

**Ф.М.Аюпова, Ю.К.Жабборова**

# **ГИНЕКОЛОГИЯ**

**(дарслик)**

Иккинчи нашр

Олий ва ўрта, махсус, касб- ҳунар таълими  
илмий- услубий ва ўқув- услубий бирлашмалари  
фаолиятини мувофиқлаштирувчи кенгаш  
нашрга тавсия этилди.

**Тошкент «Мехридарё» 2008**

Аюпова Ф.М., Ю.К. Жабборова  
А 95 Гинекология: Дарслик/ Т.:Мехридарё, 2008.  
Иккинчи нашр

ББК 57.1я73

Китобда аёллар жинсий аъзоларининг асосий касалликлари тўғрисида маълумотлар берилган.

Гинекологик касалликлар этиологияси, патогенези, даволаш ва олдини олиш усуллари билан бир қаторда амалий кўникмалар, масалалар, ўргатувчи тестлар назорат саволлари ва расмлар киритилган.

Ушбу дарслик тиббиёт олий ўқув юртлари 4-7 курс талабалари учун мўлжалланган. Умумий амалиёт шифокорлари, аспирантлар ва резидентлар ҳам фойдаланиши мумкин.

Рецензентлар: т.ф.д., проф. М.Х. Каттаходжаева  
т.ф.д., проф. Д.К. Нажмутдинова

Аюпова Ф.М., Ю.К. Жабборова  
Гинекология. Дарслик

Муҳарир: Акмаль Камолов  
Компьютерда саҳифаловчи: Д. Богомолов., В. Попов.

Мехридарё МЧЖ

Босишга рухсат этилди 05.02.08. Бичими 60x90 1/16  
Нашр табоғи 13.0. Шартли босма табоғи 13.0.  
Адади 420 нусха. Буюртма № 3-41  
Баҳоси шартнома асосида.

Мехридарё МЧЖ босмаҳонасида чоп этилди. Тошкент ш., Кушкуприк куч. 22 уй.

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

© Мехридарё МЧЖ

# ГИНЕКОЛОГИЯ ФАНИНИНГ ЎЗБЕКИСТОНДА ҚИСҚАЧА ТАРИХИ

Гинекология грекча сўз бўлиб гинес-аёл, логос-фан деган маънони англатади. Гинекология-аёл организми учун хос анатомик ва физиологик хусусиятларини, жинсий аъзоларининг касалликларини, уларни даволаш ҳамда олдини олиш йўлларини ўргатади.

Гинекологиянинг яна бир бўлими ҳомиладорлик ва туғруқ билан боғлиқ бўлган физиологик ва патологик жараёнларни ўргатувчи акушерликдир.

Гинекология умумий ва маҳсус бўлимлардан иборат. Гинекологиянинг умумий бўлими аёл жинсий аъзолари касалликларининг белгилари, уларни аниқлаш, умумий текшириш усуллари касалликларнинг олдини олиш ҳамда уларни даволаш йўлларини ўргатса, хусусий гинекология-касалликларнинг кечиши, белгилари, уларни аниқлаш йўллари, даволаш ҳамда касалликларнинг олдини олишни ўргатади.

Гинекология тиббиётнинг кўпгина бошқа соҳалари – анатомия, гистология, патологик ва топографик анатомия, патологик физиология, иммунология, микробиология ва вирусология, нефрология, анестезиология ҳамда реаниматология, хирургия, терапия, эндокринология каби фанлар билан чамбарчас боғлиқ. Кейинчалик ўсмирлар гинекологияси, эндокринологик касалликларни оператив ва нооператив йўллар билан даволаш ҳамда онкология қабилар гинекологиядан ажралиб чиқди.

Гинекологик касалликларни аниқлашда рентген нурлари, ультратовуш, эндоскопия, патоморфологик, гормонал, цитологик, бактериологик ва бошқа усуллар кенг қўлланилади. Гинекологик касалликларни даволашда жарроҳлик ва дори-дармонлар ёрдамида даволаш, физикавий методлар, санатор-курорт, парҳез овқат, бадантарбия, крио - ва лазер нурлари билан даволаш усуллари қўлланилади.

Аёллар касалликлари тўғрисида қисқача маълумотларни Ҳиндистон, Миср ва Юнонистон қўлёзмаларида учратиш мумкин. Тиббиёт илмининг бобокалони буюк мутафаккир Абу Али ибн Сино ўзининг 1012-1023 йилларда битилган «Тиб қонунлари»да аёллар касалликларининг баъзи бир турлари ҳақида фикр юритади.

Гинекология фани фақатгина XIX аср охирида мустақил фан сифатида ажралиб чиқди. Биринчи аёллар касалликларини даволовчи бўлимлар Санкт-Петербургда (1842й) ва Москвада (1875й) очилди. Россияда 1858 йилда А.А. Китернинг «Аёллар касалликларини ўрганиш тўғрисида қўлланма»си нашр этилди. Россияда гинекология ривожига олимлардан А. Я. Крассовский (1821-1898), В.Ф. Снегирев (1847-1916), К.Ф. Славянский (1847-1898) катта ҳисса қўшдилар.

Гинекология фанига асос солган яна бир гуруҳ олимлар Д.О. Отт (1855-1929), В.С. Груздев (1866-1938), А.З. Мандельштамм (1894-1984), К.К. Скробанский (1874-1946), И.Ф. Жордания (1895-1962), В.И. Бодяжина (1904-1987) қабилардир.

Ўзбекистонда аёлларда учрайдиган бепуштлик (А.А. Шорохова ва бошқалар), бачадонда қон ва лимфа айланиши хусусиятлари А.А. Шорохова (1944-1946) ҳамда бачадоннинг тараққий этиши каби муаммолар тўғрисида илмий ишлар олиб борилган. Гинекология фанининг тараққиётига катта ҳисса қўшган олимлардан бири Тошкент медицина институти акушерлик ва гинекология кафедрасининг мудир профессора Абрам Аронович Когандир. Олимнинг изланишлари аёллар жинсий аъзолари касалликларида нерв системасининг аҳамияти, климакс, ракин организм бўйлаб тарқалиши ва менопауза каби масалаларга қаратилган. Гинекологлар иш жараёнида кўп қўлланиладиган қуйидаги белгилар: бачадон ташқарисида юзага келган ҳомиладорликда «қалпоқча» ва «тўсиқ» симптомлари А.А. Коган томонидан таклиф қилинган.

Жинсий аъзоларнинг фаолияти бузилиши натижасида кузатиладиган қон кетиш, бачадон ўсмалари, бачадон найлари фаолиятининг бузилишидан юзага келган бепуштлиқ, бачадон бўйни касаллиги, йўлдошнинг хорионэпителиома касаллиги, туҳумдонлар олиб ташлангандан сўнг юзага келган касалликларнинг тараққий этиши ва уларни даволаш, заҳарли химикатлар ва ишлаб чиқаришдаги вибрация, бруцеллэз кабиларнинг аёл организмга таъсирини ўрганиш ҳам А.А.Коган раҳбарлиги остида олиб борилган. Бундан ташқари, олим томонидан ҳомиладорликдан муҳофаза қилишнинг янги оператив усули ҳам яратилди.

Ўзбекистонда тиббиёт фанининг ривожланишига баракали ҳисса қўшган иқтидорли олим ва ажойиб педагог А.А. Коган Республикамизда маҳаллий кадрларни етиштириш соҳасида катта ишларни амалга оширди. Республикамизда хизмат кўрсатган фан арбоби, медицина фанлари доктори, профессор А.А.Коган, профессор А.А.Кодирова ва доцент О.К.Мирсоғатов билан ҳамкорликда тиббиёт билим юртларида таълим олаётган ўқувчилар учун «Акушерлик» номли катта дарслик тайёрлади. Бу китоб 1960 йили Соғлиқни сақлаш Министрлигининг давлат медицина нашриёти томонидан чиқарилди. Дарсликни нашрга тайёрлашда атоқли акушер-гинекологлардан З.М.Жамолова, С.А.Исмоилова, Ф.Е.Кальнишкая, М.Мамедова, А.Е.Манулкин, Х.С.Умарова, Н.М.Мусабекова ва З.М.Расулий яқиндан ёрдам бердилар. Самарқандда академик И.З.Зокиров раҳбарлигида туҳумдон ва бачадон ўсмалари муаммоси ҳал этилди. Андижон тиббиёт институтида республикамизнинг баъзи бир курортларидаги бальнеологик ва физик омилларнинг аёллар жинсий аъзолари касалликларининг кечишига таъсири ўрганилди (проф. Ф.Н. Губайдулина.)

Гинекология фанидаги янгиликлар ва ечилмаган масалалар Ўзбекистон акушер-гинекологларининг биринчи – олтинчи анжуманларида кенг муҳокама қилинди (1971-2003).

Акушерлик ва гинекология ихтисослиги бўйича мутахассислар Республика тиббиёт институтларида тайёрланади, 4-5 курс талабаларига шу фанлардан чуқур билим берилади, 7 курсдан кейин акушер-гинекологиядан магистратурада ўқиш мумкин, магистрлар йирик туғруқхоналарда юқори малакали мутахассислар бўлиб ишлаб келмоқдалар.

Юртимизда мутахассисларни тайёрлаш ва уларнинг билимларини ошириш учун 16та махсус кафедра, Ўзбекистон Республика Соғлиқни сақлаш вазирлиги қошидаги Акушерлик ва гинекология илмий текшириш институти ва унинг 4та филиали ишлаб турибди.

Гинекология-эндокринология соҳасида Ўзбекистон акушерлик ва гинекология илмий текшириш институтининг ходимлари (проф. Курбанов Д.Д., проф. Содиқова М.Ш.) ҳиссаларини қўшишмоқда. Улар томонидан бўқоқ беши касалликларининг жинсий аъзолар фаолиятига таъсири ўрганилмоқда. Шу касалликка чалинган аёлларда ҳомиладорликдан сақланишнинг илмий жиҳатдан асослаб берилган турлари таклиф қилинган.

Сўнгги йиллар мобайнида оилани соғломлаштириш ишлари кенг кўламда олиб борилапти. Кутилмаган ҳомиладорликларнинг олдини олиш учун қўлланиладиган воситалардан фойдаланиш натижасида оналар ва болалар ўлими кўрсаткичлари анча пасайди.

# АЁЛЛАР ЖИНСИИ АЪЗОЛАРИНИНГ АНАТОМИЯСИ

**Мақсад.** Аёлларда ташқи ва ички жинсий аъзоларининг анатомиясини билиш.

## **Вазифалар.**

1. Ташқи жинсий аъзолардан қов, катта ва кичик жинсий лаблар, клитор, қин даҳлизи, қизлик пардаси дан иборатлигини билиш.
2. Ички жинсий аъзолардан қин, бачадон, бачадон найлари ва тухумдонлар тузилишини билиш.
3. Жинсий аъзоларнинг бойлам аппаратини ўрганиш.
4. Жинсий аъзоларнинг қон, лимфа томирлари ва нерв системаларини билиш.

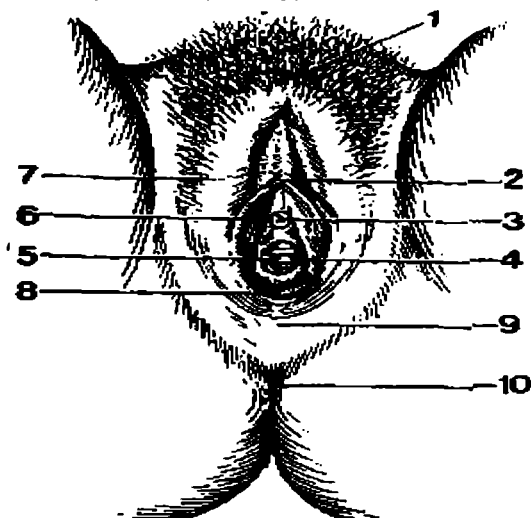
Аёллар жинсий аъзоларини ташқи ва ички аъзога ажратиш расм бўлган. Ташқи жинсий аъзоларга қов, катта ва кичик жинсий лаблар, клитор, қин даҳлизи, қизлик пардаси кирса, ички жинсий аъзоларга қин, бачадон, бачадон найлари ва тухумдонлар киради.

## **Ташқи жинсий аъзолар**

Қов тери ости клетчаткасига бой бўладиган, вояга етган даврда жун билан қопланиб, асосан юқорига қараб турадиган учбурчак шаклдаги соҳадир.

Катта жинсий лаблар иккита тери бурмасидан ҳосил бўлган, буларда ёғ клетчаткаси, ёғ ва тер безлари бўлади.

(1-расм) Олдинги ва орқа томонда улар олдинги ва орқа битишмалар билан бир-бирига кўшилган. Катта жинсий лаблар жинсий ёриқ билан бир-биридан ажралиб туради. Катта жинсий лаблар пастки учдан бир қисмининг бағрида қин даҳлизининг катта-катта безлари жойлашган, вестibuляр безлар деб шуларни айтади, бу безлардан ишланиб чиқадиган ишқорий секрет қинга кириш йўлини намлаб туради ва уруғ суюқлигини суюлтириб беради. Бу безларнинг чиқариш йўллари кичик жинсий лаблар билан қизлик пардаси ўртасидаги эгатчада очилади.



**1 – Расм.** Аёл ташқи жинсий аъзоларининг тузилиши.

1. Қов
2. Клитор
3. Уретра
4. Қизлик пардаси
5. Қинга кириш қисми
6. Кичик жинсий лаби
7. Катта жинсий лаби
8. Қизлик пардаси
9. Оралиқ
10. Анус.

Кичик жинсий лаблар ҳам иккита тери бурмачаларидан иборатдир, булар шиллиқ парда кўринишида бўлиб, катта жинсий лаблардан ички томонда жойлашган. Нормала жинсий ёриқ юмилиб туради ва қинга инфекция ўтиши ва қуриб қолишдан сақлайди.

Клитор жинсий ёриқнинг олдинги бурчагида жойлашган, қон томирлари ва нерв чигаллари билан мўл-кўл таъминланган, иккита форсимон танадан тузилган.

Қин даҳлизи кичик жинсий лаблар билан чекланган бўшлиқдир. Сийдик чиқариш каналининг ташқи тешиги, даҳлиз катта безларининг чиқариш йўллари, қинга кириш йўли шунга очилади.

Қизлик пардаси ташқи ва ички жинсий органларни бир-биридан ажратиб турадиган бириктирувчи тўқимадан иборат юпқа тўсиқдир. Бу парда ҳалқасимон, яримойсимон, тишсимон, кураксимон шаклда бўлади. Биринчи жинсий алоқа маҳалида қизлик пардаси йиртилиб, ҳар хил даражада қон кетади. Бу парданинг қолдиқлари гименал сўргичлар деб аталади, туғруқ маҳалида яна ёрилганидан кейин қолганлари миртасимон сўргичлар деб аталади.

### **Ички жинсий аъзолар**

Қин вояга етган аёлда узунлиги 8-10 см келадиган мускул ва фиброз тўқимадан иборат найдир. У қиннинг олдинги, орқа, ён томондаги ўнг ва чап гумбазлари тафовут қилинади. Ҳаммасидан чуқурроқ бўладиган орқа гумбазиди қин суюқлиги, жинсий алоқа вақтида эса уруғ суюқлиги тўпланади.

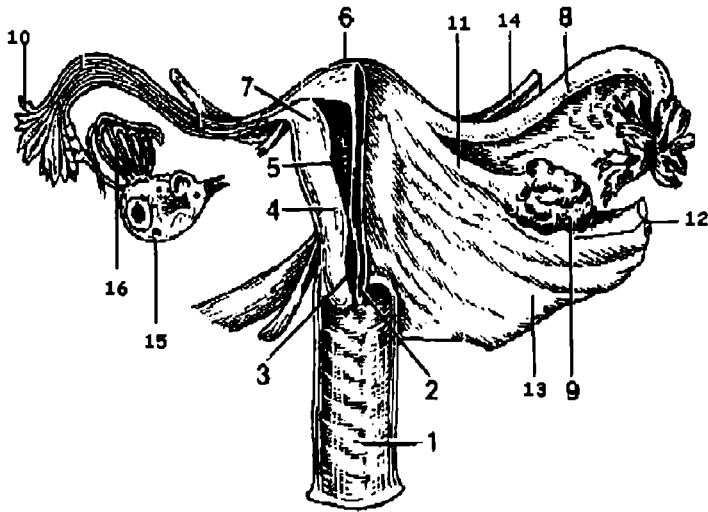
Қин деворлари шиллиқ парда, мускул қатлами ва ўраб турувчи клетчаткадан ташкил топган. Қиннинг шиллиқ пардаси кўп қаватли ясси эпителий билан қопланган, пушти рангда бўлади ва туғруқ маҳалида қиннинг чўзилишини таъминлаб берадиган бир талай кўндаланг бурмалардан иборат. Қин бўшлиғида кислота реакцияли бўлиши қин бациллалари ёки Дедерлейн таёқчалари ҳаёт фаолияти давомида ҳосил бўладиган сут кислотасига боғлиқдир. Улар қин шиллиқ пардасидаги эпителий ҳужайраларининг гликогени сут кислотасига қадар парчалайди.

Бачадон силлиқ мускуллардан тузилган ноксимон шаклдаги ичи бўш аъзо бўлиб, олдинги-орқа йуналишда бир оз яссиланган. (2-расм)

Унинг танаси, бўйинчаси ва бўйни тафовут этилади. Танасининг қавариқ бўладиган устки қисми бачадон туби деб аталади. Бачадон бўшлиғи учбурчак шаклида бўлиб, устки бурчакларига бачадон найларининг тешиклари очилади. Пастки томонда бачадон бўшлиғи торайиб, бачадон бўйинчасига (бачадон танаси билан бўйини ўртасидаги бўладиган қисмига, узунлиги 1 см атрофида бўлади) айланади ва бачадоннинг ички тешиги (бўғизи) билан тугалланади.

Бачадон бўйни бачадоннинг пастки, тор қисми бўлиб, унда қин гумбазларидан пастроққа туртиб чиқиб турадиган қин қисми ва қин қин гумбазларидан юқориқда турадиган қин усти қисми тафовут қилинади. Бачадон бўйни цилиндрсимон шаклга эга. Болалик даврида ва жинсий аъзолари ривожланмай қолган аёлларда бачадон бўйни конуссимон шаклда бўлади. Бачадон бўйнининг ичидан узунлиги 1-1,5 см келадиган бўйин канали (цервикал канал) ўтади, унинг устки бўлими бачадоннинг ички тешиги, пастки бўлими эса ташқи тешиги билан тугалланади.

Бачадоннинг узунлиги 7-9 см ни ташкил қилади. Кенлиги туби соҳасида 4, 5-5 см ни, деворларнинг қалинлиги 1-2 смни ташкил қилади. Бачадон массаси 50 г дан 100 г гача боради.



2 – Расм. Аёлнинг ички генитал аъзолари тузилиши.

1 – Қин 2 – Бачадон бўйни 3 – Цервикал канал 4 – Бачадоннинг ички оғзи.  
 5 – Бачадон бўшлиғи 6 – Бачадон туби. 7 – Бачадон мушаклари. 8 – Бачадон  
 найчаси 9. – Тухумдон 10 – Найчанинг фимбриялари. 11 – Тухумдоннинг ху-  
 сусий бойлами. 12 – Тухумдоннинг кўтарувчи бойлами. 13 – Кенг бойлам.  
 Юмалоқ бойлам. 15 – Примордиал фолликул  
 16 – Мезосальпинкс.

Бачадон деворлари уч қаватдан тузилган. Ички қавати цилиндрсимон бир қаватли ҳилпилловчи эпителий билан қопланган, бир талай найсимон безлари бўладиган шиллиқ парда (эндометрий) дир. Бачадон шиллиқ пардасининг икки қавати: мускулли қаватига тақалиб турадиган базал қават ва ҳайз цикли маҳалида ритмик ўзгаришларга учраб турадиган юза – функционал қават тафовут қилинади. Базал қават ўсувчи қават бўлиб, функционал қавати шундай тикланиб, ўрни тўлиб туради. Бачадон деворининг каттагина қисмини ўрта мускулли (миометрий) қават ташкил қилади. Мускулли қавати силлиқ мускул толаларидан тузилган бўлиб, узунасига кетган ташки ва ички циркуляр жойлашган ўрта қаватларни ташкил қилади. Бачадоннинг ташқи-сероз қавати (периметрий) уни қоплаб турадиган қорин пардасидан иборатдир.

Бачадон кичик чаноқ бўшлиғида қовуқ билан тўғри ичак орасида, чаноқ деворларидан тенг масофада жойлашгандир. Бачадон танаси олдинга, симфизга бироз энгашган (бачадон антеверзияси), бўйнига нисбатан (бачадон антефлексияси), бу бурчак олдинга очилган. Бачадон бўйни орқага қараган, ташқи тешиги қиннинг орқа гумбазига тақалиб туради (3-расм).

Бачадон найлари бачадоннинг ўнг ва чап бурчакларидан бошланиб, ён тарафга чаноқнинг ён деворлари томонига қараб боради. Уларнинг узунлиги ўртача 10-12 см йўғонлиги 0,5 см. Бачадон найларининг деворлари уч қаватдан: бир қаватли цилиндрсимон ҳилпилловчи эпителий билан қопланган шиллиқ пардаси, ўрта-мускул ва ташқи-сероз қаватдан ташкил топган. Бачадон найларининг бачадон девори бағрига ўтувчи интерстициал қисми, ҳаммадан кўра кўпроқ торайган ўрта қисми ва воронка ҳолида тугалланадиган кенг- ампуляр қисми тафовут қилинади.

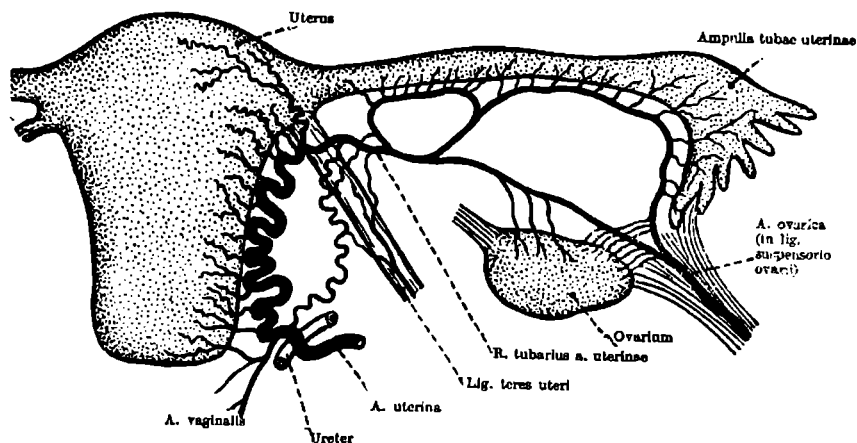
Тухумдонлар аёлларнинг жуфт жинсий безларидир. Улар бодомсимон шаклда ва оқиш-пушти рангда бўлади. Вояга етган аёлда тухумдон узунлиги ўртача 3,5 см ни, эни 2-2,5 см ни, қалинлиги 1,1-5 см ни, массаси 6-8 г ни ташкил қилади. Тухумдонлар бачадоннинг иккала томонида, сербар бойламлар орқасида жойлашган бўлиб, буларнинг орқа варақларига бириккан. Тухумдон муртак эпителийси қавати билан қопланган, бунинг остида бириктирувчи тўқимадан иборат оқсил пардаси жойлашган бўлади. Янада чуқуррокда мия моддаси жойлашган, унда бир талай бирламчи фолликулалар ривожланишининг ҳар хил bosқичларида турган фолликулалар, сариқ таналар топилади. Тухумдоннинг ички қавати асосан бириктирувчи тўқималардан ташкил топган мия қавати бўлиб, ундан бир талай томирлар ва нервлар ўтади. Жинсий жиҳатдан етуклик даврида тухумдонларда ой сари тухум ҳужайралар ритмик равишда етилиб бориб, уруғланишга яроқли бўлиб қолади ва қорин бўшлиғига чиқиб туради. Тухумдонлар ички секреция безлари бўлиб, жинсий гормонлар ишлаб чиқариб туради.

Бачадон найлари, тухумдонлар ва бачадон бойламлари бачадон ортиқлари деб аталади.

### Жинсий аъзоларнинг бойлам аппарати ва кичик чаноқ клетчаткаси.

Аёллар жинсий аъзоларининг одатдагича, типик равишда қуйидаги омиллар ёрдам беради: жинсий аъзоларнинг тонуси, жинсий аъзолар орасидаги ўзаро муносабат, диафрагма, қорин девори ва чаноқ тубининг келишиб ишлаши, бачадоннинг кўтариб турадиган, мустахкамлайдиган ва ушлаб турадиган аппаратлари.

Бачадоннинг кўтариб турадиган аппарати бойламлардан иборатдир, булар қаторига жуфт бўладиган думалоқ, сербар бойламлар, воронка-чаноқ бойламлари ва тухумдонларнинг ўз бойламлари киради. Думалоқ бойламлар бачадон бурчакларидан, бачадон найларининг олдинги томонидан чиқиб, чов канали орқали ўтади ва қов бирлашмаси соҳасида бирикиб, бачадон тубини олдинга тортиб туради (бачадон антеверзияси). Сербар бой-



5-расм. Аёллар ички жинсий аъзоларининг артериялари



ламлар бачадонни кичик чанокда маълум ҳолатда ушлаб турадиган асосий бойламлар бўлиб, қорин пардасининг қўшқават варақлари кўринишида бачадон қовурғаларидан чиқиб, чанокнинг ён деворларига боради. Бойламлар варақлари орасида бачадон ёни клетчаткаси бор. Сербар бойламларнинг давоми бўлмиш воронка-чанок бойламлари най воронкасидан чанок деворларига боради. Тухумдонларнинг ўз бойламлари орқа томонда ва бачадон найларининг чиқиш жойидан сал пастроқда бачадон тубидан тухумдонларга бирикади.

Мустахкамловчи аппаратига думғаза-бачадон бойламлари, асосий бойламлар, бачадон-қовуқ ва қовуқ-қов бойламлари киради. Думғаза-бачадон бойламлари бачадон танасининг бўйнига ўтиш соҳасида орқа юзасидан бошланиб, иккала томондан тўғри ичакни ўраб ўтади ва думғазанинг олдинги юзасига бирикади. Бу бойламлар бачадонни бўйни орқага тортиб туради. Асосий бойламлар бачадоннинг пастки бўлиmidан чанокнинг ён деворларига қараб боради, бачадон-қовуқ бойламлари ҳам бачадоннинг пастки бўлиmidан бошланиб, олдинги томонга, қовуққа қараб боради, бачадон-қовуқ бойламлари ҳам бачадоннинг пастки бўлиmidан бошланиб, олдинги томонга, қовуққа қараб боради ва сўнгра қовуқ-қов бойламлари тарзида симфизга қадар давом этади.

Бачадоннинг тутиб турувчи ёки таянч аппаратига чанок тубининг уч қават мускуллари ва фасциялари киради (4-расм).

Бачадон ён бўлиmlаридан тортиб, чанок деворларигача бўлган камгакни бачадон ёни — параметрал клетчатка (параметрий) эгаллаб туради, бундан томир ва нервлар ўтади. Параметрал клетчаткадан ташқари паравезикал (қовуқ ёни) паравагинал (қин ёни) ва параректал (тўғри ичак ёни) клетчаткаси ҳам чанок клетчаткаси жумласига киради.

### **Жинсий аъзоларнинг қон, лимфа томирлари ва нерв системалари.**

Жинсий аъзолар қон ва лимфа томирлари тармоғи билан мўл-қўл таъминланган. Ички жинсий аъзоларни қон билан таъминлаб турадиган асосий манбалар бачадон ва тухумдон артерияларидир, буларнинг охири бўлимлари бир-бири билан анастомозлар ҳосил қилади (5-расм). Жинсий аъзоларнинг қамма артериялари бир номдаги веналар билан бирга давом этиб боради.

Жинсий аъзоларнинг лимфа йиғиб оладиган лимфа томирлари чов, ён-бош, бел думғаза аорта лимфа тугунларига ва бошқа тугунларга боради.

Жинсий аъзолар иннервацияси жуда мураккаб. Унда симпатик ва парасимпатик нерв системаси, шунингдек орқа мия нервлари иштирок этади. Жинсий аъзолар фаолиятини олий нерв марказлари идора этиб туради.

### **НАЗОРАТ САВОЛЛАРИ:**

1. Ташқи жинсий аъзоларга нималар киради?
2. Ички жинсий аъзолар нимадан иборат?
3. Жинсий аъзоларнинг қайси бойламларини биласиз?
4. Чанок тубининг қайси мускулларини биласиз?

# ГИНЕКОЛОГИК КАСАЛЛИКЛАР ПРОПЕДЕВТИКАСИ

**Мақсад.** Гинекологик касалликларнинг асосий симптомларини ва текшириш усулларини ўрганиш.

**Вазифалар:**

1. Меноррагия ва метроррагияни билиш.
2. Оқчил ва қин тозалигини ўрганиш.
3. Оғриқларни билиш.
4. Анамнез йиғишни ўрганиш.
5. Асосий гинекологик текшириш усулларини билиш.

Гинекология - бу аёллар жинсий тизими физиологияси ва патологияси, нормал ва патологик шароитда аёллар жинсий аъзоларнинг ҳолати ва фаолияти, туғишдан ташқари аёлга хос бўлган хусусиятлар ҳақидаги фан

Қон кетиш, оқчил ажралиши ва оғриқлар гинекологик касалликларнинг муҳим симптомлари ҳисобланади.

Ҳайз фаолиятининг кўп миқдорда қон кетиш билан бузилиши натижа-сида бачадондан қон кетишига - меноррагия дейилади. Меноррагиянинг куйидаги турлари мавжуд.

- а) кўп миқдорда қон йўқотиш (гиперменорея);
- б) ҳайз давомийлигининг узайиши (полименорея);
- в) ритмини қисқариш томонга бузилиши (пройменорея)

Кўп ҳолларда бу ўзгаришлар биргаликда келади. Меноррагияга гипо-физ, тухумдонлар фаолиятининг бузилиши, жинсий аъзоларнинг органик жароҳати (бачадон ўсмалари) яллиғланиш жараёнлари, шунингдек экстра-генитал касалликлар сабаб бўлиши мумкин.

**Метроррагия**-ҳайз цикли билан боғлиқ бўлмаган(асептик) қон кетиш. Бачадон шиллиқ ости миомаси ва парчаланувчи рак ўсмаси, бачадон танаси ва бўйни полиплари сабаб бўлиши мумкин. Бачадон бўйни раки учун ҳайзлараро даврда қонли ажралмалар контактли қон кетишлар хос.Метроррагия соғлом аёлларда кам учрайди, у асосан жинсий тизимдаги патологялар ёки умумий касалликлардан дарак беради.

**Оқчил**-аёллар жинсий аъзолари секретор фаолиятининг бузилиши, бу гинекологик касалликларнинг энг кўп учрайдиган симптомларидан биридир. Гинекологга мурожаат қилган беморларнинг ярмидан кўпи оқчил ажралишидан шикоят қиладилар. Бу симптом сўзак, трихомониаз, хавфли ўсмалар ва бошқаларда кўпинча биринчи ва узоқ вақт давом қиладиган ягона симптом бўлиб ҳисобланади.

Физиологик шароитларда ҳам жинсий аъзолар шиллиқ қавати намла-ниб туради. Бачадон найлари секретор ҳужайралари, бачадон танаси ва бўйни шиллиқ қавати безлари ушбу аъзолар ички юзаларини намлаб ту-радиган секретни кам миқдорда ишлаб чиқаради.

Нормал шароитларда бачадон бўйни 24 соат давомида 0, 5-1 мл секрет ишлаб чиқаради. Ажралмалар цервикал канал орқали қинга тушади. Қин шиллиқ қаватида безлар бўлмайди ва секрет ишлаб чиқарилмайди.

Аёл соғломлик вақтида қин ажралмаларини сезмайди. Патологик тур-даги оқчиллар турли сабаблардан келиб чиқади.

- 1) вестибуляр оқчиллар вульванинг яллиғланиш касалликлари билан боғлиқ;

2) қин оқчиллари-кўп холларда аёлларнинг тиббий ёрдамга мурожаат қилишларига сабаб бўлади.

Нормал шароитларда қин ажралмалари оқ рангли, қаймоқсимон кон-систенцияли, нордон реакцияга-(рН-4,5-5,5) эга бўлади. Улар 3 та таркибий қисмдан иборат: кўчиб тушган ясси эпителийлар, микроблар ва трансудат. Нормал кўрсаткичларда битта-иккита эпителий ҳужайралари аниқланади, соғлом аёллар микрофлораси Дедерлейн таёқчаларидан иборат.

### **Умумий симптоматологияси**

Гениталийнинг яллиғланиш касалликларида: эпителий ҳужайралари миқдори ортади, лейкоцитлар кўп миқдорда, полимикроб флора бўлади. Микрофлора тавсифи, нордонлик титри ва лейкоцитлар миқдорига кўра қин тозалигининг 4 даражаси фарқланади:

I тозалик даражаси: нордон реакцияли (рН-4, 0-4, 5), эпителий ҳужайралари ва Дедерлейн қин таёқчалари.

II тозалик даражаси: нордон реакция (рН-5, 0-5, 5), қин таёқчалари кам, вергул шаклидаги кўп миқдордаги бактериялар, кўп миқдордаги эпителий ҳужайралари, лейкоцитлар учрайди. I ва II тозалик даражаси нормал ҳисобланади.

III тозалик даражаси: кучсиз ишқорий реакцияли (рН-6, 0-6, 5), қин таёқчалари кам миқдорда, вергул шаклидаги микроблар, стрептококклар, кокклар кўп миқдорда, лейкоцитлар сони ҳам кўп бўлади.

IV тозалик даражаси: кучсиз ишқорий реакцияли, қин таёқчалари бўлмайди. Турли бактериал флора устунлик қилади, лейкоцитлар кўп миқдорда.

Цервикал оқчил сўзак этиологияли эндоцервицитларда, бачадон бўйни йиртилишларида, қин канали шиллиқ қавати полипларида пайдо бўлади. Ўткир эндометритда-ажралмалар йирингли, сурункали эндометритда-сув-симон, рақдан зарарланишда селга ўхшаш бўлади.

Най оқчиллари яллиғланиш касалликлари (сўзак)да, асосан халтали ўсмаларда кузатилади.

Оғриқлар-гинекологик беморларнинг энг кўп учрайдиган шикоятларидан бири. Чаноқ аъзолари қонга тўлишининг ўзгаришлари ва интоксикация гинекологик беморлардаги оғриқларнинг асосий патогенетик омили бўлиб ҳисобланади.

Касалланган аъзонинг механик таъсирланиши гинекологик касалликларда оғриқлар пайдо бўлишининг асосий сабаби.

Гинекологик оғриқлар асосан гипогастрал сохада жойлашади-бу ёнбош суякларидан олдинги юқори ўсимталарини бирлаштирувчи чизикдан пастда жойлашиб, оёқларга иррадиацияланади. Қорин пастидидаги оғриқлар билан бир қаторда бел-думғаза оғриқлари ҳам кўп учрайди. Гинекологик касалликларни аниқлаш анамнез билан синчиклаб танишиб чиқишдан бошланади.

Анамнез йиғиш қуйидаги тартиб бўйича тузилади:

1. Асосий шикоятлар

2. Кўшимча шикоятлар

Кўшимча шикоятларврач сўраб суриштиришдан, кейингина аёллар улар ҳақида айтиладилар. Масалан, ёш аёллар бепуштликдан шикоят қилиб, ҳайз цикли бузилиши, тана вазнининг ортиши ёки оғриқли ҳайз ҳақида, боши-

дан кечирган соматик, нерв-руҳий касалликлари ҳақида, шунингдек, қандай дори воситлари қабул қилганлари ҳақида маълумот беришмайди. Геморрагик диатез (Верльгоф касаллиги) билан касалланган аёллар глюкокортикоид воситалар қабул қилиб, аменорея ёки олигоменорейдан шикоят қилишади, ваҳоланки бу воситалар ўз навбатида шундай оқибатларга олиб келади.

3. Аёлнинг бошидан кечирган соматик ва бошқа касалликлари. Аёлнинг болалигида ва жинсий балоғатга етилиш даврида кечирган соматик ва бошқа касалликлари муҳим аҳамиятга эга. Юқумли касалликларнинг юқори индекси кўпинча репродуктив тизим фаолиятини бошқарувчи марказларнинг тикланиш жараёнига ёлғон таъсир қилиб, ҳайз цикли бузилиши, репродуктив фаолиятининг бузилиши ва нейро-эндокрин касалликларнинг келиб чиқишига олиб келади.
4. Оилавий анамнези. Кўпгина касалликларнинг ирсий эканлигини ҳисобга олиб, биринчи, иккинчи ва ундан кейинги авлодга мансуб қариндошларда руҳий касалликлар, эндокрин бузилишлар, ўсмалар юрак-томир тизимида патология мавжудлиги ҳақида маълумот йиғиш шарт.
5. Ҳайз ва репродуктив фаолияти, шунингдек, секретор ва жинсий фаолияти, эрининг (жинсий шеригининг) касалликлари.
6. Олдинги қабул қилинган муолажалар тавсифи.
7. Ушбу касаллик тарихи
8. Турмуш тарзи, овқатланиши ва зарarli одатлари, меҳнат ва турмуш шароитлари.

Сўраб суриштириш давомида шифокор касалликни аниқлаш ҳақида фикр юритиш учун зарур маълумотларга эга бўлади.

Анамнез маълумотлари асосида 50-70% беморларга тўғри ташхис қўйиш ва кейинги объектив текшириш усуллари тайинлаш мумкин

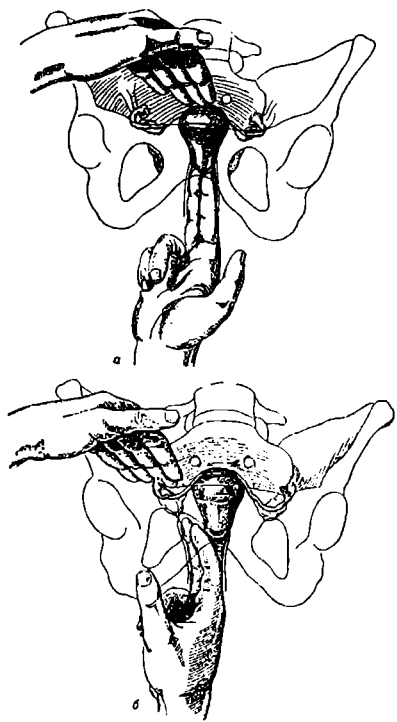
Анамнез йиғиб бўлгандан сўнг аёл кўздан кечирилади. Кўздан кечириш давомида бўйи ва вазнига, тана тузилишига, ёғ тўқимасининг ривожланиш хусусиятларига эътибор берилади. Эркаксимон ва бичилгансимон тана тузилишлари фарқ қилинади.

Тана вазни ортиқча бўлган ҳолларда, қачондан бошлаб: болалигидан, пубертат ёшдан, жинсий ҳаёт бошлангандан, аборт ёки туғруқдан сўнг семирганлигини аниқлаш шарт.

Тукланиш тавсифига эътиборни қаратиш муҳим, айниқса ортиқча тукланишда (гирсутизм), унинг пайдо бўлган вақти (менархедан олдин ёки кейин), терининг ҳолати (ортиқча ёғлилик, акне, фолликуллар борлиги, галвирсимонлиги), айниқса юз ва елкада яхши ифодаланади.

Кўздан кечиришни сут безларидан бошлаш керак. Чунки сут бези репродуктив системанинг бир қисми, гормонга алоқадор аъзо бўлиб, жинсий гормонлардан пролактин ва бошқалар таъсир этадиган нишон бўлиб ҳисобланади.

Адабиёт маълумотларига кўра, гинекологик беморларнинг 40%да фиброз-кистоз мастопатиянинг(ФКМ) турли шакллари учрайди. Сут безлари тик турган ва ётган ҳолда безнинг ички ва ташқи квадрантлари кетма-кет пайпаслаб кўздан кечирилади. Хамма беморларда кўкрак сўрғичларда ажралмалар бор-йўқлиги, унинг ранги, консистенцияси ва тавсифи аниқланади. Сут безларини пайпаслаб фиброз-кистоз мастопатия ташхисини қўйиш мумкин. ФКМ аниқланганда сут безлари УТТ ва маммографияси қилиниш шарт.



6 - Расм.

Гинекологик бимануал текширув:

а) Бачадонни пайпаслаш.

б) Бачадон ортиқларини пайпаслаш.

кортизон )ни аниқлаш учун радиоиммунологик таҳлиллар қўлланилади. Қон ва пешобда гормонлар ҳамда уларнинг метаболитларини бир марта аниқлаш кам маълумот беради. Бу текширишларни функционал синамалар билан биргаликда қўллаш репродуктив тизим турли қисмларининг функционал ҳолатини ва гипоталамус, гипофиз, буйрак усти безлари, тухумдонлар ва эндометрийнинг заҳира имкониятларини аниқлашга имкон беради.

Гинекологик амалиётда гистерсальпингография (ГСГ) (9, 10-расм) билан бир қаторда, эндоскопик усуллардан кольпоскопия кенг қўлланилади. Бу усул бачадон бўйни қин қисмини, қин ва вульва деворларини синчиклаб текширишга ёрдам беради.

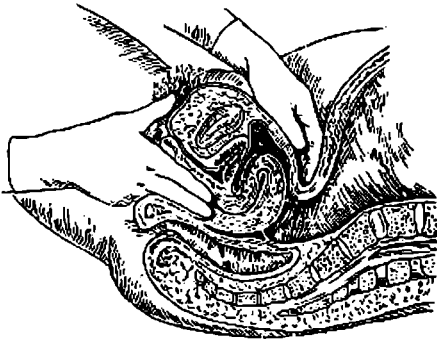
Гистероскопия-бачадон ичи патологиясини аниқлашга имконият бериб бу усулнинг асосий афзалликларидан бири саналади.

Лапароскопия-кичик чаноқ ва қорин бўшлиғи аъзоларини пневмоперитонеум фонида кўздан кечиришдан иборат. Қорин бўшлиғи  $CO_2$ ,  $O_2$ , ёки ҳаво юбориб текширилади. Лапароскопия текшируви ёрдамида бачадон ортиқлари ва аппендиксдаги яллиғланиш жараёнларини фарқлаш, ўткир қорин симптоми сабабларини аниқлаш мумкин.

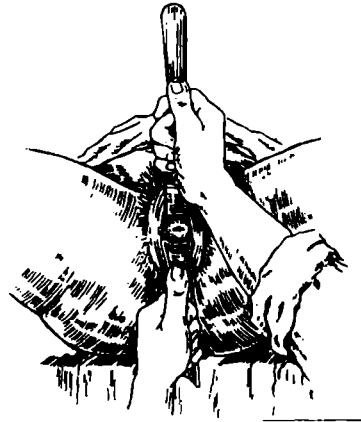
Гинекологик текшириш. Ташқи ва ички жинсий аъзоларни кўздан кечириш хайз цикли бузилган ва бепушт аёлларда муҳим маълумотларни беради. Катта ва кичик уятли лаблар гипоплазияси, қин шиллиқ қаватининг рангпарлиги ва қуруқлиги гипоэстрогениянинг клиник белгилари бўлиб ҳисобланади. Шиллиқ қаватнинг «сезувчанлиги», вульва шиллиқ қаватининг цианотик тусдалиги. Гинекологик бимануал (6, 7 -расм) ва қин кўзгулари ёрдамида текшириш (8-расм) асосий усуллардан бири ҳисобланади.

Репродуктив тизимнинг функционал ҳолатини аниқлаш учун функционал диагностик тестлар (ФДТ), қин эпителий-си кариопикнотик индексини санаш (КПИ), «қорачиқ феномени», бачадон бўйни шиллиғи чўзилувчанлигини ўлчаш, базал ҳароратни ўлчашдан фойдаланилади.

Замонавий гинекологик амалиётда қон плазмасида оқсил (лютеотропин, фоллитропин, пролактин) ва стероид гормонларни (эстрадиол, тестостерон,



**7-Расм.** Аёллар ички жинсий аъзоларини қин ва қорин девори орқали икки қўллаб текшириш.



**8-Расм.** Гинекологик кўзгулар ёрдамида бачадон бўйнини кўздан кечириш.

Ультратовуш билан (УТТ) ноинвазив асбоблар ёрдамида текшириш усули бўлиб, бачадон касалликлари ва ўсмалари, бачадон ортиқлари хасталиklarини, бачадоннинг ривожланиш нуқсонларини аниқлашга имкон беради. Ташхислаш асбобларининг сўнгги моделлари юксак самара берадиган хусусиятга эга бўлиб, фолликуллар ўсиши, овуляция рўй беришини кузатадиган, эндометрий қалинлигини қайд этадиган, унинг гиперплазияси ва полипларини аниқлаб беради.

#### Амалий кўникмалар.

Клиник ва лаборатор текшириш усуллари, анамнез йиғиш, умумий текшириш, гинекологик кўзгулар ёрдамида кўриш, қин ва тўғри ичакдан кўриш, қин суртмасининг цитологияси, кольпоскопия, биопсия, бачадон цервикал буғиз ва танасидан кирма олиш кераклигини, УТТ ўтказишни билиш керак.

#### Кўкрак безлари пальпацияси.

**Мақсад:** лакторей ва кўкрак безлари ўсмалари диагностикаси.

**Кўрсатма:** аёлларни текшириш усули.

Таъминланиши: кушетка.



**9-расм.** Гистеросальпингография. Бачадон найчалари ўтказувчанлиги.



**10-Расм.** Гистеросальпингография. Бачадон найчалари ўтказувчанлиги бўзилган.

**Қадамлар:**

1. Кўкрак безларини пальпацияси аёлни турган ёки ётган ҳолатида барча квадрантларини текшириб кўрилади.
2. Дастлаб ташқи, сўнг ички квадрантлари пайпасланиб, тугунча ёки ҳосила бор йўқлиги аниқланади.
3. Кўкрак безларини тузилиши, ўлчамлари (гипоплазия, гипертрофия, симметриклиги, трофик ўзгаришлар)га эътибор берилади.
4. Сўргич атрофи сиқиб кўрилиб ажралма бор йўқлиги, унинг ранги, консистенцияси ва характери аниқланади.
5. Кўкрак безларини пальпациялаш, безлар ўсма касалликлари эрта диагностикасида муҳим аҳамият касб этади.

**Кўзгулар ёрдамида гинекологик кўрув.**

**Мақсад:** қин ва бачадон бўйнидаги патологик ўзгаришларни аниқлаш.

**Кўрсатма:** аёлларни текшириш усули.

Таъминланиши: қин кўзгулари, гинекологик кресло.

**Қадамлар:**

1. Аёл гинекологик креслода оёқларини чаноқ-сон ва тизза бўғимларида букилган ҳолатда ётади.
2. Кўрув учун қошиксимон Симпсон ва икки тавақали Куско кўзгуларидан фойдаланилади.
3. Қин кўзгуларини киргазишда, кўзгуларга суюқ вазелин (глицерин, совун) суртилади. Кўзгуларни киритишда аёлга бироз кучаниш тавсия этилади, шунда кўзгулар осон киради.
4. Қин шиллиқ қавати, гумбазлар соҳаси ва бачадон бўйни кўрилади.
5. Бачадон бўйни шакли, деформациялар, йиртиқлар бор йўқлиги, ташқи бўғиз ҳолати(нуқтали, ёриқсимон)бачадон бўйнидаги патологик ҳолатлар (эрозия, полиплар, эндометриоз, ўсмалар, гипертрофия, яллиғланиш ҳолатлари) текширилади.
6. Қин ажралмаси рангги, характери: сероз, йирингли, қонли, сероз-йирингли эканлиги аниқланади.

**Гинекологик беморларни бимануал (икки қўллаб) текшириш**

**Мақсад:** бачадон ҳолати, ортиқлари ва параметрийни баҳолаш.

**Кўрсатма:** аёлларни текшириш усули.

Таъминланиши: гинекологик кресло, стерил қўлқоп.

**Қадамлар:**

1. Аёл гинекологик креслода, оёқларини тизза ва чаноқ-сон бўғимларида букилган ҳолатда ётади.
2. Муолажа қўлқопда ўтқазилади.
3. Чап қўлнинг катта ва кўрсаткич бармоқлари билан, катта жинсий лаблар керилади.
4. Ўнг қўлнинг ўрта бармоғи қинга кирғазилиб, қин орқа девори пастга босилиб, сўнгра кўрсаткич бармоқ кирғазилади.
5. Чап қўлнинг кафти билан қорин олдинги деворига қўйилиб, бачадон танаси пайпасланади.
6. Ўнг қўл бармоқлари (ўрта ва кўрсаткич) билан бачадон бўйни формаси,

консистенцияси ва узунлиги, ҳамда ташқи бўғиз ҳолати аниқланади. Сўнгра бармоқлар қин олдинги гумбазига ўтказилиб ташқи ички қўл бармоқлари билан бачадон танаси аниқланади.

7. Бачадон ҳолати, ҳажми, оғриқлилиги, консистенцияси ва ҳаракатчанлиги аниқланади.
8. Бачадон ортиқлари пайпасланади. Ташқи ва ички қўл бармоқларини бачадон бурчакларидан чаноқ деворларига қараб сурилади, одатда бачадон ортиқлари пайпасланмайди.
9. Параметрий ҳолати аниқланади.
10. Қин гумбази чуқурлиги, оғриқлилиги аниқланади.

### *НАЗОРАТ САВОЛЛАРИ:*

1. Асосий гинекологик касалликларнинг белгиларини айтинг.
2. Гинекологик беморларни текширишнинг асосий усулларини айтинг.
3. Гинекологик кўрув қандай ўтказилади?
4. Гинекологик беморларда қандай инструментал текширув усуллари ўтказилади?
5. Қачон бачадонни зонд билан текширилади?

Масала: Аёл 35 ёшда қин орқали йирингги ажралмага шикоят қилиб келди. Қандай текширишларни ўтказиш керак?

### *ЎРГАТУВЧИ ТЕСТЛАР*

1. Киз болаларнинг 3 ёшгача бўлган даврларини айтинг.
  1. она қорнида - 280 кун;
  2. чакалоқлик - 1 10 кун;
  3. кўкрак ёшидаги - 10 кун - 1 ёш;
  4. илк қиз болалик даври - 1 - 3 ёш.
2. Аёлларнинг 3 ёшдан 18 ёшгача бўлган даврларини айтинг.
  1. нейтрал 3 ёшдан 7 ёшгача;
  2. препубертат 7 ёшдан 12 - 13 ёшгача (менархега);
  3. пубертат 13 - 16 ёш;
  4. балоғат 16 - 18 ёш.
3. 18 ёшдан катта аёллар даврларини айтинг.
  1. туғиш ёшидаги 19 - 49 ёш;
  2. климактерик 45 - 55 ёш;
  3. менопауза 50 - 55 ёш.
4. Гинекологик касалликларнинг энг асосий симптомларини айтинг.
  1. қон кетиш;
  2. ажралма келиши;
  3. оғриқ;
  4. кўшни органлар фаолияти бузилиши.



5. Гинекология амалиётида оғриқлар хусусияти қандай.
  1. дардсимон оғриқ;
  2. тортишиб оғриши;
  3. куюшиб оғриши ;
  4. емирувчи оғриқ;
  5. тўсатдан ўткир оғрик.
  
6. Қанақа ажралмаларни биласиз?
  1. сувли;
  2. йирингли;
  3. кўпикли, сузмасимон.
  
7. Гениталийдан келаётган ажралмалар ранггини айтинг.
  1. рангсиз;
  2. яшил;
  3. оқ;
  4. «гўшт ювиндисига» ўхшаш ;
  5. «шоколадсимон»;
  6. қон аралаш.
  
8. Дардсимон оғриқ қанақа касалликларга хос?
  1. ҳомила тушиши хавфи;
  2. найдаги аборт;
  3. тугилаётган субмукоз тугун
  
9. Тўсатдан «ўткир» оғриқ қайси гинекологик касалликларда бўлади?
  1. най ёрилиши;
  2. тухумдон апоплексияси ;
  3. кистома оёқчаси буралиб қолиши;
  4. бачадон тешилиши(перфорация);
  5. пиосальпинкс ёрилишида.
  
10. Гинекологик касалларни текширишнинг биринчи босқичини айтинг.
  1. беморнинг шикоятларини ўрганиш;
  2. касаллик ривожланиш тарихини ўрганиш;
  3. бемор ҳаёт анамнезини ўрганиш;
  4. жинсий ҳаётини суриштириш;
  5. акушерлик ва гинекологик анамнезини ўрганиш.

11. Гинекологик беморларни текширишнинг 4 асосий усулларини айтинг.
1. кўкрак безларини кўриш ва пальпация қилиш;
  2. ташқи гениталий органларини кўриш;
  3. қин девори ва бачадон бўйнини кўзгуда кўриш;
  4. ички жинсий органларини қин орқали кўриш.
12. Гинекологияда қўлланиладиган 6 та қўшимча ноинвазив, текширув усулларини айтинг.
1. функционал тестлар диагностикаси;
  2. генитал йўллarning 3 нуқтасидан суртма олиш;
  3. қин ажралмаларини бактериологик текшириш;
  4. қин ажратмаси цитологияси;
  5. УТТ;
  6. кольпоскопия.
13. Гинекологияда қўлланиладиган 7 та инструментал текширув усулларини айтинг.
1. қин орқа гумбазининг пункцияси;
  2. бачадон бўшлиғини зонд ёрдамида текшириш;
  3. бачадон бўшлиғи ва цервикал қанални қириш;
  4. бачадон бўйни биопсияси;
  5. гистеросальпингография;
  6. гистероскопия;
  7. лапароскопия.
14. Биопсия усулини қўллаш учун кўрсатмалар:
1. бачадон бўйни эрозияси;
  2. лейкоплакия гумони;
  3. хорионэпителиома гумони;
  4. текканда қон кетиши;
  5. эритроплакияга гумони.
15. Бачадон шиллиғини диагностик қириш усулини қўллашга қанақа кўрсатмалар бор?
1. бачадон миомаси;
  2. бачадондан дисфункционал қон кетиши;
  3. менопаузадан кейинги қон кетишлар;
  4. ациклик бачадондан қон кетиши;
  5. менструал циклини ўрганиш учун.
16. Қайси ҳолда бачадонни зондлаш керак?
1. бачадон перфорацияси хавфи бўлса;
  2. субмукоз бачадон миомаси хавфи;

3. бачадон ривожланиш нуқсонлари;
  4. бачадон бўшлиғини диагностик қириш.
17. Кольпоскопия қўллашга кўрсатмалар.
1. бачадон бўйни раки хавфи;
  2. бачадон бўйни биопсияси олдидан;
  3. эктропион;
  4. бачадон бўйни лейкоплакияси хавфи;
  5. бачадон бўйни эритроплакияси.
18. Бачадон шиллиқ қаватини диагностик қиришда қайси асбоблар қўлланилади?
1. қошиқсимон кўзгулар;
  2. қисқичлар;
  3. бачадон зонди;
  4. кенгайтиргичлар тўплами;
  5. кюреткалар.
19. Қайси ҳолларда диагностика мақсадида орқа гумбаз пункция қилинади?
1. бачадондан ташқари ҳомиладорлик гумони;
  2. тухумдонлар апоплексияси гумони;
  3. пельвиоперитонит;
  4. пиосальпинкснинг ёрилиши гумони.
20. Бачадон бўшлиғини зонд ёрдамида текшириш учун кўрсатмалар.
1. артифициал аборт вақтида бачадон тешилганлигига гумон қилиш;
  2. бачадоннинг субмукоз миомасига гумон қилиш;
  3. жинсий органларнинг нотўғри ривожланишини аниқлаш; диагностика мақсадида бачадон танаси шиллиқ пардасидан қирма олишдан олдин.

## НОРМАЛ ҲАИЗ ЦИКЛИ

**Мақсад:** Студентларни ҳайз циклининг таърифи ва аёллар жинсий гормонлари билан бошқарилиши, организмга таъсири, овуляция диагностикаси ва унинг репродуктив функциясига таъсири билан таъништириш. Ҳайз – бу туғишнинг прототиби эканлиги, аёлларнинг туғиш функцияси ҳайз циклига боғлиқлигини кўрсатиш. Ҳар қандай инсонга, ҳар бир эр хотинга овуляция кунларини аниқлаш ва қачон уруғланиши, ҳамда исталмаган ҳомиладорликдан сақланиш кераклигини кўрсатиш.

### Вазифалар.

1. Гинекология фани тўғрисида қисқача маълумот
2. Аёл ҳаётининг босқичлари
3. Ҳайз цикли тушунчаси.
4. Ҳайз цикли бошқарилиши
5. Аёллар жинсий гормонлари
6. Функционал диагностика тестлари
7. Ҳомиладорликдан сақланишнинг физиологик усуллари

Ҳайз (ой кўриш) деб, аёлларнинг бачадонидан мунтазам равишда қон келишига айтилади. Ҳайз балоғатга етиш жараёнининг дастлабки ойларида 12-15 ёшлар орасида кузатилади. Қизлар 16-17 ёшда тўлиқ балоғат ёшига етадилар. Ҳайз қон кетиш цикли бўлиб, маълум бир муддат қарийб 3-6 кун давом этади. Ҳайз аёлнинг бола туғадиган ёшида қайтарилиб фақат ҳомиладорликда ва кўпинча бола эмизиш даврида ҳайз кўрмайди. Ҳайз климакс даврида (45-55) ёшда тўхтайтиди. Ҳар гал ҳайз кўрганда аёл 50-150 г-гача қон йўқотади. Ҳайз қони ишқорни реакцияли, қўнғир рангда, шиллиқ аралаш бўлиб, унда ивиш жараёни кам бўлади.

Қиз бола биринчи марта ҳайз кўрганда унинг организмида бир қатор ўзгаришлар содир бўлади. Тана шакли бир мунча думалоқлашади, аёлларга хос иккиламчи жинсий белгилар пайдо бўлади кўкрак безлари катталашади, қов устида жунлар пайдо бўлади, ташқи ва ички жинсий аъзолар тўлиқ етилади. Ҳайз цикли ҳайз кўришнинг биринчи кунидан то келгуси ҳайзнинг биринчи кунигача ҳисоб қилинади.

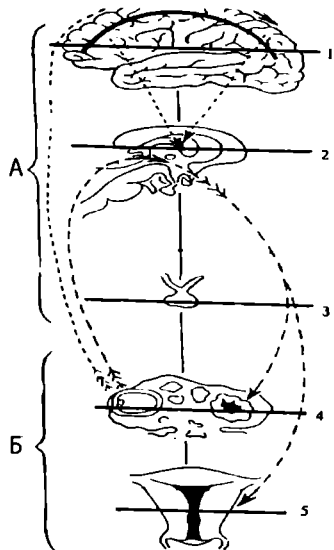
Кўпинча ҳайз цикли 28 кун, камдан- кам аёлларда 21 ёки 30-32 кун давом қилади. Ҳайз цикли мобайнида аёллар организмида турли ўзгаришлар кузатилади.

Ҳайз цикли физиологик жарен бўлиб, охириги ҳайзнинг биринчи кунидан то кейинги ҳайзнинг бошланиш кунигача бўлади. Хозирги тушунчаларга асосан ҳайз цикли 5та босқичда ўтади 1) бош мия пустлоғи; 2) гипоталамус; 3) гипофиз; 4) жинсий безлар; 5) периферик аъзолар (бачадон, бачадон найчалари, қин) (11- расм);

Биринчи олий босқичга бош мия пустлоғи ва экстрагипоталамик церебрал тузилмалар (лимбик тизим, гиппокамп, бодомсимон тана) киради (12-расм).

Бош мия пўстлоғи – ҳайз циклини бошқариш ва тартибга солиш вазифасини бажаради. Бош мия орқали ташқаридаги таъсиротлар нерв тизимининг пастдаги ҳайз циклида иштирок этувчи бўлимларига узатилади.

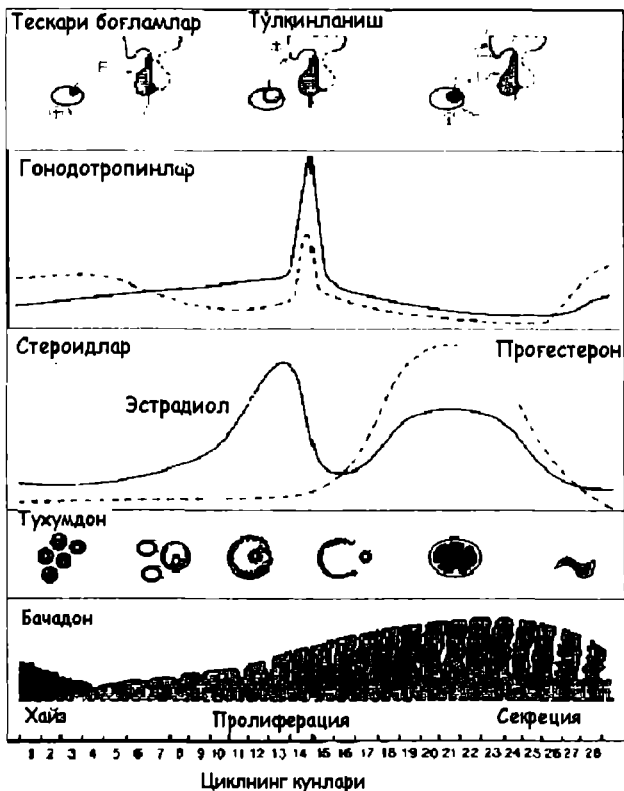
Тажриба ва клиник кузатувлар шуни кўрсатадики, асабий ҳолатлар-



**II – Расм. Нормал хайз циклининг бошқарилиш тизими.**

А) Марказий: 1. Мия пўстлоғи. 2. Гипоталамус. 3. Гипофиз.

Б) Периферик: 4. Тухумдон. 5. Бачадон.



**12–Расм. Ҳайз циклининг бошқичлари.**

да жинсий аъзо тизимларида бир қатор ўзгаришлар бўлиб, ҳайз циклини холати ва тартиби издан чиқади. Аммо ҳозир ҳам бош мия пустлоғида ёки унинг бирор қисимда ҳайз циклини бошқарувчи марказ аниқланмаган.

