lib, ulardan biri tushib qolganida hayz siklining buzilishi kuzatiladi. Hayz sikli buzilishining ko'rinishlaridan biri bachadondan disfunktsional qon ketishidir.

BDQK yuzaga keltiradigan bir qancha omillar mavjud:

1. Markaziy nerv sistemasining buzilishi – asab zo'riqishi, stress omillari, aqliy va jismoniy zo'riqish, jarohatlanish.
2. O'tkir va surunkali infeksiyalar (gripp, surunkali tonsillit, revmatizm, sil).
3. Jinsiy a'zolarining surunkali yallig'lanish jarayonlari.
4. Ichki sekretiya bezlari xastaliklari.
5. Ba'zi dorilarni muntazam ichish

boshlanmasligi.

v) Ayol organizmiga faqat estrogenlarning uzoq ta'sir etishi.
Shu o'zgarishlarga ko'ra BDQK ni quyidagicha tasniflash mumkin.

BDQK tasnifi:

1. Anovulyator qon ketishi:
 - a) follikullar atreziyasi tipida.
 - b) follikullar persistensiyasi tipida.
2. Ovulyator qon ketishi:
 - a) Follikulin fazasining qisqarishi.
 - b) Lyutein fazasining uzayishi.
 - v) Lyutein fazasining qisqarishi.

Ayollarni yoshga qarab tasniflash:

1. Yuvenil qon ketishi.
2. Tug'ruq yoshidagi ayollarda DKK
3. Klimakterik premenopauzada qon ketishi.

Follikul yetilishining buzilishi 2 tipda kuzatiladi.

Follikulning uzoq persistensiyasi – yetilgan 1-2 katta follikul bir qancha vaqtgacha yorilmasdan turadi va estrogenning aktiv fraksiyalarini chiqara boshlaydi. Organizmda estrogen gormonlar darajasining yuqoriligi aniqlanadi. Bu gormonlar ta'sirida bachadonda nafaqat proliferatsiya jarayoni, balki giperplaziya, polipoz, kistoz holatlari ham kuzatiladi. Boshqa a'zo va sistemalarda ham o'zgarishlar kuzatiladi. Bu holat ko'pincha tug'ruq yoshidagi ayollarda ko'proq kuzatiladi.

Follikulning atreziya holati – bunda follikul yetilishi oxiriga yetmay, balki kichik yoki katta follikul darajasida to'xtaydi va orqaga rivojlanish holati kuzatiladi.

Giperplaziyaga uchragan endometriyda qon tomirlarining o'sib ketishi va kengayishi kuzatiladi. Estrogenlarning doimiy ta'sirida qon

tomirlar yuqalashib, mo'rt bo'lib qoladi, ularning tonusi o'zgarib, qisilish yoki kengayish holatlari kuzatiladi. Bu endometriyda qon aylanishning buzilishiga, qon talash holatlari va bu yerda nekrozlarni yuzaga keltiradi. Nekrozlar uzilib qon ketishiga sabab bo'ladi. qon ketish holatlari ko'pincha hayz siklining buzilishi, hayzning to'xtab qolishidan yuzaga keladi. qon ketish darajasiga qarab (uzoq yoki qisqa) atreziya yoki persistensiya holatini aniqlash mumkin.

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

BDQK ni tashxislash.

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

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

Funksional diagnostika testlari.

1. Follikullar persistensiyasiga xos o'zgarishlar:

-bir fazali bazal harorat

-«qorachiq» simptomi +++ yoki ++++

-yuqori darajali KPI – 50 – 70 %

-qin surtmasi tipi III - IV darajada bo'ladi

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

-bir fazali bazal harorat

-uzoq vaqtgacha kuzatiluvchi «qorachiq» simptomi + yoki ++

-KPI – 15 – 25%.

Tashxis qo'yishda quyidagi usullardan foydalaniladi:

1) aniq yig'ilgan anamnez (bepushtlik, homila tashlash hollari).

2) umumiy va qin orqali bimanual tekshirish.

3) gisteroskopiya

4) exoskopiya

5) endometriyni tekshirish (endometriy biopsiyasi, diagnostik qirish metodi, endometriy aspiratsiyasi).

6) qon analizi.

a) qonda XG ni aniqlash

b) trombositlar miqdorini aniqlash.

v) leykotsitlar formulasini aniqlash.

7) gormonlar miqdorini tekshirish usullari

8) funksional diagnostika testlari.

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

BDKKni quyidagi kasalliklar bilan qiyosiy tashxislash mumkin:

- qon kasalliklari bilan: gemorragik diatez, trombositopeniya, gemofiliya.

- bachadon miomasi

- tuxumdonlar o'smalari

- polipozlar

- rak kasalliklari (bachadon tanasi va bo'yni raki)

- platsentar polip

- adenokarsinoma

- homiladorlikning vaqtdan ilgari to'xtashi, abortlar

- bachadondan tashqari homiladorlik

- adenomioz va boshqalar.

BDQKni davolash.

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

BDQK ni davolashda umumiy ahvolni yaxshilovchi, simptomatik davolash, gormonlarni qo'llash va jarrohlik usullari qo'llaniladi.

Umumiy davolashda kasalga salbiy ta'sir etuvchi omillarni yo'qotish, aqliy va jismoniy jihatdan dam oldirish, bularni yo'lga qo'yishda preparatlardan: biopassit, notta va fizioterapevtik usullardan foydalanish maqsadga muvofiqdir. Masalan, endonazal elektroforez vitamin V1 bilan yoki elektroforez brom va kalsiy bilan Sherbak yoqasi ko'rinishida qo'yiladi. Bachadon bo'ynini elektrostimullash usullaridan bachadongipofiz refleksini qo'zg'atishga yordam beradi.

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

O'simliklardan tayyorlangan mastodinon, remens dorilarini hamtavsiya etish mumkin.

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

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

1. Estrogenlarni qo'llash. Qonni to'xtatish maqsadida follikulyar gormon ishlatilib u bachadon shilliq qavati regeneratsiyasini tezlashtiradi. Gipofizda FSGning ortiqcha ishlab chiqarishini kamaytirib, FSG va LGlarning o'zaro munosabatini normallashtiradi. Estrogenlar 3-4 kun davomida nisbatan katta dozada beriladi. Follikulin 10000 tb har bir soatda 4-6 marta qon to'xtaguncha yuboriladi (umumiy doza 60000 tb). Odatda 6 soat ichida qon oqishi to'xtaydi. Sxema bo'yicha: keyingi har bir kunda 10000 tb kamaytiriladi (masalan, 2 -kunda 5 marta X 10000tb m/i, 3 kun – N4, 4 kun – N3, 5 kun – N2, 6 kundan to 15 kungacha N1, keyin 16 – 25 kunlarda progesteron 2, 5% - 10 ml kunora N5 m/i yuboriladi.

2. Etinilestradiol 0,05 mg dan sutkasiga 3-4 marta keyingi kun 23 marta kamaytirilib, qon to'xtagach 2 -kunidan boshlab 6-8 kun progesteron 15 mg yuboriladi yoki norkolut, dyufaston 1 tabletkada 1 mahal beriladi.

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

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

SIKLIK GORMONAL TERAPIYA follikullar atreziyasi kuzatilganda va estrogenlar yetishmovchiligida hamma yoshdagi ayollarda qo'llaniladi.

Estrogenlar 10000 tb dan mushak orasiga (yoki mikrofolin til tagiga) hayz siklining 6-8, 10-12 - kunlari yuboriladi, 14-16-18 -kunlari estrogen progesteron bilan birgalikda 10 mg yuboriladi. 20 - kundan boshlab progesteron 10 mg dan

6-8 kun yuboriladi. Bunday davolash 3-4 hayz sikli davomida olib boriladi.

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

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

Bachadondan disfunktsional qon ketganda qo'llaniladigan zarur choralardan biri bachadon bo'shlig'ini diagnostika maqsadida qirishdir. Bunda nafaqat tashxis qo'yish, balki qon ketishini to'xtatishga ham erishiladi. Bu metodni qo'llash yosh qizlarda oxirgi chora bo'lsa, 30-40 yoshdagi ayollarda birinchi bo'lib qo'llaniladigan choradir. Agar gistologik tekshiruvda rak oldi holatlari kuzatilsa (atipik giperplaziya, adenomatoz poliplar proliferatsiya bilan) unda jarrohlik usulini qo'llash zarur.

Jarrohlik usulini qo'llashga ko'rsatmalar:

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

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

1. 17-0 OPK 125 - 250 mg bachadon qirishdan keyin 14, 17, 21 kun va 4-6 oy ichida hayzning shu kunlari yoki haftada 2 marta 6 oy davomida - 48 yoshdan oshgan ayollarga tavsiya etilib, hayz holatini to'xtatadi.
2. Norkolyut 5-10 mg hayzning 5 dan 25 kunigacha 4 – 6 oy davomida.
3. Omnadren – 250 yoki Sustanon – 250 1 ml dan 1 oyda 1 marta 34 oy ichida, so'ng metiltestosteron 5-10 mg dan til ostiga 1-2 oy davomida ichiladi.
4. Keyingi yillarda 40 yoshdan boshlab sof gestogenlardan: femoston, dyufaston keng qo'llanilmoqda.
5. Gormonal davolashga qarshi ko'rsatmalar bo'lsa, u holatda gomeopatik dori vositalaridan remens tavsiya qilinadi, ba'zan rentgenkastratsiyani qo'llash mumkin.

BDQK profilaktikasi.

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

- barcha genital va ekstragenital kasalliklarni davolash
- qiz bolalarni yoshligidan boshlab sog'lomlashtirish ishlarini olib borish,

jismoniy tarbiya bilan shug'ullantirish, to'g'ri ovqatlantirish, o'qish, dam olish.

- Jinsiy hayot gigiyenasiga rioya qilish va boshqalar.

BDQKning oldini olish, o'z vaqtida to'g'ri davolash, keyinchalik turli onkologik kasalliklarni oldini olish.

Yuvenil qon ketishi (yuqk).

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

Etiologiyasi va patogenezi.

Kasallik polietiologikdir, asosan o'tkir va surunkali infeksiyon kasalliklar (angina, surunkali tonzillit, gripp, revmatizm, pnevmoniya), noto'g'ri ovqatlanish (gipovitaminozlar), ko'ngilsiz voqealar – ruhiy travmalar, charchash hollari va boshqalar sabab bo'ladi. Bunda endogen va ekzogen omillar ontogenez davrida gipotalamus xujayralarining retseptor faoliyatiga ta'sir etishiga ko'ra uning markazining ta'sirchanligi oshadi. Gipotalamus bu holda gipofizga to'liq ta'sir ko'rsata olmaydi, gonadotrop gormoni kam ajraladi. Bu o'z navbatida tuxumdonda follikullar yetilishiga ta'sir etib, anovulyatsiyani yuzaga keltiradi. YuQK da anovulyatsiyaning o'ziga xos turi, follikullar atreziasini (yorilmay qolishi) yoki kistaga aylanib qolishi kuzatiladi.

Estrogenlar uzoq vaqt davomida, progesteron oz miqdorda ajraladi. Bu hol endometriyda proliferatsiya holatini keltirib chiqaradi. Giperplaziya yuzaga kelib, bez-kistali o'zgarishlar yuz beradi. Bu hol qon-tomirlar o'zgarishiga, nekroz holatiga va qon ketish holatini yuzaga keltiradi.

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

Asiklik qon ketishi menarxe vaqtdan boshlanishi yoki menarxedan 1, 5 - 2 yil keyin, biron infeksiyon kasallikdan keyin, aqliy jismoniy charchash tufayli yuzaga keladi. 87% hollarda endometriyda giperplastik o'zgarishlarni, adenomatoz va atipik giperplaziya holatlarini ko'rish mumkin, shifokor bunday holatlarga e'tiborli bo'lishi kerak.

YuQK klinikasi qancha miqdorda qon yo'qotganligiga bog'liq: tez charchash, holsizlik, ishtaxaning yo'qligi, bosh og'rishi, yuraqni vaqti vaqti bilan og'rish hollari kuzatiladi. Qon analizida trombositlar miqdorining o'zgarganligi, fibrinogen konsentratsiyasi pasayishi, qonning ivish qobiliyati pasayishi kuzatiladi.

YuQKda tekshirish usullari:

1. Bazal (to'g'ri ichak) haroratini o'lchash.
2. UTT o'tkazish.
3. To'g'ri ichak orqali tekshirish.
4. Umumiy qon va trombositlar sonini tekshirish.
5. Qonda progesteron miqdorini tekshirish.
6. Gonadotrop gormonlar (FSG, LG) Qonsentratsiyasini aniqlash.

Differensial tashxis.

Bachadondan qon ketishi bir qancha boshqa kasalliklarda ham kuzatilib,

buning differensial tashxisida quyidagi patologik holatlarni e'tiborga olish kerak bo'ladi:

1. Tuxumdonning granulyoz hujayrali va mezodermal o'smalari, tekoma, disgerminoma.
2. Bachadon va qindagi xavfli o'smalar (mioma, rak).
3. Jinsiy a'zolar sili
4. Gemorragik diatez
5. Trombotsitopeniya (Verlgof kasalligi).
6. Gemofiliya S (qiz bolalarda X omilning yetishmasligi natijasida qonning ivishi ancha sust bo'ladi).
7. Angiogemofiliya Villebrand – Yurgens kasalligi – bunda qon ivishida ishtirok etuvchi VIII omil bo'lmagani uchun qon ketishi uzoq davom etadi.
8. Kapillyarlar toksik va allergik o'zgarganda.
9. Bo'qoq bezi, buyrak usti bezi, diensefal patologiya.

Davolash.

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

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

Agar kasalxonaga murojaat qilgan qiz bolada o'tkir kamqonlik belgilari kuzatilsa: arterial qon bosimi pasaygan, taxikardiya, holsizlik, gemoglobin miqdori 70 g/litrdan past bo'lsa, gematokrit 20% - bu holda SZP 300-400 ml, ifezol va qon o'rnini bosuvchi eritmalar (stabizol, refortan) quyish zarur, keyin gormonal gemostaz usuli va siklik yoki sintetik progestin bilan terapiya o'tkaziladi.

AMALIY KO'NIKMALAR.

BDQK klinikasini va tashxislashni bilishi, kasalni tekshirishni, tashxisni differensiatsiya qilishni, to'g'ri davolash usulini tanlashni, operativ davolashga ko'rsatmani va shoshilinch yordam choralarini tanlashni bilishi kerak. Dori vositalarining (Qon to'xtatuvchi, og'rik qoldiruvchi) retseptlarini yozishni bilish kerak.

“Bachadonda disfunktsional qon ketish”

Maqsad: talabalarga bemorni ob'ektiv va sub'ektiv ma'lumotlarga asosan diagnoz qo'yish, kasallik og'irlik darajasini baholash va davolash taktikasini tanlashni o'rgatish. **Ta'minlanish:** qin ko'zgulari, ginekologik kreslo, probirka, qirg'ich, bachadon zondi, steril qo'lqop, qisqich.

1. Ayol ginekologik kresloda oyoqlarini chanoq-son va tizza bo'g'imlarida bukib yotadi.
2. Shikoyatlari: jinsiy yo'llaridan ko'p kun va ko'p miqdorda qon ketishiga.
3. Kasallik anamnezi: asta-sekin boshlanadi, hayz to'xtagandan keyin.
4. Hayot anamnezi: hayz kelishi 14 yoshdan, 3-4 kun, har 28 kunda, jinsiy

hayoti 19 yoshdan, ginekologik kasalliklari -surunkali adneksit. Irsiyatga moyilligi yo'q, zararli odatlari yo'q. Oxirgi hayz 1, 5 oy avval bo'lgan.

5. Umumiy ko'ruv: bemorning ahvoli qoniqarli, teri qoplamlari oqish, taxikardiya, gipotoniya.

6. Qorni ko'ruvda: oddiy shaklda, paypaslanganda og'riqsiz.

7. Dastlabki diagnoz: shikoyatlari, hayot va kasallik anamnezi hamda lokal status va ob'ektiv ma'lumotlarga asoslanib qo'yiladi. Qonning umumiy analizi: gemoglobin, eritrotsit va trombosit miqdorining kamayishi. Ko'zgularda ko'ruv: qin shilliq qavati va bachadon bo'ynida toza qonli ajralma ko'rinadi. Qin orqali ko'ruv: bachadon tanasi biroz kattalashgan, bachadon ortiqlari o'zgarishsiz. Gistologik tekshiruv: endometriy bezli-kistasimon giperplaziyasi.

8. Klinik diagnozni qo'yish va asoslash: dastlabki diagnoz va klinik – instrumental tekshiruvlarga asoslanib qo'yiladi.

9. Asoratlar: kamqonlik, bachadon miomasi, bachadon endometrioz, qon ketish.

10. Differensial diagnostika: Verlgof kasalligi, bachadon miomasi, endometrioz, abortlar, tuxumdongormonal-faol o'smalari, bachadon bo'yni va tanasi raki, bachadondan tashqari homiladorlik, xorionepitelioma.

11. Operativ davolash:

Bachadon bo'shlig'ini diagnostik va davolash maqsadida qirish.

Morfologik o'zgargan endometriyni olib tashlash

Jarrohlikdan keyingi davrda:

Gormonal korreksiya

Kasallik qaytalanishini oldini olish.

Organizmning buzilgan faoliyatini tiklash

Reabilitatsion terapiya

12. Profilaktika: bachadon ortiqlari yallig'lanishini aniqlash va davolash. EGKni davolash.

Bachadon bo'shlig'ini diagnostik qirish texnikasi

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

Ko'rsatma: bachadondan disfunktsional qon ketishlar, bachadon miomasi, endometriy fon va rak oldi kasalliklari, abort.

Ta'minlanishi: ginekologik kreslo, 70%li etil spirti, qin ko'zgusi, qisqichlar, bachadon zondi, qirg'ichlar, fiziologik eritma, formalin.

Qadamlar:

1. Ayol ginekologik kresloda oyog'ini tizza va chanoq-son bo'g'imlarida bukilgan holatda yotadi, bimanual tekshiruvda bachadon holati aniqlanadi.

2. Lidokain, novokain yoki tomirga kalipsol yuborib og'riqsizlantiriladi.

3. Tashqi jinsiy a'zolar va qinni 70 gradusli etil spirti bilan artiladi.

4. Qinga ko'zgulalar kiritilib, bachadon bo'yni ochiladi va bachadon bo'yni tashqi bo'g'izi 70 gradusli spirt bilan artib tozalanadi.

5. Bachadon bo'yni oldinigi labiga qisqich qo'yiladi.

6. Bachadon zondi yordamida bachadon bo'shlig'i uzunligi o'lchanadi.

7. Qirg'ichlar bilan bachadon bo'shlig'ini, bazal qavatini jarohatlamasdan qirib olinadi.

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

10. Ayolni katalkada palataga o'tkaziladi.

Masala.

Ginekologiya bo'limiga 28 yoshli bemor 2 oy davomida hayz kelmaganligi va jinsiy yo'llaridan ko'p miqdorda qon ajralma kelishiga shikoyat qilib keldi. Qin orqali ko'rganda bachadon o'lchamlari o'zgarmagan, harakatchan, og'riqsiz. Bachadon ortiqlari o'zgarishsiz.

Taxminiy diagnoz qanaqa?

Shifokor taktikasi?

Muolaja o'tkazish uchun qanaqa asboblari kerak? Og'riqsizlantirish.

1. Reproduktiv yoshdagi bachadondan disfunktsional qon ketish (BDQK).
2. Follikula persistensiyasi tipidagi BDQK.
3. Davolash va diagnostika maqsadida bachadonni qirish kerak.
4. Muolajani o'tkazish uchun qoshiqsimon ko'zgu, qisqich, qirg'ich va bachadon zondi zarur.
5. Olingan qirmanini fiziologik eritmada yuvib idishga formalin solib gistologik tekshiruvga yuboriladi.
6. Bachadonni qirish joyi og'riqsizlantirish (lidokain) yoki umumiy (kalipsol t/i) og'riqsizlantirish qo'llaniladi

NAZORAT SAVOLLARI.

1. BDQKni bilish.
2. Etiologik omillar.
3. Patogenez
4. Follikulning yetilish faoliyat turlari endometriyda morfologik o'zgarishlar.
5. Qon ketishi, paydo bo'lishining mexanizmi.
6. BDQK. Klinik varianti. Differensial tashxisi.
7. BDQK. Davolash turlari.
8. Gormonal gemostaz va uning turlari.
9. Xirurgik davolashga ko'rsatmalar.

Masalalar.

1. Bemor 15 yoshda, 3 oy hayz tutilishidan keyin 14 kun davomida bachadondan ko'p qon ketishiga shikoyat qilib kelgan. Hayzni 12 yoshda ko'rgan, har 2-3 oy 10-15 kun davomida, tartibi buzilmagan. Anamnezida tez-tez infeksiyon kasalliklarga chalingan. Qiz infantil tuzilishda. Gemoglobini 64g/l. To'g'ri ichak orqali tekshirilganda: bachadon normal kattalikda, Harakatchan, og'riqsiz. Tashxis. Tekshirish va davolash.
2. Bemor 31 yoshda, bachadondan ko'p qon ketishiga, hayz tutilib qolishidan keyin shikoyat qilib kelgan. Anamnezda 3 oy oldin abort qildirgan, tekshirishda: bachadonni normadan kattaroq, ortiqlari palpatsiyada bilinmaydi, qonli oqmalari ko'p. Tashxis. Tekshirish va davolash. Differensial tashxis.

3. Bemor 52 yoshda, 10 kun davomida bachadonidan qon ketishiga shikoyat qilib kelgan, 1, 5-2 yil davomida hayz 3-4 oydan 5-7 kun ko'rgan. Oxirgi hayzni yarim yil oldin ko'rgan. Ter bosishi, uyqusizlik, bezovtalik, ta'sirchanlik bezovta qiladi. Tekshirilganda: bachadon normadan kattaroq, ortiqlari kattalashmagan parametrik bo'sh, oqmalar qonli, oz miqdorda. Tashxis. Tekshirish. Differensial tashxis.

O'RGATUVCHI TESTLAR

1. Yuvenil qon ketishlarning oldini olishga bag'ishlangan suibatida nimaga ahamiyat berish kerak.
 1. Qizlarni ratsional ovqatlantirish (oqsil, vitamanga boy);
 2. prepubertat davrda 8 - 10 soat kechki uxlash (uyqu);
 3. stress va fizik omillardan saqlash;
 4. yiringli o'choqlarni (kariyes, tonzillit, revmatizm va i. davolash);
 5. ertalabki gimnastika, suvli muolajalar.
2. Ayolning yoshiga qarab BKK 3 turini ayting.
 1. yuvenil;
 2. reproduktiv yoshdagi;
 3. klimakterik.
3. Yuvenil qon ketishlariga sabab bo'luvchi 4 etiologik omilni ayting.
 1. o'tkir va surunkali infeksiyalar;
 2. angina va grippning qo'shilib kelishi;
 3. emotsional-stress kechinmalar;
 4. noto'g'ri oziqlanish, vitaminlar yetishmovchiligi.
4. Yuvenil qon ketishining 3ta davolash uslubini ayting:
 1. nogormonal gemostatik davo;
 2. gormonal gemostaz;
 3. menstrual siklni sozlashga qaratilgan gormonal davo.
5. Reprodukativ yoshda disfunktsional qon ketishiga sabab bo'luvchi 5ta etiologik omilni sanab bering:
 1. psixogen sabablar;
 2. aqliy va jismoniy toliqish;
 3. o'tkir va surunkali infeksiyalar, kasb zararlari;
 4. kichik chanokdagi yallig'lanish jarayonlari;
 5. endokrin bezlar (buyrak usti, qalqonsimon bez) funksional holatining buzilishi.
6. Tuxumdon funksiyasining buzilishi qanday 4ta o'zgarishlar bilan namoyon bo'ladi.
 1. ovulyatsiya bo'lmasligi;
 2. II fazaning yo'qligi;
 3. follikul yetilish jarayonning buzilishi;

4. estrogen gormonlarning uzoq muddat davomida ajralib chiqishi.
7. Follikul yetilishi buzilishining ikki xilini ayting.
 1. follikul persistensiyasi;
 2. follikul atreziyasi.
8. Reproduktiv yoshdagi disfunktsional bachadondan qon ketishlarining 4ta asosiy davolash prinsiplarini ayting.
 1. bachadonni diagnostik va davolash maqsadida qirish;
 2. umum mustaikamlovchi terapiya;
 3. simptomatik terapiya;
 4. tuxumdon funksiyasini sozlashga qaratilgan gormonal terapiya.
9. Gormonal preparatlarning 4 xil guruhini ayting:
 1. estrogenlar (sinestrol, follikulin, mikrofolin);
 2. estrogen-gestagenlar (rigevidon, mikroginon, triziston, diane-35, marvelon va boshqalar);
 3. gestagenlar (progesteron, norkolut, 17-OPK);
 4. androgenlar (testosteron, omnandren).
10. Klimakterik qon ketishda 3 asosiy davolash usulini ayting.
 1. bachadon ichini alohida diagnostik qirib tozalash;
 2. qo'shib kelgan kasalliklarni davolash;
 3. gestagenlar va androgenlar yordamida gormonal terapiya o'tkazish.
11. Follikular atreziyasiga nima to'g'ri keladi.
 1. uzoq vaqt hayz tutilgandan so'ng qon ketishi;
 2. estrogenlar past darajada;
 3. uzoq davom etuvchi qon ketishi;
 4. bazal harorat monofazli.
12. Yuvenil qon ketib bemorning ahvoli qoniqarli holda bo'lganda qanday davolash usuli qo'llaniladi.
 1. uterotonik dorilar;
 2. askorbin kislotasi qo'llash;
 3. statsionar sharoitida gormonal preparatlarni qo'llash;
 4. simptomatik terapiya;
 5. quvvatlovchi terapiya.
13. Tug'ruq yoshidagi ayollarda disfunktsional qon ketishini aniqlash va davolashda qanday metodlar foydalaniladi?
 1. gestagen preparatlar;
 2. diagnostika maqsadida bachadondan qirma olish va uni gistologik tekshirish;
 3. qo'shilgan estrogen-gestagen preparatlar.

AYOLLAR JINSIY A'ZOLARINING KASALLIKLARI YALLIG'LANISH

Maqsad. Talabalarni yallig'lanish jarayoni etiologiyasi, joylashishi va klinik kechishi tasnifi bilan tanishtirish, talabalarni jinsiy a'zolarning keng tarqalgan yallig'lanishlariga tashxis qo'yish usullari, klinikasi va davolashni o'rganish.

Vazifalar.

1. Jinsiy a'zolarning yallig'lanish kasalliklari etiologiyasi bilish.
2. Jinsiy a'zolar yallig'lanish kasalliklarini tekshirish usullarini o'tkazish.
3. Vulvit, endoservitsit, bachadon bo'yni eroziyasi, salpingooforit, pelvioperitonit klinikasini bilish.
4. Kasalliklarni davolash va oldini olish prinsiplarini bilish.

Ichki jinsiy a'zolarning yallig'lanish kasalliklari ginekologik kasalliklar ichida asosiy o'rinni egallaydi. So'nggi yillarda ko'proq yoshlarda, asosan 15-25 yoshda uchraydi, u uzoq vaqt kechishiga olib kelib, yallig'lanish kasalliklari og'riq sindromini, bachadonni noto'g'ri joylashishi, hayz buzilishini, jinsiy va generativ funksiyaning buzilishi bilan kechadi. Iozirgi paytda yallig'lanish kasalliklarining klinikasi va strukturasi o'zgarib bormoqda, birlamchi parametrit va pelvioperitonit miqdori pasayib surunkali salpingooforit uchrashi ko'payib bormoqda.

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

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

Yallig'lanish jarayoni ko'pincha infeksiyon kelib chiqish bilan bog'liq. V. I. Bodyajina (1969) fikricha yallig'lanish o'chog'iga mikroorganizm kelib tushishi kasallikning boshlanish jarayonini keltirib chiqaradi.

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

Yallig'lanish kasalliklari patogenezi

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

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

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

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

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

Gemodinamik o'zgarishlar: qon bilan intensiv to'lishi, tomirlar gipotonusi, kichik to's bo'shlig'idagi arterial tomirlarda qon oqimi tezligining oshishi va tomir devori o'tkazuvchanligini oshishiga olib keladi. Endokrin sistema: jinsiy bezlar funksional holatining buzilishi, follikulyar fazaning so'nishi va

disfunksiyasi. Yallig'lanish jarayonining kechishiga autosensibilizatsiyaning ta'sir etishi aniqlangan.

Yallig'lanish reaksiyasida davolash membranalarning barqarorlashuviga, mikrotsirkulyator oqim funksiyasining me'yorlashuviga va boshlab beruvchi mexanizmlarga qaratilgan (antigistamin dori vositalari, buyrak usti bezining yallig'lanishiga qarshi gormonlar). Anabolik jarayonlarni tartibga soluvchi omillar -bular ferment sistemalardir (proteaza, gidrolaza va boshqalar).

Vulvovaginit

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

Vulvovaginit:

1. Bakterial.
2. Mikotik.
3. Trixomonadali.
4. Virusli bo'lishi mumkin.

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

Davolash

1. Organizm umumiy quvvatini oshirish.
2. Birlamchi infeksiya o'choqlarini sanatsiya qilish.
3. Mahalliy davo.

Yosh qizchalarda tarkibida 5000 TB follikulin 30, 0 lanolin asosidagi malham ishlatiladi. Fizioterapevtik muolajalardan UFO qilinadi. Yosh qizchalarda ostritsalar (qilbosh gijjalar) sababli vulvovaginit kelib chiqqan bo'lsa, gijjaga qarshi preparatlar (piperazin) beriladi va mahalliy davolash o'tkaziladi. Mikotik vulvovaginit bo'lsa, diflyukan, diflazon 150 mg 1 marta beriladi. Qin siteal eritmasi bilan tozalab

Qinni 1% li tanin, 1: 1000 rivanol, moychechak (romashka) eritmalari bilan tozalab yuvish (sprinsevaniye) qilinadi.

Yosh qizchalarda tarkibida 5000 TB follikulin 30,0 lanolin asosidagi malhamishlatiladi. Fizioterapevtik muolajalardan UFO qilinadi. Yosh qizchalarda ostritsalar (qilbosh gijjalar) sababli vulvovaginit kelib chiqqan bo'lsa, gijjaga qarshi preparatlar (piperazin) beriladi va mahalliy davolash o'tkaziladi. Mikotik vulvovaginit bo'lsa, diflyukan, diflazon 150mg 1 marta beriladi. Qin siteal eritmasi bilan tozalab yuviladi. Mahalliy davolash uchun menstan-krem 1% yoki tabletkasi, metrogil-V-gel, fungikeyr, klotrimazol, klion D, diflyukan kabi preparatlar qo'llaniladi. Parhezdan uglevodlarga boy maisulotlar (non, qand, kartoshka) olib tashlanib, oqsil moddalar (go'sht, sut,

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

Kolpit (vaginit)

Kolpit -qin shilliq qavatining yallig'lanishidir. Kolpitning quyidagi turlari farq qilinadi.

1. Seroz – yiringli kolpit.
2. Qarilik kolpiti
3. So'zakli kolpit
4. Yuqumli kasalliklarda uchraydigan kolpit
5. Trixomonadali kolpit
6. Zamburug'li kolpit.

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

Qarilikda uchraydigan kolpitda qin shilliq qavatlari atrofiyalanishi natijasida tez jarohatlanadi va infeksiya tushib yallig'lanadi.

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

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

So'zakli va trixomonadali kolpit jinsiy a'zolarning spetsifik kasalliklarida tasvirlanadi.

DIAGNOSTIKASI:

1. Anamnez.
2. Ko'zdan kechirish.
3. Bakteriologik va bakterioskopik tekshirish.

DAVOLASH:

1. Mahalliy davo – tashqi jinsiy a'zolari va qinni antiseptik eritmalar bilan chayish (siteal,) zamburug'li kolpitlarda flunol, diflyukan yoki diflazon 150 mg (1kapsula) 1marta ichishga beriladi. Polijinaks qin shamcha, terjina yoki kandibene qin tabletkalar, menstan yoki klotrimazol kremi, metrogil-V-gelplyus qinga surtiladi. Qarilik kolpitlarida sinestrol, follikulon, gidrokortizon saqlovchi malham dorilari ishlatiladi. Bakterial vaginozda esa dalatsin krem 1marta harkun 3 kun davomida ishlatiladi.

2. Umumiy kuvvatlantiruvchi muolajalar o'tkazish (pregnavit, duovit)
3. Fizioterapevtik muolajalar o'tkazish.

Endotservitsit (servitsit)

Endotservitsit – bachadon bo'yni kanali shilliq pardasining yallig'lanishi, uni stafilokokklar, streptokokklar, gonokokklar, ichak tayoqchalari keltirib chiqarishi mumkin.

Endotservitsitning kelib chiqishi organizmning umumiy quvvatini pasaytiruvchi kasalliklar, tug'ruq paytida bachadon bo'ynining, oraliqning yirtilishi, ichki jinsiy a'zolarining tushishi, kimyoviy, termik jihatdan ta'sirlanish va kuyishning ahamiyati katta.

Endotservitsit o'tkir, o'rtacha o'tkir va surunkali bosqichlarda o'tishi mumkin. O'tkir davrida bachadon bo'yni atrofida qizarish, shish kuzatiladi. Bachadon bo'yni kanalidan yiringli yoki shilliq-yiringli ajratma kelib turadi. O'rtacha o'tkir va surunkali bosqichlarga o'tganida qizarish va shish kamayadi, ajralma shilliq-yiringli, keyinchalik shillikli bo'ladi.

Endotservitsit ko'pincha eroziyalar bilan qo'shilib keladi (22-rasm). Endotservitsitlarni aniqlashda anamnez, ko'zgular yordamida tekshirish, bachadon bo'yni kanalidan ajralayotgan ajratmani bakteriologik tekshirish yordam beradi.

Davolash:

Antibiotiklar (sefalekssin-Teva-500, eritromitsin-Teva), ketonal rektal shamchalari ishlatiladi. Siteal va 2%li iliq soda eritmasi bilan chayiladi. Fizioterapevtik muolajalar qo'llaniladi. Kaliy yodid bilan elektroforez qilinadi.

Endometrit

Endometrit bachadon shilliq qavatining (endometriy) yallig'lanishi. Endometritning o'tkir, o'rtacha o'tkir, surunkali bosqichlari tafovut qilinadi.

O'tkir endometritning belgilari: tana haroratining ko'tarilishi, qorin pastida og'riq, bachadondan yiringli ajratma chiqishi (badbo'y hidli), ba'zan bachadon shilliq qavati ayrim qismlarining nekrozga uchrashi natijasida metrorragiya bo'lishi xarakterlidir.

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

Diagnostikasi:

1. Anamnez.
2. Umumiy va ginekologik tekshirish.
3. Bakteriologik tekshirish.
4. Ultratovush orqali tekshirish.

Davolash:

O'tkir davrida:

1. Yotoq tartibi.
2. Qorin pastiga muzli xaltacha qo'yish tavsiya etiladi
3. Antibiotiklar (sefazolin-Teva, ifizol, ifitsef, sefabid, siprinol 500 mg 2 mahal 5-7 kun).
4. Og'riq qoldirish uchun nosteroid yallig'lanishni oluvchi preparatlar (vovenak-P, ibubrufen-Teva, nurafen, nimumed, nimesil)
5. Desensibilizatsiya qiladigan moddalar.
6. Umumiy quvvatlantiruvchi preparatlar (rғbıy jır).

Surunkali davrida:

1. Vitaminoterapiya: rutin 0. 2x3 marta kuniga, askorbin kislota 0, 25x3-4 marta kuniga.
2. Desensibilizatsiya qiladigan preparatlar: kalsiy glyukonat 0, 5x3 marta kuniga, dimedrol, lomid, suprastin.
3. Fizioterapevtik muolajalar. Tuxumdon gipofunksiyasi bo'lganida siklik gormonal terapiya o'tkaziladi.

Salpingooforit

Salpingooforit bachadon naylarining va tuxumdonning yallig'lanishidir. Infeksiya tarqash yo'llari:

1. Yuqoriga ko'tariluvchi infeksiya (bachadondan)
2. Pastga tushuvchi infeksiya (qorin pardasidan)
3. Limfogen yo'l bilan.:

Klinik kechishiga ko'ra.

1. Abortiv.
2. Yengil.
3. Yashirin formolari tafovut etiladi.

Yashirin formasida kasallikning klinik ko'rinishi bilan patologik o'zgarishlar mos kelmaydi. Shuning uchun bemorni juda sinchiklab, e'tibor bilan tekshirish lozim. Klinik kechishida ikkita variantini farqlash kerak. 1-variantida jinsiy yo'llardan ko'p miqdorda sekretsiya kelishi bachadon ortiqlarida ekssudativ jarayonlar, ginekologik tekshirganda og'riq, subfebrilitet, biroz leykotsitoz. Gipoalbuminemiya, S-reaktiv oqsil (+, ++), 17 ketosteroidlar va degidroepiandrosteron ekskretsiyasining oshishi, anovulyatsiya, sariq tana funksiyasining buzilishi aniqlanadi.

2 – variantida esa bemor umumiy ahvolining buzilishi, mehnat faoliyatning susayishi, kayfiyatining beqarorligi, ta'sirchanlik kuzatiladi.

Chuqur paypaslanganda aorta yo'li bo'ylab, pastki kovak vena, yopqich mushaklar sohasida, dumg'aza chigali sohasida og'riq seziladi. Bachadon ortiqlari biroz kattalashgan, zichlashgan, paypaslanganda kam og'riqli bo'ladi. Qonda leykopeniya yoki leykotsitlarning soni me'yorda, limfotsitoz aniqlanadi, 17 ketosteroidlar va degidroepiandrosteron ekskretsiyasi pasayadi, sikl davrida estrogen va progesteron miqdorining yetishmovchiligi kuzatiladi.

DIAGNOSTIKASI:

1. Anamnez.
2. Qin orqali tekshirilgandagi ma'lumotlar (bachadon ortiqlarining kattalashganligi, zichlashganligi, paypaslanganda bezillab og'riqli bo'lishi).
3. Ultratovush orqali tekshirish.

Salpingooforitni tuxumdon o'smalaridan, bachadondan tashqari homiladorlikdan farqlash lozim.

Davolash:

1. Antibiotiklar (seftazidin-Yunik, sulperazon 1gr 2mahal tomir yoki mushak ichiga, siprinol tabletkasi 500 mg 2mahal 5-7 kun) va anaerob preparatlari (metronidazol-TEVA, efloran).

2. Og'riq qoldiruvchi preparatlar (diklofenak-ratiofarm, diklberl).
3. Desensibilizatsiya qiladigan preparatlar
4. Umumiy quvvatlantiruvchi moddalar (vitaminlar, UFO, induktotermiya, ultratovush va boshqalar).

Asoratlar berganda operativ davo qilinadi.

ASORATLARI:

1. Hidrosalpinks
2. Piosalpinks
3. Peritonit

Parametrit

Parametrit bachadon yon kletchatkalarining yallig'lanishi. Pelveotsellyulit – kichik chanoq hamma kletchatkalarining yallig'lanishidir.

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

Parametritlar:

1. Yon parametrit.
2. Oldingi parametrit.
3. Orqa parametritlarga bo'linadi.

Parametritning klinikasi tana haroratining 38-39° gacha ko'tarilishi, bemorning titrashi, qorin pastida biroz og'riq bo'lishi bilan xarakterlanadi. Tili nam, qabziyat bo'ladi. Qonda SOE tezlashadi, leykotsitoz. Agar yallig'lanish jarayoni qorin pardasiga o'tsa, kuchli og'riq bo'ladi. Qin orqali va to'g'ri ichak orqali tekshirilganda bachadon yon tomonida, oldingi orqa tomonda infiltrat aniqlanadi. Boshida infiltrat keng boylam kletchatkasining yuqorigi yoki pastki qismida aniqlanadi. Keyinchalik hamma qismlarigacha kirib boradi. Qin orqa gumbazi bo'rtib chiqadi. Infiltrat paypaslanganda kam og'riqli, konsistensiyasi oldin yumshoq, keyinchalik qattiq bo'ladi. Orqa parametritda to'g'ri ichak orqali tekshirilganda infiltrat yaxshi aniqlanadi.

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

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

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

Pelvioperitonit

Pelvioperitonit kichik chanoq qorin pardasining yallig'lanishidir. Infeksiya limfogen va gematogen yo'llar bilan o'tadi. Ko'pincha salpingooforit bilan qo'shilib keladi. Ko'p hollarda ayollar pelvioperitonitdan tuzalib ketadilar.

Ba'zan esa kasallik umumiy peritonitga o'tib ketishi mumkin.

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

Buni keltirib chiqaradigan sabablar:

1. Infeksiyaning naylar orqali limfogen yo'l bilan o'tishi.
2. Kriminal (jinoiy) abort qilinganda shikastlanishi.
3. Chanoq qorin pardalarida tarqalgan peritiflitik infiltrat.
4. Nayli homiladorlikda nay yorilishi va gematomaning infeksiyalanishi.

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

DIAGNOSTIKASI: Yuqoridagi belgilarga asoslanadi. Asosiy kasallik aniqlanadi. Qin va to'g'ri ichak orqali ko'rik o'tkazilganda orqa gumbaz orqali tilsimon yoki yarim sharsimon shaklda bo'rtib chiqqan flyuktuatsiyalanuvchi infiltrat, konsistensiyasi kasallikning boshida qattiq, keyinchalik yiring hosil bo'lgandan keyin yumshaydi.

DIFFERENSIAL DIAGNOSTIKASIDA quyidagi kasalliklardan farqlash lozim.

1. Ekssudativ parametrit.
2. Bachadon nayidagi homiladorlikda nay yorilishida hosil bo'lgan infeksiyalangan gematoma.
3. Piosalpinks.
4. Tuxumdon abssessi

EKSSUDATIV PARAMETRIT. Bu juda kuchli va bemor umumiy ahvolidan birdan yomonlashuvi bilan kechmaydi. Bachadon to'g'ri ichak abscessida infiltrat tilsimon yoki yarim sharsimon shaklda orqa gumbazdan bo'rtib turadi. Bu infiltrat to'g'ri ichakning yon devorida emas, faqat oldingi devorida aniqlanadi. Parametral infiltrat esa gumbazning orqa va yon tomonlarida bo'rtib, bachadon va to'g'ri ichak devorlariga yaqinlashib, ularni yarim aylana shaklida o'rab oladi. Parametral infiltrat chanoq devorlariga yopishadi, to'g'ri ichak bachadon abscessida yopishmaydi.

Bachadon nayi homiladorligi yorilishidan hosil bo'lgan infeksiyalangan gematoma

Bunda hayz kechishi, postgemorragik anemiya kuzatiladi va kasallik boshlanishida harorat normal bo'ladi. To'g'ri ichak bachadon abscessida esa hayz sikli buzilmaydi. Tana harorati ko'tariladi. Qonda leykotsitoz, leykotsitar formulaning chapga siljishi kuzatiladi. Orqa gumbaz punksiya qilinganda olingan ma'lumotlarga qarab, bu kasalliklarni bir-biridan ajratish mumkin (abscessda yiring, nay yorilganda qon olinadi).

Piosalpinks

Bunda nay retortasimon shaklda bo'ladi. Ko'pincha ikki tomonlama notekis bo'ladi.

TUXUMDON ABSSESSI: Yumaloq yoki oval shakldagi hosila aniqlanadi.

Bu hosila bachadon orqasida yoki yon tomonida aniqlanadi.

Pelvioperitonit va parametritni davolash

Davolash kompleks holda olib boriladi.

1. Organizmga umumiy ta'sir qilish
2. Infekcion jarayonga ta'sir qilish
3. Simptomatik davo.
4. Fizioterapevtik davolash
5. Xirurgik usulda davolash.

Bemorga tinch holat beriladi. Yotoq tartibi tayinlanadi, bemor juda ta'sirchan bo'lsa, brom preparatlari beriladi. Infeksiya o'choqlari sanatsiya qilinadi. Uzoq vaqt infeksiyon jarayon bo'lishi suv-tuz almashinuvini buzadi va jigarning atoksik vazifasini pasaytiradi. Intoksikatsiyaga qarshi kurashish uchun bemorga ko'p suyuqlik ichish buyuriladi va dezintoksikatsion preparatlar tayinlanadi. Bemorga umumiy quvvatlantiruvchi preparatlar, oqsil moddalar quyiladi. Vitaminoterapiya o'tkaziladi. Infekcion jarayonga ta'sir qilish uchun keng spektrli antibiotiklardan: vankomitsin-TEVA, roksitromitsin-LEK, sulperazon, editsin, ifitsef, seftozidin-YuNIK, amoksiklav 1-2gr 3 mahal yoki siprinol 500 mg 2 mahal tomir ichiga tomchilab 5-7 kun yuborish bilan birgalikda, efloran, metronidazol-TEVA beriladi. Ular 5-7 kundan ko'p tayinlanganda dizbakterioz va kandidomikozlarning oldini olish uchun diflyukan buyuriladi. Simptomatik davo qilinganda bemorga og'riq qoldiruvchi preparatlar beriladi (dikloberl, ketonal 0, 1g mushak ichiga yoki rektal shamchada 1-2mahal). O'tkir davrida qoringa muzli xaltacha, keyinchalik issiq grelka qo'yiladi. Hayz sikli buzilganda gormonal terapiya o'tkazish mumkin. To'g'ri ichak bachadon absessida orqa kolpotomiya qilinib, yiringli bo'shliqqa drenaj qo'yiladi. Agar parametral infiltrat yiringlagan bo'lsa, orqa gumbaz punksiya qilinadi. Yiring chiqsa, orqa kolpotomiya qilinadi. Agar parametral jarayon pupart boylami ustida qorin pardasining oldingi devoriga o'tsa, qorin pardasidan tashqari laparotomiya qilinadi.

Yallig'lanish kasalliklarining oldini olish

Yallig'lanishga olib keluvchi sabablarni bartaraf etish, kasallik hollaridan tashqari abortlarga yo'l qo'ymaslik, ayollar o'rtasida sanitariya-oqartuv ishlarini olib borishdan iborat.

“Surunkali adneksitning qo'zg'alishi”

Maqsad: talabalarga bemorni ob'ektiv va sub'ektiv ma'lumotlarga asosan diagnoz qo'yish, kasallik og'irlik darajasini baholash va davolash taktikasini tanlashni o'rgatish.

Ta'minlanish: kushetka, qin ko'zgulari, ginekologik kreslo, steril qo'lqop, tonometr.

1. Ayol ginekologik kresloda oyoqlarini chanoq-son va tizza bo'g'imida bukilgan holda yotibdi.

2. Shikoyatlari: qorin pastida quyushib og'rish, tana haroratining ko'tarilish, umumiy quvvatsizlik, sariq yashil tusdagi oqchil kelishi,

3. Kasallik anamnezi: asta-sekin boshlanadi, ko'pincha bachadon ichi

aralashuvlaridan, sovuq qotishdan keyin.

4. Hayot anamnezi: hayz kelishi 14 yoshdan 3-4 kun, har 28 kunda, jinsiy hayoti 19 yoshdan, ginekologik kasalliklari – surunkali adneksit. Irsiyatga moyilligi yoʻq, zararli odatlari yoʻq.

5. Umumiy koʻruv: bemorning ahvoli qoniqarli, oʻrtacha ogʻir yoki ogʻir, teri qoplami oqish, sovuq ter, taxikardiya, gipotoniya.

6. Qorin koʻruvda: odatiy holatda. Palpatsiyada: yumshoq, qorin pastida kuchsiz ogʻriqli.

7. Dastlabki diagnoz: shikoyatlari, hayot va kasallik anamnezi hamda lokal status va obʻektiv maʼlumotlarga asoslanib qoʻyiladi. Qon umumiy analizi: leykotsitoz, leykoformulaning chapga surilishi,

ECHT tezlashishi bakteriologik tekshiruv: patogen flora aniqlanadi.

Qin orqali koʻruv: bachadon oʻlchami meʼerida, tanasini qimirlatganda ogʻriqli, bachadon ortiqlari ikki tomonlama kengaygan, chandiqli, ogʻriqli, ajralma yiringli.

8. Klinik diagnozni qoʻyish va asoslash: dastlabki diagnoz va klinik – instrumental tekshiruvlarga asoslanib qoʻyiladi.

9. Asoratlar: bepushtlik, hayz siklining buzilishi, bachadondan tashqari homiladorlik, pelvioperitonit, saktosalpinks.

10. Differensial diagnostikasi: oʻtkir appenditsit, tuxumdon apopleksiyasi, bachadondan tashqari homiladorlik, ichaklar tutilishi, OIT aʼzolari kasalliklari.

11. Davolash:

Umumiy va mahalliy antibakterial terapiya

Desensibilizatsiyalovchi terapiya

Immunostimulyatorlar

Infuzion terapiya

Fizioterapiya

Organizmning buzilgan faoliyatini tiklash

Reabilitatsion terapiya

12. Profilaktikasi: tartibsiz jinsiy hayot va abortlarga qarshi kurash.

«Oʻtkir metroendometrit»

Maqsad: talabalarga bemorni obʻektiv va subʻektiv maʼlumotlarga asosan diagnoz qoʻyish, kasallik ogʻirlik darajasini baholash va davolash taktikasini tanlashni oʻrgatish. Taʼminlanish: kushetka, ginekologik kreslo, steril qoʻlqop, tonometr.

1. Ayol ginekologik kresloda oyoqlarini chanoq-son va tizza boʻgʻimida bukilgan holda yotibdi.

2. Shikoyatlari: qorin pastida oʻtkir ogʻriq, tana haroratining koʻtarilishi, umumiy quvvatsizlik,

3. Kasallik anamnezi: boshlanishi oʻtkir, koʻpincha bachadon ichidagi aralashuvdan keyin.

4. Hayot anamnezi: hayz kelishi 13 yoshdan, 5-6 kun, har 28 kunda, jinsiy hayoti 19 yoshdan, ginekologik kasalliklari – surunkali adneksit. Irsiyatga moyilligi yoʻq, zararli odatlari yoʻq.

5. Umumiy koʻruv: bemorning ahvoli qoniqarli, oʻrtacha ogʻir yoki ogʻir,

teri qoplami oqish, sovuq ter, taxikardiya, gipotoniya.

6. Qorni ko'ruvda: odatiy holatda. Palpatsiyada: yumshoq qov usti sohasida ozgina og'riqli.

7. Dastlabki diagnoz: shikoyatlari, hayot va kasallik anamnezi hamda lokal status va ob'ektiv ma'lumotlarga asoslanib qo'yiladi. Qon umumiy analizi: leykitsitoz, leykoformulaning chapga siljishi, ECHT tezlashishi. Bakteriologik tekshiruv: patogen flora aniqlanadi. Qin orqali tekshiruvi: bachadon tanasi normadan biroz katta, yiringli ajralma. Palpatsiyada: og'riqli.

8. Klinik diagnozni qo'yish va asoslash: dastlabki diagnoz va klinik – instrumental tekshiruvlarga asoslanib qo'yiladi.

9. Asoratlari: qon ketish, hayz siklining buzilishi, ektopik homiladorlik, pelvioperitonit, sepsis, peritonit.

10. Differensial diagnostikasi: bachadon ortiqlari yallig'lanish kasalliklari, o'tkir, appenditsit, piosalpinks, pankreatit, bachadondan tashqari homiladorlik.

11. Davolash:

Umumiy va mahalliy antibiotikoterapiya.

Bachadon shilliq qavatini qirish.

Infuzion terapiya, uterotoniklar, immunostimulyatorlar.

Organizmning buzilgan faoliyatni tiklash.

Reabilitatsion terapiya

12. Profilaktikasi: bachadon ortiqlari yallig'lanish kasalliklarini aniqlash va davolash, abortlarga qarshi kurash.

AMALIY KO'NIKMALAR.

Talabalar yallig'lanish jarayoni sabablarni juda keng tarqalgan aniqlash usullari bilan tanishishi, yallig'lanish kasalliklari mavjud kasallarni tekshirishi, chunonchi yallig'lanish jarayoni bosqichini aniqlashni, davolash usulini tanlashni o'rganishi, fizioterapevtik muolajalarni o'tkazish ko'rsatmalarini va texnikasini bilishi kerak. Jinsiy a'zolarining yallig'lanishini davolashda qo'llaniladigan dori vositalarining retseptlarini to'g'ri yozishni o'rganishi kerak.

Qin tozalik darajasini baholash.

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

Ko'rsatma: ayollarni tekshirish usuli.

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

Qadamlar: Qin tozalik darajasini aniqlash uchun surtma 3 nuqtadan olinadi: uretra, servikal kanal va qin orqa gumbazidan.

1. I -darajasida qin suyuqligi kislotali muhitga (ph 4, 0-4, 5) ega bo'lib, surtmada faqat Dederleyn tayoqchalari va epiteliy hujayralari aniqlanadi.
2. II-darajasida qin suyuqligi kuchsiz kislotali muhitga ega bo'lib (ph 5, 0-5, 5), qin hujayralari va tayoqchalari kam, biroz miqdorda saprofitlar, kokklar bitta-yarimta leykotsitlar aniqlanadi, epiteliyal hujayralar ko'p.
3. III-darajasida qin suyuqligi ishqorli muhitga (ph 6, 0-6, 5) ega bo'lib, leykotsitlar, kokklar va boshqa turdagi bakteriyalar ko'p bo'ladi.
4. IV-darajasida muhiti kuchsiz ishqorli, qin tayoqchalari aniqlanmaydi, xilma-xil mikroblar florasi, asosan patogen

5. (kokklar, ichak tayoqchasi, trixomonadalar va boshqa bir talay leykotsitlar aniqlanadi).

Masala.

1. 29 yoshli bemor qorin osti sohasida og'riq borligidan shikoyat qilib ginekologik bo'limga tushdi, o'zini 5 yil davomida kasal deb hisoblaydi. Tug'ruqda qon ketishi sababli bachadon bo'shlig'ini qo'l bilan tekshirish oqibatida kelib chiqqan asorat deb biladi. Ko'zgu bilan tekshirganda bachadon bo'yni qonussimon. Bachadonning tashqi og'zi nuqtasimon. Qin orqali tekshirish: bachadon bo'yni berk, bachadon tanasi normal holatda. Bachadon yonini palpatsiya qilish, og'riqli tekshirganda qo'lga qattiq unnaydi. Dumg'aza - bachadon boylamini tekshirganda bemor og'riq sezadi. Tashhisi: Kasallikning etiologiyasi qanday? Tekshirishning qo'shimcha usullari va davolash.

2. 34 yoshli ayol qinda hafta davomida achishish va qichishish borligidan murojaat qildi. Anamnezida 2ta normal tug'ruq, 3marta abort o'tkazgan. Ko'zgu bilan tekshirilganda bachadon bo'yni toza, qin shilliq pardasi qizargan va suzmasimon ajralma bor. Qin orqali tekshirilganda bachadon normal hajmda, harakatchan, og'riqsiz, bachadon ortiqlarida og'riq yo'q. Tashhis qo'ying va davolang.

O'RGATUVCHI TESTLAR

1. Yallig'lanish kasalliklari I bosqichiga kiradi.
 1. kolpit;
 2. endotservitsit;
 3. endometrit;
 4. salpingit;
 5. ooforit.
2. Yallig'lanish kasalliklari II bosqichiga kiradi.
 1. metrit;
 2. parametrit;
 3. metrotromboflebit;
 4. pelvioperitonit.
3. Yallig'lanish kasalliklari III bosqichiga kiradi.
 1. tarqoq peritonit;
 2. septik shok;
 3. kuchaygan tromboflebit.
4. Yallig'lanish kasalliklari IV bosqichiga kiradi.
 1. septikopiyemiya;
 2. septitsemiya.
5. Qinning 1-tozalik darajasini ko'rsating.
 1. Dederleyn tayoqchalarining bo'lishi;
 2. epiteliy hujayralari;

3. leykotsitlar yo'q yoki 0 - 1;
 4. muhiti -kislotali.
6. Qinning 2 -tozalik darajasini ko'rsating.
 1. qin tayoqchalarining kamroq bo'lishi;
 2. yassi epiteliy hujayralari;
 3. leykotsitlarning 15 tagacha bo'lishi;
 4. muhiti -kuchsiz kislotali.
 7. Qinning 3 -tozalik darajasini ko'rsating.
 1. kokk flolarining bo'lishi;
 2. leykotsitlar sonining 20 tadan oshishi;
 3. qin tayoqchalarining bo'lmasligi;
 4. muhiti kuchsiz – ishqorli.
 8. Qinning 4 -tozalik darajasini ko'rsating.
 1. boshqa kokk flolarining uchrashi;
 2. leykotsitlar miqdori ko'p bo'lishi, sanab bo'lmaydi;
 3. qin tayoqchalarining bo'lmasligi;
 4. muhiti – ishqoriy.
 9. Qinning 4 -tozalik darajasiga qarab leykotsitlar miqdorini ko'rsating.
 1. 1 -darajasida leykotsitlar bo'lmaydi;
 2. 2-darajasida 10 - 15 gacha leykotsit bo'ladi;
 3. 3-darajasida leykotsitlar soni 20 dan oshgan;
 4. 4-nchi darajasida leykotsitlar ko'p miqdorda bo'ladi, sanab bo'lmaydi.
 10. Qiz bolalarda vulvovaginitning sabablari.
 1. fizik -ximik omillar;
 2. infeksiya;
 3. gelmintozlar;
 4. gormonal omillar;
 5. yot modda.
 11. Katta yoshli va keksa ayollarda vulvovaginit sabablari.
 1. gormonal omillar;
 2. infeksiya;
 3. jarohatlar;
 4. fizik -kimyoviy omillar;
 5. qandli diabet.
 12. Kolpit qanaqa tekshiruv usullarida aniqlanadi.
 1. ko'zgularda ko'rish;
 2. qin orqali gumbazidan tozaligiga surtma olish;
 3. florani bakteriologik ekish;
 4. antibiotiklarga sezgirlikni aniqlash.