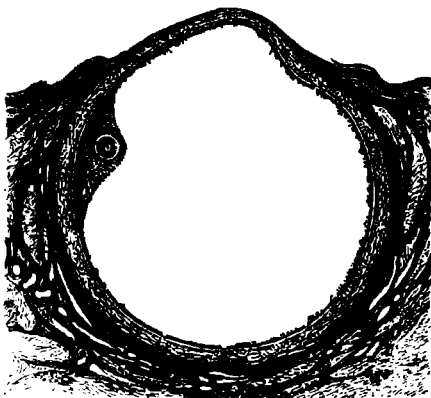
Иккинчи босқичи – гипоталамус, оралик миянинг бўлими бўлиб, бир қатор ўтказувчи нерв толалари (аксонлар) туфайли, бош миянинг турли бўлимлари билан боғлиқ бўлади. Шунга кўра у марказий нерв тизимининг ҳайз циклини бошқаришда ҳам иштирок этади. Гипоталамусда барча периферик гормонлар учун, шулар қаторида тухумдонлар учун ҳам рецепторлар бор. Демак, гипоталамус организмга атроф муҳитдан узатиладиган импульсларнинг бир-бири билан мулоқат қилинишини таъминлайди. Шу билан бир қаторда у ички секреция безларнинг фаолиятида ҳам иштирок этади. Гипоталамусда стимулловчи (либеринлар) ва блокловчи (статинлар) гормонлар ишлаб чиқарилади. Шулар қаторида фоллиберин ва люлиберин гипофизга таъсир қиладиган гонадотропин-рилизинг гормон (ГнРГ), лютеинловчи рилизинг гормон (ЛГРГ) ишлаб чиқарилади.

Гипофиз – гипоталамус билан мураккаб анатомик фаолияти жиҳатидан бир-бири билан мураккаб равишда боғлиқдир ва учинчи босқични ташкил қилади.

Гипофиз олдинги бўлагининг фаолияти гипоталамусдан ажраладиган нейрогормонал секреция таъсирида назорат қилинади. Гипофизнинг олдинги булагни аденогипофиз, орқа бўлагни эса нейрогипофиз деб юрилади. Аденогипофизда асосий 6 та гормонлар ишлаб чиқилади: фолликулнинг етилишини таъминловчи (ФСГ), сариқ тананинг тараққиётини таъминлайдиган (ЛГ), соматотроп (СТГ), тиреотроп (ТТГ) ва адренотроп (АКТГ) гормонлар.

Ҳайз циклини бошқаришнинг тўртинчи босқичига – периферик эндокрин аъзолар кирази (тухумдон, буйрак усти беши ва қалқонсимон беши.)

Тухумдон жинсий без бўлиб иккита асосий вазифани бажаради. Булардан: 1) фолликулларнинг циклик равишда тараққиёти, овуляцияси етишган тухум ҳужайрасининг ажралиши. 2) тухумдон икки ҳил жинсий гормон: эстроген ва прогестерон ишлаб чиқаради. Бундан ташқари қисман эркаклар гормони – андрогенлар ҳам ишлаб чиқаради.



13 – Расм. Грааф пуфакчаси

Тухумдонда дастлаб фолликул етила боради бу жараенга ФСГ ва ЛГ гормонлари ҳамда окситоциннинг рефлектор таъсири ва фолликул деворига протеолитик ферментларнинг таъсирида фолликул қорин бўшлиғига ёрилади, яъни овуляция вужудга келади.

Демак бирламчи фолликул 3та: регенерация, етилиш ва овуляция босқичларини босиб ўтади. Фолликулнинг энг етилган, ёрилишга тайёрланган холатини Грааф пуфакчалари деб аталади (13-расм) ва шундан кейин овуляция рўй беради. Овуляциядан

кейин ёрилган фолликул ўрнида янги тана, яъни сарик тана вужудга келади. Сарик тананинг шаклланиши ва тараққий этиш жараёнида донатор хужайралар кўпаяди ва тухумдоннинг мезенхима стромаси қон томирлари билан биргаликда ривожланади, натижада сарик тана вужудга келади.

Сарик тана куйидаги босқичларни босиб ўтади:

1 босқич пролиферация, 2 босқич қон-томирлар билан таъминлаш босқичи, 3 босқич гуллаш босқичи, 4 босқич сарик тананинг суниш босқичи.

Ҳайз циклида бачадон шиллиқ пардасидаги ўзгаришлар (12-расм).

Ҳайз қони тўхтаб бачадон шиллиқ пардасида қайта қуриш (битиш), яъни регенерация жараёни бошланади.

Бачадон шиллиқ пардаси (эндометрий) 2 қаватдан: базал ва функционал қаватлардан иборат.

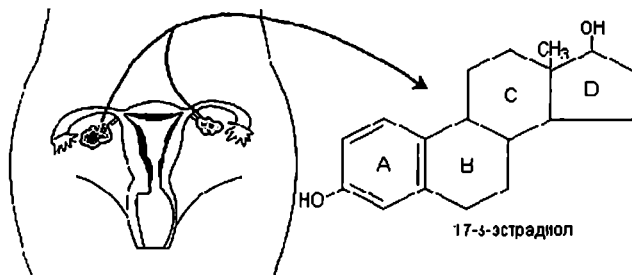
Ҳайз бачадон шиллиқ пардасининг десквация босқичи билан бошланади ва 3-4 кун давом этади (14-расм). Бу фазада без йўлларидаги эпителий аста-секин ҳалок бўлади, шиллиқ қават қисман эрийди (аутолиз), қисман парчаланиб ва яна қисман фагоцитоз натижасида шиллиқ қаватнинг устки спонгиоз қавати кўчиб тушади. Базал қисми яқинидаги бир қисми сақланиб қолади. Базал қаватлари юзасидаги кўчган спонгиоз қават ўрнида қолган яра юзасидан қон кетади. Десквация билан бирга регенерация бошланади, шу билан цикл бошланади.

Ҳайз қони тамом бўлганидан кейин бачадоннинг юпқа базал қаватидан шиллиқ қават тез фурсатда ўса боради, бунда 4-5 кунда унинг қалинлиги 4 мартагача ошади. Шиллиқ қаватнинг фақат ўзи қалинлашиб қолмай, балки бағрида жойлашган безлар ҳам узунлашиб катталашади ва бурма шаклини олади, аммо без эпителий етарли даражада катталашиб узун тортишига қарамасдан секрет ажратмайди, шунга кўра без бўшлиқларида ҳали суюқлик бўлмайди. Бачадон шиллиқ пардасидаги бу хилдаги ўзгаришларни пролиферация босқичи дейилади. 13-15 кунларда бу фазанинг етилган даври бўлади. Шундан кейин эпителий хужайраларида секреция ажралишнинг дастлабки белгилари кузатилади.

Бу фаза эндометрида секрет ажратиш босқичи дейилади. 16 кундан бошлаб, без эпителийси ядросида бўлиниш жараёни тўхтабди. Хужайралар бўйига узунлашади, анча йириклашади, суюқлик(секрет) билан тўлинади. Пармага ўхшаган безлар яна кўпроқ эгри-бугри бўлиб қолади. 19-20 кунларда цилиндрсимон эпителий узунлашиб ар-расимон шаклга кириди без бўшлиғи томонга кўпроқ ўсади. Шиллиқ қават қалинлашган, худди ҳомиладорликдаги децидуал хужайраларга ўхшаб кетади.

Шиллиқ қаватдаги хужайралар шишиб катталашади. Бунда шиллиқ тўқимаси 3 қаватга: компакт, спонгиоз ва базал қисмларга бўлинади. Секретор фазанинг охирини ҳайз кўриш олди, ҳомиладорликнинг бошланиш олди деб ҳисобласа бўлади.

Бачадондаги ҳайз цикли тухумдоннинг функционал ҳолатига боғлиқ. Агар бирор сабабга кўра тухумдон олиб ташланса ёки рентген нури билан тухумдон функциясига таъсир қилинган бўлса, аёл ҳайз кўрмайди. Ҳайз циклининг 1 ярмида овуляциядан олдин, пролиферация фазасида тухумдонда ривожланаётган фолликулдан ажралган фолликулин гормони асосий вазифани бажаради (15-расм). Бу гормон фолликулнинг ички қаватидан ажралади.



**15-Расм. Эстрогенлар.**

Овуляциядан сўнг сариқ тана гормони (прогестерон) бачадон шиллиқ пардасида секретор суяқлик чиқишига имкон беради ва бачадон шиллиқ пардасини ҳомиладорликка тайёрлайди. Бунда фақат секреция таъсир қилибгина қолмасдан, балки юзада жойлашган безларда гликоген ажралишига имкон беради.

Кўп муаллифларнинг фикрича, овуляциядан кейин ҳам сариқ танадан ажралган прогестерондан ташқари, оз миқдорда эстроген гормонлар ҳам мавжуд. Бачадон шиллиқ қаватининг бўртиб қалинлашишига сабаб бўлади.

Шуни айтиш керакки, тухумдондан ажраладиган фолликулин гормони бачадонни қисқартиради, прогестерон эса қисқаришни тўхтатади, натижада бачадон шиллиқ қаватида жойлашган сперматозоид билан қўшилган тухум ҳужайрасига қулай шароит яратилади.

Агар аёл ҳомиладор бўлмаса, ҳайз кўради, бунда бачадоннинг қисқариши кучаяди, чунки аёл организмда прогестерон камайиб кетади. Бачадоннинг қисқариши натижасида бачадондан ҳайз қонининг ажралиб чиқишини таъминлайди. Ҳайвонларда қилинган тажрибалар шуни кўрсатадики, агар гипофиз безини олиб ташланса, фолликуллар тараққиёти тўхтаб сариқ тана вужудга келмайди. Бунда, гипофиз безининг тухумдонга хизмати катта эканлиги маълум бўлади. Шундай қилиб, специфик бўлмаган гонадотроп гормони тухумдоннинг специфик жинсий гормонлари эстроген ва прогестеронни тухумдонда ажралишини таъминлар экан.

Баъзи аёлларда ҳайз цикли овуляциясиз кечади. Буни овуляциясиз цикл дейилади. Овуляцияни аниқлашда турли гинекологик текширишлардан ташқари, бачадон шиллиқ қавати қириб олинганда унда секреция чиқариш фазаси бўлмай, фақат пролиферация фазаси кўринса, бу ҳолат овуляция бўлмаганига далил бўла олади. Бундай ҳолатда аёллар ҳомиладор бўла олмайдилар. Бундан ташқари, бир қатор гинекологик текширишлар тўғри ичак ҳарорати (базал ҳароратни ўлчаш, бачадон бўйнидан ажралган шиллиқнинг чўзилувчанлиги, кристаллга айланиши ва бошқалар) ёрдамида ҳам тухумдон фаолияти аниқланади.

### **Клиник мисоллар.**

1. Қиз бола тез-тез касалланиб ўсди: тез – тез шамоллаган, ангина, грипп, пневмония бўлган. Ота – онаси уни 5 ёшдан спорт мактабига берганлар, у спорт гимнастикаси билан шуғулланган. 7 ёшдан умумий таълим мусиқа мактабига, 6 ёшдан инглиз тилига ўқишга беришди. Қизчанинг



хеч бекор вақти йўқ эди. 13 ёшда биринчи марта ҳайз бошланган, жуда мўл ва узоқ муддат 10 кундан ортиқ қон кетаяпти. Ота — онаси гинекологга мурожаат қилишди.

Таъхис: Ювенил қон кетиш. Зарур даво чоралари ўтказилди. Ота — онасига қизининг 8 — 11 ёшда препупертат — ҳайз цикли юзага келган даврда зўриқишни камайтириш кераклиги тушунтирилди. Бу МНС нинг гипофиз ва тухумдонлар билан боғланишининг бузилиши натижасидир.

2. Эр — хотин ўзларининг 2 йиллик оилавий ҳаётларида бола бўлмаганлигидан мурожаат қилишди. Текширилганда ҳарорат бўйича ҳайз циклининг 1 фазалиги, овуляция бўлмаслиги аниқланди. Даволаш ўтказилди, 2 фазали ҳайз цикли юзага келди. 1 йилдан кейин хомиладорлик юзага келди, қиз бола туғилди.

1 фазали ановулятор ҳайз циклининг сабаби аёлнинг жинсий етилмаган, бунга сурункали тонзиллит мойиллик қилган.

Даволаш: гинеколог Кватер бўйича гормонал даво ўтказди ва ЛОР шифокор томонидан тонзиллэктомия қилинди.

### АМАЛИЙ КЎНИКМАЛАР.

Қандай функционал диагностика тестлари мавжуд?

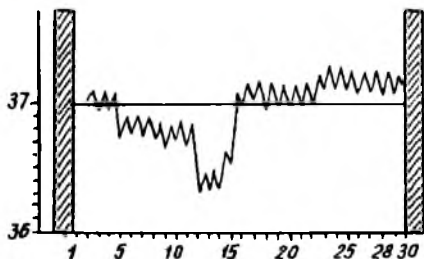
Улар қандай мақсадда аниқланади?

Функционал диагностика тестлари қўйдагилар:

1. кариопикнотик индексни аниқлаш.
2. «қорачиқ» симптомини аниқлаш.
3. Шиллиқ нинг чузилувчанлигини аниқлаш.
4. «Қирқбўғим» симптоми
5. Базал ҳароратини аниқлаш усули



16 расм.



17-Расм - Папортник феномени, ҳайз циклининг 14 кун.

**Мақсад:** аёл организмда тухумдонлар фаолиятини динамикада кузатиш ва баҳолаш

**«Базал ҳароратни ўлчаш.»**

**Мақсад:** тухумдонлар фаолиятини аниқлаш.

**Кўрсатма:** бепуштлиқ, ҳайз циклини бузилиши, контрацепция.

Таъминланиши: ҳарорат ўлчачи (термометр), вазелин.

**Қадамлар:**

1. Мазкур тестни ўтказиш тўғрисида аёлга тушунтирилади.
2. Иккита термометр ва ёзув дафтарчаси бўлиши керак.
3. Аёл ёзув дафтарчасига календар куни, ҳайз куни, тўғри ичкакдаги ҳарорат, тана ҳарорати ва эслатмани ёзади.

4. Аёлга тушунтирилади, ҳарорат эрта тонгда уйқудан уйғонгач битта термометрга вазелин суртиб, тўғри ичакка 2-3 см чуқурликда, иккинчисини- қўлтиқ остига қўйиб ўлчайди.
5. Хароратни 7-10 дақиқа давомида ўлчайди, ҳар бир термометр кўрсаткичи алоҳида қаторга ёзилади.
6. Одатда базал ҳарорат икки фазали, яъни ҳайз циклини биринчи ярмида 37 градусгача, иккинчи ярмида эса 37 градусдан баланд. Орасидаги фарқ 0, 4 градусдан кам бўлмаслиги лозим (16-расм).

#### **«Қорачиқ» симптомини аниқлаш.**

**Мақсад:** организмни эстрогенлар билан тўйинганлигини аниқлаш.

**Кўрсатма:** бепуштлиқ, ҳайз цикли бузилишлари.

Таъминланиши: гинекологик кресло, қин кўзгулари.

#### **Қадамлар:**

1. Аёл гинекологик креслода оёқларини тизза ва чаноқ-сон бўғимларида букилган ҳолатда ётади.
2. Текширув ҳайз циклини 10- 13- 14- ва 17- кунларида ўтказилади.
3. Кўриш учун қин кўзгулари қўлланилади.
4. Бачадон бўйнини кўриш учун, қинга кўзгулар киритилади.
5. Бачадон бўйнини ҳайз циклини ўртасида кўрилганда, организмда эстрогенлар билан тўйинган бўлса, ташқи бўғизнинг бироз очилиб ўртасида «қорачиқ» кўрилади.
6. Қорачиқ симптоми динамикада кўрилиб қуйидагича белгиланади:  
+, ++, +++, +++++.

#### **Бачадон бўйни шиллиғи чўзилувчанлигини ва «қирқбўғим» симптомини аниқлаш.**

**Мақсад:** организмни эстрогенлар билан тўйинганлигини аниқлаш.

**Кўрсатма:** бепуштлиқ, ҳайз цикли бузилишлари.

Таъминланиши: гинекологик кресло, қин кўзгулари, пинцет.

#### **Қадамлар:**

1. Аёл гинекологик креслода оёқларини тизза ва чаноқ-сон бўғимларида букилган ҳолатда ётади.
2. Муолажа қин кўзгулари ва пинцет ёрдамида ўтказилади.
3. Шиллиқни чўзилувчанлигини аниқлаш учун, пинцет ёрдамида шиллиқ олиниб у чўзиб кўрилади.
4. Ҳайз циклини кунларига кўра, шиллиқни чўзилувчанлиги 2-3 см.дан 8-10 см.гача бўлади, бу организмда эстрогенлар миқдори етарли эканлигидан далолат беради.
5. Шиллиқни чўзилмаслиги эстрогенлар етишмаслигидан далолат беради.
6. Шиллиқни кўп чўзилиши ҳайз ўртасида кузатилади.
7. Шиллиқни ойначага сўртиб кўритилса худди қирқбўғим ўсимлигига ўхшаш расм юзага келади, бу «қирқбўғим» (папоротник) симптомидир (17-расм).

## ЎРГАТУВЧИ ТЕСТЛАР

1. Ҳайз цикли бузилишининг 5 этиологик факторини кўрсатинг.
  1. психик касаллик, оғир кечинмалар;
  2. нотуғри озиқланиш, авитаминозлар;
  3. касб зарарлари;
  4. инфекция ва септик касалликлар (гонорея, туберкулёз);
  5. жинсий камолатга етиш даврида гипоталамо-гипофизар системаси эволюциясининг бузилиши.
2. Марказий сабабларга кўра ҳайз цикли бузилишининг 3 та асосий кўринишини айтинг:
  1. бош мия пўстлоғи;
  2. гипоталамик кўриниши;
  3. гипофизар кўриниши.
3. Ҳайз цикли бузилишининг периферик сабабларга кўра келиб чиқишининг 2-та асосий кўринишини айтинг:
  1. тухумдон туфайли;
  2. бачадон туфайли.
4. Функционал ташхислашнинг 5-та тестини айтинг.
  1. базал ҳароратни ўлчаш;
  2. Шиллиқнинг чўзилиш симптоми;
  3. қорачиқ симптоми;
  4. папортник симптоми;
  5. кариопикнотик индексни (КПИ) аниқлаш.
5. Тухумдон циклининг 2 фазасини айтинг.
  1. фолликулин фазаси;
  2. лютеин фазаси.
5. Бачадон циклининг 4 фазасини айтинг.
  1. десквамация;
  2. регенерация;
  3. пролиферация;
  4. секреция.
6. Гипофиз олдинги бўлагининг 6 гормонини кўрсатинг.
  1. ТТГ ;
  2. СТГ;
  3. АКТГ;
  4. ФСГ;
  5. ПРЛ;
  6. ЛГ.
7. Ҳайз циклининг асосий 5та кўрсаткичини айтинг.
  1. бутун аёл организмнинг фаолияти;
  2. овуляция бўлиши шарт;

3. ҳайз циклининг 5 боскичини тўғри ва қайта боғланиши;
  4. организмда циклли ўзгаришлари.
8. Ҳайз циклини таърифланиши.
    1. доимийлик;
    2. оғриқсизлик;
    3. қон кетиши 100к20 мл;
    4. давомийлиги 3 - 4 кун.
  9. Ҳайз циклининг давомийлиги буйича 3 турини кўрсатинг.
    1. нормапоник;
    2. антепоник;
    3. постпоник.
  10. Кун давомийлиги буйича Ҳайз циклининг 3 турини айтинг.
    1. 28 кунли;
    2. 21 - 22 кунли;
    3. 33 - 35 кунли.
  11. Тухумдоннинг лютеин танаси ривожланишининг 4 фазасини айтинг.
    1. пролиферация;
    2. васкуляризация;
    3. гуллаш;
    4. қайта ривожланиш.
  12. Фолликулиннинг (эстрогенни) биологик таъсирини айтинг.
    1. иккиламчи белгиларининг ривожланиш;
    2. жинсий аъзоларининг ўсиши ва ривожланиши;
    3. терморегуляция ва моддалар алмашинув жараёнига таъсири.
  13. Прогестерон (гестаген) 3 таъсирини айтинг:
    1. Хомилани нормал ривожланишига таъсир этади;
    2. эндометрияни циклик ўзгаришларини бошқаради;
    3. миометрияни қўзғалишини пасайтиради.
  14. Тестостерон (андроген) биологик таъсирини айтинг.
    1. қўлтик ости ва қовдаги тукларни ўстиради;
    2. клитор ва катта лабларни ўстиради;
    3. маскулинизация.
  15. Нима учун ҳар бир аёл овуляция кунларини билиш керак.
    1. уругланишнинг қулай кунларини билиш учун;
    2. ноихтиерий Хомиладорликдан физиологик сақланиш учун.
  16. Икки фазалик ҳайз циклини нима ифодалайди.
    1. ҳайз циклининг иккинчи ярмида қин суртмасининг III типи;
    2. ҳайз циклининг ўртасида «қорачиқ» симптоми 4к;

3. ҳайз циклининг II фазасида ректал температура кутарилади;
  4. ҳайз циклининг II фазасида олинган эндометрий биопсияси секреция ҳолатида.
17. Организмнинг гормонал тўйинганлигини аниқлаш методлари.
1. қорачиқ феномени аниқлаш;
  2. кариопикнотик индексини аниқлаш;
  3. базал Хароратни улчаш;
  4. эндометрия биопсияси;
  5. қон ва сийдикда гормонлар миқдорини аниқлаш.
18. Қандай гормонлар гонадотроп гормонларга тегишли.
1. ФСГ;
  2. ЛГ;
  3. Пролактин.

#### *НАЗОРАТ САВОЛЛАРИ.*

1. Ҳайз цикли нима?
2. Ҳайз таърифи.
3. Тухумдон цикли.
4. Бачадон цикли.
5. Базал ҳарорат қандай қилиб тўғри ўлчанади?

## ҲАИЗ ЦИКЛИНИНГ БУЗИЛИШИ. АМЕНОРЕЯ.

**Мақсад.** Ҳайз цикли бузилишининг асосий турлари, аменорея сабаблари, текшириш ва даволаш усуллари билан таништириш.

Вазифалар:

1. Ҳайз цикли бузилиши ва таснифини ўрганиш.
2. Аменорея турлари билан таништириш.
3. Аменореяда текширув усуларини билиш.
4. Аменореяда даволаш усуллари билан танишиш.

Ҳайз цикли бузилишининг сабаблари жуда кўп. Касаллик полиэтиологикдир. Айрим сабаблари: организмнинг ёшига боғлиқ бўлган омиллар, рухий ҳолатлар, оилада ва ишда бўладиган кўнгилсиз воқеалар, периферик эндокрин безлар фаолиятининг бузилиши, ўткир ва сурункали яллиғланиш жараёнлари, жинсий аъзолардаги ўсмалар ва ҳоказо. Этиологик омиллар ичида айниқса, қизларнинг жинсий ривожланиш даврида бошларидан кечирган юқумли касалиklarини аниқлаш катта аҳамиятга эгадир. Вирусли гепатитда фақат тухумдонда морфологик жиҳатдан ўзгаришлар рўй бериб қолмай, балки гипоталамусда ҳам худди шунга ўхшаш ўзгаришлар юз бериши кузатилган. Эндogenous ва экзоген омиллар ҳайз циклини бошқарувчи гипоталамус – гипофиз – тухумдон системасининг турли қисмларига таъсир кўрсатиши оқибатида дисфункционал қон кетиши рўй бериши мумкин. Физиологик ҳолатда ҳайз циклини бошқаришда бош мия пўстлоғи, гипоталамус, гипофиз, тухумдон ва бачадоннинг аҳамияти катта. Бу аъзолар ўзаро боғлиқдир. В.Т. Вогралик (1973)нинг изоҳлашича, организмдаги гормонал система фаолиятини бошқаришнинг бузилишига қуйидаги ҳолатлар сабаб бўлади:

1. Эндокрин безлардан бирининг нейро- гормонал (гипоталамус – гипофиз) омиллар таъсирида фаолияти бузилади.
2. Инфекция, интоксикация, жароҳатлар, ўсмалар туфайли бир ёки бир неча безлар фаолиятининг етарли бўлмаслиги.
3. Айрим маълум безларда гормонларнинг вужудга келишида ферментлар стимуляциясининг етарли бўлмаслиги.
4. Бирон бир гормоннинг организмнинг керакли жойига етиб бормаслиги.
5. Гормонларнинг таъсир қилиш шароитининг бузилиши.
6. Баъзи бир гормонларнинг таъсир қилиш фаолигининг бузилиши.

### Ҳайз цикли бузилишининг таснифи

Ҳайз цикли бузилишининг қуйидагича турлари мавжуд:

1. Аменорея – 6 ой мобайнида ҳайз цикли бўлмаслиги
2. Даврий ўзгаришлари.

Ҳайз кучи ва давомийлигининг «+» белгиси остида ўзгариши

- а) гиперменорея - ҳайз қонининг кўп миқдорда келиши.
- б) полименорея - ҳайзнинг 7 кун ва ундан ортиқ давом этиши.
- в) гиперполименорея - узоқ вақт давомиди ва кўп миқдорда қон келиши ( меноррагия)  
«-» белгиси остида
- а) гипоменорея - ҳайзда ажраладиган қон миқдори кам бўлиши.

- б) олигоменорея ҳайз муддати қисқа давом қилиб, 2 кундан кам бўлади.
- в) гипополименорея - қисқа муддат ва кам миқдорда қон келиши.

### **Ҳайз типи ва ритми бўйича ўзгаришлар**

#### **I.Тури**

- а) олсоменорея-ҳайзнинг жуда кам бўлиши (6-8 ҳафтада 1 марта)
- б) спониоменорея-ҳайз циклининг жуда узоқ давом этиши (1 йилда 9-4 марта)
- в) пройоменорея-қисқарган ҳайз циклининг тез-тез бўлиши ( 2/3-1, 5-2 ҳафтада).

#### **II. Ановулятор дисфункционал қон кетиш**

ановуляция бўлган пролиферация фазаси эстроген кўплиги сабабли узоқ вақт давом этади, эстроген камайиши бачадондан қон кетишига олиб келади.

#### **III. Альгодисменорея - ҳайзнинг оғриқли бўлиши билан.**

- а) альгоменорея - ҳайз вақтида жинсий аъзоларда оғриқ пайдо бўлади
- б) дисменорея - ҳайз даврида организмдаги турли ўзгаришлари ( бош оғриги, иштаҳа бузилиши, кўнгил айнаши).
- в) альгодисменорея - умумий ва маҳаллий белгиларнинг биргаликда учраши.

#### **IV. Бачадондан ациклик қон кетиши**

метроррагия - ҳайзга боғлиқ бўлмаган қон кетиши.

### **Аменорея**

6 ой давомида ҳайз бўлмаслиги мустақил касаллик бўлмасдан бир қанча касалликларнинг маҳаллий ва умумий белгиси ҳисобланади (18-расм). Аменореянинг қуйидаги турлари бор:

1. Сохта аменорея — тухумдон ва бошқа аъзоларда ўзгаришлар бўлиб, бу хил аменорея кўпинча маҳаллий сабабларга боғлиқ: қизлик пардаси бутунлиги, қин атрофияси, бачадон бўйни канали атрезияси сабабли юз бериши мумкин. Бунда қон қинга, бачадон бўйнига ва найларга тўпланиб қолади.
2. Чин аменорея ҳайз цикли бошқарувининг 5 ҳалқасидан бирида сезиларли ўзгаришлар бўлганда юзага келади ва шунга боғлиқ ҳолда жинсий гормонлар ишлаб чиқариш даврийлиги бузилади ва ҳайз кўрилмайди.



**18-Расм. Аменорея**

3. Физиологик аменорея — бу ҳолда аёл организмидаги айрим физиологик ҳолатлар сабабли ҳайз бўлмайди:  
болалик даврида,  
ҳомиладорлик даврида, - лактация даврида,  
менопауза даврида.
4. Патологик аменорея — аёл организмида кечаётган патологик ҳолатларда ҳайзнинг бўлмаслиги.  
Бирламчи — ҳайзнинг болалик даврдан бошлаб келмаслиги  
Иккиламчи — ҳайзнинг аввалига келиб, сўнгра айрим сабабларга кўра тўхтаб қолиши. Бизга маълумки, ҳайз циклининг бошқарилишида 5 ҳалқа иштирок этади: пўстлоқ-гипоталамус-гипофиз-тухумдон-бачадон. Мана шу ҳалқалардан бирортасининг бузилиши аменореяга олиб келади ва унинг қуйидаги шакллари бўлади:  
Гипоталамик аменорея;  
Гипофизар аменорея;  
Тухумдон аменореяси;  
Бачадон аменореяси.

### **Аменорея сабаблари**

гормонал бузилишлар — тухумдон, гипофиз ва бошқа аъзоларнинг зарарланиши туфайли юзага келади;  
МНС касалликлари (шизофрения, мия ўсмалари менингоэнцефалит, руҳий травма);  
ўткир ва сурункали инфекциялар касалликлар;  
сурункали интоксикация (алкоголизм, гиёҳвандлик);  
алиментар омиллар — очлик, камқонлик, семизлик;  
экстрагенитал касалликлар: юрак-томир касалликлари, жигар касалликлари;  
бачадон касалликлари. Эндометрит.

Айтилган сабабларнинг деярли барчаси аменореяга олиб келади ва асосий касалликнинг якуний натижаси кўринишида бўлади.

МНСнинг органик шикастланишида бирламчи аменорея камдан-кам ҳолларда юз беради. Асосий сабаблари: мия ўсмалари, сурункали менингоэнцефалит, арахноидит, сурункали сероз менингит, эпидемик энцефалит.

Психоген аменорея ҳам учраб, у қаттиқ ҳаяжонланиш (стресс), руҳий ва физиологик чарчаш туфайли ҳам юзага келади.

Гипоталамик аменорея, бунда асосан миянинг дўнглик ости соҳасида патологик ўзгаришлар бўлади. Сабаби — руҳий травма, очлик, нейроринфекция ва бошқалар.

Гипоталамик аменорея кўпинча функционал табиатли бўлади.

руҳий (психоген);

Киари-Фроммель синдроми;;

«сохта ҳомиладорлик»;

«асабдан бўладиган» анорексия; (руҳий анорексия)

турли инфекциялар касалликлар ва захарланиш туфайли юзага келган аменорея

### **Клиникаси:**

Гипоталамик аменорея пайдо бўлишидан аввал қуйидаги ўзгаришлар кузатилади:



вегетотомир ва моддалар алмашинуви бузилишлари, томир кризлари, АҚБ асимметрияси;  
хушдан кетиш ҳолатлари;  
юрак аритмияси;  
кейинчалик эса ёғ ва сув-туз алмашинуви бузилишлари туфайли гипоталамик типдаги хомсемизлик.

### Диагностика

1. Базал ҳарорат монофазали менструал цикллар (19-расм).
2. Қин суртмасида эстрогеннинг тўйиниши камайган.
3. ФСГ нинг кескин пасайиши ёки умуман йўқлиги туфайли эстроген гормонлар ажралиши камаяди.
4. Диагностик мақсадда, ўсмани инкор этиш учун бош мия турк эгари соҳаси рентгенография қилинади,
5. Жинсий гормонларнинг экскреция сатҳи аниқланади.

**Гипофизар аменорея** аденогипофизнинг органик шикастланиши туфайли юзага келади. Уни 2 гуруҳга бўлиш мумкин.

1. Аденогипофиз тўқимасининг некроitik ўзгариши туфайли юзага келган аменорея:

Шихан синдроми – туғруқдан кейинги гипопитуитаризм;

Симмондс касаллиги - гипофизар кахексия.

2. Гипофиз ўсмаси туфайли юзага келган аменорея:

Иценко-Кушинг касаллиги;

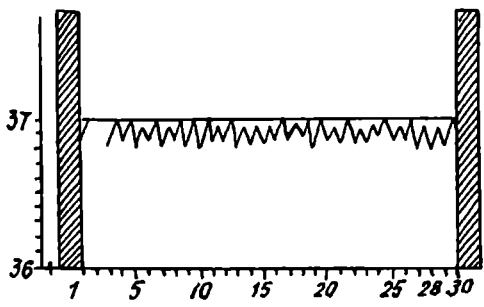
Акромегалия.

3. Адипозогенитал дистрофия – ҳомиладорликдаги токсоплазмоз, ёшлигида ва жинсий ривожланиш давридаги инфекцион касалликлар туфайли юзага келади. Бунда кузатиладиган белгилар: семизлик, суяклардаги нуқсонлар, жинсий аъзолар гипоплазияси, аменорея.
4. Лауренс-Мунн-Бидл синдромида юқоридаги белгилар кузатилади, бундан ташқари, паканалик ва бир қанча ривожланиш нуқсонлари кузатилади.
5. Хенде-Мюллер-Крисчен касаллиги – бу ҳам гипоталамо-гипофизнинг органик шикастланиши туфайли юзага келиб, бунда паканалик, жинсий инфантилизм, остеопороз, қандсиз диабет, эндофталъомоз белгилари кузатилади.

**Тухумдон аменореяси** асосан генетик ўзгаришлар билан боғлиқ ва тухумдон фаолиятининг ўзгариши туфайли юзага келади.

Гонадалар фаолияти бузилишининг турлари:

1. Гонадалар дисгенезияси.
2. Тестикуляр феминизация.
3. Тухумдонлар бирламчи гипофункцияси.



**19-расм.** Бир фазали ановулятор ҳайз циклини базал температураси.

Гонадалар дисгенезияси (Тернер-Шерешевский синдроми) – тухумдон тўқимасининг бирламчи туғма ривожланмаслиги. Хромосомалар тўлиқ эмас – 45 X0 бўлади, жинсий хроматин 10% камайган, жинсий аъзолар ривожланмаган, аёлнинг бўйи паст, суяклар остеопорози ва бошқалар кузатилади.

Тестикуляр феминизация - аёллар фенотипига мос, лекин гонадалар ва генетик жиҳатдан жинси эркак хромосомалар ўзгарган, эркаклар гонадаси кўп миқдорда эстрогенлар ишлаб чиқаради. Клиник белгилари: ташқи жинсий аъзолари суст ривожланган, бачадон ва унинг ортиқлари баъзан бўлмайди, бирламчи аменорея, сут безларининг ортиқча ривожланиши, бепуштлиқ. Бу ҳолда гонадаларнинг «хавфли» ўсмага айланиш хавфи бор.

Тухумдонларнинг бирламчи гипофункцияси. Фолликуляр аппаратнинг шикастланиши ҳомиланинг она қорнидаги даврида (токсикозлар, ҳомиладорлик асоратлари, туберкулёз ва бошқалар), турли ўсмаларнинг мавжудлиги туфайли бўлиши мумкин. Бу умумий ёки жинсий инфантилликка олиб келади: бўйчанлик, бачадон бўйни конуссимон, бачадон гиперантифлексияси, чаноқ торлиги. Гипофизнинг гонадотроп гормонлар ишлаб чиқариши кучайган.

Тухумдон аменореяси яна қуйидаги сабабалардан пайдо бўлади:

- вақтидан илгари тухумдон етишмовчилиги;
- тухумдонлар склерокистози; (20-расм)
- тухумдоннинг андроген ишлаб чиқарувчи ўсмалари туфайли юзага келган аменорея;
- кастрация (бичиш)дан кейинги синдром.

Бачадон аменореяси:

- бачадон жарроҳлик йўли билан олиб ташланганда;
- сил туфайли юзага келган эндометрит;
- бачадон эндометрийига кимёвий воситларнинг таъсири туфайли юзага келган аменорея ( йод, спирт, радиоактив кобальт).

Клиникаси: умумий ҳолсизлик, сержаҳллик, тез йиғлаб юбориш, хотиранинг пасайиши, юракда оғриқ, терлаш, бошнинг тез-тез оғриши ва бошқалар.

### **Даволаш**

Даволаш асосан этиологик, яъни шу касалликни юзага келтирган сабабларни бартараф қилишга қаратилган бўлиши керак. Дам олишни тўғри йўлга қўйиш, рационал овқатланиш, вақтида дам олиш, ухлаш, жисмоний машқлар қилиш, иқлимни ўзгартириш айниқса мақсадга мувофиқдир. Бундан ташқари, ионогальванизация, седатив препаратлар, транквилизаторлар, дармондорилар: А, Е, С, В гуруҳидаги витаминлар тайинланади. Жинсий аъзоларнинг етишмовчилиги кузатилса, гормонал препаратлар. Шихан синдроми, Симмондс касаллигида ўрин босувчи воситалар: жинсий стероидлар, тиреоидин, глюкокортикоид, АКТГ буюрилади. Тухумдон аменореясида циклик гормонал терапиядан фойдаланилади. Сил туфайли юзага келган аменорея бўлса, специфик даволаш усуллари қўлланилади.

Буйрак усти безининг туғма гиперплазиясида (туғма адреногенитал синдром) пўстлоқ қисмидаги ферментлар етишмаслиги туфайли кортизол синтези бузилади.

Гипотиреоз (триоген нанизм) бўйнинг ўсмаслиги, ақлий жиҳатдан орқада қолиш, суякдаги ўзгаришлар, аменорея, жинсий ривожланишнинг кечикиши ва бошқалар.

## Ановулятор қон кетиши

1. Қисқа муддатда фолликуллар ёрилмай қолиб, майда кистачаларга айланганда.
2. Фолликуллар узоқ муддат давомида ёрилмай, майда кистачаларга айланганда.
3. Етилмаган фолликулнинг атрезияси (ёрилмай қолиши) ёки кистачага айланиб қолиши.

Ановулятор дисфункционал қон кетиши, ҳайзнинг тўхтаб қолиши (7-8 ҳафтагача), бачадондан қон кетиши билан характерланади. Ҳайз тўхтаб қолгандан кейинги қон кетиши турли миқдорда, тезликда ва турли муддатларда давом этаверади. Дисфункционал қон кетиши жинсий ривожланиш даврида вужудга келиб, унда ҳам қон кетиб, қизларда ҳатто камқонлик касаллигини келтириб чиқаради. Ўсмирлик (ювенил) ёшдаги дисфункционал қон кетиши анча эрта бошланади. Шунга кўра, бачадондан дисфункционал қон кетиши юз берган қизларнинг ривожланиш даври соғлом қизлардан жисмоний, жинсий жиҳатдан анча фарқ қилади (бачадон ва тухумдон гипоплазияси кузатилиши мумкин).

Альгодисменорея ҳайзнинг оғриқли ва цикли бузилиб келиши. Қорин пастида дардсимон оғриқлар кузатилади, бел соҳасида ҳам оғриқлар, умумий ҳолсизлик бўлади.

Альгоменорея бўлиши ҳам мумкин. Бирламчи (функционал) альгоменорея – ички аъзоларнинг анатомик ўзгаришлари билан боғлиқ эмас. Иккиламчи альгоменорея – кичик чаноқдаги аъзоларнинг патологик ўзгаришлари билан боғлиқ. Иккиламчи альгоменорея сабаблари қуйидагилар: эндометриоз, ички жинсий аъзолар аномалияси, сурункали яллиғланиш касалликлари ва бошқалар.

Бирламчи альгоменорея ёш аёлларда ва қизларда учрайди. Кўпинча менархе бошлангач 1-1, 5 йилдан кейин учрайди.

ДАВОЛАШ: Ибубруфен, ТЕВА, нурафен, нимулид, бутадон, вовенак-П, мелбек-форте, диклофенак-ратиофарм, индометацин таблеткаси ҳайз бошланишидан 2-3 кун олдин ичилади. Бу дорилар 3-4 ой давомида ичилади. Киндик соҳасига электрофорез қўлланилади. Синтетик прогестинлар, регивидон, микрогинон тавсия этилади. Витамин Е 5-10% - 1, 0 №10, игна билан даволаш усули қўлланилади.

Ациклик қон кетиши кўпроқ менопауза ва репродуктив даврларида учраб, асосан бачадон ракиннинг белгисидир.

Ҳайз цикли бузилганда қўлланиладиган текшириш усуллари:

1. Базал (тўғри ичак) ҳароратни ўлчаш (19расм).
2. Бачадон бўйни шиллигини циклик ўзгаришларини аниқлаш («папоротник» ва «кўз қорачиғи» белгилари).
3. Гормонал кольпоцитология.
4. Эндометрий биопсияси.
5. Эстрогенлар ва уларнинг метаболитларини текшириш.
6. Сийдикдаги прегнандионни текшириш ва гонадотроп гормонларни аниқлаш.

### *Амалий кўникмалар.*

касалликнинг сабабларини аниқлаш;

- клиник текширув усулларини қўллашда лаборатор ва асбоблардан

фойдалана билиш (ФДТ, қин суртмаси цитологияси, УТТ, ГСГ);  
криптоменореяда жарроҳлик йўли билан даволашга кўрсатмалар ва  
жарроҳлик техникасини қўллай билиш;  
ФДТ га асосланган ҳолда гормонлар билан даволаш;  
Беморни кузатиш;  
Профилактик-даволаш ва реабилитация кузатувларини қўллаш.

#### «Кўкрак безлари пальпацияси»

**Мақсад:** Лакторей ва кўкрак безлаври усмалари диагностикаси.

**Кўрсатма:** Аёлларни текшириш усули.

**Таъминланиши:** Кушетка.

**Қадамлар:**

1. Кўкрак безларини пальпация қилишда аёлнинг турган ёки ётган ҳолатида барча квадрантларини текшириб курилади.
2. Дастлаб ташки сўнг ички квадрантлари пайпаслашиб, тугунча ёки хосила бор-йўқлиғни аниқланади.
3. Кўкрак безларининг тузилиши, ўлчамлари (гипоплазия, гипертрофия, симметриклиги, трофик узгаришлар)га эътибор бериледи.
4. Сургич атрофи сикилиб кўрилиб, ажралма бор-йўқлиги, унинг ранги, консистенцияси ва характери аниқланади.
5. Кўкрак безларини пайпаслаш, безлар ўсма касалликларининг диагностикасида муҳим аҳамият касб этади.

#### «Аменорея»

**Мақсад:** Талабаларга беморни объектив ва субъектив маълумотларига асосан ташхис қўйиш, касаллик оғирлик даражасини баҳолаш ва даволаш тактикасини танлашни ўргатиш.

**Таъминланиши:** Кушетка, қин қўзгулари, гинекологик кресло, стьерил кулкоп, танометр.

1. Аёл гинекологик креслода оёқларини чанок-сон ва тизза бўғимида букилган ҳолатда ётибди.
2. Шикоятлари: хайзнинг 6 ой ва ундан кўп муддатда келмаслиги.
3. Касаллик анамнези: касаллик бошланишини рухий жароҳатлар, эндокрин касалликлар билан боғлайди.
4. Хаётий анамнези: хайз келиши 12 ёшдан 3-4 кун, ҳар 28 кунда, жинсий хаёти 19 ёшдан.

Гинекологик касаллиги-сурункали аднексит. Ирсиятга мойиллиги йўқ, зарарли одатлари йўқ. Охирги хайзи 6 ой олдин келган.

5. Умумий қўрув: Беморнинг ахволи деярли ўзгаришсиз.
6. Корни кўрувда ўзгаришсиз, перкуссияда узаришсиз.
7. Дастлабки ташхис: шикоятлари, хаёт ва касаллик анамнези ҳамда маҳаллий статус ва объектив маълумотларга асосланиб қўйилади.

**Кон умумий тахлили:** ўзгаришсиз.

**Қонда гормонлар миқдори:** ЛГ, ФСГ, ПРЛ, эстрадиол, прогестерон, тестестерон.

**УТТ:** касаллик этиологиясига қараб бачадон ортиқлари соҳасида хосилда, ўсма ёки жинсий аъзоларнинг нуқсонли жойлашиши кузатилади.

**Функционал диагностика тестлари:** касаллик этиологиясига қараб ўзгарган.

Кўзгуларда қўрув: қин шиллик каватива бачадон бўйни ўзгаришсиз.

Қин орқали қўрув: касаллик этиологиясига қараб турли ўзгаришлар: аъзонинг йуқлиги, ўсмалар, яллиғланиш касалликлари аникланади.

Рентгенологик текширув: турк эгарини текширилиб кўрилади.

Клиник ташхисни кўйиш ва асослаш: дастлабки ташхис ва клиник-инструментал текширувларга асосланиб қўйилади.

Асоратлар: репродуктив фаолитнинг турли бузилишлари, бепуштлиқ, нейроэндокрин ўзгаришлар.

10. Қиёсий ташхиси: ёлғонни чиндан, бирламчини иккиламчи аменореядан.

11. Оператив даволаш: Аменорея формасига қараб

Организмнинг бузилган фаолиятини тиклаш

Реабилитацион терапия.

12. Профилактикаси: жинсий аъзолар яллиғланиш касалликларини ўз вақтида аниклаш ва даволаш. ЭГКни даволаш.

Масала: Аёл 32 ёшда, 6 ой мобайнида хайз келмаслигидан шикоят қилиб келди. Қандай текириш усуллари ўтқазилади?

### *ЎРГАТУВЧИ ТЕСТЛАР*

1. Физиологик аменореянинг қандай 4-та кўринишини биласиз?
  1. болалик давридаги аменореяси;
  2. лактация давридаги аменорея;
  3. ҳомиладорлик давридаги аменорея;
  4. климактерик ва қари ёшдагилар аменореяси.
2. Ҳайз циклини «плюс» белги билан бузилиши 4 тури:
  1. меноррагия;
  2. гиперменоррорея;
  3. полименорея;
  4. пройоменорея.
3. Ҳайз циклини «минус» белги билан 3 тури:
  1. гипоменорея;
  2. олигоменорея;
  3. опсоменорея.
4. Бачадондан қон кетишнинг қайси турларини биласиз.
  1. меноррагия (ҳайз цикл кунлари);
  2. метрорагия (ҳайз циклининг орасида).
5. Альгодисменореянинг 3 та сабабини айтинг:
  1. инфантилизм, ривожланиш нуқсонлари;
  2. яллиғланиш жараёнлари;
  3. эндометриоз.
6. Бирламчи тухумдон аменориясининг 3 сабабларини айтинг.
  1. гонадалар дисгенизияси;

2. тестикуляр феминизацияси;
  3. тухумдонни бирламчи гипофункцияси.
7. Иккиламчи тухумдон аменориясининг 4 сабабларини айтинг.
    1. радиация;
    2. кастрация;
    3. ўсмалар;
    4. склерокистоз.
  8. Бачадон аменореясининг 2 сабабни айтинг.
    1. бачадон йўқлиги, олиб ташланиши;
    2. эндометрия базал қаватининг жаррохатланиши.
  9. Гипофизар аменореянинг 5 турини айтинг.
    1. гигантизм, акромегалия;
    2. Базедов касаллиги;
    3. Иценго - Кушинг;
    4. Шихан синдроми;
    5. нанизм.
  10. Аменорея билан сизга бемор мурожаат қилди, қайси шифокорлар маслаҳати зарур?
    1. гинеколог;
    2. эндокринолог;
    3. окулист;
    4. нейрохирург.
  11. Қандай 4 ҳолатда ёлғон аменорея кузатилади?
    1. тухумдонда ва бачадондаги нормал циклик ўзгаришларда;
    2. бачадон бўйни каналининг атрезиясида;
    3. қин атрезиясида;
    4. қизлик пардаси атрезиясида.
  12. Аменореяни чақирувчи сабабларни айтинг.
    1. психик таассуротлар;
    2. эндометрий туберкулези;
    3. касб зарарликлари;
    4. гипофиз хромофоб аденомаси.
  13. Қайси хасталиклар ациклик қон кетишлар билан кузатилади?
    1. плацентар қолдиқлар;
    2. бачадонни миомасинг субмукоз хили;
    3. бачадон танаси раки;
    4. эндометрий полипоз.
  14. Аменорея бўлиши мумкин ҳолларни топинг.
    1. инфантилизмда;
    2. бачадонга йод киритилгандан сўнг;
    3. геморрагик шокдан сўнг;

4. рентген ва радиация нурлардан сўнг.
15. Қуйдаги қайси хасталикларда ациклик бачадон қон кетиши содир бўлади?
  1. бачадон субмукоз миомаси;
  2. тухумдон адренобластомаси;
  3. бачадон хорионэпителиомаси;
  4. бачадон танаси раки.
16. Организмнинг гормонал тўйинганлигини аниқлаш методлари.
  1. қорачиқ феномени аниқлаш;
  2. кариопикнотик индексини аниқлаш;
  3. базал ҳароратни ўлчаш;
  4. эндометрия биопсияси;
  5. қон ва сийдикда гормонлар миқдорини аниқлаш.
17. Ановулятор қон кетишига хос клиник ва лаборатор белгиларни кўрсатинг.
  1. ҳайзнинг 2- дан 6-8 гача ва ундан ортиқ ҳафтагача кечикиши;
  2. жинсий аъзоларда анатомик ўзгаришларнинг бўлмаслиги;
  3. ҳафтадан 1-2 ойгача қон кетиши;
  4. ҳайз кунига мос равишда 10-15 кунгача қон кетиши.
18. Иккиламчи аменореяга хос белгилари қандай.
  1. вегетоневроз белгилари;
  2. семизлик;
  3. бачадон ўлчамларининг кичрайиши ва қиннинг қуруқланиши;
  4. қин суртмаси цитологик кўринишининг динамикада II турга мойиллиги;
  5. монотон базал ҳарорати.
19. Ҳақиқий аменореяни билдирадиган кўрсаткичлар нимадан иборат?
  1. ҳайзни 6 ой ва ундан кўпроқ бўлмаслиги;
  2. базал температурани бир ҳиллиги;
  3. «қирқбўғим» симптомини динамикада манфийлиги;
  4. лакторея.

#### **Назорат учун саволлар:**

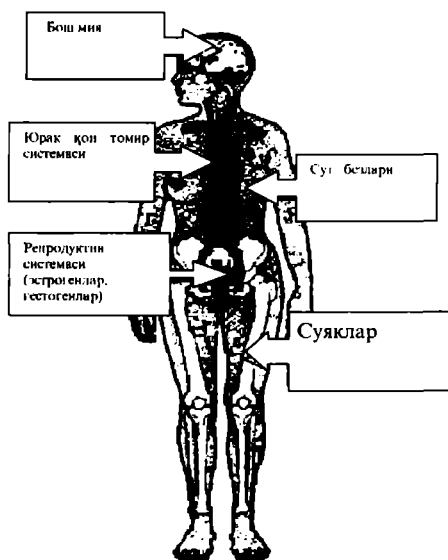
1. Аменореяга таъриф беринг.
2. Аменорея сабабларини айтинг.
3. Аменорея симптомлаини айтинг.
4. Аменореяда қанақа текширув усуллари қўлланилади.
5. Аменореяда даволаш усуларини айтинг.

## БАЧАДОНДАН ДИСФУНКЦИОНАЛ ҚОН КЕТИШИ (БДҚК)

**Мақсад:** Талабаларни БДҚК нинг этиологияси, патогенези, клиникаси, унинг асоратлари ва уларнинг олдини олишда врач тактикаси билан таништириш. БДҚК турли ёшдаги аёлларда турлича бўлиши ва уларни замонавий даволаш чоралари, бошқа касалликлар билан таққословчи ташхисни ўргатиш мавзунинг асосий мақсадиридир.

### Вазифалар.

1. Бачадондан дисфункционал қон кетиши ҳақида тушунча, уни учраш тезлиги, характери ва хусусияти.
2. Ҳайз цикли бузилишини юзага келтирувчи патоген омиллар ҳақида маълумот.
3. БДҚК этиологияси ва патогенези.
4. БДҚК таснифи, клиник вариантлари, бошқа касалликлар билан таққословчи ташхислаш.
5. БДҚК ни ташхислаш.
6. Даволаш усуллари (симптоматик даволаш, умумий даволаш усуллари, физиотерапевтик усуллари қўллаш).
7. Даволашда гормонларни қўллаш. Касалнинг ёшига қараб препаратларни танлаш. Гормонал гемостаз (эстрогенлар билан, прогестерон билан, эстроген ва андрогенлар билан, эстроген ва прогестерон билан). Циклик гормонал терапия.
8. Даволашда жарроҳлик усуллари қўллаш, унга кўрсатмалар.
9. Ювенил қон кетиши ҳақида тушунча. Этиологияси, патогенези, клиникаси, текшириш усуллари ва даволаш.



21 – Расм. БДҚК ва ички аъзоларнинг бир – бири билан боҳлиқлиги.

Дисфункционал қон кетиши деб, аёл жинсий аъзоларида органик ўзгаришлар бўлмай, балки тухумдонлар гормонал фаолиятининг бузилиши, гонадотроп гормонлар ишлашининг бузилиши туфайли юзага келган жараёнга айтилади. Бу ҳолатда эндометрийдда доимо морфологик ўзгаришлар кузатилади. БДҚК гинекологик касалликларнинг 10 – 15 % ни ташкил этади ва турли ёшдаги аёлларда, хатто қизларда ювенил қон кетиши, туғруқ ёшидаги аёлларда, менопаузадан олдин ва климактерик ёшда ҳам кузатилади.

Аёл организмида ҳайз циклининг кетиши жуда мураккаб биологик ҳодиса бўлиб, унинг асосида бош мия пўстлоқ қисми гипоталамус – гипофиз – тухумдон – бачадон системасининг бир – бирига



таъсири натижасидаги жараён ётади (21-расм). Бу 5 та ҳалқа ўзаро боғланган бўлиб, улардан бири тушиб қолганида ҳайз циклининг бузилиши кузатилади. Ҳайз цикли бузилишининг кўринишларидан бири бачадондан дисфункционал қон кетишидар.

БДҚК юзага келтирадиган бир қанча омиллар мавжуд:

1. Марказий нерв системасининг бузилиши – асаб зўриқиши, стресс омиллари, ақлий ва жисмоний зўриқиш, жароҳатланиш.
2. Ўткир ва сурункали инфекциялар (грипп, сурункали тонзиллит, ревматизм, сил).
3. Жинсий аъзоларнинг сурункали яллиғланиш жараёнлари.
4. Ички секреция безлари хасталиклари.
5. Баъзи дориларни мунтазам ичиш оқибатида (нейролептиklar).

БДҚК асосан аёлларнинг 3 даврида, балоғатга етганда, 20-25% ҳолларда «етилиш» даврида ва климактерик даврида, яъни организмнинг «сўниш» даврида 50-60% ҳолларда учрайди.

Юқорида кўрсатилган омиллар таъсирида бир-бири билан узвий боғланган ҳалқалардан бирининг функционал ўзгариши кузатилади, бу эса ўз навбатида тухумдонлар фаолиятининг бузилишига олиб келади:

- а) Овуляция бузилишига.
- б) Сарик тана ривожланиши II фазасининг ва прогестерон ишлаб чиқаришнинг бошланмаслиги.
- в) Аёл организмига фақат эстрогенларнинг узоқ таъсир этиши.

Шу ўзгаришларга кўра БДҚК ни қуйидагича таснифлаш мумкин.

#### **Бдқк таснифи:**

1. Ановулятор қон кетиши:
  - а) фолликуллар атрезияси типиди.
  - б) фолликуллар персистенцияси типиди.
2. Овулятор қон кетиши:
  - а) Фолликулин фазасининг қисқариши.
  - б) Лютеин фазасининг узайиши.
  - в) Лютеин фазасининг қисқариши.

Аёлларни ёшга қараб таснифлаш:

1. Ювенил қон кетиши.
2. Туғруқ ёшидаги аёлларда ДҚК
3. Климактерик пременопаузада қон кетиши.

Фолликул етилишининг бузилиши 2 типда кузатилади.

Фолликулнинг узоқ персистенцияси – етилган 1-2 катта фолликул бир қанча вақтгача ёрилмасдан туради ва эстрогеннинг актив фракцияларини чиқара бошлайди. Организмда эстроген гормонлар даражасининг юқорилиги аниқланади. Бу гормонлар таъсирида бачадонда нафақат пролиферация жараёни, балки гиперплазия, полипоз, кистоз ҳолатлари ҳам кузатилади. Бошқа аъзо ва системаларда ҳам ўзгаришлар кузатилади. Бу ҳолат кўпинча туғруқ ёшидаги аёлларда кўпроқ кузатилади.

Фолликулнинг атрезия ҳолати – бунда фолликул етилиши охирига етмай, балки кичик ёки катта фолликул даражасида тўхтайтиди ва орқага ривожланиш ҳолати кузатилади.

Гиперплазияга учраган эндометрийда қон томирларининг ўсиб кетиши ва кенгайиши кузатилади. Эстрогенларнинг доимий таъсирида қон

томирлар юпқалашиб, мўрт бўлиб қолади, уларнинг тонуси ўзгариб, қисилиш ёки кенгайиш ҳолатлари кузатилади. Бу эндометрийда қон айланишининг бузилишига, қон талаш ҳолатлари ва бу ерда некрозларни юзага келтиради. Некрозлар узилиб қон кетишига сабаб бўлади. қон кетиш ҳолатлари кўпинча ҳайз циклининг бузилиши, ҳайзнинг тўхтаб қолишидан юзага келади. қон кетиш даражасига қараб ( узоқ ёки қисқа) атрезия ёки персистенция ҳолатини аниқлаш мумкин.

Персистенция ҳолатида қон кетиши кўпроқ, лекин қисқа вақт ичида кузатилади, фолликул атрезиясида эса камроқ қон кетиб, узоқ вақтгача чўзилиши кузатилади. Ҳар иккала ҳолатда ҳам қон кетиши аёлни камқонлик касаллигига олиб келиши мумкин.

**БДҚК ни ташхислаш.**

Бачадондан дисфункционал қон кетган аёлларда умумий кўриниш ўзгармайди, кўпинча аёлда ҳайз 2-3 ой тўхтаб, кейин бироз қон суркала бошлайди, кейин кучайиб кетади. Қон кетиши ҳайз муддатидан ўтгач бошланади.

Қин ёки ичак-қин орқали текширилганда бачадоннинг бироз катталашганлиги, шарсимон ва юмшоқланганлиги аниқланади. Фолликулнинг қайси типда ўзгарганлигини аниқлаш учун функционал диагностика тестлари қўлланилади.

#### Функционал диагностика тестлари.

1. Фолликуллар персистенциясига хос ўзгаришлар:

- бир фазали базал ҳарорат

« қорачиқ » симптоми +++ ёки ++++

юқори даражали КПИ – 50 – 70 %

қин суртмаси типи III - IV даражада бўлади

2. Фолликуллар атрезияси туфайли қон кетишига хос ўзгаришлар:

бир фазали базал ҳарорат

узоқ вақтгача кузатилувчи «қорачиқ» симптоми + ёки ++

КПИ – 15 – 25%.

Ташхис қўйишда қуйидаги усуллардан фойдаланилади:

1) аниқ йиғилган анамнез (бепуштлик, ҳомила ташлаш ҳоллари ).

2) умумий ва қин орқали бимануал текшириш.

3) гистероскопия

4) эхоскопия

5) эндометрийни текшириш (эндометрий биопсияси, диагностик қириш методи, эндометрий аспирацияси).

6) қон анализи.

а) қонда ХГ ни аниқлаш

б) тромбоцитлар миқдорини аниқлаш.

в) лейкоцитлар формуласини аниқлаш.

7) гормонлар миқдорини текшириш усуллари

8) функционал диагностика тестлари.

Яқуний ташхис эндометрийни гистологик текшириш натижалари олингандан кейин ( безсимон – кистали гиперплазия ) қўйилади.

БДҚКни қуйидаги касалликлар билан қиёсий ташхислаш мумкин:

қон касалликлари билан: геморрагик диатез, тромбоцитопения, гемофилия.

бачадон миомаси  
тухумдонлар ўсмалари  
полипозлар  
рак касалликлари ( бачадон танаси ва бўйни раки)  
плацентар полип  
аденокарцинома  
ҳомиладорликнинг вақтидан илгари тўхташи, абортлар  
бачадондан ташқари ҳомиладорлик  
аденомиоз ва бошқалар.

**БДҚҚни даволаш.**

Беморнинг ёши, касалликнинг келиб чиқиш сабаблари, патогенези ва бошқа аъзолар фаолиятининг издан чиққанлик даражасини ҳисобга олиб, ҳар тарафлама комплекс даволаш тадбирлари қўлланилади. Даволашнинг асосий тамойиллари: беморнинг умумий аҳволини яхшилаш, қон кетишини тўхтатиш, унинг такрорланишининг олдини олиш, тухумдон фаолиятини ва гипоталамо-гипофиз-тухумдон-бачадоннинг ўзаро бузилган муносабатларини тиклашдан иборат. Климактерик даврда ёки менопаузага яқин бўлганда тухумдон фаолиятини сунъий воситалар орқали сўндириш масаласи қўйилади.

БДҚҚ ни даволашда умумий аҳволни яхшиловчи, симптоматик даволаш, гормонларни қўллаш ва жарроҳлик усуллари қўлланилади.

Умумий даволашда касалга салбий таъсир этувчи омилларни йўқотиш, ақлий ва жисмоний жиҳатдан дам олдириш, буларни йўлга қўйишда препаратлардан: биопассит, нотта ва физиотерапевтик усуллардан фойдаланиш мақсадга мувофиқдир. Масалан, эндоназал электрофорез витамин В1 билан ёки электрофорез бром ва кальций билан Шербак ёқаси кўринишида қўйилади. Бачадон бўйнини электростимуллаш усулларида бачадон-гипофиз рефлексини қўзғатишга ёрдам беради.

Симптоматик даволаш – бачадонни қисқартирувчи воситаларни қўллаш ( окситоцин ва бошқалар), қон тўхтатувчи воситалар (кальций хлорид, викасол, дицинон), камқонликка қарши воситалар (глобекс, тардиферон, актиферрин, феррум–лек таблеткалари), витаминлар ( С, Е, В гуруҳи, дуовит-прегновит.олиговит) қўлланилади.

Ўсимликлардан тайёрланган мастодинон, ременс дориларини ҳам тавсия этиш мумкин.

Даволашнинг асосини гормонлар ёрдамида даволаш ташкил этади ва у икки хил хусусиятга эга – гемостатик ва тухумдонлар фаолиятини тартибга солиш.

Гормонал гемостаз – ёш қизларда ва туғиш ёшидаги аёлларда қон кетишини тўхтатиш мақсадида қўлланилади ( кўпинча бачадонни диагностик қириш усулидан кейин).