13. Bachadon bo'yni eroziyasi diagnostikasida qo'llaniladigan usullar.
1. ko'zgularda ko'rish;
 2. kolposkopiya;
 3. servikal kanaldan tozalikka surtma olish;
 4. Lyugolli sinama.
14. Peritonit belgilarni ayting
1. ichaklar parezi;
 2. taxikardiya, gipotoniya;
 3. tana harorati yuqori bo'lishi;
 4. Shetkin -Blyumberg simptomi musbat;
 5. tilning quruq bo'lishi.
15. Aholiga yallig'lanish kasalliklari profilaktikasiga taalluqli qaysi mavzularda ma'ruza o'qishingiz lozim.
1. qiz bolalar shaxsiy gigiyenasi;
 2. hayz kunlari gigiyenasi;
 3. jinsiy hayot gigiyenasi;
 4. jinsiy yo'llar bilan o'tadigan infeksiyalar;
 5. organizmni chiniqtirish, shamollash kasalliklari profilaktikasi;
 6. akusherlik asoratlari profilaktikasida qiz bolalarda va balog'at davrlarida yallig'lanish kasalliklarini davolash;
 7. surunkali infeksiya o'choqlarini sanatsiya qilish.
16. Normada qinda qanday 2ta asosiy mikroflora guruhlari mavjud?
1. tayoqchasimon flora;
 2. kokkli flora.
17. Qin mikroflorasiga qanday ekzogen 3 omil ta'sir ko'rsatadi.
1. kimyoviy;
 2. termik;
 3. mexanik.
18. Jinsiy a'zolarga infeksiya tarqalishining 3 xil yo'lini ayting.
1. kontakt yo'l;
 2. gematogen yo'l;
 3. fogen yo'l.
19. Yuqori jinsiy a'zolari infeksiyalanishga olib keluvchi asosiy 3 omillarni ayting:
1. bachadon ichi muolajalari;
 2. homiladorlikni to'xtatish;
 3. makroorganizm kurashish qobiliyatining pasayishi.

20. Vulvitning 4ta asosiy simptomini sanab bering:
1. qizarish;
 2. shishish;
 3. ajralmalar;
 4. qichishish.
21. Vulvitning 3ta asosiy davolash prinsipini ko'rsating:
1. keltiruvchi sababni yo'qotish;
 2. yallig'lanish kasalliklarini davolash;
 3. umumiy mustaikamlovchi davo.
22. Nospetsifik kolpitni chaqiruvchi mikroorganizmlarning 4ta turini ayting.
1. stafilokokklar;
 2. streptokokklar;
 3. ichak florasi;
 4. klebsiyella.
23. Kolpitli kasalning 4ta asosiy shikoyatini ayting.
1. seroz-yiringli chiqindilar;
 2. tashqi jinsiy a'zolar sohasida qizarish;
 3. qinning qizishi;
 4. qichishi.
24. Kolpit davosining 3ta asosiy yo'nalishini ayting.
1. keltirib chiqaruvchi sababini yo'qotish;
 2. umummustaikamlovchi davo;
 3. qinni tozalovchi muolajalar.
25. Ayol jinsiy a'zolarining yallig'lanish kasalliklarida qaysi 3ta nuqtadan tekshirish uchun surtma olish kerak.
1. uretradan;
 2. servikal kanaldan;
 3. qin orqa gumbazidan.
26. Servitsitga qanday 2ta kasallik olib kelishi mumkin.
1. kolpit;
 2. endometrit.
27. Bachadon bo'yni chin eroziyasiga olib keluvchi 3ta kasallikni ayting:
1. endometrit;
 2. servitsit;
 3. kolpit.
28. O'tkir endometritning 4ta asosiy simptomini ayting:
1. qorin pastidagi og'riqlar;
 2. bachadon o'lchamlarining kattalashuvi va undagi og'riq;

3. jinsiy yo'llardan yiringsimon chiqindilarning chiqishi;
4. bachadon haroratining oshishi.

29. Endometritga olib keluvchi 4ta asosiy sababni sanab bering.

1. patologik tug'ruq;
2. abortlar;
3. bachadon ichi muolajalari;
4. bachadondagi operatsiyalar.

30. Surunkali endometritning 4ta asosiy klinik belgisini ayting.

1. giperpolimenoreya;
2. bachadon o'lchamlarining kattalashuvi;
3. qorin ostidagi pastga tortuvchi og'riqlar;
4. jinsiy yo'llardan ajraluvchi patologik chiqindilar.

31. Bachadon bo'yni eroziyasi bilan kasallangan ayol shikoyatlari nimadan iborat?

1. shilliq -yiring ajralmalar;
2. kontakt qon ketishi.

32. Surunkali salpingooforit xuruj davrida kasalning shikoyatlari nimadan iborat?

1. qorin pastida doimiy og'riq, belda og'riq;
2. umumiy behollik;
3. bepushtlik;
4. harorat ko'tarilishi;
5. shilliq-yiringli ajralma.

33. Surunkali bachadon naychalari shamollashi xastaligida bemor ayol qanday shikoyat bilan murojaat qiladi?

1. qorin past va belida kuchli bo'lmagan og'riq;
2. bepushtlik;
3. hayz siklining izdan chiqishi.

34. Bachadon bo'yni eroziyasini davolashda nima qo'llash mumkin.

1. biopsiyadan keyin bachadon bo'yni elektrokoagulyatsiyasi;
2. xlorofillipt bilan vannacha qilish;
3. biopsiyadan keyin bachadon bo'yni kriodestruksiyasi;
4. lazeroterapiya.

35. Quyidagi qaysi izlanishlar yallig'lanish kasalliklari diagnozini tasdiqlaydi?

1. laparoskopiya;
2. leykotsitlarning ko'pligini aniqlash;
3. mikrofloraga tekshirish (bakterioskopiya);
4. UTT kichik chanoq a'zolarini.

36. Bachadon bo'yni eroziyasini davolashda nimalar qo'llaniladi?

1. bachadon bo'yni eroziyasini vagotil bilan kuydirish;
2. krioterapiya;
3. moyli tamponlar qo'yish.

37. Bachadon shilliq qavatining nospetsifik o'tkir yallig'lanishida qo'llaniladigan muolajalarni ko'rsating.

1. antibiotiklar;
2. desensibillashtiruvchi dori vositalari;
3. sulfanilamidlar;
4. dezintoksikatsion terapiya;
5. immunologik preparatlar.

38. Surunkali adneksit qanday davolanadi:

1. bachadon ortiqlari sohasi diatermiyasi;
2. stimullovchi yallig'lanishga qarshi vositalar;
3. balchiqlardan foydalanish magnito terapiya;
4. autogemoterapiya.

39. Quyidagi qaysi simptomlar surunkali bachadon ortiqlari shamollashini izohlaydi?

1. qorin pastidagi va beldagi og'riq;
2. bepushtlik;
3. hayz sikli buzilishi;
4. jinsiy yo'llardan ajralma kelishi.

40. Bachadon bo'yni eroziyasini davolash usullari

1. mazli tamponlar, mahalliy vannalar;
2. diatermokoagulyatsiya, diatermoQonizatsiya;
3. lazer bilan davolash;
4. kimyoviy vositalar (vagotil, solkovagin va b.) bilan kuydirish.

Nazorat uchun savollar:

1. Jinsiy a'zolar yallig'lanish kasalliklarining etiologiyasi.
2. Jinsiy a'zolar yallig'lanish kasalliklarini tekshirish usullari.
3. Jinsiy a'zolar yallig'lanish kasalliklarining klinik kechishi.
4. Vulvitning klinik kechishi. Tashiishlash va davolash prinsiplari.
5. Endotservitsitning klinik kechishi. Tashiishlash va davolash prinsiplari.
6. Salpingooforitning klinik kechishi. Tashiishlash va davolash prinsiplari.

AYOLLAR JINSIY A'ZOLARINING SPETSIFIK YALLIG'LANISH KASALLIKLARI

Maqsad: talabalarga tuberkulyoz va jinsiy yo'llar orqali tarqaladigan (so'zak, trixomoniaz, xlamidioz, ureaplazmoz, mikoplazmoz va viruslar) kasalliklarni tashxislash usullari va davolashni o'rgatish.

Vazifalar:

1. Ayollar jinsiy a'zolarining spetsifik yallig'lanish kasalliklar chaqiruvchisini bilish.
2. Ularni aniqlash usullarini o'rganish.
3. Jinsiy a'zolar silini klinik shakllarini bilish.
4. Pastga va yuqoriga tarqaladigan so'zak klinikasini bilish.
5. Urogenital yallig'lanish kasalliklarni bilish (trixomoniaz, ureaplazmoz, mikoplazmoz).
6. Virusli infeksiyalarni bilish (OGV, SMV, OITS).

Ayollar jinsiy a'zolari tuberkulyozi

Ayollar asosan tuberkulyoz kasalligi bilan nafas yo'li orqali (havotomchi, alimentar yo'l, embrional davrida zararlanish) kasallanadilar. Odam organizmida tuberkulyoz jarayoni rivojlanishiga tuberkulyoz mikobakteriyasi (*Mycobacterium tuberculosis*) tushishi va asosiysi organizmning qarshilik kuchining pasayib ketganligi sabab bo'ladi. Jinsiy a'zolarida tuberkulyoz infeksiyasining rivojlanishi va paydo bo'lishi, birlamchi tuberkulyoz paydo bo'lishi asosan gematogen generalizatsiya bosqichiga bog'liq. Genital silining klinik kechishi asosan jinsiy hayot bilan bog'liq. Tuberkulyoz jarayonining kechishida surunkali kam simptomli shakli o'tkir jarayongacha rivojlanadi. Kasallarda genitalliy tuberkulyozi tahlilida ko'pincha seroz qavatda erta tuberkulyozga olib keladigan yallig'lanishlar (peritonit, plevrit) aniqlanadi. Biroq tuberkulyozda intoksikatsiyaga o'xshash klinik belgilar bo'lmasligi ham mumkin. Genitalliy tuberkulyozi o'choqli xarakterga va avj olib kechishga moyil bo'ladi. Nisbiy belgisi bo'lib silda hayzning kech boshlanishi hisoblanadi. Hayz siklining buzilishi tuberkulyozli endometrit va salpingooforitga olib keladi. Amenoreya bachadon shilliq qavatidagi o'zgarishlar va endometriyning biriktiruvchi to'qimaga aylanishi sababli kelib chiqadi.

Tuberkulyozning klinik shakli bo'yicha tasnifi va ayollar jinsiy a'zolarida sildan keyingi o'zgarishlar

A. Faol belgisi bo'yicha sil (Va va Vb guruh dispanser nazoratida).

Ayollar jinsiy a'zolarining sili asosan surunkali kechadi va kam belgili bo'ladi. Uchrashiga qaraganida ko'proq bachadon naylarida, keyin bachadonda, kamroq -tuxumdonda va juda kam qin va tashqi jinsiy a'zolari sili kuzatiladi.

Har bir shaklga xos bo'ladi: kechish xarakteri bo'yicha (o'tkir, o'rtacha o'tkir, surunkali), tarqalishi bo'yicha (bachadon, bachadon bo'yni, vulva, qin jarohatlanishi va qorin pardasi hamda qo'shni a'zolarida assit bilan birga), fazasi bo'yicha (infiltratsiya, so'rilish, oiaklanish, chandiqlanish), batsilla tarqatuvchi (BK+ va BK-hayz qoni ekmasida, hayzlararo davrda jinsiy yuldan ajralgan ajralmalar).

B. Bachadon ortiqlarining orttirilgan sili (Vv guruhi, dispanser nazoratida bo'ladi), periooforit va ooforit shaklida (23rasm).

Chandiqli-bitishma turi (chandiqlik va ichki genitalliy va a'zolararo yassi suyakli bitishmalar).

Bachadon sili.

A. Faol belgisi bo'yicha sil

1. O'choqli endometrit
2. Endometriyning tarkoqli jarohatlanishi
3. Metroendometrit

Jarayonning kechish xarakteri bo'yicha: o'tkir, o'rtacha o'tkir, surunkali bo'lishi mumkin.

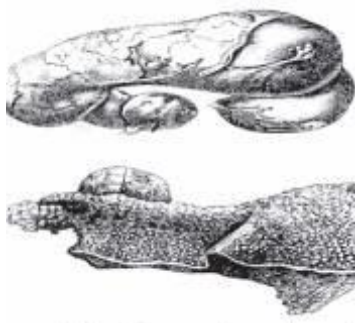
Tarqalishi bo'yicha (bachadonning chegaralangan sili va tuberkulyozning ortiqlar, vulva, bo'yin, qinga tarqalishi). Batsilla tashuvchilik: endometriydan surtma va hayzlar orasidagi davrda ajralgan ajralmalarni ekish natijasida -BK (-), BK (+).

Bachadon ortiqlari sili

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

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

Bachadon nayi yaqqol anatomik o'zgarishlarga uchragan, kattalashgan, bo'shlig'i kazeoz massa va yiring bilan to'lgan. Tuxumdonda yallig'lanish belgilari, shilliq qavatda burmalar va nayning chuqur sohalarida o'choqlar saqlanganligi aniqlanadi. Shilliq qavatda sil o'simtala-



23-Rasm -Bachadon va bachadon ortiklarining sili.

ri borligi tufayli limfoid elementlar infiltratsiyalangan bo'ladi. Kapsulada ba'zan tuboovarial hosila alohida kazeoz o'choqdek ko'riladi. Bachadon ortiqlarida davolangandan keyin makroskopik ko'rinishida bachadon gipoplaziyasi, nay zichlashgan, kichik chanoqda dag'al fibroz o'sish,

a'zolarining noto'g'ri joylashuvi va funksiyasining buzilishi kelib chiqadi. Mikroskopik shilliq qavat sklerotik atrofiya va mushak to'qimalarida, fibroz ko'prik va nay bo'shlig'ida kalsinatlar ko'riladi.

Bachadonning tuberkulyozli jarohatlanishi

Tuberkulyozli endometrit bachadondan qirindi olib sitologik tekshirilganda topiladi, ular hayz sikli buzilsa va bepushtlik kelib chiqqan va shikoyatlari bor paytda o'tkazilganda aniqlanadi. Kasallik avj olsa, patologik jarayon endometriyning barcha qavatlariga tarqalib ketadi. Hayz ko'rish buziladi (qon ketish, hayzning boshqarilishi buziladi, ikkilamchi amenoreya), kasalning umumiy holati esa qoniqarli bo'ladi.

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

Diagnostikasi:

1. Rentgenologik usul (gistosalpingografiya)
2. Laborator usul (endometriyning sitologik va tuberkulin sinamasi asosida tekshirish)

Davolash:

1. Kompleks kimyoterapiya
2. Antibiotikoterapiya (rifampitsin)
3. Simptomatik yallig'lanishga qarshi davo
4. Xirurgik davo

So'zak

So'zakning chaqiruvchisi gonokokk (*Neisseria gonorrhoeae*). Uni 1879 yilda A. Neisser Bumm birinchi bo'lib gonokokk kulturasini ajratib olgan va kasallikning patologik ko'rinishini tasvirlagan. Diplokokk shaklida bo'lib, cho'zilib ketgan (buyrak shakli), gonokokk uzunligi 1, 6-1, 8 mkm, eni 0, 6-0, 8. Oralig'ida chuqurchasi bor, tashqaridan kapsulasimon hosila o'rab turadi.

Laborator diagnostikasi:

Asosiy usul bakteriologik (gonokokk hujayra ichi shakli kuzatiladi, grammanfiy). So'zakda orttirilgan immunitet bo'lmaydi. Organizmning reaktivligi o'zgarishi hozirgi vaqtda aniqlangan. So'zakning 2ta formasi bor: yangi (uzog'i bilan 2 oy kechadi) va surunkali.

1. Yangi formasi o'z navbatida:

-o'tkir

-o'rtacha o'tkir bo'ladi

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

Ayollarda so'zakning kechish xususiyatlari

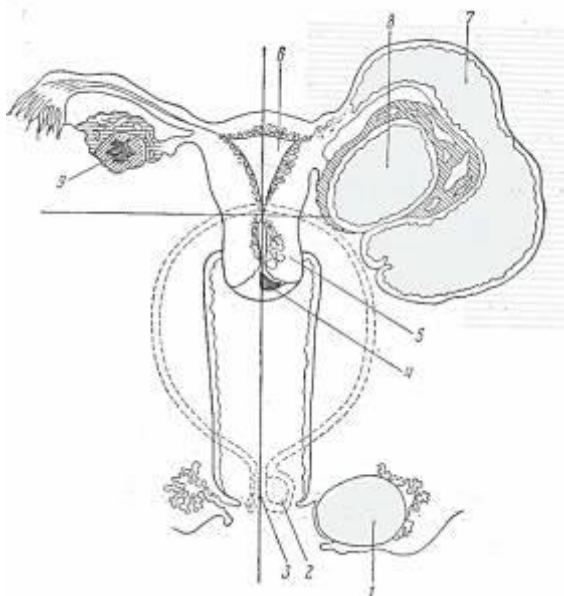
So'zak umumiy infeksiyon jarayon bo'lib, ko'p o'choqli mahalliy jadal kechadi. So'nggi yillarda so'zak klinik ko'rinishi kasallik epidemiologiyasida asosiy o'rinni egallaydi. Hozirgi vaqtda ayollarda so'zak yashirin holda boshlanib, sub'ektiv buzilishlarsiz kechadi, shuning uchun uzoq vaqt aniqlanmay qoladi. Yuqish yo'llari asosan jinsiy yo'l bilan, kamroq maishiy yo'l. Yashirin davri - 14-15 kungacha. Tarqalish yo'li (24-rasm) limfa tomirlari orqali, gonokokk qonga tushishi mumkin, qonning bakteritsid ta'siri ostida nobud bo'lib, gonotoksin ajratadi. Gonotoksin ta'sirida bosh og'rig'i, anemiya, bo'g'imlar shikastlanishi va boshqalar kuzatiladi.

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

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

Qinni ko'zgu bilan ko'rganda bachadon bo'yni servikal kanalidan yiringli ajralmalar kelishi kuzatiladi. To'g'ri ichak tekshirilganda shish, giperemiya va ajralmalar kuzatiladi. Gonokokkni aniqlash qiyin bo'lgani uchun provokatsiya, ya'ni infeksiya qo'zg'atish usullari qo'llaniladi:

1) kimyoviy, 2) fiziologik, 3) alimentar, 4) biologik (gonovaksina 200-500 MMT yoki pirogenal 200-250 MPD mushaklar orasiga), 5) termik (diatermiya). Bakteriologik tekshiruv uchun provokatsiyadan 24-48-72 soatdan so'ng surtma olinadi, ekma 72 soatdan so'ng, 1-2 sutka oraliq'ida.



24 – Rasm. Ayollar jinsiy a'zolar so'zagining tarqalishi.

1 -Bartolinit. 2 -Parauretrit. 3 – Kolpit. 4 – Servitsit. 5 – Endotservitsit. 6– Endometrit. 7 – Saktosalpink. 8 – Pioovar.
9 – Tuxumdon.

Quyi bo'lim so'zagi

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

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

Uretra yallig'lanishi 71, 2% so'zakli bemorlarda kuzatiladi. Bu asosan uretra bezlari kasalligi hisoblanadi.

Klinikasi: tez-tez va og'riqli siyish va simillovchi og'riqlarga shikoyatlar bo'ladi.

Ko'rik paytida uretra lablari qizargan va shishgan, gardish ko'rinishida osilib turadi. Uretra paypaslanganda sarg'ish ajralma chiqadi.

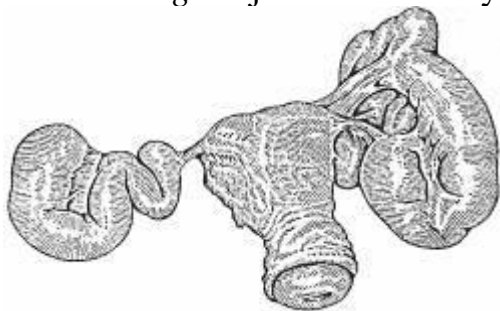
Gistologik tekshiruvda suberitemal to'qima va epiteliy zararlanganligi, epiteliyning o'choqli siyraklashishi, degranulyatsiya va deskvamatsiyasi aniqlanadi.

Parauretrit. Parauretral yo'llarining bezlari uretraga kirish pastki yarim doirasida joylashgan va uretraning jinsiy devorlariga ochiladi. Klinikasi: yo'llar og'izchasi shishgan, qizargan, tuguncha ko'rinishida aniqlanadi, og'riqli.

Katta vestibulyar bezlarning yallig'lanishi. Kasallik vulvaga, uretraga bachadon bo'ynidan yiring tushishi oqibatida rivojlanadi. Bu chiqaruv yo'llarining yallig'lanishi shilliq qavat yuzasida qizil dog' ko'rinishida bo'ladi. Chiqaruv yo'llarining kirish qismi yopilib qoladi va yiring yig'ilib soxta abscess hosil bo'ladi. Katta jinsiy lablarning pastki 1/3 qismida flyuktuatsiya aniqlanadi. So'zakda bartolinit ko'pincha ikki tomonlama bo'ladi, abscess yiringli hosila bo'lib, bez parenximasi kapsula qismi ilvirab turadi va biriktiruvchi to'qima bilan o'raladi. Regionar limfa tugunlari og'riqli, yallig'langan joyda teri giperemiyalangan, bez yaqindagi to'qima bilan birikadi. O'sma birdan og'riqli, harakatsiz va aniq chegarali bo'lib qoladi.

Yallig'lanish jarayoni surunkali bosqichiga o'tganida chiqaruv naylari yopilib bartolin bezining kistasi hosil bo'lishi mumkin. Bunda yallig'lanish belgilari bo'lmaydi.

So'zakli *vaginit* juda kam uchraydi.



25 – *Rasm*. Ikki tomonlama saktosalpinks.

Yuqoriga ko'tariluvchi so'zak

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

Salpingooforit. Ko'tariluvchi infeksiya bachadondan bachadon nayiga, tuxumdonga, qorin pardaga tarqaladi. So'zakli jarohatlanish nayda asosan ikki tomonlama bo'ladi. Boshlang'ich davrida nay shilliq qavati shishgan, qizargan, qalinlashgan. Burmalar stromasida infiltratlar, leykotsit, plazmatik hujayralar, limfotsitlar kuzatiladi. Epiteliyning harxil qismlarida jarohatlanish kuzatiladi, burmalar yopishadi. Bo'shliqda ekssudat yig'iladi. Fimbriyalar yopishadi va nayning ampulyar qismi yopiladi. Yiringli jarayonda nayning ampulyar va istmik qismi yopiladi. Nay 20 sm ga kattalashadi, retortasimon shaklga kiradi va ichida yiring yig'iladi.

So'zakli ooforit salpingitdan keyin rivojlanadi, qorin pardani jarohatlantiradi va keyin tuxumdonga tarqaladi. Kirish eshigi bo'lib follikul va sariq tana hisoblanadi. Yiringli follikulda soxta abscess bo'lib, u tuxumdon parenximasiga tarqaladi va chin abscessli adneksitga (piovar) aylanadi. Surunkali salpingitda nayning mushak qavatida xarakterli distrofik o'zgarishlar va tuboovarial o'sma bo'ladi.

Yiringli salpingooforit (piosalpinks) klinik ko'rinishida yallig'lanish jarayonining qo'zg'alishi va hayz siklining buzilishi bo'ladi. Ko'p bemorlarda kasallik natijasida umumiy holatning pasayishi, harorat ko'tarilishi (39° va undan oshishi), qonda leykotsitlarning oshishi (40-60 ming) kuzatiladi. Ikki qo'llab ginekologik tekshirishda ikki tomonlama qalinlashgan, shishgan va paypaslaganda og'riqli ortiqlar aniqlanadi (25-rasm). To'lg'oqsimon og'riqlar va qaltirash yuz beradi. Piosalpinks hosilasida bemorlar ahvoli og'irlashadi (og'riq mezogastral sohada kuchayadi, ko'ngil aynishi, meteorizm, axlat tutilishi).

Erta boshlanganda nay funksiyasini tiklash maqsadida yallig'lanishga qarshi mahalliy reaksiyalar kuchayadi, yiring tarqalmasligi uchun nay fimbriyalari yopishib qoladi. Yiringli salpingooforit va piosalpinks bir necha oy davriy qo'zg'alishli kechadi va surunkali xarakterga ega bo'ladi. Lekin infeksiyaning virulentligi kuchli bo'lsa, yiring qisman qorin bo'shlig'iga tushadi, o'tkir kasallik ko'rinishi yuzaga chiqadi. Qin orqali tekshirishda bachadon yonboshida yallig'lanish o'smasi aniqlanadi. Tuxumdonda yallig'lanish hayz funksiyasi buzilishini yuzaga chikaradi. V. S. Koliper (1976) follikul yetilishi qisqarishini va hayz sikli o'zgarishini aytib o'tgan. Sariq tana jarohatlanishi uzoq vaqt hayz oralg'i davrida qon ketishiga olib keladi. Yiringli salpingit reproduktiv funksiyasining buzilishiga, ya'ni bepushtlikga olib keladi. O'tkir so'zakda erta davolash oqibati ijobiy, surunkalida a'zo funksiyasining tiklanishi kam uchraydi.

Pelvioperitonit. Gonokokk qorin bo'shlig'iga kanalikulyar yo'l bilan yiringlagan naydan va limfogen yo'l orqali tushadi. Klinik ko'rinishi: qorin pastki qismida birdaniga og'riq, Harakatlanganda kuchayishi, bosh aylanishi,

ko'ngil aynishi, qusish, axlat tutilishi, gaz ushlanishi. Harorat 40 darajagacha va undan yuqori, doimiy isitmalash. Ishtaha yo'qoladi, til oqaradi, quruqlashadi. Qorin paypaslanganda gipogastral sohada og'riqli bo'ladi. Kasallik hayz, abort, tug'ruqdan keyin, jismoniy zo'riqishdan keyin paydo bo'ladi. Yiringli pelvioperitonit o'z vaqtida davolansa oqibati ijobiy.

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

Davolash:

1. Immunoterapiya spetsifik -gonovaksina nospetsifik -pirogenal autogemoterapiya

2. Mahalliy terapiya (UFO)

3. Fizioterapiya (diatermiya, elektroforez, UVCh)

Ko'tariluvchi so'zakda:

1. Antibiotiklar (zitrotsin 500mg, ifitsef, nolitsin 400mg-1 tabl. 2 maxal 3-7 kun, siprinol 500mg, vibromitsin 0, 2-0, 5 g sutkasiga, trombitsin 2 gm/i 1 marta, seftriakson yeki lendatsin 250 mg m/i, roksitromitsin 150 mg 2 maxal 7-10kun)
2. Dezintoksikatsion terapiya
3. V, S, R vitamin guruhlari
4. Immunokorreksiya va fizioterapiya.

Trixomoniaz

1836 yili Donne qindan bir hujayrali xivchinli parazitni topdi. 1870 yilda I. P. Lazerovich qinning shilliq qavatidagi ayrim yallig'lanish kasalliklarida *Trichomonas vaginalis* bor ekanligini isbotladi. Trixomonada birlamchi lokalizatsiya bo'yicha joylashadi, yaxshi sharoitda ko'payadi va shilliq qavatda o'ziga xos yallig'lanish reaksiyasini chaqiradi. Trixomonada infeksiyasi yuqqandan keyin quyidagi klinik belgilar kuzatiladi: qichishish, vulva sohasida achishish, ko'pikli oqchil kelishi.

Trixomonadali kolpit. O'tkir kolpitda bemorlar uzoq vaqt keluvchi suyuq, ko'pikli, oq-sariq va sarg'ish rangli oqchil oqishidan shikoyat qiladilar. Uzoq vaqt epiteliy birikishi hisobiga shilliq qavat ushoqsimon, yiringli xujayralar qaymoqsimon bo'lib qoladi. Oqchil badbo'y iidli va yemiruvchi xarakterga ega. Ba'zi bemorlar qorin pastida, belda, ba'zan siyish va jinsiy aloqa paytida og'riqdan shikoyat qiladilar.

Ko'zdan kechirilganda qin devorlari shishgan, qizargan, og'riqsiz. O'tkir trixomoniaz oddiy, makulyozli, granulyozli, yarali va aralash bo'ladi. Bu shakllarida qinda patologik transsudat miqdorining oshishi kuzatiladi. Ajralmalar ko'p bo'lib, ular hammachuqurliklarni to'ldiradi va bachadon bo'ynining qindagi qismi «unda cho'milayotgandek» tuyuladi. Miqdori, ranggi,

iidi va konsistensiyasi trixomonadaga xos. Trixomonadalar ko'proq qo'shimcha flora bilan birga aniqlanadi. Kasallik organizmdagi ayrim sharoitlarda, ya'ni homiladorlik, abort va boshqa operativ muolajalardan keyin rivojlanadi. Jarayon qindagi bachadon bo'ynini zararlantiradi. Ba'zi bemorlarda bachadon bo'ynida uncha katta bo'lmagan eroziv o'choqlar va qizil granulyatsiyalar topiladi.

O'rta o'tkir trixomoniazda ham shu simptomlar kuzatiladi (o'tkir trixomonada simptomlari singari). Surunkali trixomonadali kolpitda shikoyat va klinik ko'rinishlari birdan boshlanadi, kasallik profilaktik ko'rik vaqtida beiosdan aniqlanadi. Tashqi jinsiy a'zolar atrofida dermatit, qin kirish qismida shish, giperemiya, bachadon bo'yni ham ko'pincha qizargan bo'ladi. Shilliq qavat og'riqsiz, mayda o'choqli, yarali, shishgan. Ajralmalar quyuq, oq rangli, ko'pikli bo'ladi. Ba'zan o'tkir uchli Qondilomalar uchraydi.

Diagnostikasi: tekshirishning kultural usuli

Ayolning davolanishi albatda turmush o'rtog'i bilan birga o'tkaziladi.

Trixopol (yoki efloran, flagil, metragil, metranidazol-TEVA) 1 tab x 3 marta, bir kursga 20 tabletka. Boshqa preparatlardan fazijin, naksodjin (tinidazol), atriikan 1kapsuladan 2mahal 4kun, tiberil 1kapsuladan 2mahal 6kun immunitetni mustaikamlovchi dorilar qo'llaniladi. Mahalliy davolash uchun trixomonatsid, klion-D, terjinan qo'llaniladi

Jinsiy a'zolar xlamidiozi

Xlamidiyalar (*Chlamydia trachomatis*) – gram manfiy bakteriyalar bo'lib, ikkita hayot shakliga ega: infeksiyon, hujayradan tashqari joylashgan (elementar tanacha) va hujayra ichida joylashgan noinfeksiyon bosqichi (retikulyar tanacha). Inkubatsion davri 5-30 kun. Embrionlarga infeksiya uzatilishi isbotlangan.

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

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

Laborator tashxisi: xlamidiyalar oddiy bakteriologik tekshiruvda aniqlanmaydi. Shilliq qavat qirindisi va surtmani o'rganish uchun maxsus sitologik tahlil spetsifik monoklonal antitanachali muiitda o'stiriladi va mikrobnig DNKsi bir qismi bir necha ming marotaba ko'paytirilib aniqlashga oson qilib beradi (PSR usuli). Qonda xlamidiyalarni aniqlash uchun immunoferment analizi yordamida spetsifik antitanachalar JgG va IgM topiladi yoki PSR usulida tekshiriladi.

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

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

Ureaplazmoz va mikoplazmoz

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

Tashxis qo'yish uchun qonda spetsifik antitanachalar IgM va IgG aniqlanadi yoki bachadon bo'yni servikal kanalidan kultural sitologik usul yordamida aniqlanadi. Mikoplazmalar qin ajralmasida «qovurilgan tuxum» koloniyalari ko'rinishida aniqlanadi.

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

Davolash xlamidiozda qo'llaniladigan preparatlar bilan o'tkaziladi.

Oddiy herpes virusi (OGV)

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

OGP homilador ayolda yo'ldosh orqali oson o'tib, homilaning infeksiyalanishiga olib keladi. Virus birinchi o'rinda nerv tubininng patologiyasi va nuqsonlariga (anensefaliya, gidrotsefaliya, spinae bifida), xromosom o'zgarishlariga olib keladi. Homiladorlikning patologik (iomila tushish xavfi, homilaning o'z-o'zidan tushishi) kechishi ham virus ta'sirida kelib chiqishi mumkin. Tug'ilgan chaqaloqlarda herpes virusi nerv tizimi kasalliklariga olib keladi.

So'ngi yillardagi ilmiy tekshiruvlar shuni ko'rsatdiki, gerpetik infeksiya immun tizim faoliyatini keskin pasaytiradi va boshqa viruslar va bakteriyalar assotsiatsiyasi bilan birga aniqlanadi.

Tekshirish usullari: immunoferment analizi spetsifik antitanachalarni IgG va IgM aniqlash yo'li bilan, PSR qonda va jinsiy yo'llarda. Davolash uchun herpesga qarshi preparatlardan atsiklovir, zoviraks, viroleks, ulkaril 200 mg har 3 soatda 5 mahal kechasidan tashqari 7-12 kun davomida, sikloferon 2ml mushaklar ichiga 8-10 marotaba, immunomodulyatorlardan immunomodulin, timogen, timalin, viferon suppozitoriyalari ikki mahal perrektal 10 kun davomida, umumiy quvvatlantiruvchi terapiya, vitaminlar. Mahalliy davolash uchun gerpetik toshmalarga zoviraks yoki atsiklovir kremi 3-5 mahal qo'llaniladi.

Sitomegalovirus

So'ngi yillarda jinsiy tizim a'zolari kasalliklarininng etiologik sabablaridan sitomegalovirus (SMV) va oddiy herpes virusi (OGV) ahamiyati aniqlangan. SMV yo'ldosh orqali homilaga o'tib, turli hil nuqsonlarga olib kelishi mumkin. Birinchi o'rinda nerv tubining nuqsonlariga va homila nobud bo'lishiga yoki kasal bo'lib tug'ilishiga (mikrotsefaliya, ko'rlik, epilepsiya, serebral falaj va boshqalar) sababchi bo'ladi. Kasallik havo-tomchi va jinsiy yo'l bilan tarqaladi.

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

Tashiis qo'yish uchun qonda spetsifik antitanachalar IgG va IgM immunoferment analizi bilan yoki PSR usulida aniqlanadi. Servikal kanaldan sitologik usul yordamida topiladi.

Davolash asoslari. Dunyoning 80 % aholisida qonda SMVga qarshi antitanachalar mavjud. Shuning uchun organizmning immun tizimi faoliyatini yaxshilash va viruslarga qarshi davolash natijasida qonda antigen miqdori kamayib, antivirus antitanachalarining soni ham nisbatan kamayishiga olib keladi. Davolashni homiladorlikdan oldin va homiladorlik davrida 12 haftasidan keyin o'tkazish sarur.

Antivirus preparatlardan sikloferon, zoviraks, viroleks, atsiklovir, ulkaril qo'llaniladi. Immunokorreksiya uchun viferon perrektal suppozitoriyalar 2 mahal 10 kun davomida, viusid 1 por 2 maxal 10 kun davomida, immunomodulin 1, 0 mushaklar ichiga 10 kun davomida, timogen, timolin, timoptin kabi nospetsifik immunomodulyatorlar, baliq yog'i (rybiy jir) vitaminlar qo'llaniladi. Davolashda plazma ferez, AUFOK (autoqonni ultrabinafsha nurlar bilan

zararsizlantirish) qo'llanish ham samarali bo'ladi.

Odam immuntanqisligi virusi

Ortirilgan immun tanqislik sindromining (OITS) chaqiruvchisi birinchi marta 1983 yilda Fransiyadagi Paster institutining olimi Lyuk Montane tomonidan aniqlangan. Kasallik asosan jinsiy yo'l bilan va kontakt-maishiy yo'l bilan yuqishi mumkin.

Sindromning rivojlanishiga asosiy sabablardan biri immun tizim T-xelper limfotsitlarining (antitanachalar ishlab chiqarishdagi yordamchilar) jarohatlanishi bo'ladi. Birlamchi belgi bo'lib dermatoz paydo bo'ladi, undan keyin tarqalgan limfadenopatiya kamida 3 oy davomida. Ushbu holat 1, 5 – 3 yilgacha yagona belgi bo'lishi mumkin. Lekin ba'zan, ayniqsa kasallikning oxirgi bosqichida holsizlik, subfebrilitet, tunda terlash, mialgiya, artralgiya, splenomegaliya, nevrologik simptomlar, T-xelperlar sonining kamayish belgilari qo'shiladi.

Odam immuntanqisligi virusi negizida oddiy herpes virusi va kandidozning qaytalanishi shilliq qavatlarni kasallantiradi. Klinikasi juda og'ir va og'riqli kechadi va OITS rivojlanishiga olib keladi.

Inkubatsion davri 3-4 haftadan 5-6 yilgacha. Virus termolabil bo'lib, 20 minut davomida 56° S ta'sirida inaktivatsiyaga uchraydi. Lekin xona haroratida virus buyumlar va anjomlarda 7 kungacha saqlanadi va faol bo'ladi.

Tashxis qonda immunoferment usuli bilan spetsifik antitanachalarni aniqlash va immun tizimidagi o'zgarishlarga asosan aniqlanadi.

Davolash uchun virusga qarshi effektiv choralar yo'q. Davolashda immunostimulyatorlar: izoprinozin, timozin, indometatsin, siklosporin A, interferonlar, azidotimidin va lamivudin qo'llaniladi.

Klinik misollar

1. 28 yoshli ayol quyidagi shikoyatlar bilan murojaat qildi. Jinsiy aloqadan 3 kundan keyin qin va tashqi jinsiy a'zolarida kuchli qichishish va ko'p miqdorda oq ko'piksimon ajralmalar paydo bo'ldi. Shaxsiy gigiyenik muolajalar yordam bermagan. Qanday tahlil o'tkazish kerak? Taxminiy tashxis qanday?

Javob: Qin orqa gumbazidan surtma olib mikroskop yordamida ko'rish.

Trixomonadali kolpit.

2. 22 yoshli ayol ginekologik bo'limga qorin pastki qismida kuchli og'riqlardan shikoyat qilib keldi. Og'riqlar hayz tugagandan keyin 2 kun o'tgach to'satdan boshlangan, yurganda kuchaymoqda. Jinsiy a'zolaridan yiringli ajralmalar kelmoqda. Tashxis qo'yish uchun qanday tekshiruv o'tkaziladi? Taxminiy tashxis?

Javob: Uretradan va bachadon servikal kanalidan bakteriologik analiz -ekma olish. Surunkali so'zakli salpingooforitning o'tkirlashgan formasi.

3. 40 yoshdagi ayol bachadon ortiqlari yallig'lanish kasalligi sababli bir necha marta ginekologik bo'limda davolangan. Ko'rik paytida tuxumdon sohasida yumshoq og'riqli hosila paypaslanmoqda. Tana harorati 38°S.

Umumiy holati o'rtacha og'irlikda. Taxminiy tashxis? Davolash?

Javob: Tuxumdon absessi, so'zakli bo'lishi mumkin. Bakteriologik tahlil o'tkazish kerak. Avval antibakterial terapiya, ijobiy o'zgarishlar bo'lmasa, xirurgik davolanadi.

"AMALIY KO'NIKMALAR".

I. Surunkali yallig'lanish kasalliklarda provokatsiya usullari"

Maqsad: kasallik chaqiruvchisini aniqlash uchun provokatsiya (infeksiyani qo'zg'atish) o'tkazish

Ta'minlanishi: ginekologik kreslo, ko'zgular, 1% protargol eritmasi, 2, 0 shprits, fizioterapiya xonasida diatermiya apparati.

Qadamlar:

1. Fiziologik provokatsiya -hayzning 4-5 kunlari surtma olinadi.
 2. Biologik provokatsiya – gonovaksina 200-500 MMT mushaklar ichiga yuboriladi yoki pirogenal 200-250 MPD mushaklar ichiga.
 3. Kimyoviy provokatsiya – uretra va bachadon bo'yni tashqi bo'g'ziga 1% protargol surtiladi.
 4. Alimentar provokatsiya – analiz olinishidan bir kun oldin achchiq va sho'r oziq-ovqatlar iste'mol qilinadi va ozroq spirtli ichimlik ichiladi.
 5. Fizik yoki termik provokatsiya -qorin pastki qismiga diatermiya qilinadi.
- Bakteriologik analiz provokatsiya qilingandan 24, 48 va 72 soat o'tganidan keyin olinadi.

II. Bakteriologik analiz uslubi

Maqsad: kasallik chaqiruvchisini aniqlash ta'minlanishi: ginekologik kreslo, spirtovka, steril probirkalar oziqlantiruvchi suyuqligi bilan, Esmarx qovuzlog'i, ko'zgular

Qadamlar:

1. Ayolga analiz zarurligi va qanday qilinishi tushuntiriladi.
2. Ayol ginekologik kresloga yotqiziladi.
3. Spirtovkada kuydirilgan steril Esmarx qovuzlog'i yordamida steril probirkaga uretradan surtma olinadi.
4. Bachadon bo'yni ko'zgular yordamida ochiladi. Kuydirilgan steril Esmarx qovuzlog'i yordamida bachadon bo'ynining tashqi bo'g'zidan surtma steril probirkaga olinadi.
5. Probirkalar belgilanadi, jurnalga qayd qilinadi va bakteriologik laboratoriyaga yuboriladi.

O'RGATUVCHI TESTLAR

1. Jinsiy organlarning qaysi 4ta qismi so'zak bilan zararlanishga moyil.
 1. uretra;
 2. servikal kanal;
 3. bachadon naylari;
 4. bartolin bezlari yo'li.
2. Spetsifik mikroflorani provokatsiyalashning 5 usulini ayting:
 1. fiziologik;
 2. biologik;

3. kimyoviy;
4. alimentar;
5. termik.

3. O'rta yoshdagi ayollarda jinsiy a'zolari so'zak infeksiyasining lokalizatsiyasi.

1. uretra;
2. parauretral bezlari;
3. bartolin bezlari;
4. bachadon naylari.

4. Qaysi klinik belgilar bachadon naylarining tuberkulez etiologiyali yallig'lanishiga asos bo'la oladi.

1. qorin pastida o'tmas og'riqlar;
2. subfebril harorat;
3. Pirke, Mantu -reaksiyalari musbat;
4. boshqa organlarda tuberkulez o'choqlarining bo'lishi.

5. Qaysi mikroorganizm spetsifik yallig'lanishga sabab bo'ladi

1. trixomanadlar;
2. xlamidiylar;
3. kandida;
4. gonokokklar.

6. Qanday klinik va laborator xulosalarga asoslanib trixomonad kolpitni aniqlash mumkin?

1. ayol qinda achishish va qichishishga shikoyat qiladi;
2. qin ko'zgulari orqali ko'rilganda: qin devorlari qizargan va yiringli ko'piruvchan oqma ko'rinadi;
3. bakterioskopik tekshiruvda qin oqmasidan trixomanadlar topiladi.

7. Qin shilliq pardasining trixomonadli yallig'lanishida qanday davolash usullari qo'llaniladi?

1. trixopol tabletkalarini ichish;
2. flagil tabletkasini ichish;
3. kaliy permanganat eritmasi bilan qinni chayish;
4. tinidazol.

8. So'zakning klinik formalarini ko'rsating

1. vulvit
2. bartolinit
3. salpingooforit
4. pelvioperitonit
5. peritonit

9. Xlamidiozning klinik-laborator belgilarini ko'rsating

1. klinikasi kam belgili

2. ko'p yil davomidagi bepushtlik
 3. servikal kanalidan sitologik usul va PSR yordamida aniqlanadi
 4. qonda spetsifik immunoglobulinlar IgG va IgM aniqlanadi yoki PSR usuli bilan aniqlanadi
10. Xlamidiozni davolash asoslari
 1. tetratsiklin guruhidagi preparatlar: tetratsiklin, doksitsiklin
 2. makrolidlar guruhidagi preparatlar: eritromitsin, sumamed
 3. turmush o'rtog'i bilan birgalikda davolash o'tkaziladi
 4. immunokorrektorlarni qo'llash
 5. umumiy va mahalliy davolash o'tkaziladi
 11. Ureaplazmozning klinik va anamnestik xususiyatlari:
 1. kam belgili kasallik
 2. ko'zgular yordamida ko'rganda bachadon bo'yni eroziyasi, endotservitsit aniqlanishi mumkin
 3. anamnezda buyrak va peshob chiqaradigan yo'llarning kasalliklari
 4. turmush o'rtog'ida prostatit alomatlari
 5. anamnezda homilani o'z-o'zidan tushishi va rivojlanishdan to'xtab qolgan homiladorlik bo'lgan

NAZORAT UCHUN SAVOLLAR

1. Jinsiy a'zolar tuberkulyozining kelib chiqishi.
2. Silning klinikasi va kechishi bo'yicha formalari.
3. Bachadon va bachadon ortiqlari silining asosiy klinik belgilari.
4. Tuberkulyoz tashxisini quyish uchun qo'llanadigan usullar
5. Davolash asoslari.
6. So'zak chaqiruvchisini ta'rifi.
7. So'zakning klinik formalari.
8. So'zakni tashxislash usullari.
9. Jinsiy a'zoldagi so'zak klinik formalarining ta'rifi.
10. So'zakni davolash asoslari.
11. Trixomoniaz chaqiruvchisi va klinik formalari.
12. Trixomoniazning tashxisi va davolash asoslari.
13. Jinsiy a'zolar xlamidiozining chaqiruvchisi, xususiyatlari.
14. Xlamidioz klinikasi va asoratlari.
15. Xlamidiozni tashxislash va davolash usullari.
16. Miko-va ureaplazmoz chaqiruvchilari, aniqlash usullari.
17. Mikoplazmozlar asoratlari, davolash asoslari.

ABORTLAR

Maqsad: abortlar sabablarini, klinik kechish turlari, aniqlash usullari, yordam ko'rsatish tadbirlari, oldini olish usullari bilan tanishtirish.

Vazifalar:

1. Abortlar
2. Abortning turlari
3. Abortga olib keluvchi sabablar
4. Abortlarning klinik kechishi
5. Homiladorlikning to'xtash muddatiga qarab abortlarni davolash turlari
6. Abortlarning oldini olish chora-tadbirlari

Homiladorlikning dastlabki haftasidan to 22 haftasigacha yoki xomi lani vazni 500 g yetilishgacha to'xtashi abort (bola tashlash) hisoblanadi

- a) erta boshlangan abort (13-14 xaftagacha)
- b) kechikkan (14-22 xaftagacha) abort deb yuritiladi.

Urug'lanish, implantatsiya va embrion taraqqiyoti 26-28 rasmlarda ko'rsatilgan.

Homiladorlikning to'xtash sabablariga ko'ra:

1. Ayolning xoxishi bilan qilinadigan yoki tibbiy ko'rsatmasi bilan to'xtatiladigan sun'iy abort atiladi. 2. O'z -o'zidan (ixtiyorsiz) sodir bo'ladigan abort eng ko'p uchraydi. 3. Ayolning o'zi boshqa kishi yordamida tibbiyot qoidalariga xilof bola tushirishi xavfsiz emas (kriminal, jinoiy) abort deb yuritiladi.

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

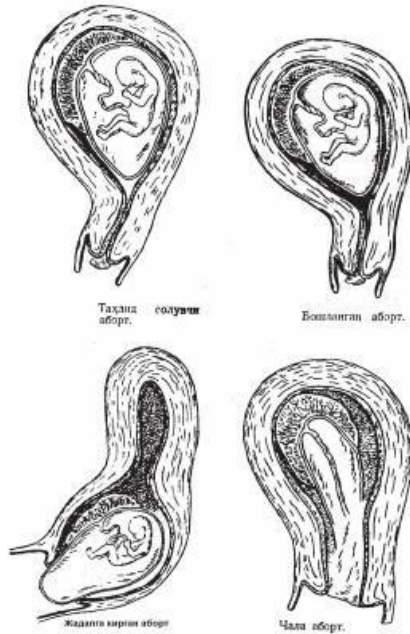
Ixtiyorsiz bola tashlashga o'tkir va surunkali yuqumli kasalliklar (gripp, yuqumli gepatit, sil, brutsellyoz, zaxm) revmatizm, angina, pnevmoniya, piyelonefrit, appenditsit, ichki sekretiya bezlari kasalliklari sabab bo'lishi mumkin (29-30 rasm).

Ona bilan xomila qonining rezus jixatdan mos kelmasligi (onada rezus-manfiy, xomilada rezus-musbat qon bo'lsa) homiladorlikni to'xtatishga olib keladi. Yaqin qarindoshlar orasidagi turmush, xromosom – genetik o'zgarishlar natijasida homila nuqsoni rivojlanishi va tushishiga sabab bo'ladi (31-32rasm).



31-Rasm Nuqsonli abortus

Ichki jinsiy a'zolar (bachadon, tuxumdon, bachadon naylari) faoliyatining yetishmovchiligi (infantilizm), bachadon va naylar, tuxumdonlarning tug'ma nuqsonlari, tuxumdon va bachadon o'smalari, bachadon bo'ynining oldingi tug'ruqda yirtilishi kabi ko'pgina holatlar bola tashlashga sabab bo'ladi. Ayolda to'satdan sodir bo'ladigan ruxiy shikastlanish, jismoniy og'ir mexnat, har xil jarohatlar o'z-o'zidan bola tushishiga imkontug'diradi (33-rasm).



35- rasm. Abortlarni klinik kechishi

Bachadon, bachadon naylari, tug'ruq yo'llari (bachadon bo'yni, qin, siydik yo'llari)ning surunkali yallig'lanishi natijasida ona qornida xomila va yo'ldoshga kasallikning mikroblari o'tib ularni shikastlaydi xomila ona qornida nobud bo'ladi va homiladorlik rivojlanishdan to'xtaydi (34-rasm), ya'ni bola tashlash sodir bo'ladi. Homiladorlikning dastlabki 12-14 xaftasigacha o'z-o'zidan sodir bo'ladigan abortlar tuxumdonidan ajraladigan gormon (estrogenlar, progesteron) miqdori kamayganligiga sabab bo'lsa, kechikkan (12-22 xaftada) abortlar ko'pgina o'tkir va surunkali kasalliklar, yuqumli o'tkir kasalliklar, rezus

mos kelmaslik, avvalgi tug'ruqda bachadon bo'yni shikastlanishi, qand kasalliklari kabilar natijasida yuzaga keladi.

O'z-o'zidan sodir bo'ladigan abort klinik bosqichiga ko'ra bir necha turga bo'linadi (35-rasm):

- a) abort xavfi (taxdid qiluvchi abort),
- b) boshlangan abort,
- v) jadallashgan abort,
- g) chala,
- d) to'liq abort.

Bundan tashqari ixtiyorsiz abortlar klinik kechishiga qarab infeksiyasiz va infeksiya tushgan abortlarga bo'linadi. Ixtiyorsiz bola tushishning yana bir turi – o'smay qolgan yoki xalk orasida “yopishgan xomila” deb ham yuritiladigan abortdir. Bunda xomila yo'ldosh bachadon devorlaridan ajralib nobud bo'lgach, bachadon qisqarmaganligi, bachadon bo'yni ochilmaganligi sababli bachadondan tashqariga chiqmay qoladi.

Klinik belgilari

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

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

Boshlanayotgan abort - bola tashlashning ikkinchi bosqichi – xomila tushishning boshlanishi bo'lib, ayol og'riqdan tashqari jinsiy yo'llardan biroz qon ketayotganidan shikoyat qiladi. Qin orqali tekshirganda bunda ham bachadon

xajmi homiladorlik muddatiga mos keladi, bachadon devorlari qisqaradi, bachadon bo'yni teshigi berk yoki tashqi teshigi barmoq uchicha ochilgan bo'lishi mumkin. Agar jinsiy yo'llarda ko'p miqdorda yoki uzoq vaqt qon ketish kuzatilsa, homiladorlikning kelgusida rivojlanishiga imkon bo'lmay qoladi, chunki bachadon devoridan homila va boshlang'ich yo'ldosh (xorion) ko'proq ko'chgan bo'ladi.

Abortlarda bu dastlabki ikkinchi bosqichida homiladorlar tezda tug'ruqxonaga yotkizilib, tinch sharoitda yaratish va bachadonning qisqarish xususiyatini kamaytiradiga dorilar qo'llanilishi kerak. No-Shpa 2 ml dan, papaverinning 2% li eritmasidan 2 ml, vitamin Ye ning 5-10% eritmasidan 1ml, progesteronning 1-2, 5% eritmasidan 1, 0ml dan kuniga 1 marta mushak orasiga yuboriladi. Magniyning sulfat 25% li eritmasidan 5-10 ml ga novokainning 0, 5% li eritmasidan 5ml qo'shib, kuniga 1-2 marta 5-6 kun davomida mushaklar orasiga yuboriladi.

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

Rezus immunlashgan hmiladorlikda alloplastika metodi (eridan ozgina teri olinib ayolga ko'chirib o'tkazish) homiladorlarni davolashda keng qo'llanilmoqda. Boshlanayotgan abortda bachadon bo'yni biroz ochilgan bo'lsa dorilar bilan davolash davomida qon ketish kamaymasa homiladorikni saqlab qolishning iloji bo'lmaydi, bu holda homilani maxsus asboblari (mexanik vakuum-shprits) yordamida olib tashlashga to'g'ri keladi.

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

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

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

Homila tuxumi bachadon bo'shlig'idan batamom chiqqanda to'liq abort deb yuritiladi (36-rasm). To'liq abortda bachadon qisqaradi bachadon kanali ozroq ochilgan qon oqishi to'xtagan bo'ladi. Bachadon xajmi kichraygan bo'ladi. Xomiladorlikning dastlabki oylarida to'liq abort katta muddatdagi homiladorlikka qaraganda kamroq uchraydi.

To'liq abortda bachadondan homila tuxumi to'la shikastlanmay chiqqanda

ham detsidual parda va qon laxtalari bachadonda qoladi, bu esa mikroblar rivojlanishiga yetarli muxit yaratadi, infeksiya avj olishiga sabab bo'ladi. Shu sababli to'liq abortdan keyin ham bachadon devorlarini maxsus asboblardan bilan qirish tavsiya etiladi.

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

Keyingi paytda ultratovush apparati yordamida homiladorlikning rivojlanishi, homilaning tirikligini aniqlash keng qo'llanilmoqda. Homila nobud bo'lganligi aniqlagandan so'ng, uni olib tashlashga (12 haftagacha) yoki sun'iy tug'dirishga (12 haftadan oshgach) harakat qilish kerak. Chunki bunday hollarda bachadondagi o'lik to'qimalar ayol organizmini surunkali zaharlab homila tushishi paytida ayolda qon ivimaslik, ya'ni koagulopatik qon ketish asoratlariga olib kelishi mumkin. Shu sababli o'smay qolgan homiladorlikni aniqlash bilan darrov ayolni tug'ruqxonaga yetkazib, qon gruppasi, rezus omil, qon ivish xususiyatlarini aniqlash zarur.

Homilani olib tashlash yoki sun'iy tushirish mobaynida qon, qon zardobi, qonni ivituvchi (kalsiy xlor, vikalol, ditsinon, vitaminE, ATF, Qontikal, gordoks, askorbin kislotasi) dorilaridan qon tomiriga yuborish og'ir asoratlarning oldini olishga yordam beradi.

Septik abort

Agar homila tushishi 2-3 kun va undan ko'p davom etsa, bachadon ichiga mikroblar tushib, xomila tuxumi va bachadonning yallig'lanishiga sabab bo'ladi. Buni infeksiyali abort deb yuritilib, bu ko'proq jinsiy (kriminal) yo'l bilan homila tushirilganda sodir bo'ladi. Infeksiya fakat homila va bachadon shilliq qavatini zararlasa, asoratsiz abort deb yuritiladi. Asoratli abortda infeksiya kichik chanoq a'zolariga, bachadon naylari, tuxumdon, bachadon atrofidagi kletchatkalariga tarqalib, chanoq bo'shlig'ida yiring to'planadi.

Bunda bemorning tana harorati baland bo'lib, ahvoli og'irlashadi. Septik abortda esa infeksiyaning qon orqali butun a'zoizmga tarkalishi natijasida bemorning ahvoli yanada og'irlashadi, ba'zan o'pka, buyrak va boshqa a'zolarida yiringli yallig'lanishlar, shu a'zolari faoliyatining bo'zilishi ko'zatiladi. Ba'zan bu holat septik karaxtlik (shok) ka olib keladi. Bunda tana haroratining nihoyatda baland bo'lishi, tomir urishining tezlashishi, qon bosimining birdan pasayib ketishi, nafas olish, yurak faoliyatining o'tkir yetishmovchiligi tufayli ba'zan bemor nobud bo'lishi mumkin. Infeksiyali abort davomida bir vaqtni o'zida yallig'lanishga qarshi dorilar qo'llashdan tashqari bachadon ichidagi xomila va uning qoldiqlarini qirib olish yoki homilani tushirishni tezlatish choralari ko'riladi. Septik abort va septik shokni davolashda bemorga bir vaqtda 2-3 xil hartomonlama ta'sir ko'rsatadigan antibiotiklar lendatsin 1g/vi 3-5 kun, sefazolin-TEVA, ifizol 1g har 4-6 soatda, siprinol 200-400 mg 2m/k 5kun v/i, ifitsef, seftriakson 1g dan har 6 soatda mushak orasiga yoki qon tomiriga tomchilab, kanamitsin-ni 0, 5 g dan har 8-12 soatda,

vankomitsin 500 mg dan har 6 soatdan mushak orasiga, sulperazon 1g -2g har 12 soatda v/i yeki m/i yuboriladi. Shu bilan birga metrogil 200 mg-400 mg kuniga 2-3 maxal ichishga yeki 100 ml (500mg) 2maxal qon tomiriga, sutkasiga 2, 5 litrgacha suyuqliklar (protein, albumin, aminon yoki infezol, refortan, jelatinol, gemodez va boshqalar) dan qon tomiriga tomchilab, desensibillovchi (dimedrol 1% 1-2 ml yoki lorid 1 tabl. kuniga), siydik ajralishini kuchaytiruvchi (2 ml laziks tomirga yoki mushak orasiga, mannitolni 15% li eritmasidan 200-400 ml qon tomirga), yurak faoliyatini yaxshilovchi dorilar (0, 25% li strofantindan 0, 5 ml glyukozaga qo'shib tomirga, sulfokamfokaindan 2 ml mushak orasiga) tana haroratini pasaytiruvchi (analgin, amidopirin va dimedrol aralashmasi mushak orasiga) kabi dorilarni muntazam berib borilsa bu bemor ahvolining yaxshilanishiga yordam beradi.

Shuni aytib o'tish kerakki, agar bachadondan ko'p qon ketayotgan bo'lsa, tana harorati yuqori darajada bo'lishiga karamay, bachadon devorlaridan homila qoldiqlarini vakuum-aspiratsiya usuli bilan yeki kirib tashlash qon ketishini to'xtatishga yordam beradi. Septik abortlarda ba'zan ayolning hayotini saqlab qolish maqsadida bachadonni, bachadon naylari hamda tuxumdonlar bilan birga operatsiya kilib olib tashlashga ham to'g'ri keladi.

O'z-o'zidan sodir bo'ladigan abortlarning oldini olish uchun ularni yuzaga keltiradigan yukorida ko'rsatib o'tilgan kasalliklarni o'z vaqtida davolash, qizlarni yoshligidan chiniqtirish vaqtida sifatli ovqatlanish, sun'iy abort qildirmaslik uchun homiladorlikdan saqlanish vositalaridan keng foydalanishni ayollar o'rtasida targ'ibot qilish zarur. Bola tashlash odat bo'lib qolgan xomiladorlarni homiladorlikning «Xavfli» muddatlarida tug'ruqxonalarda davolash tavsiya etiladi.

Sun'iy abort

Davolash muassasalarida ayolning istagi yoki tibbiy ko'rsatmalarga muvofiq homiladorlik sun'iy yo'l bilan to'xtatiladi ya'ni abort qilinadi (37-rasm).

Ayol biror sababga ko'ra tug'ishni istamasa homiladorlikning 12 haftasigacha abort qildirish iuquqiga egadir. Lekin sun'iy abort qilishda ayolning jinsiy yo'llarida yallig'lanish kasalliklari bo'lmasligi, abort qilishda aseptika qoidalariga rioya qilish abortdan keyingi asoratlarning oldini olishda yordam beradi. Homiladorlikning 12 haftasidan oshgan muddatlarida faqat tibbiy yoki sotsial ko'rsatmalariga muvofiq homiladorning hayoti hamda sog'lig'iga xavf soladigan biron kasallikning mavjudligi va oilaviy sabablari (eri to'satdan o'lgan yoki jazoga tortilgan, balog'at yoshiga yetmagan yoki jinsiy tazyiq natijasida homilador bo'lgan) ko'ra sun'iy abort qilinadi. Homilani olib tashlashdan oldin bachadon buyini tayerlash uchun prepidil gel servikal kamaliga 1kun oldin yuborish tavsiya kilinadi. Kasalxona sharoitida abort qilishganda ham bachadon va boshqa a'zolarining yallig'lanish hamda shikastlanish eitimoli yo'q emas. Infeksiya qo'shilib og'irlashgan abortlardan keyin ayolning bo'yida bo'lmasligi yoki homilaning bachadondan tashqarida rivojlanishi kabi asoratlar ko'p kuzatiladi. Shuning uchun abortning oldini olish sanitariya maorif ishlarini keng yo'lga qo'yish va bo'yida bo'lishdan saqlaydigan vositalarni qo'llashdan iborat.

AMALIY KO'NIKMALAR

Abortning klinik kechishini bilish va aniqlash.

Bimanual ko'rishni o'tkazish.

Qon ketish vaqtida birinchi yordam berish: vena tomir ichiga suyuqlik ulash va ginekologik bo'limga tez olib borish.

Abort asoratlarini bilish va aniqlash.

Abortlar

Maqsad: talabalarga bemorni ob'ektiv va sub'ektiv ma'lumotlarga asosan diagnoz qo'yish, kasallik og'irlik darajasini baholash va davolash taktikasini tanlashni o'rgatish.

Ta'minlanish: kushetka, qin ko'zgulari, ginekologik kreslo, steril qo'lqop tonometr.

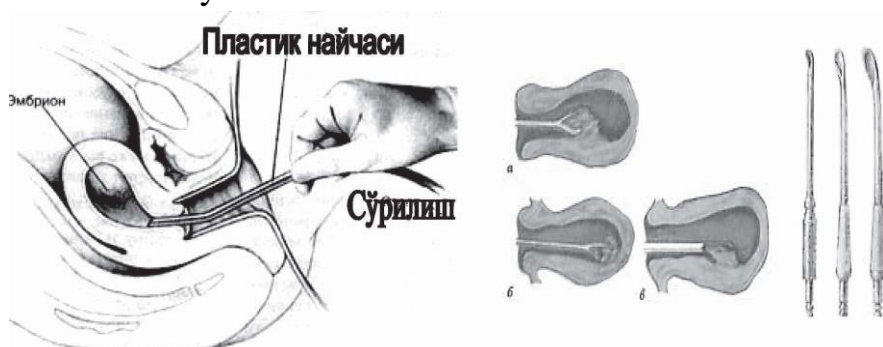
Ayol ginekologik kresloda oyoqlarini chanoq-son va tizza bo'g'imida bukilgan holda yotibdi.

Shikoyatlari: hayzni kelmasligiga, ko'krak bezlarining dag'allashuviga qorinning pasti va bel sohasida og'riqqa, ko'ngil aynishi, qayt qilish, jinsiy yo'ldan qon ketishiga.

Kasallik anamnezi: boshlanishi o'tkir, hayz to'xtagandan keyin, soppa-sog' paytda.

Iyot anamnezi: hayz kelishi 14 yoshdan, 3-4 kun, har 28 kunda, jinsiy hayoti 19 yoshdan, ginekologik kasalligi – surunkali adneksit. Irsiyatga moyilligi yo'q, zararli odatlari yo'q.

Umumiy ko'ruv: bemorning ahvoli o'rta, teri qoplami oqish, sovuq ter, taxikardiya.



37- rasm Vakum aspiratsiya usulidagi abortning bosqichlari.

Qorni ko'ruvda: qorinning pastki sohasida og'riq.

Dastlabki diagnoz: shikoyatlari, hayot va kasallik anamnezi namda lokal status va ob'ektiv ma'lumotlarga asoslanib qo'yiladi. Qon umumiy analizi: o'zgarishsiz. UTT: iavfli belgilariga–

homiladorlikning to'xtalishi yoki homilaning tushishi. Ko'zgularda ko'ruv: qin shilliq qavati va bachadon bo'yni ko'kimtir, rangda, qonli ajralma ko'riladi.

Qinni tekshiruvda: bachadon tanasi 5-6 hafta kattaligida kattalashgan.

Palpatsiyada: qo'zg'aluvchan, bachadon ortiqlari o'zgarishsiz.

8. Klinik diagnozni qo'yish va asoslash: dastlabki diagnoz va klinik – instrumental tekshiruvlarga asoslanib qo'yiladi.

9. Asoratlari: homilaning tushish qolishi, rivojlanmagan homiladorlik, surunkali DVS, qon ketishi, gemorragik shok.

10. Differensial diagnostikasi: bachadondan tashqari homiladorlik, tuxumdon

apopleksiyasi, o'tkir appenditsit, tuxumdon disfunktsiyasi, yelbo'g'oz xorionepitelioma, bachadon miomasi.

11. Operativ
davolash: Chala va

to'liq hamda jadallashgan abortda bachadon bo'shlig'i tozalab tashlanadi.

12. Jarrohlikdan keyingi davrda umumiy va mahalliy antibakterial terapiya, organizm buzilgan faoliyatini tiklash, uterotoniklar kontratsepsiya reabilitatsion terapiya.

13. Profilaktikasi: bachadon ortiqlari yallig'lanish kasalliklarini o'z vaqtida aniqlash va davolash, qiz bolalarni sog'lomlashtirish, oilani rejalashtirish.

Masalalar.

Bemor 25 yoshda, qorin pastida tutib-tutib turuvchi og'riqqa shikoyat qilib KVPga murojaat qildi. Angina bilan tez-tez og'rib turgan. 21 yoshidan jinsiy hayot boshlagan. 2 yildan keyin chaqaloqni oy kuniga to'lib asoratsiz tuqqan. Bir yil oldin sun'iy abort 8-9 haftalikda qilingan. Oxirgi hayzi 2 oy oldin bo'lgan.

Qin orqali tekshirish. Tashqi jinsiy a'zolari to'g'ri rivojlangan, qini tuqqan ayolnikiga mos. Bachadon bo'yni silindr shaklida, tashqi og'zi yoriqsimon shaklda. Bachadon diametrida 7-8 sm gacha kattalashgan, yumshoq, sharsimon. Bachadon ortiqlari kattalashmagan. Parametriysida infiltratlar yo'q, gumbazlari chuqur. Qin orqali o'rtacha miqdorda qonli ajralmalar aniqlandi.

Tashxis. UASh taktikasi.

2. Bemor 28 yoshda jinsiy yo'llaridan qon ketishi, qorin pastida og'riq va harorati 38°S ko'tarilganga shikoyat qildi. 3 kun oldin homiladorligining 10-11 haftaligida sun'iy abort qildirgan. Qin orqali tekshirish: bachadon bo'yni silindr shaklida, tashqi og'zi 1 sm gacha ochiq, bachadon 8 haftagacha kattalashgan, yumshoqroq, og'riqli. Bachadon ortiqlari kattalashmagan. Parametriysida infiltratlar yo'q, gumbazlari chuqur. Qin orqali o'rtacha miqdorda qonli ajralmalar aniqlandi.

Tashxis. UASh taktikasi.

O'RGATUVCHI TESTLAR

1. Klinik kechishi bo'yicha abortning turlarini ko'rsating.
 1. tahdid qiluvchi (abort xavfi);
 2. boshlangan abort;
 3. jadallashgan abort;
 4. chala abort;
 5. 5. to'liq abort.
2. Homiladorlikning to'xtash muddatiga qarab abortning turlarini ko'rsating.
 1. erta boshlangan abort (13 - 14 xaftagacha);
 2. kechikkan abort (14 - 22 xaftagacha).
3. O'z-o'zidan sodir bo'ladigan abortning klinik kechishi bo'yicha 2 ta turini ko'rsating.
 1. infeksiya tushmagan;

2. infeksiya tushgan.
4. Erta rivojlanishiga qaysi gormonlar miqdorining kamayishi sabab bo'ladi.
 1. estrogenlar;
 2. progesteron;
 3. ESG.
5. Boshlangan abortning erta davrida davolashda qo'llaniladigan dori preparatlarini ko'rsating.
 1. spazmolitiklar (no-shpa, papaverin);
 2. vitamin Ye;
 3. progesteron;
 4. mikrofolin.
6. Septik abortni davolashda o'tkaziladigan chora tadbirlarni ko'rsating.
 1. bachadon bo'shlig'ini tezda qirib tozalash;
 2. yallig'lanishga qarshi preparatlarni qo'llash;
 3. bir vaqtning o'zida keng ta'sir doirasi bo'lgan antibiotiklardan 2-3 xilini qo'llash (kefzol, kanamitsin sefazolin);
 4. anaerob infeksiyaga qarshi preparatlar (metronidazol);
 5. infuzion-transfuzion terapiya;
 6. desensibilizatsiyalovchi preparatlarni qo'llash;
 7. noeffektiv bo'lsa, bachadon ekstirpatsiyasi naylari bilan.
7. O'z-o'zidan boshlangan bola tashlash klinik jihatdan nima bilan izohlanadi?
 1. qorin pastidagi to'lg'oqsimon og'riqlar;
 2. bel qismida qattiq bo'lmagan og'riq;
 3. bachadon tonusda bo'lishi.
8. Bola tushishi chala holatining klinik izohi.
 1. Qorin pastida dardsimon og'riqlar;
 2. bachadondan qon ketish;
 3. yo'ldosh qismlarining bachadon ichida qolib ketishi, ajralishi.
9. Boshlangan o'z-o'zidan homila tushishiga xos bo'lgan belgilarni ko'rsating
 1. qorin ostida dard tutishiga o'xshash og'riqlarning paydo bo'lishi;
 2. jinsiy yo'llardan qon kelishi;
 3. hayzning kechikishi;
 4. bachadon taxmin qilingan homiladorlik muddatida kattalashgan.
10. Chala o'z-o'zidan homila tushishiga xos bo'lgan belgilarni ko'rsating:
 1. qorin ostida dard tutishiga o'xshash og'riqning paydo bo'lishi;
 2. jinsiy yo'llardan qon ketishi va homila tuxumi ayrim qismlarining tushishi;
 3. bachadon taxmin qilingan homiladorlik muddatida.

11. O'z-o'zidan homila tushish sabablari qanday?

1. jismoniy va ruhiy shikastlanish;
2. jinsiy a'zolarining yallig'lanishi toksoplazmoz, xlamidioz;
3. istmik-servikal yetishmovchilik;
4. homila va ona qonining immunologik to'g'ri kelmasligi;
5. endokrin o'zgarishlar.

12. Abortda bachadon bo'shligini qirish uchun ko'rsatmalar:

1. yuz bergan chala abort;
2. yuz bergan boshlanayotgan abort va jinsiy yo'llardan «laxta-laxta» qon kelishi;
3. rivojlanishdan to'xtagan homiladorlik;
4. to'liq abort homiladorlik muddati 16 xaftagacha;
5. jadallashgan abort.

13. Bola tushishda instrumental bachadon qirishga ko'rsatmalar:

1. to'liq bo'lmagan homila tushishi, ko'p qon ketishi, bachadon bo'yni ochiqqligi;
2. rivojlanmayotgan homiladorlik 12 xafta;
3. to'liq bola tushishi 16 xaftagacha.

NAZORAT UCHUN SAVOLLAR:

1. Abort jarayoniga izoh bering.
2. Abortning turlari.
3. Tahdid qiluvchi abort -sabablari, klinik kechishi, davolash usuli.
4. Boshlangan abort -sabablari, klinik kechishi, davolash usuli.
5. Jadallashgan abort-sabablari, klinik kechishi, davolash usuli.
6. Chala va to'liq abortlar - sabablari, klinik kechishi, davolash usuli.
7. O'z-o'zidan tushadigan abortni zamonaviy davolash yo'llari.
8. Qon ketayotgan bemorga birinchi yordam ko'rsatish nimadan iborat?
9. Septik abort nima, qanday asoratlar kuzatilishi mumkin, davolash usullari.
10. Sun'iy abort xillari va kuzatiladigan asoratlar.
11. Abortlarning boshqa kasalliklardan farqlash.
12. Abortlarning yuzaga kelishida tashqi muhitning ta'siri.
13. Homiladorlikning birinchi yarmida qon ketishining oldini olish choralari

BACHADONDAN TASHQARI HOMILADORLIK

Maqsad: bachadondan tashqari homiladorlikni keltirib chiqaruvchi sabablar, klinik kechishi, o'z vaqtida aniqlash, boshqa kasalliklardan farqlash, davolash, davolashdan keyingi sog'lomlashtirish tadbirlari va oldini olish choralari bilan talabalarni tanishtirish.

Vazifalar.

Bachadondan tashqari homiladorlik, uni keltirib chiqaruvchi sabablar va kasallikning rivojlanish mexanizmi.

Bachadondan tashqari homiladorlikning tasnifi.

Bachadon nayidagi rivojlanib (o'sib) boruvchi (uzilmagan) homiladorlik

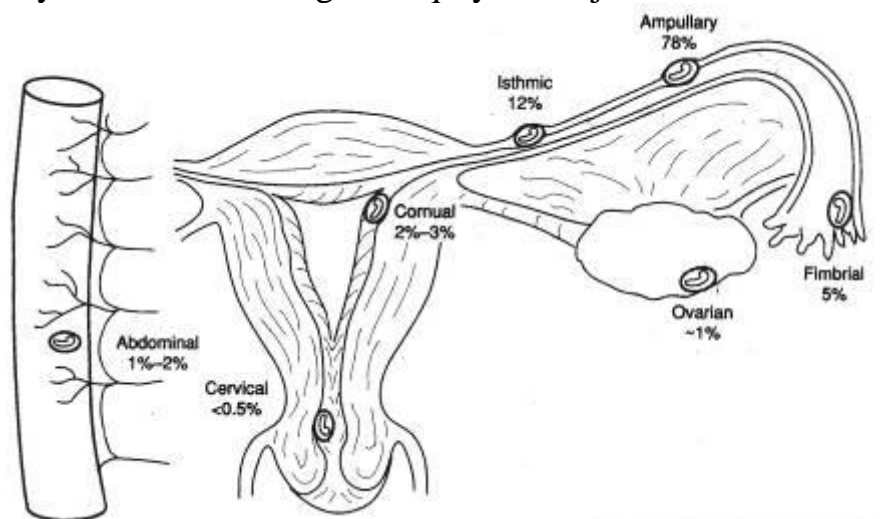
Bachadon nayidagi homiladorlikni turlari, klinik kechishi.

Bachadondan tashqari homiladorlikni aniqlash usullari

Urug'langan tuxum hujayra odatda bachadon nayi orqali bachadon bo'shlig'iga tushib, uning tana qismi shilliq qavatiga o'rashadi va shu joyda rivojlana boshlaydi (38-rasm). U bachadondan tashqariga payvandlansa, bachadondan tashqari homiladorlik vujudga keladi.

Bachadondan tashqari homiladorlik ayol hayotini xavf ostida qoldiradigan og'ir kasallikdir. Homila bachadondan tashqarida uning o'sib rivojlanishi uchun yetarli sharoit yo'qligidan u o'zi o'rashgan a'zoni yemiradi, qon tomirlari buzilib, ayol qorin bo'shlig'iga ko'p miqdorda qon oqadi. Oqayotgan qonning shu yerda to'planishi esa ayol hayotini xavf ostida qoldiradi, natijada gemorragik shok ro'y berishi ko'pincha zudlik bilan tibbiy yordam ko'rsatishni talab qiladi.

Bachadondan tashqari homiladorlikning asosiy klinik belgilarini umumiy amaliyot shifokorlarining bilib qo'yishlari juda muxim. Chunki



39 -rasm. Ektopik homiladorlikni joylashishi

ular bunday og'ir asorat bilan kasallangan ayollarni o'z vaqtida vrachga yuborib, ularning hayotini saqlab qolishga o'z hissalarini qo'shgan bo'ladilar.

Bachadondan tashqari homiladorlik 5-8% xollarda uchraydi. Ayrim vaqtlarda urug'langan tuxum hujayra nayga, tuxumdonga (0, 1-0, 2%), qorin pardasiga (0, 2-0, 4%), qorin bo'shlig'idagi turli a'zolarga payvandlanishi mumkin. Bachadondan tashqari homiladorlik ko'pincha bachadon naylarida joylashadi (98-99%).

Homila bachadon nayining har xil joyida: ampulyar, istmik va interstitsial (bachadon devoriga kirib turgan) qismlarida joylashishi mumkin. Nayning istmik (o'rta) qismida homila ko'proq (49, 6%), ampulyar qismida ozroq (40, 3%), interstitsial qismida eng kam (9, 45%) uchraydi (Gryaznova I. M. 1980) (39-rasm).

Ko'pincha bachadon nayining surunkali yallig'lanishi naydagi homiladorlikka sabab bo'ladi. Yallig'lanish natijasida bachadon nayi devorlarining bir-biriga yopishib qolishidan tashqari, uning bo'shlig'i torayadi hamda nayning qisqarish qobiliyati sustlashadi. Natijada urug'langan tuxum hujayra bachadonga o'ta olmaydi yoki o'tishga ulgurmay, nay bo'shlig'iga yopishadi va shu joyda taraqqiy eta boshlaydi. Bunday ayollarning hayot tarzini so'ralganda ular ilgari sun'iy abort qildirgan, o'z-o'zidan bola tashlagan, birlamchi yoki ikkilamchi befarzand, umumiy organizmi yoki jinsiy a'zolari chala rivojlangan (infantilizm) bo'lib chiqadi.

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

Tasnifi:

A. Urug'langan tuxumning joylashishiga ko'ra:

11. Qorin bo'shlig'idagi homiladorlik: a) birlamchi, b) ikkilamchi

12. Bachadon nayidagi homiladorlik (gr. extra uter tubarria) a) Interstitsial qismida joylashishi (9, 15%) b) Istmik qismida joylashishi (49, 6%) v) Istmik-ampulyar qismida joylashishi g) ampulyar qismida joylashishi (40, 3%) d) fimbrial qismida joylashishi

13. Tuxumdondagi homiladorlik (gr. ovarialis)

14. Bachadondan tashqari homiladorlikning boshqa shakllari: a) bachadon bo'ynida joylashishi b) aralash joylashishi (masalan; tuxumdon - fimbrial qismida joylashishi). v) bachadonning rudimentar shoxlarida joylashishi. g) boylamlar orasida joylashishi. d) bachadon tutqichlarida joylashishi.

B. Bachadon nayidagi homiladorlikning klinik kechishiga ko'ra:

Bachadon nayidagi o'sib boruvchi (uzilmagan) homiladorlik

Bachadon nayidagi uzilgan homiladorlik: a) bachadon nayining yorilishi. b) naydagi abort.

Etiologiyasi va patogenezi fiziologik sharoitda urug'langan tuxum hech qanday to'siqsiz bachadon naylari orqali bachadon bo'shlig'iga o'tadi. Meyyorda trofoblast tuxum bacha

don bo'shlig'iga tushgandan keyin hosil bo'lishi kerak. (trofoblast tuxumning ma'lum bir joyda o'rnashib, mahkamlashib olishida asosiy o'rinni egallaydi). Agar trofoblast tuxumning bachadon bo'shlig'iga tushishidan oldin paydo bo'lsa, bachadondan tashqari homiladorlik kelib chiqadi.

Bachadondan tashqari homiladorlikning eng ko'p uchraydigan shakli naydagi homiladorlikdir. Buning asosiy sabablari quyidagilardan iborat:

1. Yallig'lanish jarayonlari.
2. Jinsiy a'zolarining noto'g'ri rivojlanishi (infantilizm).
3. Bachadon naylarining kistalari yoki xavfsiz o'smalari.
4. Nay endometrioz.
5. Bachadon nayi atrofidagi chandiqli jarayonlar.
6. Urug'langan tuxum hujayra migratsiyasi.

Ko'pchilik ayollarda sariq tana ektopik homiladorlik joylashishining qarama-qarshi tomonidagi tuxumdonda topiladi. a) tashqi migratsiyada (masalan, o'ng tuxumdondan chap bachadon nayiga qorin bo'shlig'i orqali o'tadi yoki aksincha) blastotsista kattalashib ketib nayning ingichka bo'yin oldi qismidan o'ta olmay qoladi. b) ichki migratsiyada esa urug'langan tuxum hujayra bachadon orqali qarama-qarshi tomondagi nayga o'tadi.

7. Haddan tashqari ruhiy zo'riqishlar.

Bunda «tuxumni qabul qilish mexanizmi» buzilib nay muskullarini uzoq vaqt spazmiga va antiperistaltikasiga olib keladi. Natijada tuxumning naydan transportirovka qilinishi sekinlashadi va bachadondan tashqari homiladorlik yuzaga keladi (gormonlar muvozanati buziladi).

Yallig'lanish jarayonlari bo'lganda nay shilliq qavatlarini shishib, fibroz va chandiqli o'zgarishlar paydo bo'ladi. Nay ichi torayadi, kiprikchali epiteliylar harakati buziladi. Nay harakati sekinlashib urug'langan tuxum hujayra turib qoladi va shu yerda rivojlanadi.

Infantilizm ham naylar ingichka uzun bo'lib, urug'langan tuxum hujayrani o'tkazib bera olmaydi. Neyrogumoral boshqarilish ham buziladi.

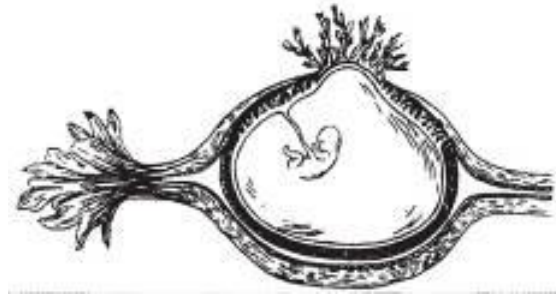
Klinik kechishi

Bachadon nayidagi o'sib boruvchi (uzilmagan) homiladorlik.

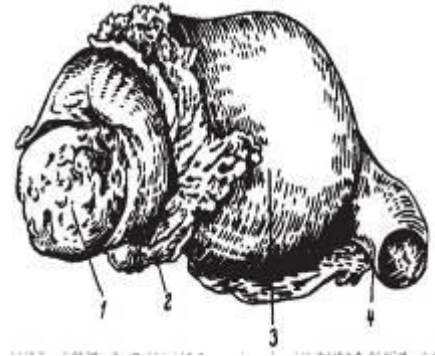
Erta davrlarida normal homiladorlikka o'xshab ketadi. Anamnezida yallig'lanish jarayoni yoki uzoq vaqt bepushlik bo'lgani aniqlanadi. Birinchi haftalarda bachadon homiladorlik muddatiga mos keladi. Keyinchalik esa muddatidan orqada qolib boradi. Bachadon noksimon shaklda bo'ladi. Bachadon ortiqlari sohasida yumshoq, og'riqli, kolbasasimon shaklda hosila aniqlanadi. U harakatchan bo'ladi. Qin orqali orqa gumbazga kirib bachadon bo'yni bir oz oldinga (qovga) ko'tarilsa, og'riq seziladi. Ayol statsionarga

yetkazilib qattiq nazorat qilinadi. Odatda o'suvchi homiladorlik 2-3 oylik muddatida aniq paypaslanadi, bachadon yon tomonida yumshoq uzunchoq hosila aniqlanib, qin yon gumbazlari sohasida pulsatsiya beradi. Hosila kattaligi 4 haftalik muddatda qush tuxumidek kattalikda bo'ladi. Kech muddatlarida qin gumbazlari orqali homila qismlari va uning harakatini aniqlash mumkin. Hozirgi vaqtda UTTda aniqlanadi hamda laparoskopiya orqali aniqlab davolash mumkin.

Bachadon nayidagi uzilgan homiladorlikning «nayning yorilishi» turi (40-rasm).



40 - rasm. Nayning yorilishi



41 - rasm. Naydagi abort.

1 – homila tuxumi; 2 – nay fimbriyalari; 3 – nayning kengaygan ampulyar qismi; 4 – nayning istmik qismi.

Nay 4-6 haftaligida, ba'zi paytlari 2-3 haftaligida yoriladi. Yorilishiga sabab nay shilliq qavatining detsiduallanishi bachadonnikiga qaraganda sust bo'ladi, u funksional va bazal qavatga bo'linmaydi, shilliq osti qavati ham yo'q, mushak qavati ham bachadonnikiga qaraganda sust rivojlangan. Shunga

ko'ra hujayra trofoblasti va xorion vorsinkasi nay devoriga tez o'sib kiradi va uning butunligini buzadi. Agar nay yuqoriga yarim aylanasidan yorilsa, homila tuxumi chiqib erkin qorin bo'shlig'iga quyiladi. Agar pastki yarim aylanasidan yorilsa, homila tuxumi va gematoma bachadonning keng boylami varaqlari orasida bo'ladi. Nay yorilganda homila tuxumi qorin bo'shlig'ida bo'lsa, «o'tkir qorin» belgilari paydo bo'ladi: anemizatsiya, hushidan ketish, bosh aylanishi, qorinda kuchli og'riq, shok belgilari – qon bosimining pasayishi, holsizlik kuzatiladi.

Agar nay yorilganda bachadonning keng boylamiga qon quyilsa, anemiya, shok, qorindagi og'riq belgilari sust rivojlangan bo'ladi. Yig'ilgan qon (qorin bo'shlig'iga yoki nay ichida) so'rilib laxta hosil qiladi va bu ichki a'zolarining qorin parda, ichaklar, charvi, siydik pufagi bilan qisib qo'yadi, shuning natijasida qorinda og'riq, algomenoreya, bepushlik belgilari paydo bo'ladi. Ba'zan xavfli o'smaga (xorionepitelioma) olib kelishi mumkin.

Asosiy belgilari

Qorin va qov sohasida kuchli og'riq bo'lishi, og'riqning yelka, kurak, to'g'ri ichakka berilishi va sovuq ter bosib, hushidan ketishdir. Ob'ektiv ko'rilganda qon bosimi pasayadi, puls tezlashgan, teri va shilliq qavatlari oqaradi. Qorin paypaslanganda og'riqli, qorin mushaklari bir oz taranglashgan, lekin nafas

olishda ishtirok etadi, perkussiya qilinganda qorinda erkin suyuqlik bo'lgani uchun to'mtoq tovush eshitiladi.

Qin orqali tekshirilganda bachadon bir oz kattalashgan, yumshoqroq, odatdagidan harakatchan («suzuvchi bachadon»), bachadon ortiqlari shishgan, orqa gumbaz bo'rtib chiqqan va paypaslaganda kuchli og'riqli («Duglas qichqirig'i») bo'ladi. Bachadon bo'ynini oldinga surib ko'rilganda kuchli og'riq seziladi («Prust belgisi»)

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

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

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

Bachadon nayidagi uzilgan homiladorlikning «nay aborti» turi (41-rasm)

Bunda nayning infundibulyar yoki ampulyar qismida joylashgan tuxum hujayra nay devoridan ko'chadi va nayning qisqarishi natijasida qon quyqalari bilan o'raladi va qorin bo'shlig'iga chiqadi. Nay abortini aniqlash biroz qiyinchilik tug'diradi. Bachadon bo'shlig'idan uning o'ziga o'xshagan to'qima parchasi (slepok matki) chiqsa, tashxis qo'yish biroz yengillashadi. Shu sababli bemorni tekshirganda qindan olingan laxtalarni sinchiklab tekshirish lozim. Ko'zdan kechirganda ko'z sklerasining sarg'imtir tusga kirishi ichki qon ketishidan darak beradi. Homila tuxumi asta-sekin ko'chib, kichik bo'laklarni o'z ichiga olsa va ayni vaqtda ko'p qon quyilmasa, nay devori bilan homila tuxumi o'rni orasiga qon to'planadi. Shuning oqibatida ko'pincha nay voronkasi sohasida yallig'lanish jarayoni kelib chiqadi, so'ngra nayning abdominal uchi bitib ketadi. Shu tariqa o'rnidan ko'chgan homila tuxumi endi taraqqiy etolmay nobud bo'ladi. Nayga quyilgan qon bora-bora ivib laxta hosil bo'ladi, bu laxta ivib biriktiruvchi to'qima bilan o'rala boshlaydi, natijada qoplangan qon gematosalpinks va peritubar gematoma vujudga keladi. Nay abortida nayning abdominal teshigi orqali kichik chanoq bo'shlig'iga talaygina qon quyilsa, bu qon Duglas bo'shlig'ida to'planib bachadon orqasidagi qonli o'smani hosil qiladi. Bunday hollarda ichki tekshirish o'tkazilsa, quyidagilar aniqlanadi: qin orqa gumbazi bo'rtgan, bachadon yuqoriga va oldinga surilgan, bachadon orqasidagi o'sma yumshoq konsistensiyali, elastik, harakatsiz, yuqorgi chegarasi yopiq bo'ladi.

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

Demak, nay abortiga Malinovskiy belgilari: hayzning kechikishi, qorin pastida bir tomondagi to'lg'oqsimon og'riq, qonli ajralma kelishi xarakterlidir. Bemor qisqa vaqt hushidan ketadi. Qin orqali tekshirganda bachadon yumshoq, biroz kattalashgan, bir tomonlama bachadon ortiqlari sohasida o'smasimon hosila paypaslanadi va gumbazlar orqali qon tomirlar pulsatsiyasi aniqlanadi. Bachadonni oldinga va yuqoriga surganda paydo bo'ladigan og'riq nay

yorilganiga nisbatan sustroq bo'ladi. Bachadon bo'shlig'idan detsidual pardalar chiqib turadi.

Bachadondan tashqari homiladorlikni **aniqlash usullari**

1. Anamnez (surunkali yallig'lanish jarayonlarining borligi, sun'iy abortlar, tug'ruq asoratlari va h. k.) 90% xollarda anamnez orqali tashxis qo'yish mumkin.

2. Umumiy tekshirish natijalari:

-Hayzning kechikishi.

-Homiladorlik belgilari bo'lishi.

-Qorinda og'riqning bir tomonlama (frenikus belgisi) to'lg'oqsimon bo'lishi, og'riqni qov sohasidan yelkaga, kurakka, to'g'ri ichakka o'tishi.

-Hushdan ketish, shok, kollaps belgilari (teri va shilliq qavatlarining oqarib ketishi, qon bosimining pasayishi, tomir urishi tezlashishi va h. k.)

3. Tashqi va ichki qon ketish belgilari (kamqonlik rivojlanishi)

4. Qorin pardasining ta'sirlanish belgilari rivojlanishi, qorin paypaslanganda og'riq sezilishi va mushaklari taranglashgan, perkussiya qilinganda qorin bo'shlig'ida erkin qon yig'ilishi sababli perkutor tovushining bo'g'iqlashishi.

5. Qin orqali tekshirilganda: Qin shilliq qavatlari oqargan, to'q qoramtir qon bilan qoplangan. Bachadon bo'ynining qin qismi biroz ko'kintir bo'ladi. Bachadon bo'yni kanalidan detsidual to'qimalar bilan aralashgan xolda to'q qoramtir qon kelib turadi (oz miqdorda). Bachadon noksimon shaklda bo'lib, biroz yumshagan bo'ladi. Bachadon bo'yni oldinga surilsa, kuchli og'riq beradi. Bachadon ortiqlari sohasida bir tomonlama shish aniqlanadi. Qin gumbazi bo'rtib chiqqan bo'lib, juda og'riqli. («Duglas qichqirig'i»), qalpoqcha, to'siq belgilarining musbat bo'lishi kuzatiladi.

6. Ul'tratovush orqali tekshirish ko'pincha bachadon nayidagi rivojlanib boruvchi (uzilmagan) homiladorlikni aniqlashda katta yordam beradi.

7. Orqa gumbaz punksiyasi (42-rasm) Bunda suyuq, ivimaydigan to'q qoramtir rangli qon olinadi.

8. Laparoskopiya.

9. Endometriyni gistologik tekshirish.

Xorion vorsinkalarisiz detsidual to'qimaning bo'lishi bachadondan tashqari homiladorlikdan darak beradi.

Bachadondan tashqari homiladorlikning qiyosiy tashxisi

Quyidagi kasalliklardan farqlash lozim:

4. Bachadondagi homiladorlikdan bo'ladigan abort (1-tablitsa).

5. O'tkir appenditsit (2-tablitsa).

6. Bachadon ortiqlarining yallig'lanishi (3-tablitsa).

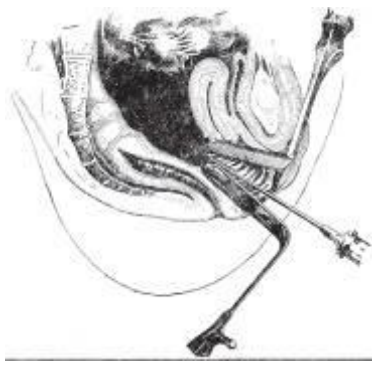
7. Tuxumdon apopleksiyasi.

8. O'sma oyoqchalarining buralib qolishi.

9. O'tkir pelvioperitonit.

10. Oshqozon yarasining perforatsiyasi.

11. Ichak tutilishi.



42 - Rasm. Qin orqa dumg'azaning punksiyasi.

1-tablitsa

NAY ABORTI	BACHADON ABORTI
<p>1. Homiladorlikning buzilishi 4-6 haftalarda yuz beradi.</p> <p>2. Ogrik tulgoksimon bulib, bir tomonlama, chov sohasida buladi. Ogrik kuchli boshlanib, shok, kollaps, hushdan ketish va korin pardaning ta'sirlanish belgilari bilan namoyon buladi.</p> <p>3. Tashki kon ketish oz mikdorda, ajralma ranggi tuk koramtir bulib pardalar ajraladi. Ajralma odatda ogrik boshlanganidan keyin ajraladi.</p> <p>4. Kamkonlik darajasi tashki kon ketish mikdoriga mos kelmaydi.</p> <p>5. Desidual parda butun yoki bulakchalar holida ajralib chikadi. Agar ajralib chikkan tukima stakandagi suvga solinib yoruglikda kurilsa, mayda suzib yuruvchi vorsinkalar kurinmaydi.</p> <p>6. Bachadon noksimon shaklda buladi, xajmi xomiladorlik muddatiga mos kelmaydi. Bachadon tashki bugzi yopik buladi.</p>	<p>1. 8-12 xaftalarda yuzberadi</p> <p>2. Ogrik tulgoksimon bulib, korin pastida, dumgaza so'asida buladi. Ogrik tulgokka uxshab sekin muntazam boshlanib, keyin kuchaya boradi.</p> <p>3. Tashki kon ketish kup mikdorda och, kizgish rangda, kupincha kon laxta-lari buladi, kon ogriklar boshlanishidan oldin keladi.</p> <p>4. Mos keladi.</p> <p>5. Plasentar tukima ajraladi, vorsinkalari buladi.</p> <p>6. Bachadon sharsimon shaklda bulib, hajmi homiladorlik muddatiga mos keladi. Bachadon buynida abort bulsa, bachadon ballon shaklida bulib, bachadon tanasi bachadon buyniga kalpok singari kirib turadi. Tashki bugiz ochik buladi.</p>

BACHADONDAN TASHQARI HOMILADORLIK	O'TKIR APPENDISIT
<p>1. Homiladorlik shish belgisi kam rivojlangan.</p> <p>2. Korin oldi devorining taranglashish belgisi kam rivojlangan.</p> <p>3. Tana ranggi oqargan, lablari, tirnoqlari ko'kargan, hushidan ketgan.</p> <p>4. Qonda ikkilamchi anemiya belgilari ko'riladi.</p> <p>5. Bachadon kattalashgan, orqa gumbaz bo'rtgan, yon gumbazlari orqali o'smasimon iosila aniq lanadi, kam iarakatchan, o'smasimon iosila pastroqda joylashadi</p> <p>6. EChT uzgarmaydi</p> <p>7. Orqa gumbaz punksiya qilinganda suyuq qon olinadi.</p> <p>8. Desidual parda kuchadi, ajraladi.</p>	<p>1. Homiladorlik belgilari yo'q ko'ngil aynishi, qusish bo'ladi. Og'riqlar kuchli bo'lmaydi, tana iarorati ko'tariladi.</p> <p>2. O'ng tomonda qorin devorining taranglashish belgisi (Q)</p> <p>3. Shyotkin-Blyumberg, Rovzing belgilari (Q), Frenikus belgisi bo'lmaydi.</p> <p>4. Leykositoz.</p> <p>5. Bachadon va ortiqlari normada. Gumbazlar erkin. Infiltrat yuqoriroqda. Qin orqali infiltratni aniqlash qiyin va u bachadon iarakatchanligini chegaralab qo'ymaydi.</p> <p>6. EChT oshadi.</p> <p>7. Orqa gumbaz punksiya kilinganda kon olinmaydi.</p> <p>8. Desidual parda ajralmaydi.</p>

NAY ABORTI	BACHADON ORTIKLARINING YALLIG'LANISHI
<p>1.Hayz 3-5 xaftagacha kechikadi. 2.Homiladorlik subektiv belgilari bo'ladi. 3.Og'rik o'tkir boshlanib, bemorhushidan ketadi 4.Frenikus belgisi bo'ladi. 5.Korin paypaslanganda homiladorlik tomon og'rikli, korin biroz shishgan va tarnglashgan bo'ladi Bachadon hajmi biroz kattalashadi. Bachadon surib ko'rilganda biroz og'rikli. Bachadon naylari xamirsmon konsistensiyali va 9. To'k kizil konli ajralma bo'ladi 10.Orka gumbaz punksiya kilinib, kon olinadi 11.Homiladorlikka immunologik reaksiyalar (K) bo'ladi 12.konda biroz lekositoz, SOE sal oshgan bo'lishi mumkin Intoksikasiya belgilari bo'lmaydi 14.Yallig'lanishga karshi davo naf bermaydi .</p>	<p>1.Ha yz kechikishi yo'k 2.Homiladorlik belgilari yo'k. 3.Og'rik asta-sekin boshlanib, doimiy xarakterga ega bo'ladi, bemor hushidan ketmaydi. 4.Frenikus belgisi bo'lmaydi. 5.Korin taranglashgan, chukur paypaslanganda ikki tomonlama og'rikli 6. Bachadon hajmi o'zgarmagan 7. Bachadon surib ko'rilganda kuchli og'rik beradi 8. Ikki tomonlama bachadon naylari kattalashgan (ko'pincha). 9. Konli ajralma bo'lmaydi. 10.Punksiyada orka gumbazdan seroz suyuklik olinadi 11. (-) bo'ladi 12.Kuchli lekositoz, SOE oshgan 13. Umumiy intoksikasiya belgilari bo'ladi. 14. Yallig'lanishga karshi davo naf beradi.</p>

TUXUMDON APOPLEKSIYASIDA – juda kuchli og'riqlar, shok belgisi bo'lmaydi. Bachadondan qon ketishi ham kuzatilmaydi. Tuxumdon apopleksiyasi ovulyatsiya vaqtida yuzaga keladi.

O'SMA OYOQCHARINING BURALIB QOLISHI-asosiy belgisi og'riqdir, lekin hushdan ketish, shok kuzatilmaydi. Anemiya belgilari bo'lmaydi. Qin orqali tekshirilganda bachadondan aloxida ravishda o'sma aniqlanadi.

O'TKIR PELVIOPERITONIT-bunga qarama-qarshi ravishda bachadondan tashqari nay homiladorligida anemiya, subnormal tana harorati, qorin oldingi devorining nafasda ishtirok etishi, yaqqol bo'lmagan Shetkin-Blyumberg belgisi kuzatiladi.

OSHQOZON YARASI PEROFORATSIYASI-epigastral sohada o'tkir og'riq, anamnezida gastrit, yara kasalligi borligi muxim rol o'ynaydi.

Asosiy o'rinda shok belgilari turadi. Bachadondan tashqari homiladorlikda esa kamqonlik belgilari turadi.

ICHAK TUTILISHI-bachadondan tashqari homiladorlikning o'xshash belgilari: og'riq bo'lishi, meteorizm va qorin devorining rezistentligi, yel

chiqmasligidir. Ichak tutilishida o'tkir kamqonlik belgilari bo'lmaydi, ich kelmasligi, yel chiqmasligi, qusish asosiy o'rin egallaydi. Ichak tutilishida Valdeyer, Spasokukotskiy belgilari (Q3) bo'ladi. Rentgenologik tekshirganda Kloyber kosachalari topilishi ichak tutilishi uchun xosdir.

Davolash.

Asosan operativ davolanadi. Ingalyatsion narkoz beriladi va relaksantlar qilinadi yoki spinal anesteziya qo'llaniladi.

Operatsiya quyidagi bosqichlardan iborat:

4.1. Qorin bo'shlig'ini ochish (laparotomiya) Pastki o'rta laparotomiya (qovdan kindikkacha uzunasiga) yoki qov ustidan ko'ndalang kesim qilinadi.

5.2. Homiladorlik tufayli zararlangan nay operatsion jarohat yuzasiga chiqariladi.

6.3. Zararlangan nay olib tashlanadi (salpingoektomiya) agar tuxumdon ham zararlangan bo'lsa, salpingoovariektomiya qilinadi. Qorin bo'shlig'iga yig'ilgan qon olib tashlanadi.

7.4. Peritonizatsiya qilinadi (yumaloq boylam bilan) va operatsion jarohat qavatma-qavat tikiladi.

Bu davolash usuli ko'pincha naydagi uzilgan homiladorlikda qilinadi.

Bachadon nayidagi o'sib boruvchi (uzilmagan) homiladorlikda quyidagi amaliyotlar qilinishi mumkin:

Salpingostomiya – bachadon nayi uzunasiga kesilib, homila tuxumi olib tashlanadi. Lekin homila tuxumi olib tashlangandan keyin salpingostoma yopilmaydi.

-Bachadon naylarining segmentar rezeksiyasi.

Bunda nayning homila tuxumi joylashgan qismi kesib olib tashlanadi va ikkala kesilgan qismi ulanadi (anastomoz). Nay ichida kateter qoldiriladi. Nay o'tkazuvchanligi tekshiriladi. Bu usul ko'pincha ikki marta ektopik homiladorlik o'tkazilayotgan ayollarda qilinadi. Bunday ayol homiladorlikni normal o'tkazish imkoniyatiga ega bo'ladi, bola tug'ish funksiyasi saqlanib qoladi.

-Tuxum hujayra nayning ampulyar va fimbriya qismida joylansa, amputatsiya qilinib nay stomoplastikasi qilinadi.

-Operativ laparoskopiya orqali ham qisman yoki total salpingoektomiya qilish mumkin. Bu usulning afzalligi shundaki, bemor tezda oldingi hayotiga qaytadi, operatsiya davomiyligi operatsiyadan keyingi davr va statsionarda yotish muddatlari kamayadi.

Ayni vaqtda gemorragik shokka qarshi tezkor choralar ko'riladi. Bemorga plazma, eritrotsitar modda va qon o'rnini bosuvchi suyuqliklar quyiladi (stabizol, poliglyukin, jelatinol, kristalloid eritmalar). Antibakterial desensibillovchi (dimedrol, suprastin, tavegil, pipolfen), yallig'lanishga qarshi, umumiy quvvatlantiruvchi muolajalar o'tkaziladi.

Sog'lomlashtirish tadbirlari

Ektopik homiladorlikni o'tkazgan bemorlar dispanser nazoratida bo'ladilar. Operatsiyadan keyin 4-5 kunda nospetsifik terapiya: umumiy quvvatlantiruvchi, gemostimullovchi, desensibilizatsiyalovchi, fizioterapevtik muolajalar boshlanadi. 5-6 oy mobaynida 3 ta kurs sog'lomlashtirish muolajalari o'tkaziladi: operatsiyadan keyin 5 kun dikloran 2,0 m/o, elektroforez (kaliy yod bilan) qorin-dumg'aza sohasiga qo'yiladi Jinsiy a'zoldan qon kelish

to'xtagandan keyin (6-kunidan 14-kunigacha) davolash gidrotubatsiyasi (ifizol 1g, 25 mg gidrokortizon, 0, 5 % novokain) o'tkaziladi Dori asta-sekin yuboriladi.

Gidrotubatsiya

fizioterapiya bilan birga qo'shib olib boriladi: birinchi davolash kursida kaliy yod bilan elektroforez, ikkinchi kursida dikloran plyus gel, lidaza bilan ultratovush, uchinchi kursida dikloran plyus gel yoki lidaza bilan elektroforez o'tkaziladi.

Keyin ayolga 6 oy mobaynida kontratsepsiya maqsadida sintetik progestinlar buyuriladi sanatoriy kurortlarda davolanish tavsiya qilinadi

Oldini olish

Ektopik homiladorlikning oldini olish homilaning ona qornida rivojlanishidan tortib uni bolalik va jinsiy yetilish davrlarida normal rivojlanishiga ahamiyat berishdan boshlanadi. Bu davrda infantilizmni o'z vaqtida aniqlab, uni davolash imkonini beradi. Abortlarga qarshi kurashish (kasalxonadan tashqarida qilinadigan abortlar) yallig'lanish jarayonlarini va boshqa bachadondan tashqari homiladorlikka olib keluvchi kasalliklarni o'z vaqtida aniqlab, davolash ektopik homiladorlikning oldini olishning eng asosiy sharti hisoblanadi.

AMALIY KO'NIKMALAR.

Talabalar bachadondan tashqaridagi homiladorlikning klinikasi va tashxis qo'yishni bilishi kerak. Tekshirishning to'g'ri rejasini tanlashni, klinik va laborator tekshirish natijalarini to'g'ri baholashni va bachadon nayi homiladorligini to'g'ri tashxislashni bilishi kerak. Bachadon nayi homiladorligi operatsiyasining texnikasini bilishi va o'tkir qon ketish va shok belgilari bilan kurashishini bilishi kerak. Kasallarni operatsiyadan keyin kuzatishni va olib borishni bilishi kerak.

«Bachadondan tashqari homiladorlik»

Maqsad: Talabalarga bemorni ob'ektiv va sub'ektiv ma'lumotlarga asosan diagnoz qo'yish, kasallik og'irlik darajasini baholash va davolash taktikasini tanlashni o'rgatish. Ta'minlanish: qin ko'zgulari, ginekologik kreslo, shprints, punksiya qilinadigan igna, probirka, qisqich, steril qo'lqop.

Qadamlar:

Ayol ginekologik kresloda oyoqlarini chanoq-son va tizza bo'g'imida bukkan holda yotadi.

Shikoyatlari: hayz to'xtashi, ko'krak bezlarining dag'allashishi, orqa teshikka beradigan qorin pastida o'tkir og'riq, ko'ngil aynishi, qayt qilish, ba'zan hushdan ketishi, jinsiy yo'llaridan qonli ajralma kelishi, sovuq ter qoplami.

Kasallik anamnezi: o'tkir boshlanadi, hayz to'xtagandan keyin, soppa-sog' paytida.

. Hayot anamnezi: hayz kelishi 14 yoshdan, 3-4 kun, har 28 kunda, jinsiy hayoti 19 yoshdan, ginekologik kasalliklari -surunkali adneksit. Irsiyatga moyilligi yo'q, zararli odatlari yo'q. Oxirgi hayz 1, 5 oy avval bo'lgan.

5. Umumiy ko'ruv: bemorning ahvoli og'ir, teri qoplamlari oqish, akrotsianoz, sovuq ter, taxikardiya, gipotoniya.

6. Qorni ko'ruvda: qorin oldingi devori mushaklari taranglashgan, butun qorin bo'ylab kuchli og'riq, Shetkin-Blyumberg simptomi "musbat".

Perkussiyada: qorin pastki qismlarida perkutor tovushning bo'g'iqligi.

7. Dastlabki diagnoz: shikoyatlari, hayot va kasallik anamnezi hamda lokal status va ob'ektiv ma'lumotlarga asoslanib qo'yiladi. Qonning umumiy analizi: gemoglobin miqdorining kamayishi. UTT: bachadon ortiqlari sohasida o'smasimon hosila va qorin bo'shlig'ida erkin suyuqlik aniqlanadi. Diagnostik laparoskopiya: bachadon ortiqlari sohasida o'smasimon hosila aniqlanadi. Ko'zgularda ko'ruv: qin shillik qavati va bachadon ko'kimtir rangda. Qin orqali ko'ruv: bachadon kattaligi taxminiy homiladorlik muddatiga to'g'ri kelmaydi, bachadon ortiqlari sohasida bir tomonlama o'smasimon, ham irsimon hosila aniqlanadi.

8. Klinik diagnozni qo'yish va asoslash: dastlabki diagnoz va klinik–instrumental tekshiruvlarga (UTT va laparoskopiyada erkin suyuqlik aniqlanadi.) asoslanib qo'yiladi.

9. Asoratlar: gemorragik shok, pelvioperitonit, bepushtlik.

10. Differensial diagnostika: bachadon ortiqlari yallig'lanishi, tuxumdon apopleksiyasi, abortlar, o'tkir appenditsit, tuxumdon disfunktsiyasi, tuxumdon kistasining buralib qolishi, tuxumdon endometrioid kistasining yorilishi, o'tkir piosalpinks.

11. Operativ davolash: Djoyel-Koxen bo'yicha laparotomiya
Bachadon nayini olib tashlash
Qorin bo'shlig'ini tozalanishi
Jarrohlikdan keyingi davrda umumiy va mahalliy antibakterial terapiya
Infuzion terapiya
Organizmning buzilgan faoliyatini tiklash
Reabilitatsion terapiya

12. Profilaktikasi: bachadon ortiqlari yallig'lanishini aniqlash va davolash.

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

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

Ko'rsatma: bachadondan tashqari homiladorlik, tuxumdon apopleksiyasi, pelvioperitonit, Duglas bo'shlig'i absessi, assit.

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

Qadamlar:

1. Ayol ginekologik kresloda oyog'ini tizza va chanoq-son bo'g'imlarida bukilgan holatda yotadi.
2. Qinga ko'zgu kiritiladi.
3. Qin gumbazlarini yodonat eritmasi yoki 70% li spirt bilan artiladi.
4. Bachadon bo'yni orqa labi qisqichlarga olinadi.

5. Orqa gumbazning ko'proq shishib turgan joyidan, 1-2 sm chuqurlikda

punksiya qilinadi.

6. Suyuqlik probirkaga yig'iladi, olingan suyuqlikning xarakteriga qarab bemorni olib borish taktikasi hal qilinadi.
7. Bachadon bo'ynidan qisqichlar olinadi.
8. Qin antiseptik eritma bilan artiladi.
9. Ko'zgular chiqarib olinadi.
10. Ayolni katakada palataga yoki jarrohlik xonasiga o'tkaziladi.

O'RGATUVCHI TESTLAR

1. Bachadondan tashqari homiladorlikning rivojlanishida qanaqa 7 omilni bilasiz?

1. boshdan o'tkazilgan infeksiyon kasalliklar (tonzillit, appenditsit va b.);
2. hayz faoliyatidagi o'zgarishlar;
3. bepushtlik;
4. asoratli tug'ruq, abortlar;
5. genitalliy yallig'lanish kasalliklari;
6. kichik chanoq organlarida o'tkazilgan jarrohlik;
7. BIV.

2. Ginekologik tekshiruvda qaysi belgilar naydagi homiladorlikka shubha uyg'otadi.

1. ko'zguda -qin va bachadon bo'yni ko'kimtir tusda;
2. bachadon kattaligi hayz to'xtash muddatiga to'g'ri kelmasligi;
3. bachadon shakli noxos;
4. bachadon yonida yumshoq hosila;
5. qin yon gumbazida tomir urishi aniqlanadi.

3. Qin orqali ko'rilganda bachadon nayi yorilganligiga ishora qiluvchi qanday 7 belgi aniqlanadi:

7. 1. bachadon bo'yni qimirlatilganda kuchli og'riq, qin orqa yoki yon gumbazlaridan birining osilib turishi;
8. 2. «to'siq» simptomi;
9. 3. «qalpoqcha» belgisi;
10. 4. qin orqa gumbazi palpatsiyasida og'riq zo'rayishi;
11. 5. «suzuvchi» bachadon belgisi;
12. 6. qorin pastki mushaklari taranglashganligi va kuchli og'riq.

4. Bachadondan tashqari to'xtagan homiladorlikdagi «o'tkir qorin»ga xos belgilar qanaqa?

1. qorin pastida, orqa teshikka beruvchi kuchli og'riq;
2. hushni yo'qotishi;
3. ba'zan suyuq ich kelishi, hojatxonaga borishga keraksiz istak;
4. Shetkin -Blyumberg simptomi musbat;
5. qorin pastki perkussiyasida bo'g'iqlashishi

5. Bachadondan tashqari homiladorlikning qaysi kasalliklar bilan qiyoslash lozim?

1. bachadondan homila tushishi;
2. tuxumdon apopleksiyasi;
3. o'tkir appenditsit;
4. tuxumdon o'smasi oyoqchasining buralib qolishi;
5. pelvioperitonit, o'tkir adneksit;
6. BDQK;
7. peritonit (ichki a'zolar yorilib ketganda bo'ladi).

6. Bachadondan tashqari homiladorlikda qin orqa gumbazi punksiya qilinganda olingan qonni tavsiflang.

1. suyuq laxtasiz;
2. tuk rangda;
3. mikroskopda ko'rganda yemirilgan eritrotsitlar, tiyinsimonli tayoqchalar hosil bo'lmaydi.

7. Bachadondan tashqari homiladorlikka shubia tug'ilganda UAShning taktikasi.

1. ginekologiya bo'limiga bemorni yotqizish.

8. Bachadondan tashqari homiladorlikni davolash qanday bosqichlardan iborat?

1. jarrohlik;
2. qon ketish, shok bilan kurash, yo'qotilgan qon miqdorini to'ldirish;
3. jarrohlikdan keyingi davrni olib borish;
4. reproduktiv faoliyat rehabilitatsiyasi.

9. Naydagi homiladorlikda qo'llaniladigan qanday jarrohlik aralashuvlarini bilasiz?

1. laparoskopiya;
2. laparotomiya;
3. nayni olib tashlash;
4. naylarda plastik jarrohlik.

10. Bachadondan tashqari homiladorlikni uzilishini nima bilan izohlash mumkin?

1. Hayz ko'rish bir muncha tutilishdan so'ng kasallik boshlanadi;
2. to'g'ri ichak tomoni irradiatsiyasi va qorin pastida o'tkir og'riqlar;
3. jinsiy a'zolaridan surkaluvchan to'q qonli ajralmalar;
4. QB tushishi, puls oshishi (tezlashishi).

11. Shifokor bachadondan tashqari homiladorlikka nisbatan qanday ish tutishi kerak?

1. orqa gumbaz punksiyasini qilish;
2. tezlik bilan ginekologik bo'limga gospitalizatsiya qilish;
3. UTT ga yuborish.

12. «To'xtab qolgan» bachadondan tashqari homiladorlikka xos bo'lgan

simptomlarni ko'rsating:

1. qorindagi doimiy sanchiqli og'riq;
2. jinsiy yo'llardan qora qon kelishi;
3. hayzning surilishi.

13. Rivojlanayotgan bachadondan tashqari homiladorlikka xos bo'lgan belgilar qanday:

1. hayzning kechikishi;
2. homiladorlikning shubhali belgilarining mavjudligi;
3. bachadon normadan katta, yumshoq, taxmin qilingan homiladorlik muddatidan kichikroq;
4. homiladorlikning taxminiy belgilari mavjudligi;
5. bachadon yon biqinida ovoid shaklli o'smaning mavjudligi va uning elastik konsistensiyali ekanligi.

14. Bachadondan tashqari homiladorlik sabablarini ayting:

1. ovulogen sabablar;
2. bachadon ortiqlarining yallig'lanishi;
3. bachadon naylarining funksional yetishmovchiligi;
4. bachadon naylari rivojlanish anomaliyalari;
5. infantilizm.

15. Nayning yorilishi tipidagi «to'xtagan» bachadondan tashqari homiladorlikka xos bo'lgan klinik ko'rinishni ayting:

1. Qorin ostidagi o'tkir «xanjar sanchilganga» o'xshash og'riq;
2. Qorin ostidagi og'riqning to'g'ri ichakka tarqalishi;
3. Frenikus simptomining mavjudligi;
4. gemorragik shok belgilari;
5. jinsiy yo'llardan qon ketishi.

NAZORAT SAVOLLARI:

1. Bachadondan tashqari homiladorlik nima?
2. Bachadondan tashqari homiladorlikni keltirib chiqaruvchi sabablari va kasallikning rivojlanish mexanizmi?
3. Bachadondan tashqari homiladorlik tasnifi?
4. Bachadon nayining rivojlanib boruvchi (uzilmagan) homiladorligi?
5. Bachadon nayidagi uzilgan homiladorlikning «nay yorilishi» turi, uning klinik kechishi?
6. Bachadon nayidagi uzilgan homiladorlikning «nay aborti» turi, uning klinik kechishi?
7. Bachadondan tashqari homiladorlikni aniqlash usullari?
8. Bachadondan tashqari homiladorlikni boshqa kasalliklardan farqi?
9. Bachadondan tashqari homiladorlikni davolash usullari?
10. Bachadondan tashqari homiladorlikni o'tkazgan ayollarni sog'lomlashtirish?
11. Bachadondan tashqari homiladorlikning oldini olish yo'llari?

YELBO'G'OZ

Maqsad. Yelbo'g'ozni keltirib chiqaruvchi sabablarni, tasnifini, klinik kechishi, aniqlash va davolash usullarini bilish, xorionepitelioma asorati bilan tanishish.