1. Эстрогенларни қўллаш. Қон тўхтатиш мақсадида фолликуляр гормон ишлатилиб у бачадон шиллиқ қавати регенерациясини тезлаштиради. Гипофизда ФСГнинг ортиқча ишлаб чиқаришини камайтириб, ФСГ ва ЛГларнинг ўзаро муносабатини нормаллаштиради. Эстрогенлар 3–4 кун давомида нисбатан катта дозада берилади. Фолликулин 10000 тб ҳар бир соатда 4–6 марта қон тўхтагунча юборилади (умумий доза 60000 тб). Одатда 6 соат ичида қон оқиши тўхтайдди. Схема бўйича: кейинги ҳар бир кунда 10000 тб камайтиради (масалан, 2 - кунда

5 марта X 10000тб м/и, 3 кун – N4, 4 кун – N3, 5 кун – N2, 6 кундан то 15 кунгача N1, кейин 16 – 25 кунларда прогестерон 2, 5% - 10 мл кунора N5 м/и юборилади.

2. Этинилэстрадиол 0, 05 мг дан суткасига 3-4 марта кейинги кун 2-3 марта камайтирилиб, қон тўхтагач 2 кунидан бошлаб 6-8 кун прогестерон 15 мг юборилади ёки норколут, дюфастон 1 таблетка 1 маҳал берилади.
3. Эстрогенлар ва прогестерон биргаликда синтетик прогестинлар кўринишида қўлланилди (Триквилар, микрогинон, нон- авлон ва бошқалар). 10 кун давомида қўлланилади. 1кун 1 таблеткадан хар бир соат давомида кунига 5-6 таблеткагача қон тўхтагунча. 2-и кундан 1 таблеткадан камайтирилиб то суткада 1 таблеткагача камайтирилади. 1 таблеткадан 21 – 28 кунгача ичилади. Асосий мақсад гипофизнинг гонадотроп фаолиятини тўхтатишдир.

Ювенил қон кетишида хорионик гонадотропин 4 ҳайз цикли давомида 1 ой 1500 тб дан мушак орасига, 12 дан 15 кунгача, 2 ой 1000тбдан, 3- ой 500тб дан мушак орасига юборилади. Синтетик прогестинлар 1таблеткадан ҳайзнинг 5 - кунидан 25 - кунгача 3 ой мобайнида берилади.

**ЦИКЛИК ГОРМОНАЛ ТЕРАПИЯ** фолликуллар атрезияси кузати- лганда ва эстрогенлар етишмовчилигида ҳамма ёшдаги аёлларда қўлла- нилади.

Эстрогенлар 10000 тб дан мушак орасига (ёки микрофоллин тил таги- га) ҳайз циклининг 6-8, 10-12 - кунлари юборилади, 14-16-18 -кунлари эст- роген прогестерон билан биргаликда 10 мг юборилади. 20 - кундан бошлаб прогестерон 10 мг дан 6-8 кун юборилади. Бундай даволаш 3-4 ҳайз цикли давомида олиб борилади.

Климактерик даврда, 48 – 50 ёшдан кейин юзага келган БДҚҚда тухум- донлар фаолиятини тўхтатиш, андрогенларни қўллаш йўли билан олиб бо- рилади. Бу мақсадда тестостерон пропионат 5% 1мл мушак орасига 5 та инъ- еккси ҳар кун, 5 тасини кун ора, 5 тасини ҳар 2 кунда 1 ой ичида юбориш таклиф этилади. Курс дозаси 750 мг.

Андрогенларни қўллашга қарши кўрсатмалар: гипертрихоз, гипертон- ия касаллиги, жигар хасталиклари.

Бачадондан дисфункционал қон кетганда қўлланиладиган зарур чо- ралардан бири бачадон бўшлиғини диагностика мақсадида қиришдир. Бунда нафақат ташхис қўйиш, балки қон кетишини тўхтатишга ҳам эри- шилади. Бу методни қўллаш ёш қизларда охириги чора бўлса, 30-40 ёш- даги аёлларда биринчи бўлиб қўлланиладиган чорадир. Агар гистологик текширувда рак олди холатлари кузатилса (атипик гиперплазия, адено- матоз полиплар пролиферация билан) унда жарроҳлик усулини қўллаш зарур.

Жарроҳлик усулини қўллашга кўрсатмалар:

1. Аденокарцинома.
2. Аденоматоз ёки эндометрийнинг атипик гиперплазияси.
3. Атипик гиперплазия миома билан қўшилиб келса, ёки тухумдонлар катталашган бўлса.
4. Такрорланувчи эндометрийнинг без - кистозли гиперплазияси.
5. Қўлланилган даволаш чораларидан фойда бўлмаса ва қон кетиш ҳаёт учун хавф туғдирса.

Катта ёшдаги аёлларда – климактерик қон кетиши кузатилганда бачадон эндометрийсини кириш усулидан кейин таркибида эстроген бўлган препаратлар тавсия этилмайди, чунки улар юрак - томирлар фаолиятини, жигарнинг сурункали хасталикларини, ўт пуфаги касалликларини қўзғатиши, қон босимини кўтариши, гиперхолестеринемия, гипергликемия ҳолатларини чақиритиши мумкин. Бу ёшдаги аёлларга тоза гестогенлар ва андрогенлар тавсия этилади:

1. 17 -0 ОПК 125 - 250 мг бачадон қиришдан кейин 14, 17, 21 кун ва 4-6 ой ичида ҳайзнинг шу кунлари ёки ҳафтада 2 марта 6 ой давомида - 48 ёшдан ошган аёлларга тавсия этилиб, ҳайз ҳолатини тўхтатади.
2. Норколут 5-10 мг ҳайзнинг 5 дан 25 кунигача 4 – 6 ой давомида.
3. Омнадрен – 250 ёки Сустанон – 250 1 мл дан 1 ойда 1 марта 3-4 ой ичида, сўнг метилтестостерон 5-10 мг дан тил остига 1-2 ой давомида ичилади.
4. Кейинги йилларда 40 ёшдан бошлаб соф гестогенлардан: фемостон, дюфастон кенг қўлланилмоқда.
5. Гормонал даволашга қарши кўрсатмалар бўлса, у ҳолатда гомеопатик дори воситаларидан ременс тавсия қилинади, баъзан рентгенкастрацияни қўллаш мумкин.

#### **БДҚ профилактикаси.**

Дисфункционал қон кетишининг олдини олиш чоралари жуда муҳим ва кўп қирралидир:

барча генитал ва экстрагенитал касалликларни даволаш қиз болаларни ёшлигидан бошлаб соғломлаштириш ишларини олиб бориш, жисмоний тарбия билан шуғуллантириш, тўғри овқатлантириш, ўқиш, дам олиш.

Жинсий ҳаёт гигиенасига риоя қилиш ва бошқалар.

БДҚнинг олдини олиш, ўз вақтида тўғри даволаш, кейинчалик турли онкологик касалликларни олдини олиш.

#### **Ювенил қон кетиши (юққ).**

Ювенил қон кетиши балогат ёшига етган қизларда бачадондан ациклик қон кетиши бўлиб, бу ҳолат гинекологик касалликларнинг 10% ни ташкил этади.

#### **Этиологияси ва патогенези.**

Касаллик полиэтиологикдир, асосан ўткир ва сурункали инфекцион касалликлар (ангина, сурункали тонзиллит, грипп, ревматизм, пневмония), нотўғри овқатланиш (гиповитаминозлар), кўнгилсиз воқеалар – руҳий тавмалар, чарчаш ҳоллари ва бошқалар сабаб бўлади. Бунда эндоген ва экзоген омиллар онтогенез даврида гипоталамус хужайраларининг рецептор фаолиятига таъсир этишига кўра унинг марказининг таъсирчанлиги ошади. Гипоталамус буҳолда гипофизга тўлиқ таъсир кўрсата олмайди, гонадотроп гормони кам ажралади. Бу ўз навбатида тухумдонда фолликуллар етилишига таъсир этиб, ановуляцияни юзага келтиради. ЮҚК да ановуляциянинг ўзига хос тури, фолликуллар атрезияси (ёрилмай қолиши) ёки кистага айланиб қолиши кузатилади.

Эстрогенлар узоқ вақт давомида, прогестерон оз миқдорда ажралади. Бу ҳол эндометрийда пролиферация ҳолатини келтириб чиқаради. Гиперплазия юзага келиб, без-кистали ўзгаришлар юз беради. Бу ҳол қон-томирлар ўзгаришига, некроз ҳолатига ва қон кетиш ҳолатини юзага келтиради.

**КЛИНИКАСИ.** Кўп миқдорда, узоқ (7 кун ва ундан кўп) қон кетиши билан характерланади. Кўпинча ҳайз цикли тўхтаб қолгандан кейин (1,5 – 6 ой) қон кетиб, қизни камқонлик касалигига олиб келиши мумкин.

Ациклик қон кетиши менархе вақтидан бошланиши ёки менархедан 1,5 – 2 йил кейин, бирон инфекцион касалликдан кейин, ақлий жисмоний чарчаш туфайли юзага келади. 87% ҳолларда эндометрийда гиперпластик ўзгаришларни, аденоматоз ва атипик гиперплазия ҳолатларини кўриш мумкин, шифокор бундай ҳолатларга эътиборли бўлиши керак.

**ЮҚК** клиникаси қанча миқдорда қон йўқотганлигига боғлиқ: тез чарчаш, холсизлик, иштаханинг йўқлиги, бош оғриши, юракни вақти вақти билан оғриш ҳоллари кузатилади. Қон анализидида тромбоцитлар миқдорининг ўзгарганлиги, фибриноген концентрацияси пасайиши, қоннинг ивиш қобилияти пасайиши кузатилади.

**ЮҚК**да текшириш усуллари:

1. Базал (тўғри ичак) ҳароратини ўлчаш.
2. УТГ ўтказиш.
3. Тўғри ичак орқали текшириш.
4. Умумий қон ва тромбоцитлар сонини текшириш.
5. Қонда прогестерон миқдорини текшириш.
6. Гонадотроп гормонлар (ФСГ, ЛГ) концентрациясини аниқлаш.

### **Дифференциал ташхис.**

Бачадондан қон кетиши бир қанча бошқа касалликларда ҳам кузатилиб, бунинг дифференциал ташхисидида қуйидаги патологик ҳолатларни эътиборга олиш керак бўлади:

1. Тухумдоннинг гранулёз ҳужайрали ва мезодермал ўсмалари, текома, дисгерминома.
2. Бачадон ва қиндаги хавfli ўсмалар (миома, рак).
3. Жинсий аъзолар сили
4. Геморрагик диатез
5. Тромбоцитопения (Верльгоф касаллиги).
6. Гемофилия С (қиз болаларда Х омилнинг етишмаслиги натижасида қоннинг ивиши анча суст бўлади).
7. Ангиогемофилия Виллебранд – Юргенс касаллиги – бунда қон ивишида иштирок этувчи VIII омил бўлмагани учун қон кетиши узоқ давом этади.
8. Капиллярлар токсик ва аллергик ўзгарганда.
9. Бўқоқ бези, буйрак усти бези, диэнцефал патология.

### **Даволаш.**

Бачадондан **ЮҚК**ни даволаш усуллари шу патологик ҳолатни вужудга келтирган сабабларни аниқлаб, шу асосда даво чораларини қўллашдан иборат. Бу ҳар бир беморни чуқур ўрганишни талаб қилади. Даволашни асосан икки босқичга бўлиш мумкин:

қон кетишини тўхтатиш;

ҳайз циклини тартибга солиш;

Агар касалхонага мурожаат қилган қиз болада ўткир камқонлик белгилари кузатилса: артериал қон босими пасайган, тахикардия, холсизлик, гемоглобин миқдори 70 г/литрдан паст бўлса, гематокрит 20% - бу ҳолда СЗП 300-400 мл, ифезол ва қон ўрнини босувчи эритмалар (стабизол, рефортан) қуйиш зарур, кейин гормонал гемостаз усули ва циклик ёки синтетик прогестин билан терапия ўтказилади.

### **АМАЛИЙ КЎНИКМАЛАР.**

БДҚК клиникасини ва ташхислашни билиши, касални текширишни, ташхисни дифференциация қилишни, тўғри даволаш усулини танлашни, оператив даволашга кўрсатмани ва шошилиш ёрдам чораларини танлашни билиши керак. Дори воситаларининг (қон тухтатувчи, оғрик қолдирувчи) рецептларини ёзишни билиш керак.

#### **“Бачадонда дисфункционал қон кетиш”**

**Мақсад:** талабаларга беморни объектив ва субъектив маълумотларга асосан диагноз қўйиш, касаллик оғирлик даражасини баҳолаш ва даволаш тактикасини танлашни ўргатиш.

Таъминланиш: қин кўзгулари, гинекологик кресло, пробирка, қирғич, бачадон зонди, стерил қўлқоп, қисқич.

1. Аёл гинекологик креслода оёқларини чаноқ-сон ва тизза бўғимларида букиб ётади.
2. Шикоятлари: жинсий йўлларида кўп кун ва кўп миқдорда қон кетишига.
3. Касаллик анамнези: аста-секин бошланади, ҳайз тўхтагандан кейин.
4. Ҳаёт анамнези: ҳайз келиши 14 ёшдан, 3-4 кун, ҳар 28 кунда, жинсий ҳаёти 19 ёшдан, гинекологик касалликлари - сурункали аднексит. Ирсиятга мойиллиги йўқ, зарарли одатлари йўқ. Охириги ҳайз 1,5 ой аввал бўлган.
5. Умумий кўрув: беморнинг аҳволи қониқарли, тери қопламлари оқиш, тахикардия, гипотония.
6. Қорни курувда: оддий шаклда, пайпасланганда оғриқсиз.
7. Дастлабки диагноз: шикоятлари, ҳаёт ва касаллик анамнези ҳамда локал статус ва объектив маълумотларга асосланиб қўйилади. Қоннинг умумий анализи: гемоглобин, эритроцит ва тромбоцит миқдорининг камайиши. Кўзгуларда кўрув: қин шиллиқ қавати ва бачадон бўйнида тоза қонли ажралма кўринади. Қин орқали кўрув: бачадон танаси биров катталашган, бачадон ортиқлари ўзгаришсиз. Гистологик текширув: эндометрий безли-кистасимон гиперплазияси.
8. Клиник диагнозни қўйиш ва асослаш: дастлабки диагноз ва клиник – инструментал текширувларга асосланиб қўйилади.
9. Асоратлар: камқонлик, бачадон миомаси, бачадон эндометриози, қон кетиш.
10. Дифференциал диагностика: Верльгоф касаллиги, бачадон миомаси, эндометриоз, абортлар, тухумдон гормонал-фаол ўсмалари, бачадон бўйни ва танаси раки, бачадондан ташқари ҳомиладорлик, хорионэпителиома.

## 11. Оператив даволаш:

Бачадон бўшлиғини диагностик ва даволаш мақсадида қириш.

Морфологик ўзгарган эндометрийни олиб ташлаш

Жаррохликдан кейинги даврда:

Гормонал коррекция

Касаллик қайталанишини олдини олиш

Организмнинг бузилган фаолиятини тиклаш

Реабилитацион терапия

## 12. Профилактика: бачадон ортиқлари яллиғланишини аниқлаш ва даволаш. ЭГКни даволаш.

### Бачадон бўшлиғини диагностик қириш техникаси

**Мақсад:** эндометрий ҳолати диагностикаси, бачадон бўшлиғидан ҳомила қисмлари ва эндометрийни олиб ташлаш.

**Кўрсатма:** бачадондан дисфункционал қон кетишлар, бачадон миомаси, эндометрий фон ва рак олди касалликлари, аборт.

**Таъминланиши:** гинекологик кресло, 70%ли этил спирти, қин кўзгуси, қисқичлар, бачадон зонди, қирғичлар, физиологик эритма, формалин.

#### Қадамлар:

1. Аёл гинекологик креслода оёғини тизза ва чаноқ-сон бўғимларида букилган ҳолатда ётади, бимануал текширувда бачадон ҳолати аниқланади.
2. Лидокаин, новокаин ёки томирга калипсол юбориб оғриқсизлантирилади.
3. Ташқи жинсий аъзолар ва қинни 70 градусли этил спирти билан артилади.
4. Қинга кўзгулар киритилиб, бачадон бўйни очилади ва бачадон бўйни ташқи бўғизи 70 градусли спирт билан артиб тозаланади.
5. Бачадон бўйни олдиниги лабига қисқич қўйилади.
6. Бачадон зонди ёрдамида бачадон бўшлиғи узунлиги ўлчанади.
7. Қирғичлар билан бачадон бўшлиғини, базал қаватини жароҳатламасдан қириб олинади.
8. Олинган қирмани физиологик эритмада ювиб идишга формалин солиб гистологик текширувга юборилади.
9. Қисқичлар олиниб цервикал канал ва қин спиртда артилиб кўзгулар чиқариб олинади.
10. Аёлни каталкада палатага ўтказилади.

#### Масала.

Гинекология бўлимига 28 ёшли бемор 2 ой давомида ҳайз келмаганлиги ва жинсий йўлларида кўп миқдорда қон ажралма келишига шикоят қилиб келди. Қин оркали кўрганда бачадон ўлчамлари ўзгармаган, ҳаракатчан, оғриқсиз. Бачадон ортиқлари ўзгаришсиз.

Тахминий диагноз қанақа?

Шифокор тактикаси?

Муолажа ўтказиш учун қанақа асбоблар керак? Оғриқсизлантириш.

1. Репродуктив ёшдаги бачадондан дисфункционал қон кетиш (БДҚК).
2. Фолликула персистенцияси типигаги БДҚК.
3. Даволаш ва диагностика мақсадида бачадонни қириш керак.
4. Муолажани ўтказиш учун қошиқсимон кўзгу, қисқич, қирғич ва бачадон зонди зарур.



5. Олинган қирмани гистологик текширувга юбориш керак
6. Бачадонни қириш жойли оғриқсизлантириш (лидокаин) ёки умумий (калпесол т/и) оғриқсизлантириш кўлланилади

### *НАЗОРАТ САВОЛЛАРИ.*

1. БДҚКни билиш.
2. Этиологик омиллар.
3. Патогенез
4. Фолликулнинг етилиш фаолият турлари эндометрийда морфологик ўзгаришлар.
5. Қон кетиши, пайдо бўлишининг механизми.
6. БДҚК. Клиник варианты. Дифференциал ташхиси.
7. БДҚК. Даволаш турлари.
8. Гормонал гемостаз ва унинг турлари.
9. Хирургик даволашга кўрсатмалар.

#### **Масалалар.**

1. Бемор 15 ёшда, 3 ой ҳайз тутилишидан кейин 14 кун давомида бачадондан кўп қон кетишига шикоят қилиб келган. Ҳайзни 12 ёшда кўрган, ҳар 2-3 ой 10-15 кун давомида, тартиби бузилмаган. Анамнезида тез-тез инфекцион касалликларга чалинган. Қиз инфантил тузилишда. Гемоглобини 64г/л. Тўғри ичак орқали текширилганда: бачадон нормал катталиқда, ҳаракатчан, оғриқсиз. Ташхис. Текшириш ва даволаш.
2. Бемор 31 ёшда, бачадондан кўп қон кетишига, ҳайз тутилиб қолишидан кейин шикоят қилиб келган. Анамнезда 3 ой олдин аборт қилдирган, текширишда: бачадони нормадан каттароқ, ортиқлари пальпацияда билинмайди, қонли оқмалари кўп. Ташхис. Текшириш ва даволаш. Дифференциал ташхис.
3. Бемор 52 ёшда, 10 кун давомида бачадонидан қон кетишига шикоят қилиб келган, 1,5-2 йил давомида ҳайз 3-4 ойдан 5-7 кун кўрган. Охириги ҳайзни ярим йил олдин кўрган. Тер босиши, уйқусизлик, безовталиқ, таъсирчанлик безовта қилади. Текширилганда: бачадон нормадан каттароқ, ортиқлари катталашмаган параметрий бўш, оқмалар қонли, оз миқдорда. Ташхис. Текшириш. Дифференциал ташхис.

### *ЎРГАТУВЧИ ТЕСТЛАР*

1. Ювенил қон кетишларнинг олдини олишга бағишланган суҳбатда нимага аҳамият бериш керак.
  1. Қизларни рационал овқатлантириш (оқсил, витаминга бой);
  2. препубертат даврда 8 - 10 соат кечки ухлаш (уйқу);
  3. стресс ва физик омиллардан сақлаш;
  4. йирингли ўчоқларни (кариес, тонзиллит, ревматизм ва ҳ. даволаш);
  5. эрталабки гимнастика, сувли муолажалар.
2. Аёлнинг ёшига қараб БКК 3 турини айтинг.
  1. ювенил;

2. репродуктив ёшдаги;
  3. климактерик.
3. Ювенил қон кетишларига сабаб бўлувчи 4 этиологик омилни айтинг.
    1. ўткир ва сурункали инфекциялар;
    2. ангина ва гриппнинг қўшилиб келиши;
    3. эмоционал-стресс кечинмалар;
    4. нотўғри озиқланиш, витаминлар етишмовчилиги.
  4. Ювенил қон кетишининг 3та даволаш услубини айтинг:
    1. ногормонал гемостатик даво;
    2. гормонал гемостаз;
    3. менструал циклни созлашга қаратилган гормонал даво.
  5. Репродуктив ёшда дисфункционал қон кетишига сабаб бўлувчи 5та этиологик омилни санаб беринг:
    1. психоген сабаблар;
    2. ақлий ва жисмоний толиқиш;
    3. ўткир ва сурункали инфекциялар, касб зарарлари;
    4. кичик чанокдаги яллиғланиш жараёнлари;
    5. эндокрин безлар (буйрак усти, қалқонсимон без) функционал ҳолатининг бузилиши.
  6. Тухумдон функциясининг бузилиши қандай 4та ўзгаришлар билан намоён бўлади.
    1. овуляция бўлмаслиги;
    2. II фазанинг йўқлиги;
    3. фолликул етилиш жараённинг бузилиши;
    4. эстроген гормонларнинг узоқ муддат давомида ажралиб чиқиши.
  7. Фолликул етилиши бузилишининг икки хилини айтинг.
    1. фолликул персистенцияси;
    2. фолликул атрезияси.
  8. Репродуктив ёшдаги дисфункционал бачадондан қон кетишларининг 4та асосий даволаш принципларини айтинг.
    1. бачадонни диагностик ва даволаш мақсадида қириш;
    2. умуммустаҳкамловчи терапия;
    3. симптоматик терапия;
    4. тухумдон функциясини созлашга қаратилган гормонал терапия.
  9. Гормонал препаратларнинг 4 хил гуруҳини айтинг:
    1. эстрогенлар (синестрол, фолликулин, микрофолин);
    2. эстроген-гестагенлар (ригевидон, микрогинон, тризистон, диане-35, марвелон ва бошқалар);
    3. гестагенлар (прогестерон, норколут, 17-ОПК);

4. андрогенлар (тестостерон, омнандрен).
10. Климактерик қон кетишда 3 асосий даволаш усулини айтинг.
  1. бачадон ичини алоҳида диагностик қириб тозалаш;
  2. қўшилиб келган касалликларни даволаш;
  3. гестагенлар ва андрогенлар ёрдамида гормонал терапия ўтказиш.
11. Фолликуляр атрезиясига нима тўғри келади.
  1. узоқ вақт ҳайз тутилгандан сўнг қон кетиши;
  2. эстрогенлар паст даражада;
  3. узоқ давом этувчи қон кетиши;
  4. базал ҳарорат монофазли.
12. Ювенил қон кетиб беморнинг аҳволи қониқарли ҳолда бўлганда қандай даволаш усули қўлланилади.
  1. утеротоник дорилар;
  2. аскорбин кислотаси қўллаш;
  3. стационар шароитида гормонал препаратларни қўллаш;
  4. симптоматик терапия;
  5. қувватловчи терапия.
13. Туғруқ ёшидаги аёлларда дисфункционал қон кетишини аниқлаш ва даволашда қандай методлар фойдаланилади?
  1. гестаген препаратлар;
  2. диагностика мақсадида бачадондан қирма олиш ва уни гистологик текшириш;
  3. қўшилган эстроген-гестаген препаратлар.

## АЁЛЛАР ЖИНСИЙ АЪЗОЛАРИНИНГ КАСАЛЛИКЛАРИ ЯЛЛИГЛАНИШ

**Мақсад.** Талабаларни яллигланиш жараёни этиологияси, жойлашиши ва клиник кечиши таснифи билан таништириш, талабаларни жинсий аъзоларнинг кенг тарқалган яллигланишларига ташхис қўйиш усуллари, клиникаси ва даволашни ўрганиш.

### **Вазифалар.**

1. Жинсий аъзоларнинг яллигланиш касалликлари этиологияси билиш.
2. Жинсий аъзолар яллигланиш касалликларини текшириш усуларини ўтказиш.
3. Вульвит, эндоцервицит, бачадон бўйни эрозияси, сальпингоофорит, пельвиоперитонит клиникасини билиш.
4. Касалликларни даволаш ва олдини олиш принципларини билиш.

Ички жинсий аъзоларнинг яллигланиш касалликлари гинекологик касалликлар ичида асосий ўринни эгаллайди. Сўнги йилларда кўпроқ ёшларда, асосан 15-25 ёшда учрайди, у узоқ вақт кечишига олиб келиб, яллигланиш касалликлари оғриқ синдромини, бачадонни нотўғри жойлашиши, ҳайз бузилишини, жинсий ва генератив функциянинг бузилиши билан кечади. Ҳозирги пайтда яллигланиш касалликларининг клиникаси ва структураси ўзгариб бормоқда, бирламчи параметрит ва пельвиоперитонит миқдори пасайиб сурункали сальпингоофорит учраши кўпайиб бормоқда.

Аёллар жинсий аъзолари яллигланиш касалликлари ривожланишига кўпинча анамнезида бачадон ичидаги тadbирлар (туғруқда бачадонни қўл билан текшириш, аборт, бачадон шиллиқ қаватини диагностик қириб олиш, бачадон ичига контрацептив восита киритиш), жинсий алоқанинг ўсмирлик ёшида бошланганлиги, жинсий ҳаётнинг пала-партишлиги ва бошқалар катта аҳамиятга эга. Касалланиш бошланишига яна кўпгина шароитлар сабабчи бўлади, булар совуқ қотиш, елвизак, экстрагенитал касалликлар, стресслар ва асосийси иммун тизими фаолиятининг пасайиши.

Аёллар организмда яллигланиш жараёнига қарши ҳимоя кучлар мавжуд. Булар қин даҳлизининг берклиги, қин шиллиқ қавати кўп қаватли мугузланувчи эпителий билан қопланганлиги, бачадон бўйнининг ички ва ташқи бўғзи ва цервикал каналдаги шиллиқ пробкаси. Яна бир тўсиғи бу шиллиқ таркибида микробларга қарши ишлаб чиқариладиган IgA антитаначалар. Яллигланиш тарқалишига яна бир тўсиқ бу бачадон шиллиқ қавати ва унинг ҳар ҳайз пайтида кўчиб туриши ва ниҳоят бачадон найлари цилиар аппаратининг ҳаракатланиши ва ичидаги суюқликнинг фақат бачадон томонига йўлланиши.

Яллигланиш жараёни кўпинча инфекция келиб чиқиш билан боғлиқ. В.И.Бодяжина (1969) фикрича яллигланиш ўчоғига микроб чақирувчиси келиб тушиши касалликнинг бошланиш жараёнини келтириб чиқаради.

Касалликнинг сурункали босқичида орттирилган умумий функционал бузилишлар асосий ўринни эгаллайди (нерв, эндокрин, қон томир ва бошқа тизимларнинг тузилишлари). Ҳозирги вақтда аёллар жинсий аъзолари яллигланишини стафилококк, аэроб ва анаэроб инфекциялар, патоген

флора ва вируслар келтириб чиқаради. Сўнгги ўн йиллик мобайнида яллиғланиш касалликларига олиб келадиган янги генерация, яъни жинсий йўллар билан тарқаладиган инфекциялар — хламидиялар, уреоплазмалар, микоплазмалар, вируслар (цитомегаловирус, оддий герпес вируси) ва бошқалар кўпроқ учрамоқда. Микроорганизмлар ҳар хил ассоциациялар кўринишида кўпроқ учрайди.

### **Яллиғланиш касалликлари патогенези**

Яллиғланиш реакцияларига паренхима ўзгариши, қон томир экссудация реакцияси билан, биологик фаол моддалар ажралиб чиқиши, фагоцитоз, тўқиманинг физик-кимёвий ўзгариши, пролиферация жараёнлари кузатилади.

Ҳужайранинг жароҳатланиши яллиғланиш билан бирга келади, ҳужайра структурасига тарқалиб митохондрийда оксидланиш бузилишига олиб келади.

Лизосомал жароҳатланиши гидролитик ферментлар, катепсинлар, гликолиз ферментлари ажралиши билан бирга боради. Протеолиз ва гликолиз жараёни активлашиши натижасида ва Кребс циклининг кўп миқдордаги органик ёғ кислоталари, сут қислота, полипептидлар ва алоҳида аминокислоталар ажралиб чиқади. Натижада осмотик босим ва водород ионлари концентрацияси ошиб кетади. Ҳужайраларнинг бузилиши яллиғланиш тўқималарида калий, натрий, хлор ионларини ва фосфат кислотанинг анионлари тўпланишига олиб келади. Сезгир нерв охирларининг осмотик актив моддалар кислоталар, полипептидлар, гистаминдан таъсирланиши натижасида оғриқ сезилади. Яллиғланиш белгиларидан бири — гиперемия, фаол гиперемия ва оксиллар, ёғлар, углеводлар гидролизи натижасида ажралиб чиққан иссиқлик билан ифодаланади. Тўқималар парчаланганда осмотик босим кўтарилади, бу шиш ва яллиғланишга сабаб бўлади.

Яллиғланиш ўчоғида кислоталик ошади, натижада қон томирлар кенгаяди, ҳужайраларнинг сирт таранглиги пасаяди, коллаген толалар бўкади ва тўқималарнинг эластиклиги ва ялтироқлиги йўқолади. Фагоцитоз ва пиноцитоз борлиги туфайли яллиғланиш иммуноген реакцияси муҳим ҳимоя омилари ҳисобланиб, унинг асосида ҳужайравий ва гуморал иммунитет ётади. Медиаторларнинг асосий таъминотчиси бўлиб семиз ҳужайралар ҳисобланади, у бириктирувчи тўқиманинг ҳужайралар субстанцияси ва микроциркулятор циклининг ўзгаришларида активлашади. Семиз ҳужайраларнинг дегрануляцияси фаол жараён ҳисобланади. Оксидланиш ва фосфорилланишни ажратувчи дори воситалар семиз ҳужайралар дегрануляциясини тормозлайди. Улардан ажралиб чиққан гистамин ва серотонин томирлар ўтказувчанлигини оширади ва шикастланган тўқималарда биологик фаол моддалар тўпланишига сабаб бўлади. Лизосомалардан ажралиб чиқадиган ферментлар простагландинлар ҳосил бўлишига олиб келади. Антиген-антитана реакциялари простагландинлар миқдори ошади, бу эса ўз навбатида томирлар ўтказувчанлигини оширади ва шиш келиб чиқади.

Яллиғланиш реакцияси оғриққа олиб келувчи сабабнинг йўқолиши туфайли камаяди, тўқималар регенерацияси содир бўлади ва қисман уларнинг функцияси ўз ҳолига қайтади. Организмнинг бу реакциясини адаптацион ҳимоя реакцияси дейилади. Яллиғланиш касалликларининг пато-

генезида нафақат микроб омилларига, балки касалликнинг ўчоқлилиги, нерв, томир, эндокрин системаларнинг ҳамда иммунологик аллергия реакцияларга ҳам эътибор берилади. Вегетатив-невротик ўзгаришлар бош мия пўстлоқ қисми импульсациясининг манбаи ҳисобланади ва пўстлоқ ости ҳосилалар улар функциясининг ўзгаришига олиб келади.

Гемодинамик ўзгаришлар: қон билан интенсив тўлиши, томирлар гипотонуси, кичик тос бўшлиғидаги артериал томирларда қон оқими тезлигининг ошиши ва томир девори ўтказувчанлигини ошишига олиб келади. Эндокрин система: жинсий безлар функционал ҳолатининг бузилиши, фолликуляр фазанинг сўниши ва дисфункцияси. Яллиғланиш жараёнининг кечишига аутосенсбилизациянинг таъсир этиши аниқланган.

Яллиғланиш реакциясида даволаш мембраналарнинг барқарорлашуви-га, микроциркулятор оқим функциясининг меъёрлашувига ва бошлаб берувчи механизмларга қаратилган (антигистамин дори воситалари, буйрак усти безининг яллиғланишига қарши гормонлар). Анаболик жараёнларни тартибга солувчи омиллар - булар фермент системалардир (протеаза, гидролаза ва бошқалар).

### **Вульвовагинит**

Вульвовагинит кўпинча қиз болаларда, камроқ ҳолларда аёлларда учрайди. Қиз болаларда вульвовагинит умумий касалликлар, ўткир юқумли касалликлар (қизамиқ, скарлатина, дифтерия) эндокрин бузилишлар, гиповитаминоз, бурун-ҳалқумнинг сурункали касалликлари, узоқ вақт антибиотиклар қўллаш оқибатида келиб чиқади.

Вульвовагинит:

1. Бактериал.
2. Микотик.
3. Трихомонадали.
4. Вирусли бўлиши мумкин.

Бактериал вульвовагинит кўпинча сурункали тонзиллит, грипп, юқумли касалликлар билан оғриган 3-8 ёшли қизчаларда кузатилади. Ташқи жинсий аъзолар кўздан кечирилганда бироз қизарган ажралма кўп миқдорда, оқ-сарик бўлади. Сийдикнинг биринчи порцияси олиб текширилади, бунда лейкоцитурия аниқланади. Ташқи жинсий аъзоларнинг қаттиқ қичиши ва оқ ипир-ипир ажралма бўлиши микотик вульвовагинитга хосдир.

### **Даволаш**

1. Организм умумий қувватини ошириш.
2. Бирламчи инфекция ўчоқларини санация қилиш.
3. Маҳаллий даво.

Қинни 1% ли танин, 1:1000 риванол, мойчечак (ромашка) эритмалари билан тозалаб ювиш (спринцевание) қилинади.

Ёш қизчаларда таркибида 5000 ТБ фолликулин 30,0 ланолин асосидаги малҳам ишлатилади. Физиотерапевтик муолажалардан УФО қилинади. Ёш қизчаларда острицалар (қилбош гижжалар) сабабли вульвовагинит келиб чиққан бўлса, гижжага қарши препаратлар (пиперазин) берилади ва маҳаллий даволаш ўтказилади. Микотик вульвовагинит бўлса, дифлюкан, дифлазон 150мг 1 марта берилади. Қин цитеал эритмаси билан тозалаб

ювилади. Маҳаллий даволаш учун менстан-крем 1% ёки таблеткаси, метрогил-В-гель, фунгикейр, клотримазол, клион Д, дифлюкан каби препаратлар қўлланилади. Парҳездан углеводларга бой маҳсулотлар (нон, қанд, картошка) олиб ташланиб, оқсил моддалар (гўшт, сут, тухум) кўпайтирилади. Даволаш натижасини қиндан олинган ажратма суртмасида ва бактериологик усул билан аниқланади. Агар замбуруғ ҳужайралари топилмаса, даволаш натижа берган бўлади.

### **Кольпит (вагинит)**

Кольпит қин шиллиқ қаватининг яллиғланишидир. Кольпитнинг қуйидаги турлари фарқ қилинади.

1. Сероз – йирингли кольпит.
2. Қарилик кольпити
3. Сўзакли кольпит
4. Юқумли касалликларда учрайдиган кольпит
5. Трихомонадали кольпит
6. Замбуруғли кольпит.

Кольпитлар қорин пастидида оғриқ бўлиши, қиндан шиллиқ- йирингли, йирингли ажратмалар келиши, иккиламчи вульвитлар бўлиши, ташқи жинсий аъзоларнинг қичиши, сийганда ачишиш пайдо бўлиши билан характерланади.. Кўзгулар ёрдамида текширилганда қин деворларининг шиллиқ қавати қизарган, шишган, бурмалари орасида йиринг йиғилиб турганлигини кўриш мумкин.

Қариликда учрайдиган кольпитда қин шиллиқ қаватлари атрофияланиши натижасида тез жароҳатланади ва инфекция тушиб яллиғланади.

Замбуруғли кольпитда қичишиш, ачишиш, оқ ажратма келиши кузатилади, кўздан кечирилганда оқ нуқтасимон тошмалар кузатилади. Кейинчалик пилакча пайдо бўлиши мумкин ва улар бир бири билан қўшилиб оқ караш ҳосил қилади.

Дифтерия, сил, тиф, скарлатина ва бошқа юқумли касалликларда организмнинг умумий қуввати сусайиб, кольпитлар ривожланишига олиб келиши мумкин.

Сўзакли ва трихомонадали кольпит жинсий аъзоларнинг специфик касалликларида тасвирланади.

### **ДИАГНОСТИКАСИ:**

1. Анамнез.
2. Кўздан кечириш.
3. Бактериологик ва бактериоскопик текшириш.

### **ДАВОЛАШ:**

1. Маҳаллий даво – ташқи жинсий аъзолари ва қинни антисептик эритмалар билан чайиш (цитеал,) замбуруғли кольпитларда флунол, дифлюкан ёки дифлазон 150мг(1капсула) 1 марта ичишга берилади. Полижинакс қин шамча, тержинан ёки кандибене қин таблеткалар, менстан ёки клотримазол креми, метрогил-В-гельплюс қинга суртилади.

Қарилик кольпитларида синестрол, фолликулин, гидрокортизон сақловчи малҳам дорилари ишлатилади.

Бактериал вагинозда эса далацин крем 1 марта ҳар кун 3 кун давомида ишлатилади.

2. Умумий кувватлантирувчи муолажалар ўтказиш (прегнавит, дуовит)
3. Физиотерапевтик муолажалар ўтказиш.

### **Эндоцервицит (цервицит)**

Эндоцервицит — бачадон бўйни канали шиллиқ пардасининг яллиғланиши, уни стафилококклар, стрептококклар, гонококклар, ичак таёқчалари келтириб чиқариши мумкин.

Эндоцервицитнинг келиб чиқиши организмнинг умумий қувватини пасайтирувчи касалликлар, туғруқ пайтида бачадон бўйнининг, оралиқнинг йиртилиши, ички жинсий аъзоларининг тушиши, кимёвий, термик жиҳатдан таъсирланиш ва қуйишнинг аҳамияти катта.

Эндоцервицит ўткир, ўртача ўткир ва сурункали босқичларда ўтиши мумкин. Ўткир даврида бачадон бўйни атрофида қизариш, шиш кузатилади. Бачадон бўйни каналидан йирингли ёки шиллиқ-йирингли ажратма келиб туради. Ўртача ўткир ва сурункали босқичларга ўтганида қизариш ва шиш камаяди, ажралма шиллиқ-йирингли, кейинчалик шиллиқли бўлади.

Эндоцервицит кўпинча эрозиялар билан қўшилиб келади(22-расм). Эндоцервицитларни аниқлашда анамнез, кўзгулар ёрдамида текшириш, бачадон бўйни каналидан ажралаётган ажратмани бактериологик текшириш ёрдам беради.

#### *Даволаш:*

Антибиотиклар(цефалексин-Тева-500,эритромицин-Тева), кетонал ректал шамчалари ишлатилади.Цитеал ва 2%ли илиқ сода эритмаси билан чайилади. Физиотерапевтик муолажалар қўлланилади. Калий йодид билан электрофорез қилинади.

### **Эндометрит**

Эндометрит бачадон шиллиқ қаватининг (эндометрий) яллиғланиши. Эндометритнинг ўткир, ўртача ўткир, сурункали босқичлари тафовут қилинади.

Ўткир эндометритнинг белгилари: тана ҳароратининг кўтарилиши, қорин пастида оғриқ, бачадондан йирингли ажратма чиқиши (бадбўй ҳидли), баъзан бачадон шиллиқ қавати айрим қисмларининг некрозга учраши натижасида метроррагия бўлиши характерлидир.

Сурункали эндометрит белгилари: оқчил келиши, бироз оғриқ бўлиши, ҳайз оралигида қонли ажратма келиши хосдир. Беморлар қорин пастида оғирлик сезадилар, қабзият, уйқунинг бузилиши, таъсирчанлик кузатилади. Кўпчилик ҳолларда тухумдон гипофункцияси кузатилади. Қин орқали текширилганда бачадон оғриқли бўлади, бироз катталашган. юмшоқ консистенцияли бўлади, бачадон бўйни каналда кўп миқдорда йирингли ажратма келиб туради.

#### *Диагностикаси:*

1. Анамнез.
2. Умумий ва гинекологик текшириш.
3. Бактериологик текшириш.
4. Ультратовуш орқали текшириш.

#### *Даволаш:*

Ўткир даврида:



1. Ётоқ тартиби.
2. Қорин пастига музли халтача қўйиш тавсия этилади
3. Антибиотиклар(цефазолин-Тева, ифизол, ифициф, цефабид, ципринол 500 мг 2 маҳал 5-7 кун).
4. Оғриқ қолдириш учун ностероид яллиғланишни олувчи препаратлар(вовенак-П, ибубруфен-Тева, нурафен, нимумед, нимесил)
5. Десенсибилизация қиладиган моддалар.
6. Умумий қувватлантирувчи препаратлар(рыбий жир).

Сурункали даврида:

1. Витаминотерапия: рутин 0.2х3 марта кунига, аскорбин кислота 0,25х3-4 марта кунига.
2. Десенсибилизация қиладиган препаратлар: кальций глюконат 0,5х3 марта кунига, димедрол, лорид, супрастин.
3. Физиотерапевтик муолажалар. Тухумдон гипофункцияси бўлганида циклик гормонал терапия ўтказилади.

### **Сальпингофорит**

Сальпингофорит бачадон найларининг ва тухумдоннинг яллиғланишидир. Инфекция тарқаш йўллари:

1. Юқорига кўтарилувчи инфекция (бачадондан)
2. Пастга тушувчи инфекция (қорин пардасидан)
3. Лимфоген йўл билан.:

Клиник кечишига кўра.

1. Абортив.
2. Енгил.
3. Яширин формалари тафовут этилади.

Яширин формасида касалликнинг клиник кўриниши билан патологик ўзгаришлар мос келмайди. Шунинг учун беморни жуда синчиклаб, эътибор билан текшириш лозим. Клиник кечишида иккита вариантыни фарқлаш керак. 1-вариантида жинсий йўллардан кўп миқдорда секретция келиши бачадон ортиқларида экссудатив жараёнлар, гинекологик текширганда оғриқ, субфебрилитет, бироз лейкоцитоз. Гипоальбуминемия, С-реактив оқсил (+, ++), 17 кетостероидлар ва дегидроэпиандростерон экскрециясининг ошиши, ановуляция, сариқ тана функциясининг бузилиши аниқланади.

2 – вариантыда эса бемор умумий аҳолининг бузилиши, меҳнат фаолиятининг сусайиши, кайфиятининг беқарорлиги, таъсирчанлик кузатилади.

Чуқур пайпасланганда аорта йўли бўйлаб, пастки ковак вена, ёпқич мушақлар соҳасида, думғаза чигали соҳасида оғриқ сезилади. Бачадон ортиқлари бироз катталашган, зичлашган, пайпасланганда кам оғриқли бўлади. Қонда лейкопения ёки лейкоцитларнинг сони меъёрда, лимфоцитоз аниқланади, 17 кетостероидлар ва дегидроэпиандростерон экскрецияси пасаяди, цикл даврида эстроген ва прогестерон миқдорининг етишмовчилиги кузатилади.

**ДИАГНОСТИКАСИ:**

1. Анамнез.

2. Қин орқали текширилгандаги маълумотлар (бачадон ортиқларининг катталашганлиги, зичлашганлиги, пайпаслаганда безиллаб оғриқли бўлиши).

3. Ультратовуш орқали текшириш.

Сальпингоофоритни тухумдон ўсмаларидан, бачадондан ташқари ҳомиладорликдан фарқлаш лозим.

#### Даволаш:

1. Антибиотиклар(цефтазидин-Юник, сулперазон 1гр 2маҳал томир ёки мушак ичига, ципринол таблеткаси 500мг 2маҳал 5-7 кун) ва анаэроб препаратлари(метронидазол-ТЕВА, эфлоран).

2. Оғриқ қолдирувчи препаратлар (диклофенак-ратиофарм, диклберл).

3. Десенсибилизация қиладиган препаратлар

4. Умумий қувватлантирувчи моддалар (витаминлар, УФО, индуктотермия, ультратовуш ва бошқалар).

Асоратлар берганда оператив даво қилинади.

#### АСОРАТЛАРИ:

1. Гидросальпинкс

2. Пиосальпинкс

3. Перитонит

#### Параметрит

Параметрит бачадон ён клетчаткаларининг яллиғланиши. Пельвеоцеллюлит - кичик чаноқ ҳамма клетчаткаларининг яллиғланишидир.

Параметритнинг келиб чиқишида аэроб микроблар биринчи ўринда туради. Бу жараён диффуз яллиғланиш бўлиб, лимфангит, периваскулар шиш билан кечади. Лимфатик томирлар кенгайиб тромб ва йирингли масса билан тўлади. Экссудат сероз, сероз йирингли, йирингли бўлиши мумкин.

#### Параметритлар:

1. Ён параметрит.

2. Олдинги параметрит.

3. Орқа параметритларга бўлинади.

Параметритнинг клиникаси тана ҳароратининг 38-39 С гача кўтарилиши, беморнинг титраши, қорин пастида бироз оғриқ бўлиши билан характерланади. Тили нам, қабзият бўлади. Қонда СОЭ тезлашади, лейкоцитоз. Агар яллиғланиш жараёни қорин пардасига ўтса, кучли оғриқ бўлади. Қин орқали ва тўғри ичак орқали текширилганда бачадон ён томонида, олдинги орқа томонда инфилтрат аниқланади. Бошида инфилтрат кенг бойлам клетчаткасининг юқориги ёки пастки қисмида аниқланади. Кейинчалик ҳамма қисмларигача кириб боради. Қин орқа гумбази бўртиб чиқади. Инфилтрат пайпасланганда кам оғриқли, консистенцияси олдин юмшоқ, кейинчалик қаттиқ бўлади. Орқа параметритда тўғри ичак орқали текширилганда инфилтрат яхши аниқланади.

Параметритни тухумдон абсцессидан, экссудатив пельвиоперитонитдан, пиосальпинксдан, бачадон миомаси ва кистомасидан, саратон инфилтратидан фарқлаш лозим. Юқоридаги белгилар, текшириш натижаларида олинган маълумотларга кўра параметрит экссудати жойлашган томонда *spina iliaca anterior superior* устида перкутор товушнинг тўмтоқлашиши, экссудатив перитонитда тўмтоқ товушнинг йўқолишига қараб па-

раметритни бошқа касалликлардан ажратиш мумкин.

Бойламлараро миомалар ва кистомалар юмшоқ шаклда бўлиши ва тана ҳарорати кўтарилмасдан кечиши билан характерланади.

Рак инфильтрати анамнез, кўздан кечириш, бачадон бўйнини, қинни пайпаслаб кўриш ва цитологик текшириш орқали аниқланади.

### **Пельвиоперитонит**

Пельвиоперитонит кичик чаноқ қорин пардасининг яллиғланишидир. Инфекция лимфоген ва гематоген йўллар билан ўтади. Кўпинча сальпингофорит билан қўшилиб келади. Кўп ҳолларда аёллар пельвиоперитонитдан тузалиб кетадилар. Баъзан эса касаллик умумий перитонитга ўтиб кетиши мумкин.

### **Қорин пардасининг тўғри ичак ва бачадон аро абсцесси**

Буни келтириб чиқарадиган сабаблар:

1. Инфекциянинг найлар орқали лимфоген йўл билан ўтиши.
2. Криминал(жиной) аборт қилинганда шикастланиши.
3. Чаноқ қорин пардаларида тарқалган перитифлитик инфильтрат.
4. Найли хомилдорликда най ёрилиши ва гематоманинг инфекцияланиши.

Касаллик кечиши: бошланғич даврида асосий касаллик белгилари (сальпингофорит, аппендицит ва ҳ.к.) кузатилади. Кейинчалик бундай йиринг йиғила бориб интоксикация белгилари кузатилади, сийиш ва дефекациянинг қийинлашуви. Бориб-бориб инфильтрат сўрилиши ёки абсцесс қинга ёки тўғри ичакга ёрилиши мумкин. Абсцесс ёрилгандан кейин бемор аҳволи яхшилана бошлайди. Агар абсцесс қорин бўшлиғига ёрилса, тарқалган перитонит пайдо бўлади.

**ДИАГНОСТИКАСИ:** Юқоридаги белгиларга асосланади. Асосий касаллик аниқланади. Қин ва тўғри ичак орқали кўрик ўтказилганда орқа гумбаз орқали тилсимон ёки яримшарсимон шаклда бўртиб чиққан флюктуацияланувчи инфильтрат, консистенцияси касалликнинг бошида қаттиқ, кейинчалик йиринг ҳосил бўлгандан кейин юмшайди.

**ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИДА** қуйидаги касалликлардан фарқлаш лозим.

1. Экссудатив параметрит.
2. Бачадон найидаги хомилдорликда най ёрилишида ҳосил бўлган инфекцияланган гематома.
3. Пиосальпинкс.
4. Тухумдон абсцесси

**ЭКССУДАТИВ ПАРАМЕТРИТ.** Бу жуда кучли ва бемор умумий аҳволининг бирдан ёмонлашуви билан кечмайди. Бачадон тўғри ичак абсцессиди инфильтрат тилсимон ёки яримшарсимон шаклда орқа гумбаздан бўртиб туради. Бу инфильтрат тўғри ичакнинг ён деворида эмас, фақат олдинги деворида аниқланади. Параметрал инфильтрат эса гумбазнинг орқа ва ён томонларида бўртиб, бачадон ва тўғри ичак деворларига яқинлашиб, уларни ярим айлана шаклида ўраб олади. Параметрал инфильтрат чаноқ деворларига ёпишади, тўғри ичак бачадон абсцессиди ёпишмайди.

## **Бачадон найи ҳомиладорлиги ёрилишидан ҳосил бўлган инфекцияланган гематома**

Бунда ҳайз кечиши, постгеморрагик анемия кузатилади ва касаллик бошланишида ҳарорат нормал бўлади. Тўғри ичак бачадон абсцессиди эса ҳайз цикли бузилмайди. Тана ҳарорати кўтарилади. Қонда лейкоцитоз, лейкоцитар формуланинг чапга силжиши кузатилади. Орқа гумбаз пункция қилинганда олинган маълумотларга қараб, бу касалликларни бир-биридан ажратиш мумкин (абсцессда йиринг, най ёрилганда қон олинади).

### **Пиосальпинкс**

Бунда най ретортасимон шаклда бўлади. Кўпинча икки томонлама нотекис бўлади.

**ТУХУМДОН АБСЦЕССИ:** Юмалоқ ёки овал шаклдаги ҳосила аниқланади. Бу ҳосила бачадон орқасида ёки ён томонида аниқланади.

### **Пельвиоперитонит ва параметритни даволаш**

Даволаш комплекс ҳолда олиб борилади.

1. Организмга умумий таъсир қилиш
2. Инфекцион жараёнга таъсир қилиш
3. Симптоматик даво.
4. Физотерапевтик даволаш
5. Хирургик усулда даволаш.

Беморга тинч ҳолат берилади. Ётоқ тартиби тайинланади, бемор жуда таъсирчан бўлса, бром препаратлари берилади. Инфекция ўчоқлари санация қилинади. Узоқ вақт инфекция жараён бўлиши сув-туз алмашинувини бузади ва жигарнинг атоксик вазифасини пасайтиради. Интоксикацияга қарши курашиш учун беморга кўп суюқлик ичиш буюрилади ва дезинтоксикацион препаратлар тайинланади. Беморга умумий қувватлантирувчи препаратлар, оқсил моддалар қўйилади. Витаминотерапия ўтказилади. Инфекцион жараёнга таъсир қилиш учун кенг спектрли антибиотиклардан: ванкомицин-ТЕВА, рокситромицин-ЛЕК, сулперазон, эдизин, ифидеф, цефтозидин-ЮНИК, амоксиклав 1-2гр 3 маҳал ёки ципринол 500мг 2маҳал томир ичига томчилаб 5-7 кун юбориш билан биргаликда, эфлоран, метро니다зол-ТЕВА берилади. Улар 5-7 кундан кўп тайинланганда дизбактериоз ва кандидомикозларнинг олдини олиш учун дифлюкан буюрилади. Симптоматик даво қилинганда беморга оғриқ қолдирувчи препаратлар берилади (диклоберл, кетонал 0,1г мушак ичига ёки ректал шамчада 1-2маҳал). Ўткир даврида қоринга музли халтача, кейинчалик иссиқ грелка қўйилади. Ҳайз цикли бузилганда гормонал терапия ўтказиш мумкин. Тўғри ичак бачадон абсцессиди орқа кольпотомия қилиниб, йирингли бўшлиққа дренаж қўйилади. Агар параметрал инфилтрат йиринглаган бўлса, орқа гумбаз пункция қилинади. Йиринг чиқса, орқа кольпотомия қилинади. Агар параметрал жараён пупарт бойлами устида қорин пардасининг олдинги деворига ўтса, қорин пардасидан ташқари лапаротомия қилинади.

### **Ядлиғланиш касалликларининг олдини олиш**

Ядлиғланишга олиб келувчи сабабларни бартараф этиш, касаллик ҳолларидан ташқари абортларга йўл қўймаслик, аёллар ўртасида санитария-оқартув ишларини олиб боришдан иборат.

## “Сурункали аднекситнинг кўзғалиши”

**Мақсад:** талабаларга беморни объектив ва субъектив маълумотларга асосан диагноз қўйиш, касаллик оғирлик даражасини баҳолаш ва даволаш тактикасини танлашни ўргатиш.

**Таъминланиш:** кушетка, қин кўзгулари, гинекологик кресло, стерил кўлқоп, тонометр.

1. Аёл гинекологик креслода оёқларини чаноқ-сон ва тизза бўғимида букилган ҳолда ётибди.
2. Шикоятлари: қорин пастиди қуюшиб оғриш, тана ҳароратининг кўтарилиши, умумий қувватсизлик, сариқ яшил тусдаги оқчил келиши,
3. Касаллик анамнези: аста-секин бошланади, кўпинча бачадон ичи аралашувларидан, совуқ қотишдан кейин.
4. Ҳаёт анамнези: ҳайз келиши 14 ёшдан 3-4 кун, ҳар 28 кунда, жинсий ҳаёти 19 ёшдан, гинекологик касалликлари – сурункали аднексит. Ирсиятга мойиллиги йўқ, зарарли одатлари йўқ.
5. Умумий кўрув: беморнинг аҳволи қониқарли, ўртача оғир ёки оғир, тери қоплами оқиш, совуқ тер, тахикардия, гипотония.
6. Қорин кўрувда: одатий ҳолатда.

Пальпацияда: юмшоқ, қорин пастиди кучсиз оғриқли.

7. Дастлабки диагноз: шикоятлари, ҳаёт ва касаллик анамнези ҳамда локал статус ва объектив маълумотларга асосланиб қўйилади.

Қон умумий анализи: лейкоцитоз, лейкоформуланнинг чапга сурилиши, ЭЧТ тезлашиши

Бактериологик текширув: патоген флора аниқланади.

Қин орқали кўрув: бачадон ўлчами меъерида, танасини қимирлатганда оғриқли, бачадон ортиқлари икки томонлама кенгайган, чандиқли, оғриқли, ажралма йирингли.

8. Клиник диагнозни қўйиш ва асослаш: дастлабки диагноз ва клиник – инструментал текширувларга асосланиб қўйилади.
9. Асоратлар: бепуштлик, ҳайз циклининг бузилиши, бачадондан ташқари ҳомиладорлик, пельвиоперитонит, сактосальпинкс.
10. Дифференциал диагностикаси: ўткир аппендицит, тухумдон апоплексияси, бачадондан ташқари ҳомиладорлик, ичаклар тутилиши, ОИТ аъзолари касалликлари.

11. Даволаш:

Умумий ва маҳаллий антибактериал терапия

Десенсибилизацияловчи терапия

Иммуностимуляторлар

Инфузион терапия

Физиотерапия

Организмнинг бузилган фаолиятини тиклаш

Реабилитацион терапия

12. Профилактикаси: тартибсиз жинсий ҳаёт ва абортларга қарши кураш.

### «Ўткир метроэндометрит»

**Мақсад:** талабаларга беморни объектив ва субъектив маълумотларга асосан диагноз қўйиш, касаллик оғирлик даражасини баҳолаш ва даволаш

тактикасини танлашни ўргатиш.

Таъминланиш: кушетка, гинекологик кресло, стерил қўлқоп, тонометр.

1. Аёл гинекологик креслода оёқларини чаноқ-сон ва тизза бўғимида букилган ҳолда ётибди.
2. Шикоятлари: қорин пастида ўткир оғриқ, тана ҳароратининг кўтарилиши, умумий қувватсизлик,
3. Касаллик анамнези: бошланиши ўткир, кўпинча бачадон ичидаги аралашувдан кейин.
4. Ҳаёт анамнези: ҳайз келиши 13 ёшдан, 5-6 кун, ҳар 28 кунда, жинсий ҳаёти 19 ёшдан, гинекологик касалликлари – сурункали аднексит. Ирсиятга мойиллиги йўқ, зарарли одатлари йўқ.
5. Умумий кўрув: беморнинг ахvoli қониқарли, ўртача оғир ёки оғир, тери қоплами оқиш, совуқ тер, тахикардия, гипотония.
6. Қорни кўрувда: одатий ҳолатда. Пальпацияда: юмшоқ қов усти соҳасида озгина оғриқли.
7. Дастлабки диагноз: шикоятлари, ҳаёт ва касаллик анамнези ҳамда локал статус ва объектив маълумотларга асосланиб қўйилади.  
Қон умумий анализи: лейкоцитоз, лейкоформуланинг чапга силжиши, ЭЧТ тезлашиши.  
Бактериологик текширув: патоген флора аниқланмади.  
Қин орқали текшируви: бачадон танаси нормадан биров катта, йирингли ажралма.  
Пальпацияда: оғриқли.
8. Клиник диагнозни қўйиш ва асослаш: дастлабки диагноз ва клиник – инструментал текширувларга асосланиб қўйилади.
9. Асоратлари: қон кетиш, ҳайз циклининг бузилиши, эктопик ҳомиладорлик, пельвиоперитонит, сепсис, перитонит.
10. Дифференциал диагностикаси: бачадон ортиқлари яллиғланиш касалликлари, ўткир, аппендицит, пиосальпинкс, панкреатит, бачадондан ташқари ҳомиладорлик.
11. Даволаш:  
Умумий ва маҳаллий антибиотикотерапия  
Бачадон шиллиқ қаватини қириш  
Инфузион терапия, утеротониклар, иммуностимуляторлар  
Организмнинг бузилган фаолиятни тиклаш  
Реабилитацион терапия
12. Профилактикаси: бачадон ортиқлари яллиғланиш касалликларини аниқлаш ва даволаш, абортларга қарши кураш.

#### *АМАЛИЙ КЎНИКМАЛАР.*

Талабалар яллиғланиш жараёни сабабларни жуда кенг тарқалган аниқлаш усуллари билан танишиши, яллиғланиш касалликлари мавжуд касалларни текшириши, чунончи яллиғланиш жараёни босқичини аниқлашни, даволаш усулини танлашни ўрганиши, физиотерапевтик муолажаларни ўтказиш кўрсатмаларини ва техникасини билиши керак. Жинсий аъзоларнинг яллиғланишини даволашда қўлланиладиган дори воситаларининг рецептларини тўғри ёзишни ўрганиши керак.

#### **Қин тозалик даражасини баҳолаш.**

**Мақсад:** гениталий аъзолари яллиғланиш касалликлари диагностикаси.

**Кўрсатма:** аёлларни текшириш усули.

Таъминланиши: металл илгак, гинекологик кресло, буюм ойнаси, микроскоп.

**Қадамлар:** Қин тозалик даражасини аниқлаш учун суртма 3 нуқтадан олинади: уретра, цервикал канал ва қин орқа гумбазидан.

1. I-даражасида қин суюқлиги кислотали муҳитга (рН 4,0-4,5) эга бўлиб, суртмада фақат Дедерлейн таёқчалари ва эпителий хужайралари аниқланади.
2. II- даражасида қин суюқлиги кучсиз кислотали муҳитга эга бўлиб (рН 5,0-5,5), қин хужайралари ва таёқчалари кам, бироз миқдорда сапрофитлар, кокклар битта-яримта лейкоцитлар аниқланади, эпителиал хужайралар кўп.
3. III- даражасида қин суюқлиги ишқорли муҳитга (рН 6,0-6,5) эга бўлиб, лейкоцитлар, кокклар ва бошқа турдаги бактериялар кўп бўлади.
4. IV-даражасида муҳити кучсиз ишқорли, қин таёқчалари аниқланмайди, хилма-хил микроблар флораси, асосан патоген
5. (кокклар, ичак таёқчаси, трихомонадалар ва бошқа бир талай лейкоцитлар аниқланади).

#### **Масала.**

1. 29 ёшли бемор қорин ости соҳасида оғриқ борлигидан шикоят қилиб гинекологик бўлимга тушди, ўзини 5 йил давомида касал деб ҳисоблайди. Туғруқда қон кетиши сабабли бачадон бўшлигини қўл билан текшириш оқибатида келиб чиққан асорат деб билади. Кўзгу билан текширганда бачадон бўйни конуссимон. Бачадоннинг ташқи оғзи нуқтасимон. Қин орқали текшириш: бачадон бўйни берк, бачадон танаси нормал ҳолатда. Бачадон ёнини пальпация қилиш, оғриқли текширганда қўлга қаттиқ уннайди. Думғаза-бачадон бойламини текширганда бемор оғриқ сезади. Ташҳиси. Касалликнинг этиологияси қандай? Текширишнинг қўшимча усуллари ва даволаш.
2. 34 ёшли аёл қинда ҳафта давомида ачишиш ва қичишиш борлигидан мурожаат қилди. Анамнезида 2та нормал туғруқ, 3марта аборт ўтказган. Кўзгу билан текширилганда бачадон бўйни тоза, қин шиллиқ пардаси қизарган ва сузмасимон ажралма бор. Қин орқали текширилганда бачадон нормал ҳажмда, ҳаракатчан, оғриқсиз, бачадон ортиқларида оғриқ йўқ. Ташҳис қўйинг ва даволанг.

#### *ЎРГАТУВЧИ ТЕСТЛАР*

1. Яллиғланиш касалликлари I босқичига киради.
  1. кольпит;
  2. эндоцервицит;
  3. эндометрит;
  4. сальпингит;
  5. оофорит.
2. Яллиғланиш касалликлари II босқичига киради.
  1. метрит;
  2. параметрит;
  3. метротромбофлебит;

4. пелвиоперитонит.
3. Яллиғланиш касалликлари III босқичига киради.
  1. тарқоқ перитонит;
  2. септик шок;
  3. кучайган тромбофлебит.
4. Яллиғланиш касалликлари IV босқичига киради.
  1. септикопиемия;
  2. септицемия.
5. Қиннинг 1-тозалик даражасини кўрсатинг.
  1. Дедерлейн таёқчаларининг бўлиши;
  2. эпителий хужайралари;
  3. лейкоцитлар йўқ ёки 0 - 1;
  4. муҳити - кислотали.
6. Қиннинг 2 - тозалик даражасини кўрсатинг.
  1. қин таёқчаларининг камроқ бўлиши;
  2. ясси эпителий хужайралари;
  3. лейкоцитларнинг 15 тагача бўлиши;
  4. муҳити - кучсиз кислотали.
7. Қиннинг 3 - тозалик даражасини кўрсатинг.
  1. кокк флораларининг бўлиши;
  2. лейкоцитлар сонининг 20 тадан ошиши;
  3. қин таёқчаларининг бўлмаслиги;
  4. муҳити кучсиз — ишқорли.
8. Қиннинг 4 -тозалик даражасини кўрсатинг.
  1. бошқа кокк флораларининг учраши;
  2. лейкоцитлар миқдори кўп бўлиши, санаб бўлмайди;
  3. қин таёқчаларининг бўлмаслиги;
  4. муҳити — ишқорий.
9. Қиннинг 4 -тозалик даражасига қараб лейкоцитлар миқдорини кўрсатинг.
  1. 1 -даражасида лейкоцитлар бўлмайди;
  2. 2-даражасида 10 - 15 гача лейкоцит бўлади;
  3. 3-даражасида лейкоцитлар сони 20 дан ошган;
  4. 4-нчи даражасида лейкоцитлар кўп миқдорда бўлади, санаб бўлмайди.
10. Қиз болаларда вульвовагинитнинг сабаблари.
  1. физик - химик омиллар;
  2. инфекция;
  3. гельминтозлар;
  4. гормонал омиллар;
  5. ёт модда.
11. Катта ёшли ва кекса аёлларда вульвовагинит сабаблари.
  1. гормонал омиллар;
  2. инфекция;
  3. жароҳатлар;



4. физик - кимёвий омиллар;
5. қандли диабет.
12. Кольпит қанақа текширув усулларида аниқланади.
  1. кўзгуларда кўриш;
  2. қин орқали гумбазидан тозалигига суртма олиш;
  3. флорани бактериологик экиш;
  4. антибиотикларга сезгирликни аниқлаш.
13. Бачадон бўйни эрозияси диагностикасида қўлланиладиган усуллар.
  1. кўзгуларда кўриш;
  2. кольпоскопия;
  3. цервикал каналдан тозалikka суртма олиш;
  4. Люголли синама.
14. Перитонит белгиларни айтинг
  1. ичаклар парези;
  2. тахикардия, гипотония;
  3. тана ҳарорати юқори бўлиши;
  4. Шеткин - Блюмберг симптоми мусбат;
  5. тилнинг қуруқ бўлиши.
15. Аҳолига яллиғланиш касалликлари профилактикасига тааллуқли қайси мавзуларда маъруза ўқишингиз лозим.
  1. қиз болалар шахсий гигиенаси;
  2. ҳайз кунлари гигиенаси;
  3. жинсий ҳаёт гигиенаси;
  4. жинсий йўллар билан ўтадиган инфекциялар;
  5. организмни чиниқтириш, шамоллаш касалликлари профилактикаси;
  6. акушерлик асоратлари профилактикасида қиз болаларда ва балогат даврларида яллиғланиш касалликларини даволаш;
  7. сурункали инфекция ўчоқларини санация қилиш.
16. Нормада қинда қандай 2та асосий микрофлора гуруҳлари мавжуд?
  1. таёқчасимон флора;
  2. коккли флора.
17. Қин микрофлорасига қандай экзоген 3 омил таъсир кўрсатади.
  1. кимёвий;
  2. термик;
  3. механик.
18. Жинсий аъзоларга инфекция тарқалишининг 3 хил йўлини айтинг.
  1. контакт йўл;
  2. гематоген йўл;
  3. лимфоген йўл.
19. Юқори жинсий аъзоларни инфекцияланишга олиб келувчи асосий 3 омилларни айтинг:
  1. бачадон ичи муолажалари;
  2. ҳомиладорликни тўхтатиш;
  3. макроорганизм курашиш қобилятининг пасайиши.

20. Вульвитнинг 4та асосий симптомини санаб беринг:
  1. қизариш;
  2. шишиш;
  3. ажралмалар;
  4. қичишиш.
21. Вульвитнинг 3та асосий даволаш принципини кўрсатинг:
  1. келтирувчи сабабни йўқотиш;
  2. яллиғланиш касалликларини даволаш;
  3. умумий мустақкамловчи даво.
22. Носпецифик кольпитни чақирувчи микроорганизмларнинг 4та турини айтинг.
  1. стафилококклар;
  2. стрептококклар;
  3. ичак флораси;
  4. клелсиелла.
23. Кольпитли касалнинг 4та асосий шикоятини айтинг.
  1. сероз-йирингли чиқиндилар;
  2. ташқи жинсий аъзолар соҳасида қизариш;
  3. қиннинг қизиши;
  4. қичиши.
24. Кольпит давосининг 3та асосий йўналишини айтинг.
  1. келтириб чиқарувчи сабабини йўқотиш;
  2. умуммустақкамловчи даво;
  3. қинни тозаловчи муолажалар.
25. Аёл жинсий аъзоларининг яллиғланиш касалликларида қайси 3та нуқтадан текшириш учун суртма олиш керак.
  1. уретрадан;
  2. цервикал каналдан;
  3. қин орқа гумбазидан.
26. Цервицитга қандай 2та касаллик олиб келиши мумкин.
  1. кольпит;
  2. эндометрит.
27. Бачадон бўйни чин эрозиясига олиб келувчи 3та касалликни айтинг:
  1. эндометрит;
  2. цервицит;
  3. кольпит.
28. Ўткир эндометритнинг 4та асосий симптомини айтинг:
  1. қорин пастидаги оғриқлар;
  2. бачадон ўлчамларининг катталашуви ва ундаги оғриқ;
  3. жинсий йўллардан йирингсимон чиқиндиларнинг чиқиши;
  4. бачадон ҳароратининг ошиши.
29. Эндометритга олиб келувчи 4та асосий сабабни санаб беринг.

1. патологик туғруқ;
  2. абортлар;
  3. бачадон ичи муолажалари;
  4. бачадондаги операциялар.
30. Сурункали эндометритнинг 4та асосий клиник белгисини айтинг.
1. гиперполименорея;
  2. бачадон ўлчамларининг катталашуви;
  3. қорин остидаги пастга тортувчи оғриқлар;
  4. жинсий йўллардан ажралувчи патологик чиқиндилар.
31. Бачадон бўйни эрозияси билан касалланган аёл шикоятлари нимадан иборат?
1. шиллиқ - йиринг ажралмалар;
  2. контакт қон кетиши.
32. Сурункали сальпингоофорит хуруж даврида касалнинг шикоятлари нимадан иборат?
1. қорин пастида доимий оғриқ, белда оғриқ;
  2. умумий беҳоллик;
  3. бепуштлиқ;
  4. ҳарорат кўтарилиши;
  5. шиллиқ-йирингли ажралма.
33. Сурункали бачадон найчалари шамоллаши хасталигида бемор аёл қандай шикоят билан мурожаат қилади?
1. қорин пасти ва белида кучли бўлмаган оғриқ;
  2. бепуштлиқ;
  3. хайз циклининг издан чиқиши.
34. Бачадон бўйни эрозиясини даволашда нима қўллаш мумкин.
1. биопсиядан кейин бачадон бўйни электрокоагуляцияси;
  2. хлорофиллипт билан ваннача қилиш;
  3. биопсиядан кейин бачадон бўйни криодеструкцияси;
  4. лазеротерапия.
35. Қуйидаги қайси изланишлар яллиғланиш касалликлари диагнозини тасдиқлайди?
1. лапароскопия;
  2. лейкоцитларнинг кўплигини аниқлаш;
  3. микрофлорага текшириш (бактериоскопия);
  4. УТТ кичик чаноқ аъзоларини.
36. Бачадон бўйни эрозиясини даволашда нималар қўлланилади?
1. бачадон бўйни эрозиясини ваготил билан куйдириш;
  2. криотерапия;
  3. мойли тампонлар қўйиш.
37. Бачадон шиллиқ қаватининг носпецифик ўткир яллиғланишида қўлланиладиган муолажаларни кўрсатинг.
1. антибиотиклар;
  2. десенсибилаштирувчи дори воситалари;
  3. сульфаниламидлар;
  4. дезинтоксикацион терапия;

5. иммунологик препаратлар.
38. Сурункали аднексит қандай даволанади:
1. бачадон ортиқлари соҳаси диатермияси;
  2. стимулловчи яллиғланишга қарши воситалар;
  3. балчиқлардан фойдаланиш магнито терапия;
  4. аутогемотерапия.
39. Қуйидаги қайси симптомлар сурункали бачадон ортиқлари шамоллашини изоҳлайди?
1. қорин пастидаги ва белдаги оғриқ;
  2. бепуштлик;
  3. хайз цикли бузилиши;
  4. жинсий йўллардан ажралма келиши.
40. Бачадон бўйни эрозиясини даволаш усуллари
1. мазли тампонлар, маҳаллий ванналар;
  2. диатермокоагуляция, диатермоконизация;
  3. лазер билан даволаш;
  4. кимёвий воситалар (ваготил, солковагин ва б.) билан қуйдириш.

**Назорат учун саволлар:**

1. Жинсий аъзолар яллиғланиш касалликларининг этиологияси.
2. Жинсий аъзолар яллиғланиш касалликларини текшириш усуллари.
3. Жинсий аъзолар яллиғланиш касалликларининг клиник кечиши.
4. Вульвитнинг клиник кечиши. Ташҳислаш ва даволаш принциплари.
5. Эндцервицитнинг клиник кечиши. Ташҳислаш ва даволаш принциплари.
6. Сальпингофоритнинг клиник кечиши. Ташҳислаш ва даволаш принциплари

## **АЁЛЛАР ЖИНСИЙ АЪЗОЛАРИНИНГ СПЕЦИФИК ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИ**

**Мақсад:** талабаларга туберкулёз ва жинсий йўллар орқали тарқаладиган (сўзак, трихомониаз, хламидиоз, уреоплазмоз, микоплазмоз ва вируслар) касалликларни ташхислаш усуллари ва даволашни ўргатиш.

### **Вазифалар:**

1. Аёллар жинсий аъзоларининг специфик яллиғланиш касалликлар чақирувчисини билиш.
2. Уларни аниқлаш усуллари ўрганиш.
3. Жинсий аъзолар силени клиник шакллари билиш.
4. Пастга ва юқориға тарқаладиган сўзак клиникасини билиш.
5. Урогенитал яллиғланиш касалликларни билиш (трихомониаз, уреоплазмоз, микоплазмоз).
6. Вирусли инфекцияларни билиш (ОГВ, ЦМВ, ОИТС).

### **Аёллар жинсий аъзолари туберкулёзи**

Аёллар асосан туберкулёз касаллиги билан нафас йўли орқали (ҳавотомчи, алиментар йўл, эмбрионал даврида зарарланиш) касалланадилар. Одам организмда туберкулёз жараёни ривожланишига туберкулёз микобактерияси (*Mycobacterium tuberculosis*) тушиши ва асосийси организмнинг қаршилик кучининг пасайиб кетганлиги сабаб бўлади. Жинсий аъзоларда туберкулёз инфекциясининг ривожланиши ва пайдо бўлиши, бирламчи туберкулёз пайдо бўлиши асосан гематоген генерализация босқичига боғлиқ. Генитал силенинг клиник кечиши асосан жинсий ҳаёт билан боғлиқ. Туберкулёз жараёнининг кечишида сурункали кам симптомли шакли ўткир жараёнгача ривожланади. Касалларда гениталий туберкулёзи таҳлилида кўпинча сероз қаватда эрта туберкулёзга олиб келадиган яллиғланишлар (перитонит, плеврит) аниқланади. Бироқ туберкулёзда интоксикацияга ўхшаш клиник белгилар бўлмаслиги ҳам мумкин. Гениталий туберкулёзи ўчоқли характерга ва авж олиб кечишга мойил бўлади. Нисбий белгиси бўлиб силда ҳайзнинг кеч бошланиши ҳисобланади. Ҳайз циклининг бузилиши туберкулёзли эндометрит ва сальпингоофоритга олиб келади. Аменорея бачадон шиллиқ қаватидаги ўзгаришлар ва эндометрийнинг бириктирувчи тўқимага айланиши сабабли келиб чиқади.

### **Туберкулёзнинг клиник шакли бўйича таснифи ва аёллар жинсий аъзоларида силдан кейинги ўзгаришлар**

А. Фаол белгиси бўйича сил (Va ва Vб гуруҳ диспансер назоратида).

Аёллар жинсий аъзоларининг сили асосан сурункали кечачи ва кам белгили бўлади. Учрашига қараганида кўпроқ бачадон найларида, кейин бачадонда, камроқ - тухумдонда ва жуда кам қин ва ташқи жинсий аъзолари сили кузатилади.

Ҳар бир шаклга хос бўлади: кечиш характери бўйича (ўткир, ўртача ўткир, сурункали), тарқалиши бўйича (бачадон, бачадон бўйни, вульва, қин жароҳатланиши ва қорин пардаси ҳамда қўшни аъзоларда асцит билан бирга), фазаси бўйича (инфильтрация, сўрилиш, оҳакланиш, чандиқланиш), бацилла тарқатувчи (БК+ ва БК- ҳайз қони экмасида, ҳайзлараро даврда жинсий йулдан ажралган ажралмалар).

Б. Бачадон ортиқларининг орттирилган сили (Vv гуруҳи, диспансер назоратида бўлади), периоофорит ва оофорит шаклида (23расм).

Чандиқли-битишма тури (чандиқ ва ички гениталий ва аъзолараро ясси суякли битишмалар).

Бачадон сили.

А. Фаол белгиси бўйича сил

1. Ўчоқли эндометрит

2. Эндометрийнинг таркоқ жароҳатланиши

3. Метроэндометрит

Жараённинг кечиш характери бўйича: ўткир, ўртача ўткир, сурункали бўлиши мумкин.

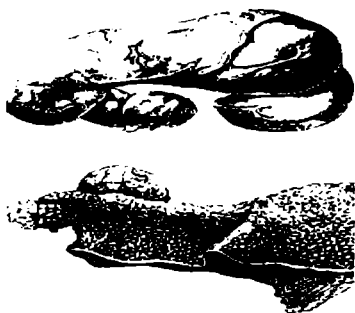
Тарқалиши бўйича (бачадоннинг чегараланган сили ва туберкулёзнинг ортиқлар, вульва, бўйин, қинга тарқалиши). Бацилла ташувчилик: эндометрийдан суртма ва ҳайзлар орасидаги даврда ажралган ажралмаларни экиш натижасида - БК (-), БК (+).

### Бачадон ортиқлари сили

Бачадон ортиқлари силида бачадон найи макроскопик текширилганда қалинлашган, яллиғланиш белгилари, тухумдон билан бирикиш. Битишмалар баъзан яққол кўринади. Бачадон найи сероз қаватида казеоз ўчоқлар кўринади. Най пайпасланганда зичлашганлиги аниқланади. Микроскопик текширувда специфик ўзгаришлар майда, чегараланган ўчоқлар бўлиб аниқланади (продуктив, казеоз характерли кальцинацияланган соҳалар). Бу ўзгаришлар носпецифик яллиғланиш реакциялари билан бирга ўтади.

Тўқиманинг яллиғланиш реакцияси бачадон найининг қалинлашишига олиб келади. Агар жараён қорин бўшлиғига ўтса, у ҳолда атрофини ўраб турган аъзоларда битишмалар ва оғриқ юзага келади. Ҳайз цикли бузилиши мумкин. Бачадон ортиғи яллиғланган ҳосилага айланади. Бу шаклда яққол анатомик ўзгаришлар ва умумий қониқарли ҳолат, бир-бирига мос келмаслиги характерлидир. Айрим ҳолларда касаллик ўткир тус олади, тана ҳарорати кўтарилиши, қалтираш, қоринда оғриқ, пельвиоперитонит ва перитонит ривожланади. Тўлиқ даволанса, бемор тузалади, лекин ёриқлар ҳосил бўлиши мумкин.

Бачадон найи яққол анатомик ўзгаришларга учраган, катталашган, бўшлиғи казеоз масса ва йиринг билан тўлган. Тухумдонда яллиғланиш белгилари, шиллик қаватда бурмалар ва найнинг чуқур соҳаларида ўчоқлар сақланганлиги аниқланади. Шиллик қаватда сил ўсимтала-



23-Расм - Бачадон ва бачадон ортиқларининг сили.

ри борлиги туфайли лимфоид элементлар инфильтрацияланган бўлади. Капсулада баъзан тубоовариал ҳосила алоҳида казеоз ўчоқдек кўрилади. Бачадон ортиқларида даволангандан кейин макроскопик кўринишида бачадон гипоплазияси, най зичлашган, кичик чаноқда дағал фиброз ўсиш, аъзоларнинг нотўғри жойлашуви ва функциясининг бузилиши келиб чиқади. Микроскопик шиллиқ қават склеротик атрофия ва мушак тўқималарида, фиброз кўприк ва най бўшлиғида кальцинатлар кўрилади.

### **Бачадоннинг туберкулёзли жароҳатланиши**

Туберкулёзли эндометрит бачадондан қиринди олиб цитологик текширилганда топилади, улар ҳайз цикли бузилса ва бепуштлик келиб чиққан ва шикоятлари бор пайтда ўтказилганда аниқланади. Касаллик авж олса, патологик жараён эндометрийнинг барча қаватларига тарқалиб кетади. Ҳайз кўриш бузилади (қон кетиш, ҳайзнинг бошқарилиши бузилади, иккиламчи аменорея), касалнинг умумий ҳолати эса қониқарли бўлади.

Гистологик ўртача сил ўсимталари, эндометрийнинг меъёрида бўлмаслиги аниқланади. Генитал сили фибромиомани даволашдан сўнг келиб чиқади. Антибактериал терапиядан кейин бачадон бўйни, вульва ва кин сили камроқ учрайди.

#### **Диагностикаси:**

1. Рентгенологик усул (гистосальпингография)
2. Лаборатор усул (эндометрийни цитологик ва туберкулин синамаси асосида текшириш)

#### **Даволаш:**

1. Комплекс кимётерапия
2. Антибиотикотерапия (рифампицин)
3. Симптоматик яллиғланишга қарши даво
4. Хирургик даво

### **Сўзак**

Сўзакнинг чақирувчиси гонококк (*Neisseria gonorrhoeae*). Уни 1879 йилда А. Neisser Wurttemberg биринчи бўлиб гонококк культурасини ажратиб олган ва касалликнинг патологик кўринишини тасвирлаган. Диплококк шаклида бўлиб, чўзилиб кетган (буйрак шакли), гонококк узунлиги 1,6-1,8 мкм, эни 0,6-0,8. Оралиғида чуқурчаси бор, ташқаридан капсуласимон ҳосила ўраб туради.

#### **Лаборатор диагностикаси:**

Асосий усул бактериологик (гонококк ҳужайра ичи шакли кузатилади, грамманфий). Сўзакда орттирилган иммунитет бўлмайди. Организмнинг реактивлиги ўзгариши ҳозирги вақтда аниқланган. Сўзакнинг 2та формаси бор: янги (узоғи билан 2 ой кечади) ва сурункали.

#### **1. Янги формаси ўз навбатида:**

- ўткир
- ўртача ўткир бўлади

янги торпид (кам симптомли) шаклида сўзак клиник кўриниши ривожланмаса ҳам гонококклар топилади. 2. Сурункали сўзак 2 ой ва ундан кўпроқ вақтдан кейин тўсатдан бошланади. Бу жараён қўзғалишсиз кузатилиши ҳам мумкин.

## Аёлларда сўзакнинг кечиш хусусиятлари

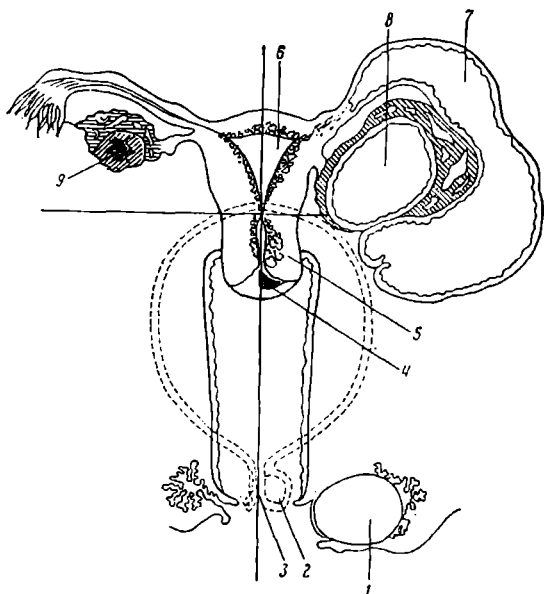
Сўзак умумий инфекцион жараён бўлиб, кўп ўчоқли маҳаллий жадал кечади. Сўнгги йилларда сўзак клиник кўриниши касаллик эпидемиологиясида асосий ўринни эгаллайди. Ҳозирги вақтда аёлларда сўзак яширин ҳолда бошланиб, субъектив бузилишларсиз кечади, шунинг учун узоқ вақт аниқланмай қолади. Юқиш йўллари асосан жинсий йўл билан, камроқ маиший йўл. Яширин даври - 14-15 кунгача. Тарқалиш йўли (24-расм) лимфа томирлари орқали, гонококк қонга тушиши мумкин, қоннинг бактерицид таъсири остида нобуд бўлиб, гонотоксин ажратади. Гонотоксин таъсирида бош оғриғи, анемия, бўғимлар шикастланиши ва бошқалар кузатилади.

Текшириш усуллари. Анамнез йиғиш вақтида касалликнинг қандай ривожланганлиги сўралади, жинсий ҳаётга боғлиқлиги аниқланади. Шикоятлари - гениталийдаги ажралмалар, ҳайз циклидан сўнг қорин пастида оғриқ, ҳарорат кўтарилиши, ациклик қон кетиши, бепуштлиқ.

Объектив текшириш беморни кўздан кечиришдан бошланади, қорин девори пайпасланади, вульвани кўздан кечириш, чов лимфа тугунлари катталаниши. Уретра текширилганда гиперемия, шиш, инфильтрация, пайпасланганда эса хамирсимонлик аниқланади, суртма уретра массаж қилингандан кейин олинади.

Қинни кўзгу билан кўрганда бачадон бўйни цервикал каналидан йирингли ажралмалар келиши кузатилади. Тўғри ичак текширилганда шиш, гиперемия ва ажралмалар кузатилади. Гонококкни аниқлаш қийин бўлгани учун провокация, яъни инфекция кўзатиш усуллари қўлланилади:

1) кимёвий, 2) физиологик, 3) алиментар, 4) биологик (гоновакцина 200-500 ММТ ёки пирогенал 200-250 МПД мушаклар орасига), 5) термик (диатермия). Бактериологик текшируви учун провокациядан 24-48-72 соатдан сўнг суртма олинади, эма 72 соатдан сўнг, 1-2 сутка оралиғида.



24 - Расм. Аёллар жинсий аъзолар сўзагининг тарқалиши.

- 1 Бартолинит.
- 2 - Парауретрит.
- 3 - Кольпит.
- 4 - Цервицит.
- 5 - Эндоцервицит.
- 6 - Эндометрит.
- 7 - Сактосальпинкс.
- 8 - Пиоовар.
- 9 - Тухумдон.



## Кўйи бўлим сўзаги

Вульванинг яллиғланиши – *вульвит*, иккиламчи ривожланади, кўпинча инфантилизмда, ҳомиладорликда ва климакс даврида кузатилади. Клиник кўриниши: ташқи жинсий аъзолар шишган, қизарган, крипталар йиринг билан қопланган. Шикоятлари қичишиш, ачишиш, оғриқ ва ажралмалар келишига бўлади.

Вестибулит юқоридаги касаллик каби ривожланади. Сурункали ҳолатларда клиник кўриниш яққол лакуналарда бўлмайди, без оғизчаларида ҳам нуқтали қизариш кўринишида бўлади (майда хужайрали инфилтратлар периваскуляр ва перигландуляр жойлашган).

*Уретра яллиғланиши* 71,2% сўзакли беморларда кузатилади. Бу асосан уретра безлари касаллиги ҳисобланади.

Клиникаси: тез-тез ва оғриқли сийиш ва симилловчи оғриқларга шикоятлар бўлади.

Кўрик пайтида уретра лаблари қизарган ва шишган, гардиш кўринишида осилиб туради. Уретра пайпасланганда сарғиш ажралма чиқади.

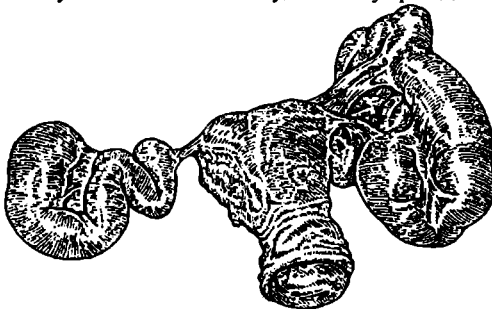
Гистологик текширувида субэритемал тўқима ва эпителий зарарланганлиги, эпителийнинг ўчоқли сйраклашиши, дегрануляция ва десквамацияси аниқланади.

*Парауретрит*. Парауретрал йўллариинг безлари уретрага кириш пастки ярим доирасида жойлашган ва уретранинг жинсий деворларига очилади. Клиникаси: йўллар оғизчаси шишган, қизарган, тугунча кўринишида аниқланади, оғриқли.

*Катта вестибуляр безларнинг яллиғланиши*. Касаллик вульвага, уретрага бачадон бўйнидан йиринг тушиши оқибатида ривожланади. Бу чиқарув йўллариинг яллиғланиши шиллиқ қават юзасида қизил доғ кўринишида бўлади. Чиқарув йўллариинг кириш қисми ёпилиб қолади ва йиринг йиғилиб сохта абсцесс ҳосил бўлади. Катта жинсий лабларнинг пастки 1/3 қисмида флюктуация аниқланади. Сўзакда бартолинит кўпинча икки томонлама бўлади, абсцесс йирингли ҳосила бўлиб, без паренхимаси капсула қисми илвираб туради ва бириктирувчи тўқима билан ўралади. Регионар лимфа тугунлари оғриқли, яллиғланган жойда тери гиперемияланган, без яқиндаги тўқима билан бирикади. Ўсма бирдан оғриқли, ҳаракатсиз ва аниқ чегарали бўлиб қолади.

Яллиғланиш жараёни сурункали босқичига ўтганида чиқарув найлари ёпилиб бартолин безининг кистаси ҳосил бўлиши мумкин. Бунда яллиғланиш белгилари бўлмайди.

Сўзакли *вагинит* жуда кам учрайди.



25 – Расм. Икки томонлама сактосальпинкс.

## Юқорига кўтарилувчи сўзак

*Эндометрит* 60% сўзакли касалларда бачадон шиллиқ қаватида яллиғланиш келиб чиқади. Касаллик пайдо бўлгандан сўнг йирингли ажралмалар оқади. Иккала қўл билан текширилганда бачадон оғриқли, катталашган, юмшоқ консистенцияли. Навбатдаги ҳайзда эпителий регенерацияси тез юзага чиқади, баъзан ҳайз орасида қон ажралиши (12-14 кун) кузатилади ва бу оғриқли бўлади.

*Сальпингоофорит*. Кўтарилувчи инфекция бачадондан бачадон найига, тухумдонга, қорин пардага тарқалади. Сўзакли жароҳатланиш найда асосан икки томонлама бўлади. Бошланғич даврида най шиллиқ қавати шишган, қизарган, қалинлашган. Бурмалар стромасида инфилтратлар, лейкоцит, плазматик ҳужайралар, лимфоцитлар кузатилади. Эпителийнинг ҳар хил қисмларида жароҳатланиш кузатилади, бурмалар ёпишади. Бўшлиқда эксудат йиғилади. Фимбриялар ёпишади ва найнинг ампуляр қисми ёпилади. Йирингли жараёнда найнинг ампуляр ва истмик қисми ёпилади. Най 20 см га катталашади, ретортасимон шаклга киради ва ичида йиринг йиғилади.

Сўзакли оофорит сальпингитдан кейин ривожланади, қорин пардани жароҳатлантиради ва кейин тухумдонга тарқалади. Кириш эшиги бўлиб фолликул ва сариқ тана ҳисобланади. Йирингли фолликулда сохта абсцесс бўлиб, у тухумдон паренхимасига тарқалади ва чин абсцессли аднекситга (пиевар) айланади. Сурункали сальпингитда найнинг мушак қаватида характерли дистрофик ўзгаришлар ва тубоовариал ўсма бўлади.

Йирингли сальпингоофорит (пиосальпинкс) клиник кўринишида яллиғланиш жараёнининг кўзғалиши ва ҳайз циклининг бузилиши бўлади. Кўп беморларда касаллик натижасида умумий ҳолатнинг пасайиши, ҳарорат кўтарилиши (39° ва ундан ошиши), қонда лейкоцитларнинг ошиши (40-60 минг) кузатилади. Икки қўллаб гинекологик текширишда икки томонлама қалинлашган, шишган ва пайпаслаганда оғриқли ортиқлар аниқланади (25-расм). Тўлғоқсимон оғриқлар ва қалтираш юз беради. Пиосальпинкс ҳосиласида беморлар аҳволи оғирлашади (оғриқ мезогастрал соҳада кучаяди, кўнгил айниши, метеоризм, ахлат тутилиши).

Эрта бошланганда най функциясини тиклаш мақсадида яллиғланишга қарши маҳаллий реакциялар кучаяди, йиринг тарқалмаслиги учун най фимбриялари ёпишиб қолади. Йирингли сальпингоофорит ва пиосальпинкс бир неча ой даврий кўзғалишли кечади ва сурункали характерга эга бўлади. Лекин инфекциянинг вирулентлиги кучли бўлса, йиринг қисман қорин бўшлиғига тушади, ўткир касаллик кўриниши юзага чиқади. Қин орқали текширишда бачадон ёнбошида яллиғланиш ўсмаси аниқланади. Тухумдонда яллиғланиш ҳайз функцияси бузилишини юзага чиқаради. В.С.Колипер (1976) фолликул етилиши қисқаришини ва ҳайз цикли ўзгаришини айтиб ўтган. Сариқ тана жароҳатланиши узоқ вақт ҳайз орталиғи даврида қон кетишига олиб келади. Йирингли сальпингит репродуктив функциясининг бузилишига, яъни бепуштликга олиб келади. Ўткир сўзакда эрта даволаш оқибати ижобий, сурункалида аъзо функциясининг тикланиши кам учрайди.

*Пельвиоперитонит*. Гонококк қорин бўшлиғига каналикуляр йўл билан йиринглаган найдан ва лимфоген йўл орқали тушади. Клиник кўриниши: қорин пастки қисмида бирданига оғриқ, ҳаракатланганда кучайиши, бош айланиши, кўнгил айниши, қусиш, ахлат тутилиши, газ ушланиши.

Ҳарорат 40 даражагача ва ундан юқори, доимий иситмалаш. Иштаҳа йўқолади, тил оқаради, қуруқлашади. Қорин пайпасланганда гипогастрал соҳада оғриқли бўлади. Касаллик ҳайз, аборт, туғруқдан кейин, жисмоний зўриқишдан кейин пайдо бўлади. Йирингли пельвиоперитонит ўз вақтида даволанса оқибати ижобий.

Сўзакли диффуз *перитонит* клиникаси. Касаллик бирдан бошланади. «Ўтқир қорин» клиникаси кам ривожланади, перитонеал кўринишлар асосан 2-3 кун (7 кунгача) сақланади ва тез йўқолади. Тана ҳарорати унча юқори бўлмади, касаллик авж олса юрак етишмовчилиги бўлиб, ичак парези кузатилади. Леталлик 15-25%ни ташкил этади. Оператив амалиётлар маҳаллий ва умумий симптомларга асосланиб бажарилади.

#### **Даволаш:**

1. Иммунотерапия  
специфик - гоновакцина  
носпецифик - пирогенал  
аутогемотерапия
2. Маҳаллий терапия (УФО)
3. Физиотерапия (диатермия, электрофорез, УВЧ)

Кўтарилувчи сўзакда:

1. Антибиотиклар (зитроцин 500мг, ифицеф, нолицин 400мг-1 табл.  
2 маҳал 3-7 кун, ципринол 500мг, вибромидин 0,2-0,5 г суткасига, тромбидин 2 г м/и 1 марта, цефтриаксон еки ледацин 250 мг м/и, рокситромицин 150 мг 2 маҳал 7-10кун)
2. Дезинтоксикацион терапия
3. В, С, Р витамин гуруҳлари
4. Иммунокоррекция ва физиотерапия.

#### **Трихомониаз**

1836 йили Донне қиндан бир хужайрали хивчинли паразитни топди. 1870 йилда И.П. Лазерович қиннинг шиллиқ қаватидаги айрим яллиғланиш касалликларида *Trichomonas vaginalis* бор эканлигини исботлади. Трихомонада бирламчи локализация бўйича жойлашади, яхши шароитда кўпаяди ва шиллиқ қаватда ўзига хос яллиғланиш реакциясини чақиради. Трихомонада инфекцияси юққандан кейин қуйидаги клиник белгилар кузатилади: қичишиш, вульва соҳасида ачишиш, кўпikli оқчил келиши.

Трихомонадали кольпит. Ўтқир кольпитда беморлар узоқ вақт келувчи суюқ, кўпikli, оқ-сарик ва сарғиш рангли оқчил оқишдан шикоят қиладилар. Узоқ вақт эпителий бириқиши ҳисобига шиллиқ қават ушоқсимон, йирингли хужайралар қаймоқсимон бўлиб қолади. Оқчил бадбўй ҳидли ва емирувчи характерга эга. Баъзи беморлар қорин пастиди, белда, баъзан сийиш ва жинсий алоқа пайтида оғриқдан шикоят қиладилар.

Кўздан кечирилганда қин деворлари шишган, қизарган, оғриқсиз. Ўтқир трихомониаз оддий, макулёзли, гранулёзли, яралли ва аралаш бўлади. Бу шаклларида қинда патологик трансудат миқдорининг ошиши кузатилади. Ажралмалар кўп бўлиб, улар ҳамма чуқурликларни тўлдиради ва баъдан бўйнининг қиндаги қисми «унда чўмилаётгандек» туюлади. Миқдори, рангги, ҳиди ва консистенцияси трихомонадага хос. Трихомонадалар кўпроқ қўшимча флора билан бирга аниқланади. Касаллик организмдаги айрим шароитларда, яъни ҳомиладорлик, аборт ва бошқа оператив муола-

жалардан кейин ривожланади. Жараён қиндаги бачадон бўйнини зарарлантиради. Баъзи беморларда бачадон бўйнида унча катта бўлмаган эрозив ўчоқлар ва қизил грануляциялар топилади.

Ўрта ўткир трихомониазда ҳам шу симптомлар кузатилади (ўткир трихомонада симптомлари сингари). Сурункали трихомонадали кольпитда шикоят ва клиник кўринишлари бирдан бошланади, касаллик профилактик кўрик вақтида беҳосдан аниқланади. Ташқи жинсий аъзолар атрофида дерматит, қин кириш қисмида шиш, гиперемия, бачадон бўйни ҳам кўпинча қизарган бўлади. Шиллиқ қават оғриқсиз, майда ўчоқли, ярали, шишган. Ажралмалар қуюқ, оқ рангли, кўпикли бўлади. Баъзан ўткир учли кондиломалар учрайди.

**Диагностикаси:** текширишнинг культурал усули

Аёлнинг даволаниши албатда турмуш ўртоғи билан бирга ўтказилади.

Трихопол (ёки эфлоран, флагил, метрагил, метранидазол-ТЕВА) 1 таб х 3 марта, бир курсга 20 таблетка. Бошқа препаратлардан фазижин, наксоджин (тинидазол), атрикан 1капсуладан 2маҳал 4кун, тиберал 1капсуладан 2маҳал бкун иммунитетни мустақкамловчи дорилар қўлланилади. Маҳаллий даволаш учун трихомонацид, клион-Д, тержинан қўлланилади.

### **Жинсий аъзолар хламидиози**

Хламидиялар (*Chlamydia trachomatis*) – грам манфий бактериялар бўлиб, иккита ҳаёт шаклига эга: инфекцион, ҳужайрадан ташқари жойлашган (элементар танача) ва ҳужайра ичида жойлашган ноинфекцион босқичи (ретикуляр танача). Инкубацион даври 5-30 кун. Эмбрионларга инфекция узатилиши исботланган.

Охирги ўн йиллик давридаги изланишлар яллиғланиш касалликларини чақирувчилар ичида хламидиялар аҳамияти тобора ошиб боришини кўрсатмоқда. Хламидияли яллиғланиш касалликлари эркакларда (уретрит, эпидидимит, орхидидимит, простатит), аёлларда бўлиши мумкин (кольпит, цервицит, эрозиялар, уретрит, сальпингит ва бошқалар), ҳатто чақалоқларда (конъюнктивит, отит, пневмония) инфекцияланган туғруқ йўллاردан туғилганида касаллик пайдо бўлиши мумкин.

Касаллик асосан кам белгили, узоқ вақт давом этиб, тез-тез қайта ўткирлашиши мумкин. Клиник кечиши эса бошқа чақирувчилар қўзғатган касалликларга ўхшаш бўлади. Сурункали хламидияли сальпингит найларнинг интерстициал қисмида битишмалар ҳосил қилиб найли бепуштликка ёки бачадондан ташқари ҳомиладорликка олиб келади.

Лаборатор ташхиси: хламидиялар оддий бактериологик текширувда аниқланмайди. Шиллиқ қават қириндиси ва суртмани ўрганиш учун махсус цитологик таҳлил специфик моноклонал антитаначали муҳитда ўстирилади ва микробнинг ДНКси бир қисми бир неча минг маротаба кўпайтирилиб аниқлашга осон қилиб беради (ПЦР усули). Қонда хламидияларни аниқлаш учун иммунофермент анализи ёрдамида специфик антитаначалар JgG ва IgM топилади ёки ПЦР усулида текширилади.

Даволаш асослари: ушбу касалликни илк даврларида ташхислаш, вақтида турмуш ўртоғи билан бирга даволаса ижобий натижага эришиш мумкин. Хламидиозни даволашда этиотроп препаратлар қўлланилиши керак: далацин Ц 0,3г 4маҳал, макропен 1таблеткадан 3маҳал 14 кун ёки зитроцин 0,1 мг 1 маҳал 3 кун, вибрамицин(доксциклин) 0,1 г х 2 маҳал, 7 кун,

макролидлар гуруҳидан, рокситромицин-ЛЕК ёки роксибел 150мг 2 маҳал 5кун, эритромицин 0,25г х 2 маҳал 7 кун, ровамицин 3,0 млн 2 маҳал 5 кун сумамед 0,25 г х 2 маҳал 6 кун, фторхинолон гуруҳидан, ципринол(сисперс) 500 мг 2 маҳал 7 кун абактал 400 мг х 2 маҳал 10 кун ва бошқалар. Кўпинча антибактериал терапия инфекция йўқолишига эмас, балки кам симптомли, субклиник ёки латент кечувчи хламидиозга айлантиради. Бачадон бўйни эрозиясида маҳаллий даволаш ҳам ўтказилади (мойчечак, эвкалипт эритмаси билан ювилгандан сўнг антибактериал малҳамлар эритромицин-ТЕВА, цефалексин-ТЕВА, тетрациклин), ёрдам бермаса бачадон бўйни диатермокоагуляция, криодеструкцияси қўлланилади.

### **Уреаплазмоз ва микоплазмоз**

Ташқи муҳитда кенг тарқалган ва жуда хилма-хил микоплазмалардан фақат олти тури одам организмига зиён етказиши мумкин. Булардан икки хили *Mycoplasma hominis* ва *Ureaplasma urealyticum* жинсий тизим аъзоларида яллиғланиш касалликларига олиб келиши мумкин. Патоген фаоллигини микоплазмалар организмда қаршилиқ кучлари ва иммунитет пасайганда кўрсатади. Кўпинча уреоплазма ва микоплазмалар бошқа микроблар билан бирга аниқланади.

Ташхис қўйиш учун қонда специфик антитаначалар IgM ва IgG аниқланади ёки бачадон бўйнинг цервикал каналдан культурал цитологик усул ёрдамида аниқланади. Микоплазмалар қин ажралмасида «қовурилган тухум» колониялари кўринишида аниқланади.

Ташқи жинсий аъзолар зарарланиши суст кўринишда бўлади. Кўпинча сийдик системаси бирламчи зарарланади. Бачадон ортиқлари яллиғланиш касалликларида ҳайз цикли бузилиши қўшилади. Микоплазма ва уреоплазмалар бепуштликга олиб келади. Ҳомиладорлик даврида ўз-ўзидан ҳомила тушиши, ҳомиланинг ривожланишдан тўхтаб қолиши, ўлик ҳомила туғилиши, туғруқдан олдин сув кетиши, муддатдан олдин туғруқ, чилла даврида септик касалликлар кузатилади. Янги туғилган чақалоқларда неонатал ўлим кузатилиши мумкин.

**Даволаш** хламидиозда қўлланиладиган препаратлар билан ўтказилади.

### **Оддий герпес вируси (ОГВ)**

Жинсий аъзолар касалликларини кўзгатадиган вируслардан энг кўп учрайдигани оддий герпес вируси. Вирус ҳаво-томчи ва жинсий йўл билан тарқалади. Бирламчи инфекциялангандан кейин ОГВ латент формасига айланади ва кейинчалик иммунитет пасайган ҳолларда (грипп, юқумли касалликлар ва бошқалар) реактивацияга учрайди. Умумий ҳолат ўзгаради, бош оғриғи, бир хилда баланд тана ҳарорати бўлиши мумкин. Шуниндек, тери ва шиллиқ қаватларда герпетик тошмалар пайдо бўлади. Герпетик касаллик кўп хил клиник кўринишлар билан ифодаланади: ўткир ёки сурункали формаларида кўз, милклар, оғиз бўшлиғи, тери, шиллиқ қаватлар, ички аъзолар, марказий нерв тизими ва айниқса жинсий ва пешоб чиқарувчи аъзолар касалликлари.

ОГП ҳомиладор аёлда йўлдош орқали осон ўтиб, ҳомиланинг инфекцияланишига олиб келади. Вирус биринчи ўринда нерв тубининг патологияси ва нуқсонларига (анэнцефалия, гидроцефалия, *spinae bifida*), хромосом ўзгаришларига олиб келади. Ҳомиладорликнинг патологик (ҳо-

мила тушиш хавфи, ҳомиланинг ўз-ўзидан тушиши) кечиши ҳам вирус таъсирида келиб чиқиши мумкин. Тугилган чақалоқларда герпес вируси нерв тизими касалликларига олиб келади.

Сўнги йиллардаги илмий текширувлар шуни кўрсатдики, герпетик инфекция иммун тизим фаолиятини кескин пасайтиради ва бошқа вируслар ва бактериялар ассоциацияси билан бирга аниқланади.

**Текшириш усуллари:** иммунофермент анализи специфик антитаначаларни IgG ва IgM аниқлаш йўли билан, ПЦР қонда ва жинсий йўлларда. Даволаш учун герпесга қарши препаратлардан ацикловир, зовиракс, виroleкс, улкарил 200 мг ҳар 3 соатда 5 маҳал кечасидан ташқари 7-12 кун давомида, циклоферон 2мл мушаклар ичига 8-10 мартаба, иммуномодуляторлардан иммуномодулин, тимоген, тималин, виферон суппозиториялари икки маҳал перректал 10 кун давомида, умумий қувватлантирувчи терапия, витаминлар. Маҳаллий даволаш учун герпетик тошмаларга зовиракс ёки ацикловир креми 3-5 маҳал қўлланилади.

### Цитомегаловирус

Сўнги йилларда жинсий тизим аъзолари касалликларининг этиологик сабабларидан цитомегаловирус (ЦМВ) ва оддий герпес вируси (ОГВ) аҳамияти аниқланган. ЦМВ йўлдош орқали ҳомиллага ўтиб, турли ҳил нуқсонларга олиб келиши мумкин. Биринчи ўринда нерв тубининг нуқсонларига ва ҳомила нобуд бўлишига ёки касал бўлиб туғилишига (микроцефалия, кўрлик, эпилепсия, церебрал фалаж ва бошқалар) сабабчи бўлади. Касаллик ҳаво-томчи ва жинсий йўл билан тарқалади.

Клиник кечиши асосан латент кечувчи ва субклиник, сурункали сальпингоофорит, эндометрит, кольпит бўлиб ўтади. Ҳомиладорлик даврида ўткир формаси ва сурункали ЦМВ ўткирлаши (асосан ЎРВИ клиникаси мавжуд бўлади) ҳомила касалланишига олиб келиши мумкин.

**Ташҳис қўйиш** учун қонда специфик антитаначалар IgG ва IgM иммунофермент анализи билан ёки ПЦР усулида аниқланади. Цервикал каналдан цитологик усул ёрдамида топилади.

**Даволаш асослари.** Дунёнинг 80 % аҳолисида қонда ЦМВга қарши антитаначалар мавжуд. Шунинг учун организмнинг иммун тизими фаолиятини яхшилаш ва вирусларга қарши даволаш натижасида қонда антиген миқдори камайиб, антивирус антитаначаларининг сони ҳам нисбатан камайишига олиб келади. Даволашни ҳомиладорликдан олдин ва ҳомиладорлик даврида 12 ҳафтасидан кейин ўтказиш сарур.

Антивирус препаратлардан циклоферон, зовиракс, виroleкс, ацикловир, улкарил қўлланилади. Иммунокоррекция учун виферон перректал суппозиторийлар 2 маҳал 10 кун давомида, виусид 1 пор 2 маҳал 10 кун давомида, иммуномодулин 1,0 мушаклар ичига 10 кун давомида, тимоген, тималин, тимоптин каби носпецифик иммуномодуляторлар, балиқ ёғи (рыбий жир) витаминлар қўлланилади. Даволашда плазма ферез, АУФОК (аутоқонни ультрабинафша нурлар билан зарарсизлантириш) қўлланиш ҳам самарали бўлади.

### Одам иммунтанқислиги вируси

Ортирилган иммун танқислик синдромининг (ОИТС) чақирувчиси биринчи марта 1983 йилда Франциядаги Пастер институтининг олими Люк

Монтанье томонидан аниқланган. Касаллик асосан жинсий йўл билан ва контакт-маиший йўл билан юқиши мумкин.

Синдромнинг ривожланишига асосий сабаблардан бири иммун тизим Т-хелпер лимфоцитларининг (антитаначалар ишлаб чиқаришдаги ёрдамчилар) жараҳатланиши бўлади. Бирламчи белги бўлиб дерматоз пайдо бўлади, ундан кейин тарқалган лимфоаденопатия камида 3 ой давомида. Ушбу ҳолат 1,5 – 3 йилгача ягона белги бўлиши мумкин. Лекин баъзан, айниқса касалликнинг охириги босқичида ҳолсизлик, субфебрилитет, тунда терлаш, миалгия, артралгия, спленомегалия, неврологик симптомлар, Т-хелперлар сонининг камайиш белгилари қўшилади.

Одам иммунтанқислиги вируси негизида оддий герпес вируси ва кандидознинг қайталаниши шиллиқ қаватларни касаллантиради. Клиникаси жуда оғир ва оғриқли кечади ва ОИТС ривожланишига олиб келади.

Инкубацион даври 3-4 ҳафтадан 5-6 йилгача. Вирус термолабил бўлиб, 20 минут давомида 56° С таъсирида инактивацияга учрайди. Лекин хона ҳароратида вирус буюмлар ва анжомларда 7 кунгача сақланади ва фаол бўлади.

**Ташхис** қонда иммунофермент усули билан специфик антитаначаларни аниқлаш ва иммун тизимидаги ўзгаришларга асосан аниқланади.

**Даволаш** учун вирусга қарши эффе́ктив чоралар йўқ. Даволашда иммунитетостимуляторлар: изопринозин, тимозин, индометацин, циклоспорин А, интерферонлар, азидотимидин ва ламивудин қўлланилади.

#### **Клиник мисоллар**

1. 28 ёшли аёл қуйидаги шикоятлар билан мурожаат қилди. Жинсий алоқадан 3 кундан кейин қин ва ташқи жинсий аъзоларида кучли қичишиш ва қўп миқдорда оқ кўпиксимон ажралмалар пайдо бўлди. Шахсий гигиеник муолажалар ёрдам бермаган. Қандай таҳлил ўтказиш керак? Тахминий ташхис қандай?

**Жавоб:** Қин орқа гумбазидан суртма олиб микроскоп ёрдамида кўриш.

Трихомонадали кольпит.

2. 22 ёшли аёл гинекологик бўлимга қорин пастки қисмида кучли оғриқлардан шикоят қилиб келди. Оғриқлар ҳайз тугагандан кейин 2 кун ўтгач тўсатдан бошланган, юрганда кучаймоқда. Жинсий аъзоларидан йирингли ажралмалар келмоқда. Ташхис қўйиш учун қандай текширув ўтказилади? Тахминий ташхис?

**Жавоб:** Уретрадан ва бачадон цервикал каналидан бактериологик анализ - экма олиш.

Сурункали сўзакли сальпингоофоритнинг ўткирлашган формаси.

3. 40 ёшдаги аёл бачадон ортиқлари яллиғланиш касаллиги сабабли бир неча марта гинекологик бўлимда даволанган. Кўрик пайтида тухумдон соҳасида юмшоқ оғриқли ҳосила пайпасланмоқда. Тана ҳарорати 38°С. Умумий ҳолати ўртача оғирликда. Тахминий ташхис? Даволаш?

**Жавоб:** Тухумдон абсцесси, сўзакли бўлиши мумкин. Бактериологик таҳлил ўтказиш керак. Аввал антибактериал терапия, ижобий ўзгаришлар бўлмаса, хирургик даволанади.

## **"АМАЛИЙ КЎНИКМАЛАР".**

### **I. "Сурункали яллиғланиш касалликларда провокация усуллари"**

**Мақсад:** касаллик чақирувчисини аниқлаш учун провокация (инфекцияни қўзғатиш) ўтказиш

**Таъминланиши:** гинекологик кресло, кўзгулар, 1% протаргол эритмаси, 2,0 шприц, физиотерапия хонасида диатермия аппарати.

#### **Қадамлар:**

1. Физиологик провокация - ҳайзнинг 4-5 кунлари суртма олинади.
2. Биологик провокация – гоновакцина 200-500 ММТ мушаклар ичига юборилади ёки пирогенал 200-250 МПД мушаклар ичига.
3. Кимёвий провокация – уретра ва бачадон бўйни ташқи бўғзига 1% протаргол суртилади.
4. Алиментар провокация – анализ олинишидан бир кун олдин аччиқ ва шўр озиқ-овқатлар истеъмол қилинади ва озроқ спиртли ичимлик ичилади.
5. Физик ёки термик провокация қорин пастки қисмига диатермия қилинади.

Бактериологик анализ провокация қилингандан 24,48 ва 72 соат ўтганидан кейин олинади.

### **II. Бактериологик анализ услуби**

**Мақсад:** касаллик чақирувчисини аниқлаш

**Таъминланиши:** гинекологик кресло, спиртовка, стерил пробиркалар озиқлантирувчи суюқлиги билан, Эсмарх қовузлоғи, кўзгулар

#### **Қадамлар:**

1. Аёлга анализ зарурлиги ва қандай қилиниши тушунтирилади.
2. Аёл гинекологик креслога ётқизилади.
3. Спиртовкада куйдирилган стерил Эсмарх қовузлоғи ёрдамида стерил пробиркага уретрадан суртма олинади.
4. Бачадон бўйни кўзгулар ёрдамида очилади. Куйдирилган стерил Эсмарх қовузлоғи ёрдамида бачадон бўйнининг ташқи бўғзидан суртма стерил пробиркага олинади.
5. Пробиркалар белгиланади, журналга қайд қилинади ва бактериологик лабораторияга юборилади.

## **ЎРГАТУВЧИ ТЕСТЛАР**

1. Жинсий органларнинг қайси 4та қисми сўзак билан зарарланишга мойил.
  1. уретра;
  2. цервикал канал;
  3. бачадон найлари;
  4. бартолин безлари йўли.
2. Специфик микрофлорани провокациялашнинг 5 усулини айтинг:
  1. физиологик;
  2. биологик;
  3. кимёвий;
  4. алиментар;
  5. термик.



3. Ўрта ёшдаги аёлларда жинсий аъзолари сўзак инфекциясининг локализацияси.
  1. уретра;
  2. парауретрал безлари;
  3. бартолин безлари;
  4. бачадон найлари.
  
4. Қайси клиник белгилар бачадон найларининг туберкулез этиологияли яллиғланишига асос бўла олади.
  1. қорин пастида ўтмас оғриқлар;
  2. субфебрил ҳарорат;
  3. Пирке, Манту - реакциялари мусбат;
  4. бошқа органларда туберкулез ўчоқларининг бўлиши.
  
5. Қайси микроорганизм специфик яллиғланишга сабаб бўлади.
  1. трихоманадлар;
  2. хламидийлар;
  3. кандида;
  4. гонококклар.
  
6. Қандай клиник ва лаборатор хулосаларга асосланиб трихомонад кольпитни аниқлаш мумкин?
  1. аёл қинда ачишиш ва қичишишга шикоят қилади;
  2. қин кўзгулари орқали кўрилганда: қин деворлари қизарган ва йирингли кўпирувчан оқма кўринади;
  3. бактериоскопик текширувда қин оқмасидан трихоманадлар топилади.
  
7. Қин шиллиқ пардасининг трихомонадли яллиғланишида қандай даволаш усуллари қўлланилади?
  1. трихопол таблеткаларини ичиш;
  2. флагил таблеткасини ичиш;
  3. калий перманганат эритмаси билан қинни чайиш;
  4. тинидазол.
  
8. Сўзакнинг клиник формаларини кўрсатинг
  1. вульвит
  2. бартолинит
  3. сальпингоофорит
  4. пельвиоперитонит
  5. перитонит
  
9. Хламидиознинг клиник-лаборатор белгиларини кўрсатинг
  1. клиникаси кам белгили
  2. кўп йил давомидаги бепуштлик
  3. цервикал каналдан цитологик усул ва ПЦР ёрдамида аниқланади
  4. қонда специфик иммуноглобулинлар IgG ва IgM аниқланади ёки ПЦР усули билан аниқланади

10. Хламидиозни даволаш асослари
  1. тетрациклин гуруҳидаги препаратлар: тетрациклин, доксициклин
  2. макролидлар гуруҳидаги препаратлар: эритромицин, сумамед
  3. турмуш ўртоғи билан биргаликда даволаш ўтказилади
  4. иммунокорректорларни қўллаш
  5. умумий ва маҳаллий даволаш ўтказилади
11. Уреаплазмознинг клиник ва анамнестик хусусиятлари:
  1. кам белгилли касаллик
  2. кўзгулар ёрдамида қўрганда бачадон бўйни эрозияси, эндоцервицит аниқланиши мумкин
  3. анамнезда буйрак ва пешоб чиқарадиган йўлларнинг касалликлари
  4. турмуш ўртоғида простатит аломатлари
  5. анамнезда ҳомилани ўз-ўзидан тушиши ва ривожланишдан тўхтаб қолган ҳомиладорлик бўлган

### *НАЗОРАТ УЧУН САВОЛЛАР*

1. Жинсий аъзолар туберкулёзининг келиб чиқиши.
2. Силнинг клиникаси ва кечиши бўйича формалари.
3. Бачадон ва бачадон ортиқлари силининг асосий клиник белгилари.
4. Туберкулёз ташхисини қуйиш учун қўлланадиган усуллар
5. Даволаш асослари.
6. Сўзак чақирувчисини таърифи.
7. Сўзакнинг клиник формалари.
8. Сўзакни ташхислаш усуллари.
9. Жинсий аъзолардаги сўзак клиник формаларининг таърифи.
10. Сўзакни даволаш асослари.
11. Трихомониаз чақирувчиси ва клиник формалари.
12. Трихомониазнинг ташхиси ва даволаш асослари.
13. Жинсий аъзолар хламидиозининг чақирувчиси, хусусиятлари.
14. Хламидиоз клиникаси ва асоратлари.
15. Хламидиозни ташхислаш ва даволаш усуллари.
16. Мико- ва уреоплазмоз чақирувчилари, аниқлаш усуллари.
17. Микоплазмозлар асоратлари, даволаш асослари.

## АБОРТЛАР

**Мақсад:** абортлар сабабларини, клиник кечиш турлари, аниқлаш усуллари, ёрдам кўрсатиш тадбирлари, олдини олиш усуллари билан таништириш.

### **Вазифалар:**

1. Аборт
2. Абортнинг турлари
3. Абортга олиб келувчи сабаблар
4. Абортларнинг клиник кечиши
5. Абортларни даволаш турлари
6. Абортларнинг олдини олиш чора-тадбирлари

Хомиладорликнинг дастлабки haftасидан то 22 haftасигача ёки хомилани вази 500 г этилишгача тўхташи аборт (бола ташлаш) хисобланади.

Хомиладорликнинг тўхташ муддатига қараб:

- а) эрта бошланган аборт (13-14 haftагача)
- б) кечиккан (14-22 haftагача) аборт деб юритилади.

Уруғланиш, имплантация ва эмбрион тараққиёти 26-28 расмларда кўрсатилган.

Хомиладорликнинг тўхташ сабабларига кўра:

1. Аёлнинг хохиши билан қилинадиган ёки тиббий кўрсатмаси билан тўхтатиладиган сунъий аборт атилади. 2. Ўз-ўзидан (ихтиёрсиз) содир бўладиган аборт энг кўп учрайди. 3. Аёлнинг ўзи бошқа киши ёрдамида тиббиёт қоидаларига хилоф бола тушириши хавфсиз эмас (криминал, жиний) аборт деб юритилади.

Агар ўз-ўзидан содир бўладиган абортлар бир неча марта бирин-кетин такрорланса, бу одат бўлиб қолган бола ташлашга киради.

Ихтиёрсиз бола ташлашга ўткир ва сурункали юқумли касалликлар (грипп, юқумли гепатит, сил, бруцеллёз, захм) ревматизм, ангина, пневмония, пиелонефрит, аппендицит, ички секреция безлари касалликлари сабаб бўлиши мумкин (29-30 расм).

Она билан хомила қонининг резус жихатдан мос келмаслиги (онада резус-манфий, хомилада резус-мусбат қон бўлса) хомиладорликни тўхтатишга олиб келади. Яқин қариндошлар орасидаги турмуш, хромосом – генетик ўзгаришлар натижасида хомила нуқсони ривожланиши ва тушишига сабаб бўлади (31-32 расм).

Ички жинсий аъзолар (бачадон, тухумдон, бачадон найлари) фаолиятининг етишмовчилиги (инфантилизм), бачадон ва найлар, тухумдонларнинг туғма нуқсонлари, тухумдон ва бачадон ўсмалари, бачадон бўйнининг олдинги туғруқда йиртилиши каби кўпгина ҳолатлар бола ташлашга сабаб бўлади. Аёлда тўсатдан содир бўладиган рухий шикастланиш, жисмоний оғир меҳнат, ҳар хил жароҳатлар ўз-ўзидан бола тушишига имкон туғдиради (33-расм).

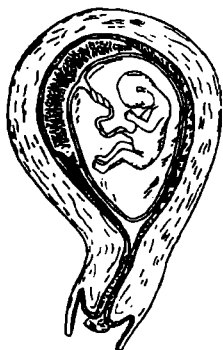
Бачадон, бачадон найлари, туғруқ йўллари (бачадон бўйни, қин, сийдик йўллари)нинг сурункали яллиғланиши натижасида она қорнида хомила ва йўлдошга касалликнинг микроблари ўтиб уларни шикастлайди хомила она қорнида нобуд бўлади ва хомиладорлик ривожланишдан тўхтади (34-расм), яъни бола ташлаш содир бўлади. Хомиладорликнинг дастлабки 12-



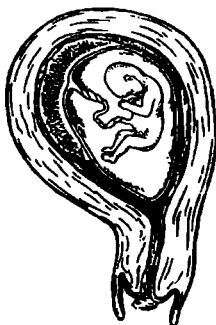
31 – расм. Нуқсонли абортус

Ўз-ўзидан содир бўладиган аборт клиник босқичига кўра бир неча турга бўлинади (35-расм): а) аборт хавфи (тахдид қилувчи аборт), б) бошланган аборт, в) жадаллашган аборт, г) чала, д) тўлиқ аборт.

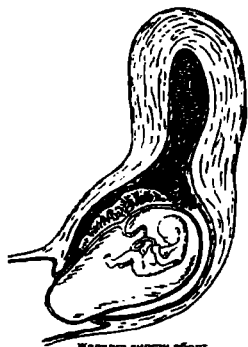
Бундан ташқари ихтиёрсиз абортлар клиник кечишига қараб инфекциёсиз ва инфекция тушган абортларга бўлинади.