Vazifalar

6. Yelbo'g'ozni keltirib chiqaruvchi sabablar.
7. Yelbo'g'ozning tasnifi.
8. Yelbo'g'ozning va xorionepiteliomaning klinik kechishi.
9. Tashxis qiyish usullari.
10. Yelbo'g'ozni va xorionepiteliomani davolash.
11. Qiyosiy tashxisi
12. Profilaktikasi.
13. Xorionepiteliomaning aniqlash usullari

Homila tuxum kasalligi bo'lib, bunda xorion vorsinkalarining tuzilishi o'zgaradi (43-rasm). Kasallikdan oldin nozik bir hil yo'g'onlikda bo'lgan vorsinkalar yelbo'g'oz boshlanishi bilanoq bog'ichsimon poyaga aylanadi. Bu poyalar xuddi uzum shingili singari joylashgan va tiniq suyuqlik bilan to'lgan pufakchalar bilan o'raladi.

Vorsinkalar sifatining buzilib, o'zgarib qolishiga uning stromasi liqildoq massaga aylanishi va vorsinka epiteliysining o'sib qalinlashuvi sabab bo'ladi. Epiteliylar o'sib qalinlashuvi natijasida o'zgargan xorion vorsinkalari ba'zan detsidual pardadan bachadon mushak qavatiga, hatto bachadon devorlarini yemirib qorin bo'shlig'iga kiradi. Yelbo'g'ozning bu shakli kam uchraydi va buzuvchi yelbo'g'oz deb ataladi.

Yelbo'g'oz ko'proq takroriy homiladorlikda uchraydi. Yelbo'g'ozning taraqqiy qilishda (homiladorlikda) avval vorsinkalar sifati o'zgaradi, agar yelbo'g'oz homiladorlikning so'nggi davrlarida boshlansa yo'ldosh zararlanadi. Yo'ldosh to'liq va qisman yelbo'g'ozga aylanishi mumkin.

Agar yo'ldoshning bir qismi (1/3 qismidan kamrog'i) yelbo'g'oz bilan zararlangan bo'lsa homila o'z taraqqiyotini davom ettirishi mumkin.

Yelbo'g'oz bilan yo'ldoshning vazifasi asosan izdan chiqadi va u homilani oziq moddalar bilan ta'minlamay qo'yadi, natijada homila xalok bo'ladi.

O'lgan homila chiriydi yoki ona tanasiga shimilib ketadi. Yelbo'g'oz o'zidan keyin tuxumdonda albatta asorat qoldiradi. Tuxumdonlar mayda kistalardan iborat bo'lib qoladi. Ularning har ikkalasida ham sariq tana hosil bo'ladi. Keyinchalik sariq tana kattalashadi. Uning kattaligi ba'zan homila boshidek bo'lishi mumkin.

Bemor sog'aygandan keyin lyutein so'rilib ketadi. Kistalar orqaga taraqqiy qilib yo'qoladi. Yelbo'g'ozning hosil bo'lish sabablari hozirgacha aniqlangan emas.

Klinik kechishi:

Yelbo'g'oz kasalligi bir qancha belgilar bilan xarakterlanadi:

Ulardan asosiylari quyidagilar:

1. Homiladorlikning birinchi oylarida bachadondan qon ketadi va shu oylarga qon ketishning ko'p-ozligi turlicha bo'ladi. Ba'zan qon vaqtincha

to'xtaydi. Ketayotgan qon suyuq qoramtir rangda bo'ladi. Ba'zan qon bilan birga alohida pufakchalar ham ajralib chiqadi.

2. Bachadon hajmi homiladorlik muddatiga to'g'ri kelmaydi. Chunki yelbo'g'oz tez o'sadigan bo'ladi. Bachadonning ba'zi joyi yumshoq, ba'zi joyi qattiq bo'ladi.

3. Paypaslab ko'rilganda homilani topib bo'lmaydi. Homilaning yurak urishi eshitilmaydi, qimirlashini ona sezmaydi.

4. Olimlarning kuzatishlariga ko'ra yelbo'g'ozdan ba'zan intoksikatsiya bo'lib, qayta-qayta qusish, shish, albuminuriya va preeklampsiya paydo bo'lishi mumkin.

5. Qorinda og'riq paydo bo'lishining sababi, XG miqdorining ko'payishi natijasida tekalyutein kistalarning paydo bo'lishi hisoblanadi.

Yelbo'g'ozni aniqlash:

1. Qin orqali rangsiz pufaksimom ajralmalarning ko'p topilishi.
2. XG miqdorining 100000 XB/ml dan oshib ketishi.
3. Bachadon hajmining homiladorlik muddatidan kattaroq bo'lishi.
4. Bachadondan qon ketishi.
5. Ultratovush orqali tekshirilganda normal yo'ldoshning va homilaning exo belgilari aniqlanmaydi.
6. Paypaslanganda bachadon konsistensiyasining bir xil emasligi (bir qismi qattiq, bir qismi yumshoqroq bo'ladi) bunga – "soxta miomatozli bachadon" deyiladi.

Yelbo'g'ozni davolash:

Yelbo'g'oz kasalligi hamma vaqt ham xavflidir. Ko'pincha homiladorlikning birinchi oylarida homila yelbo'g'ozdan nobud bo'ladi, bu ona uchun ham katta xavf tug'diradi, chunki bunday vaqtlarda qon ko'p ketishi va yelbo'g'ozning tez taraqqiy qilishidan tashqari u o'smaga, shishga (xorionepiteliomaga) aylanib ketishi mumkin.

Shuning uchun yelbo'g'oz bilan og'rigan bemorni kasalxonaga zudlik bilan yotqizish va davolashni boshlash kerak.

Bachadon mushaklari yaxshi qisqaradigan bo'lganda kamdan-kam xollarda yelbo'g'ozning mustaqil tug'ilishi ham kuzatilgan.

Shuning uchun kasallik aniqlangandan so'ng, bachadon mushaklari qisqarishini oshiruvchi vositalar (oksitotsin) tayinlash mumkin.

Ma'lumki ko'p qon ketishi ayol hayoti uchun xavflidir. Shunga ko'ra qon ketishini to'xtatish uchun yelbo'g'ozni tezda olib tashlashga kirishiladi. Buning uchun bachadon yetarlicha ochiq bo'lgan vaqtda yelbo'g'ozni vakuum aspirator yordamida chiqarib olinadi va bachadon devorlari qiriladi. Bu muolajadan oldin bachadonning qisqarishini ta'minlash uchun 1 ml oksitotsin in'eksiya qilinadi.

Bachadon bo'yni teshigi berk bo'lsa, uni metallardan ishlangan Gagar kengaytirgichlari bilan bir barmoq enicha kengaytiriladi. So'ngra barmoq bilan yelbo'g'ozni olib tashlanadi. Bachadon ichiga biror asbobni kiritish juda xavflidir, chunki yelbo'g'oz natijasida bachadon devorlari yupqalashgan bo'ladi, shuning uchun vakuum-shpirtsni ishlatish ma'qul.

Binobarin bachadon ichiga suqilgan asbob bachadon devorini teshib qo'yishi

extimoldan holi emas. Agar biror sababga ko'ra yelbo'g'ozni barmoqlar yordamida butunlay chiqarish mumkin bo'lmasa bachadon bo'shlig'ida ayrim pufakchalar qolganligi uchun qon ketish davom etaversa va bachadonning o'z xolicha qayta qisqarishi sezilmasa, bachadon ichini katta kyuretka bilan qirib olinib gistologik tekshirishga yuboriladi.

Ba'zi paytlarda bachadon hajmi 20 haftalikdan katta va bo'g'zi berk bo'lganda, ko'p miqdorda profuz qon ketishi natijasida bemor hayotiga katta xavf tug'ilganda tezkor ravishda kesar kesish amaliyoti o'tkazishga to'g'ri keladi.

Ayol kelajakda tug'ishni rejalashtirmasa (bolalari bo'lsa) amaliyotni amputatsiya qilish bilan tugallash mumkin, lekin tuxumdonlarga tegilmaydi, chunki tekalyutein kistalar odatda so'rilib ketadi.

Yelbo'g'oz bilan og'rib tuzalgan ayol 2-3 yil davomida muntazam ravishda klinik va biologik tekshiruvdan o'tkazib turilishi kerak, chunki bu davrda o'sma (xorionepitelioma) paydo bo'lishi mumkin. Barcha ayollar onkologik dispanser nazoratida turishlari kerak. Ba'zilarga metotreksat bilan kimyoviyterapiya o'tkaziladi.

Xorionepitelioma.

Xorionepitelioma -xorion epiteliy qavatlaridan rivojlangan xavfli o'smalar qatoriga kiradi. Bu metastazga moyil bo'lgan og'ir kasallikdir.

Xorionepitelioma paydo bo'lganda bachadondan tartibsiz atsiklik ravishda qon ketishi bemorning kamqonlikka uchrashi, ozishi, tana haroraining ko'tarilishiga olib kelishi bu a'zolarga metastazlar berganligini ko'rsatadi. Bemor kaxeziyadan (ozish) halok bo'ladi.

Xorionepitelioma bachadon devorida rivojlanib uning mushak qavatiga kiradi va bu qavatni ham buzadi. Natijada bachadon g'adir-budur bo'lib qoladi va uning hajmi kattalashadi. Metastazlar natijasida hosil bo'lgan tugunlar bachadon devorida ham paydo bo'lib, bular o'z o'lchamlari bo'yicha katta tuxumdek bo'lishi mumkin. Metastazlar asosan qin devoriga, o'pkaga, miyaga tarqaladi. Bunda tuxumdonlarda ham yelbo'g'ozdagi kabi o'zgarishlar ro'y beradi. Tuxumdonlar ikki tomonlama kattalashib kichraymasdan turadi.

Xorionepiteliomaning oldini olish uchun kasallikning eng dastlabki davrini aniqlab diagnoz qo'yish kerak. Shuning uchun yuqorida aytib o'tilganidek yelbo'g'oz bilan og'rib o'tgan ayol uzoq vaqt shifokor ko'rigiga kelib turishi kerak.

Ayolning siydigida XG miqdorini aniqlaganda uning xaddan tashqari oshib ketishi, xorionepitelioma boshlanayotganini ko'rsatadi. Yelbo'g'oz bilan og'rikan ayollarda XG miqdorini albatta vaqti-vaqti bilan aniqlab turish kerak, kasallik diagnozini faqat shu usul yordamida tasdiqlanadi. Ko'krak qafasi rentgenografiyasi, kichik chanoq a'zolarini ultratovush orqali tekshirish asosiy usuldir.

Davolash

Asosiy davolash usuli kimyoterapiyadir. Bunda metotreksat-TEVA 50 mg 2 ml preparati qo'llaniladi. Bu yordam bermasa gisterektomiya qilinadi. Agar ximioterapiya samarali natija bersa va vaqtida o'tkazilsa ayolning tug'ishiga ruxsat beriladi. 50% ayollar homilador bo'lib sog'lom bola tug'ishlari mumkin.

O'RGATUVCHI TESTLAR

1. Trofoblast kasalligi o'z ichiga quyidagi kasalliklarni oladi:
 1. yelbo'g'oz;
 2. destruksiyalovchi yelbo'g'oz;
 3. xorionepitelioma.

2. Yelbo'g'oz kelib chiqishida ahamiyatga ega bo'lgan etiologik omillar.
 1. urug'lanishgacha bo'lgan muddatda tuxum xujayraga tashqi omillarning ta'siri;
 2. infeksiyon kasalliklar va toksikozlar;
 3. endokrin faoliyatning buzilishlari.

3. Yelbo'g'oz klinik manzarasini tashkil etuvchi simptomlar:
 1. bachadondan qon ketish;
 2. homiladorlikning ishonchli belgilarining yo'qligi;
 3. homiladorlik muddatidan kattaligi;
 4. homiladorlik toksikozining tez rivojlanishi.

4. Yelbo'g'ozning 2ta turini ko'rsating:
 1. to'liq yelbo'g'oz;
 2. qisman yelbo'g'oz.

5. To'lik yelbo'g'ozga xos xususiyatlar:
 1. hamma xorion vorsinkalari o'zgargan;
 2. homiladorlikning dastlabki oyida kuzatiladi;
 3. to'liq yelbo'g'ozda homila nobud bo'lishi.

6. Qisman yelbo'g'ozga xos xususiyatlar
 15. 1. homiladorlikning kechki muddatlarida paydo bo'ladi;
 16. 2. yo'ldoshning bir qismida joylashgan.

7. Xorionepiteliomani davolash yo'nalishlari:
 1. jarrohlik;
 2. kimyoterapiya.

8. Lokalizatsiyasi bo'yicha xorionepiteliomaning turlari:
 3. 1. bachadon xorionepiteliomasi;
 4. 2. bachadon nayi xorionepiteliomasi;
 5. 3. qin xorionepiteliomasi;
 6. 4. tuxumdon xorionepiteliomasi.

9. Xorionepiteliomaning asosiy simptomlari:
 1. 1. profuz qon ketish va seroz -yiringli belgi, anemiya;
 2. 2. taxikardiya.

10. Xorionepitelioma diagnostikasida o'tkaziladigan asosiy tekshiruvlarni

ko'rsating:

1. gormonal va gistologik tekshiruv;
2. gisterosalpingografiya;
3. bimanual tekshirish;
4. ko'zgu orqali;
5. UTT;
6. XG;
7. endometriy biopsiyasi.

11. Xorionepitelioma kimyoterapiyasida qo'llaniladigan 2ta preparatni ko'rsating.

1. metotreksat;
2. xrizomallin.

12. Yelbo'g'ozning asoratlar

1. hayot uchun xavfli qon ketishi;
2. xavfli o'sma xorionepitelioma rivojlanishi va uning metastazlanishi.

13. Xorionepitelioma ko'proq qaysi a'zolarga metastazlar beradi:

1. qin devoriga;
2. o'pkaga;
3. miyaga;
4. jigarga;
5. ichakka.

14. Yelbo'g'oz nima bilan izohlanadi?

1. bachadon muddatidan ko'ra kattaligi (hayz tutilishiga ko'ra);
2. bachadonning ustki qismi notekisligi;
3. bachadonda qon bilan birga yelbo'g'oz elementlari;
4. xorionik gonadotropin ekskretsiyasi oshishi.

15. Yelbo'g'ozga xos belgilar qanday:

7. homiladorlik muddatiga bachadonning kattalashganligiga mos kelmasligi;
8. bachadon ustining g'adir-budurliigi;
9. bachadondan qon bilan birga yelbo'g'oz elementlarining kelishi;
10. bachadon devorning yemirilishi;
11. xorionik gonadotropinning kuchli sekretsiyasi.

16. Xorionepitelioma tashxisi qo'yishda kerak bulgan qo'shimcha usullarni ayting:

3. diagnostika maqsadida bachadon shilliq qavatidan qirma olish va uni gistologik tekshirish;
4. ko'krak qafasi rentgenogrammasi;
5. kolpotsitogramma;
6. laparoskopiya.

17. Xorionepiteliomaning o'ziga xos belgilari qanday?

1. qon ketishi;
2. biologik sinamalarda XG ning mavjudligi;
3. hayz buzilishi.

Nazorat uchun savollar:

1. Yelbo'g'ozni -sabablari.
2. Yelbo'g'ozni klinik kechishi.
3. Yelbo'g'ozni aniqlash usullari
4. Yelbo'g'ozni davolash usuli
5. Xorionepitelioma to'g'risida tushuncha

BACHADON MIOMASI

Maqsad: Bachadon miomasining kelib chiqish sabablarini, turlarini, klinik belgilari va tashxislash usullarini o'rganish va davolash usullarini bilish.

Vazifalar:

1. Terminologiyani bilish.
2. Etiopatogenezini o'rganish.
3. Joylashishi bo'yicha tasnifini bilish.
4. Klinika va asosiy belgilarini aniqlash.
5. Diagnostikasini o'rganish.
6. Davosi bilan tanishish.

Bachadon miomasi deb, gormonlarga moyil bo'lgan, mushak to'qimasi hamda biriktiruvchi to'qimalardan tashkil topgan xavfsiz o'smaga aytiladi. Mioma keng tarqalgan kasallik bo'lib, ginekologik bemorlarning 10-27% ida, 30 yoshga yetgan bemorlarning 20% ida, 40 yoshdan katta bemorlarning esa 40% ida uchraydi.

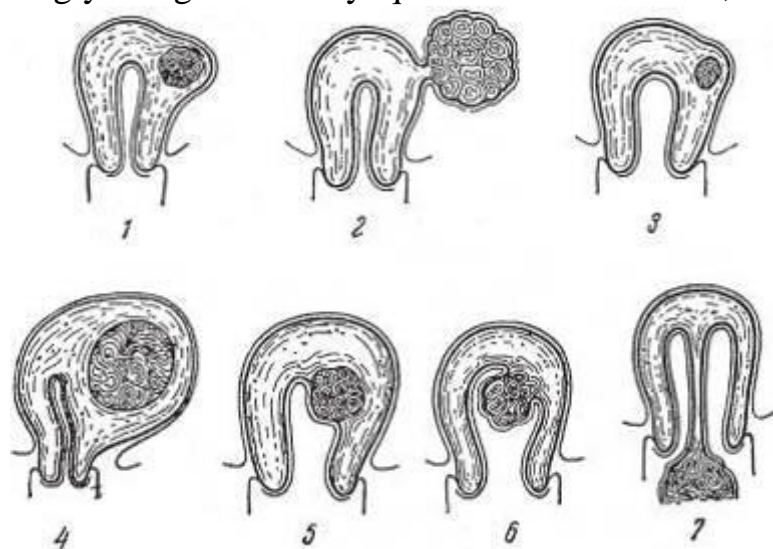
Bu kasalga duchor bo'lgan bemorlar organizmida bir qancha a'zo va to'qimalar zararlanadi, ya'ni yurak sohasida og'riq bo'lishi va uning kattalashishi (miomatoz yurak). Shuning uchun ham bu kasallikni sistemali kasallik deyiladi.

Bachadon miomasining kelib chiqish sabablari va rivojlanishi yuzasidan juda ko'p olimlarning fikr-muloiiazalari bo'lib, ular har xildir, lekin yagona yakuniy xulosaga kelinmagan. Bu masalada butun dunyo olimlari tadqiqot ishlarini olib bormoqdalar. Bunga dalil sifatida bachadon miomasi masalasida 1976 yili Kishinev shairida 1978 yili Moskva shairida, 1980 yilda Samarqand shairida bo'lib o'tgan butun dunyo olimlarining anjumanlari asosiy dalil bo'lib hisoblanadi

Ayollar organizmida bachadon miomasining kelib chiqishi asosan gormonal o'zgarishlar tufayli, ya'ni gipotalamus-gipofiz-buyrak usti bezi-tuxumdon orasidagi munosabatning, biron-bir qismining shikastlanishi hamda bachadondagi o'zgarishlar natijasida xususan miometriyning giperplaziyasi tufayli vujudga kelishi mumkin.

Gipofizning gonadotrop gormoni tekshirilganda, hayz sikli davomida organizmida progesteron gormonining miqdori kamligi, bu esa o'z navbatida hayz siklining ikkinchi davri yetishmovchiligiga olib kelishi aniqlangan. 70-80% xollarda bachadon miomasi bemorlarda patologik hayz sikli mavjudligini ko'rsatadi, xususan anovulyator, ya'ni davriy yoki ovulyator, biroq lyutein davrning yetishmovchiligi sifatida namoyon bo'lgan hayz siklini nazorat qilgan. Klinik va eksperimental tadqiqotlarga tayanib, ayollar organizmida ro'y bergan gormonlar o'zgarishi, xususan estrogen gormonlarning ko'p ishlanishi, bachadon miomalari paydo bo'lishida muhim rol o'ynaydi deb taxmin qilish mumkin.

Bachadon miomasi bilan kasallangan ayollarning kasallik tarixiga ahamiyat berilsa, ularning yoshligida harxil yuqumli kasalliklar bilan, 1/3 qismi bachadon



44 – Rasm.

Mioma tugunchalarining o'sish turlari. 1 – ortiqlarining yallig'lanishi, bepushtlik bilan kasallanganligi aniqlangan va bu holatlar o'z navbatida organizmida gomeostaz buzilishiga olib kelib, ichki sekretiya bezlarining faoliyati o'zgarishiga sabab bo'lgan. Bu holat hayz siklining buzilishiga ta'sir qilib, bir-biriga bog'liq bo'lgan patologik halqani hosil qiladi. Bu bachadon miomasining kelib chiqishiga sabab bo'lgan. Bachadon miomasining kelib chiqishiga faqat uzoq muddat davomida estrogen-gestagen gormonlarning organizmga ta'sirining buzilishigina emas, balki bachadon mushaklarini ta'minlovchi nerv retseptorlarining g'ayritabiiy qo'zg'aluvchanligi ham sabab bo'ladi. Morfologik jixatdan miomalarning oddiy proliferativ sarkoma oldi turlari kuzatiladi. Gistologik tuzilishi jihatidan K. P. Ulezko-Strogonova fikricha, bachadon miomasi, bachadon mushak tolalaridan, hamda qon tomirlarning mezenximal elementlaridan rivojlanadi. Xulosa qilib aytganda, onkologlarning fikricha bachadon miomasi ham organizmida odatdagi o'lgan hujayralardan yetilib chiqqan deb taxmin qiladilar.

Miomaning tasnifi

Bachadon miomasining tugunchalari rangining oqimtirligi bilan atrofdagi bachadon mushak to'qimalaridan ajralib turadi, boshqa mushak to'qimalariga qaraganda konsistensiyasi qattiqroq, zichroq bo'ladi. Ko'pincha mioma tugunchalari 95% bachadon tanasida va 5% miqdorda bachadon bo'ynida uchraydi. Ko'pincha tugunchalar bachadon tubida, ayniqsa bachadonning orqa devorida joylashadi. Bachadonning oldingi devorida orqa devoriga nisbatan 2 marotaba kam uchraydi, mioma tugunlari kamdan-kam bachadonning devorlarida joylashganligining shoxidi bo'lamiz. Eng kam uchraydigan joyi 1% da bachadon bo'yni va qindagi joylashuvdir. Mioma tugunlarining o'sish jarayoni yo'nalishi bo'yicha uch xil bo'ladi (44-rasm):

1. Submukoz, 15-25% shilliq osti qavatida joylashib, tugunchalar bachadon bo'shlig'i tomon o'sadi.
2. Interstitsial, 30% tugunchalar bachadon devoridagi mushak qavatining orasiga joylashadi (45-rasm).
3. Subseroz, 30% o'sma qorin pardasining ostida joylashgan bo'ladi (46-rasm). Bunday hollarda ko'p tugunli miomalarda bachadonning hartomonlama bir xil kattalashganini ba'zan esa bir tomonlama kattalashganini aniqlaymiz (47-rasm). Bachadon kattaligi hatto 39-40 haftalik homiladorlikdagi darajada bo'lishi mumkin.

Subseroz tugunlar esa bachadon shaklini keskin o'zgartirib yuboradi va qorin bo'shlig'i tomonga qarab o'sib, bachadon devoriga harxil uzunlik va qalinlikdagi o'sma oyoqchasi bilan bog'lanadi. Agar subseroz tugunlar ko'p miqdorda bo'lsa, huddi kartoshka tuganaklariga o'xshab ketadi. Shilliq qavati ostida joylashgan tugunchalar esa bachadon bo'shlig'i tomon o'sib, uning shakli o'zgarishiga olib kelib, keyinchalik bachadonning kuchli qisqarishiga hamda bachadon bo'ynining ochilishiga olib kelib, tugunchalarning qin tomonga tug'ilishi sodir bo'ladi.

O'smalar siydik pufagi yoki to'g'ri ichak tomonga qarab o'sgan bo'lsa, shu a'zolarining faoliyati buziladi. Tez o'suvchi mioma patogenetik xususiyatlaridan kelib chiqqan holda o'sma o'sishining 3 xil turi tafovut qilinadi: 1) chin – miogen elementlarning proliferatsiyasi va gipertrofiyasi hisobiga 2) soxta (62%) – surunkali yalliglanish jarayoni tufayli qon-limfa aylanishining buzilishi va shish oqibatida 3) stimulyatsiyalangan – boshka kasalliklar (adenomioz, sarkoma) ning rivojlanishi bilan bog'liq

Tuxumdon: Bachadon miomasida tuxumdonda ham o'zgarishlar sodir bo'ladi. Xususan tuxumdon o'lchami jihatidan kattalashadi, chunki to'qimalar mayda-mayda distrofik o'zgargan pufakchalarga aylanib, ko'p miqdorda fibroz tanachalar bilan qoplangan bo'ladi. Qon tomir devorlarida skleroz va gialinoz o'zgarishlar sodir bo'ladi. Biriktiruvchi to'qima ko'p miqdorda bo'lib, premordial follikullar soni juda ham kamayib ketgan bo'ladi.

Miomaning klinik belgilari

I. Ba'zi vaqtlarda bachadon miomasi hech qanday belgilersiz kechadi, ayollarda shikoyatlar bo'lmaydi, ammo shifokorlar profilaktika maqsadida ayollarni tekshirishganda aniqlanadi. 60-80% hollarda bemorlarda asosiy belgilaridan biri qon ketishi hisoblanadi. Qon ketish alomatlar ham turli

bemorlarda turlicha kechadi. Ba'zilarida hayz sikli uzayishi yoki hayz vaqtida qon miqdorining biroz ko'payishi-menorragiya kuzatilsa, ba'zi birlarida tartibsiz, juda ko'p miqdorda to'xtovsiz qon ketib, hatto og'ir turdagi kamqonlik kasalligiga olib kelishi mumkin. (metrorragiya).

Qon ketish miqdori o'smanining katta-kichikligiga bog'liq emas. Chunki katta o'lchamdagi subseroz tugunlar mavjud bo'lganda hayz ko'rish mutlaqo asoratsiz kechishi mumkin, bunga qarama-qarshi o'laroq, mayda shilliq osti mioma tugunchalari ko'p qon ketishiga, menorragik va hatto menometrorragik hayz sikli buzilishiga olib keladi.

Hayz 10-12 kungacha davom etib, juda ko'p miqdorda qon ketadi, bunga giperpolimenoreya deyiladi.

Bunday turdagi qon ketishining sabablari:

1. Bachadon mushaklari qisqarishining buzilishi
2. Bachadon shilliq qavati yuzasining kattalashishi
3. Estrogen gormon metabolizmining o'zgarishi
4. Bachadon shilliq qavati regeneratsiyasining susayishidan iborat.

Bunday bemorda bachadon shilliq qavatini gistologik tekshirish natijasida endometriy qavatining giperplaziyasi (qalinlashgani) aniqlanadi. Bachadon shilliq qavatining giperplaziyasida ko'p qon ketishiga quyidagilar sabab bo'ladi: tuxumdon follikullari persistensiyasi natijasida organizmda haddan tashqari follikulinemiya (follikulin miqdori ko'payib ketadi) kuzatiladi, bu esa o'z navbatida bachadon shilliq qavatining uzoq muddat davomidagi proliferatsiyasi va qalinlashishiga olib keladi. Buning oqibatida bachadon shilliq qavatining ayrim qismlarida jiddiy o'zgarishlar sodir bo'lib, har xil toifadagi poliqlar bachadonning butun bo'shlig'i kattalashishiga olib keladi, qalinlashgan shilliq qavat bilan to'ldiradi. Shu bilan birga organizmdagi giperfollikulinemiya bachadon shilliq qavati proliferatsiyasining kuchayishiga olib keladi. Shilliq qavatining bir-birini bosishi natijasida uning yuzasida nekroz alomatlari sodir bo'ladi. Keyinchalik nekroz bo'lgan qismlarning asta-sekin ko'chib chiqishi uzoq muddat va ko'p miqdorda qon ketishiga sabab bo'ladi, bunday qon ketishiga gemorragik metropatiya deyiladi. Metropatiya 9% kasallarda uchrasa, qon ketishi 60% kasallarda kuzatiladi, chunki uzoq muddat va atsiklik qon ketishi, shilliq osti qavat o'smalari kapsulasining yorilishidan hamda o'sma tugunchalarining nekrozga uchrashidan sodir bo'ladi.

II. Miomalarda ko'p uchraydigan belgilardan yana biri og'riqdir. Og'riq huddi dard tutganga, sanchiqqa o'xshash bo'lib, ayniqsa hayz ko'rishdan oldin va hayz ko'rish vaqtida kuchayadi, pastga tortganga o'xshab zo'rayishi yallig'lanishdan keyingi bitishmalar borligidan darak beradigan belgi hisoblanadi.

Miomalarda og'riq bo'lishining asosiy sabablari:

1. Og'riq asosan o'smaning katta-kichikligiga va uning qayerda joylashganligiga bog'liq. Agar o'sma butun kichik chanoq bo'shlig'ini to'ldirib turgan bo'lsa, o'smaning qo'shni a'zolarini bosib ezishidan paydo bo'ladi. O'sma kichikroq bo'lib, bachadonning keng boylami orasiga o'sib kirgan, shu bilan birga nerv tolalariga yaqin joylashgan bo'lsa, ularni ezishi tufayli sodir bo'lishi mumkin. Bu hollarda og'riq doimiy tabiatga ega bo'ladi va davolash usullari og'riqni pasaytira olmaydi. Bunday hollarda esa jarrohlik yo'li bilan

o'smani olib tashlash kerak.

Bachadon shilliq qavati ostiga joylashgan o'smalarda hayz ko'rish vaqtida yig'ilgan qonni hamda shu bilan birga shilliq qavat ostidagi o'smani ham bachadondan tashqariga chiqarish kuchli dardsimon og'riq paydo qiladi. Shilliq qavati ostidagi o'smaning oyoqchasi keng bo'lsa, bachadon qisqarganda tashqariga chiqara olmaydi, lekin bachadon o'smani huddi yot narsadek siqib chiqarishga intiladi, chunki o'sma bachadon devorini doimiy qo'zg'atib kuchli ravishda qisqarishi sababli og'riqning zo'rayishiga olib keladi. Ba'zan submukoz tuguncha servikal kanal og'zidan chiqib qin bo'shlig'iga chiqadi.

Og'riq paydo bo'lishining yanabir sababi o'smaning infeksiyalanishi bo'lsa, ikkinchidan, bachadonning yallig'lanishi hisoblanadi. Kichik chanoq bo'shlig'idagi a'zolarining yallig'lanishi bachadon miomasi birga uchraganda 2/3 hollarda bemorlarda og'riq paydo bo'ladi.

Og'riq subseroz o'sma oyoqchasi buralib qolgan vaqtlarda ham sodir bo'ladi. Chunki bunda o'sma oyoqchasi tarkibidagi qon tomirlar buralib siqiladi va o'smaning oziqlanishi buziladi. Bu esa o'smada yallig'lanish sodir bo'lishiga olib keladi. Bunday vaqtlarda zudlik bilan jarrohlik amaliyoti qilinadi.

O'smalar juda tez kattalashib o'sganda ham og'riq bo'ladi, ayniqsa o'sma bachadonning keng boylami orasiga o'sgan hollarda shunday bo'ladi, chunki bunday vaqtlarda og'riq o'smaning qorin pardasi nerv tolalarining retseptorlariga ta'siri natijasida sodir bo'ladi.

III. O'smaning qo'shni a'zolari bosish belgilari ko'pincha katta hajmdagi o'smalarda kuzatiladi. Lekin kichik o'lchamdagi o'smalar kichik chanoqqa tiqilib qolgan va qaltis joylashgan bo'lsa, qo'shni a'zolariga salbiy ta'sir qiladi. Agar o'sma bachadonning oldingi devorida joylashgan bo'lsa, siydik pufagiga ta'sir ko'rsatadi. Bachadonning orqa tarafida va bachadon bo'ynida joylashgan o'sma esa to'g'ri ichakka ta'sir ko'rsatadi. Ba'zi hollarda o'sma o'sib, siydik pufagini yuqoriga ko'tarib qo'yadi. Bunday hollarda siydik chiqarish kanali uzunlashib, kanalning teshigi torayadi. Bunda bemorlarning siyishi qiyinlashadi. Agar o'sma to'g'ri ichakni ezib qo'ygan bo'lsa, bemorlarning hojati qiyinlashib, to'xtab qolishi va qabziyat bo'lishi eitimol. Ayni vaqtda siydik yo'llarini ezib qo'yib, gidroureter va gidronefroz holatlariga olib keladi.

IV. Bepushtlik. Mioma tuxum xujayraning bachadon bo'ylab harakat qilishiga to'sqinlik qiladi. Bachadon burchaklarida joylashgan intramural mioma bachadon nayini interstitsiy qismini yopib qo'yadi. Bundan tashqari, anovulyatsiya bepushtlikka olib keladigan asosiy sabablardan biri sanaladi.

Miomaning asoratlari

1. Mioma oyoqchasining buralib qolishi:

- bunda «o'tkir qorin» belgilari kuzatiladi: o'tkir og'riq, til yuzasining o'zgarishi, chanqash, ko'ngil aynishi, qayd qilish, Shetkin-Blyumberg belgisi paydo bo'lishi, taxikardiya va b.

2. Miomaning shishib nekroz bo'lishi:

- bu holatda kuchli og'riq, ko'pincha qon ketish va tana haroratining ko'tarilishi va boshqa belgilar kuzatiladi.

3. Shilliq osti qavati miomasining tug'ilish alomati, hatto bachadonning ag'darilishi kuzatilishi mumkin.

4. Mioma tugunlarining infeksiyalanishi, yiringlashi.
5. Sarkomaga aylanishi.
6. Kuchli profuz qon ketishi
7. Anemiya (kamqonlik).

Tashxis qo'yish

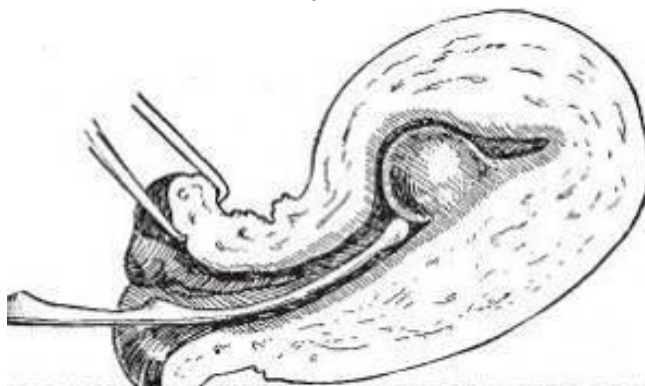
1. Anamnez.
2. Qin orqali tekshirish.
3. UZD (UTT).
4. Funktsional testlar yordamida sinash.
5. Bachadon bo'shlig'ini zond bilan tekshirish (48-rasm).
6. Bachadon bo'shlig'i va bachadon bo'yni kanalini alohida-alohida qirib gistologik tekshirish, bunda eitiyotkorlik talab qilinadi, chunki tugunchalar nekrozga va qon ketishiga sabab bo'lishi mumkin.
7. Laparoskopiya.
8. Gisteroskopiya va biopsiya qilish. Bunda submukoz tugunlar asosan aniqlanadi.
9. GSG-gisterosalpingografiya – bunda to'lish nuqsoni kuzatiladi. Braun shpritsi yordamida moddani 5 minut davomida yuboriladi.
10. Kompyuter va yadro-magnit-rezonans (YaMR) tomografiyasi.

Bachadon miomasini davolash

Miomasi bo'lgan hamma ayollarni umumiy davolashdan boshlanadi:

Bular quyidagilardan iborat;

1. Vitamin A-200 000 TB, rybiy jir (baliq moyi) yoki ayevit kapsulasini 1x3 mahal; davolash 1 oy davomida yoki hayz siklining 16-kunidan 26-kunigacha.
2. Vitamin S 0, 5mg x3 mahal hayzning ikkinchi yarmida (16-kundan 26-kungacha).
3. Kaliy yod-0, 5 % - 1 osh qoshiqdan 3 mahal ichiladi.
4. Har oyda 7-10 kun nahorga nonushtadan 20-50 min avval 1/2-1/4 stakan meva sharbatlari: olma, o'rik, olxo'ri, qizil lavlagi, kartoshka (almashtirib ichiladi).
5. Kamqonlikni davolash (ferrum-LEK, globeks, ferkayl, kosmofer). Bachadon mushaklarini yengil qisqartiruvchi dorilaridan tavsiya qilinadi (ergotal, lagolilus ekstrakti)



5. **48 – Rasm. Bachadon submukoz miomasini zond bilan tekshirish**

6. Klimakterik davrda remens 5-10 tomchidan 3 mahalichiladi, 10-30% yod eritmasini bachadonga qorin pastiga elektroforez orqali 6-8 marta buyuriladi.
7. Neyroleptiklardan seduksen, biopasit, notta, valeriana, frinalon sutkasiga 2, 5mg, triftazin 1-2mg
8. Agar yallig'lanish alomatlari ham kuzatilsa (surunkali salpingooforit va b.) prodigiozan, pirogenal, nurofen, ibuprofen-TEVA beriladi.

Pirogenal 25-50mEd kunora in'eksiya qilinadi, har gal 25 mEd dan oshirib boriladi to tana harorati 38 S ga ko'tarilguncha, bir davolash kursida 10-30 marta in'eksiya. Maksimal miqdori 1000mEd dan oshmasligi kerak.

Miomas bo'lgan ayollarni davolash 4 toifaga bo'linadi.

1. Davolash shart bo'lmagan ayollar; bu toifadagi ayollarni har 3-4 haftada nazorat qilib turiladi.

2. Jarrohlik yo'li bilan davolanadigan ayollar.

3. Gormonal yo'l bilan davolanishi lozim bo'lgan ayollar.

4. Nurlar bilan davolash zarur bo'lgan ayollar.

Konservativ davolash asosan gormonlar yordamida olib boriladi.

Bachadon miomasini konservativ davolashda gormonal vositalardan gestagenlar, estrogen-gestagen vositalar, gonadoliberinlar agonistlari va testosteron hosilalari qo'llaniladi. Konservativ davolashni boshlashdan oldin bachadon bo'shlig'ini qirib gistologik-morfologik tekshiriladi, so'ngra gormonlar bilan davolashni boshlash zarur, chunki bemorlarning hayz siklini 2 davrli qilishga erishishimiz kerak. Buning uchun gestagenlarni hayzning ikkinchi yarmida 16-kunidan berishni boshlaymiz. Gestagenlardan progesteron, dyufaston, noretisteron, norkolyut, noristerat, depo-provera, 17-OPKlar ishlatiladi. Gestagenlar-estrogen gormonining organizmga ishlab chiqarishini so'ndiradi, ya'ni antagonist sifatida ta'sir qilib, mioma o'smasini o'sishdan to'xtatadi va bachadon endometriysi giperplaziyasining oldini oladi.

Homilador bo'laman deb niyat qilgan 35 yoshgacha bo'lgan ayollarga gestogenlardan norkolyutni (ya'ni noretisteron-5mg dan) 1 donadan 8-10 kun davomida hayzning ikkinchi yarmida 15-kunidan 25-kunigacha beriladi yoki dyufaston 1 tabletkadan 11 -kundan 25- kungacha beriladi.

Estrogen-gestagen vositalar yoki kombinatsiyalashgan oral kontratseptivlar reproduktiv yoshdagi bemorlarni davolashda qo'llaniladi. Estrogen-gestagen preparatlar 2 xil usulda qo'llanilishi mumkin: atsiklik (uzluksiz) va siklik (uzlukli). Siklik usulda – gormonal vositalar kuniga 1 tabletkadan hayzning 5-kunidan 25-kunigacha (ovulen, ovidon, rigevidon, diane-35, mikroginon, marvelon, anteovin, trikvilar, triziston, triregol va boshqalar) 7 kunlik interval bilan beriladi. Atsiklik usulda bu vositalar 3-6 oy mobaynida kuniga 1 tabletkadan beriladi, bu vositalarni premenopauzada qo'llash yaramaydi. Bu vositalarni qo'llashdan oldin jigar va qon ivish sistemasi faoliyatini tekshirish talab qilinadi va albatta qarshi ko'rsatmalar istisno qilinishi shart.

Gonadoliberinlar agonistlari – bachadon miomasini konservativ davolash uchun qo'llaniladigan yangi vositalar hisoblanadi. Ular tuxumdon faoliyatini susaytiradi, ya'ni sun'iy gipofizektomiya chaqiradi. Bachadon miomasini davolashda gonadoliberinlar agonistlaridan zoladeks, dekapeptil, nafarelin, buserelin. Bu vositalar har kuni burunga tomiziladi yoki teri ostiga in'eksiya

qilinadi, undan tashqari bu vositalarni qorin oldiga depo-in'eksiya qilish ham mumkin. Bu vositalar juda tez ta'sir qilib, miomatoz tugunlar regressini chaqiradi, biroq davolashni to'xtatgandan so'ng, qisqa vaqt mobaynida hayz sikli tiklanadi, mioma qaytadan va tez o'sa boshlaydi. Gonadoliberinlar agonistlari ta'sirining juda qisqaligi tufayli ularni premenopauzada yoki jarrohlik davolashdan oldin qo'llash maqsadga muvofiqdir.

Miomani davolash va homiladorlikning oldini olish maqsadida 38-50 yoshgacha bo'lgan ayollarga norkolyut 1 tabletkadan hayz davrining 5-kunidan 25-kunigacha berish mumkin.

50 yoshdan oshgan ayollarga esa hayzni butunlay to'xtatish uchun 17-OPKni 12, 5%-2 ml 2 oy 1 haftada 2 marta, keyin 2 oy haftada 1 marta, so'ngra 2 oy 2 haftada 1 marta qilinadi. Uni uzoq muddat, yillar davomida berish mumkin.

45 yoshdan oshgan ayollarga androgenlardan berish mumkin. Bularndan omnadren-250mg yoki sustanon 250mg, 1ml dan 1oyda 1 marta 3 oygacha tavsiya qilinadi. Agar bular topilmasa, o'rniga testosteron propionatni 25%1ml 5 kun harkuni 1 mahal mushak orasiga yuboriladi. Keyin 5ta ukolni kunora va yana 5ta ukolni 2 kunda 1 marta, hammasi bo'lib 15 taga yetkaziladi yoki hayz siklining 7-14-21-kunlari tavsiya qilinishi mumkin. Agar mioma BQK bilan kuzatilsa, 5% testosteron propionat 1,0 3 oy mobaynida yuboriladi. Androgenlarni BQK girsutizm alomatlari bo'lsa, menopauza davrida giperkalsiyemiya va libido pasaygan holatlarda tavsiya qilinmaydi.

Mioma 1% hollarda endometriyning raki yoki sarkomasiga aylanishi mumkin. Shuning uchun davolash davrida 3 oy o'tgach bachadon ichini qirib gistologik tekshirish va shu bilan birga hayz siklini funksional testlar yordamida doimiy nazorat qilib turish kerak. Iloji boricha hayz siklining ikki fazali bo'lishiga erishish kerak.

Gormonal vositalarni qo'llashga qarshi ko'rsatmalar: anamnezida tromboemboliya va tromboflebit, venalar varikoz kengayishi, gipertoniya kasalligi, jigar va o't yullari kasalliklari, revmatizm, qandli diabet, otoskleroz, yomon sifatli o'smalar tufayli o'tkazilgan operatsiyalar.

Fizioterapevtik usulda davolash

1. Qorin pastki qismiga elektroforez-kaliy yod bilan hayzning birinchi davrida, 4% rux bilan hayzning ikkinchi yarmida.
2. Impulsi sharoitda magnit maydonini qo'llash.
3. Bachadon bo'ynini Davidov uslubida elektrstimulyatsiya qilish.
4. Yelka sohasida Sherbak uslubida elektroforez qo'llash.
5. Endonazal elektroforez, bu mushakka ta'sir qilib, uning quyi qavatidagi qismlarining ishini yaxshilaydi.
6. Kunora radonli yoki yod bromli muolajani 10-12 martagacha qabul qilish yoki qinni chayish mumkin.

Bachadon miomasida qo'llash mumkin bo'lmagan muolajalar:

1. Quyosh nurida qorayish.
2. UVCh (UYuCh).
3. Oyoqlar va qorin ostiga issiqlik muolajalarini qo'llash (parafin, vanna, loy va b.).
4. Dengizda cho'milish.

Jarrohlik amaliyoti bilan davolash uchun quyidagi ko'rsatmalar mavjud:

1. Mioma tugunlari 12 haftalikdan katta bo'lsa.
2. Miomatoz tugun nekrozi.
3. Mioma juda tez kattalasha (yarim yildan 2 haftadan ko'pga kattalashadi).
4. Giperpolimenoreya, metrorragiya holatlarida.
5. Shilliq osti qavatining miomasi (hamma o'lchamlardagi).
6. Qo'shni a'zolarining faoliyati buzilsa (gidronefroz).
7. Subseroz tugunlarning oyoqchalari buralib qolgan bo'lsa.
8. Intraligamentar mioma.
9. Bachadon bo'yni miomasi.
10. Mioma sarkomaga o'tish hollarida.
11. Bachadon miomasi, tuxumdon o'smasi bilan birgalikda uchrasa.
12. Miomatoz tugunlarning atipik joylashuvi bilan bog'liq bo'lgan bepushtlik.
13. Bachadon miomasining bachadon bo'yni rak oldi holati bilan qo'shib kelishi.

Bemorlarni tekshirishga tayyorlash:

1. Terapevt maslahati.
2. Anesteziolog maslahati.
3. Qon va siydikni umumiy tekshirish.
4. Koagulogramma, qon gruppasi, kreatinin, mochevina, ALT, AST, umumiy oqsil.
5. EKG.
6. Gisteroskopiya.
7. Gisterosalpingografiya.
8. Bachadon shilliq pardasi qirindisini gistologik tekshirish.

Bu usulni qo'llash uchun bemorning umumiy ahvoli, yoshi, o'smaning katta-kichikligi va joylashishiga qarab, bajariladigan tekshirish hajmi belgilanadi. Shu bilan birga qorin devori orqali yoki qin orqali aniqlanadi. Jarrohlikdan oldin katta miomani kichraytirish uchun dekopeptil 3,75mg-gonadotrop relizing omillarni har 28 kunda 1 marta mushak orasiga in'eksiya 4 oy gacha qo'llash mumkin.

Mutloq ko'rsatmalar:

1. Ayollar hayoti xavf ostida bo'lsa.
2. O'pka va yurak faoliyatining yetishmovchiligi kuzatilsa.
3. Qon kasalligi.
4. Tromboembol holatlar.
5. Buyrak usti bezining yetishmovchiligi.
6. Insult oldi holatlari.

Jarrohlik usullari

1. Konservativ miomektomiya – bachadonni saqlab qolgan holda bir yoki bir necha tugunni olib tashlash. Bu usul ko'pincha yosh va tug'ishga xohishi bo'lgan ayollarda qo'llaniladi. Miomektomiya laparoskopiya, gisteroskopiya, hamda laparotomiya paytida bajarilishi mumkin:

a) agar submukoz miomani olib tashlash uchun bachadon bo'shlig'iga kirilsa, keyinchalik tug'ruq faqat operativ yo'l bilan hal qilinadi.

b) operatsiya vaqtida va keyin ko'p qon ketish ehtimoli bor; keyinchalik bachadon va ichak orasida bitishmalar vujudga kelishi mumkin.

d) 30% hollarda operatsiyadan keyin miomaning qayta o'sib chiqish hollari

kuzatilgan.

e) miomektomiyadan keyin homilador bo'lish 40% ayollarda kuzatilgan.

f) operatsiyadan keyin albatta gormonal funksiyani va hayz siklini korreksiyalash (tiklash) lozim.

Operatsiya hajmi individual ravishda hal qilinadi.

35 yoshgacha (40-45 yoshdagi bo'lgan ayollarda) operatsiyani rekonstruktiv olib borish va tuxumdonlarning buzilgan funksiyalarini korreksiyalash muhimdir.

2. Menopauzadan oldin ko'pincha bachadonning qin usti amputatsiyasi qo'llaniladi.

3. Menopauzada so'ng bachadon ekstirpatsiyasi qo'llaniladi. Bachadon bo'ynida patologik holatlar topilsa (eroziya, polip, chuqur yirtilishlar, leykoplakiya va eritroplakiyalar, displaziya, endometrioz) ham ekstirpatsiya qo'llaniladi.

4. 50 yoshdan oshgan ayollarda ko'pincha bachadon bilan birga tuxumdonlar ham olib tashlanadi, shunda qaytalanish va rak kasalliklarining oldini olish mumkin.

Rentgen nurlari bilan davolash

Jarrohlik amaliyoti bilan davolash imkoni bo'lmaganda, ba'zan giperpolimenoreya bo'lgan kasallar rentgen nurlari bilan davolanadi. Hayzning birinchi yarmida 2-4 kun davomida 200-400 miqdorda yuboriladi, ammo miomalarni bachadon shilliq qavati ostiga rentgen kastratsiya qilish mumkin emas.

Bachadon miomasida homiladorlik va tug'ruq 0,5-3% hollarda uchraydi. L. N. Vasilevskaya (1977-1997) ma'lumotlariga qaraganda homiladorlik bachadon miomasi bilan davom etib, tug'ruq fiziologik ravishda tugasa, u albatta organizmdagi gipotalamus-gipofiz-tuxumdon-bachadon sistemasidagi neyroendokrin o'zgarishlarning qayta tiklanishiga sabab bo'ladi. L. N. Vasilevskaya, I. O. Sidorovanning (1977) kuzatishlariga ko'ra, homiladorlik bachadon miomasi bilan kechganda bir qancha asoratlar yuz berib, ko'pincha homiladorlikning ilk va kechki gestozlari kuzatiladigan homila tashlash hodisalari yuz bergan va tug'ruqlar muddatidan ilgari sodir bo'lgan. Homila tashlash va tug'ruqning muddatdan ilgari sodir bo'lishiga estrogen gormonlarning organizmdagi sekretsiasining buzilishi sabab bo'ladi. Tug'ruq dardlari nuqsonlari, yo'ldoshning vaqtdan ilgari ko'chishi, bachadonning yorilish xavfi va homilaning dimiqish alomatlari kuzatiladi. Yo'ldosh tushishi davrida va chilla davrlarida yo'ldoshning ayrim bo'lakchalari uzilib qolishi mumkin, gipo va atonik qon ketish alomatlari kuzatiladi va mioma tugunchalarining tug'ilishi sodir bo'ladi, bunda mioma tugunchalarining nekrozi ro'y berishi mumkin.

Ayollar maslahatxonasida miomasi bo'lgan homilador ayollar bo'lsa, ularda homiladorlikni davom ettirish mumkinligi aniqlanadi.

Quyidagi hollarda homiladorlik man etiladi:

1. Tez o'suvchi o'smalarda.
2. O'smaning hajmi 14 haftadan katta bo'lsa.
3. Sarkomaga o'tish xavfi tug'ilsa.

Homiladorlikni boshqarish:

Ayollar har 5-6 haftada davolanish uchun bachadon tonusini pasaytiruvchi dorilardan no-shpa 2ml teri ostiga, papaverin 2%-2ml teri ostiga yoki papaverin to'g'ri ichakka yuboriladi. Bachadon va yo'ldosh orqali qon aylanishini yaxshilash uchun sigetin 2ml, glyukoza 20%-20ml va vitamin S 5%-3ml tomirga yuboriladi.

No-shpa, papaverin, eufillin, kokarboksilaza, kurantil, 0,25%-2ml, trental 1 tabletkadan 2 mahal kuniga va h. k.

Gestagenlardan: progesteron 1%-1ml teri ostiga har kuni yoki 2,5% 1ml kunora, turinal, dyufaston 1tabletkadan 2-3 martadan 10-15 kun berilib, keyinchalik asta-sekin kamaytiriladi. Tug'ruqdan 2 hafta ilgari tug'ruq rejasini aniqlash uchun ayolni shifoxonaga yotqiziladi.

Homilani saqlab qolish yoki to'xtatish klinikada hal qilinadi. 2-uch oylikning oxirida (platsenta) yo'ldosh funksiyasi yetishmovchiligining oldini olish uchun: venadan glyukoza va sigetin eritmasi, askorbin kislotasi, kokarboksilaza, spazmolitiklar qo'llaniladi.

Tug'ruq rejasini aniqlash uchun miomasi bo'lgan homiladorlar 37-38 haftada statsionarga yotqiziladi yoki operatsiya qilish va qilmaslik hal qilinadi.

Kesarcha qirqish operatsiyasiga ko'rsatmalar:

- miomasi kichik chanoq ichida joylashgan bo'lsa.
- katta va ko'pdan-ko'p tugunli miomasi bo'lgan homiladorlar bo'lganda.
- konservativ miomektomiya qilingan, bachadonida chandiq bo'lgan homiladorlar.
- mioma tuguni homilaning boshi va tanasining o'tishiga to'sqinlik qilishi mumkin bo'lgan hollarda (16,5-40%).

AMALIY KO'NIKMALAR.

Miomalar klinikasi va tashxislashni bilishi, kasalni tekshirishni, tashxisni differentsiatsiya qilishni, to'g'ri davolash usulini tanlashni, operativ davolashga ko'rsatma va shoshilinch yordam choralari tanlashni bilishi kerak. Dori vositalarining (qon to'xtatuvchi, og'riq qoldiruvchi) retseptlarini yozishni bilishi kerak.

«Bachadon miomasi»

Maqsad: talabalarga bemorni ob'ektiv va sub'ektiv ma'lumotlarga asosan diagnoz qo'yish, kasallik og'irlik darajasini baholash va davolash taktikasini tanlashni o'rgatish.

Ta'minlanish: kushetka, qin ko'zgulari, ginekologik kreslo, steril qo'lqop, tonometr.

1. Ayol ginekologik kresloda oyoqlarini chanoq-son va tizza bo'g'imida bukilgan holatda yotibdi.

2. Shikoyatlari: hayzning ko'p miqdorda kelishi, hayz siklining buzilishi, qorin pastida dardsimon og'riqqa.

3. Kasallik anamnezi: 1 yil davomida kasal, hayzning 15 kunlab nomuntazam kelishi.

4. Hayot anamnezi: hayz kelishi 13 yoshdan, 10-15 kun, har 28 kunda, jinsiy hayoti 19 yoshdan, ginekologik kasalliklari – surunkali adneksit. Irsiyatga moyilligi yo'q, zararli odatlari yo'q.

5. Umumiy ko'ruv: bemorning ahvoli o'rtacha og'irlikda, teri qoplami oqish, taxikardiya, gipotoniya.

6. Qorni ko'ruvda: qorin pastida og'riq yoki o'zgarishsiz.
7. Dastlabki diagnoz: shikoyatlari, hayot va kasallik anamnezi hamda mahalliy status va ob'ektiv ma'lumotlarga asoslanib qo'yiladi.
8. Qonning umumiy analizi: o'zgarishsiz yoki gemoglobin miqdorining kamayishi.
9. UTT: miomatoz tugun yoki bir necha tugunlar aniqlanadi.
10. Ko'zgularda ko'ruv: qonli ajralmalar kelishi.
11. Qin orqali ko'ruv: bachadon tanasi 5-6 haftalik homiladorlik kattaligida, qattiq, g'adir-budur.
12. Klinik diagnozni qo'yish va asoslash dastlabki diagnoz va klinik – instrumental tekshiruvlarga asoslanib qo'yiladi.
13. Asoratlar: sarkomaga o'tib ketishi, kamqonlik, tugunlarning buralib qolishi, peshob najas kelishining buzilishi, tugun nekrozi, bachadonning infeksiyalanishi.
14. Differensial diagnostika: bachadon raki, homiladorlik erda muddatlari, kistomalar.
15. Operativ davolash
Konservativ miomoektomiya, qin usti bachadon amputatsiyasi, bachadon ekstirpatsiyasi.
Jarrohlikdan keyingi davrda umumiy va mahalliy antibakterial terapiya.
Organizmning buzilgan faoliyatinni tiklash.
Reabilitatsion terapiya.
16. Profilaktikasi: anovulyatsiyalarni davolash yiliga 1 marta UTT va ginekologik ko'rikdan o'tish.

Masala

49 yoshli bemor ayol ayollar maslaxatxonasiga qorin pastidagi og'irlikka, kattalashganiga, hansirashga, vaqti-vaqti siydik tutolmasligiga shikoyatlar bilan keldi. Hayz sikli o'zgarmagan, jinsiy hayotni 22 yoshdan boshlagan. Bepushtlikdan azoblangan. Bir necha marta sanatoriy, kurortlarda davolangan. Gormonoterapiya olganda yoqmasi. Keyingi 10 yilda davolanmagan. Oxirgi 2 yil ichida qorni kattalasha boshlagan. Palpatsiya qilinganda qorni kattalashgan, o'lchamlari 26x24sm, harakatlanadi, og'riqsiz shish kuzatiladi. Ginekologiyada tekshirish ko'zgu yordamida bachadon bo'yni toza, qin orqali tekshirilganda bachadon bo'yni konussimon. Bachadon 26 haftalik homiladorlikdan kattalashgan, g'adir-budur, qattiq konsistensiyali, harakatlenganda og'riqsiz, bachadon ortiqlari aniqlanmaydi. Parametriy infiltratsiyasiz. Tashxis. Prognoz. Vrach taktikasi va operatsiyaga ko'rsatma.

O'RGATUVCHI TESTLAR

1. Bachadon miomasi rivojlanishi yuqori xavf guruhi omillarini ayting?
 1. bemor yoshi 36 dan yuqori;
 2. anovulyator sikllar;
 3. BDQK;
 4. tuxumdonlar sklerokistozi;
 5. yod tanqisligi holati;
 6. endokrin genezli bepushtlik;
 7. nasliy (irsiy).

2. Miomani davolashning 3 ta turini ko'rsating:
 1. konservativ;
 2. gormonal;
 3. jarrohlik.

3. Mioma bilan kasallangan bemorni operatsiyaga tayyorlash sxemasini ko'rsating:
 1. terapevt maslahati;
 2. anesteziolog maslahati;
 3. qon va siydikni umumiy tekshirish;
 4. koagulogramma, qon guruhi kreatinin, mochevina, ALT, AST.

4. Bemorni operatsiya oldidan qanday instrumental tekshiruvlardan o'tkazish kerak?
 1. EKG;
 1. gisteroskopiya;
 2. gisterosalpingografiya;
 3. bachadon bo'shlig'i qirindisining gistologik tekshiruvi.

5. Bachadon miomasida taqiqlangan muolajalarni ko'rsating:
 1. quyosh nurida qorayish va dengizda cho'milish;
 2. UVCh;
 3. tananing pastki yarmiga issiq fizioterapevtik muolajalar.