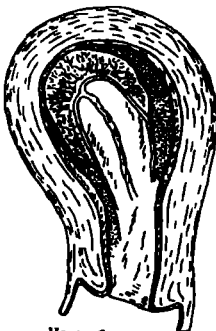
Тахдид қилувчи аборт.



Бошланган аборт.



Жадаллашган аборт



Чала аборт.

35- расм. Абортларни клиник кечиши

14 хафтасигача ўз-ўзидан содир бўладиган абортлар тухумдондан ажраладиган гормон (эстрогенлар, прогестерон) миқдори камайганлигига сабаб бўлса, кечиккан (12-22 хафтада) абортлар кўпгина ўткир ва сурункали касалликлар, юқумли ўткир касалликлар, резус мос келмаслик, аввалги туғруқда бачадон бўйни шикастланиши, қанд касалликлари кабилар натижасида юзага келади.

Ихтиёрсиз бола тушишининг яна бир тури – ўсмай қолган ёки халк орасида “ёпишган хонила” деб ҳам юритиладиган абортдир. Бунда хонила йўлдош бачадон деворларидан ажралиб нобуд бўлгач, бачадон қисқармаганлиги, бачадон бўйни очилмаганлиги сабабли бачадондан ташқарига чиқмай қолади.

### Клиник белгилари

Ихтиёрсиз абортнинг биринчи босқичи-аборт хавфида аёл қорнининг пастиди ва белида дардга ўхшаш оғриқ сезади.

Бунда қин орқали текшириб кўрилганда бачадон хажми хониладорлик муддатига тўғри келиб, бачадон бироз қисқаради, аммо бўйни очилмаган бўлади.

Бошланаётган аборт бола ташлашнинг иккинчи босқичи—хонила тушишининг бошланиши бўлиб,

аёл оғриқдан ташқари жинсий йўллардан бироз қон кетаётганидан шикоят қилади. Қин орқали текширганда бунда ҳам бачадон хажми хомиладорлик муддатига мос келади, бачадон деворлари қисқаради, бачадон бўйни тешиги берк ёки ташқи тешиги бармоқ учича очилган бўлиши мумкин. Агар жинсий йўлларда кўп миқдорда ёки узоқ вақт қон кетиш кузатилса, хомиладорликнинг келгусида ривожланишига имкон бўлмай қолади, чунки бачадон деворидан хомила ва бошланғич йўлдош (хорион) кўпроқ кўчган бўлади.

Абортларда бу дастлабки иккинчи босқичида хомиладорлар тезда туғруқхонага ётқизилиб, тинч шароитда яратиш ва бачадоннинг қисқариш хусусиятини камайтирадига дорилар қўлланилиши керак. Но-Шпа 2 мл дан, папавериннинг 2% ли эритмасидан 2 мл, витамин Е нинг 5-10% эритмасидан 1мл, прогестероннинг 1-2,5% эритмасидан 1,0мл дан кунига 1 марта мушак орасига юборилади. Магнийнинг сульфат 25% ли эритмасидан 5-10 мл га новокаиннинг 0,5% ли эритмасидан 5мл қўшиб, кунига 1-2 марта 5-6 кун давомида мушаклар орасига юборилади.

Кейинги вақтларда прогестерон ўрнига синтетик прогестерон - туринал таблеткасидан кунига 2-3 марта еки дюфастон 4табл.1-нчи кун кейин 3-2 маҳал ичиш буюрилмоқда. Витаминлардан В1,В6 1мл дан ҳар куни мушак орасига юборилади. Глюкозанинг 40%-20 мл эритмасига 5%-5мл витамин С қўшиб қон томирга юборилса, ҳомилани ўсишига ёрдам қилади. Агар ҳомила тушишининг сабаби резус мос келмаслик бўлса, ҳомиладорликда хозирги даврда антитаналарни камайтириш мақсадида димедрол, пипофендан 1мл тери остига юборилади ёки 1 та таблеткадан кунига 1-3 марта ичишга берилади.

Резус иммунлашган ҳомиладорликда аллопластика методи (эридан озгина тери олиниб аёлга кўчириб ўтказиш) ҳомиладорларни даволашда кенг қўлланилмоқда. Бошланаётган абортда бачадон бўйни бироз очилган бўлса дорилар билан даволаш давомида қон кетиш камаймаса ҳомиладорликни сақлаб қолишнинг иложи бўлмайди, бу ҳолда ҳомилани махсус асбоблар (механик вакуум-шприц)ёрдамида олиб ташлашга тўғри келади.

Жадаллашган абортда кўчган ҳомила тухуми бачадон бўшлигининг кенгайган канали орқали қинга чиқиб қолган бўлади. Бачадон бўйни каналининг очилганлиги, унда хомила тухуми борлиги, тухумнинг бир қисми қинга тушганлиги аёлни қин орқали текширганда аниқланади.

Чала абортда хомила тухумининг бир қисми (тушиб қолган қисми) бачадон бўшлиғида сақланиб қолади. Бунда бачадон бўйни канали 1-2см очилган, бачадон танаси ҳомиладорлик муддатидан кичикроқ бачадон эса юмшоқроқ бўлади.

Жадаллашган ва чала абортда бачадондан кўп миқдорда қон кетиши мумкин. Давоси, ҳомила тухуми, унинг қолдиқлари махсус асбоблар ёрдамида олиб ташланади. Бундан ташқари ўткир камқонлик натижасида аёлнинг ахvoli оғирлашган бўлса албатта зарур миқдорда қон ва унинг ўрнини босувчи суюқ дорилар томирга юборилади

Ҳомила тухуми бачадон бўшлиғидан батамом чиққанда тўлиқ аборт деб юритилади (36-расм). Тўлиқ абортда бачадон қисқаради бачадон канали озроқ очилган қон оқиши тўхтаган бўлади. Бачадон хажми кичрайган бўлади. Хомиладорликнинг дастлабки ойларида тўлиқ аборт катта муддатдаги хомиладорликка қараганда камроқ учрайди.

Тўлиқ абортда бачадондан ҳомила тухуми тўла шикастланмай чиққанда ҳам децидуал парда ва қон лахталари бачадонда қолади, бу эса микроблар ривожланишига етарли муҳит яратади, инфекция авж олишига сабаб бўлади. Шу сабабли тўлиқ абортдан кейин ҳам бачадон деворларини махсус асбоблар билан қириш тавсия этилади.

Ўсмай қолган ҳомиладорлик (ёпишган ҳомила)ни аниқлашда ҳомиладорлик белгилари йўқолиши, сут безларининг юмшаши, бачадон ҳажми ҳомиладорлик муддатидан кичик бўлиши, катта муддатли ҳомиладорликда ҳомиланинг юрак уриши ва қимирлашининг тўхташи каби белгилар аҳамиятга эгадир. Бундан ташқари биологик (Галли - Майнини) усули ёки иммунологик реакциялар ёрдамида ҳомиладорликнинг тўхтаганлиги аниқланади.

Кейинги пайтда ультратовуш аппарати ёрдамида ҳомиладорликнинг ривожланиши, ҳомиланинг тирикчилигини аниқлаш кенг қўлланилмоқда. Ҳомила нобуд бўлганлиги аниқлагандан сўнг, уни олиб ташлашга (12 ҳафтагача) ёки сунъий туғдиришга (12 ҳафтадан ошгач) ҳаракат қилиш керак. Чунки бундай ҳолларда бачадондаги ўлик тўқималар аёл организмни сурункали захарлаб ҳомила тушиши пайтида аёлда қон ивмаслик, яъни коагулопатик қон кетиш асоратларига олиб келиши мумкин. Шу сабабли ўсмай қолган ҳомиладорликни аниқлаш билан дарров аёлни туғруқхонага етказиб, қон группаси, резус омил, қон ивиш хусусиятларини аниқлаш зарур.

Ҳомилани олиб ташлаш ёки сунъий тушириш мобайнида қон, қон зардоби, қонни ивитувчи (кальций хлор, викасол, дицинон, витаминЕ, АТФ, контикал, гордокс, аскорбин кислотаси) дориларидан қон томирига юбориш оғир асоратларнинг олдини олишга ёрдам беради.

### **Септик аборт**

Агар ҳомила тушиши 2-3 кун ва ундан кўп давом этса, бачадон ичига микроблар тушиб, ҳомила тухуми ва бачадоннинг яллиғланишига сабаб бўлади. Буни инфекцияли аборт деб юритилиб, бу кўпроқ жинсий (криминал) йўл билан ҳомила туширилганда содир бўлади. Инфекция факат ҳомила ва бачадон шиллик қаватини зарарласа, асоратсиз аборт деб юритилади. Асоратли абортда инфекция кичик чаноқ аъзоларига, бачадон найлари, тухумдон, бачадон атрофидаги клетчаткаларига тарқалиб, чаноқ бўшлиғида йиринг тўпланади.

Бунда беморнинг тана ҳарорати баланд бўлиб, ахволи оғирлашади. Септик абортда эса инфекциянинг қон орқали бутун аъзоизмга тарқалиши натижасида беморнинг ахволи янада оғирлашади, баъзан ўпка, буйрак ва бошқа аъзоларда йирингли яллиғланишлар, шу аъзоларни фаолиятининг бўзилиши кўзатилади. Баъзан бу ҳолат септик каракхлик (шок) ка олиб келади. Бунда тана ҳароратининг ниҳоятда баланд бўлиши, томир уришининг тезлашиши, қон босимининг бирдан пасайиб кетиши, нафас олиш, юрак фаолиятининг ўткир етишмовчилиги туфайли баъзан бемор нобуд бўлиши мумкин. Инфекцияли аборт давомида бир вақтни ўзида яллиғланишга қарши дорилар қўллашдан ташқари бачадон ичидаги ҳомила ва унинг қолдиқларини қириб олиш ёки ҳомилани туширишни тезлатиш чоралари кўрилади. Септик аборт ва септик шокни даволашда беморга бир вақтда 2-3 хил ҳар томонлама таъсир кўрсатадиган антибиотиклар лендацин 1г в/и 3-5 кун, цефазолин-ТЕВА, ифизол 1г хар 4-6 соатда, ципринол 200-400 мг 2м/к 5кун в/и, ифицеф, цефтриаксон 1г дан хар 6 соатда мушак орасига ёки қон

томирига томчилаб, канамицин-ни 0,5 г дан хар 8-12 соатда, ванкомицин 500 мг дан хар 6 соатдан мушак орасига, сулперазон 1г -2г хар 12 соатда в/и еки м/и юборилади. Шу билан бирга метрогил 200 мг-400 мг кунига 2-3 махал ичишга еки 100 мл (500мг) 2махал қон томирига, суткасига 2,5 литргача суюқликлар (протеин, альбумин, амнион ёки инфезол, рефортан, желатиноль, гемодез ва бошқалар) дан қон томирига томчилаб, десенсибилловчи (димедрол 1% 1-2 мл ёки лорид 1 табл.кунига), сийдик ажралишини кучайтирувчи (2 мл лазикс томирга ёки мушак орасига, маннитолни 15% ли эритмасидан 200-400 мл қон томирга), юрак фаолиятини яхшиловчи дорилар (0,25% ли строфантиндан 0,5 мл глюкозага қўшиб томирга, сульфокамфокаиндан 2 мл мушак орасига) тана ҳароратини пасайтирувчи (анальгин, амидопирин ва димедрол аралашмаси мушак орасига) каби дориларни мунтазам бериб борилса бу бемор ахволининг яхшиланишига ёрдам беради.

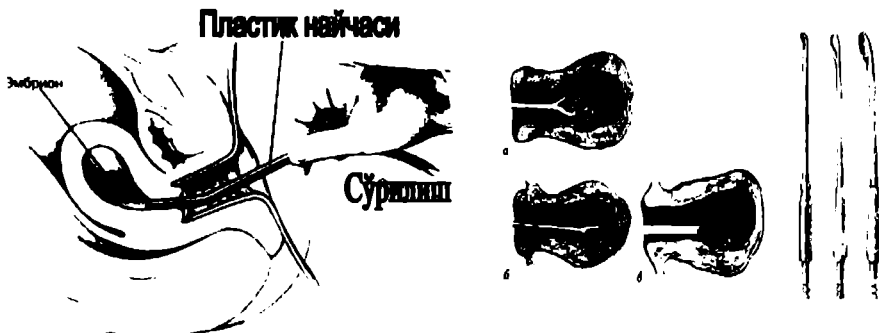
Шуни айтиб ўтиш керакки, агар бачадондан кўп қон кетаётган бўлса, тана ҳарорати юқори даражада бўлишига карамай, бачадон деворларидан ҳомила қолдиқларини вакуум-аспирация усули билан еки кириб ташлаш қон кетишини тўхтатишга ёрдам беради. Септик абортларда баъзан аёлнинг ҳаётини сақлаб қолиш мақсадида бачадонни, бачадон найлари ҳамда тумдонлар билан бирга операция килиб олиб ташлашга ҳам тўғри келади.

Ўз-ўзидан содир бўладиган абортларнинг олдини олиш учун уларни юзага келтирадиган юқорида кўрсатиб ўтилган касалликларни ўз вақтида даволаш, қизларни ёшлигидан чиниқтириш вақтида сифатли овқатланиш, сунъий аборт қилдирмаслик учун хомиладорликдан сақланиш воситаларидан кенг фойдаланишни аёллар ўртасида тарғибот қилиш зарур. Бола ташлаш одат бўлиб қолган хомиладорларни хомиладорликнинг «Хавfli» муддатларида туғруқхоналарда даволаш тавсия этилади.

### Сунъий аборт

Даволаш муассасаларида аёлнинг истаги ёки тиббий кўрсатмаларга мувофиқ хомиладорлик сунъий йўл билан тўхтатилади яъни аборт қилинади (37-расм)

Аёл бирор сабабга кўра туғишни истамаса хомиладорликнинг 12 ҳафтасигача аборт қилдириш ҳуқуқига эгадир. Лекин сунъий аборт қилишда аёлнинг жинсий йўлларида яллиғланиш касалликлари бўлмаслиги, аборт қилишда асептика қодаларига риоя қилиш абортдан кейинги асоратлар-



37- расм Вакум аспирация усулидаги абортнинг босқичлари.

нинг олдини олишда ёрдам беради. Ҳомиладорликнинг 12 ҳафтасидан ошган муддатларида фақат тиббий ёки социал кўрсатмаларига мувофиқ ҳомиладорнинг ҳаёти ҳамда соғлиғига хавф соладиган бирон касалликнинг мавжудлиги ва оилавий сабаблари (эри тўсатдан ўлган ёки жазога тортилган, балоғат ёшига етмаган ёки жинсий таъйиқ натижасида ҳомиладор бўлган) кўра сунъий аборт қилинади. Ҳомилани олиб ташлашдан олдин бачадон бўйини тайерлаш учун препидил гель цервикал камалига 1 кун олдин юбориш тавсия қилинади. Касалхона шароитида аборт қилишганда ҳам бачадон ва бошқа аъзоларнинг яллиғланиш ҳамда шикастланиш эҳтимоли йўқ эмас. Инфекция қўшилиб оғирлашган абортлардан кейин аёлнинг бўйида бўлмаслиги ёки ҳомиланинг бачадондан ташқарида ривожланиши қаби асоратлар кўп кузатилади. Шунинг учун абортнинг олдини олиш санитария маориф ишларини кенг йўлга қўйиш ва бўйида бўлишдан сақлайдиган воситаларни қўллашдан иборат.

### *АМАЛИЙ КЎНИКМАЛАР*

1. Абортнинг клиник кечишини билиш ва аниқлаш.
2. Бимануал кўришни ўтказиш.
3. Қон кетиш вақтида биринчи ёрдам бериш: вена томир ичига суюқлик улаш ва гинекологик бўлимга тез олиб бориш.
4. Аборт асоратларини билиш ва аниқлаш.

### **Абортлар**

**Мақсад:** талабаларга беморни объектив ва субъектив маълумотларга асосан диагноз қўйиш, касаллик оғирлик даражасини баҳолаш ва даволаш тактикасини танлашни ўргатиш.

Таъминланиш: кушетка, қин кўзгулари, гинекологик кресло, стерил қўлқоп тонометр.

1. Аёл гинекологик креслода оёқларини чаноқ-сон ва тизза бўғимида букилган ҳолда ётибди.
2. Шикоятлари: ҳайзни келмаслиғига, кўкрак безларининг дағаллашувига қориннинг пастки ва бел соҳасида оғриққа, кўнгил айниши, қайт қилиш, жинсий йўлдан қон кетишига.
3. Касаллик анамнези: бошланиши ўткир, ҳайз тўхтагандан кейин, соппа-соғ пайтда.
4. Ҳаёт анамнези: ҳайз келиши 14 ёшдан, 3-4 кун, ҳар 28 кунда, жинсий ҳаёти 19 ёшдан, гинекологик касаллиги – сурункали аднексит. Ирсиятга мойиллиги йўқ, зарарли одатлари йўқ.
5. Умумий кўрув: беморнинг аҳволи ўрта, тери қоплами оқиш, соғуқ тер, тахикардия.
6. Қорни кўрувда: қориннинг пастки соҳасида оғриқ.
7. Дастлабки диагноз: шикоятлари, ҳаёт ва касаллик анамнези ҳамда локал статус ва объектив маълумотларга асосланиб қўйилади.

Қон умумий анализи: ўзгаришсиз.

УТТ: ҳавфли белгиларига–ҳомиладорликнинг тўхталиши ёки ҳомиланинг тушиши.

Кўзгуларда кўрув: қин шиллиқ қавати ва бачадон бўйни кўкимтир, рангда, қонли ажралма кўрилади.



Қинни текширувда: бачадон танаси 5-6 ҳафта катталигида катталашган.

Пальпацияда: қўзғалувчан, бачадон ортиқлари ўзгаришсиз.

8. Клиник диагнозни қўйиш ва асослаш: дастлабки диагноз ва клиник – инструментал текширувларга асосланиб қўйилади.
9. Асоратлари: ҳомиланинг тушиш қолиши, ривожланмаган ҳомиладорлик, сурункали ДВС, қон кетиши, геморрагик шок.
10. Дифференциал диагностикаси: бачадондан ташқари ҳомиладорлик, тухумдон апоплексияси, ўткираппендицит, тухумдон дисфункцияси, елбўғоз хорионэпителиома, бачадон миомаси.
11. Оператив даволаш:  
Чала ва тўлиқ ҳамда жадаллашган абортда бачадон бўшлиғи тозалаб ташланади.
12. Жарроҳликдан кейинги даврда  
Умумий ва маҳаллий антибактериал терапия  
Организм бузилган фаолиятини тиклаш, утеротониклар  
Контрацепция  
Реабилитацион терапия
13. Профилактикаси: бачадон ортиқлари яллиғланиш касалликларини ўз вақтида аниқлаш ва даволаш, қиз болаларни соғломлаштириш, оилани режалаштириш.

#### **Масалалар.**

Бемор 25 ёшда, қорин пастиди тутиб-тутиб оғриққа шикоят қилиб КВПга мурожаат қилди. Ангина билан тез-тез оғриб турган. 21 ёшдан жинсий ҳаёт бошлаган. 2 йилдан кейини чақалоқни ой кунига тўлиб асоратсиз туққан. Бир йил олдин сунъий аборт 8-9 ҳафталикда қилинган. Охирги ҳайзи 2 ой олдин бўлган.

Қин орқали текшириш. Ташқи жинсий аъзолари тўғри ривожланган, қини туққан аёлниқига мос. Бачадон бўйни цилиндр шаклида, ташқи оғзи ёриқсимон шаклда. Бачадон диаметрида 7-8 см гача катталашган, юмшоқ, шарсимон. Бачадон ортиқлари катталашмаган. Параметрийсида инфилтратлар йўқ, гумбазлари чуқур. Қин орқали ўртача миқдорда қонли ажралмалар аниқланди.

Ташхис. УАШ тактикаси.

2. Бемор 28 ёшда жинсий йўлларида қон кетиши, қорин пастиди оғриқ ва ҳарорати 38°C кўтарилганга шикоят қилди. 3 кун олдин ҳомиладорлигининг 10-11 ҳафталигида сунъий аборт қилдирган. Қин орқали текшириш: бачадон бўйни цилиндр шаклида, ташқи оғзи 1 см гача очиқ, бачадон 8 ҳафтагача катталашган. юмшоқроқ, оғриқли. Бачадон ортиқлари катталашмаган. Параметрийсида инфилтратлар йўқ, гумбазлари чуқур. Қин орқали ўртача миқдорда қонли ажралмалар аниқланди.

Ташхис. УАШ тактикаси.

### *ЎРГАТУВЧИ ТЕСТЛАР*

1. Клиник кечиши бўйича абортнинг турларини кўрсатинг.
  1. таҳдид қилувчи (аборт хавфи);
  2. бошланган аборт;
  3. жадаллашган аборт;
  4. чала аборт;

5. тўлиқ аборт.
2. Хомиладорликнинг тўхташ муддатига қараб абортнинг турларини кўрсатинг.
  1. эрта бошланган аборт (13 - 14 хафтагача);
  2. кечиккан аборт (14 - 22 хафтагача).
3. Ўз-ўзидан содир бўладиган абортнинг клиник кечиши бўйича 2 та турини кўрсатинг.
  1. инфекция тушмаган;
  2. инфекция тушган.
4. Эрта ривожланишига қайси гормонлар миқдорининг камайиши сабаб бўлади.
  1. эстрогенлар;
  2. прогестерон;
  3. ЭСГ.
5. Бошланган абортнинг эрта даврида даволашда қўлланиладиган дори препаратларини кўрсатинг.
  1. спазмолитиклар (но-шпа, папаверин);
  2. витамин Е;
  3. прогестерон;
  4. микрофоллин.
6. Септик абортни даволашда ўтказиладиган чора тadbирларни кўрсатинг.
  1. бачадон бўшлиғини тезда қириб тозалаш;
  2. яллиғланишга қарши препаратларни қўллаш;
  3. бир вақтнинг ўзида кенг таъсир доираси бўлган антибиотиклардан 2-3 хилини қўллаш (кефзол, канамицин цефазолин);
  4. анаэроб инфекцияга қарши препаратлар (метронидазол);
  5. инфузион-трансфузион терапия;
  6. десенсибилизацияловчи препаратларни қўллаш;
  7. ноэффектив бўлса, бачадон экстирпацияси найлари билан.
7. Ўз-ўзидан бошланган бола ташлаш клиник жиҳатдан нима билан изоҳланади?
  1. қорин пастадаги тўлғоқсимон оғриқлар;
  2. бел қисмида қаттиқ бўлмаган оғриқ;
  3. бачадон тонусда бўлиши.
8. Бола тушиши чала ҳолатининг клиник изоҳи.
  1. Қорин пастада дардсимон оғриқлар;
  2. бачадондан қон кетиш;
  3. йўлдош қисмларининг бачадон ичида қолиб кетиши, ажралиши.
9. Бошланган ўз-ўзидан ҳомила тушишига хос бўлган белгиларни кўрсатинг
  1. қорин остида дард тутишига ўхшаш оғриқларнинг пайдо бўлиши;

2. жинсий йўллардан қон келиши;
  3. ҳайзнинг кечикиши;
  4. бачадон тахмин қилинган ҳомиладорлик муддатида катталашган.
10. Чала ўз- ўзидан ҳомила тушишига хос бўлган белгиларни кўрсатинг:
    1. қорин остида дард тутишига ўхшаш оғриқнинг пайдо бўлиши;
    2. жинсий йўллардан қон кетиши ва ҳомила тухуми айрим қисмларининг тушиши;
    3. бачадон тахмин қилинган ҳомиладорлик муддатида.
  11. Ўз-ўзидан ҳомила тушиш сабаблари қандай?
    1. жисмоний ва руҳий шикастланиш;
    2. жинсий аъзоларнинг яллиғланиши токсоплазмоз, хламидиоз;
    3. истмик-цервикал етишмовчилик;
    4. ҳомила ва она қонининг иммунологик тўғри келмаслиги;
    5. эндокрин ўзгаришлар.
  12. Абортда бачадон бўшлигини қириш учун кўрсатмалар:
    1. юз берган чала аборт;
    2. юз берган бошланаётган аборт ва жинсий йуллардан «лахта-лахта» қон келиши;
    3. ривожланишдан тўхтаган ҳомиладорлик;
    4. тўлиқ аборт ҳомиладорлик муддати 16 хафтагача;
    5. жадаллашган аборт.
  13. Бола тушишда инструментал бачадон қиришга кўрсатмалар:
    1. тўлиқ бўлмаган ҳомила тушиши, кўп қон кетиши, бачадон бўйни очиклиги;
    2. ривожланмаётган ҳомиладорлик 12 хафта;
    3. тўлиқ бола тушиши 16 хафтагача.

#### *НАЗОРАТ УЧУН САВОЛЛАР:*

1. Аборт жараёнига изоҳ беринг.
2. Абортнинг турлари.
3. Тахдид қилувчи аборт - сабаблари, клиник кечиши, даволаш усули.
4. Бошланган аборт - сабаблари, клиник кечиши, даволаш усули.
5. Жадаллашган аборт-сабаблари, клиник кечиши, даволаш усули.
6. Чала ва тўлиқ абортлар - сабаблари, клиник кечиши, даволаш усули.
7. Ўз-ўзидан тушадиган абортни замонавий даволаш йўллари.
8. Қон кетаётган беморга биринчи ёрдам кўрсатиш нимадан иборат?
9. Септик аборт нима, қандай асоратлар кўзатилиши мумкин, даволаш усуллари.
10. Сунъий аборт ҳиллари ва кузатиладиган асоратлар.
11. Абортларнинг бошқа касалликлардан фарқлаш.
12. Абортларнинг юзага келишида ташки муҳитнинг таъсири.
13. Ҳомиладорликнинг биринчи ярмида қон кетишининг олдини олиш чоралари

## БАЧАДОНДАН ТАШҚАРИ ҲОМИЛАДОРЛИК

**Мақсад:** бачадондан ташқари ҳомиладорликни келтириб чиқарувчи сабаблар, клиник кечиши, ўз вақтида аниқлаш, бошқа касалликлардан фарқлаш, даволаш, даволашдан кейинги соғломлаштириш тадбирлари ва олдини олиш чоралари билан талабаларни таништириш.

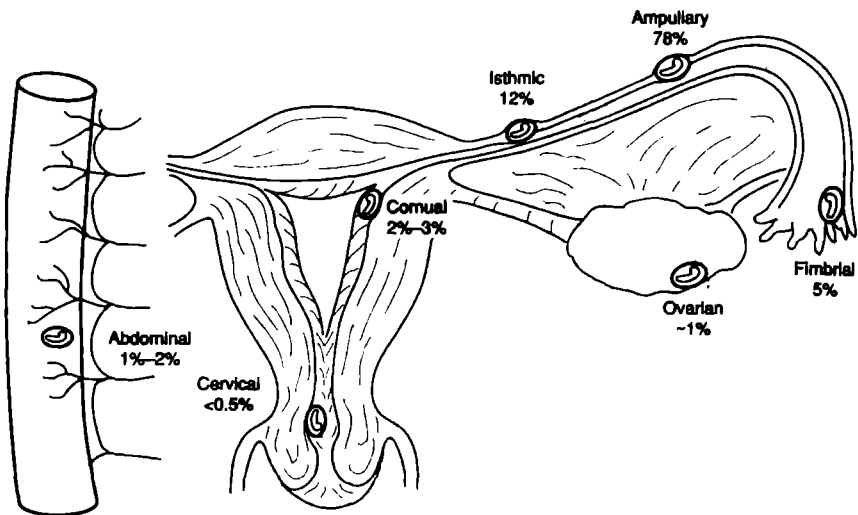
### Вазифалар.

1. Бачадондан ташқари ҳомиладорлик, уни келтириб чиқарувчи сабаблар ва касалликнинг ривожланиш механизми.
2. Бачадондан ташқари ҳомиладорликнинг таснифи.
3. Бачадон найидаги ривожланиб (ўсиб) борувчи (узилмаган) ҳомиладорлик
4. Бачадон найидаги ҳомиладорликни турлари, клиник кечиши.
5. Бачадондан ташқари ҳомиладорликни аниқлаш усуллари

Уруғланган тухум ҳужайра одатда бачадон найи орқали бачадон бўшлиғига тушиб, унинг тана қисми шиллиқ қаватига ўрнашади ва шу жойда ривожлана бошлайди (38-расм). У бачадондан ташқарига пайвандланса, бачадондан ташқари ҳомиладорлик вужудга келади.

Бачадондан ташқари ҳомиладорлик аёл ҳаётини хавф остида қолдирадиган оғир касалликдир. Ҳомила бачадондан ташқарида унинг ўсиб ривожланиши учун етарли шароит йўқлигидан у ўзи ўрнашган аъзони емиради, қон томирлари бузилиб, аёл қорин бўшлиғига кўп миқдорда қон оқади. Оқаётган қоннинг шу ерда тўпланиши эса аёл ҳаётини хавф остида қолдиради, натижада геморагик шок рўй бериши кўпинча зудлик билан тиббий ёрдам кўрсатишни талаб қилади.

Бачадондан ташқари ҳомиладорликнинг асосий клиник белгиларини умумий амалиёт шифокорларининг билиб қўйишлари жуда муҳим. Чунки



39 - расм. Эктопик ҳомиладорликни жойлашиши

улар бундай оғир асорат билан касалланган аёлларни ўз вақтида врачга юбориб, уларнинг ҳаётини сақлаб қолишга ўз ҳиссаларини қўшган бўладилар.

Бачадондан ташқари ҳомиладорлик 5-8% ҳолларда учрайди. Айрим вақтларда уруғланган тухум ҳужайра найга, тухумдонга (0,1-0,2%), қорин пардасига (0,2-0,4%), қорин бўшлиғидаги турли аъзоларга пайвандланиши мумкин. Бачадондан ташқари ҳомиладорлик кўпинча бачадон найларида жойлашади (98-99%).

Ҳомила бачадон найининг ҳар хил жойида: ампуляр, истмик ва интерстициал (бачадон деворига кириб турган) қисмларида жойлашиши мумкин. Найининг истмик (ўрта) қисмида ҳомила кўпроқ (49,6%), ампуляр қисмида озроқ (40,3%), интерстициал қисмида энг кам (9,45%) учрайди (Грязнова И.М. 1980) (39-расм).

Кўпинча бачадон найининг сурункали яллиғланиши найдаги ҳомиладорликка сабаб бўлади. Яллиғланиш натижасида бачадон найи деворларининг бир-бирига ёпишиб қолишдан ташқари, унинг бўшлиғи тораяди ҳамда найининг қисқариш қобилияти суस्ताшади. Натижада уруғланган тухум ҳужайра бачадонга ўта олмайди ёки ўтишга улгурмай, най бўшлиғига ёпишади ва шу жойда тараққий эта бошлайди. Бундай аёлларнинг ҳаёт тарзини сўралганда улар илгари сунъий аборт қилдирган, ўз-ўзидан бола ташлаган, бирламчи ёки иккиламчи бефарзанд, умумий организми ёки жинсий аъзолари чала ривожланган (инфантилизм) бўлиб чиқади.

Бачадондан ташқари ҳомиладорлик (gr.extraterina) ёки ўз ўрнида жойлашмаган ҳомиладорлик деб, уруғланган тухумнинг бачадондан ташқари-ҳомила-нинг туғилиши учун табиий йўллардан ташқарида жойлашишига айтилади.

#### **Таснифи:**

**А.Уруғланган тухумнинг жойлашишига кўра:**

1. Қорин бўшлиғидаги ҳомиладорлик: а) бирламчи, б) иккиламчи
2. Бачадон найидаги ҳомиладорлик (gr.extra uter tubarria)
  - а) Интерстициал қисмида жойлашиши (9,15%)
  - б) Истмик қисмида жойлашиши (49,6%)
  - в) Истмико-ампуляр қисмида жойлашиши
  - г) ампуляр қисмида жойлашиши (40,3%)
  - д) фимбриал қисмида жойлашиши
3. Тухумдондаги ҳомиладорлик (gr.ovarialis)
4. Бачадондан ташқари ҳомиладорликнинг бошқа шакллари:
  - а) бачадон бўйнида жойлашиши
  - б) аралаш жойлашиши (масалан; тухумдон -фимбриал қисмида жойлашиши).
  - в) бачадоннинг рудиментар шохларида жойлашиши.
  - г) бойламлар орасида жойлашиши.
  - д) бачадон тутқичларида жойлашиши.

**Б. Бачадон найидаги ҳомиладорликнинг клиник кечишига кўра:**

1. Бачадон найидаги ўсиб борувчи (узилмаган) ҳомиладорлик
2. Бачадон найидаги узилган ҳомиладорлик:
  - а) бачадон найининг ёрилиши.
  - б) найдаги аборт.

**Этиологияси ва патогенези**

Физиологик шароитда уруғланган тухум ҳеч қандай тўсиқсиз бачадон найлари орқали бачадон бўшлиғига ўтади. Мейёрда трофобласт тухум бача-

дон бўшлиғига тушгандан кейин ҳосил бўлиши керак. (трофобласт тухумнинг маълум бир жойда ўрнашиб, маҳкамлашиб олишида асосий ўринни эгаллайди). Агар трофобласт тухумнинг бачадон бўшлиғига тушишидан олдин пайдо бўлса, бачадондан ташқари ҳомиладорлик келиб чиқади.

Бачадондан ташқари ҳомиладорликнинг энг кўп учрайдиган шакли найдаги ҳомиладорликдир. Бунинг асосий сабаблари қуйидагилардан иборат:

1. Яллиғланиш жараёнлари.
2. Жинсий аъзоларнинг нотўғри ривожланиши (инфантилизм).
3. Бачадон найларнинг кисталари ёки хавфсиз ўсмалари.
4. Най эндометриози.
5. Бачадон найи атрофидаги чандиқли жараёнлар.
6. Уруғланган тухум ҳужайра миграцияси.

Кўпчилик аёлларда сариқ тана эктопик ҳомиладорлик жойлашишининг қарама-қарши томонидаги тухумдонда топилади.

а) ташқи миграцияда (масалан, ўнг тухумдондан чап бачадон найига қорин бўшлиғи орқали ўтади ёки аксинча) бластоциста катталашиб кетиб найнинг ингичка бўйин олди қисмидан ўта олмай қолади.

б) ички миграцияда эса уруғланган тухум ҳужайра бачадон орқали қарама-қарши томондаги найга ўтади.

7. Ҳаддан ташқари руҳий зўриқишлар.

Бунда «тухумни қабул қилиш механизми» бузилиб най мускулларини узоқ вақт спазмига ва антиперистальтикасига олиб келади. Натигада тухумнинг найдан транспортровка қилиниши секинлашади ва бачадондан ташқари ҳомиладорлик юзага келади (гормонлар мувозанати бузилади).

Яллиғланиш жараёнлари бўлганда най шиллиқ қаватлари шишиб, фиброз ва чандиқли ўзгаришлар пайдо бўлади. Най ичи тораяди, киприқчали эпителийлар ҳаракати бузилади. Най ҳаракати секинлашиб уруғланган тухум ҳужайра туриб қолади ва шу ерда ривожланади.

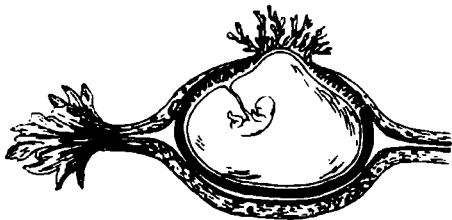
Инфантилизмда ҳам найлар ингичка узун бўлиб, уруғланган тухум ҳужайрани ўтказиб бера олмайди. Нейрогуморал бошқарилиш ҳам бузилади.

### **Клиник кечиши**

Бачадон найидаги ўсиб борувчи (узилмаган) ҳомиладорлик.

Эрта даврларида нормал ҳомиладорликка ўхшаб кетади. Анамнезида яллиғланиш жараёни ёки узоқ вақт бепушлик бўлгани аниқланади. Биринчи ҳафталарда бачадон ҳомиладорлик муддатига мос келади. Кейинчалик эса муддатидан орқада қолиб боради. Бачадон ноксимон шаклда бўлади. Бачадон ортиқлари соҳасида юмшоқ, оғриқли, колбасасимон шаклда ҳосила аниқланади. У ҳаракатчан бўлади. Қин орқали орқа гумбазга кириб бачадон бўйни бир оз олдинга (қовга) кўтарилса, оғриқ сезилади. Аёл стационарга етказилиб қаттиқ назорат қилинади. Одатда ўсувчи ҳомиладорлик 2-3 ойлик муддатида аниқ пайпасланади, бачадон ён томонида юмшоқ узунчоқ ҳосила аниқланиб, қин ён гумбазлари соҳасида пульсация беради. Ҳосила катталиги 4 ҳафталик муддатда қуш тухумидек катталиқда бўлади. Кеч муддатларида қин гумбазлари орқали ҳомила қисмлари ва унинг ҳаракатини аниқлаш мумкин. Ҳозирги вақтда УТТда аниқланади ҳамда лапароскопия орқали аниқлаб даволаш мумкин.

Бачадон найидаги узилган ҳомиладорликнинг «найнинг ёрилиши» тури (40-расм).



40 - расм. Найнинг ёрилиши

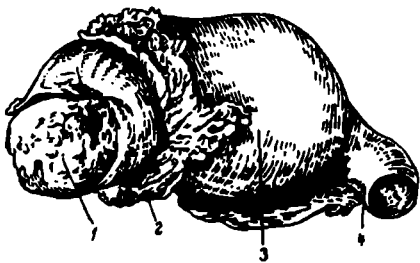
Най 4-6 ҳафталигида, баъзи пайтлари 2-3 ҳафталигида ёрилади. Ёрилишига сабаб най шиллиқ қаватининг децидуалланиши, бачадонникига қараганда суст бўлади, у функционал ва базал қаватга бўлинмайди, шиллиқ ости қаватининг ҳам йўқ, мушак қавати ҳам бачадонникига қараганда суст ривожланган. Шунга кўра ҳужайра трофобласти ва хорион ворсинкаси най деворига тез ўсиб киради ва унинг бутунлигини бузади. Агар най юқорига ярим айланасидан ёрилса, ҳомила тухуми чиқиб эркин қорин бўшлиғига қуйилади. Агар пастки ярим айланасидан ёрилса, ҳомила тухуми ва гематома бачадоннинг кенг бойлами арақлари орасида бўлади. Най ёрилганда ҳомила тухуми қорин бўшлиғида бўлса, «ўткир қорин» белгилари пайдо бўлади: анемизация, ҳушидан кетиш, бош айланиши, қоринда кучли оғриқ, шок белгилари-қон босимининг пасайиши, ҳолсизлик кузатилади.

Агар най ёрилганда бачадоннинг кенг бойламига қон қуйилса, анемия, шок, қориндаги оғриқ белгилари суст ривожланган бўлади. Йиғилган қон (қорин бўшлиғига ёки най ичида) сўрилиб лахта ҳосил қилади ва бу ички аъзоларнинг қорин парда, ичаклар, чарви, сийдик пуфаги билан қисиб қўяди, шунинг натижасида қоринда оғриқ, альгоменорея, бепушлик белгилари пайдо бўлади. Баъзан хавфли ўсмага (хорионэпителиома) олиб келиши мумкин.

#### Асосий белгилари

Қорин ва қов соҳасида кучли оғриқ бўлиши, оғриқнинг елка, курак, тўғри ичакка берилиши ва совуқ тер босиб, ҳушидан кетишидир. Обьектив кўрилганда қон босими пасаяди, пульс тезлашган, тери ва шиллиқ қаватлари оқаради. Қорин пайпасланганда оғриқли, қорин мушаклари бир оз таранглашган, лекин нафас олишда иштирок этади, перкуссия қилинганда қоринда эркин суюқлик бўлгани учун тўмтоқ товуш эшитилади.

Қин орқали текширилганда бачадон бир оз катталашган, юмшоқроқ, одатдагидан ҳаракатчан («сузувчи бачадон»), бачадон ортиқлари шишган, орқа гумбаз бўртиб чиққан ва пайпаслаганда кучли оғриқли («Дуглас қичқириғи») бўлади. Бачадон бўйнини олдинга суриб кўрилганда кучли оғриқ сезилади («Пруст белгиси»)



41 - расм. Найнинг аборт.

1 - ҳомила тухуми; 2 - най фимбриалари; 3 - найнинг кенгайган ампуля қисми; 4 - найнинг истмик қисми.

Бу белгилардан ташқари, найнинг ёрилишига профессор А.А. Коган томонидан аниқланган қуйидаги 2 та белги ҳарактерлидир:

1. Қалпоқча белгиси - аёлни бош томони бироз кўтарилган ҳолатда қин орқали текширилганда қинга киргизилган бармоқлар устига орқа гумбаз қалпоқчага ўхшаб кийилиб келади.

2. Тўсиқ белгиси - қин орқали икки қўллаб текширилганда ташқи ва ички бармоқлар бир-бири билан

туташади, бармоқлар тортилганда эса яна шу соҳада ҳосила пайдо бўлади (бу суyoқ қоннинг ҳаракатланишидир).

Бачадон найидаги узилган ҳомиладорликнинг «най абoрти» тури (41-расм)

Бунда найнинг инфундибуляр ёки ампуляр қисмида жойлашган тухум хужайра най деворидан кўчади ва найнинг қисқариши натижасида қон қуйқалари билан ўралади ва қорин бўшлиғига чиқади. Най абoртини аниқлаш биров қийинчилик туғдиради. Бачадон бўшлиғидан унинг ўзига ўхшаган тўқима парчаси (слепок матки) чиқса, ташхис қўйиш биров энгиллашади. Шу сабабли беморни текширганда қиндан олинган лахталарни синчиклаб текшириш лозим. Кўздан кечирганда кўз склерасининг сарғимтир тусга кириши ички қон кетишидан дарак беради. Ҳомила тухуми аста-секин кўчиб, кичик бўлақларни ўз ичига олса ва айнаи вақтда кўп қон қуйилмаса, най девори билан ҳомила тухуми ўрни орасига қон тўпланади. Шунинг оқибатида кўпинча най воронкаси соҳасида яллиғланиш жараёни келиб чиқади, сўнгра найнинг абдоминал учи битиб кетади. Шу тариқа ўрнидан кўчган ҳомила тухуми энди тараққий этолмай нобуд бўлади. Найга қуйилган қон бора-бора ивиб лахта ҳосил бўлади, бу лахта ивиб бириктирувчи тўқима билан ўрала бошлайди, натижада қопланган қон gematosalpinx ва peritubar gematoma вужудга келади. Най абoртида найнинг абдоминал тешиги орқали кичик чаноқ бўшлиғига талайгина қон қуйилса, бу қон Дуглас бўшлиғида тўпланиб бачадон орқасидаги қонли ўсмани ҳосил қилади. Бундай ҳолларда ички текшириш ўтказилса, қуйидагилар аниқланади: қин орқа гумбази бўртган, бачадон юқорига ва олдинга сурилган, бачадон орқасидаги ўсма юмшоқ консистенцияли, эластик, ҳаракатсиз, юқорги чегараси ёпиқ бўлади.

Қорин пасти перкуссия қилинса перкутор чегара пальпацияда аниқланадиган чегарага мос келмай, 2-4 см пастроқда бўлади. Бунинг сабаби шуки, бачадон орқасидаги қонли ўсма устида ичак қовузоқлари бир-бирига ёпишиб туради, булар перкутор тимпаник товуш беради.

Демак, най абoртига Малиновский белгилари: ҳайзнинг кечикиши, қорин пастида бир томондаги тўлғоқсимон оғриқ, қонли ажралма келиши характерлидир. Бемор қисқа вақт ҳушидан кетади. Қин орқали текширганда бачадон юмшоқ, биров катталашган, бир томонлама бачадон ортиқлари соҳасида ўсмасимон ҳосила пайпасланади ва гумбазлар орқали қон томирлар пульсацияси аниқланади. Бачадонни олдинга ва юқорига сурганда пайдо бўладиган оғриқ най ёрилганига нисбатан сустроқ бўлади. Бачадон бўшлиғидан децидуал пардалар чиқиб туради.

Бачадондан ташқари ҳомиладорликни **аниқлаш усуллари**

1. Анамнез (сурункали яллиғланиш жараёнларининг борлиги, сунъий абoртлар, туғруқ асоратлари ва ҳ.к.) 90% ҳолларда анамнез орқали ташхис қўйиш мумкин.
2. Умумий текшириш натижалари:

Ҳайзнинг кечикиши.

Ҳомиладорлик белгилари бўлиши.

Қоринда оғриқнинг бир томонлама (френикус белгиси) тўлғоқсимон бўлиши, оғриқни қов соҳасидан елкага, куракка, тўғри ичакка ўтиши.

Ҳушдан кетиш, шок, коллапс белгилари (тери ва шиллиқ қаватларининг оқариб кетиши, қон босимининг пасайиши, томир уриши тезлашиши ва ҳ.к.)

Ташқи ва ички қон кетиш белгилари (камқонлик ривожланиши)



Қорин пардасининг таъсирланиш белгилари ривожланиши, қорин пайпасланганда огриқ сезилиши ва мушаклари таранглашган, перкуссия қилинганда қорин бўшлиғида эркин қон йиғилиши сабабли перкутор товшининг бўғиқлашиши.

3. Қин орқали текширилганда:

Қин шиллиқ қаватлари оқарган, тўқ қорамтир қон билан қопланган. Бачадон бўйнининг қин қисми бироз кўкимтир бўлади. Бачадон бўйни каналидан децидуал тўқималар билан аралашган холда тўқ қорамтир қон келиб туради(оз миқдорда). Бачадон ноксимон шаклда бўлиб, бироз юмшаган бўлади.Бачадон бўйни олдинга сурилса, кучли огриқ беради. Бачадон ортиқлари соҳасида бир томонлама шиш аниқланади. Қин гумбазы бўртиб чиққан бўлиб, жуда огриқли.«Дуглас қичқириғи»), қалпоқча, тўсиқ белгиларининг мусбат бўлиши кузатилади.

4. Ультратовуш орқали текшириш

Кўпинча бачадон найидаги ривожланиб борувчи (узилмаган) ҳомиладорликни аниқлашда катта ёрдам беради.

5. Орқа гумбаз пункцияси (42-расм)

Бунда суюк, ивимайдиган тўқ қорамтир рангли қон олинади.

6. Лапароскопия.

7. Эндометрийни гистологик текшириш.

Хорион ворсинкаларисиз децидуал тўқиманинг бўлиши бачадондан ташқари ҳомиладорликдан дарак беради.

**Бачадондан ташқари ҳомиладорликнинг  
қиёсий ташхиси**

Қуйидаги касалликлардан фарқлаш лозим:

1. Бачадондаги ҳомиладорликдан бўладиган аборт (1-таблица).
2. Ўткир аппендицит (2-таблица).
3. Бачадон ортиқларининг яллиғланиши (3-таблица).
4. Тухумдон апоплексияси.
5. Ўсма оёқчаларининг буралиб қолиши.
6. Ўткир пельвиоперитонит.
7. Ошқозон ярасининг перфорацияси.
8. Ичак туттилиши.



42 - Расм. Қин орқа думгазанинг пункцияси.

НАЙ АБОРТИ	БАЧАДОН АБОРТИ
<p>1. Ҳомиладорликнинг бузилиши 4-6 ҳафталарда юз беради.</p> <p>2. Оғриқ тўлғоқсимон бўлиб, бир томонлама, чов соҳасида бўлади. Оғриқ кучли бошланиб,шок, коллапс, ҳушдан кетиш ва қорин парданинг таъсириланши белгилари билан намоён бўлади.</p> <p>3. Ташқи қон кетиш оз миқдорда, ажралма ранги тўқ қорамтир бўлиб пардалар ажралади. Ажралма одатда оғриқ бошланганидан кейин ажралади.</p> <p>4. Камқонлик даражаси ташқи қон кетиш миқдориға мос келмайди.</p> <p>5. Децидуал парда бутун ёки бўлакчалар ҳолида ажралиб чиқади. Агар ажралиб чиққан тўқима стандаги сувға солиниб ёруғликда кўрилса,майда сузиб юрвчи ворсинкалар кўринмайди.</p> <p>6. Бачадон ноксимон шаклда бўлади, ҳажми хомиладорлик муддатиға мос келмайди.Бачадон ташқи бўғзи ёпиқ бўлади.</p>	<p>1.8-12 ҳафталарда юзберади</p> <p>2. Оғриқ тўлғоқсимон бўлиб, қорин пастиди, думғаза соҳасида бўлади.</p> <p>Оғриқ тўлғоққа ўхшаб секин мунтазам бошланиб, кейин кучая боради.</p> <p>3. Ташқи қон кетиш кўп миқдорда оч, қизғиш рангда, кўпинча қон лахталари бўлади, қон оғриқлар бошланишидан олдин келади.</p> <p>4. Мос келади.</p> <p>5. Плацентар тўқима ажралади, ворсинкалари бўлади.</p> <p>6. Бачадон шарсимон шаклда бўлиб,ҳажми хомиладорлик муддатиға мос келади.</p> <p>Бачадон бўйнида аборт бўлса, бачадон баллон шаклида бўлиб, бачадон танаси бачадон бўйниға қалпоқ сингари кириб туради.Ташқи бўғиз очиқ бўлади.</p>

2-таблица

БАЧАДОНДАН ТАШҚАРИ ҲОМИЛАДОРЛИК	ЎТКИР АППЕНДИЦИТ
<p>1. Ҳомиладорлик шиш белгиси кам ривожланган.</p> <p>2. Корин олди деворининг таранглашиш белгиси кам ривожланган.</p> <p>3. Тана ранги оқарган, лаблари,тирноқлари кўқарган, ҳушидан кетган.</p> <p>4. Қонда иккиламчи анемия белгилари кўрилади.</p> <p>5. Бачадон катталашган, орқа гумбаз бўртган, ён гумбазлари орқали ўсмасимон ҳосила аниқ ланади, кам ҳаракатчан,ўсмасимон ҳосила пастроқда жойлашади</p> <p>6. ЭЧТ узгармайди</p> <p>7. Орқа гумбаз пункция килинганда суюк қон олинади.</p> <p>8. Децидуал парда кучади, ажралади.</p>	<p>1. Ҳомиладорлик белгилари йўқ кўнгиш айниши,қусиш бўлади.</p> <p>Оғриқлар кучли бўлмайди, тана ҳарорати кўтарилади.</p> <p>2. Ўнг томонда қорин деворининг таранглашиш белгиси(Қ)</p> <p>3. Шёткин-Блюмберг, Ровзинг белгилари (Қ), Френикус белгиси бўлмайди.</p> <p>4. Лейкоцитоз.</p> <p>5. Бачадон ва ортиқлари нормада.Гумбазлар эркин. Инфилтрат юқорироқда. Қин орқали инфилтратни аниқлаш қийин ва у бачадон ҳаракатчанлигини чегаралаб қўймайди.</p> <p>6. ЭЧТ ошади.</p> <p>7. Орқа гумбаз пункция килинганда кон олинмайди.</p> <p>8. Децидуал парда ажралмайди.</p>

НАЙ АБОРТИ	БАЧАДОН ОРТИҚЛАРИНИНГ ЯЛЛИҒЛАНИШИ
1. Ҳайз 3-5 хафтагача кечикади. 2. Ҳомиладорлик субъектив белгилари бўлади.	1. Ҳайз кечикиши йўқ 2. Ҳомиладорлик белгилари йўқ.
3. Оғриқ ўткир бошланиб, беморхушидан кетади	3. Оғриқ аста-секин бошланиб, доимий характерга эга бўлади, бемор хушидан кетмайди.
4. Френикус белгиси бўлади.	4. Френикус белгиси бўлмайди.
5. Қорин пайпасланганда ҳомиладорлик томон оғриқли, қорин бироз шишган ва таранглашган бўлади.	5. Қорин таранглашган, чуқур пайпасланганда икки томонлама оғриқли.
6. Бачадон ҳажми бироз катталашади.	6. Бачадон ҳажми ўзгармаган
7. Бачадон суриб кўрилганда бироз оғриқли.	7. Бачадон суриб кўрилганда кучли оғриқ беради
8. Бачадон найлари хамирсимон консистенцияли ва катталашган.	8. Икки томонлама бачадон найлари катталашган (кўпинча).
9. Тўқ қизил қонли ажралма бўлади.	9. Қонли ажралма бўлмайди.
10. Орқа гумбаз пункция қилиниб, қон олинади	10. Пункцияда орқа гумбаздан сероз суюқлик олинади
11. Ҳомиладорликка иммунологик реакциялар (Қ) бўлади	11. (-) бўлади
12. Қонда бироз лейкоцитоз, СОЭ сал ошган бўлиши мумкин	12. Кучли лейкоцитоз, СОЭ ошган
13. Интоксикация белгилари бўлмайди	13. Умумий интоксикация белгилари бўлади.
14. Яллиғланишга қарши даво наф бермайди .	14. Яллиғланишга қарши даво наф беради.

**ТУХУМДОН АПОПЛЕКСИЯСИДА**-жуда кучли оғриқлар, шок белгиси бўлмайди.Бачадондан қон кетиши ҳам кузатилмайди.Тухумдон апоплексияси овуляция вақтида юзага келади.

**ЎСМА ОЁҚЧАРИНИНГ БУРАЛИБ ҚОЛИШИ**-асосий белгиси оғриқдир, лекин ҳушдан кетиш,шок кузатилмайди.Анемия белгилари бўлмайди.Қин орқали текширилганда бачадондан алоҳида равишда ўсма аниқланади.

**ЎТКИР ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТ**-бунга қарама- қарши равишда бачадондан ташқари най ҳомиладорлигида анемия, субнормал тана харорати, қорин олдинги деворининг нафасда иштирок этиши, яққол бўлмаган Шеткин-Блюмберг белгиси кузатилади.

**ОШҚОЗОН ЯРАСИ ПЕРОФОРАЦИЯСИ**-эпигастрал соҳада ўткир оғриқ, аномезида гастрит, яра касаллиги борлиги муҳим роль ўйнайди.

Асосий ўринда шок белгилари туради. Бачадондан ташқари ҳомиладорликда эса камқонлик белгилари туради.

**ИЧАК ТУТИЛИШИ**- бачадондан ташқари ҳомиладорликнинг ўхшаш белгилари: оғриқ бўлиши, метеоризм ва қорин деворининг резистентлиги,ел

чиқмаслигидир. Ичак тутилишида ўткир камқонлик белгилари бўлмайди, ич келмаслиги, ел чиқмаслиги, қусиш асосий ўрин эгаллайди. Ичак тутилишида Валдейер, Спасокукоцкий белгилари (ҚЗ) бўлади. Рентгенологик текширганда Клойбер косачалари топилиши ичак тутилиши учун хосдир.

### Даволаш.

Асосан оператив даволанади. Ингаляцион наркоз берилади ва релаксантлар қилинади ёки спинал анестезия қўлланилади.

Операция қуйидаги босқичлардан иборат:

1. Қорин бўшлиғини очиш (лапаротомия ) Пастки ўрта лапаротомия (қовдан киндиккача узунасига) ёки қов устидан кўндаланг кесим қилинади.
2. Ҳомиладорлик туфайли зарарланган най операцион жароҳат юзасига чиқарилади.
3. Зарарланган най олиб ташланади (сальпингоэктомия ) агар тухумдон ҳам зарарланган бўлса, сальпингоовариэктомия қилинади. Қорин бўшлиғига йиғилган қон олиб ташланади.
4. Перитонизация қилинади (юмалоқ бойлам билан ) ва операцион жароҳат қаватма-қават тикилади. ↗

Бу даволаш усули кўпинча найдаги узилган ҳомиладорликда қилинади.

Бачадон найидаги ўсиб борувчи (узилмаган) ҳомиладорликда қуйидаги амалиётлар қилиниши мумкин: ↓

① Сальпингостомия – бачадон найи узунасига кесилиб, ҳомила тухуми олиб ташланади. Лекин ҳомила тухуми олиб ташлангандан кейин сальпингостома ёпилмайди.

② Бачадон найларининг сегментар резекцияси.

Бунда найнинг ҳомила тухуми жойлашган қисми кесиб олиб ташланади ва иккала кесилган қисми уланади (анастомоз). Най ичида катетер қолдирилади. Най ўтказувчанлиги текширилади. Бу усул кўпинча икки марта эктопик ҳомиладорлик ўтказилаётган аёлларда қилинади. Бундай аёл ҳомиладорликни нормал ўтказиш имкониятига эга бўлади, бола туғиш функцияси сақланиб қолади.

③ Тухум ҳужайра найнинг ампуляр ва фимбрия қисмида жойланса, ампутация қилиниб най стомапластикаси қилинади.

④ Оператив лапароскопия орқали ҳам қисман ёки тотал сальпингоэктомия қилиш мумкин. Бу усулнинг афзаллиги шундаки, бемор тезда олдинги ҳаётига қайтади, операция давомийлиги операциядан кейинги давр ва стационарда ётиш муддатлари камаяди.

Айни вақтда геморрагик шокка қарши тезкор чоралар кўрилади. Беморга плазма, эритроцитар модда ва қон ўрнини босувчи суюқликлар қўйилади (стабизол, полиглюкин, желатинол, кристаллоид эритмалар). Антибактериал десенсибиловчи (димедрол, супрастин, тавегил, пиполфен), яллиғланишга қарши, умумий қувватлантирувчи муолажалар ўтказилади.

### Соғломлаштириш тадбирлари

Эктопик ҳомиладорликни ўтказган беморлар диспансер назоратида бўладилар. Операциядан кейин 4-5 кунда носпецифик терапия: умумий қувватлантирувчи, гемостимулловчи, десенсибилизацияловчи, физиотерапевтик муолажалар бошланади. 5-6 ой мобайнида 3 та курс соғломлаш-

тириш муолажалари ўтказилади: операциядан кейин 5 кун диклоран 2,0 м/о, электрофорез (калий йод билан) қорин- думғаза соҳасига қўйилади. Жинсий аъзолардан қон келиш тўхтагандан кейин (6-кундан 14-кунгача) даволаш гидротубацияси (ифизол 1г, 25 мг гидрокортизон, 0,5 % новокаин ) ўтказилади. Дори аста- секин юборилади. Гидротубация физиотерапия билан бирга қўшиб олиб борилади: биринчи даволаш курсида калий йод билан электрофорез, иккинчи курсида диклоран плус гель, лидаза билан ультратовуш, учинчи курсида диклоран плус гель ёки лидаза билан электрофорез ўтказилади.

Кейин аёлга 6 ой мобайнида контрацепция мақсадида синтетик прогестинлар буюрилади санаторий курортларда даволаниш тавсия қилинади.

### **Олдини олиш**

Эктопик ҳомиладорликнинг олдини олиш ҳомиланинг она қорнида ривожланишидан тортиб уни болалик ва жинсий етилиш даврларида нормал ривожланишига аҳамият беришдан бошланади. Бу даврда инфантилизмни ўз вақтида аниқлаб, уни даволаш имконини беради. Абортларга қарши курашиш (касалхонадан ташқарида қилинадиган абортлар ) ялғиланиш жараёнларини ва бошқа бачадондан ташқари ҳомиладорликка олиб келувчи касалликларни ўз вақтида аниқлаб, даволаш эктопик ҳомиладорликнинг олдини олишнинг энг асосий шарти ҳисобланади.

### *АМАЛИЙ КУНИКМАЛАР.*

Талабалар бачадондан ташқаридаги ҳомиладорликнинг клиникаси ва ташхис қуйишни билиши керак. Текширишнинг тўғри режасини танлашни, клиник ва лаборатор тек:шириш натижаларини тўғри баҳолашни ва бачадон найи ҳомиладорлигини тўғри ташхислашни билиши керак. Бачадон найи ҳомиладорлиги операциясининг техникасини билиши ва ўткир қон кетиш ва шок белгилари билан курашишини билиши керак. Касалларни операциядан кейин кузатишни ва олиб боришни билиши керак.

### **«Бачадондан ташқари ҳомиладорлик»**

**Мақсад:** Талабаларга беморни объектив ва субъектив маълумотларга асосан диагноз қўйиш, касаллик оғирлик даражасини баҳолаш ва даволаш тактикасини танлашин ўргатиш.

**Таъминланиш:** қин кўзгулари, гинекологик кресло, шприц, пункция қилинадиган игна, пробирка, қисқич, стерил қўлқоп.

#### **Кадамлар:**

1. Аёл гинекологик креслода оёқларини чаноқ-сон ва тизза бўғимида буккан ҳолда ётади.
2. Шикоятлари: ҳайз тўхташи, кўкрак безларининг дағаллашиши, орқа тешикка берадиган қорин пастида ўткир оғриқ, кўнгил айниши, қайт қилиш, баъзан ҳушдан кетиши, жинсий йўлларида қонли ажралма келиши, совуқ тер қоплами.
3. Касаллик анамнези: ўткир бошланади, ҳайз тўхтагандан кейин, соппа-соғ пайтида.
4. Ҳаёт анамнези: ҳайз келиши 14 ёшдан, 3-4 кун, ҳар 28 кунда, жинсий ҳаёти 19 ёшдан, гинекологик касалликлари сурункали аднексит. Ирсиятга мойиллиги йўқ, зарарли одатлари йўқ. Охириги

ҳайз 1,5 ой аввал бўлган.