6. Miomaning oldini olish haqidagi suibatda nimalarni aytishingiz kerak:
 1. har 6 oyda ginekolog ko'rigidan o'tish kerak;
 2. har 6 oyda jinsiy organlarni va sut bezlarini UZI orqali tekshirish;
 1. hayz siklini buzilishini o'z vaqtida davolash;
 2. ginekolog ko'rigidan keyin fizioterapevtik va sanatoriy-kurort sharoitlarida davolanish.

7. Miomaga xarakterli 3ta asosiy simptomni ayting:
 1. giperpolimenoreya;
 1. og'riq;
 2. bachadonning kattalashishi.

8. Bachadon miomasining qanday 3ta asosiy formasini bilasiz:
 1. submukoz mioma;
 2. subseroz mioma;
 3. interstitsial mioma.

9. Bachadon submukoz miomasiga xarakterli 2ta xususiyatni ayting:
 1. dardsimon og'riq;
 0. meno-va metrorragiya.

10. Subseroz bachadon miomasi asoratli kechganda 2ta asosiy simptomni

ayting:

1. subseroz tuguncha oyoqchasining buralib qolishi;
2. qo'shni a'zolar funksiyasining buzilishi.

11. Bachadon miomasini jarrohlik yo'li bilan davolashda ko'p uchraydigan 3 ko'rsatmani ayting:

0. simptomli bachadon miomasi;
1. submukoz bachadon miomasi;
2. tez o'sish.

12. Bachadon miomasini konservativ davolashda 2ta asosiy ko'rsatmani ayting:

1. simptomsiz kechishi;
2. bachadon miomasining katta bo'lmagan o'lchamlari (12 xaftagacha).

13. Bachadon miomasida qanaqa asoratlar kelib chiqishi mumkin:

1. tugunning nekrozi;
2. gidronefroz;
3. giperpolimenoreya;
4. anemiya;
5. submukoz tugunni tug'ilishi.

14. Bachadon miomasini operativ ravishda davolashiga ko'rsatmalar:

1. bachadon kattaligi 14 haftalikka xos;
2. bachadon submukoz miomasi;
3. tez o'suvchi bachadon miomasi;
4. kichik chanoq organlarining bachadon miomasida ezilishi.

15. Submukoz bachadon miomasining alomati:

1. gisterogrammada to'lish nuqsoni;
2. gipermenstrual sindromi;
3. atsiklik qon ketishi;
4. algodismenoreya;
5. bachadon devorlari egri-bugriligi.

16. Bachadon miomasi asoratlari:

1. tugun nekrozi;
2. submukoz tugunning tug'ilishi;
3. bachadondan ko'p miqdorda qon ketishi;
4. xavfli o'smaga aylanishi;
5. kamqonlik.

17. Bachadon miomasini operatsiya yo'li bilan davolashga ko'rsatmalar:

1. bachadon miomasining 14-15 haftalik kattalikda o'sganligi;
2. bachadonning submukoz miomasi;
3. kichik tos organlarining siqilish belgisi;
4. tez o'suvchan bachadon miomasi;

5. ko'p qon ketish va kamqonlik bilan asoratlangan bachadon miomasi.

18. Subseroz bachadon miomasi asoratli kechganda 2ta asosiy simptomni ayting:

1. subseroz tuguncha oyoqchasining buralib qolishi;
2. qo'shni organlar funksiyasining buzilishi.

19. Bachadon miomasini operativ davolashda zarur omil:

1. bachadon miomasi 13-14 hafta qarilarda, 12 hafta yosh ayollarda;
2. o'smaning tez sur'atlarda o'sishi;
3. qo'shni a'zolar funksiyasining izdan chiqish belgilari;
4. simptomli bachadon miomasi.

20. Bachadon miomasini jarrohlik bilan davolashda ko'p uchraydigan 3 ko'rsatmani ayting:

1. simptomli bachadon miomasi;
2. submukoz bachadon miomasi;
3. miomaning tez o'sishi.
- 4.

NAZORAT SAVOLLARI:

1. Bachadon miomasi nima?
2. Patogenezi.
3. Jarrohlik davoga ko'rsatma.
4. Gormonal davosi.
5. Profilaktika.
6. Mioma tasnifi.
7. Kelib chiqish nazariyalari.
8. Gormonal davosi.

ENDOMETRIOZ

Maqsad.

Endometriozi etiologiyasi, patogenezini, tasnifi, klinikasi, tashxisi, oldini olish va davolash prinsiplarini o'rganish.

Vazifalar:

1. Terminologiyani bilish.
2. Etiopatogenezini o'rganish.
3. Joylashuvi bo'yicha tasnifini bilish.
4. Klinikasi va asosiy simptomlarini aniqlash.
5. Diagnostikasini o'rganish.
6. Davosi bilan tanishish.

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

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

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

1. 1896 yili Liklengauzer – tug'ma embrionlarning qoldiqlaridan tashkil bo'lishini ta'rifladi.
2. 1896 yili Ivanov, qorin pardasining mezoteliy qavatida endometriozi shakllanishini ta'rifladi.
3. Implantatsion nazariya.
4. Migratsion nazariya.
5. Immunologik nazariya.
6. Starseva taklifi bo'yicha T-limfotsitlar xos hujayralarning qon orqali tarqalishi.
7. Gormonlar nazariyasi -bu nazariya tarafdorlari estrogen moddasini tajribada ko'p miqdorda yuborib endometriozi kasalligini paydo qilganlar.

Endometriozi yuzaga kelishi va rivojlanish nazariyasi.

1.Embrional nazariya: bu nazariyaga asosan endometroid geterotopiyalar

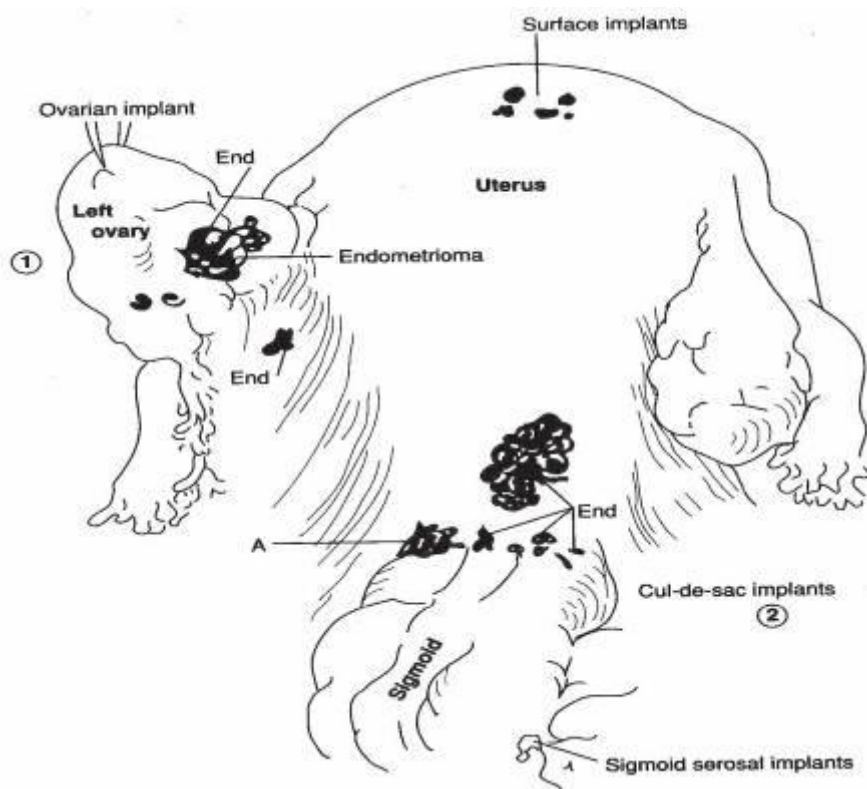
paramezonefral (Myuller) yo'llari yoki embrional qoldiq hujayralaridan rivojlanadi (bulardan keyinchalik jinsiy a'zolar va endometriy vujudga keladi). Bu nazariyani isbotlashda V. P. Baskakov 1979 yili «Endometrioizning bolalar va o'smirlarda (12-13 yosh), rivojlanishi va jinsiy a'zolar nuqsonlari bilan qo'shilib kelishi» haqida aytib o'tgan.

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

3. Metaplastik nazariya -endometrioizning yuzaga kelishida metaplaziyaga uchragan qorin pardasi mezoteliysi turadi (Mayer).

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

5. Neyro-endokrin nazariyasiga asosan gipotalamo-gipofizar tuxumdon sistemasidagi bog'liqlikning buzilishi, tuxumdon ish faoliyatining o'zgarishi natijasida follikullar yetilishining sekinlashishi organizmda estrogen gormonlarning kamayishiga sabab bo'ladi, ovulyatsiyaning kechikishiga va



49-rasm. Endometrioizni har-xil joylashishi

sariq tana faoliyati sustlashishiga olib keladi. Organizmda nisbiy estrogenemiya rivojlanadi, bu esa o'z navbatida endometrioz yuzaga kelishiga sababchi bo'ladi. (A. N Strijakov 1977, 86 yy.).

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

Jinsiy a'zolardan tashqarida rivojlangan endometrioz 5% hollarda uchrab, bunda ko'proq to'g'ri ichakda, tashrixdan keyingi chandiqlarda, kindik sohasidagi endometriozlar kuzatiladi.

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

1-tablitsa

ENDOMETRIOZNING TASNIFI

Genital		Ekstragenital
Ichki Bachadondagi adenomioz	Tashqi A.Qorin bo'shlig'idagi -bachadon naylarida -bachadon bo'yni orqasida -tuxumdonlarda -to'g'ri ichak va bachadon orasidagi bo'shlig'da -bachadonning yumaloq boylamlarida B.Qorin bo'shlig'idan tashqaridagi - bachadon bo'yni sohasida -qinda	-tashrixdan keyingi tashrix chandiqlarining endometrioz -to'g'ri ichak soxasida -siydik pufagida -charvida -jigarda -buyraklarda -o'pkada -konyunktivada va boshqalar...

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

3. Hayz vaqtida ko'p qon ketishiga asosiy sabablar: 1) tuxumdon faoliyatining buzilishi (anovulyatsiya); 2) bachadon mushaklarining qisqarish xususiyatining buzilishi; 3) qon ketadigan yuzaning kattalashganligi natijasidir. Endometrioz bilan kasallangan a'zo, hayz ko'rish oldidan kattalashganini va hayzdan so'ng esa yana oldingi hajmda bo'lishi kuzatiladi. Kasallangan bemorlarda ovulyatsiya jarayonining bo'lmasligi tufayli, sekretor fazaning yetarlicha rivojlanmaganligi, kichik chanoq bo'shlig'idagi a'zolarida ko'pincha yallig'lanish alomatlari bilan birgalikda kechganligidan chandiqlar paydo bo'lishi.

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

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

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

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

Asosiy tashxis, kasallikning rivojlanish tarixiga, uning klinik belgilariga, qin orqali tekshirib, bachadon bo'shlig'ini qirib gistologik tekshirishdan so'ng, gisteroskopiya, laporoskopiya, ultratovush, gisterosalpingografiya (bachadonni va bachadon naychalarini rentgenda ko'rish) va boshqa uslublarga asoslanib qo'yiladi.

SOLISH TIRMA TASHXISI.

Endometriozning joylashishiga qarab quyidagi kasalliklar bilan taqqoslanadi.

1. Bachqdon bo'yni endometrioz	Bachadon bo'ynidagi rak kasalligi, eroziyasi, endoservisit, eritroplakiya bilan.
2. Adenmioz	Bachadon miomasi, disfunktsional qon ketishi bilan.
3. Tuxumdon endometrioz	Tuxumdonning yallig'lanishi natijasida hosil bo'lgan shishlar va tuxumdonning o'smalari bilan.
4. Qin endometrioz	Qin yarasi, uning yallig'lanishi xorionepitejiomaning qindagi metastazi, leykoplakiya bilan.
5. Bachadon bo'yni orqasidagi endometrioz	To'g'ri ichak raki, parametrit, qin va tuxumdon rakining III darajasi bilan.

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

1. Qin endometrioz – ko'pincha, bachadon bo'yni endometrioz bilan birgalikda uchraydi, endometrioz tugunchalari dumaloq va noto'g'ri shakldagi ko'kimtir rangda bo'lib, hayz ko'rganda bu tugunchalardan ham qon ajralib chiqadi.
2. Bachadon bo'yni endometrioz so'nggi yillarda ko'p uchramoqda. Bu asosan eroziyalarni davolashda diatermokoagulyatsiyaning keng qo'llanilishi sababli rivojlanib, hosil bo'lgan yara yuzasiga hayz qoni orqali ajralib chiqqan endometriy hujayralarining joylashib o'sishi natijasida kelib chiqadi. Bu holat diatermokoagulyatsiyani hayzning ikkinchi yarmida bajarilganda sodir bo'ladi. Chunki diatermokoagulyatsiyadan keyin hosil bo'lgan o'lik to'qima ajralib tushgandan so'ng, tozalanayotgan yara yuzasi ochilib qolganligi tufayli, hali bitib ulgurmasdan, ikkinchi marta hayz kunlari to'g'ri kelgandagina endometrioz rivojlanadi. Bachadon bo'yni endometrioz sun'iy abortda, bachadon shilliq qavatini diagnostik maqsadda tozalanganda, bachadon bo'yni shikastlanishi natijasida yuzaga kelishi mumkin. Endometrioz o'choqlari qizil rangda bo'lib, hayzdan 1-2 kun oldin ko'kimtir rangga aylanadi va hajmi kattalashadi. Hayzdan oldin va keyin qonning kam miqdorda surtilib kelishi bachadon bo'yni kanalining yuqori qismi shilliq qavatining shikastlanishidan darak beradi. Endometrioz psevdoroziya va surunkali endotservitsitga ham o'xshashi mumkin.
3. Bachadon naylari endometrioz. Bu kasallik bachadon va tuxumdon endometrioz bilan birgalikda uchraydi. Endometrioz tugunchalari bachadon naychasining seroz va seroz usti qavatida joylashib, ular juda ham kichik bo'ladi. Klinik belgilari bachadon va tuxumdon endometrioz belgilariga o'xshash bo'ladi.
4. Tuxumdon endometrioz -dastlab tuxumdon yuzasida ko'pgina mayda endometrioz tugunchalari rivojlanadi so'ngra bu tugunchalar yorilib, hammasi tuxumdonda yagona bo'shliq hosil qiladi, bu bo'shliqqa qoramtir quyuc qon yig'ilib, tuxumdon hajmi kattalashadi va kistaga aylanadi. Kistalar bir yoki ikki tomonlama bo'lib 0, 5-10 sm gacha boradi. Kistalar ichidagi gemorragik suyuqlik to'q jigarrangda bo'lganligi tufayli shokoladsimon kista nomi bilan yuritiladi. Shu suyuqlikning to'planish jarayonida endometrioz kistalari yorilishi mumkin, bunda qorinda qattiq og'riq paydo bo'lishiga, bu esa qorin bo'shlig'ida tuxumdon atrofida chandiqlar hosil bo'lishiga olib keladi.

Tuxumdon endometrioz tarqalish darajasiga qarab 4 ga bo'linadi.

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

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

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

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

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

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

Bachadon bo'yni orqasi endometrioz

Bu asosan bachadon bo'yni orqa yuzasida va dumg'aza bachadon boylamlari birikkan sohada rivojlanadi. Tarqalish darajasiga qarab 4 ga bo'linadi:

1. Endometrioz o'chog'i to'g'ri ichak va qin oralig'idagi yog' to'qimasining qatlamlari atrofida joylashadi.

2. Endometrioz bachadon bo'yniga va qin devorlariga tarqaladi.

3. Jarayon to'g'ri ichak seroz qavatiga va bachadon dumg'aza boylamiga o'tadi.

4. Jarayon to'g'ri ichakning shilliq qavatiga, to'g'ri ichak va bachadon oralig'idagi bo'shliqqa tarqalib, juda ko'p chandiqlar hosil bo'lishiga sabab bo'ladi. Qin orqali ko'rilganda bachadan bo'yni yuqori qismining orqasida qattiq, notekis, harakatsiz tugunchalar aniqlanib, ularni paypaslaganda qattiq og'riq seziladi. Tugunchalar hayz boshlanishidan oldin kattalashganligini aniqlash mumkin.

Asosiy belgisi-doimiy og'riq bo'lib, bu og'riq hayzdan oldin va hayz vaqtida kuchayadi. Og'riq dumg'aza sohasiga, to'g'ri ichakka, qin sohasiga tarqaladi.

Bachadon tanasining endometrioz-adenomioz

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

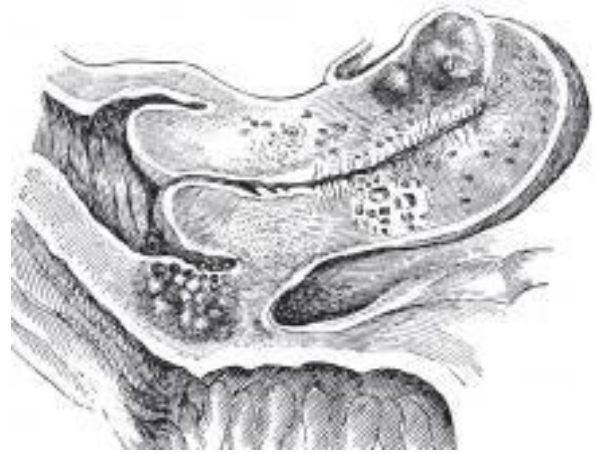
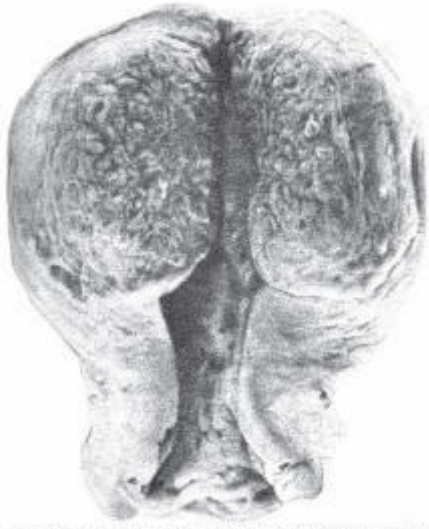
Adenomioz tarqalish darajasiga qarab 4 ga bo'linadi.

1. Endometrioz bachadon shilliq qavatining bazal qismida joylashadi.

2. Jarayon miometriy qavatiga tarqalgan (50-rasm).

3. Bachadonning hamma qavatlariga jarayon tarqalgan (51-rasm).

4. Jarayon pariyetal qorin pardasi va qo'shni a'zolarga tarqalgan.



50 rasm. Bachadon tanasi adenomiozi

51 – Rasm. Bachadon adenomiozi II darajasi (tugunli shakli.) va retrotservikal endometrioz.

2, 3, 4 darajalarida bachadon endometrioz mushak tolalarining giperplaziyasi kuzatilib, bu bachadon hajmining kattalashuviga olib keladi. Og'riq va hayz vaqtida qon ko'p ajralib, hayz siklining uzoq davom etishiga olib keladi.

Ayniqsa endometrioz bachadonning hamma qavatlariga tarqalgan bo'lsa (52-rasm), kuchli og'riq kuzatiladi va hayzdan oldin bachadonning kattalashganligi aniqlanadi. Endometriozda hayz siklining buzilishi har xil, xususan giperpolimenoreya metroragiya hamda hayzdan oldin va undan keyin 3-4 kun qonni surtilib kelishi kuzatiladi. Ko'pchilik bemorlarda qorinning pastida doimiy og'riq seziladi, tez-tez siyish va hayzdan oldin og'riq bo'lishi kuzatiladi.



52-rasm. Bachadon tanasining diffuz adenomiozi, devorida tarkibida gemorragik suyuqlik bo'lgan kichik kistalari bor. Servikal kanal adenofibrozi

Endometrioz kasalligiga tashxis qo'yish uchun quyidagi usullardan foydalaniladi:

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

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

3. Mo'ljalli biopsiya va gistologik tekshirish usuli endometriozni aniq tashxislashda katta rol o'ynaydi.

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

5. Gisterosalpingografiyada 33-80% hollarda to'g'ri tashxis qo'yish mumkin (G. M. Saveleva) Bu usul hayz siklining 5-7 kuni amalga oshiriladi. Kontrast modda yuborilganda «Kontura orqasi soyasi»ni hosil qiladi.

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

7. Ultratovush yordamida tekshirish-bachadon devorida mayda kistali o'zgarishlar ko'rinadi.

8. Laparoskopiya.

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

Davolash.

Bemorlarni davolash uchun bemorning yoshini, jarayonning qayerga joylashganligi, tarqalish darajasi, jarayon joylashgan yerdagi atrof to'qimalarning yallig'lanish alomatlari bor yoki yo'qligi hisobga olinadi.

Reproduktiv yoshidagi ayollarda homilador bo'lish uchun quyidagi uslublar qo'llaniladi:

1. Prostoglandinsintetazaning ingibitorlari (indometatsin, metindol, naprosin).

2. Organizmning immunologik xususiyatlarini oshirish uchun - immunokorrektorlar.

3. Gormonlar bilan davolash, ya'ni endometrioz o'choqlaridagi siklli o'zgarishlar so'ndiriladi.

4. Yallig'lanish alomatlarini davolash.

5. Trankvilizatorlar (tazepam va b.).

6. Sistemli enzimoterapiyasi (vobenzim).

7. Jarrohlik uslubi bilan davolash.

Gormonlardan asosan progestinlar tavsiya qilinadi (progesteron, 17 -OPK, depo-provera, depostat, orgametril, dyufaston, norkolut, atsetomeprogenal va boshqalar. Sintetik progestinlar 5-kundan to 25-kungacha 1tabl. dan ichiladi, dyufaston kuniga 3 tabl. dan 3 oy davomida, keyin 3 oyligida 2 tabl. dan buyuriladi. Davolashni 3 oydan 6 oygacha, 1-2 yilgacha davom ettirish mumkin. 17 OPK 12, 5 %-2, 0 6 oy davomida 1 haftada 1 marta.

Estrogen-gestagen prepatatlardan mikroginon, anovlar, marvelon, rigevidon, diane-35; antiestrogenlardan esa-tamoksifen, toremifen; anabolik steroidlardan-retabolil qo'llaniladi.

Gonadoliberinlar agonistlari -endometriozini konservativ davolashda keng qo'llaniladi (zoladeks, dekapeptil, nafarelin, buserelin). Bu vositalar har kuni burunga tomiziladi yoki teri ostiga in'eksiya qilinadi, undan tashqari bu vositalarni qorin oldiga depo in'eksiya qilish ham mumkin. Gonadoliberinlar agonistlari ta'sirining juda qisqaligi tufayli ularni premenopauzada yoki jarrohlik davolashdan oldin qo'llash maqsadga muvofiqdir.

Endometriozni davolash va homiladorlikning oldini olish maqsadida 38-50 yoshgacha bo'lgan ayollarga norkolut 1 tabletkadan hayz davrining 5-kunidan

25-kunigacha berish mumkin. 48-50 yoshdan kattalarga-erkaklar gormonlari: testosteron propionat 2, 5 % yoki 5% - 1, 0 m/o, metiltestosteron, sustanon-250. Adenomiozning I-II darajasida konservativ davolansa, III-IV darajasidagi kasallanishida esa, jarrohlik uslubi qo'llaniladi (52 rasm). Jarrohlik uslubida davolash asosan gormonlar bilan davolashning nafi bo'lmay, ayollarda hayz sikli buzilib qon ko'p ketib, kamqonlik rivojlangan bo'lsagina qo'llaniladi shundan keyin esa gormonlar bilan davolashni davom ettirish zarur, aks holda kasallik yana qaytalashi mumkin.

Fizioterapevtik davolash.

Sulfat magniy bilan elektroforez. 20 martagacha qilinadi.

Kaliy yoddan 5%, 10%, 33% dan elektroforez yoki 1%-50ml klizmada yuborish.

Amidopirin yoki novokain bilan elektroforez, 10-20 marta.

Elektroforez, hayzning birinchi yarmida 40% Mis sulfat bilan va hayzning ikkinchi yarmida 4% Rux bilan qilinadi.

Tripsin, ximotripsin bilan elektroforez

Qorin pastki qismiga Solkoseril bilan ultratovush qilinadi.

Magnit maydoni qo'llaniladi.

Rodon vannasi tavsiya qilinadi.

Profilaktikasi.

1. Tashviqot va targ'ibot ishlari
2. Qontratseptiv vositalar va moddalarni keng qo'llash, abortlarning oldini olish.
3. Davolash va diagnostik muolajalarni hayz sikliga ahamiyat bergan holda bajarish lozim.

AMALIY KO'NIKMALAR.

Endometrioz klinikasini va tashxislashni bilish, kasalni tekshirishni, tashxisni differentsiatsiya qilishni, to'g'ri davolash usulini tanlashni, operativ davolashga ko'rsatmani va shoshilinch yordam choralarini tanlashni bilish kerak. Dori vositalarining (qon to'xtatuvchi, og'riq qoldiruvchi) retseptlarini yozishni bilish kerak

«Endometrioz»

Maqsad: talabalarga bemorni ob'ektiv va sub'ektiv ma'lumotlarga asosan diagnoz qo'yish, kasallik og'irlik darajasini baholash va davolash taktikasini tanlashni o'rgatish.

Ta'minlanish: kushetka, qin ko'zgulari, ginekologik kreslo, steril qo'lqop, tonometr.

1. Ayol ginekologik kresloda oyoqlarini chanoq-son va tizza bo'g'imida bukilgan holda yotibdi.
2. Shikoyatlari: hayzning buzilishi, og'riqli hayz kelishi, bepustlik.
3. Kasallik anamnezi: bir yil davomida o'zini kasal deb hisoblaydi. Hayz kelishi nomuntazam, ko'p kun, ko'p miqdorda.

4. Hayot anamnezi: hayz kelishi, 17 yoshdan, 3-4 kundan, har 28 kunda, jinsiy hayoti 19 yoshdan, ginekologik kasalliklari – surunkali adneksit. Irsiyatga moyilligi yo'q, zararli odatlari yo'q.
5. Umumiy ko'ruv: bemorning ahvoli qoniqarli, o'zgarishsiz
6. Qorni ko'ruvda: qorin pastida og'riq yoki deyarli o'zgarishsiz.
7. Dastlabki diagnoz: shikoyatlari, hayot va kasallik anamnezi hamda lokal status va ob'ektiv ma'lumotlarga asoslanib qo'yiladi.

Qon umumiy analizi: o'zgarishsiz

UTT: endometriyning qalinlashishi.

GSG: Qontur orti soyalari aniqlanadi.

Ko'zgularda ko'ruv: qo'ng'irsimon hosila aniqlanadi.

Qin orqali tekshiruv: hayz kunlari bachadon kattalashgan.

1. Klinik diagnozni qo'yish va asoslash: dastlabki diagnoz va klinik – instrumental tekshiruvlarga asoslanib qo'yiladi
2. Asoratlar: bepushtlik
3. Differensial diagnostika: bachadon o'smalari, bachadondan disfunktsional qon ketish, jinsiy a'zolarining yallig'lanish kasalliklari.
4. Operativ davolash:
Endometriy o'choqlarini laparoskopiya usulida kuydirish, bachadon amputatsiyasi.
Jarrohlikdan keyingi davrda:
Organizmning buzilgan faoliyatini tiklash
Reabilitatsion terapiya
Konservativ gormonoterapiya
5. Profilaktika: dispanser hisobiga olish, jinsiy a'zolar yallig'lanishi kasalliklarini davolash, ginekologik muolajalarni, hayz siklini hisobga olgan holda o'tkazish.

Masala.

35 yoshli bemor shifokorga jinsiy yo'llaridan qonli ajralmalar hayzdan oldin va keyin 3-4 kun davomida kelishi, hayz paytida og'riq bo'lishi, 5 yildan buyon bepustliklik shikoyat qilib keldi. Hayz 12 yoshdan har 28 kunda 3-4 kundan og'riqsiz edi. Jinsiy hayoti 23 yoshdan, 6 marta homilador bo'lgan, tug'ruq-2, abort- 4. Oxirgi abortdan keyin bir necha marta antibakterial, fizioterapevtik davolash o'tkazgan. Bachadon naychalarni tekshirish uchun 5 marta gidrotubatsiya qilingan.

Tashxis? Differensial tashxis? Qanday tekshirish o'tkazish kerak?

O'RGATUVCHI TESTLAR

1. Endometrioiz kelib chiqishidagi 5 ta asosiy nazariyasini ko'rsating:
 1. embrional;
 2. implantatsion;
 3. metaplastik;
 4. neyroendokrin;
 5. immunologik.
2. Ekstragenital endometrioizning 5 ta turini ko'rsating:
 1. operatsiyadan keyingi chandiq;

2. to'g'ri ichak endometriozi;
3. siydik pufagi endometriozi;
4. charvi endometriozi;
5. jigar, buyrak va h. k. endometriozi.

3. Endometriozda hayz qonini ko'p ketishining 2ta asosiy sabablarini ko'rsating:

1. anovulyator, tuxumdonlar faoliyatining buzilishi;
2. bachadon muskullari qisqarish faoliyatining buzilishi.

4. Adenomioz joylashishi darajasi bo'yicha 4 ta turini ko'rsating:

1. bazal qavatda joylashgan endometrioz;
2. 50% miometriyning endometriozi;
3. bachadon hammaqavatlarining endometriozi;
4. pariyetal qorin pardasi va qo'shni a'zolar endometriozi.

5. Endometriozni davolashning 4 ta asosiy usulini ko'rsating:

1. organizmning immunologik xususiyatini oshirish;
2. gormonal davolash;
3. yallig'lanishga qarshi terapiya;
4. operativ davolash.

6. Endometriozni fizioterapevtik davolashning turlari:

1. 25% magniy sulfat bilan elektroforez;
2. menstruatsiyaning I fazasida sulfat bilan, II fazasida rux sulfat bilan elektroforez;
3. magnitoterapiya;
4. solkoseril malhami bilan ultratovush usulida davolash.

7. Bachadon endometriozi belgilari:

1. og'riqli hayz;
2. hayzning IIchi davrida bachadonni kattalashuvi;
3. surkaluvchan qonli ajralmalar;
4. rentgenogrammada bachadon bo'shlig'i konturlarining notekisligi.

8. Endometrioz tashxisini qo'yishda qanday usullardan foydalaniladi:

1. gisterosalpingografiya;
2. hayz sikli davomida qin orqali tekshirish;
3. laparoskopiya;
4. gisteroskopiya.

9. Endometrioz belgilari:

1. algodismenoreya;
2. hayz siklining II davrida endometrioz geterotopiyasining kuchayib ketishi;
3. hayzdan keyingi surkaluvchan qonli oqma;
4. rentgenogrammada bachadonning butun devori bo'ylab «xaltasimon» va «nayzasimon» soyalarning mavjudligi.

Bemorlarni jarrohlikqa tayyorlash va jarrohlikdan keyin boshqarish

1. Operatsiyaga tayyorlashda qanday muhim analizlar olinishi shart
 1. guruhi va rezus-omil;
 2. koagulogramma;
 3. qonning ivish vaqtini aniqlash;
 4. biokimyoviy ko'rsatkichlar;
 5. umumiy qon va peshob analizi;
 6. qindan surtma.

2. Rejalashtirilgan ginekologik operatsiyadan oldin qanday shifokorlar ko'rigidan o'tish tavsiya qilinadi?
 1. terapevt;
 2. nevropatolog;
 3. okulist;
 4. gematolog;
 5. xirurg.

3. Rejalashtirilgan ginekologik operatsiyadan oldin qanday instrumental tekshirish usullari qo'llaniladi:
 1. EKG;
 2. UZD;
 3. GSG;
 4. gisteroskopiya;
 5. endometriyning biopsiyasi.

4. Qanday holatlar operatsiyaga qarshi ko'rsatma bo'ladi:
 1. qon -tomir yurak yetishmovchiligi;
 2. yuqori harorat;
 3. o'tkir yiringli – yallig'lanish holatlari;
 4. og'ir darajali kamqonlik;
 5. qandli diabetning og'ir darajasi.

5. Operatsiyadan keyingi davrning normal kechishi uchun qanday chora – tadbirlar qo'llaniladi:
 1. to'g'ri ovqatlanish rejimi;
 2. og'iz bo'shlig'i sanatsiyasi;
 3. ichak faoliyati va siydik pufagi faoliyatini tekshirish
 4. operatsiya choklari sanatsiyasi;
 5. barcha organ va sistemalar faoliyatini nazorat qilish.

6. Tezkor jarrohlik amaliyotiga ko'rsatmalar:
 1. uzilgan naydagi homiladorlik;
 2. tuxumdon kistomasi oyoqchasining buralib qolishi;
 3. piosalpinks yorilishi;
 4. tuxumdon apopleksiyasi, gemorragik shok;
 5. sun'iy abort vaqtidagi bachadon perforatsiyasi.

7. Jarrohlik amaliyotidan so'ng kutilishi mumkin bo'lgan asoratlar:
 1. pnevmoniya;
 2. tromboflebit;
 3. ichki qon ketish;
 4. eventratsiya.

8. Rejalashtirilgan ginekologik operatsiyaga tayyorgarlikka nimalar kiradi:
 1. operatsiyadan oldin uxlatuvchi, trunkvilizator va dush tavsiya etish;
 2. ich bo'shatuvchi dorilar operatsiyadan oldin tavsiya etish;
 3. bir kun oldin ertalab va kechgi paytda tozalovchi huqna qilish;
 4. qovuqni operatsiyadan oldin kateterlash;
 5. antiseptik va dezinfeksiya qiluvchi moddalar bilan qin va jinsiy organlarni dezinfeksiyalash.

9. Jarrohlik amaliyotidan so'ng kutilishi mumkin bo'lgan asoratlar:
 1. peritonit;
 2. tromboemboliya;
 3. miokard infarkti;
 4. kollaps.

10. Operatsiyadan so'nggi asoratlar:
 1. pnevmoniya;
 2. tromboflebit;
 3. peritonit;
 4. eventratsiya.

11. Operatsiyadan keyingi davrning normal kechishini ta'minlashda kerak bo'lgan laborator muolajalarini ayting:
 1. qonning klinik analizi;
 2. EKG;
 3. peshobning klinik analizi;
 4. qonning biokimyoviy analizi;

Nazorat savollari.

1. Ekstragenital endometrioz nima?
2. Genital endometrioz xillarini bilasizmi?
3. Adenomioz klinikasi qanday?
4. Tuxumdon endometriozini aniqlab bering.
5. Endometrioz qaysi kasalliklarga o'xshaydi?
6. Davolash usullarini ayting.
7. Profilaktikasi nimadan iborat?

TUXUMDON O'SMALARI

Maqsad:

Tuxumdon o'smalari turlari, tuxumdon o'smalariga olib keluvchi sabablar, asoratlari, klinik kechishi, davolash va profilaktikasi bilan talabalarni tanishtirish.

Vazifalar.

1. Tuxumdon o'smalariga olib keluvchi sabablar.
2. Tuxumdon o'smalarining tasnifi.
3. Tuxumdon o'smalarining klinik kechishi.
4. Tuxumdon o'smalarini aniqlash usullari.
5. Tuxumdon o'smalarini davolash turlari va oldini olish.

Tuxumdon o'smalari ayolning turli yosh davrlarida uchrab, ginekologik kasalliklarning 6-8 foizini tashkil etadi. Bu kasallik juda ham xavfli, chunki asta-sekin o'sib, hech qanday belgi (simptom) bermaydi. Asoratlar qo'shilgandan keyin belgilar paydo bo'ladi, afsuski shu paytda shifo kamdan-kam hollarda yordam beradi. Ko'pgina tuxumdon o'smalari 20 yoshdan 40 yoshgacha uchraydi, 20-25 % hollarda ular xavfli o'smalarga aylanadi.

Tuxumdon o'smalari kelib chiqishi va turli-tuman tuzilganligi jihatidan boshqa o'smalar orasida birinchi o'rinlardan birini egallaydi. Buning sabablaridan biri, tuxumdon turli-tuman to'qimalardan tuzilgan, ikkinchidan, tuxumdonda hamisha bir qancha rudimentar (dastlabki, kurtak holidagi) tuzilmalar bor, bular tuxumdonning embrional rivojlanish davridan saqlanib qolgan bo'ladi. Hozirgi vaqtda to'plangan dalillarga asoslanib, organizmda gormonlar almashinuvining buzilishi tuxumdon o'smalarining kelib chiqishi va rivojlanishda katta rol o'ynaydi deb aytish mumkin.

Tuxumdon o'smalari tasnifi

Tuxumdonning chin o'smasini «**kistoma**», retension tarkib topganini esa «**kista**» degan termin bilan yuritiladi (53-rasm).

a) Retension (orqaga qaytadigan) sekret tutilib qolishi bo'lib, bu o'smasimon kistalar to'qimalar parchalanishi natijasida paydo bo'lgan bo'shliqda suyuqlik to'planishi tufayli ro'y beradi va 34% hollarda uchraydi. (Blastomatozli emas, proliferatsiyalanuvchi emas, o'smasimon). Bunday o'smasimon kattalashgan bo'shliqlar yallig'lanishi, hayz siklini buzishi, tuxumdon endometriozlari (10%) va boshqa kasalliklar rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Shunga ko'ra follikulyar kista (75%), sariq tana kistasi (5%), tuboovarial, paraovarial (10%), Gartner yo'li, qin kistasi va endometrioz kistalari (tuxumdonda) uchraydi. Follikulyar kistalar ko'pincha mioma bo'lganda, klomifen dori qo'llagandan keyin, lyutein kistalar esa yelbo'g'oz va xorionepiteliomada uchraydi. Follikullar erimay, sariq tana orqaga qaytmaydi, yani shu jarayon to'xtab qolishi tufayli hayz siklining izdan chiqishi kuzatiladi. Bu kistalar shakli jihatidan yumaloq, aylanasi 6-8 sm dan oshmaydi va ko'pincha klinik belgilersiz kechadi. Kamdan-kam hollarda ushlab turuvchi kistalar oyoqchalar buralishi tufayli o'tkir qorin belgilari kuzatiladi. Retension kistalar odatda konservativ usulda davolanadi (yal

lig'lanish jarayoniga qarshi preparatlar, immunokorrektorlar).

b) Blastomatoz kistomalar chin o'smalar bo'lib, 66% ni tashkil qiladi. O'smalar o'sishi to'qimalar proliferatsiyasi, bo'shliqlarning suyuqlik bilan to'lishi tufayli kuzatiladi.

Tuxumdon o'smalarining turli-tuman to'qimalardan o'sishi bo'yicha – epitelial, biriktiruvchi to'qimadan tuzilgan, teratoid va gormonal o'smalarga bo'linadi. Chin o'smalar yana xavfsiz va xavfli o'smalarga bo'linadi.

Xavfsiz o'smalar tuxumdon tashqarisiga chiqmay o'sib boradi. Xavfli o'smalar hujayralarning atipik bo'lishi, to'qimasining kam differensiallashgani, tez o'sishi, atrofdagi to'qimalarga tez o'sib kira oladigan limfa tugunlari hamda olisdagi a'zolarga metastazlar bera oladigan bo'lishi bilan farqlanadi. Klinikada I. S. Krayevskaya (1960) tomonidan taklif qilingan tasnifi keng qo'llanib kelinmoqda.

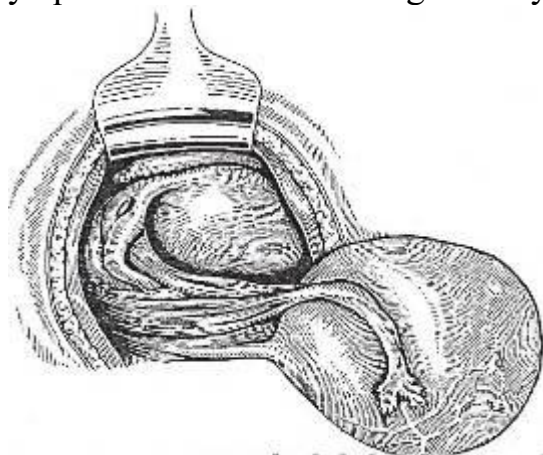
Tuxumdon o'smasining o'sish xarakteri asosan o'smaning tuzilishiga bog'liq. Xavfsiz o'smalar, masalan, fibromalar, dermoidlar odatda sekin o'sib, kamdan kam hollarda kattalashadi, holbuki xavfli o'smalar g'oyatda tez o'sadi, kapsula bilan o'raladi va qorin bo'shlig'ining boshidan oyog'igacha tarqaladi (disseminatsiya). Tuxumdonning xavfsiz o'smalaridan tuxumdon epitelial kistomalari ko'proq - 70% uchraydi, bular chinakam xavfli o'smalarga aylanishi mumkin (malignizatsiya). Seroz oddiy kistomalar eng ko'p uchraydigan tuxumdon o'smalaridan biri hisoblanadi (54 rasm).

Tuxumdon o'smalari tasnifi

XAVFSIZ O'SMALAR	XAVFLI O'SMALAR
I. Epitelial kistomalar 1) Silioepitelial: a)oddiy; b)papillary; 2) Pseudomutsinoz: a)setserlanuvchi ; b)proliferatsiyalanuvchi	Rak: - Birlamchi rak - Ikkilamchi rak - Metastatik rak (Krukenberg)
II. Biriktiruvchi to'qimadan Fibroma	Sarkoma
III. Teratoid Dermoid kistasi	Teratoblastoma
IV. Gormon chiqaruvchi	Granulyoz hujayrali Follikuloma Tekoma Andrblastoma

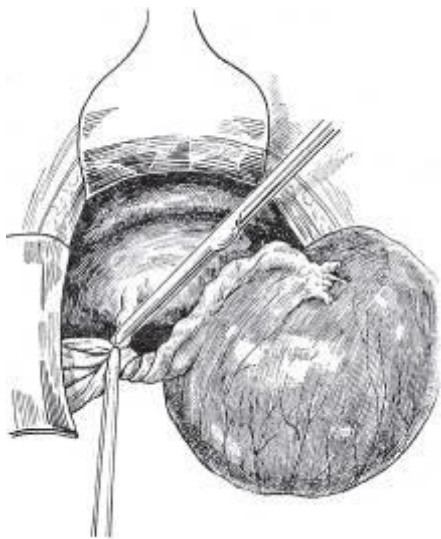
Uning hajmi 8 sm dan to 30-40 sm gacha kattalashishi mumkin. Butun qorin bo'shlig'ini egallaganini ko'rdik. Kistoma odatda bir kamerali, po'stlog'i yupqa, tekis shar shaklida, elastik konsistensiyali. Uning bo'shlig'ida seroz suyuqlik

yig'iladi. O'sma ko'pincha bir tomonda -chap yoki o'ng tomonda joylashadi va qorin ichida harakatchan qilib qo'yadi, chunki uning tuxumdon boylamlaridan iborat anatomik «oyoqchasi» bor (55-rasm). Bulardan L. ovarii propria, L. suspensorium ovarii (yoki boshqacha aytganda L. infundibulopelvis) va L. lata ning mezosalpinks qismi qatnashadi. Kistoma o'sgan sari cho'zilib bir biriga yaqinlashib o'smaning oyoqchasini paydo qiladi. Ayol

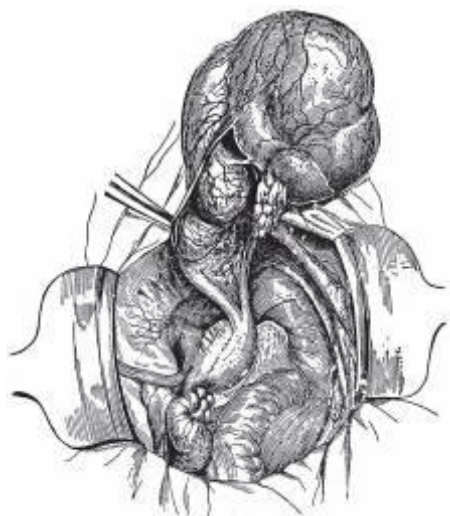


55 – Rasm. Kistomaning anatomik oyoqchasi

yumush qilganda, egilganda, yonboshi bilan yotganda o'sma chapdan o'ngga yoki o'ngdan chapga siljib turadi va ko'pincha 180-360 gradusga aylanib qolishi mumkin. Bemor bunda qorin pastida bexosdan qattiq og'riq sezadi, ko'ngil aynish, qayt qilish paydo bo'ladi, tomir urishi tezlashib, qorin pastida Shyotkin –Blyumberg simptomi paydo bo'ladi. Bu klinikani «o'tkir qorin» deb aytiladi. Bunday holda bemorni tezda ginekologik bo'limga yotqizib, darhol operatsiya qilish kerak bo'ladi. Ko'pincha shu o'smasi bo'lgan tuxumdon olib tashlanadi. Lekin operatsiya vaqtida odatda o'smaning «anatomik» oyoqchasiga qisqichlar qo'yilganda bachadonning naychasi ham kiradi, buni «xirurgik» oyoqchasi deb, operatsiyani «adneksektomiya» deydilar. Kistomaning oyoqchasi buralib qolishi eng ko'p uchraydigan asoratlardan biri (56-rasm). Ikkinchi o'rinni malignizatsiya yoki rakka aylanish asorati egallaydi. Bu eng jiddiy asoratdir. Tuxumdonning epitelial o'smalaridan seroz (papillyar) kistomalari va psevdomutsinoz kistomalari 50% hollarda rakka aylanishi mumkin. Papillyar kistomalarining kattaligi va shakli ham turli –tuman bo'ladi. Odatda ular katta bo'lmaydi, diametri aksari 25sm dan oshmaydi. Papillyar kistomalar ko'pincha bir kamerali, silliq yuzali bo'ladi. Kistoma bir necha kameradan iborat bo'lsa, yuzi g'adir-budur bo'lib turadi (57-rasm). Kistoma yuzasida so'rg'ichsimon o'simtalar bo'lmasa, silliq va yaltiroq bo'lib ko'rinadi. Tuxumdon papillyar epiteliysining polimorf ekanligi ta'riflanadi, bu epiteliy ko'p qavatli bo'lib, ajib shakllar hosil qiladi. Xavfli papillyar kistoma uchun tipik bo'lgan qandaydir belgilar haqida fikr yuritishga to'g'ri kelmaydi. Mutsinoz kistalarning xavfsiz turi, silioepitelial kistomalarga nisbatan kamroq uchraydi. Ular klinik belgilarining o'tishi jihatidan xavfsiz hisoblanadi.



56 – Rasm. Tuxumdon kistasini oyoqchasi atrofida buralibqolishi. Kistomani xirurgik oyoqchasi



57- rasm. Tuxumdon tuboovarial kistomasi

Pseudomutsinoz kistomalarining shakli va kattaligi anchagina turli-tuman bo'ladi. Kamerali kistoma aksari yuzasi g'adir-budur bo'ladi. Kistoma bo'shlig'ida aksari jelesimon suyuqlik bo'ladi. Pseudomutsinoz kistomaning proliferatsiyalanuvchi formasini aksari klinitsistlar ayrim guruhga ajratishadi, chunki bunday kistomalar ko'pincha (20%) xavfli o'smaga aylanib ketadi. Kistomalarining shu formasi odatda klimakterik, postklimakterik davrda uchraydi va ko'pincha assit bilan davom etadi.

Epitelial kistoma rak deb aytiladi. Tasnifi bo'yicha 3 xil rak ajratiladi: birlamchi, ikkilamchi va metastatik rak (Krukenberg raki, 1896). Birlamchi rak 4, 5% hollarda uchraydi. «Solidli rak» -gistologiyasi bo'yicha tekis, bir xilda, oqimtir rangda, hujayralari, tomirlari, follikullarini ajratib bo'lmaydi, kam differensiallash-gan to'qima. 40 yoshdan oshgan ayollarda uchraydi, tezda assit ro'y beradi.

Ikkilamchi rak 60-50 % hollarda seroz papillyar o'smalar rakka aylanadi, tez o'sib, suyuqliklar hajmi oshib, assit bitishmalari paydo bo'lib, papillomalarining o'sib ketishi kuzatiladi. 17-20 % hollarda mutsinoz kistomalar rakka aylanadi. Ularning malignizatsiyasi asta sekin, ko'pincha 50 yoshdan keyin o'tadi.

Metastatik rak (10-30%) tuxumdonga asosan oshqozon va ichak rakidan limfa va qon orqali o'tadi. Shuning uchun tuxumdonda siljimaydigan, notekis, qattiq konsistensiyali o'sma topilsa, albatta oshqozon ichak yo'llarini endoskopiya,

irrigoskopiya, rentgenografiya usullari bilan tekshirish kerak. Chunki metastazli rakni operatsiya usuli bilan davolab bo'lmaydi. Rak tarqalishi bo'yicha 4 darajaga bo'linadi:

I daraja – bir tuxumdonda paydo bo'lgan.

II daraja-ikkita tuxumdonga, bachadon, bachadon naychalariga o'tgan.

III daraja– kichik chanoqdagi parametriy, regional limfatik tugunchalarga, qorin shilliq pardasiga o'sib ketgan, assit paydo bo'lgan.

IV daraja -assit, uzoq dagi ichki azolarga (oshqozon, ichak, charvi, jigar) metastazlar, kaxeksiya ro'y bergan.

I va II darajada operatsiya qilib, butun jinsiy ichki azolar olib tashlanadi va nur hamda kimyo -terapiya qo'llaniladi (androblastin, karboplatin, farmorubitsin, sisplatin).

III—IV darajada simptomatik davolash: og'riqni pasaytiruvchi dori

– darmonlar (morfiy, stadol, promedol va hokazo) qo'llaniladi.

Lekin I va II darajaning klinik belgilari bo'lmagani uchun bemorlar vrachga og'riq, qon ketishi, qin orqali suyuq ajralmalar paydo bo'lganda murojaat qiladilar, afsuski bunda kechikgan bo'ladi. Chunki III va IV darajadagi rak limfa, qon tomirlarni, nervlarni yemirgan, metastaz bosqichi boshlangan bo'ladi. Tuxumdon fibromasi shu a'zoning biriktiruvchi to'qimasidan kelib chiqqan o'sma deb qabul qilingan. Tuxumdon fibromasi kam (7-5%), ko'pincha bachadon miomasi bilan uchraydi. Tuxumdon sarkomasi g'oyat kam uchraydi. Odatda operatsiyadan keyin o'smani gistologik tekshirishdan o'tkazib, diagnoz qo'yiladi. Teratomalarning eng tipik shakllari dermoidlardir. Dermoidlar xavfsiz o'smalardan bo'lib, jami tuxumdon o'smalarining taxminan 10 % da uchraydi, ularning tuzilishida odatda uchala embrion qavatlar qatnashadi. Ular sharsimon silliq o'smalardan iborat bo'lib, sekin o'sadi, sekin harakatlanadi va ko'pincha bachadon bilan qovuq o'rtasidagi bo'shliqdan joy oladi. Ularning kattaligi har xil, shakli dumaloq, tuxumga o'xshash, ustki sathi ba'zan tekis, ba'zan g'adirbudur bo'ladi. konsistensiyasi bir xil emas (bir joyi elastik, ikkinchi joyi qattiq), ranggi oqimtir yoki biroz sarg'imtir bo'ladi. Dermoid kista kesilganda suyuqlik bilan to'la xaltachaga o'xshaydi. Bu suyuqlik uy haroratida qotib yog'simon massa hosil qiladi.

Davolash:

asosan jarrohlik usulida, tuxumdon olib tashlanadi. Dermoid fonli xavfli o'sma kamdan-kam paydo bo'lsa-da, bunday hodisalar uchrab turadi. Dermoiddan aksari yassi hujayrali raklar paydo bo'ladi. Tuxumdon teratoblastomasi xavfli o'smalarga kiradi. Teratoblastomalar tez o'sadi, olib tashlangandan keyin ko'pincha qaytanaladi. Limfa qon tomirlari orqali tarqaladi. Ko'pincha qorin pardasiga yoyiladi (disseminatsiya). Teratoblastomalar qiz bolalarda yoki 20-30 yoshlardagi juvonlarda ayniqsa ko'p uchraydi, (2, 5-32% gacha). Teratoblastomalarning oqibati hamisha yomon bo'ladi.

Davolash asosan o'z vaqtida operatsiya qilinib bachadonni qo'shimchalari bilan olib tashlanadi, so'ngra rentgen va radiy nurlarini chuqur ta'sir ettirishdan iborat. Kimyoterapiya ham qo'llaniladi (siklofosfan, sarkolizin). Kasallikning oqibati ko'p hollarda juda yomon.

Tuxumdonlarning gormon chiqaruvchi bezlari asosan 2 guruhga bo'linadi:

1. Feminizatsiyalovchi (ayollashtiruvchi) o'smalar, bularga granulyoz hujayrali o'smalar bilan teka hujayrali o'smalar kiradi.
2. Maskulinizatsiyalovchi (erkaklashtiruvchi) o'smalar, bularga androblastomalar kiradi.

Tuxumdon follikulardagi grunulyoz hujayralarga o'xshash hujayra komplekslaridan tuzilganligi bilan ta'riflanadigan o'smalar «granulyoz hujayrali» o'sma yoki «follikuloma» degan termin bilan ataladi.

Qizlarda estrogen chaqiruvchi o'smalar jinsiy rivojlanishining erta boshlanishi bilan namoyon bo'ladi va aksari bir necha xarakterli simptomlar ko'rinadi: sut bezlari va tashqi jinsiy a'zolar barvaqt yetiladi, qovga jun chiqadi va odatda bachadondan qonli chiqindi keladi, barvaqt balog'atga yetishda bachadondan qon kelishi siklik xarakterda bo'lsa, bu kasallikda qon kelish siklik xarakterda bo'lmaydi.

O'sma keksa ayollarda paydo bo'lganda ham aksari qon ketadi. Bundan tashqari, ana shunday bemorlar yosh ko'rinadi, haraktchan, sut bezlari to'lisha yotganini qayd qiladilar. Bunday o'zgarishlar refeminizatsiya deyiladi. Bunday bemorlarni tekshirib ko'rilganda vulva va qin epiteliysi tushganligi, bachadon kattalashganligi e'tiborni jalb etadi. Bemorlarning bachadonidan qirindi olinib gistologik yo'l bilan tekshirilsa, endometriy giperplaziyasi aniqlanadi. Hayz ko'rib kelgan ayollarda o'sma paydo bo'lganda hayz sikli buziladi. Goh siklik qon ketishi, goh amenoreya ro'y beradi. Aksari sut bezlari o'zgaradi, kattalashadi, to'lishadi.

Davolash asosan operatsiya qilib olib tashlashdan iborat. Yosh va tug'magan bemorlarda yakka tuxumdon, 45 yoshdan keyin-pangisterekтомиya qilinadi.

Androblastoma g'oyat kam uchraydi. Uning xarakterli belgisi shuki, arrenoblastoma hujayralari gormonlar ishlab chiqaradi, bu gormonlar defeminizatsiyalovchi va maskulinizatsiyalovchi xossalarga ega bo'ladi. Adabiyotlarda tasvirlangan arrenoblastomalarning mutloq ko'p qismi bir tomonlama kattaligi va ko'rinishi har xil bo'lib, ko'pincha tuzilishi tugunlar shaklida bo'lgan. Yuzda, ko'krak sohasida junlar o'sishi, ovozning yo'g'onlashish holatlari kuzatiladi. Uni operatsiya yo'li bilan olib tashlangandan keyin klinik belgilar asta-sekin yo'qoladi.

Tuxumdon disgerminomasi bir qancha kam uchraydigan kasallik. «Disgerminoma» terminini R. Mayeyr taklif etgan, uning taxminiga qaraganda disgerminomaning hujayra elementlari yetilganda jinsiy hujayraga aylanishi kerak bo'lgan, ammo to'la taraqqiy etmay qolgan, ya'ni embriogenezning qanday bo'lmasin bir fazasida na erkak hujayrasi, na ayol hujayrasi shakliga kirmay qolgan hujayralardan paydo bo'ladi. Tuxumdon disgerminomasi odatda navqironlik davrda 30 yoshgacha bo'lgan ayollarda kuzatiladi. Disgerminomani aniqlashga kelsak diagnozi operatsiya qilingandan keyin morfologik tekshirish asosida qo'yiladi.

Disgerminomaning hamisha xavfli o'sma deb hisoblanadi. Disgerminomali bemorlarni bir qancha shart-sharoitlarga, avvalo bemorning yoshiga qarab individual tartibda davolash lozim.

Tuxumdon o'smalarini aniqlashda anamnez, bemorning ahvoli va ikki qo'llab bimanual tekshirish asosiy rol o'ynaydi. Qin orqali (41-rasm), to'g'ri ichak,

qorin devorini tekshirish o'smaning xarakteri to'g'risida aniqroq tasavvur beradi. Qo'shimcha tekshirish usullaridan ultratovush diagnostikasi, kompyuter tomografiyasi o'smalarni aniqlashda katta ahamiyatga ega.

Tuxumdon kistomalarining bachadon o'smalaridan farq qiladigan belgilari quyidagilardan iborat:

Mahaliy belgilar:

1. O'sma konsistensiyasi elastik.
2. Yuzasi tekis va silliq.
3. O'sma har tomonga bemalol harakat qiladi (ayni vaqtda bachadon bo'yni ham unga qo'shilib siljimaydi).
4. Oddiy seroz kistomalar shar shaklida bo'ladi.

Tuxumdon o'smalarini aniqlashda ularning xavfli ekanligini ko'rsatuvchi belgilarini nazarda tutish kerak.

a) Mahalliy belgilar: 1. Tuxumdon raki ko'pincha ikki tomonlama bo'ladi. 2. Duglas bo'shlig'idagi metastazlar ikki qo'llab tekshirishda oson aniqlanadi. 3. Charvi va qorin bo'shlig'idagi metastazlar operatsiyada aniqlanadi. 4. Assit (ayniqsa qonli assit). Tuxumdonning papillyar kistalari bo'lganda ba'zan gidrotoraks ham birga ko'riladi. 5. Xavfli o'smalar konsistensiyasi ko'pincha zich, yuzasi notekis, g'adir-budur bo'ladi. 6. O'sma ko'zg'alanmaydi.

b) Umumiy belgilardan: ozib ketish, umumiy darmonsizlik, badanga shish kelishi kabi hodisalar kuzatilishi mumkin. Ammo bu belgilar odatda o'sma ulg'ayib ketgan davrda uchraydi. Nihoyat, o'smaning tez o'sishi g'oyat muhim ahamiyatga ega bo'lib, xavfli o'smalarga mosdir.

Tuxumdon o'smasi topilganda hargal operatsiya qilib olib tashlash tavsiya etilishi kerak. Shu qoidaga qattiq rioya qilingandagina tuxumdonni klinik belgilari aniqlanmagan xavfli o'smasining barvaqt olib tashlash yoki xavfsiz o'smaning xavfli o'smaga aylanish eitimolini bartaraf qilish mumkin. Boshqa asoratlar: o'sma oyoqchasining buralib qolishi, uning yiringlashi yoki yorilib ketish ehtimoli ham iloji boricha erta operatsiya qilish zaruriyatini tug'diradi.