5. Умумий кўрув: беморнинг аҳволи оғир, тери қопламлари оқиш, акроцианоз, совуқ тер, тахикардия, гипотония.
6. Қорни кўрувда: қорин олдинги девори мушаклари таранглашган, бутун қорин бўйлаб кучли оғриқ, Шеткин-Блюмберг симптоми “мусбат” Перкуссияда: қорин пастки қисмида перкутор товушнинг бўғиқлиги.
7. Дастлабки диагноз: шикоятлари, ҳаёт ва касаллик анамнези ҳамда локал статус ва объектив маълумотларга асосланиб қўйилади.  
Қоннинг умумий анализи: гемоглобин миқдорининг камайиши.  
УТТ: бачадон ортиқлари соҳасида ўсмасимон ҳосила ва қорин бўшлиғида эркин суюқлик аниқланади.  
Диагностик лапароскопия: бачадон ортиқлари соҳасида ўсмасимон ҳосила аниқланади.  
Кўзгуларда кўрув: қин шиллик қавати ва бачадон кўкимтир рангда.  
Қин орқали кўрув: бачадон катталиги тахминий ҳомиладорлик муддатига тўғри келмайди, бачадон ортиқлари соҳасида бир томонлама ўсмасимон, хамирсимон ҳосила аниқланади.
8. Клиник–диагнозни қуйиш ва асослаш: дастлабки диагноз ва клиник–инструментал текширувларга (УТТ ва лапароскопияда эркин суюқлик аниқланади.) асосланиб қўйилади.
9. Асоратлар: геморрагик шок, пельвиоперитонит, бепуштлиқ.
10. Дифференциал диагностика: бачадон ортиқлари яллиғланиши, тухумдон апоплексияси, абортлар, ўткир аппендицит, тухумдон дисфункцияси, тухумдон кистасининг буралиб қолиши, тухумдон эндометриоид кистасининг ёрилиши, ўткир пиосальпинкс.
11. Оператив даволаш:  
Джоел-Кохен бўйича лапаротомия  
Бачадон найини олиб ташлаш  
Қорин бўшлиғини тозаланиши  
Жарроҳликдан кейинги даврда  
Умумий ва маҳаллий антибактериал терапия  
Инфузион терапия  
Организмнинг бузилган фаолиятини тиклаш  
Реабилитацион терапия
12. Профилактикаси: бачадон ортиқлари яллиғланишини аниқлаш ва даволаш.

**Кичик чаноқ бўшлиғини қин орқа гумбазли орқали пункция қилиш.**

**Мақсад:** гинекологик касалликлар диагностикаси. қорин бўшлиғида эркин суюқлик бор-йўқлигини аниқлаш.

**Кўрсатма:** бачадондан ташқари ҳомиладорлик, тухумдон апоплексияси, пельвиоперитонит, Дуглас бўшлиғи абсцесси, асцит.

**Таъминланиши:** гинекологик кресло, қин кўзгулари, қисқич, пункция игнаси, пробирка.

**Қадамлар:**

1. Аёл гинекологик креслода оёғини тизза ва чаноқ-сон бўғимларида букилган ҳолатда ётади.
2. Қинга кўзгу киритилади.
3. Қин гумбазларини йодонат эритмаси ёки 70%ли спирт билан

- артилади.
4. Бачадон бўйни орқа лаби қисқичларга олинади.
  5. Орқа гумбазнинг кўпроқ шишиб турган жойидан, 1-2 см чуқурликда пункция қилинади.
  6. Суюқлик пробиркага йиғилади, олинган суюқликнинг характериға қараб беморни олиб бориш тактикаси ҳал қилинади.
  7. Бачадон бўйнидан қисқичлар олинади.
  8. Қин антисептик эритма билан артилади.
  9. Кўзгулар чиқариб олинади.
  10. Аёлни каталкада палатаға ёки жарроҳлик хонасига ўтказилади.

### *ЎРГАТУВЧИ ТЕСТЛАР*

1. Бачадондан ташқари ҳомиладорликнинг ривожланишида қанақа 7 омилни биласиз?
  1. бошдан ўтказилган инфекцион касалликлар (тонзиллит, аппендицит ва б.);
  2. ҳайз фаолиятидаги ўзгаришлар;
  3. бепуштлиқ;
  4. асоратли туғруқ, абортлар;
  5. гениталий яллиғланиш касалликлари;
  6. кичик чаноқ органларида ўтказилган жарроҳлик;
  7. БИВ.
2. Гинекологик текширувда қайси белгилар найдаги ҳомиладорликка шубҳа ўйғотади.
  1. кўзгуда - қин ва бачадон бўйни кўкимтир тусда;
  2. бачадон катталиги ҳайз тўхташ муддатиға тўғри келмаслиги;
  3. бачадон шакли ноксимон;
  4. бачадон ёнида юмшоқ ҳосила;
  5. қин ён гумбазида томир уриши аниқланади.
3. Қин орқали кўрилганда бачадон найи ёрилганлигига ишора қилувчи қандай 7 белги аниқланади:
  1. бачадон бўйни қимирлатилганда кучли оғриқ, қин орқа ёки ён гумбазларидан бирининг осилиб туриши;
  2. «тўсиқ» симптоми;
  3. «қалпоқча» белгиси;
  4. қин орқа гумбази пальпациясида оғриқ зўрайиши;
  5. «сузувчи» бачадон белгиси;
  6. қорин пастки мушаклари тараңлашганлиги ва кучли оғриқ.
4. Бачадондан ташқари тўхтаган ҳомиладорликдаги «ўткир қорин»ға хос белгилар қанақа?
  1. қорин пастиди, орқа тешикка берувчи кучли оғриқ;
  2. ҳушни йўқотиши;
  3. баъзан суюқ ич келиши, ҳожатхонаға боришға кераксиз истак;
  4. Шеткин - Блумберг симптоми мусбат;

5. қорин пасти перкуссиясида бўғиқлашиши
5. Бачадондан ташқари ҳомиладорликнинг қайси касалликлар билан қиёслаш лозим?
1. бачадондан ҳомила тушиши;
  2. тухумдон апоплексияси;
  3. ўткир аппендицит;
  4. тухумдон ўсмаси оёқчасининг буралиб қолиши;
  5. пельвиоперитонит, ўткир аднексит;
  6. БДҚК;
  7. перитонит (ички аъзолар ёрилиб кетганда бўлади).
6. Бачадондан ташқари ҳомиладорликда қин орқа гумбази пункция қилинганда олинган қонни тавсифланг.
1. суюқ лахтасиз;
  2. тук рангда;
  3. микроскопда кўрганда емирилган эритроцитлар, тийинсимонли таёқчалар ҳосил бўлмайди.
7. Бачадондан ташқари ҳомиладорликка шубҳа туғилганда УАШнинг тактикаси.
1. гинекология бўлимига беморни ётқизиш.
8. Бачадондан ташқари ҳомиладорликни даволаш қандай босқичлардан иборат?
1. жаррохлик;
  2. қон кетиш, шок билан кураш, йўқотилган қон миқдорини тўлдириш;
  3. жаррохликдан кейинги даврни олиб бориш;
  4. репродуктив фаолият реабилитацияси.
9. Найдаги ҳомиладорликда қўлланиладиган қандай жаррохлик аралашувларини биласиз?
1. лапароскопия;
  2. лапаротомия;
  3. найни олиб ташлаш;
  4. найларда пластик жаррохлик.
10. Бачадондан ташқари ҳомиладорликни узилишини нима билан изоҳлаш мумкин?
1. Ҳайз кўриш бир мунча тутилишдан сўнг касаллик бошланади;
  2. тўғри ичак томони иррадиацияси ва қорин пастида ўткир оғриқлар;
  3. жинсий аъзолардан суркалувчан тўқ қонли ажралмалар;
  4. ҚБ тушиши, пульс ошиши (тезлашиши).
11. Шифокор бачадондан ташқари ҳомиладорликка нисбатан қандай иш туттиши керак?
1. орқа гумбаз пункциясини қилиш;
  2. тезлик билан гинекологик бўлимга госпитализация қилиш;



3. УТТ га юбориш.
12. «Тўхтаб қолган» бачадондан ташқари ҳомиладорликка хос бўлган симптомларни кўрсатинг:
  1. қориндаги доимий санчиқли оғриқ;
  2. жинсий йўллардан қора қон келиши;
  3. ҳайзнинг сурилиши.
13. Ривожланаётган бачадондан ташқари ҳомиладорликка хос бўлган белгилар қандай:
  1. ҳайзнинг кечикиши;
  2. ҳомиладорликнинг шубҳали белгиларининг мавжудлиги;
  3. бачадон нормадан катта, юмшоқ, тахмин қилинган ҳомиладорлик муддатидан кичикроқ;
  4. ҳомиладорликнинг тахминий белгилари мавжудлиги;
  5. бачадон ён биқинида овоид шаклли ўсманинг мавжудлиги ва унинг эластик консистенцияли эканлиги.
14. Бачадондан ташқари ҳомиладорлик сабабларини айтинг:
  1. овулоген сабаблар;
  2. бачадон ортиқларининг яллиғланиши;
  3. бачадон найларининг функционал етишмовчилиги;
  4. бачадон найлари ривожланиш аномалиялари;
  5. инфантилизм.
15. Найнинг ёрилиши типидagi «тўхтаган» бачадондан ташқари ҳомиладорликка хос бўлган клиник кўринишни айтинг
  1. Қорин остидаги ўткир «ханжар санчилганга» ўхшаш оғриқ;
  2. Қорин остидаги оғриқнинг тўғри ичакка тарқалиши;
  3. Френикус симптомининг мавжудлиги;
  4. геморрагик шок белгилари;
  5. жинсий йўллардан қон кетиши.

#### *НАЗОРАТ САВОЛЛАРИ:*

1. Бачадондан ташқари ҳомиладорлик нима?
2. Бачадондан ташқари ҳомиладорликни келтириб чиқарувчи сабаблари ва касалликнинг ривожланиш механизми?
3. Бачадондан ташқари ҳомиладорлик таснифи?
4. Бачадон найининг ривожланиб борувчи (узилмаган) ҳомиладорлиги?
5. Бачадон найидаги узилган ҳомиладорликнинг «най ёрилиши» тури, унинг клиник кечиши?
6. Бачадон найидаги узилган ҳомиладорликнинг «най аборти» тури, унинг клиник кечиши?
7. Бачадондан ташқари ҳомиладорликни аниқлаш усуллари?
8. Бачадондан ташқари ҳомиладорликни бошқа касалликлардан фарқи?
9. Бачадондан ташқари ҳомиладорликни даволаш усуллари?
10. Бачадондан ташқари ҳомиладорликни ўтказган аёлларни соғломлаштириш?
11. Бачадондан ташқари ҳомиладорликнинг олдини олиш йўллари?

# ЕЛБЎҒОЗ

**Мақсад.** Елбўғозни келтириб чиқарувчи сабабларни, таснифини, клиник кечиши, аниқлаш ва даволаш усулларини билиш, хорионэпителиома асорати билан танишиш.

## **Вазифалар**

1. Елбўғозни келтириб чиқарувчи сабаблар.
2. Елбўғозни таснифи.
3. Елбўғознинг ва хорионэпителиоманинг клиник кечиши.
4. Ташхис қийиш усуллари.
5. Елбўғозни ва хорионэпителиомани даволаш.
6. Қиёсий ташхиси
7. Профилактикаси.
8. Хорионэпителиоманинг аниқлаш усуллари

Ҳомила тухум касаллиги бўлиб, бунда хорион ворсинкаларининг тузилиши ўзгаради (43-расм). Касалликдан олдин нозик бир ҳил йўғонликда бўлган ворсинкалар елбўғоз бошланиши биланоқ боғичсимон пояга айланади. Бу поялар ҳудди узум шингили сингари жойлашган ва тиниқ суюқлик билан тўлган пуфакчалар билан ўралади.

Ворсинкалар сифатининг бузилиб, ўзгариб қолишига унинг стромаси лиқилдоқ массага айланиши ва ворсинка эпителийсининг ўсиб қалинлашуви сабаб бўлади. Эпителийлар ўсиб қалинлашуви натижасида ўзгарган хорион ворсинкалари баъзан децидуал пардадан бачадон мушак қаватига, ҳатто бачадон деворларини емириб қорин бўшлиғига киради. Елбўғознинг бу шакли кам учрайди ва бузувчи елбўғоз деб аталади.

Елбўғоз кўпроқ такрорий ҳомиладорликда учрайди. Елбўғознинг тараққий қилиши (ҳомиладорликда) аввал ворсинкалар сифати ўзгаради, агар елбўғоз ҳомиладорликнинг сўнги даврларида бошланса йўлдош заррланади. Йўлдош тўлиқ ва қисман елбўғозга айланиши мумкин.

Агар йўлдошнинг бир қисми (1/3 қисмидан камроғи) елбўғоз билан заррланган бўлса ҳомила ўз тараққиётини давом эттириши мумкин.

Елбўғоз билан йўлдошнинг вазифаси асосан издан чиқади ва у ҳомирани озиқ моддалар билан таъминламай қўяди, натижада ҳомила халок бўлади.

Ўлган ҳомила чирийди ёки она танасига шимилиб кетади. Елбўғоз ўзидан кейин тухумдонда албатта асорат қолдиради. Тухумдонлар майда кисталардан иборат бўлиб қолади. Уларнинг ҳар иккаласида ҳам сариқ тана ҳосил бўлади. Кейинчалик сариқ тана катталашади. Унинг катталиги баъзан ҳомила бошидек бўлиши мумкин.

Бемор соғайгандан кейин лютеин сўрилиб кетади. Кисталар орқага тараққий қилиб йўқолади. Елбўғознинг ҳосил бўлиш сабаблари ҳозиргача аниқланган эмас.

## **Клиник кечиши:**

Елбўғоз касаллиги бир қанча белгилар билан характерланади:

### **Улардан асосийлари қуйидагилар:**

1. Ҳомиладорликнинг биринчи ойларида бачадондан қон кетади ва шу ойларга қон кетишнинг кўп-озлиги турлича бўлади. Баъзан қон вақтинча тўхтайдди. Кетаётган қон суюқ қорамтир рангда бўлади.

- Баъзан қон билан бирга алоҳида пуфакчалар ҳам ажралиб чиқади.
2. Бачадон ҳажми ҳомиладорлик муддатига тўғри келмайди. Чунки елбўғоз тез ўсадиган бўлади. Бачадоннинг баъзи жойи юмшоқ, баъзи жойи қаттиқ бўлади.
  3. Пайпаслаб кўрилганда ҳомилани топиб бўлмайди. Ҳомиланинг юрак уриши эшитилмайди, қимирлашини она сезмайди.
  4. Олимларнинг кузатишларига кўра елбўғоздан баъзан интоксикация бўлиб, қайта-қайта қусиш, шиш, альбуминурия ва преэклампсия пайдо бўлиши мумкин.
  5. Қоринда оғриқ пайдо бўлишининг сабаби, ХГ миқдорининг кўпайиши натижасида текалютеин кисталарнинг пайдо бўлиши ҳисобланади.

#### **Елбўғозни аниқлаш:**

1. Қин орқали рангсиз пуфаксимон ажралмаларнинг кўп топилиши.
2. ХГ миқдорининг 100000 ХБ/мл дан ошиб кетиши.
3. Бачадон ҳажмининг ҳомиладорлик муддатидан каттароқ бўлиши.
4. Бачадондан қон кетиши.
5. Ультратовуш орқали текширилганда нормал йўлдошнинг ва ҳомиланинг эхо белгилари аниқланмайди.
6. Пайпасланганда бачадон консистенциясининг бир хил эмаслиги (бир қисми қаттиқ, бир қисми юмшоқроқ бўлади) бунга – “сохта миоматозли бачадон” дейилади.

#### **Елбўғозни даволаш:**

Елбўғоз касаллиги ҳамма вақт ҳам хавфлидир. Кўпинча ҳомиладорликнинг биринчи ойларида ҳомила елбўғоздан нобуд бўлади, бу она учун ҳам катта хавф туғдиради, чунки бундай вақтларда қон кўп кетиши ва елбўғознинг тез тараққий қилишидан ташқари у ўсмага, шишга (хорио-нэпителиомага) айланиб кетиши мумкин.

Шунинг учун елбўғоз билан оғриган беморни касалхонага зудлик билан ётқизиш ва даволашни бошлаш керак.

Бачадон мушаклари яхши қисқарадиган бўлганда камдан-кам ҳолларда елбўғознинг мустақил туғилиши ҳам кузатилган.

Шунинг учун касаллик аниқлангандан сўнг, бачадон мушаклари қисқаришини оширувчи воситалар (окситоцин, питуитрин, хинин) тайинлаш мумкин.

Маълумки кўп қон кетиши аёл ҳаёти учун хавфлидир. Шунга кўра қон кетишини тўхтатиш учун елбўғозни тезда олиб ташлашга киришилади. Бунинг учун бачадон етарлича очиқ бўлган вақтда елбўғозни вакуум аспиратор ёрдамида чиқариб олинади ва бачадон деворлари қирилади. Бу муолажадан олдин бачадоннинг қисқаришини таъминлаш учун 1 мл окситоцин инъекция қилинади.

Бачадон бўйни тешиги берк бўлса, уни металлдан ишланган Гегар кенгайтиргичлари билан бир бармоқ энича кенгайтирилади. Сўнгра бармоқ билан елбўғозни олиб ташланади. Бачадон ичига бирор асбобни киритиш жуда хавфлидир, чунки елбўғоз натижасида бачадон деворлари юпқалашган бўлади, шунинг учун вакуум-шприцни ишлатиш маъқул.

Бинобарин бачадон ичига суқилган асбоб бачадон деворини тешиб қўйиши эҳтимолдан ҳоли эмас. Агар бирор сабабга кўра елбўғозни бармоқлар ёрдамида бутунлай чиқариш мумкин бўлмаса бачадон бўшлиғида айрим пуфакчалар қолганлиги учун қон кетиш давом этаверса ва бачадоннинг ўз

ҳолича қайта қисқариши сезилмаса, бачадон ичини катта кюретка билан кириб олиниб гистологик текширишга юборилади.

Баъзи пайтларда бачадон ҳажми 20 ҳафталикдан катта ва бўғзи берк бўлганда, кўп миқдорда профуз қон кетиши натижасида бемор ҳаётига катта хавф туғилганда тезкор равишда кесар кесиш амалиёти ўтказишга тўғри келади.

Аёл келажакда туғишни режалаштирмаса (болалари бўлса) амалиётни ампутация қилиш билан тугаллаш мумкин, лекин тухумдонларга тегилмайди, чунки текалютеин кисталар одатда сурилиб кетади.

Елбўғоз билан оғриб тузалган аёл 2-3 йил давомида мунтазам равишда клиник ва биологик текширувдан ўтказиб турилиши керак, чунки бу даврда ўсма (хорионэпителиома) пайдо бўлиши мумкин. Барча аёллар онкологик диспансер назоратида туришлари керак. Баъзиларга метотрексат билан кимёвийтерапия ўтказилади.

### **Хорионэпителиома.**

Хорионэпителиома хорион эпителий қаватларидан ривожланган хавфли ўсмалар қаторига киради. Бу метастазга мойил бўлган оғир касалликдир.

Хорионэпителиома пайдо бўлганда бачадондан тартибсиз ациклик равишда қон кетиши беморнинг камқонликка учраши, озиши, тана хароратининг кўтарилишига олиб келиши бу аъзоларга метастазлар берганлигини кўрсатади. Бемор қахексиядан (озиш) ҳалок бўлади.

Хорионэпителиома бачадон деворида ривожланиб унинг мушак қава-тига киради ва бу қаватни ҳам бузади. Натижада бачадон гадир-будур бўлиб қолади ва унинг ҳажми катталашади. Метастазлар натижасида ҳосил бўлган тугунлар бачадон деворида ҳам пайдо бўлиб, булар ўз ўлчамлари бўйича катта тухумдек бўлиши мумкин. Метастазлар асосан қин девори-га, ўпкага, мияга тарқалади. Бунда тухумдонларда ҳам елбўғоздаги каби ўзгаришлар рўй беради. Тухумдонлар икки томонлама катталашиб кичраймасдан туради.

Хорионэпителиоманинг олдини олиш учун касалликнинг энг дастлаб-ки даврини аниқлаб диагноз қўйиш керак. Шунинг учун юқорида айтиб ўтилганидек елбўғоз билан оғриб ўтган аёл узоқ вақт шифокор кўригига келиб туриши керак.

Аёлнинг сийдигида ХГ миқдорини аниқлаганда унинг хаддан ташқари ошиб кетиши, хорионэпителиома бошланаётганини кўрсатади. Елбўғоз билан оғриган аёлларда ХГ миқдорини албатта вақти-вақти билан аниқлаб туриш керак, касаллик диагнозини фақат шу усул ёрдамида тасдиқланади. Кўкрак қафаси рентгенографияси, кичик чаноқ аъзоларини ультратовуш орқали текшириш асосий усулдир.

### **Даволаш**

Асосий даволаш усули кимиётерапиядир. Бунда метотрексат-ТЕВА 50 мг 2 мл препарати қўлланилади. Бу ёрдам бермаса гистерэктомия қилинади. Агар химиотерапия самарали натижа берса ва вақтида ўтказилса аёлнинг туғишига рухсат берилади. 50% аёллар ҳомиладор бўлиб соғлом бола туғишлари мумкин.

## ЎРГАТУВЧИ ТЕСТЛАР

1. Трофобласт касаллиги ўз ичига қуйидаги касалликларни олади:
  1. елбўғоз;
  2. деструкцияловчи елбўғоз;
  3. хорионэпителиома.
2. Елбўғоз келиб чиқишида аҳамиятга эга бўлган этиологик омиллар.
  1. уруғланишгача бўлган муддатда тухум хужайрага ташқи омилларнинг таъсири;
  2. инфекцион касалликлар ва токсикозлар;
  3. эндокрин фаолиятнинг бузилишлари.
3. Елбўғоз клиник манзарасини ташкил этувчи симптомлар:
  1. бачадондан қон кетиш;
  2. ҳомиладорликнинг ишончли белгиларининг йўқлиги;
  3. ҳомиладорлик муддатидан катталиги;
  4. ҳомиладорлик токсикозининг тез ривожланиши.
4. Елбўғознинг 2та турини кўрсатинг:
  1. тўлиқ елбўғоз;
  2. қисман елбўғоз.
5. Тўлиқ елбўғозга хос хусусиятлар:
  1. ҳамма хорион ворсинкалари ўзгарган;
  2. ҳомиладорликнинг дастлабки ойда кузатилади;
  3. тўлиқ елбўғозда ҳомила нобуд бўлиши.
6. Қисман елбўғозга хос хусусиятлар
  1. ҳомиладорликнинг кечки муддатларида пайдо бўлади;
  2. йўлдошнинг бир қисмида жойлашган.
7. Хорионэпителиомани даволаш йўналишлари:
  1. жаррохлик;
  2. кимётерапия.
8. Локализацияси бўйича хорионэпителиоманинг турлари:
  1. бачадон хорионэпителиомаси;
  2. бачадон найи хорионэпителиомаси;
  3. қин хорионэпителиомаси;
  4. тухумдон хорионэпителиомаси.
9. Хорионэпителиоманинг асосий симптомлари:
  1. профуз қон кетиш ва сероз - йирингли белги, анемия;
  2. тахикардия.
10. Хорионэпителиома диагностикасида ўтказиладиган асосий текширувларни кўрсатинг:
  1. гормонал ва гистологик текширув;
  2. гистеросальпингография;
  3. бимануал текшириш;
  4. кўзгу орқали;
  5. УТТ;

6. ХГ ;
  7. эндометрий биопсияси.
11. Хорионэпителиома кимётерапиясида қўлланиладиган 2та препаратни кўрсатинг.
    1. метотрексат;
    2. хризомаллин.
  12. Елбўғознинг асоратлар
    1. ҳаёт учун хавфли қон кетиши;
    2. хавфли ўсма хорионэпителиома ривожланиши ва унинг метастазланиши.
  13. Хорионэпителиома кўпроқ қайси аъзоларга метастазлар беради:
    1. қин деворига;
    2. ўпкага;
    3. мияга;
    4. жигарга;
    5. ичакка.
  14. Елбўғоз нима билан изоҳланади?
    1. бачадон муддатидан кўра катталиги (ҳайз тутилишига кўра);
    2. бачадоннинг устки қисми нотекислиги;
    3. бачадонда қон билан бирга елбўғоз элементлари;
    4. хорионик гонадотропин экскрецияси ошиши.
  15. Елбўғозга хос белгилар қандай:
    1. ҳомиладорлик муддатига бачадоннинг катталашганлигига мос келмаслиги;
    2. бачадон устининг ғадир-будурлиги;
    3. бачадондан қон билан бирга елбўғоз элементларининг келиши;
    4. бачадон деворнинг емирилиши;
    5. хорионик гонадотропиннинг кучли секрецияси.
  16. Хорионэпителиома ташхиси қўйишда керак булган қўшимча усулларни айтинг:
    1. диагностика мақсадида бачадон шиллиқ қаватидан қирма олиш ва уни гистологик текшириш;
    2. кўкрак қафаси рентгенограммаси;
    3. кольпоцитогамма;
    4. лапароскопия.
  17. Хорионэпителиоманинг ўзига хос белгилари қандай?
    1. қон кетиши;
    2. биологик синамаларда ХГ нинг мавжудлиги;
    3. ҳайз бузилиши.

#### **Назорат учун саволлар :**

1. Ёлбуғозни - сабаблари.
2. Ёлбуғозни клиник кечиши.
3. Ёлбуғозни аниқлаш усуллари
4. Ёлбуғозни даволаш усули
6. Хорионэпителиома тўғрисида тушунча

## БАЧАДОН МИОМАСИ

**Мақсад:** Бачадон миомасининг келиб чиқиш сабабларини, турларини, клиник белгилари ва ташхислаш усулларини ўрганиш ва даволаш усулларини билиш.

### **Вазифалар:**

1. Терминологияни билиш.
2. Этиопатогенезини ўрганиш.
3. Жойлашиши бўйича таснифини билиш.
4. Клиника ва асосий белгиларини аниқлаш.
5. Диагностикасини ўрганиш.
6. Давоси билан танишиш.

Бачадон миомаси деб, гормонларга мойил бўлган, мушак тўқимаси ҳамда бириктирувчи тўқималардан ташкил топган хавфсиз ўсмага айтилади. Миома кенг тарқалган касаллик бўлиб, гинекологик беморларнинг 10-27% ида, 30 ёшга етган беморларнинг 20% ида, 40 ёшдан катта беморларнинг эса 40% ида учрайди.

Бу касалга дучор бўлган беморлар организмда бир қанча аъзо ва тўқималар зарарланади, яъни юрак соҳасида оғриқ бўлиши ва унинг катталашиши(миоматоз юрак). Шунинг учун ҳам бу касалликни системали касаллик дейилади.

Бачадон миомасининг келиб чиқиш сабаблари ва ривожланиши юзасидан жуда кўп олимларнинг фикр-мулоҳазалари бўлиб, улар ҳар хилдир, лекин ягона яқуний хулосага келинмаган. Бу масалада бутун дунё олимлари тадқиқот ишларини олиб бормоқдалар. Бунга далил сифатида бачадон миомаси масаласида 1976 йили Кишинев шаҳрида 1978 йили Москва шаҳрида, 1980 йилда Самарқанд шаҳрида бўлиб ўтган бутун дунё олимларининг анжуманлари асосий далил бўлиб ҳисобланади.

Аёллар организмда бачадон миомасининг келиб чиқиши асосан гормонал ўзгаришлар туфайли, яъни гипоталамус-гипофиз-буйрак усти безитухумдон орасидаги муносабатнинг, бирон-бир қисмининг шикастланиши ҳамда бачадондаги ўзгаришлар натижасида хусусан миометрийнинг гиперплазияси туфайли вужудга келиши мумкин.

Гипофизнинг гонадотроп гормони текширилганда, ҳайз цикли давомида организмда прогестерон гормонининг миқдори камлиги, бу эса ўз навбатида ҳайз циклининг иккинчи даври етишмовчилигига олиб келиши аниқланган. 70-80% ҳолларда бачадон миомаси беморларда патологик ҳайз цикли мавжудлигини кўрсатади, хусусан ановулятор, яъни даврий ёки овулятор, бироқ лютеин даврининг етишмовчилиги сифатида намоён бўлган ҳайз циклини назорат қилган. Клиник ва экспериментал тадқиқотларга таяниб, аёллар организмда рўй берган гормонлар ўзгариши, хусусан эстроген гормонларнинг кўп ишланиши, бачадон миомалари пайдо бўлишида муҳим роль ўйнайди деб тахмин қилиш мумкин.

Бачадон миомаси билан касалланган аёлларнинг касаллик тарихига аҳ-

амият берилса, уларнинг ёшлигида ҳар хил юқумли касалликлар билан, 1/3 қисми бачадон ортиқларининг яллиғланиши, бепуштлик билан касалланганлиги аниқланган ва бу ҳолатлар ўз навбатида организмда гомеостаз бузилишига олиб келиб, ички секреция безларининг фаолияти ўзгаришига сабаб бўлган. Бу ҳолат ҳайз циклининг бузилишига таъсир қилиб, бир-бирига боғлиқ бўлган патологик ҳалқани ҳосил қилади. Бу бачадон миомасининг келиб чиқишига сабаб бўлган. Бачадон миомасининг келиб чиқишига фақат узоқ муддат давомида эстроген-гестаген гормонларнинг организмга таъсирининг бузилишигина эмас, балки бачадон мушакларини таъминловчи нерв рецепторларининг ғайритабiiй қўзғалувчанлиги ҳам сабаб бўлади. Морфологик жиҳатдан миомаларнинг оддий пролифератив саркома олди турлари кузатилади. Гистологик тузилиши жиҳатидан К.П. Улезко-Строгонова фикрича, бачадон миомаси, бачадон мушак толаларидан, ҳамда қон томирларнинг мезенхимал элементларидан ривожланади. Хулоса қилиб айтганда, онкологларнинг фикрича бачадон миомаси ҳам организмда одатдаги ўлган ҳужайралардан етилиб чиққан деб тахмин қиладилар.

### **Миоманинг таснифи**

Бачадон миомасининг тугунчалари рангининг оқимтирлиги билан атрофдаги бачадон мушак тўқималаридан ажралиб туради, бошқа мушак тўқималарига қараганда консистенцияси қаттиқроқ, зичроқ бўлади. Кўпинча миома тугунчалари 95% бачадон танасида ва 5% миқдорда бачадон бўйнида учрайди. Кўпинча тугунчалар бачадон тубида, айниқса бачадоннинг орқа деворида жойлашади. Бачадоннинг олдинги деворида орқа деворига нисбатан 2 маротаба кам учрайди, миома тугунлари камдан-кам бачадоннинг деворларида жойлашганлигининг шохиди бўламиз. Энг кам учрайдиган жойи 1% да бачадон бўйни ва қиндаги жойлашувидир. Миома тугунларининг ўсиш жараёни йўналиши бўйича уч хил бўлади (44-расм):

1. Субмукоз, 15-25% шиллиқ ости қаватида жойлашиб, тугунчалар бачадон бўшлиғи томон ўсади.
2. Интерстициал, 30% тугунчалар бачадон деворидаги мушак қаватининг орасига жойлашади (45-расм).
3. Субсероз, 30% ўсма қорин пардасининг остида жойлашган бўлади (46-расм). Бундай ҳолларда кўп тугунли миомаларда бачадоннинг ҳар томонлама бир хил катталашганини баъзан эса бир томонлама катталашганини аниқлаймиз (47-расм). Бачадон катталиги ҳатто 39-40 ҳафталик ҳомиладорликдаги даражада бўлиши мумкин.

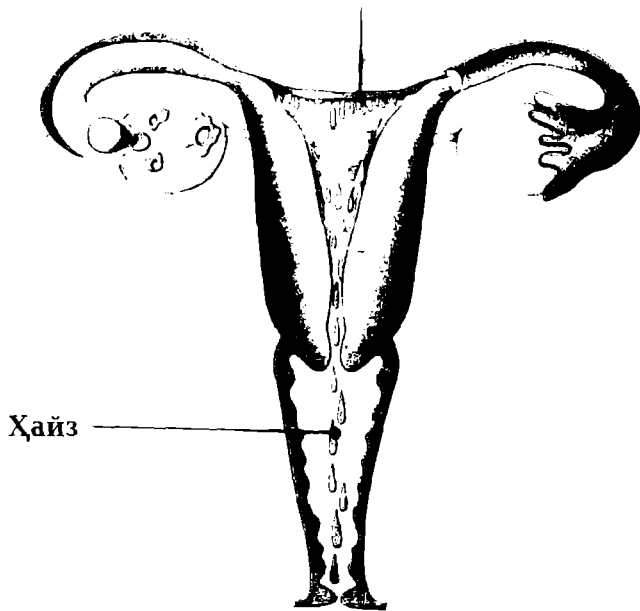
Субсероз тугунлар эса бачадон шаклини кескин ўзгартириб юборadi ва қорин бўшлиғи томонга қараб ўсиб, бачадон деворига ҳар хил узунлик ва қалинликдаги ўсма оёқчаси билан боғланади. Агар субсероз тугунлар кўп миқдорда бўлса, худди картошка туганакларига ўхшаб кетади. Шиллиқ қавати остида жойлашган тугунчалар эса бачадон бўшлиғи томон ўсиб, унинг шакли ўзгаришига олиб келиб, кейинчалик бачадоннинг кучли қисқаришига ҳамда бачадон бўйнининг очилишига олиб келиб, тугунчаларнинг қин томонга туғилиши содир бўлади.



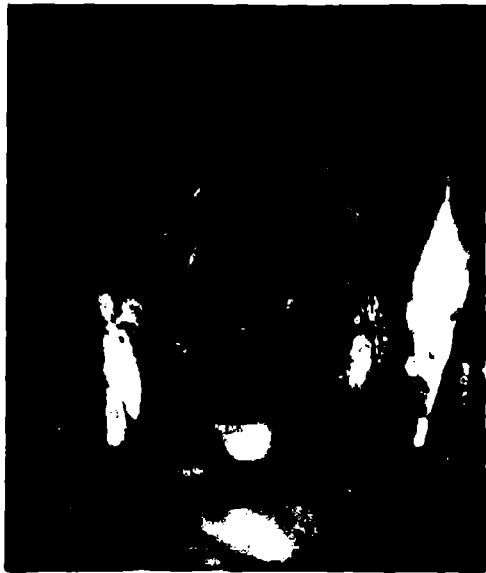


ҚИЗІК ҚАТЫС АНАТОМИЯСЫ

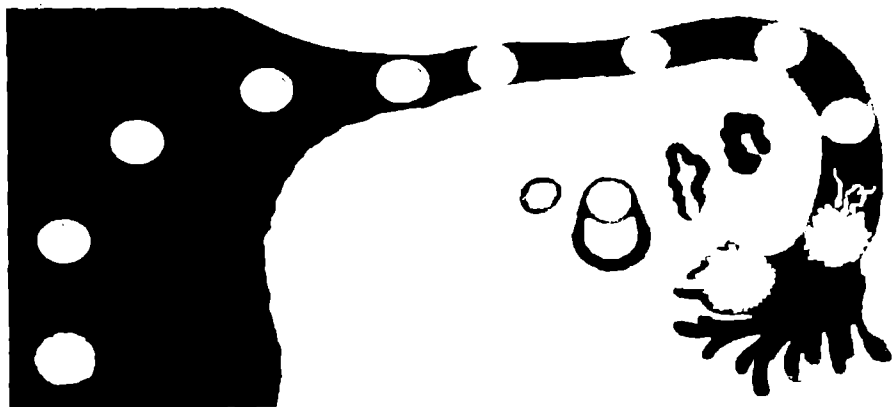
3 – Расм. Ички жинсий аъзоларининг тузилиши.



*14-Расм Эндоетрийни десквамацияси.*



*20 – Расм. Тухумдонлар склерокистоз.*



26-Расм. Уруғланиш ва имплантация.



28-Расм. Эмбриони 11-23 кун давомида ривожланиши.



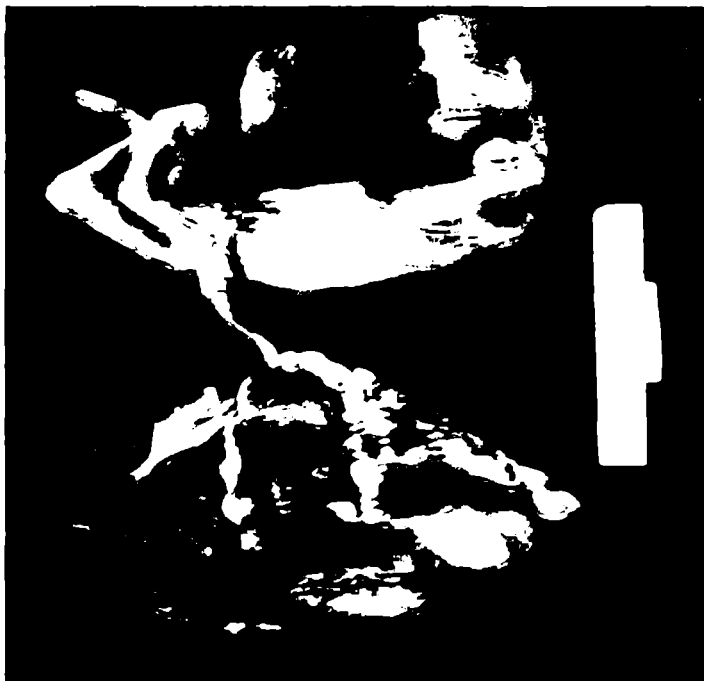
**29 – Расм. 20-кунлик эмбрионнинг хорион ворсинкалари билан копланиши.**



**30 – Расм. 5-хафталик эмбрионнинг сарик халтасини амнион ва хорион орасида жойлашиши.**



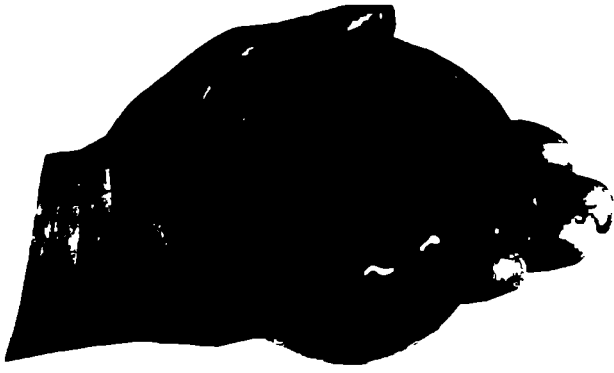
32 – Расм. Ҳомиланинг хондродистрофияси.



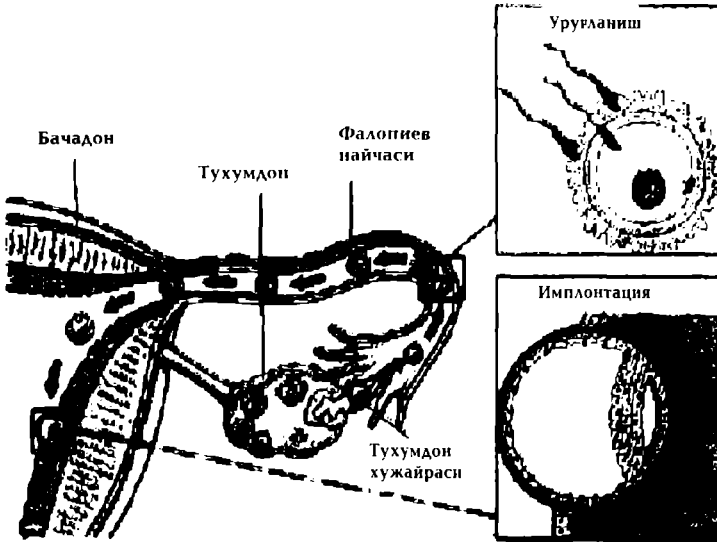
34 – Расм. Ривожланиши тўхтаб қолган ҳомиладорлик



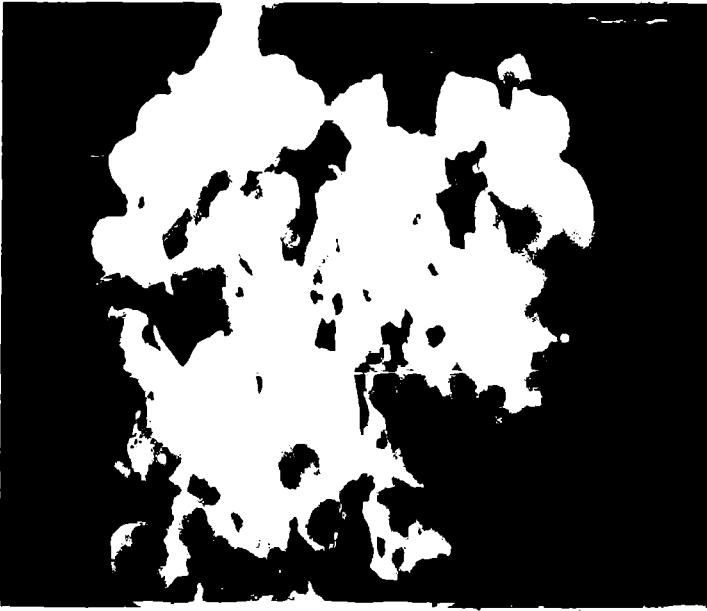
33-Расм. Икки ойлик абортус



36 – Расм. Тўлиқ аборт



38 – Расм. Уруғланиш ва имплантация

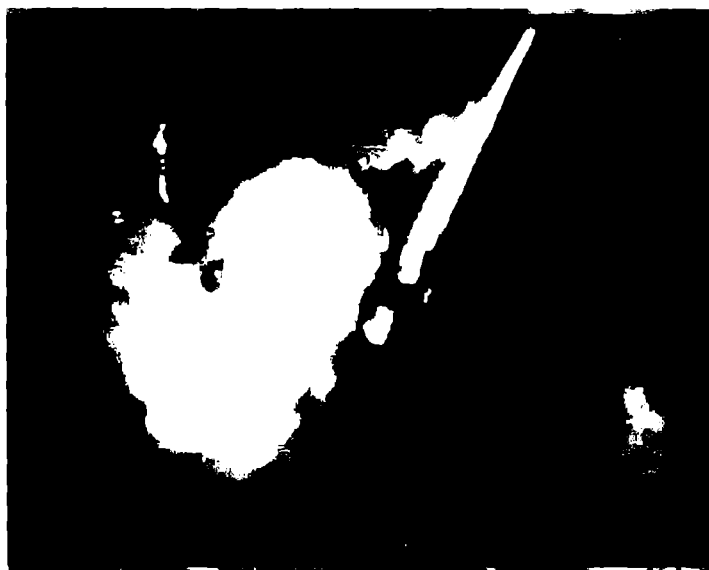


43-Расм. Елбуғоз





45 – Расм. Интерстициал миома



46 – Расм. Субсероз миомани лапароскоп усули билан олиб ташлаш.



47 – Расм. Кўптугунчали миома.



53 – Расм. Бачадон кистомаси.



54 – Расм. Сероз кистома.



59 – Расм. Эктопия

1-кўп қаватли ясси эпителий.

2- цилиндрик эпителий.

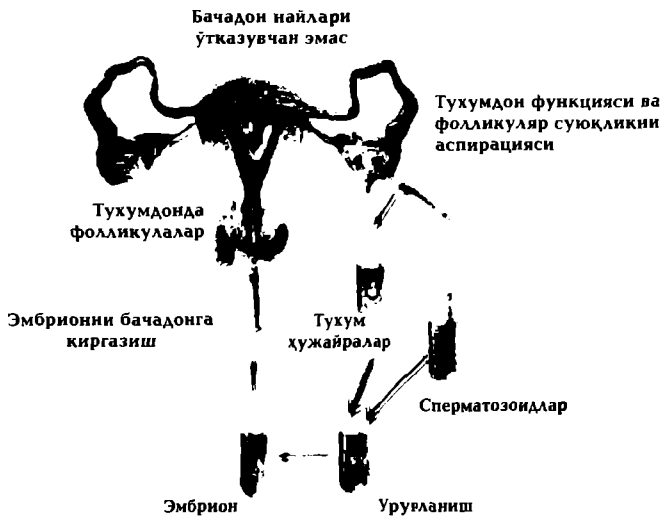
3-кўп қаватли ясси эпителийни цилиндрик эп-га ўтиш жойи



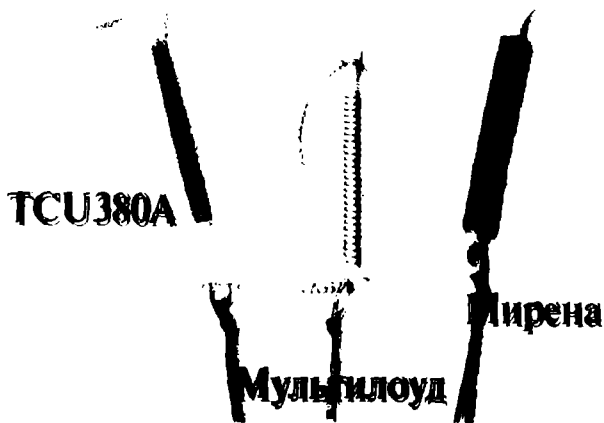
**60-Расм. Бачадон бўйни лейкоплакияси (Шиллер синамаси)**  
1 – Йоднегатив соҳа



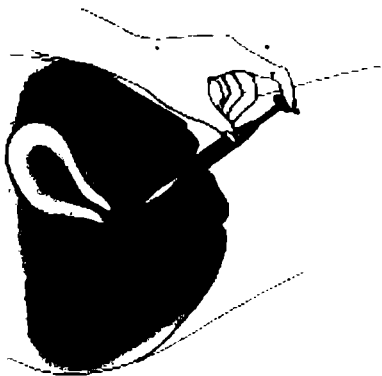
**61-Расм. Трансформация соҳаси.**  
1-Метаплазияланган эпителий.  
2-Цилиндрик эпителий.



78 – Расм. Экстракорпорал урувлантириш усулининг босқичлари.



80–Расм. Бачадон ичи воситалари.



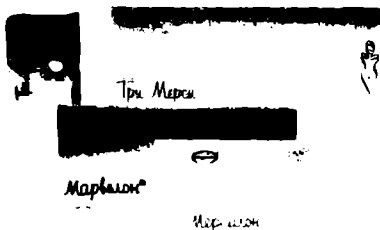
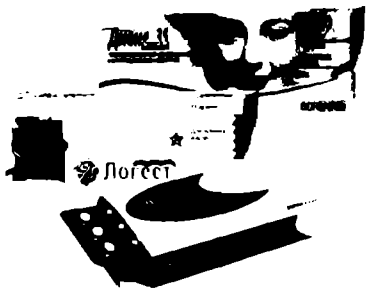
**Қурик ва желе**



**Қин таблеткалари**



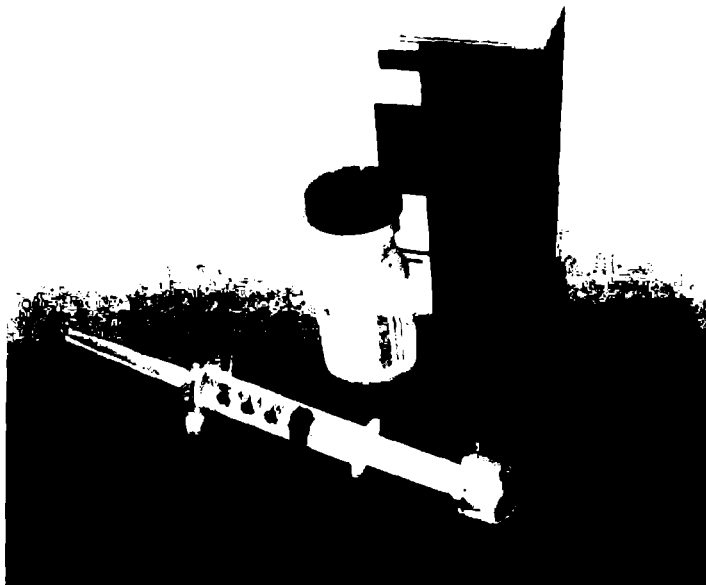
**79-Расм Махалий контрацепция**



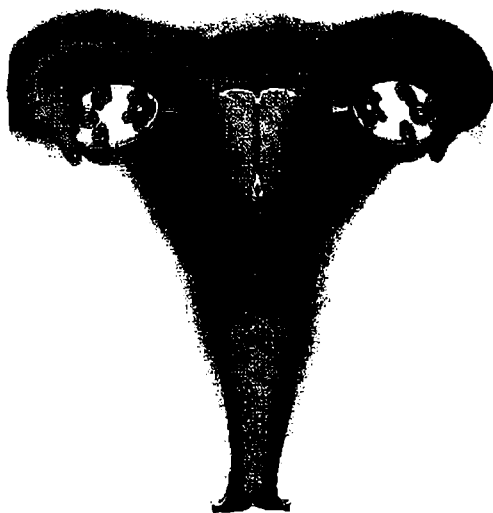
НОВИНЕТ

РЕГУЛОН

81-Расм Гормонал контрацепция

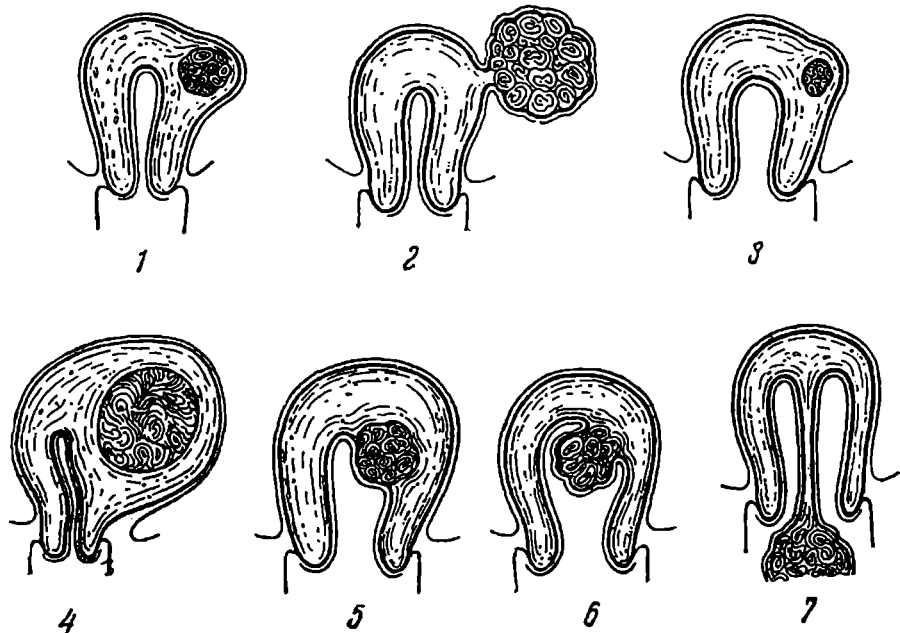


**82- Расм. Инъекцион контрацепция.**



**83-Расм. БИВни бачадон ичида жойлашиши.**





44 – Расм. Миома тугунчаларининг ўсиш турлари.  
 1 – Субсероз. 2 – Субсероз оёқчалари. 3 – 5-Интерстициал.  
 6 – Субмукоз. 7 – Тугилган субмукоз тугунча.

Ўсмалар сийдик пуфаги ёки тўғри ичак томонга қараб ўсган бўлса, шу аъзоларнинг фаолияти бузилади.

Тез ўсувчи миома патогенетик хусусиятларидан келиб чиққан ҳолда ўсма ўсишининг 3 хил тури тафовут қилинади:

- 1) чин – миоген элементларнинг пролиферацияси ва гипертрофияси ҳисобига
- 2) сохта (62%) – сурункали яллигланиш жараёни туфайли қон-лимфа айланишининг бузилиши ва шиш оқибатида
- 3) стимуляцияланган – бошқа касалликлар (аденомиоз, саркома) нинг ривожланиши билан боғлиқ

Тухумдон: Бачадон миомасида тухумдонда ҳам ўзгаришлар содир бўлади. Хусусан тухумдон ўлчами жиҳатидан катталашади, чунки тўқималар майда-майда дистрофик ўзгарган пуфакчаларга айланиб, кўп миқдорда фиброз таначалар билан қопланган бўлади. Қон томир деворларида склероз ва гиалиноз ўзгаришлар содир бўлади. Бириктирувчи тўқима кўп миқдорда бўлиб, премордиал фолликуллар сони жуда ҳам камайиб кетган бўлади.

### Миоманинг клиник белгилари

1. Баъзи вақтларда бачадон миомаси ҳеч қандай белгиларсиз кечади, аёлларда шикоятлар бўлмайди, аммо шифокорлар профилактика мақсадида аёлларни текширишганда аниқланади. 60-80% ҳолларда беморларда асосий

белгиларидан бири қон кетиши ҳисобланади. Қон кетиш аломатлари ҳам турли беморларда турлича кечади. Баъзиларида ҳайз цикли узайиши ёки ҳайз вақтида қон миқдорининг бироз кўпайиши- меноррагия кузатилса, баъзи бирларида тартибсиз, жуда кўп миқдорда тўхтовсиз қон кетиб, ҳатто оғир турдаги камқонлик касаллигига олиб келиши мумкин. (метроррагия).

Қон кетиш миқдори ўсманининг катта- кичиклигига боғлиқ эмас. Чунки катта ўлчамдаги субсероз тугунлар мавжуд бўлганда ҳайз кўриш мутлақо асоратсиз кечиши мумкин, бунга қарама-қарши ўлароқ, майда шиллиқ ости миома тугунчалари кўп қон кетишига, меноррагик ва ҳатто менометроррагик ҳайз цикли бузилишига олиб келади.

Ҳайз 10-12 кунгача давом этиб, жуда кўп миқдорда қон кетади, бунга гиперполименорея дейилади

Бундай турдаги қон кетишининг сабаблари:

1. Бачадон мушаклари қисқаришининг бузилиши
2. Бачадон шиллиқ қавати юзасининг катталашиши
3. Эстроген гормон метаболизмининг ўзгариши
4. Бачадон шиллиқ қавати регенерациясининг сусайишидан иборат.

Бундай беморда бачадон шиллиқ қаватини гистологик текшириш натижасида эндометрий қаватининг гиперплазияси (қалинлашгани) аниқланади. Бачадон шиллиқ қаватининг гиперплазиясида кўп қон кетишига қуйидагилар сабаб бўлади: тухумдон фолликуллари персистенцияси натижасида организмда ҳаддан ташқари фолликулинемия (фолликулин миқдори кўпайиб кетади) кузатилади, бу эса ўз навбатида бачадон шиллиқ қаватининг узоқ муддат давомидаги пролиферацияси ва қалинлашишига олиб келади. Бунинг оқибатида бачадон шиллиқ қаватининг айрим қисмларида жиддий ўзгаришлар содир бўлиб, ҳар хил тоифадаги полиплар бачадоннинг бутун бўшлиғи катталашишига олиб келади, қалинлашган шиллиқ қават билан тўлдиради. Шу билан бирга организмдаги гиперфолликулинемия бачадон шиллиқ қавати пролиферациясининг кучайишига олиб келади. Шиллиқ қаватининг бир-бирини босиши натижасида унинг юзасида некроз аломатлари содир бўлади. Кейинчалик некроз бўлган қисмларнинг аста-секин кўчиб чиқиши узоқ муддат ва кўп миқдорда қон кетишига сабаб бўлади, бундай қон кетишига геморрагик метроррагия дейилади. Метроррагия 9% касалларда учраса, қон кетиши 60% касалларда кузатилади, чунки узоқ муддат ва ациклик қон кетиши, шиллиқ ости қават ўсмалари капсуласининг ёрилишидан ҳамда ўсма тугунчаларининг некрозга учрашидан содир бўлади.

II. Миомаларда кўп учрайдиган белгилардан яна бири оғриқдир. Оғриқ худди дард тутганга, санчиққа ўхшаш бўлиб, айниқса ҳайз кўришдан олдин ва ҳайз кўриш вақтида кучаяди, пастга тортганга ўхшаш зўрайиши яллиғланишдан кейинги битишмалар борлигидан дарак берадиган белги ҳисобланади.

Миомаларда оғриқ бўлишининг асосий сабаблари:

1. Оғриқ асосан ўсманининг катта-кичиклигига ва унинг қаерда жойлашганлигига боғлиқ. Агар ўсма бутун кичик чаноқ бўшлиғини тўлдириб турган бўлса, ўсманининг қўшни аъзоларини босиб эзишидан пайдо бўлади. Ўсма кичикроқ бўлиб, бачадоннинг кенг бойлами орасига ўсиб кирган, шу билан бирга нерв толаларига яқин жойлашган бўлса, уларни эзиши туфайли содир бўлиши мумкин. Бу ҳолларда оғриқ доимий табиатга эга бўлади ва даволаш усуллари оғриқни пасайтира олмайди. Бундай ҳолларда эса жаррохлик йўли билан ўсмани олиб ташлаш керак

2. Бачадон шиллиқ қавати остига жойлашган ўсмаларда ҳайз кўриш вақтида йиғилган қонни ҳамда шу билан бирга шиллиқ қават остидаги ўсмани ҳам бачадондан ташқарига чиқариш кучли дардсимон оғриқ пайдо қилади.

Шиллиқ қавати остидаги ўсманинг оёқчаси кенг бўлса, бачадон қисқарганда ташқарига чиқара олмайди, лекин бачадон ўсмани худди ёт нарсадек сиқиб чиқаришга интилади, чунки ўсма бачадон деворини доимий қўзғатиб кучли равишда қисқариши сабабли оғриқнинг зўрайишига олиб келади. Баъзан субмукоз тугунча цервикал канал оғзидан чиқиб қин бўшлиғига чиқади.

3. Оғриқ пайдо бўлишининг яна бир сабаби ўсманинг инфекцияланиши бўлса, иккинчидан, бачадоннинг яллиғланиши ҳисобланади. Кичик чаноқ бўшлиғидаги аъзоларнинг яллиғланиши бачадон миомаси бирга учраганда 2/3 ҳолларда беморларда оғриқ пайдо бўлади
4. Оғриқ субсероз ўсма оёқчаси буралиб қолган вақтларда ҳам содир бўлади. Чунки бунда ўсма оёқчаси таркибидаги қон томирлар буралиб сиқилади ва ўсманинг озикланиши бузилади. Бу эса ўсмада яллиғланиш содир бўлишига олиб келади. Бундай вақтларда зудлик билан жарроҳлик амалиёти қилинади.
5. Ўсмалар жуда тез катталашиб ўсганда ҳам оғриқ бўлади, айниқса ўсма бачадоннинг кенг бойлами орасига ўсган ҳолларда шундай бўлади, чунки бундай вақтларда оғриқ ўсманинг қорин пардаси нерв толаларининг рецепторларига таъсири натижасида содир бўлади.

III. Ўсманинг қўшни аъзоларни босиш белгилари кўпинча катта ҳажмдаги ўсмаларда кузатилади. Лекин кичик ўлчамдаги ўсмалар кичик чаноққа тиқилиб қолган ва қалтис жойлашган бўлса, қўшни аъзоларга салбий таъсир қилади. Агар ўсма бачадоннинг олдинги деворида жойлашган бўлса, сийдик пуфагига таъсир кўрсатади. Бачадоннинг орқа тарафида ва бачадон бўйнида жойлашган ўсма эса тўғри ичакка таъсир кўрсатади. Баъзи ҳолларда ўсма ўсиб, сийдик пуфагини юқорига кўтариб қўяди. Бундай ҳолларда сийдик чиқариш канали узунлашиб, каналнинг тешиги тораяди. Бунда беморларнинг сийиши қийинлашади. Агар ўсма тўғри ичакни эзиб қўйган бўлса, беморларнинг ҳожати қийинлашиб, тўхтаб қолиши ва қабзият бўлиши эҳтимол. Айни вақтда сийдик йўллари эзиб қўйиб, гидроуретер ва гидронефроз ҳолатларига олиб келади.

IV. Бепуштлиқ. Миома тухум хужайранинг бачадон бўйлаб ҳаракат қилишига тўсқинлик қилади. Бачадон бурчакларида жойлашган интрамурал миома бачадон найини интерстиций қисмини ёпиб қўяди. Бундан ташқари, ановуляция бепуштлиқка олиб келадиган асосий сабаблардан бири саналади.

### **Миоманинг асоратлари**

1. Миома оёқчасининг буралиб қолиши:  
бунда «ўткир қорин» белгилари кузатилади: ўткир оғриқ, тил юзасининг ўзгариши, чанқаш, кўнгил айниши, қайд қилиш, Щеткин-Блюмберг белгиси пайдо бўлиши, тахикардия ва б.
2. Миоманинг шишиб некротиз бўлиши.  
бу ҳолатда кучли оғриқ, кўпинча қон кетиш ва тана ҳароратининг кўтарилиши ва бошқа белгилар кузатилади.

3. Шиллиқ ости қавати миомасининг туғилиш аломати, ҳатто бачадоннинг ағдарилиши кузатилиши мумкин.
4. Миома тугунларининг инфекцияланиши, йиринглаши.
5. Саркомага айланиши.
6. Кучли профуз қон кетиши
7. Анемия (камқонлик).

#### **Ташхис қўйиш**

1. Анамнез.
2. Қин орқали текшириш.
3. УЗД (УТТ).
4. Функционал тестлар ёрдамида синаш.
5. Бачадон бўшлиғини зонд билан текшириш (48-расм).
6. Бачадон бўшлиғи ва бачадон бўйни каналини алоҳида-алоҳида қириб гистологик текшириш, бунда эҳтиёткорлик талаб қилинади, чунки тугунчалар некрозга ва қон кетишига сабаб бўлиши мумкин.
7. Лапароскопия.
8. Гистероскопия ва биопсия қилиш. Бунда субмукоз тугунлар асосан аниқланади.
9. ГСГ-гистеросальпингография-бунда тўлиш нуқсони кузатилади. Браун шприци ёрдамида моддани 5 минут давомида юборилади.
10. Компьютер ва ядро-магнит-резонанс (ЯМР) томографияси.

#### **Бачадон миомасини даволаш**

Миомаси бўлган ҳамма аёлларни умумий даволашдан бошланади:

**Булар қуйидагилардан иборат;**

1. Витамин А-200 000 ТБ, рыбий жир (балиқ мойи) ёки аевит капсуласини 1х3 маҳал; даволаш 1ой давомида ёки хайз циклининг 16-кунидан 26-кунигача
2. Витамин С 0,5мг х3 маҳал ҳайзнинг иккинчи ярмида (16-кундан 26-кунгача).
3. Калий йод-0,5 %-лош қошиқдан 3 маҳал ичилади.
4. ҳар ойда 7-10 кун наҳорга нонуштадан 20-50мин аввал 1/2-1/4 стакан мева шарбатлари: олма, ўрик, олхўри, қизил лавлаги, картошка (алмаштириб ичилади).



48 – Расм. Бачадон субмукоз миомасини зонд билан текшириш.

5. Камқонликни даволаш (феррум-ЛЕК, глобекс, феркайл, космофер). Бачадон мушакларини энгил қисқартирувчи дориларидан тавсия қилинади (эрготал, лаголилус экстракти)
6. Климактерик даврда ременс 5-10 томчидан 3 маҳаличилади, 10-30% йод эритмасини бачадонга қорин пастига электрофорез орқали 6-8 марта буюрилади.
7. Нейролептиклардан седуксен, биопасит, нотта, валериана, фриналон суткасига 2,5мг, трифтазин 1-2мг
8. Агар яллиғланиш аломатлари ҳам кузатилса (сурункали сальпингофорит ва б.) продигозан, пирогенал, нурофен, ибупруфен-ГЕВА берилади.

Пирогенал 25-50мЕд кунора инъекция қилинади, ҳар гал 25 мЕд дан ошириб борилади то тана ҳарорати 38 С га кўтарилгунча, бир даволаш курсида 10-30 марта инъекция. Максимал миқдори 1000мЕд дан ошмаслиги керак.

#### **Миомаси бўлган аёлларни даволаш 4 тоифага бўлинади.**

1. Даволаш шарт бўлмаган аёллар; бу тоифадаги аёлларни ҳар 3-4 ҳафтада назорат қилиб турилади.
2. Жарроҳлик йўли билан даволанадиган аёллар
3. Гормонал йўл билан даволаниши лозим бўлган аёллар
4. Нурлар билан даволаш зарур бўлган аёллар

Консерватив даволаш асосан гормонлар ёрдамида олиб борилади.

Бачадон миомасини консерватив даволашда гормонал воситалардан гестагенлар, эстроген-гестаген воситалар, гонадолиберинлар агонистлари ва тестостерон ҳосилалари қўлланилади. Консерватив даволашни бошлашдан олдин бачадон бўшлиғини қириб гистологик-мофологик текширилади, сўнгра гормонлар билан даволашни бошлаш зарур, чунки беморларнинг ҳайз циклини 2 даврли қилишга эришишимиз керак. Бунинг учун гестагенларни ҳайзнинг иккинчи ярмида 16-кундан беришни бошлаймиз. Гестагенлардан прогестерон, дюфастон, норэтистерон, норколют, нористерат, депо-провера, 17-ОПКлар ишлатилади. Гестагенлар- эстроген гормонининг организмга ишлабчиқаришини сўндиради, яъни антагонист сифатида таъсир қилиб, миома ўсмасини ўсишдан тўхтатади ва бачадон эндометрийси гиперплазиясининг олдини олади.

Ҳомиладор бўламан деб ният қилган 35 ёшгача бўлган аёлларга гестагенлардан норколютни (яъни норэтистерон-5мг дан) 1 данадан 8-10 кун давомида ҳайзнинг иккинчи ярмида 15-кундан 25-кунгача берилади ёки дюфастон 1 таблеткадан 11 -кундан 25- кунгача берилади.

Эстроген-гестаген воситалар еки комбинациялашган орал контрацептивлар репродуктив ёшдаги беморларни даволашда қўлланилади. Эстроген - гестаген препаратлар 2 хил усулда қўлланилиши мумкин: ациклик (узлуксиз) ва циклик (узлукли). Циклик усулда - гормонал воситалар кунига 1 таблеткадан ҳайзнинг 5-кундан 25- кунгача (овулен, овидон, ригевидон, диане-35, микрогинон, марвелон, антеовин, триквилар, тризистон, трирегол ва бошқалар) 7 кунлик интервал билан берилади. Ациклик усулда бу воситалар 3-6 ой мобайнида кунига 1 таблеткадан берилади, бу воситаларни пременопаузада қўллаш ярамайди. Бу воситаларни қўллашдан олдин жигар ва қон ивиш системаси фаолиятини текшириш талаб қилинади ва албатта қарши кўрсатмалар истисно қилиниши шарт.

Гонадолиберинлар агонистлари - бачадон миомасини консерватив даволаш учун қўлланиладиган янги воситалар ҳисобланади. Улар тухумдон фаолиятини сусайтиради, яъни сунъий гипофизэктомия чақиради. Бачадон миомасини даволашда гонадолиберинлар агонистларидан золадекс, декапептил, нафарелин, бусерелин. Бу воситалар ҳар куни бурунга томизилади ёки тери остига инъекция қилинади, ундан ташқари бу воситаларни қорин олдида депо инъекция қилиш ҳам мумкин. Бу воситалар жуда тез таъсир қилиб, миоматоз тугунлар регрессини чақиради, бироқ даволашни тўхтатгандан сўнг, қисқа вақт мобайнида ҳайз цикли тикланади, миома қайтадан ва тез ўса бошлайди. Гонадолиберинлар агонистлари таъсирининг жуда қисқалиги туфайли уларни пременопаузада ёки жаррохлик даволашдан олдин қўллаш мақсадга мувофиқдир.

Миомани даволаш ва ҳомиладорликнинг олдини олиш мақсадида 38-50 ёшгача бўлган аёлларга норколют 1 таблеткадан ҳайз даврининг 5-кунидан 25-кунигача бериш мумкин.

50 ёшдан ошган аёлларга эса ҳайзни бутунлай тўхтатиш учун 17-ОПК-ни 12,5%-2 мл 2 ой 1 ҳафтада 2 марта, кейин 2ой ҳафтада 1 марта, сўнгра 2 ой 2 ҳафтада 1 марта қилинади. Уни узоқ муддат, йиллар давомида бериш мумкин.

45 ёшдан ошган аёлларга андрогенлардан бериш мумкин. Булардан омнадрен-250мг ёки сустанон 250мг, 1мл дан 1ойда 1 марта 3 ойгача тавсия қилинади. Агар булар топилмаса, ўрнига тестостерон пропионатни 25%-1мл 5 кун ҳар куни 1 маҳал мушак орасига юборилади. Кейин 5та уколни кунора ва яна 5та уколни 2 кунда 1 марта, ҳаммаси бўлиб 15 тага етказилади ёки ҳайз циклининг 7-14-21-кунлари тавсия қилиниши мумкин. Агар миома БҚК билан кузатилса, 5% тестостерон пропионат 1,0 3 ой мобайнида юборилади. Андрогенларни БҚК гирсутизм аломатлари бўлса, менопауза даврида гиперкальциемия ва либидо пасайган ҳолатларда тавсия қилинмайди.

Миома 1% ҳолларда эндометрийнинг раки ёки саркомасига айланиши мумкин. Шунинг учун даволаш даврида 3 ой ўтгач бачадон ичини қириб гистологик текшириш ва шу билан бирга ҳайз циклини функционал тестлар ёрдамида доимий назорат қилиб туриш керак. Иложи борича ҳайз циклининг икки фазали бўлишига эришиш керак.

Гормонал воситаларни қўллашга қарши кўрсатмалар:анамнезида тромбоболия ва тромбофлебит, веналар варикоз кенгайиши, гипертония касаллиги, жигар ва ўт йуллари касалликлари, ревматизм, қандли диабет, отосклероз, ёмон сифатли ўсмалар туфайли ўтказилган операциялар.

#### **Физиотерапевтик усулда даволаш**

1. Қорин пастки қисмига электрофорез-калий йод билан ҳайзнинг биринчи даврида, 4% рух билан ҳайзнинг иккинчи ярмида.
2. Импульсли шароитда магнит майдонини қўллаш.
3. Бачадон бўйнини Давидов услубида электрстимуляция қилиш.
4. Елка соҳасида Щербак услубида электрофорез қўллаш.
5. Эндоназал электрофорез, бу мушакка таъсир қилиб, унинг қуйи қаватидаги қисмларининг ишини яхшилади.
6. Кунора радонли ёки йод бромли муолажани 10-12 мартагача қабул қилиш ёки қинни чайиш мумкин.

Бачадон миомасида қўллаш мумкин бўлмаган муолажалар:

1. Қуёш нурида қорайиш.
2. УВЧ (УЮЧ).
3. Оёқлар ва қорин остига иссиқлик муолажаларини қўллаш (парафин, ванна, лой ва б.).
4. Денгизда чўмилиш

Жарроҳлик амалиёти билан даволаш учун қуйидаги кўрсатмалар мавжуд:

1. Миома тугунлари 12 ҳафталикдан катта бўлса.
2. Миоматоз тугун некрози.
3. Миома жуда тез катталашса (ярим йилдан 2 ҳафтадан кўпга катталашади).
4. Гиперполименорея, метроррагия ҳолатларида.
5. Шиллиқ ости қаватининг миомаси (ҳамма ўлчамлардаги).
6. Қўшни аъзоларнинг фаолияти бузилса (гидронефроз).
7. Субсероз тугунларнинг оёқчалари буралиб қолган бўлса.
8. Интралигаментар миома
9. Бачадон буйни миомаси
10. Миома саркомага ўтиш ҳолларида.
11. Бачадон миомаси, тухумдон ўсмаси билан биргаликда учраса.
12. Миоматоз тугунларнинг атипик жойлашуви билан боғлиқ бўлган бепуштлиқ
13. Бачадон миомасининг бачадон бўйни рак олди ҳолати билан қўшилиб келиши

**Беморларни текширишга тайёрлаш:**

1. Терапевт маслаҳати.
2. Анестезиолог маслаҳати.
3. Қон ва сийдикни умумий текшириш.
4. Коагулограмма, қон группаси, креатинин, мочевино, АЛТ, АСТ, умумий оқсил.

5. ЭКГ.

6. Гистероскопия.

7. Гистеросальпингография.

8. Бачадон шиллиқ пардаси қириндисини гистологик текшириш.

Бу усулни қўллаш учун беморнинг умумий аҳволи, ёши, ўсманнинг катта-кичиклиги ва жойлашишига қараб, бажариладиган текшириш ҳажми белгиланади. Шу билан бирга қорин девори орқали ёки қин орқали аниқланади. Жарроҳликдан олдин катта миомани кичрайтириш учун декорептил 3,75мг- гонадотроп релизинг омилларни ҳар 28 кунда 1 марта мушак орасига инъекция 4 ой гача қўллаш мумкин.

**Мутлоқ кўрсатмалар:**

1. Аёллар ҳаёти хавф остида бўлса.
2. Ўпка ва юрак фаолиятнинг етишмовчилиги кузатилса.
3. Қон касаллиги.
4. Тромбоэмбол ҳолатлар.
5. Буйрак усти безининг етишмовчилиги.
6. Инсулт олди ҳолатлари.

**Жарроҳлик усуллари**

1. Консерватив миомэктомия-бачадонни сақлаб қолган ҳолда бир ёки бир неча тугунни олиб ташлаш. Бу усул кўпинча ёш ва туғишга хоҳиши бўлган аёлларда қўлланилади. Миомэктомия лапароскопия,

гистероскопия, ҳамда лапаротомия пайтида бажарилиши мумкин:  
а) агар субмукоз миомани олиб ташлаш учун бачадон бўшлиғига кирилса, кейинчалик туғруқ фақат оператив йўл билан ҳал қилинади.

б) операция вақтида ва кейин кўп қон кетиш эҳтимоли бор; кейинчалик бачадон ва ичак орасида битишмалар вужудга келиши мумкин.

в) 30% ҳолларда операциядан кейин миоманинг қайта ўсиб чиқиш ҳоллари кузатилган.

г) миомэктомиядан кейин ҳомиладор бўлиш 40% аёлларда кузатилган

д) операциядан кейин албатта гормонал функцияни ва ҳайз циклини коррекциялаш(тиклаш) лозим.

Операция ҳажми индивидуал равишда ҳал қилинади.

35 ёшгача (40-45 ёшдаги бўлган аёлларда) операцияни реконструктив олиб бориш ва тухумдонларнинг бузилган функцияларини коррекциялаш муҳимдир.

2. Менопаузадан олдин кўпинча бачадоннинг қин усти ампутацияси қўлланилади
3. Менопаузада сўнг бачадон экстирпацияси қўлланилади. Бачадон бўйнида патологик ҳолатлар топилса (эрозия, полип, чуқур йиртилишлар, лейкоплакия ва эритроплакиялар, дисплазия, эндометриоз) ҳам экстирпация қўлланилади.
4. 50 ёшдан ошган аёлларда кўпинча бачадон билан бирга тухумдонлар ҳам олиб ташланади, шунда қайталаниш ва рак касалликларининг олдини олиш мумкин.

Рентген нурлари билан даволаш

Жарроҳлик амалиёти билан даволаш имкони бўлмаганда, баъзан гиперполименорея бўлган касаллар рентген нурлари билан даволанади. Ҳайзнинг биринчи ярмида 2-4 кун давомида 200-400 миқдорда юборилади, ammo миомаларни бачадон шиллиқ қавати остига рентген кастрация қилиш мумкин эмас.

Бачадон миомасида ҳомиладорлик ва туғруқ 0,5-3% ҳолларда учрайди. Л.Н.Василевская (1977-1997) маълумотларига қараганда ҳомиладорлик бачадон миомаси билан давом этиб, туғруқ физиологик равишда тугаса, у албатта организмдаги гипоталамус-гипофиз-тухумдон-бачадон системасидаги нейроэндокрин ўзгаришларнинг қайта тикланишига сабаб бўлади. Л.Н. Василевская, И.О.Сидорованинг (1977) кузатишларига кўра, ҳомиладорлик бачадон миомаси билан кечганда бир қанча асоратлар юз бериб, кўпинча ҳомиладорликнинг илк ва кечки гестозлари кузатиладиган ҳомила ташлаш ҳодисалари юз берган ва туғруқлар муддатидан илгари содир бўлган. Ҳомила ташлаш ва туғруқнинг муддатдан илгари содир бўлишига эстроген гормонларнинг организмдаги секрециясининг бузилиши сабаб бўлади. Туғруқ дардлари нуқсонлари, йўлдошнинг вақтидан илгари кўчиши, бачадоннинг ёрилиш хавфи ва ҳомиланинг димиқиш аломатлари кузатилади. Йўлдош тушиши даврида ва чилла даврларида йўлдошнинг айрим бўлакчалари узилиб қолиши мумкин, гипо ва атоник қон кетиш аломатлари кузатилади ва миома тугунларининг туғилиши содир бўлади, бунда миома тугунчаларининг некрози рўй бериши мумкин.



Аёллар маслаҳатхонасида миомаси бўлган ҳомиладор аёллар бўлса, уларда ҳомиладорликни давом эттириш мумкинлиги аниқланади.

Куйидаги ҳолларда ҳомиладорлик ман этилади:

1. Тез ўсувчи ўсмаларда.
2. Ўсманинг ҳажми 14 ҳафтадан катта бўлса.
3. Саркомага ўтиш хавфи туғилса.

**Ҳомиладорликни бошқариш:**

Аёллар ҳар 5-6 ҳафтада даволаниш учун бачадон тонусини пасайтирувчи дорилардан но-шпа 2мл тери остига, папаверин 2%-2мл тери остига ёки папаверин тўғри ичакка юборилади. Бачадон ва йўлдош орқали қон айланишини яхшилаш учун сигетин 2мл, глюкоза 20%-20мл ва витамин С 5%-3мл томирга юборилади.

Но-шпа, папаверин, эуфиллин, кокарбоксилаза, курантил, 0,25%-2мл, трентал 1 таблеткадан 2 маҳал кунига ва ҳ.к.

Гестагенлардан: прогестерон 1%-1мл тери остига ҳар кунни ёки 2,5%-1мл кунора, туринал, дюфастон 1таблеткадан 2-3 мартадан 10-15 кун берилиб, кейинчалик аста секин камайтиради. Туғруқдан 2 ҳафта илгари туғруқ режасини аниқлаш учун аёлни шифохонага ётқизилади.

Ҳомилани сақлаб қолиш ёки тўхтатиш клиникада ҳал қилинади. 2 уч ойликни охирида (плацента) йўлдош функцияси етишмовчилигининг олдини олиш учун: венадан глюкоза ва сигетин эритмаси, аскорбин кислотаси, кокарбоксилаза, спазмолитиклар қўлланилади.

Туғруқ режасини аниқлаш учун миомаси бўлган ҳомиладорлар 37-38 ҳафтада стационарга ётқизилади ёки операция қилиш ва қилмаслик ҳал қилинади.

Кесарча қирқиш операциясига кўрсатмалар

миомаси кичик чаноқ ичида жойлашган бўлса.

катта ва кўпдан-кўп тугунли миомаси бўлган ҳомиладорлар бўлганда.

консерватив миомэктомия қилинган, бачадонида чандиқ бўлган ҳомиладорлар.

миома тугуни ҳомиланинг боши ва танасининг ўтишига тўсқинлик қилиши мумкин бўлган ҳолларда (16,5-40%).

### *АМАЛИЙ КЎНИКМАЛАР.*

Миомалар клиникаси ва ташхислашни билиши, касални текширишни, ташхисни дифференциация қилишни, тўғри даволаш усулини танлашни, оператив даволашга кўрсатма ва шошилиш ёрдам чораларини танлашни билиши керак. Дори воситаларининг (қон тўхтатувчи, оғриқ қолдирувчи) рецептларини ёзишни билиши керак.

### **«Бачадон миомаси»**

Мақсад: талабаларга беморни объектив ва субъектив маълумотларга асосан диагноз қўйиш, касаллик оғирлик даражасини баҳолаш ва даволаш тактикасини танлашни ўргатиш.

Таъминланиш: кушетка, қин кўзгулари, гинекологик кресло, стерил қўлқоп, тонометр.

1. Аёл гинекологик креслода оёқларини чаноқ-сон ва тизза бўғимида букилган ҳолатда ётибди.

2. Шикоятлари: ҳайзнинг кўп миқдорда келиши, ҳайз циклининг бузилиши, қорин пастида дардсимон оғриққа.
3. Касаллик анамнези: 1 йил давомида касал, ҳайзнинг 15 кунлаб номунтазам келиши.
4. Ҳаёт анамнези: ҳайз келиши 13 ёшдан, 10-15 кун, ҳар 28 кунда, жинсий ҳаёти 19 ёшдан, гинекологик касалликлари – сурункали аднексит. Ирсиятга мойиллиги йўқ, зарарли одатлари йўқ.
5. Умумий кўрув: беморнинг аҳволи ўртача оғирликда, тери қоплами оқиш, тахикардия, гипотония.
6. Қорни кўрувда: қорин пастида оғриқ ёки ўзгаришсиз.
7. Дастлабки диагноз: шикоятлари, ҳаёт ва касаллик анамнези ҳамда маҳаллий статус ва объектив маълумотларга асосланиб қўйилади.
8. Қоннинг умумий анализи: ўзгаришсиз ёки гемоглобин миқдорининг камайиши.
9. УТТ: миоматоз тугун ёки бир неча тугунлар аниқланади.
10. Кўзгуларда кўрув: қонли ажралмалар келиши
11. Қин орқали кўрув: бачадон танаси 5-6 ҳафталик ҳомиладорлик катталигида, қаттиқ, ғадир-будур.
12. Клиник диагнозни қўйиш ва асослаш дастлабки диагноз ва клиник – инструментал текширувларга асосланиб қўйилади
13. Асоратлар: саркомага ўтиб кетиши, камқонлик, тугунларнинг буралиб қолиши, пешоб нажас келишини бузилиши, тугун некрози, бачадонни инфекцияланиши.
14. Дифференциал диагностика: бачадон раки, ҳомиладорлик эрта муддатлари, кистомалар.
15. Оператив даволаш  
Консерватив миомэктомия, қин усти бачадон ампутацияси, бачадон экстирпацияси.  
Жарроҳликдан кейинги даврда  
Умумий ва маҳаллий антибактериал терапия  
Организмнинг бузилган фаолиятини тиклаш  
Реабилитацион терапия
16. Профилактикаси: ановуляцияларни даволаш йилига 1 марта УТТ ва гинекологик кўрикдан ўтиш.

### **Масала.**

49 ёшли бемор аёл аёллар маслахатхонасига қорин пастидаги оғирликка, катталашганига, ҳансирашга, вақти- вақти сийдик тутолмаслигига шикоятлар билан келди. Ҳайз цикли ўзгармаган, жинсий ҳаётни 22 ёшдан бошлаган. Бепуштликлдан азобланган. Бир неча марта санаторий, курортларда даволанган. Гормонотерапия олганда ёқмади. Кейинги 10 йилда даволанмаган. Охириги 2 йил ичида қорни катталаша бошлаган. Пальпация қилинганда қорни катталашган, ўлчамлари 26x24см ҳаракатланади, оғриқсиз шиш кузатилади. Гинекологияда текшириш кўзгу ёрдамида бачадон бўйни тоза, қин орқали текширилганда бачадон бўйни конуссимон. Бачадоқ 26 ҳафталик ҳомиладорликдан катталашган, ғадир-будур, қаттиқ консистенцияли ҳаракатланганда оғриқсиз, бачадон ортиқлари аниқланмайди. Параметрий инфилтрациясиз. Ташхис. Прогноз. Врач тактикаси ва операцияга кўрсатма.

## ЎРГАТУВЧИ ТЕСТЛАР

1. Бачадон миомаси ривожланиши юқори хавф гуруҳи омиллари-ни айтинг?
  1. бемор ёши 36 дан юқори;
  2. ановулятор цикллр;
  3. БДҚҚ;
  4. тухумдонлар склерокистози;
  5. йод танқислиги ҳолати;
  6. эндокрин генезли бепуштлик;
  7. наслий (ирсий).
2. Миомани даволашнинг 3 та турини кўрсатинг:
  1. консерватив;
  2. гормонал;
  3. жаррохлик.
3. Миома билан касалланган беморни операцияга тайёрлаш схемасини кўрсатинг:
  1. терапевт маслаҳати;
  2. анестезиолог маслаҳати;
  3. қон ва сийдикни умумий текшириш;
  4. коагулограмма, қон гуруҳи креатинин, мочевина, АЛТ, АСТ.
4. Беморни операция олдидан қандай инструментал текширувлардан ўтказиш керак ?
  1. ЭКГ;
  2. гистероскопия;
  3. гистеросальпингография;
  4. бачадон бўшлиғи қириндисининг гистологик текшируви.
5. Бачадон миомасида тақиқланган муолажаларни кўрсатинг:
  1. Қуёш нурида қорайиш ва денгизда чўмилиш;
  2. УВЧ;
  3. тананинг пастки ярмига иссиқ физиотерапевтик муолажалар.
6. Миоманинг олдини олиш ҳақидаги суҳбатда нималарни айтишингиз керак:
  1. Хар 6 ойда гинеколог кўригидан ўтиш керак;
  2. Хар 6 ойда жинсий органларни ва сут безларини УЗИ орқали текшириш;
  3. Хайз циклини бузилишини ўз вақтида даволаш;
  4. Гинеколог кўригидан кейин физиотерапевтик ва санаторий - курорт шароитларида даволаниш.
7. Миомага характерли 3та асосий симптомни айтинг:
  1. гиперполименорея;
  2. оғриқ;
  3. бачадоннинг катталашиши.

8. Бачадон миомасининг қандай 3та асосий формасини биласиз:
  1. субмукоз миома;
  2. субсероз миома;
  3. интерстициал миома.
9. Бачадон субмукоз миомасига характерли 2та хусусиятни айтинг:
  1. дардсимон оғриқ;
  2. мено- ва метроррагия.
10. Субсероз бачадон миомаси асоратли кечганда 2та асосий симптомни айтинг:
  1. субсероз тугунча оёқчасининг буралиб қолиши;
  2. қўшни аъзолар функциясининг бузилиши.
11. Бачадон миомасини жаррохлик йўли билан даволашда кўп учрайдиган 3 кўрсатмани айтинг:
  1. симптомли бачадон миомаси;
  2. субмукоз бачадон миомаси;
  3. тез ўсиш.
12. Бачадон миомасини консерватив даволашда 2та асосий кўрсатмани айтинг:
  1. симптомсиз кечиши;
  2. бачадон миомасининг катта бўлмаган ўлчамлари (12 ҳафтагача).
13. Бачадон миомасида қанақа асоратлар келиб чиқиши мумкин:
  1. тугуннинг некрози;
  2. гидронефроз;
  3. гиперполименорея;
  4. анемия;
  5. субмукоз тугунни туғилиши.
14. Бачадон миомасини оператив равишда даволашига кўрсатмалар:
  1. бачадон катталиги 14 ҳафталикка хос;
  2. бачадон субмукоз миомаси;
  3. тез ўсувчи бачадон миомаси;
  4. кичик чаноқ органларининг бачадон миомасида эзилиши.
15. Субмукоз бачадон миомасининг аломати:
  1. гистерограммада тўлиш нуқсони;
  2. гиперменструал синдроми;
  3. ациклик қон кетиши;
  4. альгодисменорея;
  5. бачадон деворлари эгри-бугрилиги.

16. Бачадон миомаси асоратлари:
  1. тугун некрози;
  2. субмукоз тугуннинг туғилиши;
  3. бачадондан кўп миқдорда қон кетиши;
  4. хавфли ўсмага айланиши;
  5. камқонлик.
  
17. Бачадон миомасини операция йўли билан даволашга кўрсатмалар:
  1. бачадон миомасининг 14-15 ҳафталик катталиқда ўсганлиги;
  2. бачадоннинг субмукоз миомаси;
  3. кичик тос органларининг сиқилиш белгиси;
  4. тез ўсувчан бачадон миомаси;
  5. кўп қон кетиш ва камқонлик билан асоратланган бачадон миомаси.
  
18. Субсероз бачадон миомаси асоратли кечганда 2та асосий симптомни айтинг:
  1. субсероз тугунча оёқчасининг буралиб қолиши;
  2. Қўшни органлар функциясининг бузилиши.
  
19. Бачадон миомасини оператив даволашда зарур омил:
  1. бачадон миомаси 13-14 ҳафта қариларда, 12 ҳафта ёш аёлларда;
  2. ўсманинг тез суръатларда ўсиши;
  3. қўшни аъзолар функциясининг издан чиқиш белгилари;
  4. симптомли бачадон миомаси.
  
20. Бачадон миомасини жарроҳлик даволашда кўп учрайдиган 3 кўрсатмани айтинг:
  1. симптомли бачадон миомаси;
  2. субмукоз бачадон миомаси;
  3. миоманинг тез ўсиши.

### *НАЗОРAT САВОЛЛАРИ:*

1. Бачадон миомаси нима?
2. Патогенези.
3. Жарроҳлик давога кўрсатма.
4. Гормонал давоси.
5. Профилактика.
6. Миома таснифи.
7. Келиб чиқиш назариялари.
8. Гормонал даво.

# ЭНДОМЕТРИОЗ

## Мақсад.

Эндометриоз этиологияси, патогенези, таснифи, клиникаси, ташхиси, олдини олиш ва даволаш принципларини ўрганиш.

## Вазифалар:

1. Терминологияни билиш.
2. Этиопатогенезини ўрганиш.
3. Жойлашуви бўйича таснифини билиш.
4. Клиникаси ва асосий симптомларини аниқлаш.
5. Диагностикасини ўрганиш.
6. Давоси билан танишиш.

Эндометриоз деб, бачадон шиллиқ қавати (эндометрий) ҳужайрасининг бачадондан ташқарида жойлашиб, тараққий қилишига айтилади. Эндометриоз ўзгариши бўлган ердан тўқимани олиб, микроскоп остида қаралса, кескин чегараланган, майда-майда пуфакчага ўхшаш бўшлиқ ёки ари уйинини эслатадиган аломатлар кўрилади. Пуфакчалар ичида шилимшиқ мода ёки қорамтирроқ парда билан қопланган, гистологик тузилиши билан худди бачадон бўшлиғи шиллиқ қаватининг тузилишига ўхшайди.

Эндометриоз жойлашган ўчоғида пролиферация, секреция ёки ҳайз кўрғанда ажраладиган қонга ўхшаш қон қуйилиш белгилари кузатилади, яъни бачадон шиллиқ қаватидаги тухумдондан ажралиб чиқадиган стероид ва гонадотроп гормонлар таъсирида бўладиган циклик ўзгаришларга ўхшаш аломатлар кузатилади.

Эндометриозлар эса ўз атрофида жойлашган тўқималарга ўсиб кириш хусусиятига эга. Бу билан тўқималарга протеолитик таъсир қилиб уларни парчалаб, ундан ҳам чуқурроқдаги қисмларни зарарлантириши мумкин. Эндометриоз чегараси нотекис бўлиб, у сероз, мушак ва шиллиқ қаватларга, трига, суяк усти пардасига, ҳатто суяк тўқимасига ҳам ўсиб киради, эндометриоз пуфакчаси ёрилганда аъзонинг ҳамма қисмларига қон, лимфа йўллари орқали тарқалиши кузатилади. Гинекологик касалликлар орасида эндометриоз 8-30% ҳолларда учрайди. Эндометриознинг келиб чиқиш сабаблари:

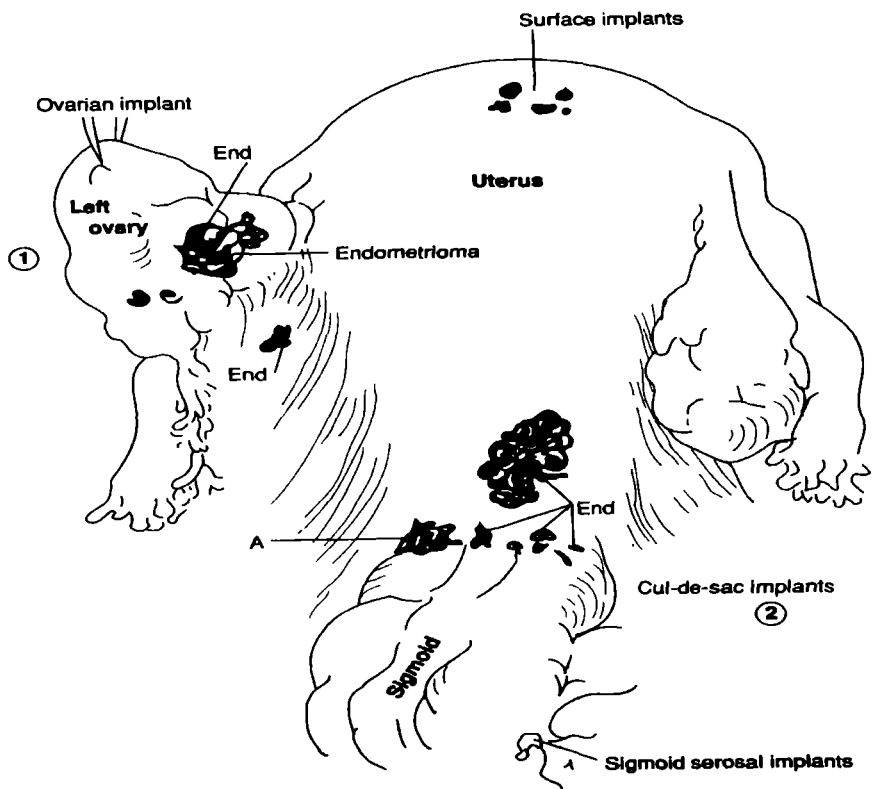
1. 1896 йили Ликленгаузер – туғма эмбрионларнинг қолдиқларидан ташкил бўлишини таърифлади.
2. 1896 йили Иванов, қорин пардасининг мезотелий қаватида эндометриоз шаклланишини таърифлади.
3. Имплантацион назария.
4. Миграцион назария.
5. Иммунологик назария.
6. Старцева таклифи бўйича Т-лимфоцитлар хос ҳужайраларнинг қон орқали тарқалиши.
7. Гормонлар назарияси - бу назария тарафдорлари эстроген моддасини тажрибада кўп миқдорла юбориб эндометриоз касаллигини пайдо қилганлар.

Эндометриознинг юзага келиши ва ривожланиш назарияси

1. Эмбрионал назария: бу назарияга асосан эндометриоид гетеротопиялар парамезонефрал (Мюллер) йуллари ёки эмбрионал қолдиқ ҳужайраларидан ривожланади (булардан кейинчалик жинсий

аъзолар ва эндометрий вужудга келади). Бу назарияни исботлашда В.П. Баскаков 1979 йили «Эндометриознинг болалар ва ўсмирларда (12-13 ёш), ривожланиши ва жинсий аъзолар нуқсонлари билан қўшилиб келиши» ҳақида айтиб ўтган.

2. Имплантацион назария бўйича. Бачадон шиллиқ қаватининг ҳужайралари ҳайз даврида ҳамда гинекологик муолажалар вақтида жинсий аъзолар яқинидаги тўқима ва аъзоларга тарқалиши мумкин, яъни гинекологик ташхис вақтида, бачадон найларига ҳаво юборилганда, эрозияни электрокоагуляция қилинганда. Эндометриозни тўғри ичак ва бачадоннинг мушак қатламида, бачадон кенг бойламининг орқа томонида кўпроқ учраши бу назариянинг тўғрилигини исботлайди.
3. Метапластик назария эндометриознинг юзага келишида метаплазияга учраган қорин пардаси мезотелиysi туради (Майер).
4. Эдотроз пайдо бўлишида ирсий омилнинг ҳам аҳамияти бор.
5. Нейро-эндокрин назариясига асосан гипоталамо-гипофизар-тухумдон системасидаги боғлиқликнинг бузилиши, тухумдон иш фаолиятининг ўзгариши натижасида фолликуллар етилишининг секинлашиши организмда эстроген гормонларнинг камайишига сабаб бўлади, овуляциянинг кечикишига ва сариқ тана фаолияти



49-расм. Эндометриозни ҳар-хил жойлашиши

сустлашишига олиб келади. Организмда нисбий эстрогенемия ривожланади, бу эса ўз навбатида эндометриоз юзага келишига сабабчи булади. (А.Н Стрижаков 1977, 86 йй.).

6. Иммунологик назария эндометриоз аутоиммунологик касаллик эканлиги таъкидланади: Т-хужайра иммунитети пасайиб, В-лимфоцитар системасининг активлиги ошиши, иммуноглобин G ва A кўпайиб, эндометриоз тўқималарига нисбатан аутоантитаналар пайдо бўлганлиги аниқланган. (Н.В. Старцева, 1983). Т-лимфоцитлар камайиши билан уларнинг рецептор аппарати ўзгаради, Т-супрессорлар ва Т-лимфоцитларнинг хелпер омилни ишлаб чиқариши пасаяди (Л.Я. Суприн.).

Жинсий аъзолардан ташқарида ривожланган эндометриоз 5% ҳолларда учраб, бунда кўпроқ тўғри ичакда, ташрихдан кейинги чандиқларда, киндик соҳасидаги эндометриозлар кузатилади.

1. Касалликнинг клиник манзараси, эндометриознинг қайси соҳада жойлашганлигига боғлиқдир. Эндометриознинг асосий ва доимий белгиларидан бири – оғриқдир. Бемор қориннинг пастки соҳасида ва белида кучсиз, узоқ давом этадиган оғриқлар кучайганидан шикоят қилади, ҳайз цикли даврида оғриқлар кучайганлигидан шикоят қилади. Оғриқ ҳайз кунларидан олдин пайдо бўлиб, кучайиб ҳайз кунлари ва ундан кейин ҳам беморни безовта қилади. Бу оғриқлар эндометриоз ўчоғидаги без тўқималарнинг бўртиши, тўқималарнинг ичи берк бўшлиқларида суюқликнинг тўпланиши натижасида келиб чиқади.

*1-таблица*

### ЭНДОМЕТРИОЗНИНГ ТАСНИФИ

Генитал		Экстрагенитал
Ички	Ички	
Бачадондаги аденомиоз	<p>А. Қорин бўшлиғидаги</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- бачадон найларида</li> <li>- бачадон бўйни орқасида</li> <li>- тухумдонларда</li> <li>- тўғри ичак ва бачадон орасидаги бўшлиқда</li> <li>- бачадоннинг юмалоқ бойламларида</li> </ul> <p>Б. Қорин бўшлиғидан ташқаридаги</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- бачадон бўйни соҳасида</li> <li>- қинда</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ташрихдан кейинги ташрих чандиқларининг эндометриози</li> <li>- тўғри ичак соҳасида</li> <li>- сийдик пуфагида</li> <li>- чарвида</li> <li>- жигарда</li> <li>- буйракларда</li> <li>- ўпкада</li> <li>- конъюнктивада ва бошқалар...</li> </ul>

2. Бачадон эндометриози ҳайз циклининг бузилишига, қўшни аъзолардан – тўғри ичак, сийдик чиқариш йўллари фаолиятининг бузилишига олиб келади. Шунга кўра аёл сийиш вақтида оғриқлар бўлишидан, тез-тез сийишидан шикоят қилади. Ҳайз циклининг бузилиши ҳайз циклидан 3-4 кун олдин ва ҳайз тамом бўлишидан кейин яна 3-4 кунгача оз миқдорда қорамтир рангда қон кетиши,



ҳайз кўриш даври 10 кун ва ундан кўпроқ давом этиб, ажралган қоннинг миқдори кўп бўлиши ва оғриқлар билан кечиши аденомиоз касаллигига хос белгилар ҳисобланади.

3. Ҳайз вақтида кўп қон кетишига асосий сабаблар: 1) тухумдон фаолиятининг бузилиши (ановуляция); 2) бачадон мушакларининг қисқариш хусусиятининг бузилиши; 3) қон кетадиган юзанинг катталашганлиги натижасидир.

Эндометриоз билан касалланган аъзо, ҳайз кўриш олдидан катталашганини ва ҳайздан сўнг эса яна олдинги ҳажмда бўлиши кузатилади. Касалланган беморларда овуляция жараённинг бўлмаслиги туфайли, секретор фазанинг етарлича ривожланмаганлиги, кичик чаноқ бўшлиғидаги аъзоларда кўпинча яллиғланиш аломатлари билан биргаликда кечганлигидан чандиқлар пайдо бўлиши.

4. Бепуштлиқ ички ва ташқи эндометриоз белгиларидан бири. Бунинг сабаблари: ановуляция, секретор фазанинг етарлича ривожланмаганлиги, кичик чаноқ бўшлиғидаги аъзоларда кўпинча яллиғланиш аломатларидир.

Кўпинча эндометриоз тўқималари қонга сўрилиши натижасида ҳайз вақтида тана ҳароратининг кўтарилиши кузатилади.

Эндометриоз касаллигида чандиқларнинг ривожланиши сабабли 52,6% ҳолатда бачадоннинг кичик чаноқда жойлашиши ва унинг ҳаракати бузилади.

Эндометриознинг клиник кечишига қараб енгил, ўрта ва оғир даражалари кузатилади. Касаллик енгил даражада кечганда бемор шикоят қилмаслиги ҳам мумкин. Касалликнинг клиник белгилари унчалик кўзга ташланмайди. Касаллик ўртача оғирликда кечганда эндометриоз белгилари кўзга яққол ташланади. Касалликнинг оғир даражасида беморнинг аҳволи анча оғир бўлиб, касаллик узоқ вақт давом этади, қайта-қайта хуруж қилади.

Асосий ташхис, касалликнинг ривожланиш тарихига, унинг клиник белгиларига, қин орқали текшириб, бачадон бўшлиғини қириб гистологик текширишдан сўнг, гистероскопия, лапороскопия, ультратовуш, гистеросальпингография (бачадонни ва бачадон найчаларини рентгенда кўриш) ва бошқа услубларга асосланиб қўйилади.

#### СОЛИШТИРМА ТАШХИСИ

Эндометриознинг жойлашишига қараб қуйидаги касалликлар билан таққосланади.

2-таблица

1. Бачадон бўйни эндометриози	Бачадон бўйнидаги рак касаллиги, эрозияси, эндоцервицит, эритроплакия билан.
2. Аденомиоз	Бачадон миомаси, дисфункционал қон кетиши билан.
3. Тухумдон эндометриози	Тухумдоннинг яллиғланиши натижасида ҳосил бўлган шишлар ва тухумдоннинг ўсмалари билан
4. Қин эндометриоз	Қин яраси, унинг яллиғланиши, хорионэпителиоманинг қиндаги метастази, лейкоплакия билан.
5. Бачадон бўйни орқасидаги эндометриоз	Тўғри ичак раки, параметрит, қин, тухумдон ракиннинг III даражаси билан.

Жинсий аъзоларнинг ташқи эндометриози, қорин бўшлиғидан ташқарида жойлашган эндометриозлар.

1. Қин эндометриози – кўпинча, бачадон бўйни эндометриози билан биргалликда учрайди, эндометриоз тугунчалари думалоқ ва нотўғри шаклдаги кўкимтир рангда бўлиб, ҳайз кўрганда бу тугунчалардан ҳам қон ажралиб чиқади.
2. Бачадон бўйни эндометриоз сўнгги йилларда кўп учрамоқда. Бу асосан эрозияларни даволашда диатермокоагуляциянинг кенг қўлланилаши сабабли ривожланиб, ҳосил бўлган яра юзасига ҳайз қони орқали ажралиб чиққан эндометрий ҳужайраларининг жойлашиб ўсиши натижасида келиб чиқади. Бу ҳолат диатермокоагуляцияни ҳайзнинг иккинчи ярмида бажарилганда содир бўлади. Чунки диатермокоагуляциядан кейин ҳосил бўлган ўлик тўқима ажралиб тушгандан сўнг, тозаланаётган яра юзаси очилиб қолганлиги туфайли, ҳали битиб улгурмасдан, иккинчи марта ҳайз кунлари тўғри келгандагина эндометриоз ривожланади. Бачадон бўйни эндометриози сунъий абортда, бачадон шиллиқ қаватини диагностик мақсадда тозаланганда, бачадон бўйни шикастланиши натижасида юзага келиши мумкин. Эндометриоз ўчоқлари қизил рангда бўлиб, ҳайздан 1-2 кун олдин кўкимтир ранга айланади ва ҳажми катталашади. Ҳайздан олдин ва кейин қоннинг кам миқдорда суртилиб келиши бачадон бўйни каналининг юқори қисми шиллиқ қаватининг шикастланишидан дарак беради. Эндометриоз псевдоэрозия ва сурункали эндоцервицитга ҳам ўхшаши мумкин.
3. Бачадон найлари эндометриози. Бу касаллик бачадон ва тухумдон эндометриоз билан биргалликда учрайди. Эндометриози тугунчалари бачадон найчасининг сероз ва сероз усти қаватида жойлашиб, улар жуда ҳам кичик бўлади. Клиник белгилари бачадон ва тухумдон эндометриоз белгиларига ўхшаш бўлади.
4. Тухумдон эндометриози - дастлаб тухумдон юзасида кўпгина майда эндометриоз тугунчалари ривожланади сўнгра бу тугунчалар ёрилиб, ҳаммаси тухумдонда ягона бўшлиқ ҳосил қилади, бу бўшлиққа қорамтир қуюқ қон йиғилиб, тухумдон ҳажми катталашади ва кистага айланади. Кисталар бир ёки икки томонлама бўлиб 0,5-10 см гача боради. Кисталар ичидаги геморрагик суюқлик тўқ жигаррангда бўлганлиги туфайли шоколадсимон киста номи билан юритилади. Шу суюқликнинг тўпланиш жараёнида эндометриоз кисталари ёрилиши мумкин, бунда қоринда қаттиқ оғриқ пайдо бўлишига, бу эса қорин бўшлиғида тухумдон атрофида чандиқлар ҳосил бўлишига олиб келади.

Тухумдон эндометриози тарқалиш даражасига қараб 4 га бўлинади.

I даражасида майда нуқтасимон эндометриоз ўчоқлари тухумдон ташқи юзасида ва қорин пардасининг тўғри ичак ва бачадон орасидаги чуқурлигида кузатилади.

II даражасида тухумдоннинг бир томонлама кистаси ҳолида учраб, ҳажми 5-6 см, кичик чаноқ қорин пардасида нуқтасимон эндометриоз ўчоқлари ва бачадон ортиқлари атрофида чандиқлар ҳосил бўлиши кузатилади.

III - даражасида - эндометриоз кисталари икки томонлама жойлашиб, ҳажми 5-6см ва ундан катта бўлади эндометриоз ўчоқлари бачадон ва бачадон ортиқларининг сероз қаватига, кичик чаноқ қорин пардасига тарқалган чандиқлар ҳосил қилади.

IV - даражасида тухумдоннинг икки томонлама шикастланишига қўшни аъзоларнинг шикастланиши қўшилади. Асосий клиник кўриниши оғриқ бўлиб, бепуштлиқ аломатлари кузатилади.

Оғриқ тарқалиш даражасига қараб ҳар хил бўлади. Айниқса оғриқ ҳайздан олдин ва ҳайз вақтида кучайиб, тўғри ичак ва бел, думғаза соҳасида кўпроқ безовта қилади. Кўпчилик ҳолларда оғриқнинг кучайиши, кўнгил айланиши, қусиш билан бирга кузатилади. Қин орқали кўрилганда бачадон ортиқлари соҳасида кам ҳаракатчан, таранг, эластик ҳолатдаги бачадон билан қўшилган, чегараси ва ҳажми аниқ бўлмаган ўсма аниқланади.

Тухумдон эндометриози кечиши узоқ вақт давом этиб, кучли оғриққа сабаб бўлади, кўпчилик ҳолларда аёллар иш қобилятини пасайтиради.

### **Бачадон бўйни орқаси эндометриози**

Бу асосан бачадон бўйни орқа юзасида ва думғаза бачадон бойламлари бириккан соҳада ривожланади. Тарқалиш даражасига қараб 4 га бўлинади:

1. Эндометриоз ўчоғи тўғри ичак ва қин оралиғидаги ёғ тўқимасининг қатламлари атрофида жойлашади.

2. Эндометриоз бачадон бўйнига ва қин деворларига тарқалади.

3. Жараён тўғри ичак сероз қаватига ва бачадон думғаза бойламига ўтади.

4. Жараён тўғри ичакнинг шиллиқ қаватига, тўғри ичак ва бачадон оралиғидаги бўшлиққа тарқалиб, жуда кўп чандиқлар ҳосил бўлишига сабаб бўлади. Қин орқали кўрилганда бачадон бўйни юқори қисмининг орқасида қаттиқ, нотекис, ҳаракатсиз тугунчалар аниқланиб, уларни пайпаслаганда қаттиқ оғриқ сезилади. Тугунчалар ҳайз бошланишидан олдин катталашганлигини аниқлаш мумкин.

Асосий белгиси- доимий оғриқ бўлиб, бу оғриқ ҳайздан олдин ва ҳайз вақтида кучаяди. Оғриқ думғаза соҳасига, тўғри ичакка, қин соҳасига тарқалади.

### **Бачадон танасининг эндометриози- аденомиоз**

Асосан 40-50 ёшдаги аёлларда учрайди. Бачадон аденомиози сунъий абортлардан кейин, гистерография, даволаш гидротубацияси, биопсия олиш ва бошқа муолажалардан кейин ривожланади.

Аденомиоз тарқалиш даражасига қараб 4 га бўлинади.

1. -Эндометриоз бачадон шиллиқ қаватининг базал қисмида жойлашади.

2. Жараён миометрий қаватига тарқалган (50-расм).

3. Бачадоннинг ҳамма қаватларига жараён тарқалган (51-расм).

4. Жараён париетал қорин пардаси ва қўшни аъзоларга тарқалган.

2,3,4 даражаларида бачадон эндометриоз мушак толаларининг гиперплазияси кузатилиб, бу бачадон ҳажмининг катталашуви олиб келади. Оғриқ ва ҳайз вақтида қон кўп ажралиб, ҳайз циклининг узоқ давом этишига олиб келади.

Айниқса эндометриоз бачадоннинг ҳамма қаватларига тарқалган бўлса



50-расм. Бачадон танаси аденомиози



51 – Расм. Бачадон аденомиози II даражаси (туғули шакли.) ва ретроцервикал эндометриози.

(52расм), кучли оғриқ кузатилади ва ҳайздан олдин бачадоннинг катталашганлиги аниқланади. Эндометриозда ҳайз циклининг бузилиши ҳар хил, хусусан гиперполименорея метрорагия ҳамда ҳайздан олдин ва ундан кейин 3-4 кун қонни суртилиб келиши кузатилади. Кўпчилик беморларда қориннинг пастида доимий оғриқ сезилади, тез-тез сийиш ва ҳайздан олдин оғриқ бўлиши кузатилади.

Эндометриоз касаллигига ташхис қўйиш учун қуйидаги усуллардан фойдаланилади:

1. Қин орқали текшириш, қин орқали ҳайз цикли динамикада, яъни вақти - вақти билан кўрилади, бачадон ўсмаларининг ҳайздан олдин ва ҳайз вақтида катталашганлиги аниқланади.
2. Кольпоскопия усулидан фойдаланилганда бачадон бўйнидаги бошқа ўзгаришлар билан таққосланади.
3. Мўлжалли биопсия ва гистологик текшириш усули эндометриозни аниқ ташхислашда катта роль ўйнайди.
4. Диагностика мақсадида бачадон бўшлиғидан ва бўйнидан қирма олиш.



52-расм. Бачадон танасининг диффуз аденомиози, деворида таркибида геморрагик суюқлик бўлган кичик кисталари бор. Цервикал канал аденофибрози.

5. Гистеросальпингографияда 33-80% ҳолларда тўғри ташхис қўйиш мумкин (Г.М.Савельева) Бу усул ҳайз циклининг 5-7 кунни амалга оширилади. Контраст модда юборилганда «контура орқаси сояси»ни ҳосил қилади.
6. Гистероскопия-ҳайз циклининг 5-7 кунда қўлланилади. Оч пушти шиллиқ қаватда тўқ қизил рангли нуқталарни кўриш мумкин.
7. Ультратовуш ёрдамида текшириш-бачадон деворида майда кистали ўзгаришлар кўринади.
8. Лапароскопия.
9. Ректоманоскопия-эндометриоз ўчоқлари тўғри ичакда жойлашганда ёки йўғон ичакка яқин жойлашганда қўлланилади.

### Даволаш.

Беморларни даволаш учун беморнинг ёшини, жараённинг қаерга жойлашганлиги, тарқалиш даражаси, жараён жойлашган ердаги атроф тўқималарнинг яллиғланиш аломатлари бор ёки йўқлиги ҳисобга олинади.

Репродуктив ешидаги аёлларда ҳомиладор бўлиш учун қуйидаги услублар қўлланилади:

1. Простогландинсинтетазанинг ингибиторлари (индометацин, метиндол, напросин).
2. Организмнинг иммунологик хусусиятларини ошириш учун иммунокорректорлар.
3. Гормонлар билан даволаш, яъни эндометриоз ўчоқларидаги цикли ўзгаришлар сўндирилади.
4. Яллиғланиш аломатларини даволаш.
5. Транквилизаторлар (тазепам ва б.).
6. Системли энзимотерапияси (вобэнзим).
7. Жарроҳлик услуги билан даволаш

Гормонлардан асосан прогестинлар тавсия қилинади (прогестерон, 17 ОПК, депо-провера, депостат, оргаметрил, дюфастон, норколут, ацетомепрогенал ва бошқалар. Синтетик прогестинлар 5-кундан то 25-кунгача 1табл.дан ичилади, дюфастон кунига 3 табл.дан 3 ой давомида, кейин 3 ойлигида 2 табл.дан буюрилади. Даволашни 3 ойдан 6 ойгача, 1-2 йилгача давом эттириш мумкин. 17 ОПК 12,5 % -2,0 6 ой давомида 1 ҳафтада 1 марта.

Эстроген-гестаген препаратлардан микрогинон, ановлар, марвелон, ригевидон, диане-35; антиэстрогенлардан эса- тамоксифен, торемифен; анаболик стероидлардан- ретаболил қўлланилади.

Гонадолиберинлар агонистлари эндометриозини консерватив даволашда кенг қўлланилади (золадекс, декапептил, нафарелин, бусерелин). Бу воситалар ҳар кунни бурунга томизилади ёки тери остига инъекция қилинади, ундан ташқари-бу воситаларни қорин олдида депо инъекция қилиш ҳам мумкин. Гонадолиберинлар агонистлари таъсирининг жуда қисқалиги туфайли уларни пременопаузада ёки жарроҳлик даволашдан олдин қўллаш мақсадга мувофиқдир.

Эндометриозни даволаш ва ҳомиладорликнинг олдини олиш мақсадида 38-50 ёшгача бўлган аёлларга норколут 1 таблеткадан ҳайз даврининг 5-кунидан 25-кунигача бериш мумкин. 48-50 ёшдан катталарга-эркаклар гормонлари: тестостерон пропионат 2, 5 % ёки 5% - 1,0 м/о, метилтестостерон, сустанон-250.

Аденомиознинг I-II даражасида консерватив даволанса, III-IV даражасидаги касалланишида эса, жарроҳлик услуги қўлланилади (52 расм). Жарроҳлик услубида даволаш асосан гормонлар билан

даволашнинг нафи бўлмай, аёлларда ҳайз цикли бузилиб қон кўп кетиб, камқонлик ривожланган бўлсагина қўлланилади шундан кейин эса гормонлар билан даволашни давом эттириш зарур, акс ҳолда касаллик яна қайталаши мумкин.

### **Физиотерапевтик даволаш.**

1. Сульфат магний билан электрофорез. 20 мартагача қилинади.
2. Калий йоддан 5%, 10%, 33% дан электрофорез ёки 1%-50мл клизмада юбориш.
3. Амидопирин ёки новокаин билан электрофорез, 10-20 марта.
4. Электрофорез, ҳайзнинг биринчи ярмида 40% Мис сульфат билан ва ҳайзнинг иккинчи ярмида 4% Рух билан қилинади.
5. Трипсин, химотрипсин билан электрофорез
6. Қорин пастки қисмига Солкосерил билан ультратовуш қилинади.
7. Магнит майдони қўлланилади.
8. Родон ваннаси тавсия қилинади.

### **Профилактикаси**

1. Ташвиқот ва тарғибот ишлари
2. Контрацептив воситалар ва моддаларни кенг қўллаш, абортларнинг олдини олиш.
3. Даволаш ва диагностик муолажаларни ҳайз циклига аҳамият берган ҳолда бажариш лозим.

### **АМАЛИЙ КЎНИКМАЛАР**

Эндометриоз клиникасини ва ташхислашни билиш, касални текширишни, ташхисни дифференциация қилишни, тўғри даволаш усулини танлашни, оператив даволашга кўрсатмани ва шошилиш ёрдам чораларини танлашни билиш керак. Дори воситаларининг (қон тўхтатувчи, оғриқ қолдирувчи) рецептарини ёзишни билиш керак

### **«Эндометриоз»**

**Мақсад:** талабаларга беморни объектив ва субъектив маълумотларга асосан диагноз қўйиш, касаллик оғирлик даражасини баҳолаш ва даволаш тактикасини танлашни ўргатиш.

**Таъминланиш:** кушетка, қин кўзгулари, гинекологик кресло, стерил қўлқоп, тонометр.

1. Аёл гинекологик креслода оёқларини чаноқ-сон ва тизза бўғимида букилган ҳолда ётибди.
2. Шикоятлари: ҳайзнинг бузилиши, оғриқли ҳайз келиши, бепуштлиқ.
3. Касаллик анамнези: бир йил давомида ўзини касал деб ҳисоблайди ҳайз келиши номунтазам, кўп кун, кўп миқдорда.
4. Ҳаёт анамнези: ҳайз келиши, 17 ёшдан, 3-4 кундан, ҳар 28 кунда, жинсий ҳаёти 19 ёшдан, гинекологик касалликлари – сурункали аднексит. Ирсиятга мойиллиги йўқ, зарарли одатлари йўқ.
5. Умумий кўрув: беморнинг аҳволи қониқарли, ўзгаришсиз

6. Қорни кўрувда: қорин пастида оғриқ ёки деярли ўзгаришсиз.
7. Дастлабки диагноз: шикоятлари, ҳаёт ва касаллик анамнези ҳамда локал статус ва объектив маълумотларга асосланиб қўйилади.

Қон умумий анализи: ўзгаришсиз

УТТ: эндометрийнинг қалинлашиши.

ГСГ: контур орти соялари аниқланади.

Кўзгуларда кўрув: қўнғирсимон ҳосила аниқланади.

Қин орқали текширув: ҳайз кунлари бачадон катталашган.

1. Клиник диагнозни қўйиш ва асослаш: дастлабки диагноз ва клиник —инструментал текширувларга асосланиб қўйилади
2. Асоратлар: бепуштлик
3. Дифференциал диагностика: бачадон ўсмалари, бачадондан дисфункционал қон кетиш, жинсий аъзоларнинг яллиғланиш касалликлари.
4. Оператив даволаш:  
Эндометрий ўчоқларини лапароскопия усулида куйдириш, бачадон ампутацияси.  
Жарроҳликдан кейинги даврда:  
Организмнинг бузилган фаолиятини тиклаш  
Реабилитацион терапия  
Консерватив гормонотерапия
5. Профилактика: диспансер ҳисобига олиш, жинсий аъзолар яллиғланиши касалликларини даволаш, гинекологик муолажаларни, ҳайз циклини ҳисобга олган ҳолда ўтказиш.

#### **Масала.**

35 ёшли бемор шифокорга жинсий йўлларида қонли ажралмалар ҳайздан олдин ва кейин 3-4 кун давомида келиши, ҳайз пайтида оғриқ бўлиши, 5 йилдан буён бепуштликлик ҳақида муурожаат қилди. Ҳайз 12 ёшдан ҳар 28 кунда 3-4 кундан оғриқсиз эди. Жинсий ҳаёти 23 ёшдан, 6 марта ҳомиладор бўлган, туғруқ-2, аборт- 4. Охирги абортдан кейин бир неча марта антибактериал, физиотерапевтик даволаш ўтказган. Бачадон найчаларни текшириш учун 5 марта гидротубация қилинган..

Ташхис? Дифференциал ташхис? Қандай текшириш ўтказиш керак?

### *ЎРГАТУВЧИ ТЕСТЛАР*

1. Эндометриоз келиб чиқишидаги 5 та асосий назариясини кўрсатинг:
  1. эмбрионал;
  2. имплантацион;
  3. метапластик;
  4. нейроэндокрин;
  5. иммунологик.
2. Экстрагенитал эндометриознинг 5 та турини кўрсатинг:
  1. операциядан кейинги чандиқ;
  2. тўғри ичак эндометриози;
  3. сийдик пуфаги эндометриози;
  4. чарви эндометриози;
  5. жигар, буйрак ва ҳ.к. эндометриози.

3. Эндометриозда ҳайз қонни кўп кетишининг 2та асосий сабабларини кўрсатинг:
  1. ановулятор, тухумдонлар фаолиятининг бузилиши;
  2. бачадон мускуллари қисқариш фаолиятининг бузилиши.
4. Аденомиоз жойлашиши даражаси бўйича 4 та турини кўрсатинг:
  1. базал қаватда жойлашган эндометриоз;
  2. 50% миометрийнинг эндометриози;
  3. бачадон ҳамма қаватларининг эндометриози;
  4. париетал қорин пардаси ва қўшни аъзолар эндометриози.
5. Эндометриозни даволашнинг 4 та асосий усулини кўрсатинг:
  1. организмнинг иммунологик хусусиятини ошириш;
  2. гормонал даволаш;
  3. яллиғланишга қарши терапия;
  4. оператив даволаш.
6. Эндометриозни физиотерапевтик даволашнинг турлари:
  1. 25% магний сульфат билан электрофорез;
  2. менструациянинг I фазасида сульфат билан, II фазасида рух сульфат билан электрофорез;
  3. магнитотерапия;
  4. солкосерил малҳами билан ультратовуш усулида даволаш.
7. Бачадон эндометриози белгилари:
  1. оғриқли ҳайз;
  2. ҳайзнинг Пчи даврида бачадонни катталашуви;
  3. суркалувчан қонли ажралмалар;
  4. рентгенограммада бачадон бўшлиғи контурларининг ноте-кислиги.
8. Эндометриоз ташхисини қўйишда қандай усуллардан фойдаланилади:
  1. гистеросальпингография;
  2. ҳайз цикли давомида қин орқали текшириш;
  3. лапароскопия;
  4. гистероскопия.
9. Эндометриоз белгилари:
  1. альгодисменорея;
  2. ҳайз циклининг II даврида эндометриоз гетеротопиясининг кучайиб кетиши;
  3. ҳайздан кейинги суркалувчан қонли оқма;
  4. рентгенограммада бачадоннинг бутун девори бўйлаб «халтасимон»ва «найзасимон» сояларнинг мавжудлиги.



## Беморларни жарроҳликка тайёрлаш ва жарроҳликдан кейин бошқариш

1. Операцияга тайёрлашда қандай муҳим анализлар олиниши шарт
  1. гуруҳи ва резус-омил;
  2. коагулограмма;
  3. қоннинг ивиш вақтини аниқлаш;
  4. биокимёвий кўрсаткичлар;
  5. умумий қон ва пешоб анализи;
  6. қиндан суртма.
2. Режалаштирилган гинекологик операциядан олдин қандай шифокорлар кўригидан ўтиш тавсия қилинади?
  1. терапевт;
  2. невропатолог;
  3. окулист;
  4. гематолог;
  5. хирург.
3. Режалаштирилган гинекологик операциядан олдин қандай инструментал текшириш усуллари қўлланилади:
  1. ЭКГ;
  2. УЗД;
  3. ГСГ;
  4. гистероскопия;
  5. эндометрийнинг биопсияси.
4. Қандай ҳолатлар операцияга қарши кўрсатма бўлади:
  1. қон - томир юрак етишмовчилиги;
  2. юқори харорат;
  3. ўткир йирингли – яллиғланиш ҳолатлари;
  4. оғир даражали камқонлик;
  5. қандли диабетнинг оғир даражаси.
5. Операциядан кейинги даврнинг нормал кечиши учун қандай чора – тадбирлар қўлланилади:
  1. тўғри овқатланиш режими;
  2. оғиз бўшлиғи санацияси;
  3. ичак фаолияти ва сийдик пуфағи фаолиятини текшириш
  4. операция чоклари санацияси;
  5. барча орган ва системалар фаолиятини назорат қилиш.
6. Тезкор жарроҳлик амалиётига кўрсатмалар:
  1. узилган найдаги ҳомиладорлик;
  2. тухумдон кистомаси оёқчасининг буралиб қолиши;
  3. пиосальпинкс ёрилиши;
  4. тухумдон апоплексияси, геморрагик шок;
  5. сунъий аборт вақтидаги бачадон перфорацияси.

7. Жарроҳлик амалиётидан сўнг кутилиши мумкин бўлган асоратлар:
  1. пневмония;
  2. тромбофлебит;
  3. ички қон кетиш;
  4. эвентрация.
  