Tuxumdonning xavfli o'smalariga ko'pincha hartomonlama (kompleksli) davo qilinadi: avval o'sma olib tashlanadi, so'ngra chanoq sohasiga rentgen nurlari tushirib davo qilinadi. Nur bilan davolashning o'zi ayniqsa operatsiya qilib bo'lmaydigan o'smalarda odatda naf bermaydi. Tuxumdonning xavfli o'smalarini davolash bilan bir vaqtda kimyo terapevtik va gormonal preparatlar (tiotef, sarkolizin, testosteron va hokazolar) ishlatiladi.

Xulosa: tuxumdon o'smalari dastlabki paytida klinik belgilarga ega emas.

Ularni aniqlash uchun qizlar yiliga bir marta va ayollar yiliga kamida ikki marta har olti oyda UTT va ginekolog tekshirishidan o'tishlari kerak. Bu haqda aholi orasida tushuntirish ishlarini olib borish lozim. Shundagina tuxumdon o'smalari o'z vaqtida topilib, xavfli bo'lgan vaqtda operatsiya yo'li bilan olib tashlanadi va uning rakka aylanishiga yo'l qo'yilmaydi. Ayollar, demak, onalar va qizlarning hayoti saqlanib qolinadi.

Yosh qizlarni hozir zamonaviy ultratovush apparati bilan bog'cha, maktab sharoitida tekshirilib, kistomalar aniqlanishda va ginekologlarga yuborib kelinmoqda.

AMALIY KO'NIKMALAR:

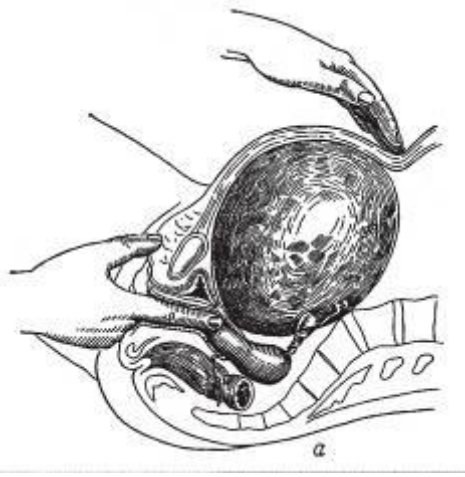
- bemordan anamnez yig'ish;
- tuxumdon o'smalarini paypaslash usuli bilan aniqlash;
- kasallikni laborator va asboblarda yordamida tashxislash;
- jarrohlik usulini o'rganish;
- reabilitatsiya va profilaktika usullarini o'rganish.

Tuxumdon o'smalari

Maqsad: talabalarga bemorni ob'ektiv va sub'ektiv ma'lumotlarga asosan diagnoz qo'yish, kasallik og'irlik darajasini baholash va davolash taktikasini tanlashni o'rgatish.

Ta'minlanish: kushetka, qin ko'zgulari, ginekologik kreslo, steril qo'lqop, tanometr.

1. Ayol ginekologik kresloda oyoqlarini chanoq-son va tizza bo'g'imida bukilgan holda yotibdi.
2. Shikoyatlari: kamdan-kam hollarda hayzning buzilish, birdan harakat qilganda og'riq, qorin pastida og'irlik va yot narsa borligini sezish yoki umuman shikoyatlar qilmaydi.
3. Kasallik anamnezi: yallig'lanish kasalliklari bilan, endokrin buzilishlari bilan, kechishi asta sekin.
4. Hayot anamnezi: hayz kelishi 14 yoshdan, 3-4 kundan, har28 kunda, jinsiy hayoti 19 yoshdan, ginekologik kasalliklari – surunkali adneksit. Irsiyatga moyilligi yo'q, zararli odatlari yo'q. Somatik kasalliklardan buqoq kasalligi aniqlandi.
5. Umumiy ko'ruv: aytarli o'zgarishsiz yoki kista buralib qolganda va yorilib ketganda o'tkir qorin klinikasi rivojlanadi, bemorning ahvoli og'ir, teri qoplami oqish, akrotsianoza, sovuq ter, taxikardiya, gipotoniya.
6. Qorin ko'ruvda: o'zgarishsiz yoki qorin oldingi devori mushaklari taranglashgan, qorin bo'ylab kuchli og'riq, Shetkin-Blyumberg simptomi «musbat» Perkussiyada: qorin pastki qismlarida perkutor tovushning bo'g'iqligi.
7. Dastlabki diagnoz: shikoyatlari, hayot va kasallik anamnezi hamda, lokal status va ob'ektiv ma'lumotlarga asoslanib qo'yiladi. Qonning umumiy analizi: o'zgarishsiz yoki leykotsitoz, EChTning tezlashishi, gemoglobin miqdorining kamayishi. UTT: kasallik etiologiyasiga qarab bachadon ortiqlari sohasida o'sma yoki kistasimon o'zgarish aniqlanadi. Ko'zgularda ko'ruv: o'zgarishsiz. Qin orqali ko'ruv: o'smani shakliga qarab turli xil o'zgarishlar aniqlanadi, bachadon ortiqlari sohasida yallig'lanish jarayoniga xos belgilar ham aniqlandi (58rasm).
8. Klinik diagnozni qo'yish va asoslash dastlabki diagnoz va klinik – instrumental tekshiruvlarga asoslanib qo'yiladi.
9. Asoratlar: kistaning yorilib ketishi, kista oyoqchasining buralib qolishi yoki nekroz, malignizatsiya, reproduktiv faoliyatning buzilishi, bepushtlik, neyroendokrin buzilishlar.
10. Differensial diagnostika: bachadondan tashqari homiladorlik,



58 – Rasm. Tuxumdon kistomasini qin orqali aniqlash.
bachadon ortiqlari yallig’lanish kasalliklari, bachadondagi o’smalar.

11. Operativ davolash o’smaning shakliga qarab laparotomiya yoki laparoskopiya usuli bilan (sistoektomiya, tuxumdonlar rezeksiyasi, adneksektomiya) Reabilitatsion terapiya

12. Profilaktikasi: jinsiy a’zolar yallig’lanish kasalliklarini o’z vaqtida aniqlash va davolash, EGK va endokrin kasalliklarni davolash, har 6 oyda profilaktik ko’ruvdan o’tib turish.

Masala.

1. Ayol 34 yoshda: qusish, ko’ngil aynishi, qornining o’ng tomonida birdan og’riq paydo bo’lishi shikoyati bilan ambulatoriyaga kelgan. Anamnezida 3 tug’ruq, 1 abort, BIV 5 yildan buyon bor. Ob’ektiv ko’rishda: teri va shilliq pardalari oq rangda. harorat 37,2, tili quruqroq, qornini paypaslanganda o’ng tomon pastida og’riq va SHyotkin-Blyumberg simptomi musbat. Siyishi normal, ichi qotmagan.

Ginekologik tekshiruv: tashqi jinsiy a’zolari normal rivojlangan. Ko’zguda: bachadon bo’yni silindrsimon shaklda, toza, ajralmalari shilimshiq, bo’g’zi berk. Bachadon o’lchamlari normal, anteverzio antefleksio joylashgan, harakatchan, og’riqsiz, chap ortiqlari aniqlanmaydi. o’ng tomonda o’lchamlari 15x12x13 sm, yumaloq, elastik konsistensiyali, tekis, harakatchan, og’riqli o’sma aniqlangan.

Tashxiz qanday? UASh taktikasi? Qanday davolash kerak?

2. 68 yoshli ayolni qarindoshlari ginekolog maslahatiga olib kelishdi. Ayol ginekologga 8 yil mobaynida uchramagan. Menopauza 15 yil mobaynida. Jinsiy hayotni 25 yoshida boshlagan, 5ta homiladorlik, 2ta tug’ruq, 3ta abort. Ob’ektiv tekshirganda bemor to’g’ri tuzilishga ega.

Ovqatlanishi yaxshi, yurak tonlari bo’g’iq pulsi 1 daqiqada 80, bir maromda, qorin pastida yumaloq shish paypaslanadi, harakatchan, paypaslashda sezilarli, qornida assit bor.

Ginekologik statusi: tashqi jinsiy a’zolari normal holatda, ko’zguda bachadon bo’yni toza, bimanual ko’rikda bachadon bo’yni silindrsimon, bachadon antefleksiyada normadan biroz kattalashgan, chap tomonda 18x19x17 sm o’lchamdagi shish aniqlanadi, harakatchan, ta’sirchan, qattiqroq konsistensiyali, o’ng tarafda 6x8x8 smli o’sma bor. Orqa gumbaz biroz to’liklashgan, ajralma

qonli rangda. Tashxis? UASh taktikasi?

O'RGATUVCHI TESTLAR

1. Tuxumdon retension kistalarini ayting:
 1. follikulyar;
 2. lyuteinli;
 3. paraovarial;
 4. tuboovarial;
 5. endometriozli.

2. Qanaqa tuxumdon epitelial o'smalarini bilasiz:
 1. silioepitelial;
 2. psevdomutsinoz;
 3. rak.

3. Tuxumdon kistomalarini tekshiruv usullarini ayting:
 1. UTT;
 2. bimanual palpatsiya;
 3. laparoskopiya.

4. Tuxumdon o'smalari malignizatsiyasi belgilarini ayting:
 1. kam harakatchan;
 2. g'adir-budur;
 3. qattiq konsistensiyali, qo'shni a'zolarga infiltratsiyasi;
 4. assit.

5. Tuxumdon kistomasi rivojlanishida yuqori xavf guruhiga kiruvchi ayollarni ayting:
 1. tuxumdonlar sklerokistozi;
 2. BDQK;
 3. bepushtlik;
 4. bachadon miomasi;
 5. erta jinsiy yetilish;
 6. erta menopauza.

6. Ayollarda qaysi holatlar gormon ishlab chiqaruvchi o'sma borligiga shubha tug'diradi:
 1. erta jinsiy yetilish;
 2. 50 - 55 va undan katta yoshda hayz siklining saqlanib qolganligi;
 3. qaytalanuvchi BDKK;
 4. 13 - 16 yoshlarda amenoreya va maskulinizatsiya;
 5. erta klimaks va viril sindrom.

7. Tuxumdon kistomalarida qanaqa asoratlar kuzatiladi:
 1. kistoma oyog'chasining buralib qolishi;
 2. yiringlashi;
 3. o'sma kapsulasining yorilib ketishi;
 4. malignizatsiya, qo'shni a'zolarga o'sib kirib ketishi;
 5. bachadon, katta charvi va ichaklar bilan bitishma hosil qilishi.

8. Tasnif bo'yicha tuxumdon xavfsiz o'smalarining 3ta turini ayting:
 1. epitelial;
 2. biriktiruvchi to'qimali;
 3. teratoid.

9. Tuxumdon kistalarining 4ta xilini ayting:
 1. follikulyar kista;
 2. sariq tana kistasi;
 3. intraligamentar kista;
 4. paraovaril kista.

10. Epitelial kistomalarning qanday 2 xil formasi farqlanadi:
 1. silioepitelial;
 2. psevdomutsinoz.

11. Silioepitelial kistomalar qanday 2 xil formaga ajraladi:

1. oddiy seroz;
2. papillyar.

12. Quyidagi qaysi o'smalar xavfsiz hisoblanadi:
pseudomutsinoz kistoma;

1. tuxumdon fibromasi;
2. serozli;
3. dermoid.

13. Kistoma oyoqchalari aylanib qolishining alomati:

1. qorin pardasining yallig'lanishi;
2. qorin pastidagi birdaniga qattiq og'riq;
3. qinni o'rganganda bachadon naychalarida qattiq og'riqli o'sma aniqlanishi.

14. Qanday 3ta gormon ajratuvchi o'smalar bor:

1. granulyoz hujayrali kistomalar (follikuloma);
2. tekoblastomalar;
3. androblastomalar.

15. Tuxumdon o'sma kasalligining klinik simptomi va turiga qarab qanday 2ta jarrohlik amaliyoti o'tkaziladi:

1. o'smani olib tashlash;
2. bachadon ekstripsiyasi bachadon ortiqlari bilan.

16. Quyidagi keltirilgan simptomlardan qaysi biri tuxumdonlarda xavfli o'sma borligini belgilaydi:

1. hosil bo'lgan o'sma ustki qismi egri-bugriligi;
2. hosil bo'lgan o'sma harakati cheklangan;
3. o'smaning tez o'sishi;
4. o'smaning chegaralari aniqmas.

17. Tuxumdon oyoqchalarining aylanib qolishi alomatlari:

1. pardaning yallig'lanishi;
2. qorin pastidagi birdaniga qattiq og'riq;
3. qin tekshiruvida qattiq doirasimon og'riqli o'sma aniqlanadi;
4. EChT, leykotsitlarni o'sishi;
5. ko'ngil aynish, qusish;
6. Shetkin -Blyumberg belgilari musbat.

18. Tuxumdon rakining I darajasini davolash qanday kompleks davolashga kiradi:

1. bachadon ortiqlarini ekstripsiya qilish;
2. operatsiyadan so'nggi davrda rentgenoterapiya;
3. kimyoterapiya.

19. Qaysi o'smalar ayollar genitaliyasida xavfli o'smalarga kiradi:

1. xorionepitelioma;
2. adenokarsinoma;
3. adrenoblastoma;
4. tuxumdonning psevdomutsioz kistomasi.

20. Quyidagi kasalliklarning qay birini ayollar jinsiy a'zolarining xavfli o'smalari deb atash mumkin:

1. tuxumdonning granulyoz hujayrali o'smasi;
2. follikuloma;
3. tuxumdon tekmasi;
4. adrenoblastoma;
5. rak;
6. sarkoma.

21. Tuxumdon kistomasiga xos belgilar qanday:

1. o'smaning tarang elastik konsistensiyasi;
2. o'sma ustki qavatining tekisligi;
3. o'smaning o'ta harakatchanligi.

22. Quyidagilardan qaysilari kistomaning "anatomik oyoqchasini" tashkil etadi:

1. keng boylam (lig. latum uteri);
2. tuxumdonning maxsus boylami (lig/ ovaria propria);
3. voronka-chanoq boylami (lig. infundibulo pelvicum).

23. Quyidagi o'smalardan qaysi biri tuxumdonning xavfsiz o'smasi hisoblanadi:

1. psevdomutsinoz kistoma;
2. tuxumdon fibromasi;

24. Oddiy serozli tuxumdon kistomasiga xos belgilar qanday:

1. o'smaning tarang elastik konsistensiyasi;
2. o'sma ustki qavatining tekisligi;
3. o'smaning o'ta harakatchanligi.

25. Tuxumdon o'sma kasalligida qanday jarrohlik amaliyoti o'tkazish mumkin:

1. sistoektomiya;
2. tuxumdon rezeksiyasi;
3. tuxumdon dekapsulyatsiyasi;
4. ovarioektomiya;
5. adneksektomiya;
6. bachadon ekstirpatsiyasi bachadon ortiqlari bilan.

NAZORAT SAVOLLAR.

1. Qanday tuxumdon o'smasi kista deb ataladi ?
2. Tuxumdonning qanday o'smasimon kasalliklarini bilasiz ?
3. Qanday o'sma kistoma deb ataladi ?
4. Kistomalarni aniqlash usullari.
5. Tuxumdonning xavfsiz o'smasini operatsiya qilish usuli ?
6. Kistomalarning qanday asoratlarini bilasiz ?
7. Tuxumdon kistomasi oyoqchasi buralib qolganda klinik belgilari qanday bo'ladi?

BACHADON BO'YNI VA TANASINING FON VA RAK OLDI KASALLIKLARI

Maqsad:

Ayollarda bachadon bo'yni va tanasining o'smalariga olib keluvchi sabablar, joylashishi bo'yicha tasnifi, klinik kechishi, aniqlash va tashxis qo'yish usullari, davolash, asoratlari va oldini olish usullarini o'rganish.

Vazifalar:

1. Bachadon bo'yni va tanasi patologiyalari muammosi.
2. Tasnifi.
3. Bachadon bo'yni fon va rak oldi kasalliklari.
4. Bachadon tanasi fon va rak oldi kasalliklari.
5. Bachadon bo'yni rakining belgilari.
6. Bachadon tanasi rakining belgilari.
7. Tashxislash va davolash usullari.
8. Bachadon bo'yni va tanasini o'smalarining oldini olish tadbirlari

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

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

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

Servikal kanal bir qatorli silindrik epiteliy bilan qoplangan.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tug'ma eroziya-ko'p qavatli yassi epiteliy bilan silindrik epiteliy o'rtasidagi chegaraning tashqi bo'g'izidan tashqariga, tashqi bo'g'iz atrofiga siljishi bilan ifodalanadi. U yumaloq yoki noto'g'ri shaklda, och qizil rangda, silliq yuzali bo'ladi. Servikal kanaldan patologik ajralmalar kuzatilmaydi. Ular asosan bolalik va o'smirlik yoshida bo'ladi.

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

Psevdoroziyalar haqiqiy eroziya negizida uzoq kechadigan patologik jarayon tufayli hosil bo'ladi. Ko'p qavatli yassi epiteliy nuqsoni o'rnini servikal kanal shilliq qavatida bir qavatli silindrik epiteliysi qoplaydi. Tashqi bo'g'iz atrofida joylashib, noto'g'ri shaklga, duxobasimon yoki notekis yuzaga, qizil rangga ega bo'ladi (59 rasm).

Leykoplakiya -ko'p qavatli yassi epiteliyning qalinlashib, ortiqcha muguzlanishi bilan ifodalanadi (60 rasm). Ular faqat bachadon bo'ynining qin qismida emas, balki vulva sohasi va qin shilliq qavatida ham joylashadi, yupqa parda va oq rangli pilakchalar shaklida, oq-kulrang, yassi yoki yuzadan biroz bo'rtib turadi. Chegarasi aniq, tishsimon yoki surkalgansimon bo'lishi mumkin. Leykoplakiya yuzasi yod eritmasi bilan artilganda oq rangligacha qoladi. Davolashda kesib olinadi yoki kriodestruksiya qilinadi, bunda lazer terapiyasi muvaffaqiyatli qo'llaniladi.

Eritroplakiya -funktional yoki oraliq qavatlarining atrofiyasi hisobiga ko'p qavatli yassi epiteliy qavatining yupqalashishi yoki silliq qilinishi bilan ifodalanadi. Bu to'q-qizil, yumaloq yoki noto'g'ri shaklda bo'lib, normal shilliq

qavat yuzasidan biroz bo'rtib turadi. Uning qizil rangi yuqalashgan (atrofiyalangan) epiteliy qavati orqali ko'rinib turadigan qon tomir to'ri bilan izohlanadi. Bazal va parabazal hujayralarning atipik giperplaziyasi kuzatilganda eritoplakiya rak oldi jarayoni bo'lib hisoblanadi. Eritroplakiyani jarrohlik yo'li (ekssiziya) bilan yoki DEK krioterapiya yo'li bilan davolanadi.

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

Bachadon bo'ynining rak oldi jarayonlari

Rak oldi kasalliklari guruhiga displaziya kiradi. Odatda displaziya fon jarayonlaridan so'ng, ba'zan esa o'zgarmagan bachadon bo'ynida ham rivojlanadi. Ko'p qavatli yassi epiteliy displaziyasi hujayralari tuzilishi, differensirovkasi va yetilishining buzilishi (61-rasm), ya'ni hujayralar atipiyasi bilan ifodalanadi.

JSSTning tasnifi (1982) bo'yicha hujayralar atipiyasi va epiteliy qavatning shikastlanishi chuqurligi bo'yicha displaziyaning 3 darajasi faqlanadi: kuchsiz (1), o'rtacha (2), kuchli (3).

Epiteliy displaziyaning keltirib chiqaradigan omillar:

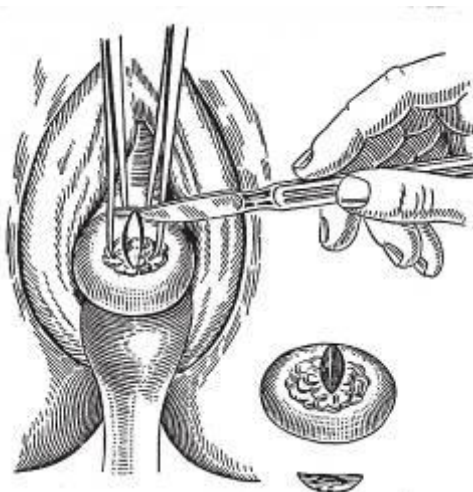
- 1) jinsiy hayotni erta boshlash, jinsiy mijozlarni tez-tez almashtirish.
- 2) tug'ruq va abort vaqtida bachadon bo'ynining shikastlanishi.
- 3) jinsiy azolarning yallig'lanish kasalliklari.
- 4) organizmning 2 tipdagi oddiy uchuq virusi (2-OUV) va odam papillomasi virusi (OPV) bilan zararlanishi.
-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

O'rtacha darajasi 31-40 yoshga,

kuchli darajasi shakli 40-50 yoshga to'g'ri keladi.

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

1. Kengaytirilgan kolposkopiya
2. Sitologik tekshirish
3. Biopsiya usuli (62-rasm)



62 – Rasm. Bachadon bo'yni biopsiyasi.

4. Servikal kanal shilliq qavatini qirish.
Davolash-displaziya darajasiga bog'liq.
1. Diatermokoagulyatsiya
2. Rogovenko halqasi bilan diatermelektrokonizatsiya
3. Bachadon bo'yni konussimon yoki ponasimon qirqish
4. Bachadon ekstirpatsiyasi.

Bachadon bo'yni raki

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

Rakning boshlang'ich shakllarini (epitelial karsinoma, mikrokarsino-ma) aniqlash, rakning oxirgi bosqichlariga qarshi kurashishda katta ahamiyatga ega. Bachadon bo'yni raki boshlang'ich shakllarining klinik manzarasi nospetsifik bo'ladi. Ko'pincha bachadon bo'yni raki tug'uvchi yoshdagi, 40 yoshdan katta ayollarda uchraydi. Tug'magan va jinsiy hayotga yashamaydigan ayollar kam kasallanadi. Rak oldi kasalliklari bachadon bo'yni raki rivojlanishida katta ahamiyatga ega. Dastlab rak simptomsiz kechadi. Eng dastlabki erta belgisi kontakt vaqtidagi qonli ajralma va oqchil ajralmasi hisoblanadi. Ajralmalar dastlab suvsimon xarakterda, keyinchalik esa qon aralash keladi. Tashqi ko'rinishi go'sht yuvindisiga o'xshash, chirigan hidli bo'ladi.

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

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

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

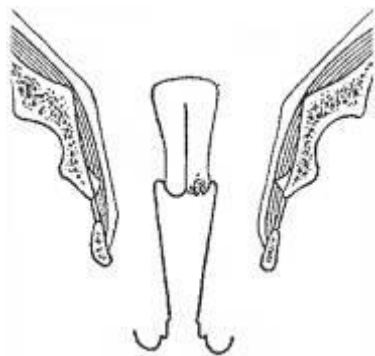
Bemorlarning umumiy ahvoli uzoq muddat qoniqarli bo'ladi. Kasallikning o'rtacha davomiyligi – davolanmasa 2 yilga yaqin. Bemorlar uremiya, peritonit,

sepsis, kaxeksiya va qon ketishidan nobud bo'ladilar.

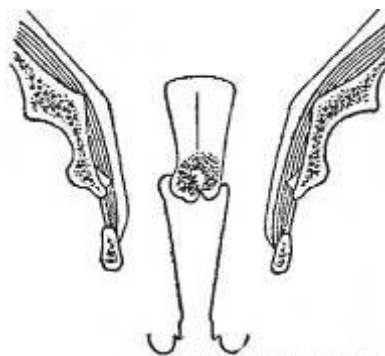
Tarqalish bosqichlari:

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

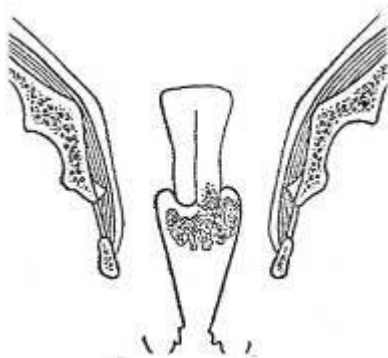
I bosqich -rak bachadon bo'yni bilan chegaralangan (63, 64-rasm);



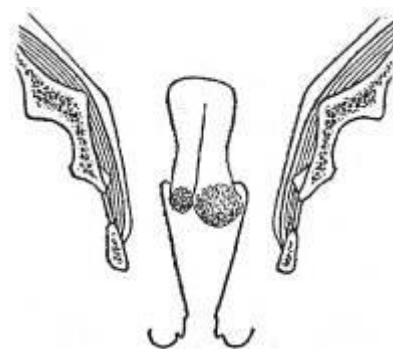
Boshlang'ich



Endofit o'sish



Ekzofit o'sish



Aralash

63-64-Rasm. Bachadon bo'yni rakining I bosqichining xillari.

II bosqich – rak bachadon bo'ynidan tashqari sohalarni qoplaydi (65rasm):

a) parametriyning bir yoki ikki tomonlama zararlanishi, chanoq devorlariga o'tmagan (parametral rak)b) infiltratsiya qinning 2/3 qismida (qindagi turi)

v) o'smaning bachadon tanasiga o'tishi (bachadon turi)

III bosqich – a) o'sma infiltrati bir yoki ikkala parametriyni zararlantirishi, infiltratning kichik chanoq devorlariga ham o'tishi (66-rasm).

b) o'sma qinning pastki qismlariga tarqaladi

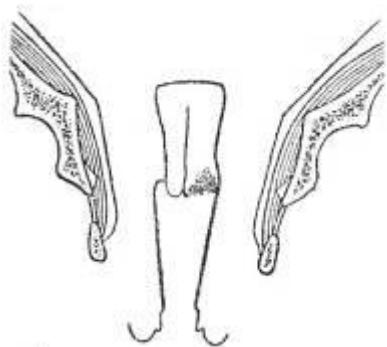
v) chanoq va chov limfa tugunlariga chegaralangan metastaz beradi.

IV bosqich -o'smaning qovuqqa, to'g'ri ichakka, boshqa a'zolarga metastaz berishi (67-rasm).

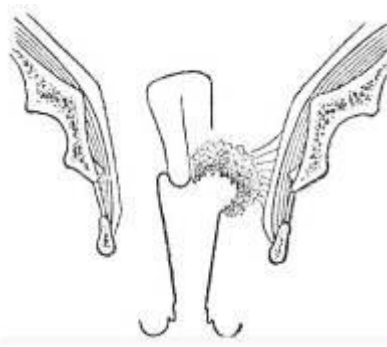
Tashxisi: analiz va tekshirishlarga asoslanib qo'yiladi.

Ginekologga murojat qilgan har bir bemor qin ko'zgulari bilan tekshirilishi zarur. Dastlabki bosqichlarida bachadon bo'yni eroziyasiga va qattiqlashishiga e'tibor beriladi, keyinchalik bachadon bo'ynining gulkaramga o'xshab o'sganligi aniqlanadi (ekzofit shakli). Servikal kanal rakida bachadon bo'yni

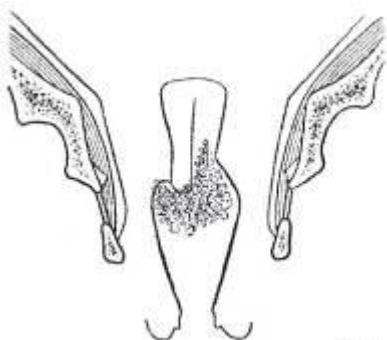
bochkasimon shaklda va konsistensiyasi qattiq bo'ladi (endofit shakli).



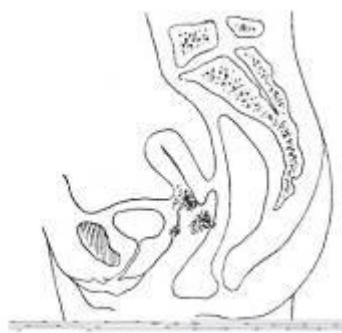
Qinli.



Parametral xili

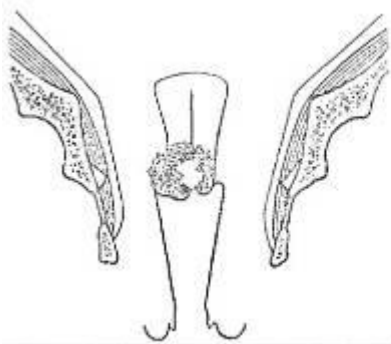


«Gul karam» li.



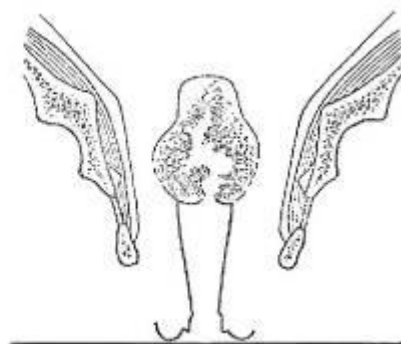
Bachadon va qinli.

65 – Rasm. Bachadon bo'yni rakining II bosqich

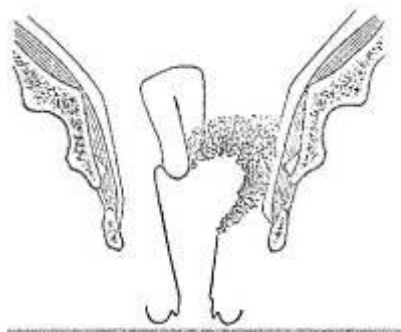


xillari.

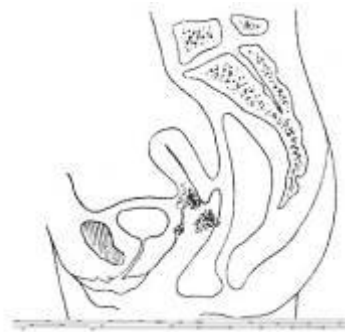
Parametral



Bachadonli

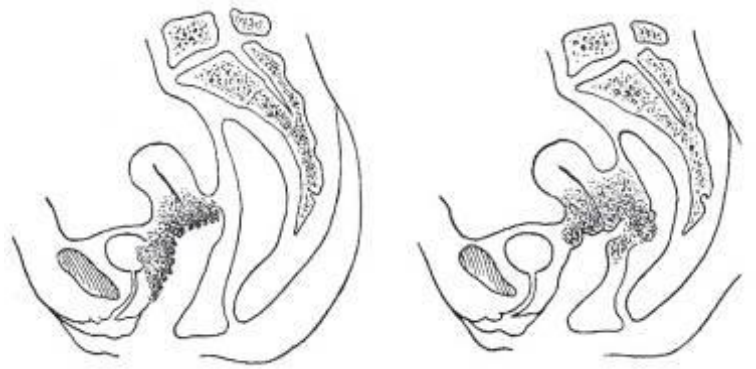


Qinli



Aralash

66 – Rasm. Bachadon bo'yni rakining III bosqich xillari



Siydik pufakli

Rektal

67 – Rasm. Bachadon bo’yni rakining IV bosqich xillari

Qattqlik, tuzilma elastikligining yo’qolishi, g’ovaksimon va tekkanda qonashi bachadon bo’yni rakiga xos.

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

Tashxisni tasdiqlash uchun quyidagi usullarni qo’llash zarur

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

Qin surtmasini gistologik tekshirish

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

Davolash: 1-nchi bosqichda -operatsiya usuli.

2-3 bosqichda -kompleks nur va kimyoterapiya.

4-bosqichda – simptomatik davolash.

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

Bachadon tanasining fon va rak oldi kasalliklari

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

Endometriy rak oldi kasalligi hujayra elementlari atipiyasi, ularning polimorfizmi bilan ifodalanadi. Endometriyning rak oldi o’zgarishlari quyidagi termin bilan tariflanadi: «atipik bezli giperplaziya», «adenomatoz», adenomatoz giperplaziya, «preinvaziv rak».

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

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

- har qanday yoshdagi adenomatoz va adenomatoz poliplar.
- har qanday yoshdagi gipotalamus va neyroendokrin buzilishlari bilan endometriyninig bezli giperplaziyasi.
- asosan menopauza va keyingi davrlardagi takrorlanuvchi endometriyning bezli giperplaziyasi.

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

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

Etiologiyasi: Giperestrogenemiya, semirish, giperqlikemiya.

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

Turli shakldagi giperplastik jarayonlarning simptomlari nisbatan bir xil bo'ladi. Asosan jinsiy yo'llardan qonli ajralmalar kelishidan shikoyat qilinadi.

Diagnostikasi:

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

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

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

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

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

Klimakterik va erta postmenopauza yoshidagi ayollarda endometriy polioplari va bezli kistoz giperplaziyasida gormonal terapiya OPKni 500 mgdan 1 hafta davomida 2 marta m/o ga qon to'xtaguncha yuborish, so'ngra 3 oy davomida

250 mg dan 1 haftada 1 marta qo'llash samara berishi mumkin.

Bunday bemorlarga androgenlar berish mumkin -sustanon 250 mg dan 1 oyda bir marta yoki testosteron propionatni 50 mgdan qon ketishi to'xtaguncha 1 haftada 2 marta.

Poliplarni olib tashlash yo'li bilan davolashning samaradorligiga erishish mumkin.

Yosh bemorlarda endometriyning atipik giperplaziyasini davolashda OPK yoki depo -provera qo'llash to'g'ri bo'ladi. OPK-1 - 2oyda 500 mg dan m/o ga 1 haftada 3 marta, 3 va 4 oyda – 500 mgdan 1 haftada 2 marta, 5 va 6 oyda esa 500 mg dan 1 haftada bir marta. Depo–provera 500 mgdan 6 oy davomida har 7-10 kunda 1 marta qilinadi.

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

Bachadon tanasi raki

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

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

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

Gistologik jihatdan farqlanishi:

1. Xavfli adenoma.
2. Adenokarsinoma.
3. Shilliq qavat raki.
4. Rakning solid formasi.
5. Epidermal rak.

Tarqalish bosqichlari (68-rasm)

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

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

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

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

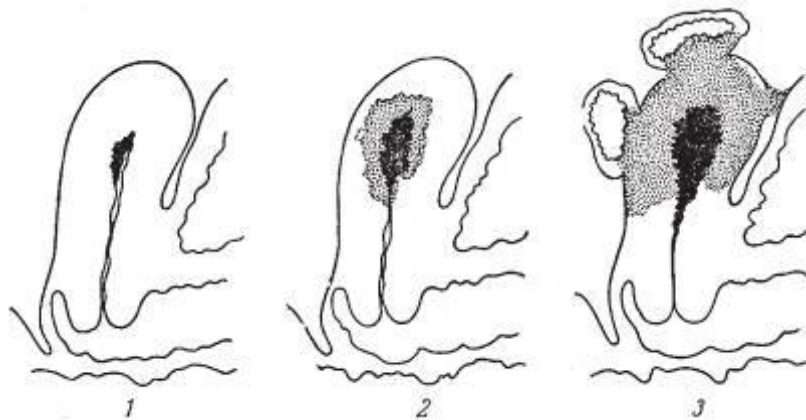
3-bosqichi – a) bachadon tanasi raki parametriy infiltratsiyasi bilan, kichik chanoq devorlari zararlanishi bilan.

b) bachadon tanasi raki regional limfa tugunlariga, bachadon ortiqlariga, qinga metastaz berishi bilan.

v) bachadon tanasi raki qorin bo'shlig'iga o'tishi bilan.

4-bosqich -a) bachadon tanasi raki qorin bo'shlig'iga, qovuqqa, to'g'ri ichakka o'tishi bilan.

b) bachadon tanasi raki uzoqdagi a'zolarga metastaz berishi bilan.



68– Rasm. Bachadon tanasi rakining bosqichlari.

1 - I –chi, 2 – II – chi, 3 – III - chi.

Klinikasi: boshqa jinsiy a'zolar rakiga nisbatan bachadon tanasi raki yengilroq kechadi. Uzoq muddat bemor ahvoli qoniqarli bo'ladi. Lekin ayol holsizlanib tez charchaydi. Infeksiya qo'shilishi yoki bachadon bo'shlig'idagi ajralmalar natijasida tana harorati ko'talishi, leykotsitoz, EChT oshadi. Bachadon tanasi raki va tarqalish jarayonini diagnostika qilish maqsadida qo'shimcha usullar qo'llaniladi. Endometriy aspiratsiyasi, sitologiyasi, qirmasi, gistologik tekshiruv, bachadonni UZT, gisteroskopiya, KT, YaMR, sitoskopiya, rektomanoskopiya, ekskretor urografiya qilish ham mumkin. Endometriy rakining boshqa asosiy belgilaridan qonli ajralmalar «go'sht yuvindisi» ko'rinishida postmenstrual davrda yoki yoshlikda atsiklik qon ketishini ko'rsatib o'tish mumkin.

Og'riq kasallikning kechki simptomi hisoblanadi. O'sma jarayonining rivojlanishi bilan og'riq doimiy tus oladi. Og'riq, patologik jarayon bachadon seroz qavatini, qo'shni a'zolari yoki nerv tugunlarini ezishi bilan hamda parametriyning rakli infiltratiga bog'liq.

Davolash kompleksi: operatsiya, keyinchalik nurlash bilan va nur terapiyasi. Kombinatsiyalangan davo-pangisteroektomiya, rengenoterapiya yoki telegammaterapiya bilan. Kombinatsiyalangan terapiya asosan bachadon 1-bosqichi o'smasi va 2-bosqichning bachadon tanasi rakiga ko'rsatma bo'lib hisoblanadi. 2-bosqich (bachadon turidan tashqari) va 3-bosqichdagi rakda kompleks nur terapiya o'tkaziladi. 4-bosqichda davo asosan simptomatik tus oladi.

Gormonoterapiya – kompleks yoki kombinatsiyalangan usul bilan qo'shimcha olib boriladi.

Keng qo'llaniladigan dorilardan: metiltestosteron, testosteron propionat, oksiprogesteron, noristrat, depo-provera, sisplastin-TEVA, doksorubitsin - TEVA, vinkristin, geksalen.

Profilaktikasi: endometriy yallig'lanishini, har xil gormonal buzilishlarni o'z vaqtida davolash, profilaktika ishlarini o'z vaqtida umumiy amaliyot shifokorlari tomonidan nafaqat ayollar, balki erkaklar orasida ham tushuntirishni olib borish, ayollar orasida har 6 oyda muntazam ginekologik tekshiruvlarni o'tkazish hisoblanadi.

AMALIY KUNIKMALAR.

Klinik va laborator tekshirish usullari, kasallik tarixi, umumiy tekshirish, ginekologik ko'zguvar yordamida ko'rish, qin va to'g'ri ichakdan ko'rish,

Lyugol bilan tekshirish, qin surtmasining sitologiyasi, kolposkopiya, biopsiya, bachadon servikal bug'iz va tanasidan qirna olish kerakligini, UTT o'tkazishni bilish kerak.

Davo usullari -eroziyani davollash, jarrohlik, nur, gormonal va kime preparatlarni o'z o'rnida foydalanishni bilish kerak.

Lyugol eritmasida sinama.

Maqsad: bachadon bo'yni epiteliysidagi patologik o'zgarishlarni aniqlash, hamda biopsiya qilish uchun joy tanlash.

Ko'rsatma: bachadon bo'yni rak oldi va rak kasalliklari (poliplar, eroziyalar)

Ta'minlanishi: qin ko'zgulari, pinset, paxta, Lyugol eritmasi.

Qadamlar:

1. Ayol ginekologik kresloda oyog'ini tizza va chanoq -son bo'g'imlarida bukilgan holatda yotadi.

2. Bachadon bo'yni ko'zgularda ochiladi.

3. Bachadon bo'yni shilliqdan tozalanadi.

4. Bachadon bo'yni yuzasiga Lyugol eritmasiga biriktirilgan tampon qo'yiladi.

5. Bir daqiqa o'tgach tampon olib tashlanib, to'qimalar rangi baholanadi.

6. Yetarlicha glikogen saqlovchi o'zgarmagan epiteliy bir tekisda to'q -jigar rangga bo'yaladi -yod pozitiv uchastka.

7. Patologik uchastkalar to'q jigar rangga bo'yalgan fonda och dog'li yoki umuman bo'yalmagan – yodnegativ uchastkalar aniqlanadi.

8. Yodnegativ uchastkalar rak kasaliga, shubha qilinib biopsiya qilinadi va gistologik tekshiruvdan o'tkaziladi.

9. Mazkur tekshiruv birinchi marta murojat qilgan va ayniqsa bachadon bo'yni eroziyasi mavjud barcha ayollarda o'tkaziladi.

Masala.

1. 48 yoshli ayolda profilaktika ko'rigidan o'tkazilganda bachadon bo'ynidan olingan surtma tekshirilganda atipik hujayralar borligi aniqlangan. Tashxis nima? Shifokor rejasi qanday?

2. 52 yoshdagi ayol qorin pastida ezuvchan doimiy og'riqlardan shikoyat qilib kelgan. Hayz ko'rishi 13 yoshdan, muntazam har 21 kunda 7 kundan. 10 yil mobaynida surunkali gepatoxolestsistit kasaliga chalingan. Keyingi 15 yil ichida tana vaznining ancha oshganini sezdi. So'nggi ikki yil ichida hayz ko'rishi 1,5-2 oy ichida 10 kundan, juda ko'p keladi, ba'zida hayz ko'rish orasida qon aralash surtma keladi.

Ko'zgularda va qin orqali ko'rilganda bachadon bo'yni silindrsimon shaklda, tashqi og'zi tirqishsimon, bachadon tanasi juda zich, tashqi qavati notekis, kattaligi 8 haftalik homiladorlikka teng, anteverzio -antefleksio holatida turibdi. Bachadon ortiqlari o'zgarishsiz, chanoq devorlari bo'sh, oqmalar qon aralash, oz miqdorda.

Tashxisi. Shifokor rejasi.

O'RGATUVCHI TESTLAR.

1. Bachadon bo'yni rakini aniqlash usullarini ayting.

1. ko'zgularda ko'rish

2. kolposkopiya
 3. qindan atipik hujayralarga surtma olish
 4. sitologiyaga surtma olish
 5. Shiller yod sinamasi
 6. bachadon bo'yni yuzalarini zondda tekshirish
 7. shubhali joyni biopsiya qilish
 8. servikal kanalidan olingan qirmani gistologik tekshirish
2. Bachadon bo'yni rakiga xos simptomlarni ayting.
1. suvsimon ajralma
 2. kontaktli qon ketish
 3. doimiy kuchayuvchi og'riqlar
 4. siydik yo'llari, to'g'ri ichaklar bilan oqmalar hosil bo'lishi
3. Kontaktli qon ketish qachon paydo bo'ladi?
1. jinsiy aloqa paytida
 2. qin chayilganda, vanna qilganda
 3. asbob, tampon tekkizilganda
 4. yo'talganda, kuchanganda
4. Bachadon bo'yni rakining 4 ta darajasini ayting.
1. I - bachadon bo'yni sohasida
 2. II-qushni a'zolar 1/3 qismini egallagan (qin, bachadon, parametriy)
 3. III-qushni a'zolar 1/2 qismini egallagan (qin, bachadon, parametriy)
 4. IV- qovuq va to'g'ri ichakka o'sib kirishi
5. Bachadon bo'yni rakini davolash usullari
1. jarrohlik
 2. nur bilan
 3. kimyoviy davolash
 4. aralash davolash
6. Bachadon bo'yni fon kasalliklarini ayting.
1. papillyar eroziya
 2. follikulyar eroziya
 3. poliplar
 4. erirtoplakiya
 5. leykoplakiya
 6. bachadon bo'yni yirtilari
7. Bachadon raki rivojlanishi bo'yicha yuqori xavf guruhiga kiruvchi ayollarni ayting.
1. tug'magan
 2. bepusht
 3. tuxumdon sklerokistozi
 4. semizlik
 5. BDQK tez-tez qaytalashi
 6. giperestrogenemiya, giperqlikemiya

8. Bachadon bo'yni raki rivojlanishi bo'yicha yuqori xavf guruhiga kiruvchi ayollarni ayting.

1. tuqqan va homilasi tushgan ayollar
2. genitally a'zolarining tez-tez yalliglanishi, surunkali jarayonga o'tishi
3. tez bitmaydigan bachadon bo'yni eroziyasi
4. mahaliy kimyoviy kontratseptivlarning uzoq muddat qo'llanishi
5. irsiy
6. virusli infeksiya
7. giperestrogenemiya

9. Bachadon bo'yni raki o'sishining 2 xilini ayting

1. ekzofit
2. endofit

10. Bachadon bo'yni raki tarqalishining 3ta variantini ayting.

1. qin orqali
2. bachadon
3. parametral

11. Bachadon tanasi fon kasalliklarini ayting.

1. endometriy polipozi
2. klimakteriy va menopauza paytida BDQK qaytalashi
3. endometriy bezli giperplaziyasi

12. Bachadon bo'yni raki profilaktikasini ayting.

1. aholi orasida tushuntirish ishlarini olib borish.
2. bachadon bo'ynini har 6 oyda 1 marta ko'zguda ko'rish
3. bachadon bo'yni yirtilarini tikish
4. eroziya, polip, eritro -va leykoplakiyalarni radikal davolash
5. turli xil kontratseptiv vositalarni qo'llash

13. Bachadon bo'yni rakining qo'shimcha diagnostika usullarini ko'rsating.

1. Bachadon bo'ynining qin qismidan bosmali surtma olish va sitologik tekshirish
2. kolposkopiya
3. biopsiya

14. Bachadon tanasi rakida qaysi tekshiruv usullari qo'llaniladi?

1. qin orqali tekshiruv
2. UTT
3. gistersalpingografiya
4. gisteroskopiya
5. bachadon shilliq qavatini qirish

15. Quyidagi hollarning qay birida bachadon tanasi rakini aniqlash mumkin?

1. bachadondan hayz tuxtagan vaqtida qon ketish

2. «gushli yuvindi» ga o'xshash ajralma
3. katta yoshda menopauza davrida surkaluvchan qonli ajralmalar

16. Qanday holatda bachadon rakiga shubha qilish mumkin?

1. menopauza davridagi endometriy polipozi
2. menopauza davrida qon ketish
3. reproduktiv yoki klimakteriy davrida atsiklik qon ketishi

NAZORAT UCHUN SAVOLLAR

1. Bachadon bo'yni va tanasi rak oldi kasalligining uchrashi qanday?
2. Bachadon bo'yni va tanasining rak oldi kasalliklarini keltirib chiqaruvchi sabablar?
3. Bachadon bo'yni va tanasining rak oldi kasalliklarining tasnifi?
4. Bachadon bo'yni va tanasining rak oldi kasalliklarining klinik belgilari?
5. Bachadon bo'yni va tanasining rak oldi kasalliklarini aniqash usullari va tashxislash?
6. Bachadon bo'yni va tanasi rakining tasnifi qanday?
7. Bachadon bo'yni va tanasi rakining belgilari qanday?
8. Bachadon bo'yni va tanasi rakini aniqlash usullari va tashxislash?
9. Bachadon bo'yni va tanasi rakini davolash prinsiplari?

JINSIY A'ZOLARDAGI NUQSONLAR

Maqsad: jinsiy a'zoldagi nuqsonlarning etiologiyasi, patogenezi, diagnostikasi va davolash usullarini o'rganish.

Vazifalar:

1. Jinsiy a'zoldagi nuqsonlarning etiologiyasi va patogenezi;
2. Jinsiy a'zoldagi nuqsonlarning klinikasi, diagnostikasi, davolash usullari;
3. Bachadon naylari va qinning nuqsonlari klinikasi, diagnostikasi va davolash usullari;
4. Qizlik pardasi nuqsonlari etiologiyasi va patogenezi;
5. Qizlik pardasi nuqsonlari klinikasi, diagnostikasi va davolash usullari;

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

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

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

Bachadon, uning qo'shimchalari (naychalar) va qinning nuqsonlari

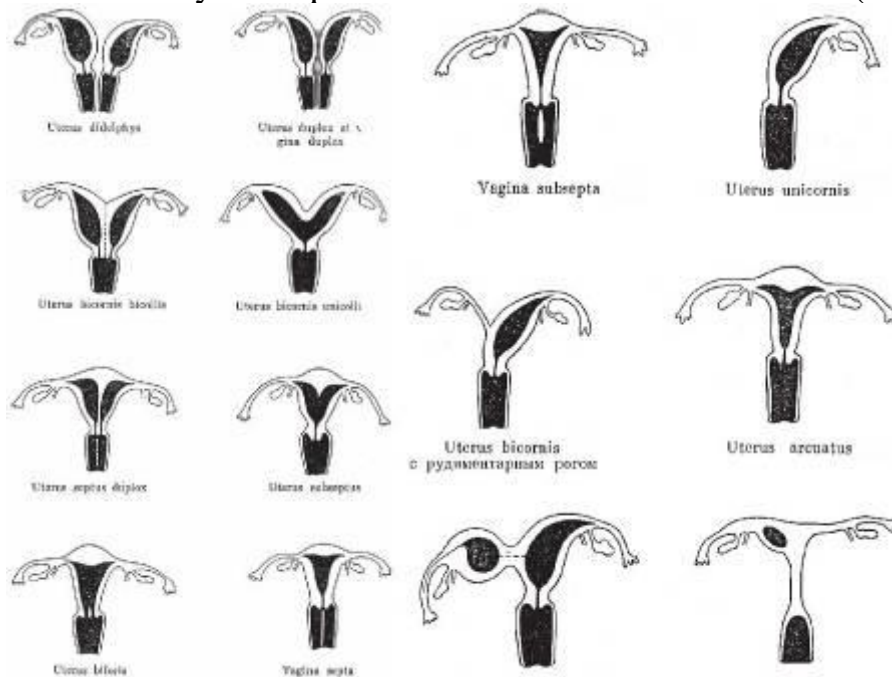
Ba'zi hollarda bachadon va uning naychalarining yaxshi taraqqiy qilmagan hollari ham uchrab turadi. Bachadon bo'lgani holda, naychalarning bo'lmasligi yoki ular rudiment holda bo'lishi mumkin. Ba'zi hollarda qo'shimcha naychalar yoki naychalarda qo'shimcha teshiklar ham bo'ladi. Bu qo'shimcha naycha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

Qiz bolalarning jinsiy a'zolaridagi og'ir nuqsonlardan biri – bachadonning bo'lmasligidir. Ko'pincha bachadon bo'lmasa, qin ham bo'lmasligi mumkin. Bunday qizlar to'g'ri ichak orqali tekshirilganida, tasmaga o'xshash yapaloq tanacha qo'lga ilinadi. Bu bachadon va qinning rudiment ko'rinishidir. Qinning bo'lmaslik hollari ko'p uchraydi. Bu nuqson asosan homila ona qornida bo'lganida, Myuller yo'llari (bachadon, qin va bachadon qo'shimchalari shu Myuller yo'llardan vujudga keladi) pastki qismining yaxshi taraqqiy etmay qolganligi natijasida ro'y beradi. Ko'pincha ana shu ichki jinsiy a'zolar rudiment holda bo'lganligidan qiz bolaning butun organizmi ham rivojlanishdan orqada qolishi mumkin. Bu og'ir patologik holat bo'lib, buni ertaroq aniqlash bolalar vrachi, ona va tarbiyachilarning muhim vazifalaridan hisoblanadi. Aks holda qiz bola buni keyinroq, ya'ni balog'atga yetganida bilib qolsa, uning ruhiyatiga og'ir ta'sir qiladi. Qinning bo'lmasligi ham og'ir nuqsonlardan bo'lib, bunda qiz bolada menarxe bo'lmaydi, balog'atga yetgan bo'lsa ham

amenoreya kuzatiladi. Agar soxta amenoreya bo'lsa, hayz davrida ajratiladigan qon tashqariga chiqolmay, bachadon va uning naychalarida to'planadi, xatto qorin bo'shlig'iga ham oqib o'tishi mumkin. Bu nuqsonlarda qiz bola hayz ko'rganida kuchayayotgan og'riqdan shikoyat qiladi. Bunday hollarda jarrohlik yo'li bilan sun'iy qin hosil qilinadi. Mabodo bachadon bilan birga qin ham bo'lmasa, bunday hollarda siydik qopi bilan to'g'ri ichak oralig'i kengaytirilib, jinsiy aloqa uchun kanalcha yasaladi. Yuqorida qayd etib o'tilgan operatsiya turlari bola balog'atga yetgach, faqat o'zi yoki yaqinlarining iltimosi va roziligi bilangina qilinadi. Yallig'lanish natijasida ba'zan qin devorlari bir-biriga yopishib qoladi. Bu ham jarrohlik yo'li bilan tuzatiladi, ya'ni chandiqlar qirqiladi, yoxud a'zo zond yordamida kengaytiriladi.

Qin va bachadonning ikkiga ajralgan holati

Bu asosan Myuller iplarining bir-biri bilan qo'shilmaganligidan vujudga keladi. Agar harikkala tomondagi Myuller iplari bir-biriga yaqinlashib qo'shilsa, unda bitta bachadon va bitta qin vujudga keladi. Ba'zi hollarda bachadon ikkiga ajralib rivojlansa, ularda bo'shliq bo'lmasligi ham mumkin. Ba'zan bachadon bo'shlig'i qisman saqlangan bo'ladi. Bunday hol qinda ham uchraydi, bu har ikki tomondan yoki faqat bir tomondan ko'rinishi mumkin (69-70rasm).



69–70 - Rasm. Ichki jinsiy a'zolari nuqsonlarining turlari

Qin va bachadon bo'shliqlari bo'lmasligi, ba'zan bachadon va qin butunlay bo'lmasligi yoki qisman bo'lishi mumkin. Yana shunday hollar ham uchraydiki, bachadon va qin go'yo normal ko'rinishiga qaramay (bitta bachadon va bitta qin), ularning ichki tomoni o'rtasidan to'siq bilan to'silgan bo'lib, shu to'siq tufayli qin va bachadon ichi ikkiga bo'lingan bo'ladi. Ko'pincha bachadon va qin ikkiga bo'lingani holda, ularning har ikkalasi ham normal taraqqiy qilib, faoliyati jihatidan ham deyarli normal bo'lishi mumkin. Ammo bunday bachadonlarning har birida bittadan qo'shimcha bo'lib tuxumdon ham bitta bo'ladi. Bachadon bo'yni hamda qin ikkitadan va ular mustaqil bo'ladi. Ba'zan bitta bachadon va qin to'liq sifatli bo'lishi yoki ikkinchisi ham yaxshi yoki har ikkalasi ham taraqqiy qilmay qolgan bo'lishi ham mumkin. Ko'p hollarda bachadon va qin qo'shaloq bo'lib har ikkalasi

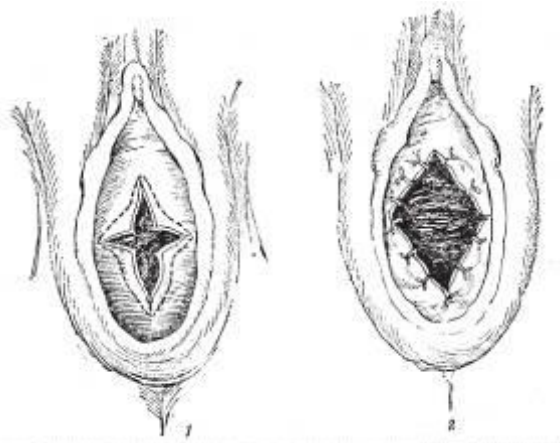
bir-biriga yaqin joylashgan, ba'zan faqat pastki qismlari bir-biriga yaqin bo'ladi. Qo'shaloq qinning bittasi ochiq, ikkinchisi bitgan bo'lsa, birinchi va ikkinchi hayzlardan ajralgan qon ana shu qinga to'planib qoladi. Agar bachadon bo'yni berk bo'lsa, unda qon bachadonga to'planadi, shu yo'sinda bachadonda qo'shimcha shox ham bo'lishi mumkin va qiz bola hayz ko'rganida (agar shu shox bo'shlig'i bachadon bo'shlig'iga qo'shilmagan, berk bo'lsa) ajralgan qon shu bachadonga to'plana borib, bunda ham gematometra yuz beradi. Bu og'ir klinik holat bo'lib, bemor operatsiya qilinib, shu bachadon shoxi olib tashlanadi. Mabodo qinga yoki shu bachadonga quyilgan qonga infeksiya tushsa, unda og'ir infeksiyon jarayon yuz beradi. Ayollarda ana shu qo'shimcha homiladorlik vujudga kelsa, bu bachadondan tashqarida ro'y bergan homiladorlik deb atalib, og'ir oqibat-larga, ya'ni bachadon yirtilishi, kuchli qon ketib, ayolning o'limiga sabab bo'lishi mumkin.

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

Qizlik pardasidagi nuqsonlar

Qizlik pardasi har xil shaklda bo'lishidan tashqari, ba'zan qalinroq va halqasimon bo'lishi ham mumkin. Ayniqsa, qalin bo'lsa jinsiy yaqinlik qilishda ko'pgina ko'ngilsizliklarga sabab bo'lishi mumkin. Halqasimon bo'lsa, jinsiy aloqa vaqtida yirtilmaslik holati ham uchraydi. Gohida qizlik pardasi berk (atreziya) bo'lib, buni ham kechikib aniqlash hollari uchraydi. Qiz bola balog'atga yeta boshlagach, hayz bo'lmayotgani, oy sayin qorin pasti, dumg'aza, bel sohalorida og'riq ko'payib borib, u borgan sayin kuchayayotganligidan shikoyat qiladi. Og'riqning borgan sari kuchaya borishiga sabab – bachadondan ajralgan qon qizlik pardasi berk bo'lganligi uchun, qinga, qin to'lgach, bachadonga va naychalarga oqib kelib, ularni to'ldiradi, ba'zan qorin bushlig'iga ham oqib kelib, qorin pardasini qitiklaydi. Bunday paytda qiz bolaga tez yordam ko'rsatish zarur bo'ladi. Yordam ko'rsatilmagan taqdirda qorin pastidagi og'riq bora-bora kuchaya boshlaydi. Qorin devori orqali paypaslab ko'rilganida kichik chanoq ichi va ba'zan undan yuqoriga tomon ko'tarilgan, kolbasaga o'xshash qattiq elastik shish seziladi. To'g'ri ichak orqali tekshirilganda ham shu hol seziladi. Qin, bachadon va naychalar bo'shlig'iga yig'ilgan qon infeksiyaning avj olishi uchun juda qulay manba hisoblanadi.

Yig'ilgan pirogen moddalarining shimilishiga ko'ra, qiz bolada gipertermiya holati yuz beradi. Uning tana harorati 37. 2 – 37. 8 o S gacha ko'tariladi. Mabodo qiz bola organizmida qarshilik ko'rsatish kuchi sust bo'lib, infeksiyaning virulentligi kuchli bo'lsa, tana harorati yanada ko'tarilishi mumkin. Bu a'zolarida yallig'lanish boshlanganligini ko'rsatadi. Qiz bola vrach yordamiga nihoyatda multoj bo'ladi. Bemorga tashxis qo'yishda qorin va to'g'ri ichak orqali tekshirishdan tashqari, UZD, laparoskopiya, sistoskopiya, rektoromanoskopiya usullaridan foylaniladi. Davolashda asosan jarrohlik usulidan foydalaniladi (71-rasm).



71 – Rasm. Qizlik parda atriziyasida xirurgik davolash usuli

Bunda asosan qizlik pardasi qo'shuv alomati kabi kesiladi, yig'ilgan qon, seroz va yiring olinib yallig'lanish jarayoni yuz bergan bo'lsa, yallig'lanishga qarshi muolaja qilish kerak bo'ladi. Operatsiya qilinganligi to'g'risida qizning onasi yoki o'ziga hujjat berilishi shart. Chunki Markaziy Osiyo xalqlarining urf-odatlariga ko'ra, qizlik pardasi qiz bolaning iffatli ekanligidan dalolat beradi.

Soxta germafroditizm

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

Soxta germafroditizm shunday bir nuqsonki, unda jinsiy a'zolar jinsiy bezlarning tuzilishiga mos kelmaydi. Bachadon, qin, bachadon qo'shimchalari, tuxumdonlar bo'lishiga qaramay, jinsiy a'zoning tuzilishi erkak kishining jinsiy a'zosini eslatadi. Yana, qiz bolalarda o'g'il bolalar xarakteriga xos somatik va ruhiy holat kuzatilishi mumkin. To'liq soxta germafroditizmدا tashqi va ichki germafroditizm ko'rinishlari bo'ladi, ammo bu hol juda kam uchraydi. Tashqi germafroditizmدا klitorning gipertrofiyasi huddi erkak kishining olati (penis)ni eslatadi, lekin undan kichikroq bo'ladi. O'rta chiziqda katta jinsiy lablar bir - biriga qo'shilib, erkaklar urug' xaltasini eslatadi. Ammo tuxumdon, naychalar, bachadon, qin taraqqiy etgan bo'ladi. Shunga qaramay, Volf yo'li (urug' chiqadigan yo'l) va prostata bezining gomologi parauretral bez bo'ladi, bu ichki psevdogermafroditizm hisoblanadi.

Masala

Bemor, 16 yoshda, qiz bola. 3 oy davomida regulyar ravishda qorin pastida

og'riq, qovuqning tiqilishi, belda og'riq kuzatilgan. Anamnezidan: hayz bo'lmagan, yoshligidan tez-tez shamollashga moyil, surunkali tonzilliti bor. Ko'rikda: teri va shilliq qavatlari oqargan, puls 80 marta, AQB-100\60 mm. sim. ust. Qorin paypaslanganda og'riqli, qorin mushaklari taranglashgan. Ginekologik ko'rikda: qizlik pardasi bitishgan, bir oz bo'rtib, ko'karib turibdi.

Rektal ko'rikda: bachadon kattalashgan, taranglashgan va og'riqli. Bachadon naylari sohasi bir oz og'riqli.

Ultratovush tekshiruvda: bachadon 90x100x85 mm, bachadon ichida bir xil konsistensiyali modda.

Tashxis. Davolash choralari.

AMALIY KO'NIKMALAR.

1. Qizlik pardasi nuqsonlarini aniqlash.
2. Ginekologik tekshirish, ko'zgularda va bimanual tekshirishni bilish.
3. Bachadon nuqsonlarini rentgen va ultratovush orqali tekshirish natijalarini o'qiy bilish.

NAZORAT SAVOLLARI:

1. Jinsiy a'zolarning rivojlanishini nuqsonlariga nimalar kiradi?
2. Etiologik faktorlari.
3. Patogenezi.
4. Qin va bachadon ikkiga ajralgan holat qachon vujudga keladi?
5. Qizlik pardasi atreziyasining klinikasi.
6. Soxta germafroditizmning klinikasi.

BACHADONNING NOTO'G'RI JOYLASHISHI

Maqsad: talabalarni ayollar jinsiy a'zolarining noto'g'ri joylashish sabablari, tasnifi, asosiy belgilari, ularni davolash va oldini olish choralari bilan tanishtirish.

Vazifalar:

- bachadonning normal holatdagi tipik joylashuvini o'rganish;
- bachadon va uning ortiqlari normal joyida nima sabablarga ko'ra saqlanib turadi;
- ayollar jinsiy a'zolarining anomaliyasi nima? Ularning etiologik sabablari;
- tug'ruqdan keyingi bachadonning noto'g'ri joylashish sabablari;
- qorindagi bosimning ko'tarilish sabablari;
- I, II va III darajadagi qin tushishi deganda nimani tushunasiz?
- I, II, III va IV darajadagi bachadon tushish deganda nimani tushunasiz ?
- Sistotsele deganda nimani tushunasiz ?
- bachadon tushishida ortopedik davolash qachon qo'llaniladi ?
- bachadon noto'g'ri joylashganida jarrohlik yo'li bilan davolashning asosiy qoidalari;
- ayollar jinsiy a'zolari noto'g'ri joylashishining oldini olish choralari.

Qorin bo'shlig'idagi biror a'zoning, jumladan chanoq vaziyatini yakkalangan holda ko'zdan kechirish mumkin emas. Barcha a'zolar bir-biriga bevosita taqalib yotadi, ular bir-birini suyab turganligi uchun ozmi-ko'pmi doimiy muvozanatda bo'ladi, diafragma, qorin devori va chanoq tubining o'zaro ta'siri tufayli qorin bo'shlig'ida shunday muvozanat vujudga keladi. Kichik chanoqning boylamlari, biriktiruvchi to'qima va mushaklardan tuzilgan apparat borligidan chanoq a'zolari chanoqda o'z o'rnini saqlab turadi va fiziologik yoki patologik sharoit taqozosi bilan qorin bo'shlig'ida oshgan bosimga ma'lum darajada qarshilik ko'rsata oladi. Bachadonga nisbatan shuni nazarda tutish kerakki, qo'shni a'zolar (qovuq va ichak) holati ham bachadonning vaziyatiga ta'sir etadi.

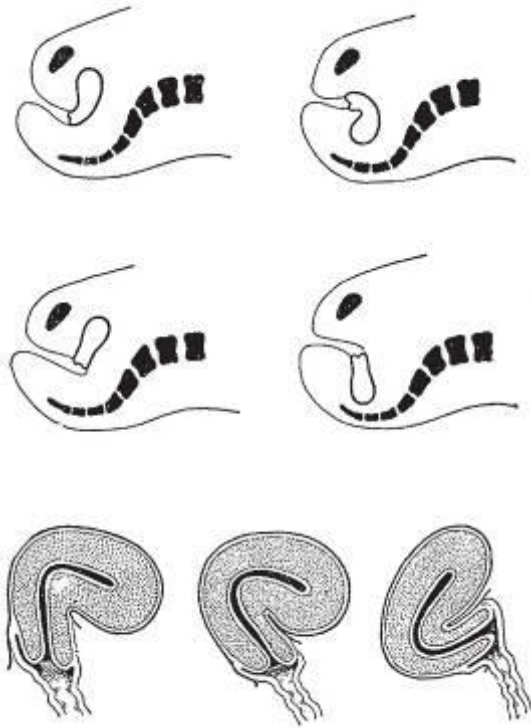
Bachadon bir qadar harakatchandir, shu sababli bachadonning qandaydir doimiy, muayyan darajada normal vaziyati haqida gapirib bo'lmaydi, bachadon xususida ko'proq tipik vaziyat haqidagina fikr yuritish mumkin.

Bachadon chanoqning o'rtasida joylashgan, tubi oldinga va yuqoriga qaragan, qindagi qismi esa pastga va orqaga yo'nalgan bo'ladi. Bachadonning bunday vaziyati og'ish – versio deb ataladi. Bachadon tanasi qayoqqa qaraganiga qarab, quyidagi vaziyat tafovut qilinadi:

Anteversio – normal (to'g'ri tipik) vaziyat – bachadon tanasi oldinga qaragan; lateroversio – chanoqning yon devoriga qaragan; retroversio – orqaga qaragan.

Bachadon bo'yni tanasiga o'tgan joyda oldinga qaragan o'tmas burchak bor. Burchakning tepasi ichki teshik sohasiga mos keladi. Bachadon bo'ynining bachadon tanasiga nisbatan shunday joylashuvi egilish, fleksiya (flexio) deb ataladi. Bachadonning og'ishidagi kabi, burchakning qay tomonga ochilganligiga qarab bachadonning egilishi quyidagi turlarga bo'linadi: anteflexio – bachadonning normal, tipik vaziyati, retroflexio – bachadonning

orqasiga egilgan bo'lishi: lateroflexio – chanoq yon devoriga qayrilgan bo'lishi (72-rasm).



72 – Rasm. Bachadon noto'g'ri joylashish turlari.

Bachadonning tanasi bilan bo'yni o'rtasidagi burchak oldiga ochilgan, bachadon tanasi ham oldinga qaragan, qindagi qismi esa orqaga va pastga yo'nalgan vaziyatini normal (tipik) vaziyat (anteflexio – versio uteri) deb hisoblash qabul qilingan, bu vaziyatda bachadon bo'ynining tashqi teshigiga interspinal chiziq, ya'ni ikkala spinae ichi ni birlashtiruvchi chiziq ro'parasida bo'ladi.

Qovuq to'lganda bachadon tanasini orqaga buradi, to'g'ri ichak to'lib ketganda bachadon bo'yniga, oldinga va yuqoriga suradi.

Bachadon vaziyati tipik vaziyatdan keskin farq qiladigan darajada o'zgargan bo'lsa, bachadonning patologik vaziyati deb ataladi. Bachadon vaziyatining quyidagi o'zgarishlari tafovut qilinadi:

1) o'zgargan pozitsiya (positio), ya'ni bachadonning chanoq bo'shlig'iga butunlay siljib qolishi:

2) butun bachadonning gorizontaal og'ishiga (versio), ya'ni vaqtida bachadon tanasi bilan bo'yni o'rtasidagi burchak devori tekislanib ketadi (ante-, retro-, lateroversio).

3) kuchaygan yoki o'zgargan egilish (flexio) – bachadon bo'yni bilan tanasi o'rtasidagi burchak o'tkirroq bo'ladi (anteflexio patologica, retro-, lateroflexio).

4) bachadon uzunasiga ketgan o'qi bo'ylab buriladi (lorsio);

5) bachadon ag'darilib chiqadi (inversion uteri).

Bachadonning so'rilishi (disposition) a'zoning patologik vaziyati hisoblanadi, bunda butun bachadon oldinga, orqaga yoki yon tomonga tortilgan yoxud normadan tashqari ko'tarilgan (elevatio) yoki pastga tushgan (descendens uteri) yo bo'lmasa, nixoyat, jinsiy yoriqdan tashqariga chiqqan (prolapsus uteri) bo'ladi. Bachadonning qaysi tomonga siljiganiga qarab quyidagilar tafovut

qilinadi: antepositio – oldinga surilish: retropositio – orqaga surilish, lateropositio – yon tomonga surilish. Bachadonga o'smaning tazyiq qilishi yoki bachadonning tortmalar bilan chanoq devoriga tortilishi natijasida pozitsiyasi o'zgarishi mumkin. Duglas bo'shlig'idagi o'smalar, qon quyilishi sababli bachadon oldinga surilib ketadi (antepositio). Bachadonni qorin devoriga yopishtirish operatsiyasi (bachadon ventrofiksiyasi)da shunday vaziyat sun'iy yo'l bilan vujudga keltiriladi. Dumg'aza -bachadon boylamlari qisqarganda, shuningdek yallig'lanish jarayoni natijasida tortmalar paydo bo'lganda bachadon ko'pincha orqaga surilib qoladi (retropositio). Ba'zan bachadondan oldingi o'smalar bu a'zolari orqaga surib yuboradi. Tekshirishdan oldin hamisha qovuqni bo'shatib olish zarur, chunki to'lib ketgan qovuq bachadon tanasini orqaga itaradi. Retropositio da butun bachadon ba'zan dumg'aza suyagining botiq qismida yotadi. Chanoqning qarama-qarshi yarmidagi o'sma yoki klechatkadagi infiltrat bachadonni chanoqning yon devoriga taqab qo'yishi natijasida bachadon yon tomonga suriladi (lateropositio). Bundan tashqari, yallig'lanish jarayonlaridan keyin bachadon serbar bog'lamlarining buralib kelishi sababli bachadon yon tomonga surilishi mumkin.

Tuxumdon ortiqlarining boylamlar o'rtasida joylashgan o'smalari, qin o'smalari, qin atreziyasida qinga to'plangan qon (gematokolpos), to'g'ri ichak o'smalari va shunga o'xshashlar bachadonni kichik chanoq bo'shlig'idan surib yuborishi natijasida bu a'zo ko'tarilib qoladi (elevatio.) Bachadon tubini qorin devoriga balandroq fiksiya qilib, shunday vaziyatni sun'iy yo'l bilan vujudga keltirish mumkin.

Bachadonning og'ishi

Yuqorida aytilganidek, normal (tipik) holatda bachadon anteversio vaziyatida yotadi. Ammo, chanoq devorlariga nisbatan olinganda shu vaziyat biron tomonga turlicha o'zgarishi mumkin: bachadonning oldinga qarab haddan tashqari og'ishi patologik antiverziya, orqaga og'ishi retroverziya, yon tomonga (o'ngga yoki chapga) og'ishi lateroverziya deb ataladi. Bachadonning patologik og'ish *sabablari* juda turli-tumandir: bachadonni ushlab turuvchi apparat (boylamlar)ning yetarli taraqqiy etmaganligi, infantilizm (bunda dumg'aza-bachadon boylamlarining tug'ma xastaligi qayd qilinadi), har xil o'smalar, sumkalangan qorin ekssudatlari va nihoyat, yallig'lanish jarayonlari shular jumlasidandir. Patologik anteverziyada ayol tikka turganda bachadon tubi bachadon bo'ynidan pastda qoladi, bachadon bo'yni normal holatdan tafovut qilib, yuqoriga va orqaga yo'nalgan bo'ladi. Qorni osilib ketgan homilador ayollarda bachadonning oldingi devori qovuqning orqa pardasiga yopishib ketganda va churra tushganda bachadon antiverziyasi kuzatiladi.

Bachadonning og'ishlaridan retroverziyaning ahamiyati muhimroq. Bunda bachadon tubi yuqoriga va orqaga, bachadon bo'yni esa pastga va oldinga qaragan bo'ladi.

Ayol tuqqanidan keyin va operatsiyadan so'ng uzoq vaqt chalqancha yotishi natijasida bachadon retroverziyasi kelib chiqadi. Ba'zan o'smalar paydo bo'lganda, bachadonning tug'ruqdan keyingi teskari evolyutsiyasi noto'g'ri bo'lganda, qovuq to'lib ketganda, qin devorlari pastga tushganda va, nihoyat, qovuq

bilan bachadon o'rtasidagi bo'shliqqa ichak qovuzloqlari tushib qolganda (shu sababli qorin ichidagi bosim bachadonning oldingi devoriga ta'sir etadi) bachadon tanasining og'irligi sababli retroverziya kelib chiqadi.

Yuqorida ko'rsatilgan sabablardan tashqari, chanoqning qorin pardasidagi yallig'lanish jarayonlari, Duglas bo'shlig'idagi perimetrit, bachadon serbar boylamidagi qorin pardasi orqa varag'ining yallig'lanishi va operatsiyadan keyin yamoqlar hosil bo'lishi retroverziyaning kelib chiqishida katta rol o'ynaydi. Oraliqning shikastlanishi natijasida qinning pastga tushishi bilan retroverziya o'rtasida bevosita bog'lanish bor.

Bachadon chanoqning yon devorlariga yotganda (lateroverziyada) bachadon tubi yuqoriga va yon tomonlardan biriga, bachadon bo'yni esa pastga va bachadon tanasining qarama-qarshi yon tomoniga qaragan bo'ladi. Bachadonning bir tomonga og'ishi bachadon tanasining o'smalardan so'rilishi natijasida, bachadon naylari va tuxumdonlardagi yallig'lanish jarayonining bachadon atrofidagi klechatkaning yallig'lanishi (parimetrit) natijasi hisoblanadi. Tuxumdon ortiqlarining o'smalarini olib tashlash operatsiyalarining keyin paydo bo'ladigan yamoqlari ham shunday ta'sir etadi.

Bachadon noto'g'ri yotganda (ayniqsa retroverziyada) ko'pincha hajmi kattalashadi. Sababi shuki, bachadonning noto'g'ri yotishi sababli serbar boylamlar bag'ridan o'tishi qiyinlashib qoladi. Ayni vaqtda bachadonning noto'g'ri yotishi odatda elastik arterial tomirlarga ta'sir etmaydi, shuning uchun bachadonga qon normal ravishda kelaveradi. Natijada bachadonda qon dimlanib, giperemiya kelib chiqadi, shu munosabat bilan bachadon shishadi va hajmi kattalashadi.

Bachadonning egilishi

Bachadonning normal vaziyatida bir qancha o'zgarishlar uchraydi. Masalan, bachadon bo'yni bilan birga to'g'ri yoki sal-pal yoysimon chiziqda yotishi mumkin, ba'zan esa bachadon bo'yni tanasi o'rtasida burchak hosil bo'ladi, bu burchakning oldinga, orqaga, o'ngga yoki chapga ochiq turganligiga qarab, antefleksiya, retrofleksiya, bachadonning o'ngga yoki chapga egilishi deb ataladi. Normal antefleksiyadan *patologik antefleksiyani* farq qilish zarur.

Patologik antefleksiyaning eng ko'p uchraydigan sabablari infantilizmdir, bunda dumg'aza-bachadon boylamlari tug'ilishdan kalta bo'ladi. Dumg'aza-bachadon boylamlari ichki teshik sohasini orqaga tortsa, yumaloq boylamlar bachadonning orqa devoriga ta'sir etadigan bosim (qorin bo'shlig'idagi bosim) yordamida bachadon tanasini odatdagi joyida ushlab turadi: natijada keskin antefleksiya vujudga keladi. Bu anomaliya ko'pincha tug'ma bo'ladi, ammo tug'ilishdan keyin dumg'aza-bachadon boylamlarining yallig'lanib, burilishi natijasida ham keskin antefleksiya kelib chiqishi mumkin. Bachadonning o'ngga yoki chapga egilishi (lateroflexio derxtra et sinistra) ko'pincha rivojlanish nuqsoni hisoblanadi, ammo tug'ilgandan keyin bachadon serbar boylamlaridan birining yallig'lanib, yamoq tortib, o'zgarishi natijasida ham kelib chiqishi mumkin.

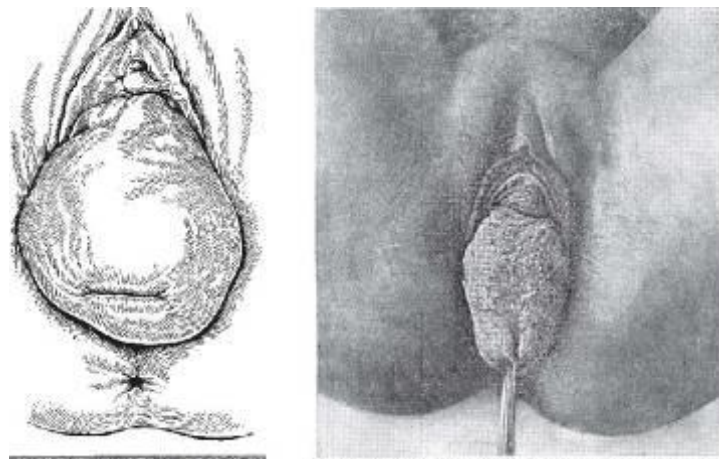
Retrofleksiya (retroflexio)da bachadonning qindagi qismi oldinga ko'proq suriladi. Teshik pastga qaragan bo'ladi, bachadonning orqaga egilgan tanasi orqa gumbazlar orqali sharsimon jism shaklida paypaslab topiladi. Retrofleksiya

retroverziyaning keyingi bosqichi hisoblanadi. Retroverziyani keltirib chiqaruvchi hamma sabablar bachadon retrofleksiyasiga ham sabab bo'la oladi, deb aytish mumkin.

Bachadonning **Harakat chanvaqimirlaydigan (fiksatsiyalangan) retrofleksiyasi** tafovut qilinadi. Harakatchan retrofleksiyada bachadonni ikki qo'llab tekshirishda shu vaziyatdan osongina chiqarish mumkin: bachadonning retroverziya-fleksiya holatida ushlab turuvchi zich tortmalar bo'lganda esa, uni bu holatdan chiqarib bo'lmaydi.

Bachadonning pastga tushishi va tashqariga chiqishi

Bachadonning chanoq o'qi bo'ylab pastga surilishi pastga tushishi deb ataladi. Bachadon normal o'rmidan pastga surilsa-yu, jinsiy yoriqdan tashqariga chiqmasa, bachadon **pastga tushgan** (descensus uteri) deb aytiladi. Bachadon pastga ko'p surilib, jinsiy yoriqdan tashqarida qolsa, **bachadon tashqariga chiqqan** (prolapsus uteri) deb aytiladi: jinsiy yoriqdan bachadonning faqat bo'yni chiqib turadi, bachadon qisman tashqariga chiqqan (prolapsus uteri partialis) deyiladi: bachadon jinsiy yoriqdan butunlay chiqib qolgan bo'lsa, to'la tashqariga chiqqan (prolapsus uteri totalis) deb ataladi (73 rasm).



73–74- Rasm. Bachadon to'liq tashqariga chiqish sistotsele bilan birgalikda.

Chanoq tubini hosil qiluvchi to'qimalar tug'ruq vaqtida yirtilsa yoki ko'p tuqqan xotinlarning shunday to'qimalari qayta cho'zilaverib funksional kamchilik kelib chiqsa, qorin devori, chanoq tubi va diafragma mushaklarining hamkorlikda ishlashi tufayli qorin bo'shlig'i a'zolarining o'zaro munosabati buzilib, chanoq a'zolarining surilishi uchun sharoit vujudga keladi.

Oraliq yirtilganidan keyin o'z vaqtida choklanmagan bo'lsa, jinsiy a'zolarining pastga tushishiga va tashqariga chiqib qolishiga sabab bo'ladi. Qin devorlari odatda quyidagicha tartibda pastga tushadi, avval qinning oldingi devori oraliq mushaklarining yirtilishi sababli tabiiy tayanchdan maxrum bo'lib, pastga tusha boshlaydi. Qin devori tushar ekan, qovuq devorini ham ergashtirib olib tushadi.

Ayni vaqtda qovuq bilan qin o'rtasidagi mushak -fassiya to'sig'i juda cho'zilib ketsa yoki bir-biridan uzoqlashsa, qovuq devori shu qadar bo'rtib

do'mbayib chiqadiki, qovuq churrasi (cysoccele) hosil bo'ladi.

Qinning oldingi devori – asta sekin pastga tushar ekan, bachadonning qindagi qismini ham torta boshlaydi, shunga ko'ra bachadonning mazkur qismi oldingi surilib qoladi. Bachadon bo'ynining oldinga surilishi bachadon vaziyatiga ta'sir qilmay qolmaydi, richag qonuniga muvofiq bachadon orqaga og'adi, bachadon retroversiyasi kelib chiqadi. Bachadon bilan birga serbar boylamlar ham o'z vaziyatini o'zgartiradi, shu munosabat bilan venalar qisilib, venoz qon yaxshi yurishmaydi. Yuqorida aytilganlarga ko'ra, chanoqda qon aylanishining buzilishi natijasida bachadon bo'rtib, og'irroq bo'lib qoladi. Og'riq turadi, oqchil keladi, shuningdek hayz buziladi. Shundan keyin bachadon retroverziya holatidan retroverziya-retrofleksiya holatiga o'tadi, endi bachadon ham pastga tusha boshlaydi.

Nihoyat, so'nggi bosqichda (oraliqning yirtilishi natijasida) orqaga qayrilgan bachadon tashqariga chiqib qoladi, buning ob'ektiv belgisi shundan iboratki, pastga tushayotgan bachadon qin og'zidan tashqariga chiqa boshlaydi. Ba'zan bachadon bo'ynining faqat qindagi qismi (ayniqsa kekxa ayollarda) tashqariga chiqadi. Sababi shuki, qarilikdagi atrofiya tufayli mushaklardan maxrum bo'lgan va pastga tushayotgan qin devorlariga qo'shilib tortiladigan bachadon bo'yni qin og'zidan tashqariga chiqib qoladigan darajada uzunasiga cho'ziladi.

Qin orqa devorining pastga tushishi va to'g'ri ichak devorining tashqariga chiqib qolishi qin-to'g'ri ichak to'sig'ining nechog'liq buzilganiga va mushaklarining qanchalik cho'zilganligiga bog'liq.

Qinning orqa devorini to'g'ri ichak bilan birlashtiruvchi kletchatka yumshoqroq bo'ladi, shunga ko'ra to'g'ri ichak qinning tashqariga chiqayotgan orqa devoriga kamdan-kam ergashadi, lekin qinning orqa devori anchagina pastga tushgan bo'lsa, to'g'ri ichakning pastki bo'limi qin devori bilan bari bir pastga tushadi (rectocele). Bachadon boylamlar kuchi bilan o'z vaziyatida tursa, tashqariga chiqqan qin bachadonning boylamlari bo'shshmaguncha va bachadon tanasi pastga tushmaguncha bachadon bo'ynini tortaveradi: ayrim hollarda qining pastga tushayotgan devorlari bachadon bo'ynini shu qadar cho'zadiki, u ikki marta va hatto uch marta uzun bo'lib qoladi (elongation colli uteri) (74rasm).

Ammo shuni aytish kerakki, jinsiy a'zolarining pastga tushishi va tashqariga chiqishi hamisha yuqorida aytilgan tartibda boravermaydi va o'z rivojlanishining biror bosqichida to'xtab qolishi mumkin.

Bachadonning noto'g'ri yotish vaziyatiga xos simptomlar

Asosan bachadon retroverziya-fleksiyasida ko'proq eshitiladigan shikoyatlarga avvalo *menoragiylarni* qo'shish kerak, Menoragiya chanoqda qon yurishmasligi sababli bachadon giperemiyasining oqibati hisoblanadi. Ko'pincha bemorlar chanoqda qon yurishmasligi sababli bachadon shilliq pardasining sekretsiyasi kuchayganligi oqibatida oqchil paydo bo'lganidan zorlanadilar.

Odatda bemorlar defekatsiyada dumg'azada og'riq turishini, ba'zan ayniqsa uzoq vaqt tik turilgandan keyin oyoqlar og'rishini aytib, noliydilar. Og'riqlarning joylashuvi va zo'rliqi g'oyatda har xil bo'la olishini aytib o'tmoq

kerak. Ko'pincha bemorlar defekatsiyada og'riq sezilishi yoki to'g'ri ichakning bosilish sezgi bezovta qilayotganini aytib, shikoyat qiladilar. Defekatsiyada og'riq sezilishi odam kuchanganida bachadonning surilishiga bog'liq. Defekatsiya vaqtida og'riq bo'lishi dastlab ichni ataylab to'xtatib turishga olib keladi, keyinchalik esa ko'pincha surunkali ich qotishiga sabab bo'ladi.

Siydik chiqaruv a'zolarining turli darajada buzilganligi haqidagi shikoyatlar ham ko'p eshitiladi. Patologik antefleksiyada bachadon bo'ynining tazyiq ko'rsatishi tez-tez zahartang qilishiga olib keladi. Bachadon retroverziya fleksiyasi ba'zan tug'maslikka yo'l ochadi, chunki tashqi teshik oldinga surilganligi sababli sperma orqa gumbazda to'planib, bachadonga kirishi qiyinlashadi.

Bachadon bilan qin pastga tushganda va tashqariga chiqqanda simptomlar aksari ma'lum tartib bilan kuchayib boradi, qovuqning chala bo'shashi oqibatida tez-tez zahartang qilib turishi ilk simptom hisoblanadi.

Bachadon bilan qin pastga tushgan sayin qovuq churrasi to'planib chiqa boshlaydi, shuning natijasida qovuqning bir qismi uretraning ichki teshigidan pastroqda bo'ladi, undagi siydik esa oqib chiqolmay ushlanib qoladi. Bachadon siydik chiqarilgandan keyin qovug'i to'la bo'shamaganini his qiladi, shunga ko'ra, qinning tez orada siygisi keladi. Qinning oldingi devori qovuq bilan anchagina pastga tushganda, qovuq ichki sfinkterining cho'zilishi va chala yuvilishi tufayli bemorlar ko'pincha siydikni qisman to'xtata olmaydilar. Bachadon tashqariga chiqqan bo'lsa, uretraning qisilishi va qayrilib qolishi sababli siydik chiqarish, aksincha, ko'proq to'xtalib qoladi va bemorlar tashqariga chiqqan a'zolar joyiga kirgizib qo'yilgandan keyingina siydik chiqara olishlarini aytadilar.

Bachadon noto'g'ri vaziyatda yotganda qanday bo'lmasin simptomlar aksari bo'lmaydi, bachadonning noto'g'ri yotishi bemorni ko'zdan kechirishda tasodifan aniqlanib qoladi. Bachadonning tashqariga chiqib qolishini aniqlashga kelsak uning diagnostikasi qiyin emas. Tashqi jinsiy a'zolar oldida nok shaklida ag'darilib chiqqan qin turadi, uning bag'rida esa bachadon paypaslab topiladi. Ag'darilib chiqqan qinning eng qavariq qismida bachadonning tashqi (odatda kengaygan) teshigi bo'ladi. Tashqariga chiqqan qinning shilliq pardasi qalin tortgan, dag'allashgan, quruq bo'lib, teriga o'xshaydi. Tashqi teshik atrofida, ba'zan esa shilliq pardaning yon yuzalarida ko'pincha lekubital yaralar ko'riladi.

Kasallikning boshlarida tashqariga chiqqan a'zolari bemorning o'zi bemalol joyiga kirgizib qo'yadi, lekin keyinchalik shilliq parda qalin tortib, dag'allashgan sayin a'zolari joyiga kirgizib qo'yish qiyinlashib qoladi.

Bachadon tashqariga chiqib qolganda bachadon bo'yninnig qindagi qismida va qin devorlarida lekubital yaralar paydo bo'lishi yiringli yopishqoq chiqindilar ajralishi bilan davom etadi. Hayz ko'rish noto'g'ri bo'lib, aksari ko'p qon ketadi.

Qinning katta kistalari va o'smalar qindan tashqariga chiqib turishi mumkin, tajribasi kam odam bu kistani yot o'smalari ba'zan tashqariga chiqib qolgan bachadon deb o'ylab, yanglishadi.

Bachadon bilan qinning tashqariga chiqishi tug'ruq vaqtidagi travma oqibati bo'lishi mumkin, shuni e'tiborga olib, oraliq mushaklarining holatini tekshirish,

jumladan orqa chiqaruv teshigini ko'taruvchi mushak holatini bilish zarur.

Buning uchun bemorga gazni to'xtatib turish uchun qilingandek orqa chiqaruv teshigini ichkariga tortish taklif etiladi, shunda oraliq mushaklarning funksional qobiliyatini, bir-biridan qochganligini yoki bo'shashganligini va dumg'aza – bachadon boylamlarining holatini aniqlash mumkin. Bemor shu maqsadda qin va to'g'ri ichak orqali tekshirilishi lozim. Nihoyat, tashqariga chiqqan bachadonning jinsiy yoriqqa qisilib qolishi mumkinligini esda tutmoq kerak. Bunda ham aksari shok simptomlari paydo bo'ladi: qattiq og'riq seziladi, ko'ngil ayniydi, bemor qusadi, o'zidan ketib qoladi. Bunday bemor o'z vaqtida operatsiya qilinmasa, qisilib qolgan bachadonning irib ketishi (nekroz bo'lishi) mumkin.

Bachadonning ag'darilib chiqishi

Bachadonning ichki yuzasi (shilliq pardasi) tashqariga, qorin tomondagi yuzasi esa ichkariga qaragan holatda surilishi bachadonning ag'darilib chiqishi (inversion uteri) deb ataladi. Butun bachadon joyidan ko'chib, qindagi qismi o'z joyida qolgan bo'lsa, bunga bachadonning to'la ag'darilib chiqishi deyiladi. Bachadon chala ag'darilib chiqqan bo'lsa, faqat tubi bo'shlig'iga kirib turadi. Bachadon tanasining devorlari bo'shashib servikal kanali ochilganda va tortuvchi yoki bosuvchi biron kuch bachadon tubiga yuqoridan pastga qarab ta'sir etganda, bachadon ag'darilib qoladi. Tug'ruq vaqtida – yo'ldosh tushish davrida (bachadon bo'shashganda Krede usulini qo'llanish, yo'ldoshni kindikdan tortib chiqarish va shunga o'xshashlar) ko'pincha shu sharoit vujudga keladi. O'smalar, masalan-shilliq parda ostidagi mioma (bachadon tubidan chiqqan mioma) ba'zan bachadonni shu tariqa joyidan ko'chirib yubora oladi. O'sma oyoqchasi uzun, kichkina va mayin bo'lsa, bunday polipning tashqariga chiqishi, bachadonning ag'darilishiga sabab bo'lmaydi; polip oyoqchasi kalta, yo'g'on va cho'zilmaydigan bo'lsa, o'sma tashqariga chiqar ekan, bachadon devorini ergashtirib, bu a'zoni ag'darib chiqa oladi.

Bachadonning tug'ruqdan keyin ag'darilib chiqqani aniqlanmay qolib, vaqtida bunga davo qilinmasa, bachadon shu noto'g'ri vaziyatda involyutsiyalanadi, natijada bachadon mudom (surunkasiga) ag'darilib qoladi.

Bachadonning ag'darilib chiqqanini aniqlash unchalik qiyin emas: qinga barmoq suqilganda yumaloq tuzilmaga borib tegadi, bu tuzilma yuqori tomonda zich halqa shaklida kengaygan teshik chetlariga o'tadi. Ko'zgular bilan tekshirishda topilgan tuzilmaning yuzi ko'kimtir qizg'ish, ozmi-ko'pmi chuqur yaralar bilan qoplangan, ba'zan nekrozlangan bo'lib ko'rinadi, salga qonaydi.

Bachadon noto'g'ri vaziyatda yotganda davo qilish

Avvalo shuni aytish kerakki, bachadonning noto'g'ri vaziyatda yotishi o'zicha hamisha sub'ektiv shikoyatlarga va funksiyalarning buzilishiga sabab bo'lmasa, shu noto'g'ri bir vaziyatning o'zi davolash uchun asos hisoblanmaydi. Og'riq paydo bo'lishi, tez-tez zahartang qilib turishi, siyish vaqtida og'riq sezish, siydik tuta olmaslik, noto'g'ri hayz ko'rish va shunga o'xshash simptomlar paydo bo'lganda davolash masalasi yuzaga kelishi mumkin. Bachadonning noto'g'ri vaziyatda yotganiga davo qilish uchun konservativ va

xirurgik usullardan foydalansa bo'ladi.

Harakatchan bachadon retrofleksiyasining konservativ davosi shu vaziyatni qo'l bilan to'g'irlab qo'yish va bachadonni to'g'ri vaziyatda fiksatsiya qilishdan iborat.

Ginekologik kresloda bemor odatdagicha chalqancha vaziyatda yotadi, o'ng qo'lning ichki barmog'ini qinga suqib, bachadon orqa gumbazi tomonidan bosiladi va bachadon tanasini ko'tarib, dumg'aza chuqurchasidan chiqarishga harakat qilinadi. Shunga muvaffaq bo'linsa, tashqaridagi qo'l bilan bachadon tanasi qov birlashmasiga (simfizga) suriladi. Tashqaridagi qo'l bilan ko'rgan vaqtda qinga kiritilgan barmoqlar oldingi gumbazni surib beradi va bachadon bo'ynining qindagi qismini orqaga bosib, uni normal vaziyatga keltiradi. Bachadonning tuzatilgan vaziyati qinga kiritilgan pessariy bilan ushlab turiladi. Pessariy to'g'ri tanlanib, yaxshi kiritilsa, bemorni hech bir bezovta qilmay, bachadonni normal vaziyatda ushlab turadi.

Pessariylar qattiq kauchuk va selluloiddan yasaladi. Bemor pessariy tutganda qinini har kuni chayib turishi kerak, aks holda pessariy halqasi bachadon va qin chiqindidan ifloslanadi, natijada chiqindilar halqa atrofiga yig'ilib, shilliq pardani ta'sirlaydi: bundan tashqari, bemorlar bachadon vaziyatini tekshirish va halqaning qisib yara qilmayotganligiga ishonch hosil qilish uchun vaqt-barvaqt vrachga ko'rinib turishlari kerak. Qin qatori va bachadon bo'yni eroziyasida pessariyni qo'llab bo'lmaydi.

Yallig'lanish jarayonlari bo'lib o'tganligi natijasida yuzaga kelgan yumshoq tortmalardan bachadon retroverziya fleksiya vaziyatiga tushgan bo'lsa, ginekologik massaj qilib ko'rish mumkin. Zich yamoq tortmalari bo'lganda operatsiya qilib davolagan ma'qul. Bu metod shundan iboratki, tortmalar yemirilgandan keyin yumaloq boylamlarni qisqartirish yo'li bilan bachadon normal vaziyatga keltiriladi yoki qorining oldingi devoriga biriktirib (fiksatsiya qilib) qo'yiladi.

Bachadon retrofleksiyasi chanoq tubidagi mushaklarning shikastlanishi natijasida avj olgan bo'lsa, operatsiya qilib, chanoq tubi tiklanishi lozim.

Bachadonning pastga tushishi va tashqariga chiqishiga davo qilish ham e'tibor bilan chanoq tubini tiklash va bachadonning noto'g'ri vaziyatini tuzatishdan iborat. Hozir halqa va pessariylar kam qo'llaniladi, chunki kelib chiqishi mumkin bo'lgan oqibatlar (shilliq pardaning yara bo'lishi, yamoq va hokazo) bemorlarga battar azob beradi. Xirurgik usullar ishonchliroq bo'lib, hozir hech qanday xavf tug'dirmaydi.

Tug'ruqdan keyingi davrda ag'darilib chiqqan bachadonga davo qilish shundan iboratki, ag'darilib chiqqan bachadonni avaylab avvalgi joyiga kirgizib qo'yiladi va bachadonga, shuningdek qinga qo'yilgan tamponlar bilan ushlab turiladi. Bachadon bo'shlig'idan miamatoz tugun tushgani sababli bachadon ag'darilib chiqqan bo'lsa, miamatoz tugun olib tashlangandan keyin bachadon o'zicha joyiga kirmagan bo'lsa, bu holda ham yuqorida aytilgan usul qo'llaniladi.

Agar buning iloji bo'lmasa yoki bachadon ag'darilib chiqqanidan keyin ancha vaqt o'tgan bo'lsa, operatsiya qilishga to'g'ri keladi.

Bachadonning buralib qolishini faqat operatsiya qilib (o'smalarni olib tashlab, yamoqlarni tikib bachadonni olib tashlab) davolash mumkin.

Bachadonning noto'g'ri vaziyatga kirishining oldini olish

Bachadonning noto'g'ri vaziyatga kirishining oldini olish shu kasallikka sabab bo'ladigan etiologik omillarni bartaraf qilishdan iborat bo'lishi kerak. Masalan, qiz bolaga qarab turilmasa, uning o'z vaqtida qovug'ini va ichagini bo'shatishiga beparvo bo'linsa (qovuq va ichakning o'z vaqtida bo'shamasligi bachadonning orqaga og'ishiga ta'sir etadi) bolalik davrida bachadon noto'g'ri vaziyatga kirib qolishi mumkin.

Bundan tashqari, jismonan zo'r berish yo'li bilan qorin ichidagi bosimni oshirish zararli ekanligiga ota-onalarning e'tiborini jalb qilish zarur. Qonun-qoidalarimiz katta yoshdagi kishilar va ayniqsa o'smirlarning mehnatini qat'iy bir tartibga solayotgan bir vaqtda, uy-ro'zg'or sharoitida 8-9 yashar qizlarga bir yashar ukalarini va singillarini boqish, ko'tarib yurishni topshirish hodisalari hali ham ba'zan uchrab turadi. Bularning hammasi qiz bolaning umumiy rivojlanishiga ham, ayniqsa ichki a'zolari va bachadonining vaziyatiga ham ta'sir qilishi mumkin.

Bachadonning noto'g'ri vaziyatidan kelib chiqqan kasalliklar keyingi davrda -turmushga chiqqandan keyin ham avj olishi mumkin. Bola tashlash, bola tushirtirish (abort), shundan keyin bachadonning yallig'lanishi, noto'g'ri va chala involyutsiya qilishi, tug'ruqdan keyingi davrni noto'g'ri o'tkazish, bu davrda turli asoratlarning kelib chiqishi, qo'shilishi-bularning hammasi bachadonning noto'g'ri vaziyatga kirib qolishiga sabab bo'la oladi. Tug'ruqdan keyingi davrda ayol qorin devorini qattiq taranglashtirmasligi, o'rnidan barvaqt turmasligi (takror tug'uvchilar kamida uchinchi kundan keyin, birinchi marta tug'uvchilar kamida to'rtinchi-beshinchi kundan keyin o'rindan turishlari kerak), tug'ruqdan keyingi dekret ta'tili davrida og'ir jismoniy mehnat bilan shug'ullanmasligi kerak.

Ichak faoliyatiga va bachadonning yetarli involyutsiyalanishiga e'tibor berish zarur, chunki bachadon yaxshi qisqarmaganda, ayniqsa tuqqan xotin uzoq vaqt chalqancha yotganda bachadon retrofleksiya verziya holatiga o'tishi mumkin, buning natijasida esa, yuqorida aytganimizdek, bachadonning tashqariga chiqib qolishi eitimoldan uzoq emas.

Bachadonning noto'g'ri vaziyatga kirishida, bachadon va qin devorlarining pastga tushishida chanoq tubining shikastlanishi muhim rol o'ynaydi. Bu holatlarning oldini olishda malakali yordamchi, tug'ruqni to'g'ri o'tkazish, oraliqni yirtilishdan yaxshi saqlash g'oyat muhim ahamiyatga egadir. Oraliq yirtilgan bo'lsa, uni darhol tiklash kerak. Nihoyat, jismonan chiniqmagan ayollarning qorin devorini uzoq vaqt o'ta tarang qilishi bachadonning vaziyatiga, pastga tushishiga va tashqariga chiqishiga ta'sir etmay qolmaydi.

Masalalar.

1. Ayol 63 yoshda, tez siyishga va siydikni tutolmaslikdan shikoyat qiladi. Anamnezda 3 tug'ruq. Oxirgi 5 – 6 yilda tez ozdi. Ko'rganda: qin teshigidan qin devorlari va bachadon bo'yinchasi osilib turmoqda, bachadon bo'yinchasining qin qismi kattalashgan, shilliq qavatidan 1x2 sm li yara ko'rinmoqda. Bachadon tanasi kichraygan, harakatchan, ogriqsiz, qin devorlari orasida aniqlanmoqda. Bachadon tubi qin teshigidan pastda joylashgan. Bachadon tanasi qin ichiga

oson kirgiziladi. Per Vaginam: bachadon bo'yinchasi 10 sm gacha uzunlashgan, bachadon tanasi kichraygan, ortiqlari paypaslanmaydi, ajralmalar kam – oqimtir.

Tashxisi? Sabablari Davolash.

2. Ayol 35 yoshda, tez siyishga va siydikni tutolmaslikka shikoyat qiladi. Anamnezda 6 ta tug'ruq, chaqaloqlar vazni 3800 – 4600 g gacha. Ginekologik ko'rikda: 2-daraja chot yirtilishi sababli jinsiy yoriq kattalashgan. Yengil kuchanishda jinsiy yoriqdan qin devorlari bilan birga siydik pufagi devori va to'g'ri ichak devori ko'rinadi. Qin ko'zgularida: bachadon bo'yinchasi va qin devori shilliq qavati toza. Per Vaginam: bachadon bo'yinchasi silindr shaklida, tashqi bo'g'zi berk, bachadon tanasi interspinal chiziqchasidan pastda joylashgan, retrofleksio normal hajmli, bachadon ortiqlari paypaslanmaydi.

Tashxisi? Bu holatda qanaqa anatomik o'zgarishlar bor? Davolanish usullari va jarrohlik yordam hajmi qanday?

AMALIY KO'NIKMALAR.

Qin devorlari va bachadon pastga siljishi hamda to'la tushishini to'g'ri aniqlash, tashxis qo'yish va davolash prinsiplarini bilish lozim.

O'RGATUVCHI TESTLAR

1. Bachadonning kichik chanoqda normal joylashishi:
 1. bachadon tubi kichik chanoqning keng sathida;
 2. bachadon bo'yni quymich suyaklar ro'parasida;
 3. bachadon tanasi bilan bachadon bo'yni orasida ochiq burchak hosil bo'ladi;
 4. bachadon tubi interspinal chizig'ida.
2. Bachadonning siljishi va tushib qolishining asosiy sabablari:
 1. oraliqning yirtilishi;
 2. chanoq tubi va mushaklarning bog'lovchi apparati va bachadon atrofiyasi;
 3. tug'ma bachadon tubi va mushak gipoplaziyasi;
 4. bachadon tubi rivojlanish anomaliyasi.
3. Bachadonning to'liq tushishini nima bilan izoshlash mumkin:
 1. siyish qiyinlashuvi;
 2. sistotsele, rektotsele.
4. Quyidagilarning qaysi biri chanoq tubining yuz qavati mushaklarini tashkil qiladi:
 1. oraliqning chuqur ko'ndalang mushagi (m. transversus perinei profundus);
 2. oraliqning yuza ko'ndalang mushagi (m. transversus perinei superficialis);
 3. piyoz-to'rsimon mushak (m. bulbocavernosus).

5. Ayollar jinsiy a'zolarining noto'g'ri joylashishining oldini olish tadbirlarini ko'rsatib o'ting:

1. oraliqning yirtilish xavfi bo'lganda o'tkaziladigan epiziotomiya;
2. tug'ruqdan so'ng tug'ruq yo'llarini ko'zdan kechirish;
3. oraliqni saqlash muolajalarini o'tkazish.

6. Bachadonning siljishi va tushib qolishi sabablarini ayting:

1. chotning yirtilishi;
2. bachadonni boylamlovchi to'plam va chanoq tubi mushaklarining atrofiyasi;
3. chanoq tubi mushaklarining tug'ma gipoplaziyasi;
4. chanoq tubi innervatsiyasining buzilishiga sabab bo'luvchi rivolanish nuqsonlari.

7. Bachadonning siljishini aniqlashda qanday metodlar qo'llanadi:

1. bimanual barmoq bilan qin orqali tekshirish;
2. qin ko'zgulari yordamida bachadon bo'ynini ko'zdan kechirish;
3. to'g'ri ichak orqali tekshirish ;
4. rentgenologik tekshirish.

8. Bachadonning «boylam» apparatiga qaysilar kiradi:

1. bachadon yumaloq boylami;
2. tuxumdonning maxsus boylami;
3. voronka-chanoq boylami;
4. keng boylam.

9. Bachadon retrofleksiyasiga to'g'ri keladigan belgilarni belgilang;

1. quymichda og'riq;
2. algodismenoreya;
3. jinsiy aloqa paytida og'riq bo'lishi.

NAZORAT SAVOLLARI:

1. Bachadonning normal joylashishi o'zgarishiga nima sabab bo'ladi?
2. Bachadonning pastga tushishi va yuqoriga chiqishiga nima sabab bo'ladi?
3. Qovuq churrasi nima deb ataladi?
4. Qin orqa devori pastga tushishi nima deb ataladi?
5. Bachadon pastga tushishining necha darajasi bo'ladi?
6. Bachadonning ag'darilib chiqishiga nima sabab bo'ladi?
7. Bachadonning noto'g'ri vaziyatda yotganiga qanaqa davo bor?
8. Bachadonning noto'g'ri joylashishining oldini olish.

BEPUSHTLIK

Maqsad: Bepushtlik etiologiya, patogenez va tasnifini tekshiruv sinovlarini va davolashni o'rganish.

Vazifalar:

1. Bepushtlik nimadir.
2. Ayol bepushtligining asosiy sabablarini bilish
3. Erkak bepushtligining asosiy sabablarini bilish.
4. Endokrin bepushtlikni aniqlash.
5. Tuxumdonning qaysi o'zgarishlari bepushtlika olib keladi?
6. Bachadon naylarining o'tkazuvchanligini tekshirish usullarini bilish.
7. Immunologik bepushtlikni tekshirish usulari.

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

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

Etiologik omillari bo'yicha bepushtlikni quyidagi turlarga ajratish mumkin.

1. Bepushtlikning endokrin turi.
2. Nishon a'zolar jarohatlanishi bilan bog'liq bepushtlik.
3. Bepushtlikning immunologik turi.
4. Erkaklar bepushtligi.

I. Bepushtlikning endokrin turi

Ayollarda bepushtlikning endokrin turlariga ovulyatsiyaning buzilishini kiritish qabul qilingan.

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

1. Reproduktiv sistemaning anatomik nuqsonlari (bachadon va qinning rivojlanish nuqsonlari, sinexiyalar)
2. Tuxumdon yetishmovchiligi (diskineziya, agneziya)
3. Surunkali anovulyatsiya sindromi.

a) Gipotalamik turi.

b) Gipofizar turi.

v) Qayta bog'liqlik qonunining buzilishi.

(kontratseptivlar qo'llanish, giperandrojeniya, steroid gormonlar ishlab chiqaruvchi o'smalar, autoimmun kasalliklar)

Reproduktiv sistemaning anatomik nuqsonlari embriogenez davridagi nuqsonlardan kelib chiqqan.

Bachadon va qin anatomik o'zgarishlarining orttirilgan turlariga erta, plastik jarrohlik muolajalari oqibatidagi chandiqlar kiradi. Mavjud chandiqlarni laparoskopik nazorat ostida gisteroskopik kesish, keyinchalik BIV kirgizish tavsiya qilinadi.

Tuxumdon yetishmovchiligi.

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

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

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

1. Menstruatsiyaga 10 kun qolganda, hayz siklining 2 fazasida progesteron qo'llash.
2. 16-18-20 hayz xorionik gonadotropinni 1500-2000Ed dan kiritish
3. Kombinatsiyalashgan estrogen-gestagen preparatlarini samara olish maqsadida 2-3 kurs davomida qo'llash.
4. Ovulyatsiyani stimullash uchun klomifen 50mg dan (100-150mg sutkasiga) hayz siklining 5 kunidan 9 kunigacha beriladi.
5. Giperprolaktinemiya 4-6 hayz sikli davomida sutkasiga 2, 5-7, 5 mg bromkriptin yoki lod parallel berish tavsiya etiladi.
6. Giperandrogeniyada deksametazon sutkasiga 0, 25-0, 5mg beriladi.

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

1. Bazal haroratni o'lchash.
2. Plazmada progesteron miqdorini aniqlash.
3. 6-8 kun davomida bazal harorat oshganda siydikda pregnandiol miqdorini aniqlash.
4. Endometriy so'rg'ichini gistologik tekshirish.
5. Laparoskopiyada «follikulaning o'sishi va yorilishi» ni aniqlash
6. Ultratovush orqali follikulometriyani qo'llash

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

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

Bepushtlikning bu turini quyidagi omillar bilan ajratiladi:

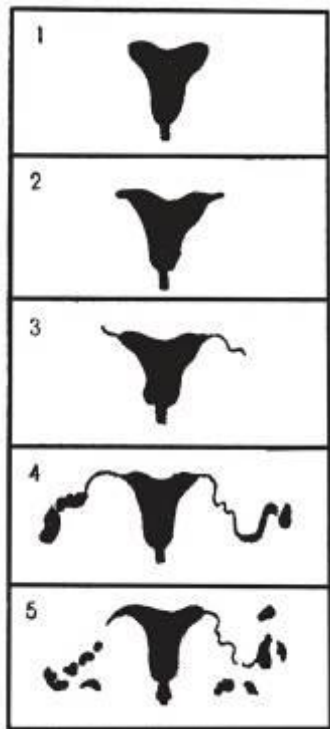
1. Nay-peritoneal
2. Bachadon
3. Bachadon bo'yni
4. Qinga bog'liq

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

Peritoneal bepushtlik deb, kichik chanoq bo'shilig'idagi chandiq jarayonlari

tufayli 1 yoki 2 ta nayning o'tkazuvchanligi buzilishi tufayli yuzaga keladigan bepushtlikka aytiladi. Uchrashi - 9, 2-34%

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



75-Rasm. 1–4-Bachadon naychalarini o'tkazuvchanning yuqligi, 5-borligi

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

- a) bepushtlik oqibatidagi surunkali psixologik stress
- b) jinsiy gormonlar sintezining buzilishi
- v) buyrak usti bezi va simpatikoadrenal sistema glyukokortikoid funksiyasining buzilishi.

Bachadon naylarining organiq shikastlanishi ular o'tkazuvchanligining buzilishi bilan kechadi (75 -rasm).

Bachadon naylari organiq o'zgarishlarining asosiy sabablari quyidagilar hisoblanadi:

- a) jinsiy a'zolarning yallig'lanish kasalliklari
- b) pelvioperitonit, appenditsit, keyinchalik appendoektomiya bilan, ichki jinsiy a'zolardagi jarrohlik muolajalari bilan bog'liq o'zgarishlar
- v) bachadon naylari endometrioz.

Bepushtlikning nay-peritoneal formasida davolash:

1. Yallig'lanishga qarshi davo o'tkazish
2. Gormonal buzilishlarni korreksiya qilish
3. Laparoskopiya

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

b) Salpingostomiya, salpingoneostomiya

v) Endometrioz o'choqlarini koagulyatsiya qilish

Bachadondagi organiq o'zgarishlar tufayli yuzaga keladigan bepushtlikning

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

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

1. Yallig'lanish o'zgarishlari
2. Gormonal buzilishlar
3. Spermatozoidlarga nisbatan antitanalar bo'lishi
4. Bachadon bo'yni anatomik o'zgarishlari.

Bachadon bo'yni omilida davolash:

1. Yallig'lanishga qarshi davo
2. Tuxumdonlar funksiyasini yaxshilovchi davo.
3. Spermatozoidlarda antitanalar bo'lsa, bar'er (to'siqli) davo 6 oy davomida prezervativlar qo'llash
4. Bachadon ichiga inseminatsiya qo'llash
5. Anatomik o'zgarishlar bo'lsa, plastik jarrohlik muolajalarini qo'llash.

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

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

Antibakterial preparatlar kasallik qo'zg'atuvchilarining ularga bo'lgan sezuvchanligidan kelib chiqqan holda tavsiya qilinadi. Surunkali yallig'lanish kasalliklarini davolashda ko'pincha amaliyotda G. M. Saveleva (1987) taklif qilgan sxemadan foydalaniladi.

1. Antibakterial preparatlar
 - 1) yarimsintetik penitsillinlar
 - 2) Sefalosporinlar (sefalekssin, TEVA, siproden)
 - 3) Tetratsiklin guruhi
 - 4) Aminoglikozidlar
 - 5) Levomitsetin guruhi
 - 6) Rifampitsin guruhi
2. Metronidazol-TEVA, metrogil Tinidazol
3. Nitrofurantoin hosilalari
4. Prostaglandin ingibitorlari
5. Nistatin, fungikayr (kandidamikozga qarshi davo)
 - Vitaminoterapiya
 - Immunoterapiya
 - Fizioterapiya
 - Giposensibilizatsiya

Immunologik bepushtlik

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

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

Psixogen omillar

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

Erkaklar bepushtligi

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

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

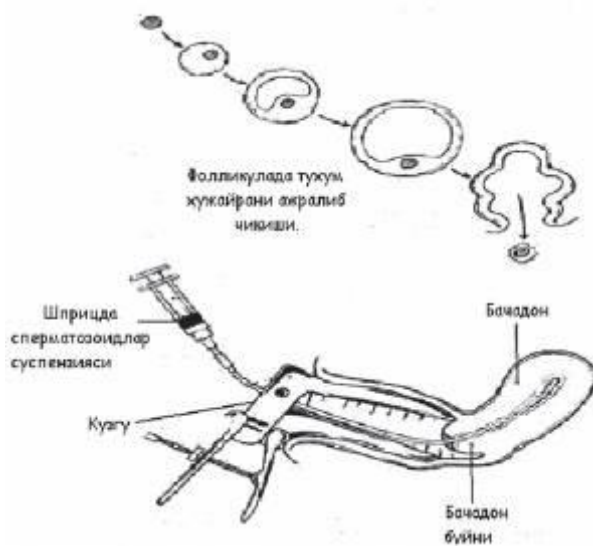
Erkaklar bepushtligini sekretor va ekskretor turlari farqlanadi.

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

Normal spermogramma parametrlari:

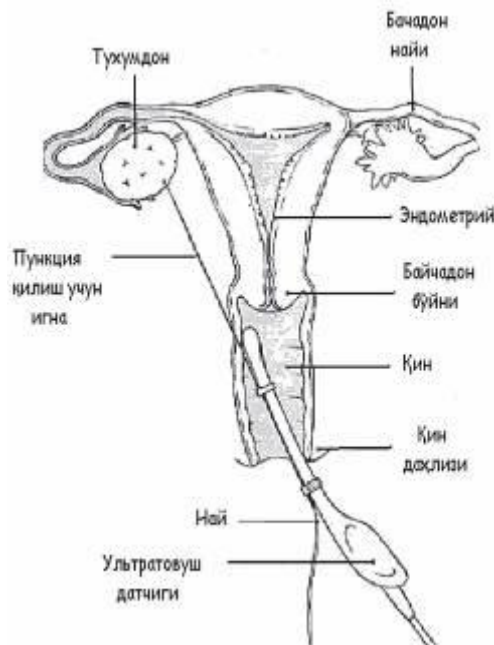
1. Eyakulyat miqdori - 2-5ml
2. Eyakulyatda spermatozoidlarning umumiy miqdori > 50 mln
3. Aktiv harakatchanlik >50%
4. Aglyutinatsiya yo'q
5. rH 7, 2-7, 8
6. Leykotsitlar <1, 0

Erkaklar bepushtligini davolash usuli (IOSD) donor spermasi bilan sun'iy urug'lantirishdan iborat (76 rasm).



76 – Rasm. Bachadon ichiga spermatozoid yuborib, sun’iy urug’lantirish.

77 – Rasm. Tuxum hujayrasini punksiya va aspiratsion usuli bilan olish UTT nazorati ostida.



Bepusht ayollarni tekshirish usullari.

1. Anamnez (hayz va ovulyatsiya anamnezi, sistem kasalliklari, o'tkazilgan jarrohlik muolajalari, yallig'lanish kasalliklari).
 2. Gormonal tekshirish (LG, FSG, prolaktin, testosteron)
 3. Hayz siklining 6-8 kunida gisterosalpingografiya, ovulyatsiya kunlarida - kimopertubatsiya.
 4. Follikullar o'sishining ultratovush biometriyasi
 5. Erkak spermasi tahlili
 6. Hayz siklining 12-14 kunlarida postkoital testlar (PKT) o'tkazish
 7. Laparoskopiya
 8. Hayz boshlanishidan 23 kun oldin endometriy biopsiyasi.
- Ekstrakorporal urug'lantirish va embrion transplantatsiyasi nisbatan yangi,

ancha murakkab va qimmat davolash usullaridan biri bo'lib, bu odam tuxum hujayrasini in vitro sharoitda urug'lantirish, uni urchitish va embrionni bachadonga joylashtirishdan iboratdir. (77, 78-rasm)

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

AMALIY KO'NIKMALAR.

1. Bepushtlik bilan ayolni tekshirish usullarini o'tkazish:
 - bazal temperaturani o'lchash;
 - ovulyatsiyani aniqlash;
 - bachadon naychalari o'tkazuvchanligini aniqlash uchun ginekologga yuborish.
 - UZI, GSG ni natijalarini to'g'ri tushunish.
2. Bemor erini urolog yoki androlog maslahatiga yuborish.
3. Normal spermogrammani bilish.

“Bepushtlik”

Maqsad: talabalarga bemorni ob'ektiv va sub'ektiv ma'lumotlarga asosan diagnoz qo'yish, kasallik og'irlik darajasini baholash va davolash taktikasini tanlashni o'rgatish.

Ta'minlanish: kushetka, qin ko'zgulari, ginekologik kreslo, steril qo'lqop, tonometr.

1. Ayol ginekologik kresloda oyoqlarini chanoq-son va tizza bo'g'imida bukilgan holda yotibdi.
2. Shikoyatlari: muntazam jinsiy hayot kechirib 1 yil davomida homilador bo'lmasligi.
3. Kasallik anamnezi: kasallikni boshidan o'tkazgan abortlar, operatsiyalar hamda yallig'lanish kasalliklari bilan bog'laydi.
4. Hayot anamnezi: hayz kelishi, 17 yoshdan, 3-4 kundan, har 28 kunda, jinsiy hayoti 19 yoshdan, ginekologik kasalliklari – surunkali adneksit. Irsiyatga moyilligi yo'q, zararli odatlari yo'q.
5. Umumiy ko'ruv: o'zgarishsiz
6. Qorni ko'ruvda: o'zgarishsiz
Perkussiyada: patologiya aniqlanmaydi.
7. Dastlabki diagnoz: shikoyatlari, hayot va kasallik anamnezi hamda lokal status va ob'ektiv ma'lumotlarga asoslanib qo'yiladi.
Qon umumiy analizi: o'zgarishsiz.
UTT: bachadon ortiqlari surunkali yallig'lanishi kuzatiladi.
Diagnostik laporoskopiya: bachadon ortiqlari sohasida chandiqli jarayon yoki tuxumdonlar polikistozi va tuxumdonda hamda qorin bo'shlig'ida endometroid o'choqlari aniqlanadi.
Ko'zgularda ko'ruv: qin shilliq qavati va bachadon bo'yni o'zgarishsiz.

Qin orqali tekshiruv: yallig'lanish alomatlari yoki jinsiy infantilizm

aniqlanadi.

8. Klinik diagnozni kuyish va asoslash dastlabki diagnoz va klinik–instrumental tekshiruvlarga asoslanib qo'yiladi.
9. Asoratlari: bachadondan tashqari homiladorlik bo'lishi va endokrin buzilishlar.
10. Differensial diagnostikasi: endokrin buzilishlar jinsiy a'zolar nuqsonli joylashishi, mutloq nisbiydan.
11. Operativ davolash
Diagnostik va davolash maqsadida laparoskopiya.
Jarrohlikdan keyingi davrda
Umumiy va mahalliy antibakterial terapiya
Organizmning buzilgan faoliyatini tiklash
12. Reabilitatsion terapiya
13. Profilaktikasi: Jinsiy a'zolar yallig'lanish kasalliklarini o'z vaqtida aniqlash va davolash.

Masala.

1. Bemor 27 yeshda farzand yukligika shikoyat bilan keldi. Jinsiy xayet 23 yeshdan. Eri soglom. 3 yildan burun ikki oylikda xomila o'zi-o'zidan tushgan edi. Tana harorati 38° S gradusga kutarilgan va qorin pastida og'rik bulgan. Bir necha marta ortiqlar yalliglanishidan davolangan. Ginekologik ko'rikda uzgarishlar yuk. Qanday tekshirish uso'llarini qullash kerak? Bepushtlikning qanday formasi? Davolash prinsiplari.
2. «Oila va nikoi» poliklinikasiga 3 yil davomida homilador bo'lmayotganligiga shiqoyat kilib, er -xotin murojat qildi.

Diagnoz?

Olib borish taktikasi?

Qanaqa tekshiruvlar o'tkazish lozim?

Qayta murojat qilganda birinchi o'rinda qaysi analizlarni javobi bo'lishi kerak.

1. Birlamchi bepushtlik
2. Erkaklar bepushtligini tekshirib ko'rish kerak.
3. Ayolni funksional diagnostika testlari yordamida tekshirish kerak.
4. Ginekologik ko'ruvdan o'tkazish lozim.
5. 3 ta nuqtadan florani aniqlash uchun surtma olish kerak.
6. Ultratovush ma'lumotlari kerak.
7. Gisterosalpingografiya ma'lumoti kerak.

O'RGATUVCHI TESTLAR

1. Bepushtlikda servikal omilni tiklash maqsadida davolashga qanday chora-tadbirlar kiradi:

1. bachadonni ichki urug'lantirilishi;
2. estrogenlarni kichik dozada qo'llash;
3. ekstrakorporal urug'lantirish va embrion transplantatsiyasi.

2. Ayollar bepustligi sabablarini ko'rsating:
 1. bachadon ortiqlari tuberkulezi;
 2. so'zak;
 3. toksoplazmoz, sitomegalovirus. xlamidioz;
 4. bachadon bo'yni atreziyasi.

3. Spermogrammaning qanday holatlarini bilasiz:
 1. teratozoospermiya;
 2. astenozoospermiya;
 3. oligozoospermiya;
 4. azoospermiya;
 5. aspermiya.

4. Bepushtlikni davolashda qanday yangi usullar qo'llanilmoqda:
 1. sun'iy urug'lantirish (donor spermasi yoki erining spermasi bilan);
 2. ekstrakorporal urug'lantirish va embrion transplantatsiyasi.

5. Qanday holatlar bepustlikka sabab bo'lishi mumkin:
 1. spetsifik va nonspetsifik yallig'lanish kasalliklari;
 2. infantilizm;
 3. endokrin bezlari faoliyatining buzilishi;
 4. endometrioz;
 5. (qorin bo'shlig'ida), kichik chanoq bo'shlig'ida o'tkazilgan turli operatsiyalar;
 6. immunodefitsit holatlar.

6. Bepushtlikning qanday turlarini bilasiz:
 1. birlamchi;
 2. ikkilamchi;
 3. erkaklar bepustligi;
 4. ayollar bepustligi;
 5. endokrin bezlar faoliyati buzilgandagi bepustlik;
 6. peritonal bepustlik.

7. Bepusht ayollarni tekshirish usullari qanday:
 1. anamnez yig'ish;
 2. ob'ektiv tekshirish;
 3. funksional diagnostik testlar;
 4. postkoital testlar;
 5. UTT.

8. Bepusht ayollarni invaziv tekshirish usullarini ayting:
 1. gisterosalpingografiya;
 2. qonda gormonlar miqdorini aniqlash;
 3. laparoskopiya;
 4. endometriy biopsiyasi.

9. Ayollar bepushtligining asosiy sabablarini ayting:
 1. anatomik o'zgarishlar;
 2. yallig'lanish;
 3. endokrin;
 4. immunologik.

10. Oiladagi bepushtlikning qanaqa 2 xilini bilasiz:
 1. erkaklar bepushtligi.
 2. ayollar bepushtligi.

11. Ayollar bepushtligini davolashning konservativ usullarini ayting:
 1. yallig'lanishga qarshi medikamentoz;
 2. siklik gormonal davo yoki sintetik progestinlar;
 3. ovulyatsiyani klomifen (klostilbegit), XG yordamida stimullash;
 4. sanatoriy-kurort;
 5. fizioterapevtik.

12. Ayollar bepushtligini jarrohlik yo'li bilan davolash usullari:
 1. servikal kanalni kengaytirish;
 2. bachadon bo'shlig'ini tozalash;
 3. laparoskopik jarrohlik;
 4. bachadon ortiqlarida mikroxirurgik jarrohlik;
 5. miomektomiya.

13. Yallig'lanish sababli bepushtlikning asosiy sabablarini ayting:
 1. kolpitar;
 2. servitsitlar;
 3. endometrit;
 4. salpingit;
 5. ooforitlar.

14. Endokrin sababli bepushtlikning qanaqa xillarini bilasiz:
 1. gipotalamo -gipofizar sistemasidagi buzilishlar;
 2. tuxumdon yetishmovchiligi;
 3. giperandrogenemiya;
 4. giperprolaktinemiya.

15. Nay bepushtligini jarrohlik usulida davolash nimadan iborat:
 1. peritubar chanoqlardan ozod qilish;
 2. salpingostomiya;
 3. naylar o'tkazuvchanligini tiklash.

16. Yallig'lanish sababli bepushtlikda qanaqa tekshiruvlar o'tkazish lozim?
 1. ko'zgularda ko'rish;
 2. bimanual tekshiruv;
 3. uretra, qin va servikal kanaldan qin tozaligiga surtma olish;

4. qindan bakteriologik ekma;
 5. TORCH - infeksiyaga qon;
 6. genitoliy a'zolari UTT.
17. Endokrin bepushtlikda qanaqa tekshiruvlar o'tkazish lozim?
1. ikkilamchi jinsiy belgilarni baholash;
 2. genitoliy va ko'krak bezlarini ko'ruv;
 3. genitoliy (tuxumdonlar)ni UTT;
 4. funksional diagnostika testlari;
 5. gormonlarga qon;
 6. bosh suyagini R -grafiya.
18. Nay bepushtligini davolash usullari?
1. antibakterial davo;
 2. paratservikal blokada;
 3. gidrotubatsiyalar;
 4. laparoskopiya.
19. Tuxumdon bepushtligini davolash:
1. siklik gormonal davo (hayzni I-fazasida follikullin, II-fazasida progesteron);
 2. sintetik progestinlar (non ovlon, rigevidon, trikvilar, mikroginon 2 - 3 oy);
 3. klomifen (klostilbegit) hayzning 5 -kundan 9 -kungacha;
 4. hayz sikli 9 - 11 - 13 - kunlari XG berish;
 5. hayzni II -fazasi yetishmovchiligida gestagenlar (progesteron, norkolut, turinal, dyufaston).
20. Bepushtlikni sababi sifatida anavulyator sikl diagnostikasi:
1. bazal harorat va boshqa funksional diagnostika testlarini tekshiruv;
 2. qonda progesteron, siydikda pregnandiol miqdorini aniqlash;
 3. follikulyar fazada UTT.
21. Qanaqa anamnestik ma'lumotlar bachadon naylarida organik o'zgarishlar borligidan darak beradi:
1. ayollar jinsiy a'zolari yallig'lanish kasalliklari;
 2. anamnezidagi homila tushishlari;
 3. appendektomiya;
 4. kichik chanoq a'zolaridagi jarrohlik aralashuvi;
 5. endometrioz.
22. Yallig'lanish sababli nay bepushtligini davolash usullari:
1. antibakterial davo;
 2. vitaminterapiya;
 3. so'riluvchi davo;
 4. immunoterapiya;

5. fizioterapiya;
6. antigistamin davo.

23. Ayollar bepushtligini tekshirish usullari:

1. anamnez;
2. bemor erining spermogrammasi;
3. umumiy ko'ruv;
4. ginekologik ko'ruv;
5. ovulyatsiyani funksional diagnostika testlari yordamida aniqlash;
6. qin tozalik darajasini aniqlash;
7. genitalliy a'zolari UTT;
8. gisterosalpingografiya;
9. qonda gormonlar miqdorini aniqlash;
10. laparoskopiya.

24. Nay bepushtligi profilaktikasi:

1. er -xotinda yallig'lanish kasalliklarining oldini olish;
2. appenditsitni o'z vaqtida aniqlab davolash;
3. tug'ruq va chilla davrini ratsional olib borish;
4. kichik chanoq a'zolarida o'tkazilgan jarrohlik aralashuvidan keyingi rehabilitatsiya.

NAZORAT SAVOLLARI

1. Bepusht nikoh tushunchasi
2. Ayol bepushtligining asosiy sabablari
3. Bepushtlikning endokrin turini ayting.
4. Nay-peritoneal bepushtlikning sabablari.
5. Immunologik bepushtlikni aniqlash.
6. Erkaklar bepushtligining sabablari.
7. Tekshirish usullariga nimalar kiradi.
8. Normal spermogrammani yozib bering.
9. Ayollar bepushtligini davolash usullari.

ZAMONAVIY QONTRATSEPSIYA USULLARI

Maqsad.

Zamonaviy kontratsepsiya usullari, qo'llashga ko'rsatmalar, qarshi ko'rsatmalar bilan talabalarni tanishtirish.

Vazifalar.

1. Kontratsepsiya to'siq usuli va spermitsidlar.
2. Kontratsepsiyaning ritmik usullari.
3. Bachadon ichi vositalari (BIV).
4. Gormonal kontratseptivlar.
5. Ixtiyoriy jarroxlik sterilizatsiyasi.

XX asr ikkinchi yarimda kontratsepsiya texnologiyasida katta yutuqlarga erishilganga qaramay, oilani rejalashtirish kabi katta muammo bir qancha rivojlangan mamlakatalar diqqatini o'ziga jalb qilib kelmoqda. «Oilani rejalashtirish» -JSST tavsiyalariga muvofiq kompleks tadbirlarni amalga oshirishni ko'zda tutadi. Bu tadbir bir vaqtni o'zida bir qancha masalani hal qiladi:

- a) homilador bo'lishdan saqlanish;
- b) o'zi istagan paytda bola ko'rish;
- v) homiladorliklar orasida intervallarni boshqarib bilish;
- g) bola tug'ish vaqtini ota-onasiga qarab nazorat qilish;
- d) oilada necha farzand bo'lishini belgilash.

Er-xotinlar orasida kontratsepsiya usullarining ratsional ravishda qo'llanilishi, ota-onaning moddiy ahvoli yaxshilanguncha farzand ko'rishga shoshilmay kutishlariga imkoniyatlar yaratadi. Bundan tashqari bir qator kontratsepsiya preparatlari, jinsiy yo'l bilan o'tuvchi kasalliklardan saqlaydi, reproduktiv sistemaga terapevtik ta'sir qiladi va o'sma kasalliklarini rivojlanishini oldini oladi. Hozirgi paytda kontratseptiv preparatlarni klassifikatsiyalash quyidagicha qabul qilingan:

1. Kontratsepsiyaning turlari: to'siq (yoki mexanik); spermitsidlar (yoki kimyoviy); ritmik (yoki biologik);

2. Kontratsepsiyaning zamonaviy usullari: bachadon ichi vositalari; gormonal, ixtiyoriy, xirurgik sterilizatsiya, tug'ishni boshqarishni maxsus turi hisoblanadi.

Kontratseptiv preparatlar quyidagi talablarga javob berishi kerak: yuqori kontratseptiv effektivlikka ega bo'lishi; ayol organizmiga va jinsiy juftiga patologik ta'sir qilmasligi; keyingi avlodga teratogen ta'siri bo'lmasligi; qabul qilishining oddiyligi; arzon, shuningdek didiga mos tushadigan va konfidensial bo'lishi kerak.

Kontratsepsiyaning to'siq usuli va spermitsidlar

Kontratsepsiyaning to'siq usuliga-diafragma, bo'yin qalpoqchalari, gubka, prezervativlar kiradi. To'siq usulidagi kontratsepsiyaning ta'sir mexanizmi spermatozoidlarni bachadon bo'yni kanali orqali reproduksiya sistemani yuqori bo'limlariga o'tishiga to'siq qiladi.

Diafragma

Hozirgi paytda zamonaviy qalpoqchalar rezina va lateksdan ishlanib ular gumbazsimon qalpoqchasi egiluvchan, prujinasimon ravog'iga ega.

Yassi purjinali diafragma-u qin mushaklari tonusi yaxshi bo'lgan, tug'magan ayollar shuningdek, qov suyagi orqa ravog'i unchalik chuqur bo'lmagan

chuqurchasi bo'lgan patsiyentlarga yaxshi mos keladi: u yengil bukiladi va maxsus asbob bilan oson qo'yiladi.

Spiralsimon prujinali difragma -qin mushaklari tonusi past bo'lgan patsiyentlarga tavsiya qilinadi.

Ravoqsimon prujinali difragma katta prujinali kuchiga ega va yig'ilgan holda ravoqqa o'xshaydi. Bir qancha turlari mavjud. Gardishi bo'ylab istalgan nuqtada bukiladigan difragmalar (sharnir konstruksiyali) ko'pchilik ayollarga tavsiya etiladi. Diafragmani tanlashda qin o'lchami chuqurligini va oraliq mushaklari tonusini inobatga olinadi. Diafragma organizmda yoqimsiz sezgi chaqirmasa, optimal hisoblanadi. Diafragmaning to'g'ri tanlanganligiga ishonch hosil qilish uchun oddiy usuli mavjud: diafragmani diametrini katta o'lchami qinni chuqurligiga teng bo'lishi kerak.

To'g'ri tanlangan diafragma siljimasligi kerak, chunki u qinni yon devorlari va orqa gumbazi bilan mustaxkam birikkan bo'ladi. Tuqqan ayollarda 70-80 ml diafragma to'g'ri keladi. Tug'ruqdan keyin, abort, ginekologik operatsiyalardan keyin ozish va semirishlardan keyin diafragma o'lchamlari boshqatdan tanlanadi.

Ko'rsatmalar: homilador bo'lish xavfi past bo'lgan ayollarga mahalliy kontratsepsiya, kontratsepsiyaning ritmik usuli bilan qo'shilgan holda, oral yoki bachadon ichi kontratseptivlar ishlatilmaganda vaqtinchalik kontratsepsiya usuli.

Mo'neliklar: istalmagan homiladorlikdagi yuqori xavf, rezina, lateks, spermatsidlarga allergiya, endotservitsit bachadon bo'yni eroziyasi, bachadon bo'ynini xavfli o'smaga gumon qilish, kolpit, siydik yo'li infeksiyasi retsidivi, anamnezidagi toksik shok sindromi, qin rivojlanishi nuqsoni, qin devorlarining tushishi.

Asorati va nojo'ya ta'sirlari: allergiya, siydik chiqarilishini tutilishi, ayolda jinsiy aloqa paytida yoqimsiz sezgi, vaginal kandidoz qaytalanishi, siydik yo'li infeksiyasi, ichki jinsiy organlar yallig'lanish kasalliklarini qo'zishi.

Afzalliklari: oddiyligi va hammabopligi, ko'p marta ishlatish mumkinligi, bachadon bo'yni raki profilaktikasi

Bo'yin qalpoqchalari

A) Kafka - qalpoqchasi kauchuk, alyuminiy yoki zich rezinadan qilinadi. Bachadon bo'yinchasiga 3 kun o'tgach kiygiziladi va hayz sikli tugashiga 3 kun qolganda olinadi.

B) Prentif - qalpoqchasi yumshoq rezinadan qilinib ravog'ini ichki yuzasidan kesma bor, bo'yinchaga 36-48 soatga kiygiziladi.

V) Dumas-qalpoqchasi chuqur bo'lmagan, yirik yumshoq rezinadan qilinadi. diafragmaga o'xshab qin gumbaziga zich birikadi. Bachadon bo'ynidagi chandiqli o'zgarishlarda yoki deformatsiyalarda tavsiya qilinadi.

Istalmagan homiladorlikda yuzaga keluvchi yuqori xavf, bachadon bo'yinchasidan olingan surtmalarda atipik hujayralarni topilishi, servitsit, papilloma, virusli infeksiya, qin, bachadon tuxumdonlarni yalig'lanish kasalliklarining qaytalanishi, siydik chiqaruv traktini infeksiyasi qaytalanishi, anamnezdagi toksik shok sindromi, qin devorlarini tushishi, bachadon bo'yni eroziyasi.

Nojo'ya ta'siri: yoqimsiz sezgi, qorin past va belda og'riqlar, spermitsid,

rezinaga allergiya, papilloma virusli infeksiyani servikal epiteliyga yuqori sezuvchanligi.

Kontratseptiv gubka (bulutcha)

Kontratseptiv gubka kimyoviy va mexanik usullardan samarali bo'lib, spermatozoidlarni bachadonga kirishiga to'sqinlik qiladi va spermatsid modda ajratib chiqaradi.

Prezervativ

Hozirda uni juda yupqa rezinadan (qalinligi 1mm) ishlanadi.

Ko'rsatma:

jinsiy yo'l orqali o'tuvchi kasalliklarini oldini olish uchun, oral va bachadon ichi kontratsepsiya vositalarini olishni vaqtincha to'xtatilganda, boshqa turdagi kontratsepsiya usullari bilan birgalikda foydalanish.

Spermitsidlar

Spermitsidlar (farmateks: shamcha, qin tabletka, krem, tampon; delfin, konseptrol, koromeks, ramzes va b.) ta'sir mexanizmi bir necha sekundalar ichida spermatozoidlarni parchalash xususiyatiga ega bo'lgan aktiv ingridiyentdan iborat (79rasm). Hozirda faol ingridiyent sifatida surfaktantlar: benzalkoniya xlorid, nonoksinol-9, oktoksinol, faol fermentlar ingibitorlari: A gen 53, sin-a-gen ishlatilmoqda

Krem jele maxsus applikator yordamida chuqur qinga kirgiziladi.

Spermitsidlarni qo'llashga ko'rsatma:

to'siq usulidagi kontratseptiv preparatlar bilan birga qo'llaniladi.

Ritmik usuli

Ritmik usuli (biologik usul) - bu jinsiy aloqadan periovulyator davrda saqlanishi yoki shu davrda boshqa kontratsepsiya preparatlardan foydalanish.

Ovulyatsiya yoki tuxum hujayrani yetilishi 14-15 kuniga to'g'ri keladi, ritmik usulni 4 ta varianti mavjud.

1. Taqvim usuli
2. Harorat
3. Servikal
4. Sintotermal

Harorat usuli: bu usul fertil davrda bazal haroratni aniqlashga asoslangan, ovulyatsiyadan oldin (12-24 soat) harorat birdan tushadi. Ovulyatsiyadan keyin yana ko'tariladi.

Servikal usul: bu usulda estrogenlar ta'sirida bo'yincha shillig'i xarakteri o'zgaradi. Preovulyator davrda shilliq ochiq, tiniq, cho'ziluvchan bo'lib qoladi.

Sintotermal usul: bu usul yuqoridagi taqvim, harorat usuli va servikal usullarni o'zida mujasamlashtiradi.

Zamonaviy BIVlar

1. Tarkibiga bariy sulfat qo'shib polietilendan ishlangan inert (yoki netral) kontratseptivlar.
2. Tarkibida mis (Soorer T380A, Multiloid Si-375) va gestagenlar (Mirena) saqlagan preparat (80 rasm).

Ta'sir mexanizmi to'liq aniqlangan emas: mis ionlarini spermato va ovotoksik ta'siri; BIVning abortiv ta'siri miometriy tonusini oshiruvchi prostaglandinlar sintezini kuchaytiradi; BIVning bachadon naylari peristaltikasini kuchaytiradi; BIV implantatsiyaga ta'sir qiluvchi endometriyda chiqarilishi; BIV makrofag bilan spermatozoid fagotsitozini kuchaytiradi; BIV bachadon shilliq qavatida kislotali va asosli fagotsitlarni miqdorini oshiradi; BIV ta'sirida endometriyni funksional aktivligi pasayadi.

Bularning hammali bachadonda homilaning rivojlanishiga yo'l qo'ymaydigan vosita hisoblanadi. BIVni ishlatilishining asosiy tamoyili: hayz siklining 4-6 kuni (yoki hayzning oxirgi 2-kuni), asoratsiz tug'ruqdan olti hafta o'tgach, hayz siklining istalgan bir kuni. BIVlarning chiqarilish turlari bo'yicha bir necha turlari mavjud. BIVni kiritish texnikasi uning qutisida ko'rsatilgan. BIVga ko'rsatma: BIV ayollar uchun eng qulay usul hisoblanadi.

Mo'neliklar:

a) Mutloq: noaniq genezli qon ketishlar, homiladorlik, misga allergiya, ayol jinsiy a'zolari rakka gumon qilinganda, ichki va tashqi jinsiy a'zolari yalig'lanish kasalliklari, anamnezda tug'ruqlarni bo'lmasligi.

b) Nisbiy: jinsiy tizim rivojlanish nuqsonlari, mioma, endometrioz, infantil bachadon, deformatsiyalar, qon kasalliklari, ekstrogenital kasalliklar.

Nojo'ya ta'sirlar:

1. Og'riq-prostoglandinlar sekretsiasini oshishi natijasida yuzaga keladi: ekspulsiya, to'lg'oqsimon og'riqlar, bachadon va ortiqlarning yallig'lanish kasalliklari, o'z-o'zidan abort, ektopik homiladorlik, xurujsimon og'riq, qonli ajralma.

2. Hayz siklining buzilishi: giperpolimenoreya, algodismenoreya, bachadondan siklik qon ketishlar.

3. Bachadonning yallig'lish kasalliklari.

4. Ekspulsiya.

5. Homiladorlik.

6. Perforatsiya (bachadon teshilishi)

BIV ishlatadigan ayollarga tavsiyalar:

1) birinchi tekshiruv BIV qo'yilgandan 3-5 kun o'tgach o'tkaziladi.

2) jinsiy hayotni tiklash faqat ko'rikdan keyin ruxsat beriladi.

3) qayta ko'rik har 3-6 oyda amalga oshiriladi.

4) Bemorga harsikl paytida ipchalarini paypaslab ko'rishni o'rgatish.

5) harorat ko'tarilganda, qorin pastida og'riq, patologik ajralmalarda va hayz sikli o'zgartirganda shifokorga murojaat qilish kerak.

GORMONAL QONTRATSEPSIYA

Bu oral kontratseptiv (OK) preparatlar ham deyiladi, bular tabletka holida bo'lib, harbir tabletka estrogen va progesteron saqlaydi. Shulardan yarina, janin, diane-35, logest, trikvilar, mikroginon, rigevidon, novinet, regulon va boshqalar keng qo'llaniladi (81 rasm).

OKlarning reproduktiv sistemaga ta'siri: gipotalamo-gipofizar LG va FSG

miqdori pasayib ketadi. Ovulyatsiya bo'lmaydi, tuxumdonlar o'lchamlari kichrayib uni strukturasi funksional jihatlarini o'zgaradi, endometriyda proliferativ o'zgarishlar yuzaga keladi, bachadon bo'yni gipersekretsiya va bachadon servikal kanalining shilliqli fizik-kimiyoviy xususiyatlari o'zgaradi. Kontratseptiv effekti 100% bo'lib hisoblanadi. OK tarkibidagi estrogen va gestagen komponentlariga ko'ra monofazali va ko'p fazali OKlarga bo'linadi, bularni umumiy qabul qilish tartibi siklning 1 kundan 1 tabletkadan bir xil vaqtda 21 kun mobaynida keyin 7 kun dam olish beriladi va yana yuqoridagi kabi ichib boshlanadi, bu monofazali OKlar uchun ko'p fazali OKlarni qabul qilishda hayz sikli boshlangandan 1 tabletkadan ichiladi va 21 kun davomida 7 kun dam olish.

Ko'rsatmalar: Ishonchli kontratseptivlikga ega bo'lishi; hayz sikli buzilishlarda va boshqa patologik holatlarda terapevtik ta'siri, tug'ishni nazorat qilishga qulayligi, tug'magan yosh ayollarni jinsiy faolligi, tug'ruq yoki abortdan keyingi ahvoli

Mo'neliklar: Mutloq: tromboembolik kasalliklar, bosh miya tomirlar sistemasining zararlanishi, reproduktiv sistema va sut bezlarining xavfli o'smalari, jigar funksiyasidagi og'ir buzilishlar.

Nojo'ya ta'siri va asorati: esterogenga nojo'ya ta'sir ko'ngil aynishi, sezuvchan, sut bezlar kattalashishi, bosh og'rig'i, bosh aylanishi, qaltirash, gipertenziya, tromboflebit. Gestagenga bog'liq nojo'ya ta'sirlar ishtahani ko'tarilishi, depressiya, tez charchashi, neyrodermit, terining qichishi, yog'li holat oshishi, sut bezlarida og'riq, qattiqlashishi, holsizlik, sariqlik, qin kandidozi. Estrogenlar yetishmovchiligida qo'zg'aluvchanlik, bosh og'rig'i, depressiya, sut bezlarini kichrayishi, siklning boshida yoki oxirida yoki o'rtasida qonsimon ajralmalar chiqadi. Progestagenlar: hayzlararo qonli ajralmalar, hayz sikliga o'xshash reaksiyalar yoki to'xtab qolishi kuzatiladi.

OK tanlash prinsipi. Bu prinsiplarni tavsiya etishda bemorni ginekologik va somatik statuslarini, jinsiy aktivligini e'tiborga olib preparatlar tanlanadi.

- 1) OK tavsiya etishda qarshi ko'rsatmalarni qat'iy e'tiborga olinadi
- 2) Har yilgi ginekologik tekshiruvlar
- 3) Bachadon va uning ortiqlarini tarnsvaginal ultratovushli skanerlashni o'tkazish
- 4) Sut bezlarini har 1/2-1 yilda ko'rikdan o'tkazish
- 5) Arterial qon bosimini tekshirib turish diastolik bosim 90 mm. simob ustuni hisobida bo'lganida OK berish to'xtatiladi.

OK qabul qiluvchilarga tavsiyalar:

1. Tabletkani qabul qilish rejimiga qat'iy rioya qilish
2. Tabletkani bir xil vaqtda berish kerak
3. Agar bitta tabletkani ichmay qolganda darhol oradan 12 soatdan o'tmasdan ichish kerak
4. Menstrual siklga o'xshash reaksiya bo'lmasa, shu sistema bo'yicha dorini ichishni davom ettirgan holda shifokorga murojaat qilish kerak
5. Keng ta'sir doirasiga ega bo'lgan antibiotiklar, antigistaminlar og'riq qoldiruvchilar, nitrofuranlar, barbituratlar OK lar bilan bir vaqtda berilganda OK ni ta'siri kamayadi
6. Preparatni berish to'xtatilgandan keyin homiladorlik birinchi siklda yuzaga

kelishi mumkin

7. Rejali operatsiya bo'lishidan 6 hafta oldin OK ni to'xtatish kerak

8. Rejalashtirilgan homiladorlikdan 3 oy oldin OK ni qabul qilishni to'xtatish kerak

9. Shu xil dozadagi boshqa tabletkaga o'tishda standart 7 kunlik interval o'tishi kerak, past dozada OK ga o'tishda eski tabletkaga tamom bo'lgan kuni ertasiga yangisi ichiladi.

10. Qayd qilinganda qo'shimcha yana 1 tabletkani qabul qilish kerak

11. Har qanday shikoyatlarni shifokor bilan birga hal qilish kerak.

12. Sikllararo qonsimon ajralmalar preparat qabul qilishning 1 oylarda yuzaga keladi. Bu paytda qo'shimcha yana bir tabletkani qabul qilish tavsiya etiladi.

Mini-pili

Bu preparat o'z tarkibida progestagenlarni mikrodozalarini saqlaydi. Kontratseptiv ta'sir mexanizmi bir necha faktorlardan iborat.

A) «Bo'yin omili» Mini-pilli ta'sirida bo'yin shillig'i miqdori pasayadi yopishqoqligi oshadi va buning natijasida spermatozoidlarni kirish xususiyati periovulyator davrda pasayadi.

B) «Bachadon omili» Mini-pili endometriydagi o'zgarishlarga olib keladi.

V) «Nay omili»-naylar tuxum hujayralari harakatini sekinlashtiradi.

G) «Markaziy omili» Mini-pili ovulyatsiyani to'xtatib qo'yadi

Ko'rsatma: katta reproduktiv yosh, laktatsiya davrida (tug'ruqdan 4-6 hafta o'tgach), estrogenlar berishga qarshi ko'rsatma bo'lganda, qandli diabet, 35 yoshda aktiv chekish gormonal kontratseptivlar bilan birgalikda Magne-V6ni qabul qilish ham tavsiya etiladi.

In'eksion usullar in'eksion preparatga: tarkibida estrogen va androgen aktivligi bo'lmagan ta'sir qilish vaqti uzaygan progestagenlar kiradi (82-rasm).

In'eksion preparatlarning ta'sir qilish mexanzimi: ovulyatsiyani to'xtatishi (gipotalamo-gipofizar sistemani ingibirlaydi), servikal kanal shilliq qavati fizik-kimiyoviy xususiyati o'zgarishi, fermentlar tengligini buzilishi, endometriyning implantatsiyaga qarshi o'zgarishi.

Qabul qilish tartibi: Depo-provera-150 birinchi dozasini hayz siklining birinchi besh kunida qilinadi. Keyingi in'eksiyalar har 12 haftada qilinadi. Noresterat 8 haftada 1 marta qabul qilishdan oldin flakonni sekin aralashtirish va chuqur mushak orasiga yuboriladi.

Ko'rsatma: boshqa gormonal preparatlarni muntazam qabul qilish mumkin bo'lmay qolganda, kech reproduktiv yosh, estrogenlarga qarshi ko'rsatma bo'lganda, laktatsiya davrida uchun: homiladorlik, bachadondan patologik qon ketishi, homiladorlikni yaqin kunlardagi, reproduktiv sistema a'zolarining yomon sifatli o'smalari.

Ixtiyoriy xirurgik sterilizatsiya

Bu turdagi kontratsepsiyani 4 guruhga ajratib o'rganiladi.

Bog'lash va ajratish: bachadon naylari chok materiali yordamida bog'lanadi; Pomeroy usuli nay bog'lanib shu joydan kesiladi; Proklonda usuli nayni ikki joyidan bog'lab o'rtasi kesib olib tashlanadi. Bundan tashqari bir qancha turlari

bor: mexaniq usuli, issiqlik energiya yo'li bilan kesish.

Ixtiyoriy xirurgik sterilizatsiya quyidagi vaqtda qilinadi: hayz siklini ikkinchi yarmida, tug'ruqdan keyin 6 hafta o'tgach, ginekologik operatsiya vaqtida, abortdan keyingi sterilizatsiya, asoratlanmagan sun'iy abortdan keyin, tug'ruqdan keyin sterilizatsiya: kesar kesish vaqtida, 48 kundan keyin, tug'ruqdan 3-7 kundan keyin.

Qarshi ko'rsatma. Mutlaq: kichik chanoqda o'tkir yallig'lanish kasalliklari, tarqalgan yoki o'choqli infeksiya, yurak - qon tomir kasalliklari, aritmiya, respirator kasalliklar, diabet, qon ketishi, semizlik, kindik churrasi.

Hozirgi davrda bachadon naylarini laparoskop yordamida inaktivatsiya qilish, bu usul koagulyatsion usulga ko'proq yordamlashadi.

Erkaklar sterilizatsiyasi yoki urug' chiquvchi naylarni kesib tashlash yoki koagulyatsiya qilish.

Vazektomiya asoratlari. Gematoma, yallig'lanish kasalliklari, epididimit. Kontratseptiv effekti juda yuqori hisoblanadi.

AMALIYOT KO'NIKMALAR

“Eng ko'p tarqalgan BIVni kiritish texnikasi ”

1. Ko'zguni kiritish, bachadon bo'yni va qinni antiseptik eritma bilan tozalash.
2. O'qsimon qisqichlar bilan bachadon bo'ynining oldingi labini qisish
3. Bachadon zondi yordamida uning tubini aniqlash
4. BIVni kiritishdan 5 minut oldin gorizontal uchlarini to'g'rilash
5. Bachadon bo'shlig'i uzunligi bo'yicha uzatgichda belgi qo'yish
6. Gorizontal bo'limlarini qo'yish va belgining uzun qismini gorizontal tekislikda qo'yish
7. BIVni bachadonga kiritish, bunda Harakatlanuvchi belgi bachadon bo'yniga kelib taqalishi kerak
8. Temir o'zagini qo'zg'atmagan holda uzatgichni 0, 5sm ga tortish (83rasm)
9. Temir o'zagini tortib olib qolgan qismini qo'zg'atmaslik
10. Servikal kanaldan uzatgichni olish
11. BIV ipchalarini 2, 5-5sm qoldirib qirqib tashlash

“BIVni chiqarish texnikasi”

Bachadon bo'yni va qin antiseptik eritma bilan tozalanadi. Ipchalarni pinset yordamida ushlab sekin tortiladi.

BIVstatsionarda quyidagi klinik holatlarda olib tashlanadi:

- ambulator sharoitda BIVni olib bo'lmaydi
- BIV fonidagi homiladorlik
- BIV ipchalari bo'lmaganda
- BIV uzoq muddat qolganda
- BIV fonida hayz siklining buzilishi.

O'RGATUVCHI TESTLAR

1. Qontratsepsiyaning qanday 4 usullari va vositalarini bilasiz:

1. mexaniq;
 2. kimyoviy;
 3. fiziologik ritm-usul;
 4. jinsiy aloqani to'xtatish.
2. Zamonaviy Qontratseptivlarning 4 samarali usullarini ayting:
1. oral kontratseptivlar;
 2. bachadon ichi kontratseptiv vositalari;
 3. in'eksion kontratseptivlar;
 4. xirurgik (sterillash) usuli.
3. Mexanik kontratseptivlarning 3 asosiy turini ayting:
1. erkaklar prezervativlari;
 2. qin diafragmasi;
 3. bachadon bo'yni qalpoqchasi.
4. Kimyoviy kontratseptivlarning 3 asosiy turini ayting:
1. qin sharchalari, tabletkalari, shamchalari;
 2. kislotali eritmalar bilan qinni yuvish;
 3. gramitsidin pastasi.
5. Kontratsepsiyaning qanday 2 usulidan harikkala tomon (erkak va ayol) foydalanadilar:
1. mexanik;
 2. kimyoviy.
6. Bachadon ichi spiralini qanday 4 muddatlarda qo'yish mumkin:
1. hayzning 3-5 kunlari;
 2. abort yoki undan keyin 1 sikl o'tgach;
 3. fiziologik tug'ruqning 5-kuni;
 4. patologik tug'ruqdan so'ng yoki (patologik) kesar kirkishdan so'ng 3 oy o'tgach.
7. Oral kontratseptivlarning 4 asosiy ijobiy belgisini aytib o'ring:
1. yuqori kontratseptiv effekti 97%;
 2. osonlik bilan qo'llanilishi;
 3. hayz sikli normallasuvini ta'minlashi;
 4. ketadigan qon miqdorini kamaytirish.
8. Qanday 3 xil kasallikning rivojlanish xavfi oral kontratseptivlarning qo'llanilishini cheklab qo'yadi?
1. jigar kasalliklari;
 2. bachadon va tuxumdon raki;
 3. bachadondan tashqari homiladorlik.
9. Qanday ayollarda oral kontratseptivlarni ishlatib bo'lmaydi?
1. yoshi 36 dan oshgan, chekuvchi ayollar;

2. gipertoniya bilan og'rigan;
3. og'ir kechuvchi qandli diabeti bo'lgan ayollar;
4. gepatit va gepatoz bilan og'rigan ayollar.

10. In'eksion gormonal kontratseptivlarga taalluqli 2-ta preparatni ayting:

1. Depo-provera;
2. Noristerat.

11. Bachadon ichi spiralini qanday 4 muddatlarda qo'yish mumkin:

1. hayzning 3-5 kunlari;
2. abort yoki undan keyin 1 sikl o'tgach;
3. fiziologik tug'ruqning 5-kuniga;
4. patologik tug'ruqdan so'ng yoki (patologik) kesar kirkishdan so'ng 3 oy o'tgach.

12. In'eksion kontratseptivlarni qo'llashda 3-ta qarshi ko'rsatmani sanab o'ting:

1. homiladorlik yoki unga shubha;
2. jigar kasalliklari;
3. tromboflebitlar.

13. Qanday ayollarga oral kontratseptivlarni ishlatish mumkin emas?

1. yoshi 36 dan oshgan, chekuvchi ayollar;
2. gipertoniya bilan og'rigan;
3. og'ir kechuvchi qandli diabeti bo'lgan ayollar;
4. gepatit va gepatoz bilan og'rigan ayollar.

14. In'eksion kontratseptivlarni qo'llashda 3 ta qarshi ko'rsatmani sanab o'ting:

1. homiladorlik yoki unga shubha;
2. jigar kasalliklari;
3. tromboflebitlar.

15. In'eksion kontratseptivlarni qo'llashda qanday 3ta salbiy holatlar kuzatilishi mumkin:

1. amenoreya;
2. hayzlararo qonli ajralmalar;
3. in'eksiya ta'siri tugagandan so'ng 6-9 oy davomida hayz siklining to'xtab qolishi.

16. Kontratsepsiyaning 2 ta xirurgik usulini ayting:

1. bachadon naylari sterilizatsiyasi;
2. erkaklarda urug'don naychasini bog'lash.

17. Oilani rejalashtirishning 4 prinsipiga nima kiradi:

1. kontratsepsiya vositalaridan ratsional foydalanish;
2. juda yosh ayollarning ma'lum muddatga tug'ishdan saqlanishi va

- katta yoshdagi ayollarda homiladorlikni oldini olish;
3. homiladorliklar yoki tug'ruqlar orasidagi oraliqni uzaytirish;
 4. ona va bola o'limining oldini olish.

NAZORAT SAVOLLARI

1. Kontratsepsiyaning to'siq usuli va spermitsidlar ta'sir mexanizimini ayting.
2. Diafragmalarni ishlatishga qaysi ko'rsatmalar bor?
3. Bachadon bo'yni qalpoqchalari uchun qarshi ko'rsatmalar.
4. Kontratseptiv gubkalar ishlatish usullar.
5. Prezervativ qo'llashga ko'rsatma, mo'neliklar
6. Spermitsidlar kachon ishlatiladi?
7. Kontratseptivning ritmik usullarini tushuntiring.
8. Bachadon ichi kontratsepsiyasiga qarshi ko'rsatmalar.
9. Gormonal kontratseptivlar qaysi?
10. Aralash estrogen-gestogen preparatlarini ayting.
11. Mini-pili ta'sir mexanizmi qaysi faktorlarda iborat?
12. In'eksion preparatlarning turlarini ayting
13. Ixtiyoriy jarrohlik sterilizatsiyasini qo'llashga ko'rsatma va mo'neliklar.

GINEKOLOGIYADA KASALLIK TARIXINI RASMIYLASHTIRISH

1. Pasport qismi
 1. Ismi va otasining ismi
 2. Yoshi
 3. Millati
 4. Kasbi
 5. Yashash joyi
 6. Kelgan kuni
2. Shikoyatlari
 1. Umumiy: holsizlik, ishtahaning pasayishi, tana haroratining ko'tarilishi va hokazo.
 2. Ginekologik belgilar
 - og'riq
 - oqchil
 - hayz siklining buzilishi
 - reproduktiv funksiyasining buzilishi
 - qo'shni azolar funksiyasining pasayishi
 - kelgandagi va kuratsiya vaqtidagi shikoyatlari ko'rsatiladi.
3. Anamnez
 1. Irsiyati
 2. Allergik anamnezi
 3. Umumiy kasalliklari

4. Hayz siklining funksiyasi
- a) birinchi hayz ko'rgan vaqti
 - b) muntazam hayz siklini ko'rish vaqti. Agar hayz ko'rishida o'zgarish bo'lsa, uning xarakteri va belgilari.
 - v) shuningdek og'riq xarakteri (to'lg'oqsimon, doimiy, simillovchi)
 - g) jinsiy hayot, tug'ruqlar, abortdan so'ng menstruatsiya xarakteri o'zgardimi va bu o'zgarish nimalarda namoyon bo'ldi.
 - d) oxirgi menstruatsiya sanasini ko'rsatish (boshlanishi va oxiri), agar u normal bo'lmasa, odatdagi siklda nimasi bilan farq qiladi.

5. Sekretor funksiyasi
- a) ajralmalar qachon paydo bo'ladi
 - b) ularning miqdori (kam, ko'p)
 - v) ajralma doimiy yoki davriy, menstruatsiya bilan bog'liqmi
 - g) ajralma xarakteri, ranggi (oq, sariq, yashil, qonli), iidi (iidsiz, o'tkir iidli), atrof to'qimalarga ta'siri, ularning konsistensiyasi (suyuq, quyuq, tvorogsimon)

6. Jinsiy funksiya

- a) jinsiy hayotning boshlanishi
- b) muntazam jinsiy hayot tarziga egami yoki tasodifiy aloqalar qiladimi?
- v) jinsiy aloqa vaqtida ajralmalar bo'ladimi?
- g) homiladorlikdan saqlanadimi, agar saqlansa qanday yo'llar bilan?

7. Reproduktiv funksiya

- a) jinsiy hayotdan qancha muddat o'tgandan so'ng homiladorlik boshlandi?
- b) homiladorliklari soni.

Hamma homiladorliklarni xronologik tartibda sanang. Ularning har bittasi qanday kechdi va nima bilan tugallandi. Tug'ruq patologik yoki normal bo'ldimi, akusherlik amaliyoti qilindimi, tug'ruqdan keyingi chilla davrning kechishi, bola tirikmi.

Abort qanday bo'ldi: o'z-o'zidan, ayolning xoiishi bilan, tibbiy muassasada su'niy ravishda (artifitsial), vrach ko'rsatmasiga binoan, kriminal (kasallikdan).

Abort o'tkazilgan vaqti (erta va kechki abort), o'z-o'zidan bo'lgan kriminal abortlarda bachadon shilliq pardasi qirildimi.

Abort o'tkazilgandagi asoratlar va abortdan keyingi davrning kechishi.

8. O'tkazilgan ginekologik kasalliklari

O'tkazilgan ginekologik kasalliklarni xronologik tartibda sanang. Bemor qayerda (statsionar, ambulatoriya, kurortda va nima vositasida davolandi va davolanish natijasi)

9. Shu kasallikning tarixi.

Bemor o'zini qachondan kasal deb hisoblaydi, kasallikning boshlanishini nima bilan bog'laydi (menstruatsiya, tug'ruq, abort, operatsiya, bachadon ichiga Qontratseptiv vosita kiritish, sovuq qotish), kasallikning boshlanishi (o'tkir, doimiy) klinik belgilari rivojlanishini ko'rsating. Chanqash, og'riq irradiatsiyasi, qayt qilish, qo'shni a'zolar funksiyasining buzilishini ko'rsating. Ayollar

maslaxatxonasiga ko'rindimi, u yerdagi davo va o'tkazilgan tekshirish usullarining natijasi. Gospitalizatsiya («Ayollar maslaxatxonasi» yo'llanmasi bilan, «tez yordam»da o'zi kelgan.

10. Obektiv kuzatish

a) Umumiy tekshirish

1. Ko'zdan kechirish-og'riq, bo'yi, gavda tuzilishi (konstitutsiyasi), teri qoplamlari, venalardagi varikoz kengayish, shishlar, qalqonsimon bez holati.

2. Sut bezi va so'rg'ichlarini tekshirish (shakli, konsistensiyasi, bezdagi og'riq, so'rg'ich xarakteri, yaqqol namoyon bo'lgan yoki cho'zilgan), sut bezi sekreti (og'iz suti, qon aralash suyuqlik).

3. Nafas a'zolari.

4. Qon aylanish a'zolari.

5. Qorin va iazm a'zolari.

6. Siydik ajratish a'zolari.

7. Nerv sistemasi va sezgi a'zolari.

b) Ginekologik tekshiruv

1. Tashqi jinsiy a'zolar holati.

2. Ko'zgu yordamida qin va bachadon bo'yinchasini ko'rish.

3. Bimanual ginekologik (rektal) tekshirish. Qinning bachadon tanasi, ortiqlari, qin gumbazi holati baholanadi.

4. Ajralma xarakteri.

Ginekologik tekshiruv ma'lumotlari:

Sochlanish tipi (erkak yoki ayol tipidagi), tashqi jinsiy a'zolarining rivojlanishi – normal yoki rivojlanish nuqsonlari. Uretra, parauretral yo'llarda, bartolini bezlari yo'llarida o'zgarishlar bor-yo'qligi, vulva va qin shilliq pardasining ranggi (pushti rang, sianotik), burmalanganini ko'rsatish. Bachadon bo'yni shakli, (konussimon, silindsimon), tashqi teshik (yoriqsimon, nuqtasimon), bo'yincha shilliq pardasining o'zgarishlari va servikal kanaldagi ajralma xarakteri. Bachadon bo'ynida eroziya bo'lganda uning joylashishi, oldingi yoki orqa labda, o'lchamlari, yuzasining xarakteri. Bimanual ginekologik tekshiruvda bachadon bo'yni konsistensiyasi, tashqi teshik holati (yopiq, barmoq uchi o'tadi), bachadon tanasining joylashishi (antefleksioverzio, retrofleksioverzio holatida), uning kattakichikligi, harakatchanligi, konsistensiyasi, yuzasi (silliq, g'adirdudur), palpatsiya qilganda og'riq bo'lishi. Bachadon naychalari tekshirilganda (normada naychalar ikki tomondan palpatsiya qilinmaydi) o'zgarishlar bo'lsa, ularning o'zgargan belgilari yoziladi: katta-kichikligi, harakatchanligi, palpatsiya qilganda og'riq bor –yo'qligi, yuzasi, konsistensiyasi. Qin gumbazlari xarakteri aniqlanadi (erkin, chuqur, osilgan, infiltrlangan), ko'zdan kechirishdan so'ng qo'lqopdagi ajratmalar tekshiriladi.

v) taxminiy diagnoz (asosiy va yo'ldosh kasalliklar)

g) tekshirish rejasi (shu kasallik va bemor uchun)tuziladi

d) ginekologik tekshirishlarning maxsus usullari va ularning natijasi.

Bachadonni zondlash, oq shipsilar bilan sinama, qinning orqa gumbazi orqaliqorinnipunksiyaqilish, metrosalpingografiya, gisteroskopiya, servikal va bachadon tanasi kanali shilliq pardasini diagnostika maqsadda qirish, bachadon

bo'yni biopsiyasi. Gazli ginekografiya, kengaytirilgan kolpokasiya, kuldoskopiya, laparaskopiya.

ye) Laborator tekshiruvlar va ularning natijasi

Qon, siydik tahlili, uretra ajralmasini tekshirish, servikal kanal, qin florasini gonokokklar, trixomonadlar, achitqisimon zamburug'lar, kokklar, tayoqchalar, xlamidiyalarga tekshirish va ularning antibiotikka sezgirligini aniqlash uchun ekish, surtmaning patologik manzarasi (tozalik darajasi 1, 2, 3, 4), qorin bo'shlig'i punktatida, bachadon bo'shlig'i aspiratida servikal kanal, qin ajralmalarida atipik hujayralar bo'lganida sitologik tekshiruvlar o'tkazish. Patologik tekshiruvlar, EKG, EEG, bazal harorat, gormonlarni tekshirish;

j) konsultantlar xulosasi (terapevt, nevropatolog, okulist, xirurg, endokrinolog).

Qiyosiy tashxisi

Differensial qiyosiy tashxisi avval klinik ko'rinishiga o'xshash kasallik bilan, so'ngra chekuvchi bemorga nisbatan o'tkaziladi.

11. Klinik diagnozni asoslash

Diagnoz asosiy va yo'ldosh kasallik ko'rsatilgan holda tipik shaklda yoziladi.

Diagnozni asoslash sxemasi: kasal shikoyatlari asosida; hayot anamnezidan ma'lumotlar; kasallik anamnezi; umumiy va ginekologik tekshiruvlar; qo'shimcha va laborator tekshirish usullari, differensial diagnoz asosida qanday kasalliklarga o'xshaydi, yakuniy diagnozni kutish;

(Faqat chekuvchi bemor kasalligi uchun xarakterli ma'lumotlar ko'rsatiladi)

12. Davolash rejasi

Agar jarrohlik amaliyoti lozim bo'lsa, jarrohlik yo'li bilan davolashga ko'rsatma qayd qilinadi va amaliyot hajmi ko'rsatiladi. Amaliyotning borishini yozish talab qilinmaydi.

13. Kundalik.

To'liq kundaliklar 3 kundan 5 kungacha yoziladi. Unda klinikada qabul qilingan forma bo'yicha to'liq ko'rsatmaga asoslanib parhez (diyeta) va dozalari bilan dorilar ko'rsatiladi. Zarur bo'lsa, ginekologik tekshirishlarning ma'lumotlari yoziladi (kasallik dinamikasi bo'yicha), ertalabki va kechqurungi harorat jadvali tuziladi. Puls, AB yoziladi.

14. Etiologiyasi va patogenezi

Kasallik etiologiyasi va patogenezi izohlanadi va bu chekuvchi ayolga nisbatan ham o'rganiladi.

15. Prognozi.

Quyidagilar:

a) hayoti,

b) mehnatga layoqatliligi

v) farzand ko'rishiga asoslanib prognoz baholanadi. Har bir band bo'yicha shu kasallikka chalingan bemorga tegishli izohlar beriladi.

16. Epikriz.

17. «Kasallik tarixi» ni yozishda foydalanilgan adabiyotlar.

18. Kurator imzosi.

TOSHKENT TIBBIET AKADEMIA AKUSHERLIK VA GINEKOLOGIYA KAFEDRASI TO'G'RISIDA QISQACHA MA'LUMOTNOMA

Akusherlik va ginekologiya kafedrası 2000 yilning sentabr oyida tashkil topgan, unga tibbiyot fanlari doktori F. M. Ayupova rahbarlik qilib kelmoqda. Kafedrada davolash va tibbiy profilaktika fakultetlarining IV kurs talabalariga «Akusherlik» fanidan va V kurs talabalariga «Ginekologiya» fanidan ta'lim berib kelinmoqda. 2001 yildan boshlab kafedra qoshida «Akusher-ginekolog» mutaxassisligidan magistratura ochildi.

Kafedra professorlari F. M. Ayupova, Yu. Q. Jabborova, G. S. Bobojonova, dotsentlar F. I. Shukurov, L. M. Abdullayeva, G. M. Nigmatova, , katta o'qituvchilar, t. f. d. G. Bekbauliyeva, t. f. n. D. J. Saidjalilova, assistentlar, , t. f. n. D. A. Ayupova, D. N. Xo'jayeva, M. Iabibullayeva, Z. Mo'minova, D. Sherbayeva faoliyat ko'rsatib kelmoqdalar. Shuningdek, kafedrada 17 rezidentlar, 6 ta izlanuvchilar ham tasisil olmoqda. Kafedra xodimlari talabalar bilan o'quv-uslubiy, tarbiyaviy, ilmiy tadqiqot ishlarini olib boradilar, bo'lajak umumiy amaliyot shifokorlari va ilmiy pedagogik kadrlarni tayyorlaydilar.

Kafedra Toshkent shahar Uch-tepa tumani 9-Akusherlik kompleksining bazasida ish olib boradi. Akusherlik va ginekologiya kafedrasida sohaning dolzarb muammolariga doir ilmiy-uslubiy seminarlar, konferensiyalar o'tkazib turiladi. Mazkur tibbiy muassasalarda davolash, maslahat va kafedrada «Ayollar reproduktiv sog'lig'ini tibbiy va ijtimoiy aspektlari» mavzusi bo'yicha ilmiy tadqiqot ishlarini olib boriladi.

2000 yildan boshlab kafedrada 3 ta doktorlik va 22 ta nomzodlik dissertatsiyasi tayyorlanmoqda.

MUNDARIJA

Ginekologiya fanining O'zbekiston qisqacha tarixi.	
<i>prof F. M Ayupova</i>	2
Ayollar jinsiy a'zolarining anatomiyasi.	
<i>prof Yu. Q. Jabborova</i>	5
Ginekologik kasalliklar propedevtikasi	
<i>prof Yu. Q. Jabborova</i>	10
Normal hayz sikli	
<i>dots F. I Shukurov</i>	20
Hayz siklining buzilishi. Amenoreya.	
<i>prof Yu. Q. Jabborova</i>	30
Bachadondan disfunktsional qon ketishi. (BDQK)	
<i>dots F. I Shukurov</i>	40
Ayollar jinsiy a'zolarining kasalliklari yallig'lanish	
<i>dots F. I Shukurov, prof G. S. Bobojonova</i>	52
Ayollar jinsiy a'zolarining spetsifik yallig'lanish kasalliklari	
<i>prof. G. S. Bobojonova</i>	69
Abortlar	
<i>prof F. M Ayupova</i>	83
Bachadondan tashqari homiladorlik	
<i>prof. Yu. Q. Jabborova</i>	92
Yelbo'g'oz.	
<i>prof F. M Ayupova</i>	106
Bachadon miomasi	
<i>dots F. I Shukurov</i>	111
Endometrioz.	
<i>dots F. I Shukurov</i>	126
Tuxumdon o'smalari	
<i>prof Yu. Q. Jabborova</i>	139
Bachadon bo'yni va tanasining fon va rak oldi kasalliklari.	
<i>prof. Yu. Q. Jabborova</i>	151
Jinsiy a'zoldagi nuqsonlar	
<i>dots G. M. Nigmatova</i>	165
Bachadonning noto'g'ri joylashishi	
<i>dots L. M. Abdullayeva</i>	170
Bepushtlik	
<i>prof Yu. Q. Jabborova</i>	182
Zamonaviy Qontratsepsiya usullari	
<i>prof Yu. Q. Jabborova</i>	193
Ginekologiyada kasallik tarixini rasmiylashtirish	
<i>dots. F. I Shukurov</i>	202
1 – akusherlik va ginekologiya kafedrasida to'g'risida qisqacha ma'lumotnoma.	
<i>prof F. M Ayupova</i>	206