8. Режалаштирилган гинекологик операцияга тайёргарликка нималар кирази:
  1. операциядан олдин ухлатувчи, транквилизатор ва душ тавсия этиш;
  2. ич бўшатувчи дорилар операциядан олдин тавсия этиш;
  3. бир кун олдин эрталаб ва кечги пайтда тозаловчи ҳуқна қилиш;
  4. қовуқни операциядан олдин катетерлаш;
  5. антисептик ва дезинфекция қилувчи моддалар билан қин ва жинсий органларни дезинфекциялаш.
  
9. Жарроҳлик амалиётидан сўнг кутилиши мумкин бўлган асоратлар:
  1. перитонит;
  2. тромбоземболия;
  3. миокард инфаркти;
  4. коллапс.
  
10. Операциядан сўнгги асоратлар:
  1. пневмония;
  2. тромбофлебит;
  3. перитонит;
  4. эвентрация.
  
11. Операциядан кейинги даврнинг нормал кечишини таъминлашда керак бўлган лаборатор муолажаларини айтинг:
  1. қоннинг клиник анализи;
  2. ЭКГ;
  3. пешобнинг клиник анализи;
  4. қоннинг биокимёвий анализи;

#### **Назорат саволлари.**

1. Экстрагенитал эндометриоз нима?
2. Генитал эндометриоз хилларини биласизми?
3. Аденомиоз клиникаси қандай?
4. Тухумдон эндометриозини аниқлаб беринг.
5. Эндометриоз қайси касалликларга ўхшайди?
6. Даволаш усулларини айтинг.
7. Профилактикаси нимадан иборат?

## ТУХУМДОН ЎСМАЛАРИ

### Мақсад:

Тухумдон ўсмалари турлари, тухумдон ўсмаларига олиб келувчи сабаблар, асоратлари, клиник кечиши, даволаш ва профилактикаси билан талбаларни таништириш.

### Вазифалар.

1. Тухумдон ўсмаларига олиб келувчи сабаблар.
2. Тухумдон ўсмаларининг таснифи.
3. Тухумдон ўсмаларининг клиник кечиши.
4. Тухумдон ўсмаларини аниқлаш усуллари.
5. Тухумдон ўсмаларини даволаш турлари ва олдини олиш.

Тухумдон ўсмалари аёлнинг турли ёш даврларида учраб, гинекологик касалликларнинг 6-8 фоизини ташкил этади. Бу касаллик жуда ҳам хавфли, чунки аста-секин ўсиб, ҳеч қандай белги (симптом) бермайди. Асоратлар қўшилгандан кейин белгилар пайдо бўлади, афсуски шу пайтда шифо камдан-кам ҳолларда ёрдам беради. Кўпгина тухумдон ўсмалари 20 ёшдан 40 ёшгача учрайди, 20-25 % ҳолларда улар хавфли ўсмаларга айланади.

Тухумдон ўсмалари келиб чиқиши ва турли-туман тузилганлиги жиҳатидан бошқа ўсмалар орасида биринчи ўринлардан бирини эгаллайди. Бунинг сабабларидан бири, тухумдон турли-туман тўқималардан тузилган, иккинчидан, тухумдонда ҳаминиша бир қанча рудиментар (дастлабки, куртак ҳолидаги) тузилмалар бор, булар тухумдоннинг эмбрионал ривожланиш давридан сақланиб қолган бўлади. Ҳозирги вақтда тўпланган далилларга асосланиб, организмда гормонлар алмашинувининг бузилиши тухумдон ўсмаларининг келиб чиқиши ва ривожланишда катта роль ўйнайди деб айтиш мумкин.

### Тухумдон ўсмалари таснифи

Тухумдоннинг чин ўсмасини «кистома», ретенцион таркиб топганини эса «киста» деган термин билан юритилади (53-расм).

а) Ретенцион (орқага қайтадиган) секрет тутилиб қолиши бўлиб, бу ўсмасимон кисталар тўқималар парчаланиши натижасида пайдо бўлган бўшлиқда суюқлик тўпланиши туфайли рўй беради ва 34% ҳолларда учрайди. (Бластоматозли эмас, пролиферацияланувчи эмас, ўсмасимон). Бундай ўсмасимон катталашган бўшлиқлар яллиғланиши, ҳайз циклини бузиши, тухумдон эндометриозлари(10%) ва бошқа касалликлар ривожланишига олиб келиши мумкин. Шунга кўра фолликуляр киста (75%), сариқ тана кистаси (5%), тубоовариал, параовариал (10%), Гартнер йўли, қин кистаси ва эндометриоз кисталари (тухумдонда) учрайди. Фолликуляр кисталар кўпинча миома бўлганда, кломифен дори қўллагандан кейин, лютеин кисталар эса елбўғоз ва хорионэпителиомада учрайди. Фолликуллар эримай, сариқ тана орқага қайтмайди, яъни шу жараён тўхтаб қолиши туфайли ҳайз циклининг издан чиқиши кузатилади. Бу кисталар шакли жиҳатидан юмалоқ, айланаси 6-8 см дан ошмайди ва кўпинча клиник белгиларсиз кечади. Камдан-кам ҳолларда ушлаб турувчи кисталар оёқчалар буралиши туфайли ўткир қорин белгилари кузатилади. Ретенцион кисталар одатда консерватив усулда даволанади (ял-

лиғлашиш жараёнига қарши препаратлар, иммунокорректорлар).

б) Бластоматоз кистомалар чин ўсмалар бўлиб, 66% ни ташкил қилади. ўсмалар ўсиши тўқималар пролиферацияси, бўшлиқларнинг суюқлик билан тўлиши туфайли кузатилади.

Тухумдон ўсмаларининг турли-туман тўқималардан ўсиши бўйича –эпителиал, бириктирувчи тўқимадан тузилган, тератоид ва гормонал ўсмаларга бўлинади. Чин ўсмалар яна хавфсиз ва хавфли ўсмаларга бўлинади.

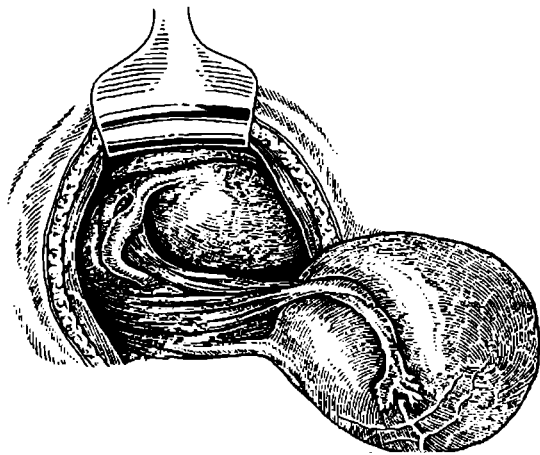
Хавфсиз ўсмалар тухумдон ташқарисига чиқмай ўсиб боради. Хавфли ўсмалар ҳужайраларнинг атипик бўлиши, тўқимасининг кам дифференциаллашгани, тез ўсиши, атрофдаги тўқималарга тез ўсиб кира оладиган лимфа тугунлари ҳамда олисадаги аъзоларга метастазлар бера оладиган бўлиши билан фарқланади. Клиникада И.С.Краевская (1960) томонидан таклиф қилинган таснифи кенг қўлланиб келинмоқда

Тухумдон ўсмасининг ўсиш характери асосан ўсманинг тузилишига боғлиқ. Хавфсиз ўсмалар, масалан, фибромалар, дермоидлар одатда секин ўсиб, камдан кам ҳолларда катталашади, ҳолбуки хавфли ўсмалар ғоятда тез ўсади, капсула билан ўралади ва қорин бўшлиғининг бошидан оёғигача тарқалади (диссеминация). Тухумдоннинг хавфсиз ўсмаларидан тухумдон эпителиал кистомалари кўпроқ 70% учрайди, булар чинакам хавфли ўсмаларга айланиши мумкин (малигнизация). Сероз оддий кистомалар энг кўп учрайдиган тухумдон ўсмаларидан бири ҳисобланади(54 расм).

#### Тухумдон ўсмалари таснифи

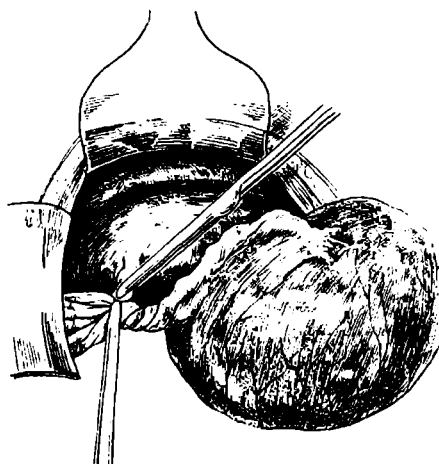
ХАВФСИЗ ЎСМАЛАР	ХАВЛИ ЎСМАЛАР
I. Эпителиал кистомалар 1)Цилиоэпителиал: а)оддий; б)папилляр; 2) Псевдомуциноз: а) сецерланувчи; б )пролиферацияланувчи	1.Бирламчи рак 2.Иккиламчи рак 3.Метастатик рак (Крукенберг)
II. Бириктирувчи тўқимадан Фиброма	Саркома
III.Тератоид Дермоид кистаси	Тератобластома
IV.Гормон чиқарувчи	Гранулёз ҳужайрали Фолликулома Текома андрабластома

Унинг ҳажми 8 см дан то 30-40 см гача катталашиши мумкин. Бутун қорин бўшлиғини эгаллаганини кўрдик. Кистома одатда бир камерали. пўстлоғи юпқа, текис шар шаклида, эластик консистенцияли. Унинг бўшлиғида сероз суюқлик йиғилади. ўсма кўпинча бир томонда чап ёки ўнг томонда жойлашади ва қорин ичида ҳаракатчан қилиб қўяди, чунки унинг тухумдон бойламларидан иборат анатомик «оёқчаси» бор (55-расм). Булардан *L.ovarii propria*, *L.suspensorium ovarii* (ёки бошқача айтганда *L.infundibulopelvic*) ва *L.lata* нинг мезосальпинкс қисми қатнашади. Кистома ўсган сари чўзилиб бир бирига яқинлашиб ўсманинг оёқчасини пайдо қилади. Аёл

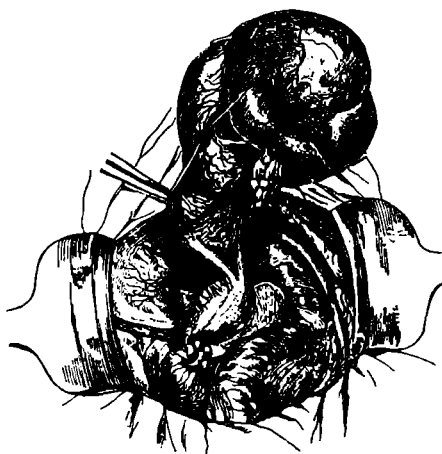


**55 – Расм. Кистоманинг анатомик оёқчаси**

юмуш қилганда, эгилганда, ёнбоши билан ётганда ўсма чапдан ўнгга ёки ўнгдан чапга силжиб туради ва кўпинча 180-360 градусга айланиб қолиши мумкин. Бемор бунда қорин пастида бехосдан қаттиқ оғриқ сезади, кўнгил айниш, қайт қилиш пайдо бўлади, томир уриши тезлашиб, қорин пастида Шёткин –Блюмберг симптоми пайдо бўлади. Бу клиникани «ўткир қорин» деб айтилади. Бундай ҳолда беморни тезда гинекологик бўлимга ётқизиб, дарҳол операция қилиш керак бўлади. Кўпинча шу ўсмаси бўлган тухумдон олиб ташланади. Лекин операция вақтида одатда ўсманинг «анатомик» оёқчасига қисқичлар қўйилганда бачадоннинг найчаси ҳам киради, буни «хирургик» оёқчаси деб, операцияни «аднексэктомия» дейдилар. Кистоманинг оёқчаси буралиб қолиши энг кўп учрайдиган асоратлардан бири(56-расм). Иккинчи ўринни малигнизация ёки ракка айланиш асорати эгаллайди. Бу энг жиддий асоратдир. Тухумдоннинг эпителиал ўсмаларидан сероз (папилляр) кистома-



**56 – Расм. Тухумдон кистасини оёқчаси атрофида буралиб қолиши. Кистомани хирургик оёқчаси.**



**57- расм. Тухумдон тубоовариал кистомаси**

лари ва псевдомуциноз кистомалари 50% ҳолларда ракка айланиши мумкин. Папилляр кистомаларнинг катталиги ва шакли ҳам турли – туман бўлади. Одатда улар катта бўлмайди, диаметри аксари 25см дан ошмайди. Папилляр кистомалар кўпинча бир камерали, силлиқ юзали бўлади. Кистома бир неча камерадан иборат бўлса, юзи ғадир-будур бўлиб туради (57-расм). Кистома юзасида сўрғичсимон ўсимталар бўлмаса, силлиқ ва ялтироқ бўлиб кўринади. Тухумдон папилляр эпителийсининг полиморф эканлиги таърифланади, бу эпителий кўп қаватли бўлиб, ажиб шакллар ҳосил қилади. Хавфли папилляр кистома учун типик бўлган қандайдир белгилар ҳақида фикр юритишга тўғри келмайди. Муциноз кисталарнинг хавфсиз тури, цилиоэпителиал кистомаларга нисбатан камроқ учрайди. Улар клиник белгиларининг ўтиши жиҳатидан хавфсиз ҳисобланади.

Псевдомуциноз кистомаларнинг шакли ва катталиги анчагина турли-туман бўлади. Камерали кистома аксари юзаси ғадир-будур бўлади. Кистома бўшлиғида аксари желесимон суюқлик бўлади. Псевдомуциноз кистоманинг пролиферацияланувчи формасини аксари клиницистлар айрим гуруҳга ажратишади, чунки бундай кистомалар кўпинча (20%) хавфли ўсмага айланиб кетади. Кистомаларнинг шу формаси одатда климактерик, постклимактерик даврда учрайди ва кўпинча асцит билан давом этади.

Эпителиал кистома рак деб айтилади. Таснифи бўйича 3 хил рак ажратилади: бирламчи, иккиламчи ва метастатик рак (Крукенберг раки, 1896). Бирламчи рак 4,5% ҳолларда учрайди. «Солидли рак» - гистологияси бўйича текис, бир хилда, оқимтир рангда, ҳужайралари, томирлари, фолликулларини ажратиб бўлмайди, кам дифференциаллаш-ган тўқима. 40 ёшдан ошган аёлларда учрайди, тезда асцит рўй беради.

Иккиламчи рак 60-50 % ҳолларда сероз папилляр ўсмалар ракка айланади, тез ўсиб, суюқликлар ҳажми ошиб, асцит битишмалари пайдо бўлиб, папилломаларнинг ўсиб кетиши кузатилади. 17-20 % ҳолларда муциноз кистомалар ракка айланади. Уларнинг малигнизацияси аста секин, кўпинча 50 ёшдан кейин ўтади.

Метастатик рак (10-30%) тухумдонга асосан ошқозон ва ичак ракидан лимфа ва қон орқали ўтади. Шунинг учун тухумдонда силжимайдиган, нотекис, қаттиқ консистенцияли ўсма топилса, албатта ошқозон ичак йўлларини эндоскопия, ирригоскопия, рентгенография усуллари билан текшириш керак. Чунки метастазли ракин операция усули билан даволаб бўлмайди. Рак тарқалиши бўйича 4 даражага бўлинади:

I даража – бир тухумдонда пайдо бўлган.

II даража-иккита тухумдонга, бачадон, бачадон найчаларига ўтган.

III даража– кичик чаноқдаги параметрий, регионал лимфатик тугунчаларга, қорин шиллиқ пардасига ўсиб кетган, асцит пайдо бўлган.

IV даража асцит, узоқ даги ички аъзоларга (ошқозон, ичак, чарви, жигар) метастазлар, кахексия рўй берган.

I ва II даражада операция қилиб, бутун жинсий ички аъзолар олиб ташланади ва нур ҳамда кимё - терапия қўлланилади (андробластин, карбоплатин, фарморубин, цисплатин).

III–IV даражада симптоматик даволаш: оғриқни пасайтирувчи дори – дармонлар (морфий, стадол, промедол ва ҳоказо ) қўлланилади.

Лекин I ва II даражанинг клиник белгилари бўлмагани учун беморлар врачга оғриқ, қон кетиши, қин орқали суюқ ажралмалар пайдо бўл-

ганда мурожаат қиладилар, афсуски бунда кечикган бўлади. Чунки III ва IV даражадаги рак лимфа, қон томирларни, нервларни емирган, метастаз босқичи бошланган бўлади. Тухумдон фибромаси шу аъзонинг бириктирувчи тўқимасидан келиб чиққан ўсма деб қабул қилинган. Тухумдон фибромаси кам (7-5%), кўпинча бачадон миомаси билан учрайди. Тухумдон саркомаси ғоят кам учрайди. Одатда операциядан кейин ўсмани гистологик текширишдан ўтказиб, диагноз қўйилади. Тератомаларнинг энг типик шакллари дермоидлардир. Дермоидлар хавфсиз ўсмалардан бўлиб, жами тухумдон ўсмаларининг тахминан 10 % да учрайди, уларнинг тузилишида одатда учала эмбрион қаватлар қатнашади. Улар шарсимон силлиқ ўсмалардан иборат бўлиб, секин ўсади, секин ҳаракатланади ва кўпинча бачадон билан қовуқ ўртасидаги бўшлиқдан жой олади. Уларнинг катталиги ҳар хил, шакли думалоқ, тухумга ўхшаш, устки сатҳи баъзан текис, баъзан ғадир-будур бўлади. Консистенцияси бир хил эмас (бир жойи эластик, иккинчи жойи қаттиқ), рангги оқимтир ёки бироз сарғимтир бўлади. Дермоид киста кесилганда суюқлик билан тўла халтачага ўхшайди. Бу суюқлик уй ҳароратида қотиб ёсимон масса ҳосил қилади.

### Даволаш:

асосан жарроҳлик усулида, тухумдон олиб ташланади. Дермоид фонли хавфли ўсма камдан-кам пайдо бўлса-да, бундай ҳодисалар учраб туради. Дермоиддан аксари ясси ҳужайрали раклар пайдо бўлади. Тухумдон тератобластомаси хавфли ўсмаларга киради. Тератобластомалар тез ўсади, олиб ташлангандан кейин кўпинча қайтаналади. Лимфа қон томирлари орқали тарқалади. Кўпинча қорин пардасига ёйилади (диссеминация). Тератобластомалар қиз болаларда ёки 20-30 ёшлардаги жувонларда айниқса кўп учрайди, (2,5-32% гача). Тератобластомаларнинг оқибати ҳамиша ёмон бўлади.

Даволаш асосан ўз вақтида операция қилиниб бачадонни қўшимчалари билан олиб ташланади, сўнгра рентген ва радиy нурларини чуқур таъсир эттиришдан иборат. Кимётерапия ҳам қўлланилади (циклофосфан, сарколизин). Касалликнинг оқибати кўп ҳолларда жуда ёмон.

Тухумдонларнинг гормон чиқарувчи безлари асосан 2 гуруҳга бўлинади:

1. Феминизацияловчи (аёллаштирувчи) ўсмалар, буларга гранулёз ҳужайрали ўсмалар билан тека ҳужайрали ўсмалар киради.
2. Маскулинизацияловчи (эркаклаштирувчи) ўсмалар, буларга андробластомалар киради.

Тухумдон фолликуллардаги грунулёз ҳужайраларга ўхшаш ҳужайра комплексларидан тузилганлиги билан таърифланган ўсмалар «гранулёз ҳужайрали» ўсма ёки «фолликулома» деган термин билан аталади.

Қизларда эстроген қақурувчи ўсмалар жинсий ривожланишининг эрта бошланиши билан намоён бўлади ва аксари бир неча характерли симптомлар кўринади: сут безлари ва ташқи жинсий аъзолар барвақт етилади, қовга жун чиқади ва одатда бачадондан қонли чиқинди келади, барвақт балоғатга етишда бачадондан қон келиши циклик характерда бўлса, бу касалликда қон келиш циклик характерда бўлмайди.

Ўсма кекса аёлларда пайдо бўлганда ҳам аксари қон кетади. Бундан ташқари, ана шундай беморлар ёш кўринади, ҳаракатчан, сут безлари

тўлиша ётганини қайд қиладилар. Бундай ўзгаришлар рефеминизация дейилади. Бундай беморларни текшириб кўрилганда вульва ва қин эпителийси тушганлиги, бачадон катталашганлиги эътиборни жалб этади. Беморларнинг бачадонидан қиринди олиниб гистологик йўл билан текширилса, эндометрий гиперплазияси аниқланади. Ҳайз кўриб келган аёлларда ўсма пайдо бўлганда ҳайз цикли бузилади. Гоҳ циклик қон кетиши, гоҳ аменорея рўй беради. Аксари сут безлари ўзгаради, катталашади, тўлишади.

Даволаш асосан операция қилиб олиб ташлашдан иборат. Ёш ва туғмаган беморларда якка тухумдон, 45 ёшдан кейин-пангистерэктомия қилинади.

Андробластома ғоят кам учрайди. Унинг характерли белгиси шуки, арренобластома ҳужайралари гормонлар ишлаб чиқаради, бу гормонлар дефеминизацияловчи ва маскулинизацияловчи хоссаларга эга бўлади. Адабиётларда тасвирланган арренобластомаларнинг мутлоқ кўп қисми бир томонлама катталиги ва кўриниши ҳар хил бўлиб, кўпинча тузилиши тугунлар шаклида бўлган. Юзда, кўкрак соҳасида жунлар ўсиши, овознинг йўғонлашиш ҳолатлари кузатилади. Уни операция йўли билан олиб ташлангандан кейин клиник белгилар аста-секин йўқолади.

Тухумдон дисгерминомаси бир қанча кам учрайдиган касаллик. «Дисгерминома» терминини Р.Маеёр таклиф этган, унинг тахминига қараганда дисгерминоманинг ҳужайра элементлари етилганда жинсий ҳужайрага айланиши керак бўлган, аммо тўла тараққий этмай қолган, яъни эмбриогенезнинг қандай бўлмасин бир фазасида на эркак ҳужайраси, на аёл ҳужайраси шаклига кирмай қолган ҳужайралардан пайдо бўлади. Тухумдон дисгерминомаси одатда навқиронлик даврда 30 ёшгача бўлган аёлларда кузатилади. Дисгерминомани аниқлашга келсак диагнози операция қилингандан кейин морфологик текшириш асосида қўйилади.

Дисгерминоманинг ҳамшиша хавfli ўсма деб ҳисобланади. Дисгерминомали беморларни бир қанча шарт-шароитларга, аввало беморнинг ёшига қараб индивидуал тартибда даволаш лозим.

Тухумдон ўсмаларини аниқлашда анамнез, беморнинг аҳволи ва икки қўллаб бимануал текшириш асосий роль ўйнайди. Қин орқали (41-расм), тўғри ичак, қорин деворини текшириш ўсманинг характери тўғрисида аниқроқ тасаввур беради. Қўшимча текшириш усулларида ультратовуш диагностикаси, компьютер томографияси ўсмаларни аниқлашда катта аҳамаиятга эга.

Тухумдон кистомаларининг бачадон ўсмаларидан фарқ қиладиган белгилари қуйидагилардан иборат:

Маҳалий белгилар:

1. Ўсма консистенцияси эластик.
2. Юзаси текис ва силлиқ.
3. Ўсма ҳар томонга бемалол ҳаракат қилади (айни вақтда бачадон бўйни ҳам унга қўшилиб силжимамайди).
4. Оддий сероз кистомалар шар шаклида бўлади.

Тухумдон ўсмаларини аниқлашда уларнинг хавfli эканлигини кўрсатувчи белгиларини назарда тутиш керак.

а) Маҳаллий белгилар: 1.Тухумдон раки кўпинча икки томонлама бўлади.2.Дуглас бўшлиғидаги метастазлар икки қўллаб текширишда осон



аниқланади. 3. Чарви ва қорин бўшлиғидаги метастазлар операцияда аниқланади. 4. Асцит (айниқса қонли асцит). Тухумдоннинг папилляр кисталари бўлганда баъзан гидроторакс ҳам бирга кўрилади. 5. Хавфли ўсмалар консистенцияси кўпинча зич, юзаси нотекис, гадир–будур бўлади. 6. Ўсма кўзгаланмайди.

б) Умумий белгилардан: озиб кетиш, умуман дармонсизлик, баданга шиш келиши каби ҳодисалар кузатилиши мумкин. Аммо бу белгилар одатда ўсма улғайиб кетган даврда учрайди. Ниҳоят, ўсманинг тез ўсиши фоят муҳим ахамиятга эга бўлиб, хавфли ўсмаларга мосдир.

Тухумдон ўсмаси топилганда ҳар гал операция қилиб олиб ташлаш тавсия этилиши керак. Шу қоидага қаттиқ риоя қилингандагина тухумдонни клиник белгилари аниқланмаган хавфли ўсмасининг барвақт олиб ташлаш ёки хавфсиз ўсманинг хавфли ўсмага айланиш эҳтимолини барта раф қилиш мумкин. Бошқа асоратлар: ўсма оёқчасининг буралиб қолиши, унинг йиринглаши ёки ёрилиб кетиш эҳтимоли ҳам иложи борица эрта операция қилиш заруриятини туғдиради.

Тухумдоннинг хавфли ўсмаларига кўпинча ҳар томонлама (комплексли) даво қилинади: аввал ўсма олиб ташланади, сўнгра чаноқ соҳасига рентген нурлари тушириб даво қилинади. Нур билан даволашнинг ўзи айнақса операция қилиб бўлмайдиган ўсмаларда одатда наф бермайди. Тухумдоннинг хавфли ўсмаларини даволаш билан бир вақтда кимё терапевтик ва гормонал препаратлар (тиотеф, сарколизин, тестостерон ва ҳоказолар) ишлатилади.

Хулоса: тухумдон ўсмалари дастлабки пайтида клиник белгиларга эга эмас.

Уларни аниқлаш учун қизлар йилига бир марта ва аёллар йилига камида икки марта ҳар олти ойда УТТ ва гинеколог текширишидан ўтишлари керак. Бу ҳақда аҳоли орасида тушунтириш ишларини олиб бориш лозим. Шундагина тухумдон ўсмалари ўз вақтида топилиб, хавфли бўлган вақтида операция йўли билан олиб ташланади ва унинг ракка айланишига йўл қўйилмайди. Аёллар, демак, оналар ва қизларнинг ҳаёти сақланиб қолинади.

Ёш қизларни ҳозир замонавий ультратовуш аппарати билан боғча, мактаб шароитида текширилиб, кистомалар аниқланиқда ва гинекологларга юбориб келинмоқда.

#### **АМАЛИЙ КўНИКМАЛАР:**

бемордан анамнез йиғиш;  
тухумдон ўсмаларини пайпаслаш усули билан аниқлаш;  
касалликни лаборатор ва асбоблар ёрдамида ташхислаш;  
жарроҳлик усулини ўрганиш;  
реабилитация ва профилактика усулларини ўрганиш.

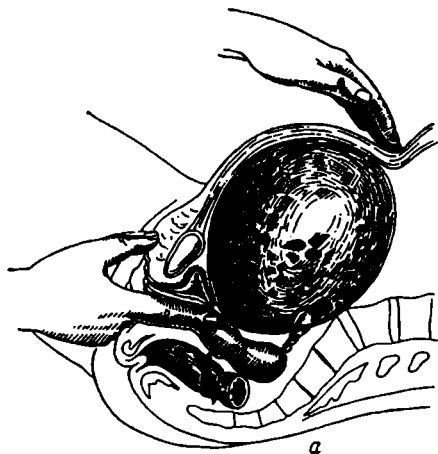
#### **Тухумдон ўсмалари**

Мақсад: талабаларга беморни объектив ва субъектив маълумотларга асосан диагноз қўйиш, касаллик оғирлик даражасини баҳолаш ва даволаш тактикасини танлашни ўргатиш.

Таъминланиш: кушетка, қин кўзгулари, гинекологик кресло, стерил қўлқоп, тонометр.

1. Аёл гинекологик креслода оёқларини чаноқ-сон ва тизза бўғимида букилган ҳолда ётибди.
2. Шикоятлари: камдан-кам ҳолларда ҳайзнинг бузилиш, бирдан

- ҳаракат қилганда оғриқ, қорин пастида оғирлик ва ёт нарса борлигини сезиш ёки умуман шикоятлар қилмайди.
3. Касаллик анамнези: яллиғланиш касалликлари билан, эндокрин бузилишлари билан, кечиши аста секин.
  4. Ҳаёт анамнези: ҳайз келиши 14 ёшдан, 3-4 кундан, ҳар 28 кунда, жинсий ҳаёти 19 ёшдан, гинекологик касалликлари – сурункали аднексит. Ирсиятга мойиллиги йўқ, зарарли одатлари йўқ. Соматик касалликлардан буқоқ касаллиги аниқланди.
  5. Умумий кўрув: айтарли ўзгаришсиз ёки киста буралиб қолганда ва ёрилиб кетганда ўткир қорин клиникаси ривожланади, беморнинг аҳволи оғир, тери қоплами оқиш, акроцианоз, совуқ тер, тахикардия, гипотония.
  6. Қорин кўрувда: ўзгаришсиз ёки қорин олдинги девори мушаклари таранглашган, қорин бўйлаб кучли оғриқ, Шеткин-Блюмберг симптоми «мусбат»  
Перкуссияда: қорин пастки қисмларида перкутор товушнинг бўғиқлиги.
  7. Дастлабки диагноз: шикоятлари, ҳаёт ва касаллик анамнези ҳамда, локал статус ва объектив маълумотларга асосланиб қўйилади.  
Қоннинг умумий анализи: ўзгаришсиз ёки лейкоцитоз, ЭЧТнинг тезлашиши, гемоглобин миқдорининг камайиши.  
УТТ: касаллик этиологиясига қараб бачадон ортиқлари соҳасида ўсма ёки кистасимон ўзгариш аниқланади.  
Кўзгуларда кўрув: ўзгаришсиз.  
Қин орқали кўрув: ўсмани шаклига қараб турли хил ўзгаришлар аниқланади, бачадон ортиқлари соҳасида яллиғланиш жараёнига хос белгилар ҳам аниқланди (58расм).
  8. Клиник диагнозни қўйиш ва асослаш дастлабки диагноз ва клиник – инструментал текширувларга асосланиб қўйилади.
  9. Асоратлар: кистанинг ёрилиб кетиши, киста оёқчасининг буралиб қолиши ёки некроз, малигнизация, репродуктив фаолиятнинг бузилиши, бепуштлик, нейроэндокрин бузилишлар.
  10. Дифференциал диагностика: бачадондан ташқари ҳомиладорлик,



58 – Расм. Тухумдон кистомасини қин орқали аниқлаш.

бачадон ортиқлари яллиғланиш касалликлари, бачадондаги ўсмалар.

#### 11. Оператив даволаш

Ўсманинг шаклига қараб лапаротомия ёки лапароскопия усули билан (цистэктомия, тухумдонлар резекцияси, аднексэктомия)

Реабилитацион терапия

#### 12. Профилактикаси: жинсий аъзолар яллиғланиш касалликларини ўз вақтида аниқлаш ва даволаш, ЭГК ва эндокрин касалликларни даволаш, ҳар 6 ойда профилактик кўрувдан ўтиб туриш.

#### **Масала.**

1. Аёл 34 ёшда: қусиш, қўнғил айнаши, қорнининг ўнг томонида бирдан оғрик пайдо бўлиши шикоятлари билан амбулаторияга келган. Анамнезида 3 туғруқ, 1 аборт, БИВ 5 йилдан буён бор. Объектив кўришда: тери ва шиллиқ пардалари оқ рангда. ҳарорат 37,2, тили қуруқроқ, қорнини пайпасланганда ўнг томон пастида оғриқ ва Шёткин-Блюмберг симптоми мусбат. Сийиши нормал, ичи қотмаган.

Гинекологик текширув: ташқи жинсий аъзолари нормал ривожланган. Кўзгуда: бачадон бўйни цилиндрсимон шаклда, тоза, ажралмалари шиллиқ, бўғзи берк. Бачадон ўлчамлари нормал, антеверзио антефлексия жойлашган, ҳаракатчан, оғриқсиз, чап ортиқлари аниқланмайди. ўнг томонда ўлчамлари 15х12х13 см, юмалоқ, эластик консистенцияли, текис, ҳаракатчан, оғрикли ўсма аниқланган.

Ташхис Қандай? УАШ тактикаси? Қандай даволаш керак?

2. 68 ёшли аёлни қариндошлари гинеколог маслаҳатига олиб келишди. Аёл гинекологга 8 йил мобайнида учрамаган. Менопауза 15 йил мобайнида. Жинсий ҳаётни 25 ёшида бошлаган, 5та Хомиладорлик, 2та туғруқ, 3та аборт. Объектив текширганда бемор тўғри тузилишга эга.

Овқатланиши яхши, юрак тонлари бўғик пульси 1 дақиқада 80, бир маромда, қорин пастида юмалоқ шиш пайпасланади, ҳаракатчан, пайпаслашда сезиларли, қорнида асцит бор.

Гинекологик статуси: ташқи жинсий аъзолари нормал ҳолатда, кўзгуда бачадон бўйни тоза, бимануал кўрикда бачадон бўйни цилиндрсимон, бачадон антефлексияда нормадан биров катталашган, чап томонда 18х19х17 см ўлчамдаги шиш аниқланади, ҳаракатчан, таъсирчан, қаттиқроқ консистенцияли, ўнг тарафда 6х8х8 смли ўсма бор. Орқа гумбаз биров тўликланган, ажралма қонли рангда. Ташхис? УАШ тактикаси?

### *ЎРГАТУВЧИ ТЕСТЛАР*

1. Тухумдон ретенцион кисталарини айтинг:
  1. фолликуляр;
  2. лютеинли;
  3. параовариал;
  4. тубоовариал;
  5. эндометриозли.
2. Қанақа тухумдон эпителиал ўсмаларини биласиз:
  1. цилиоэпителиал;
  2. псевдомуциноз;
  3. рак.
3. Тухумдон кистомаларини текширув усулларини айтинг:
  1. УТТ;

2. бимануаль пальпация;
3. лапароскопия.
4. Тухумдон ўсмалари малигнизацияси белгиларини айтинг:
  1. кам ҳаракатчан;
  2. гадир-будур;
  3. қаттиқ консистенцияли, қўшни аъзоларга инфильтрацияси;
  4. асцит.
5. Тухумдон кистомаси ривожланишида юқори хавф гуруҳига кирувчи аёлларни айтинг:
  1. тухумдонлар склерокистози;
  2. БДҚК;
  3. бепушглик;
  4. бачадон миомаси;
  5. эрта жинсий етилиш;
  6. эрта менопауза.
6. Аёлларда қайси ҳолатлар гормон ишлаб чиқарувчи ўсма борлигига шубҳа туғдиради:
  1. эрта жинсий етилиш;
  2. 50 - 55 ва ундан катта ёшда ҳайз циклининг сақланиб қолганлиги;
  3. қайталанувчи БДҚК;
  4. 13 - 16 ёшларда аменорея ва маскулинизация;
  5. эрта климакс ва вирил синдром.
7. Тухумдон кистомаларида қанақа асоратлар кузатилади:
  1. кистома оёғчасининг буралиб қолиши;
  2. йиринглаши;
  3. ўсма капсуласининг ёрилиб кетиши;
  4. малигнизация, қўшни аъзоларга ўсиб кириб кетиши;
  5. бачадон, катта чарви ва ичаклар билан битишма ҳосил қилиши.
8. Тасниф бўйича тухумдон хавфсиз ўсмаларининг 3та турини айтинг:
  1. эпителиал;
  2. бириктирувчи тўқимали;
  3. тератоид.
9. Тухумдон кисталарининг 4та хилини айтинг:
  1. фолликуляр киста;
  2. сариқ тана кистаси;
  3. интралигаментар киста;
  4. параоварил киста.
10. Эпителиал кистомаларнинг қандай 2 хил формаси фарқланади:
  1. цилиоэпителиал;
  2. псевдомуциноз.
11. Цилиоэпителиал кистомалар қандай 2 хил формага ажралади:

1. оддий сероз;
2. папилляр.
12. Қуйидаги қайси ўсмалар хавфсиз ҳисобланади:
  1. псевдомуциоз кистома;
  2. тухумдон фибромаси;
  3. серозли;
  4. дермоид.
13. Кистома оёқчалари айланиб қолишининг аломати:
  1. қорин пардасининг яллиғланиши;
  2. қорин пастадаги бирданига қаттиқ оғриқ;
  3. қинни ўрганганда бачадон найчаларида қаттиқ оғриқли ўсма аниқланиши.
14. Қандай 3та гормон ажратувчи ўсмалар бор:
  1. гранулёз ҳужайрали кистомалар (фолликулома);
  2. текокобластомалар;
  3. андробластомалар.
15. Тухумдон ўсма касаллигининг клиник симптоми ва турига қараб қандай 2та жарроҳлик амалиёти ўтказилади:
  1. ўсмани олиб ташлаш;
  2. бачадон экстирпацияси бачадон ортиқлари билан.
16. Қуйидаги келтирилган симптомлардан қайси бири тухумдонларда хавфли ўсма борлигини белгилайди:
  1. ҳосил бўлган ўсма устки қисми эгри-бугрилиги;
  2. ҳосил бўлган ўсма ҳаракати чекланган;
  3. ўсманинг тез ўсиши;
  4. ўсманинг чегаралари аниқмас.
17. Тухумдон оёқчаларининг айланиб қолиши аломатлари:
  1. парданинг яллиғланиши;
  2. қорин пастадаги бирданига қаттиқ оғриқ;
  3. қин текширувида қаттиқ доирасимон оғриқли ўсма аниқланади;
  4. ЭЧТ, лейкоцитларни ўсиши;
  5. қўнгли айниш, қусиш;
  6. Ҳеткин - Блюмберг белгилари мусбат.
18. Тухумдон ракиннинг I даражасини даволаш қандай комплекс даволашга қиради:
  1. бачадон ортиқларини экстирпация қилиш;
  2. операциядан сўнгги даврда рентгенотерапия;
  3. кимётерапия.
19. Қайси ўсмалар аёллар гениталиясида хавфли ўсмаларга қиради:
  1. хорионэпителиома;
  2. аденокарцинома;
  3. адренобластома;
  4. тухумдоннинг псевдомуциоз кистомаси.

20. Қуйидаги касалликларнинг қай бирини аёллар жинсий аъзоларининг хавфли ўсмалари деб аташ мумкин:
  1. тухумдоннинг гранулёз хужайрали ўсмаси;
  2. фолликулома;
  3. тухумдон текомаси;
  4. адренобластома;
  5. рак;
  6. саркома.
  
21. Тухумдон кистомасига хос белгилар қандай:
  1. ўсманинг таранг эластик консистенцияси;
  2. ўсма устки қаватининг текислиги;
  3. ўсманинг ўта ҳаракатчанлиги.
  
22. Қуйидагилардан қайсилари кистоманинг “анатомик оёқчасини” ташкил этади:
  1. кенг бойлам (lig. latum uteri);
  2. тухумдоннинг махсус бойлами (lig/ ovaria propria);
  3. воронка-чаноқ бойлами (lig. infundibulo pelvicum).
  
23. Қуйидаги ўсмалардан қайси бири тухумдоннинг хавфсиз ўсмаси ҳисобланади:
  1. псевдомуциноз кистома;
  2. тухумдон фибромаси;
  
24. Оддий серозли тухумдон кистомасига хос белгилар қандай:
  1. ўсманинг таранг эластик консистенцияси;
  2. ўсма устки қаватининг текислиги;
  3. ўсманинг ўта ҳаракатчанлиги.
  
25. Тухумдон ўсма касаллигида қандай жаррохлик амалиёти ўтказиш мумкин:
  1. цистоектомия;
  2. тухумдон резекцияси;
  3. тухумдон декапсуляцияси;
  4. овариоектомия;
  5. аднексэктомия;
  6. бачадон экстирпацияси бачадон ортиқлари билан.

#### *НАЗОРАТ САВОЛЛАР.*

1. Қандай тухумдон ўсмаси киста деб аталади ?
2. Тухумдоннинг қандай ўсмасимон касалликларини биласиз ?
3. Қандай ўсма кистома деб аталади ?
4. Кистомаларни аниқлаш усуллари.
5. Тухумдоннинг хавфсиз ўсмасини операция қилиш усули ?
6. Кистомаларнинг қандай асоратларини биласиз ?
7. Тухумдон кистомаси оёқчаси буралиб қолганда клиник белгилари қандай бўлади?

## БАЧАДОН БЎЙНИ ВА ТАНАСИНИНГ ФОН ВА РАК ОЛДИ КАСАЛЛИКЛАРИ

### Мақсад:

Аёлларда бачадон бўйни ва танасининг ўсмаларига олиб келувчи сабаблар, жойлашиши бўйича таснифи, клиник кечиши, аниқлаш ва ташхис қўйиш усуллари, даволаш, асоратлари ва олдини олиш усулларини ўрганиш.

### Вазифалар:

1. Бачадон бўйни ва танаси патологиялари муаммоси.

2. Таснифи.

3. Бачадон бўйни фон ва рак олди касаликлари.

4. Бачадон танаси фон ва рак олди касалликлари.

5. Бачадон бўйни ракиннинг белгилари.

6. Бачадон танаси ракиннинг белгилари.

7. Ташхислаш ва даволаш усуллари.

8. Бачадон бўйни ва танасини ўсмаларининг олдини олиш тадбирлари

Жинсий аъзолар хавфли ўсмаларининг кенг тарқалганлиги ва аёллар онкологик касалликлари тизимида етакчи ўрин эгаллаганлиги бачадон танаси, бўйнининг фон ва рак олди касалликлари муаммоларининг долзарблигидан дарак беради. Репродуктив ёшдаги аёллар онкологик касалликлари орасида бачадон бўйни ўсма жараёнлари улуши 10% дан 15,7% гача ташкил қилади. Маълумки, аёллар онкологик касалликлари тизимида бачадон бўйни раки биринчи ўринлардан бирини эгаллаб келмоқда, у ноқулай фонда ривожланиб, рак олди касалликларининг сўнгги босқичи бўлиб ҳисобланади.

«Фон жараёнлари» деган термин алоҳида рак олди ҳисобланмайди, лекин шунинг фониди бачадон бўйни раки ва дисплазияси ривожланиш эҳтимоли бўлган, этиологик ва морфологик манзараси ҳар хил касалликларни ўз ичига олади. Фон ва рак олди касалликларини ўз вақтида аниқлаш ва рационал даволаш, профилактик онкологик тадбирлар тизимининг муҳим қисми ҳисобланади.

Нормада қин шиллиқ қаватининг давоми бўлиб ҳисобланадиган эктоцервикс стромадан базал мембрана билан ажралиб, кўп қаватли ясси эпителий билан қопланган 5 қаватли ҳужайралардан ташкил топган бўлиб, маълум тузилишга, бир-бирига нисбатан жойлашган ва базал мембранага эга бўлади.

Цервикал канал бир қаторли цилиндрик эпителий билан қопланган.

Кўп қаватли ясси эпителий эндоцервикснинг цилиндрик эндоцервиксга ўтиш жойи муҳим аҳамиятга эга, чунки кўпинча шу жойда ҳужайраларнинг атипик трансформацияси юзага келади. Туғиш ёшидаги соғлом аёлларда кўп қаватли ясси ва цилиндрик эпителий чегараси аслида ташқи бачадон бўғзи соҳасида жойлашади.

Қиз болалар ва туғмаган аёлларда бу чегара бачадон бўйнининг қин қисмида жойлашиши мумкин.

Ҳомиладорлик даврида ҳам худди шундай манзара кузатилади. Ёш ўтган сари 2 хил эпителийнинг туташган жойи цервикал канал томон силжийди ва кўз билан кўриб бўлмайди. Худди шундай ҳолат бачадон бўйни диатермокоагуляцияси ва криодеструкциясидан сўнг ҳам кузатилади.

1979 йилда ЖССТ бачадон бўйни патологик жараёнларининг морфологик таснифини тасдиқлаган, унга асосан:

1. Фон ҳолатлари
2. Рак олди ҳолатлари (дисплазия)
3. Преинвазив рак
4. Инвазив рак фарқ қилинади.

Бачадон бўйни фон ва рак олди касалликларининг келиб чиқиши экзо-ва эндоген омиллар йиғиндисининг таъсири билан ифодаланади: бачадон бўйни тўқимасида микроциркуляциянинг бузилиши, микро ва макрожа-роҳатлар, гормонал ўзгаришлар, микробли омиллар.

Фон жараёнлари бачадон бўйни патологик ўзгаришларининг 80-85%ни ташкил этади.

Уларга: эрозиялар, псевдоэрозиялар, лейкоплакиялар, эритроплакиялар ва полиплар киради.

Эрозия-бу бачадон бўйни қин қисмидаги патологик жараён бўлиб, бошланғич босқичларида кўп қаватли ясси эпителий дистрофияси, десквамацияси билан, сўнгра эса эрозияланган юзада цилиндрик эпителий ривожланиши билан ифодаланади. Туғма эрозия, ҳақиқий эрозия ва псевдоэрозиялар фарқланади.

Туғма эрозия-кўп қаватли ясси эпителий билан цилиндрик эпителий ўртасидаги чегаранинг ташқи бўғизидан ташқарига, ташқи бўғиз атрофи-га силжиши билан ифодаланади. У юмалоқ ёки нотўғри шаклда, оч қизил рангда, силлиқ юзали бўлади. Цервикал каналдан патологик ажралмалар кузатилмайди. Улар асосан болалик ва ўсмирлик ёшида бўлади.

Ҳақиқий эрозия-бачадон бўйни қин қисмининг кўп қаватли ясси эпителийси шикастланиб кўчиши, натижада эса яллиғланиш реакцияли жароҳат юзаси (эпителий нуқсони) ҳосил бўлиши билан ифодаланади. У асосан ташқи бўғиз атрофида ёки бачадон бўйнининг орқа лабида жойлашади. Эрозия оч қизил рангда, нотўғри, бироз юмалоқ шаклга эга бўлиб, баъзан тегинганда қонаб кетиши мумкин. Кольпоскопия ва микроскопи-яда яллиғланиш реакцияси белгилари аниқ кўринади. Ҳақиқий эрозия қисқа вақт давом этадиган жараён бўлиб, 1-2 ҳафтадан сўнг кейинги босқичига-псевдоэрозияга ўтади, шу сабабли шифокорлар ҳақиқий эрозияни камдан-кам аниқлайдилар.

Псевдоэрозиялар ҳақиқий эрозия негизида узоқ кечадиган патологик жараён туфайли ҳосил бўлади. Кўп қаватли ясси эпителий нуқсони ўрни-ни цервикал канал шиллиқ қавати бир қаватли цилиндрик эпителийси қоплайди. Ташқи бўғиз атрофида жойлашиб, нотўғри шаклга, духобаси-мон ёки нотекис юзага, қизил рангга эга бўлади (59 расм).

Лейкоплакия кўп қаватли ясси эпителийнинг қалинлашиб, ортиқча мугузланиши билан ифодаланади (60 расм). Улар фақат бачадон бўйнининг қин қисмида эмас, балки вульва соҳаси ва қин шиллиқ қаватида ҳам жойлашади, юпқа парда ва оқ рангли пилакчалар шаклида, оқ-кулранг, ясси ёки юзадан бироз бўртиб туради. Чегараси аниқ, тишсимон ёки суркалгансимон бўлиши мумкин. Лейкоплакия юзаси йод эритмаси билан артилганда оқ ранглигача қолади. Даволашда кесиби олинади ёки криодеструкция қилинади, бунда лазер терапияси муваффақиятли қўлланилади.

Эритроплакия функционал ёки оралик қаватларининг атрофияси ҳисобига кўп қаватли ясси эпителий қаватининг юққалашиши ёки сил-



лиқланиши билан ифодаланади. Бу тўқ-қизил, юмалоқ ёки нотўғри шаклда бўлиб, нормал шиллиқ қават юзасидан бироз бўртиб туради. Унинг қизил ранги юқалашган (атрофияланган) эпителий қавати орқали кўришиб турадиган қон томир тўри билан изоҳланади. Базал ва парабазал ҳужайраларнинг атипик гиперплазияси кузатилганда эритроплакия рак олди жараёни бўлиб ҳисобланади. Эритроплакияни жарроҳлик йўли (экссизия) билан ёки ДЭК криотерапия йўли билан даволанади.

Цервикал канал шиллиқ қавати полипи ташқи бўғиз атрофида жойлашиб, оёқчали, баъзан эса кенг асосли бўлади. Морфологик жиҳатидан полип бириктирувчи тўқимали оёқчага эга бўлиб, кўп қаватли ясси ёки цилиндрик эпителий билан қопланади, оёқчаси таркибида безли ёки без-кистозли тузилмаси бўлади. Кўпроқ 40 ёшдан катта ёшдаги аёлларда кузатилади.

### Бачадон бўйнининг рак олди жараёнлари

Рак олди касалликлари гуруҳига дисплазия киради. Одатда дисплазия фон жараёнларидан сўнг, баъзан эса ўзгармаган бачадон бўйнида ҳам ривожланади. Кўп қаватли ясси эпителий дисплазияси ҳужайралари тузилиши, дифференцировкаси ва етилишининг бузилиши (61-расм), яъни ҳужайралар атипияси билан ифодаланади.

ЖССТнинг таснифи (1982) бўйича ҳужайралар атипияси ва эпителиал қаватнинг шикастланиши чуқурлиги бўйича дисплазиянинг 3 даражаси фақланади: кучсиз (1), ўртача (2), кучли (3).

Эпителиал дисплазияни келтириб чиқарадиган омиллар:

- 1) жинсий ҳаётни эрта бошлаш, жинсий мижозларни тез-тез алмаштириш.
- 2) тўғруқ ва аборт вақтида бачадон бўйнининг шикастланиши.
- 3) жинсий аъзоларнинг яллиғланиш касалликлари.
- 4) организмнинг 2 типдаги оддий учуқ вируси (2-ОУВ) ва одам папилломаси вируси (ОПВ) билан зарарланиши.
- 5) гиперэстрогения;

6) нефтни қайта ишлаш ва тамаки ишлаб чиқариш саноатларидаги зарarli меҳнат шароитлари.

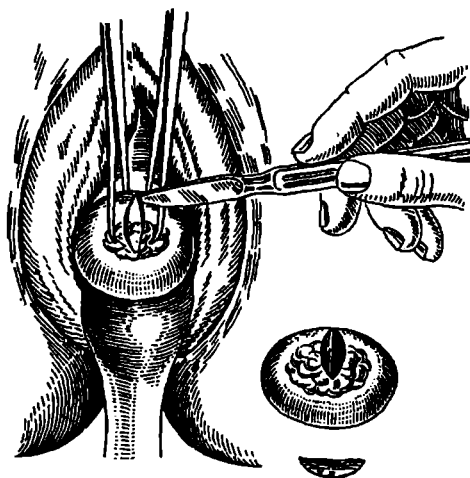
Ўртача даражаси 31-40 ёшга, кучли даражаси шакли 40-50 ёшга тўғри келади.

Ташхислаш. Дисплазия фаол, кўп қаватли жараён:

1. Кенгайтирилган кольпоскопия
2. Цитологик текшириш
3. Биопсия усули (62-расм)
4. Цервикал канал шиллиқ қаватини қириш.

Даволаш-дисплазия даражасига боғлиқ.

1. Диатермокоагуляция
2. Роговенко ҳалқаси билан диатермэлектронизация



62 – Расм. Бачадон бўйни биопсияси.

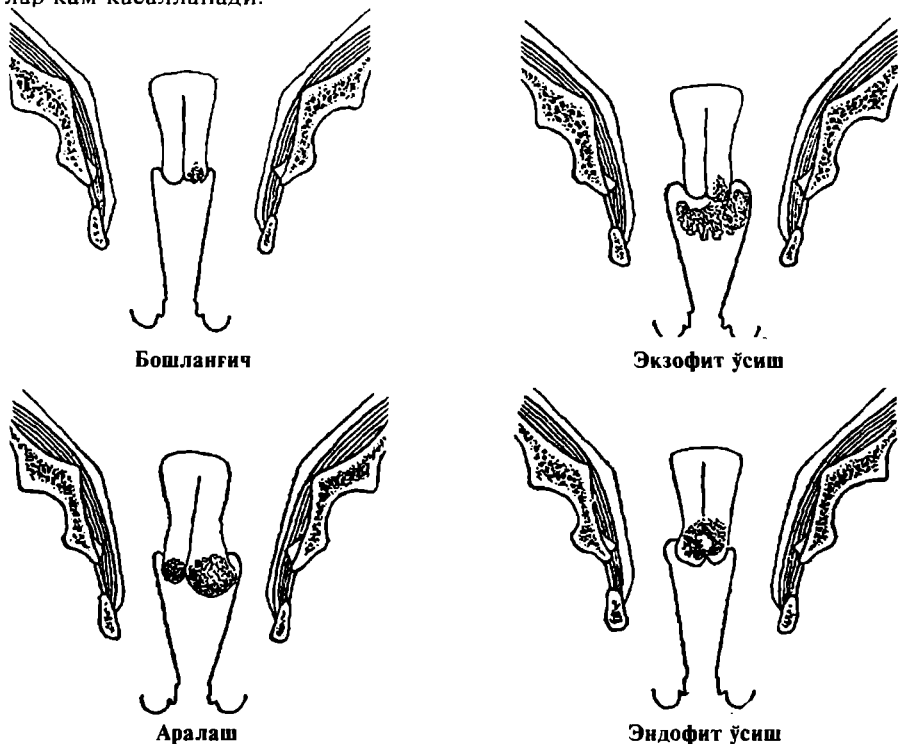
3. Бачадон бўйни конуссимон ёки понасимон қирқиш
4. Бачадон экстирпацияси.

### Бачадон бўйни раки

Бачадон бўйни раки – бачадон бўйнининг қин қисмидаги ясси, кўп қаватли эпителийдан ҳамда бачадон бўйни каналидаги безсимон эпителийдан ривожланади. Ясси ҳужайрали рак 94-95%, безсимон рак 4-6% беморларда аниқланади. Бачадон бўйни раки ривожланиши, ёш ҳамда ёши катта аёлларда бир ҳил учрайди. Ёш аёлларда бачадон бўйни раки метаплазия билан боғлиқ бўлган, узоқ муддат давом этган патологик пролиферация фонида ривожланади. Бу жараён атипик зона ҳосил бўлиши ва томирларининг атипияси билан кузатилади. Буни кольпоскопик текширувда аниқланади. Ёши катта аёлларда пролифератив жараён ва метаплазия кам ифодаланиб, рак чин эрозия, ҳар ҳил шаклдаги яралар кўринишида пайдо бўлади.

Ракнинг бошланғич шакллари (эпителиал карцинома, микрокарцинома) аниқлаш, раkning охириги босқичларига қарши курашишда катта аҳамиятга эга.

Бачадон бўйни раки бошланғич шаклларининг клиник манзараси носпецифик бўлади. Кўпинча бачадон бўйни раки туғувчи ёшдаги, 40 ёшдан катта аёлларда учрайди. Туғмаган ва жинсий ҳаётга яшамайдиган аёллар кам касалланади.



63-64- Расм. Бачадон бўйни ракининг I босқичининг хиллари.

Рак олди касалликлари бачадон бўйни раки ривожланишида катта аҳамиятга эга. Дастлаб рак симптомсиз кечади. Энг дастлабки эрта белгиси контакт вақтидаги қонли ажралма ва оқчил ажралмаси ҳисобланади. Ажралмалар дастлаб сувсимон характерда, кейинчалик эса қон аралаш келади. Ташқи кўриниши гўшт ювиндисига ўхшаш, чириган ҳидли бўлади.

Жинсий алоқада, гинекологик кўзгу ва тампон теккизилганда, дефекацияда, жисмоний зўриқишда, йўталганда, кучанганда, оғир юк кўтарганда қонли ажралмалар келиши мумкин. Ўсманинг некрозланиши ва лимфатик томирларнинг емирилиши натижасида ажралмалар келади.

Рак жараёни кенг тарқалганда оғриқ синдроми кузатилади. Сабаби рак инфильтратлари нерв тугунларининг эзилишидан вужудга келади.

Кейинчалик жараён ривожланиши билан дизурик ва дефекация бузилиши белгилари кузатилади. Сийдик найининг эзилиши гидроуретрит ва гидронефроз ривожланишига олиб келади. Жараёнга сийдик пуфаги қўшилиши унинг шиллиқ қаватида дастлаб шиш, кейинчалик некроз ва оқма ҳосил бўлиши билан кузатилади. Энг кўп учрайдиган асорати сийдик чиқарув йўллари инфекцияси бўлиб ҳисобланади. Тўғри ичак зарарланганда эса ректо-вагинал оқмалар ривожланишига олиб келади.

Беморларнинг умумий аҳволи узоқ муддат қониқарли бўлади. Касалликнинг ўртача давомийлиги — даволанмаса 2 йилга яқин. Беморлар уремия, перитонит, сепсис, хакексия ва қон кетишидан нобуд бўладилар.

#### **Тарқалиш босқичлари:**

0 босқич- преинвазив рак, базал мембрана эпителийсига ўсмаган;

I босқич - рак бачадон бўйни билан чегараланган (63,64-расм);

II босқич — рак бачадон бўйнидан ташқари сохаларни қоплайди (65расм):

а) параметрийнинг бир ёки икки томонлама зарарланиши, чаноқ деворларига ўтмаган (параметрал рак)

б) инфильтрация қиннинг 2/3 қисмида (қиндаги тури)

в) ўсманинг бачадон танасига ўтиши (бачадон тури)

III босқич — а) ўсма инфильтрати бир ёки иккала параметрийни зарарлантириши, инфильтратнинг кичик чаноқ деворларига ҳам ўтиши (66-расм).

б) ўсма қиннинг пастки қисмларига тарқалади

в) чаноқ ва чов лимфа тугунларига чегараланган метастаз беради.

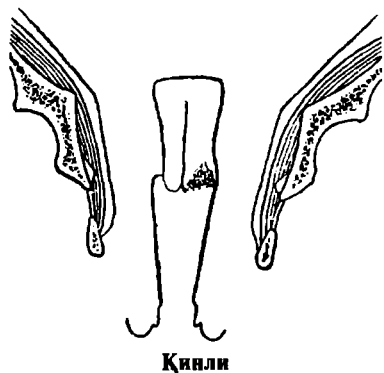
IV босқич - ўсманинг қовуққа, тўғри ичакка, бошқа аъзоларга метастаз бериши (67-расм).

**Ташхиси:** анализ ва текширишларга асосланиб қўйилади.

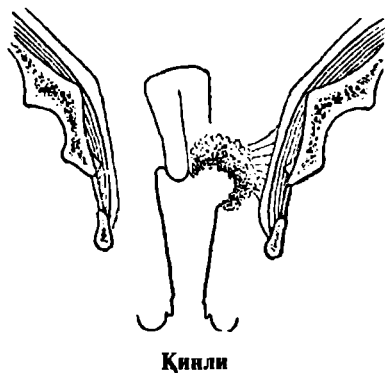
Гинекологга мурожат қилган ҳар бир бемор қин кўзгулари билан текширилиши зарур. Дастлабки босқичларида бачадон бўйни эрозиясига ва қаттиқлашишига эътибор берилади, кейинчалик бачадон бўйнининг гулқарамга ўхшаб ўсганлиги аниқланади (экзофит шакли). Цервикал канал ракида бачадон бўйни бочкасимон шаклда ва консистенцияси қаттиқ бўлади (эндофит шакли). Қаттиқлик, тузилма эластиклигининг йўқолиши, ғоваксимон ва текканда қонаши бачадон бўйни ракига хос.

Қин кўзгулари орқали бачадон бўйнига қаралганда эндо- ва экзофит шакли ракка хос ўзгаришлар аниқланади. Жараённинг тарқалиш даражасини аниқлаш учун параметрий ва думғаза- бачадон бойламларини пайпаслаб кўриш керак.

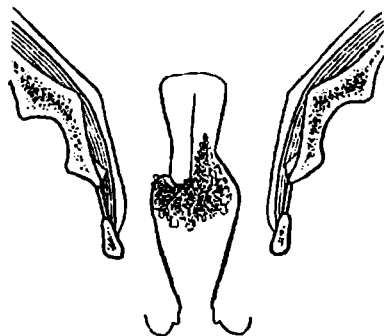
Ташхисни тасдиқлаш учун қуйидаги усулларни қўллаш зарур.



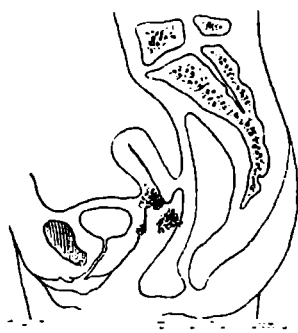
Қинли



Қинли



«Гул карам» ли.



Бачадон ва қинли.

65 – Расм. Бачадон бўйни ракиннинг II босқич хиллари.

Шиллер синамаси – пахтали тампон билан бачадон бўйни люголь эритмаси билан артилади. Ўзгармаган шиллик қават йоднинг гликоген билан бирикиши натижасида тўқ жигаррангга бўялади. Патологик ўзгарган соҳалар (псевдоэрозия, лейкоплакия, гиперкератоз) рақ ҳужайралари люголь эритмаси билан бўялмайди ва чегараланган оқ доғ кўринади, холос.

Қин суртмасини гистологик текшириш

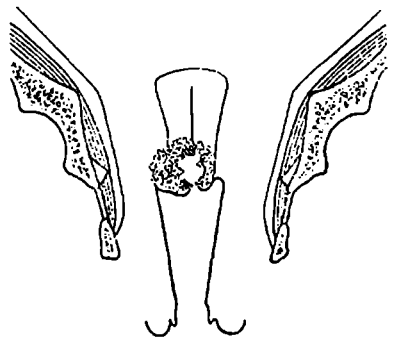
Қин орқа гумбазии аспирацияси - тўмтоқ шпатель билан бачадон бўйни юзасидан қирма олиниб суртма тайёрланади. Босма суртма (буюм ойначаси бачадон бўйнига теккизиб олинади) қилиш ҳам мумкин, ҳужайра ва ядро полиморфизми, митознинг кўп миқдорда бўлиши, ядроларнинг бир текис бўлмаслиги (атипик ҳужайралар) рақнинг белгиси ҳисобланади.

**Даволаш:** 1-нчи босқичда - операция усули.

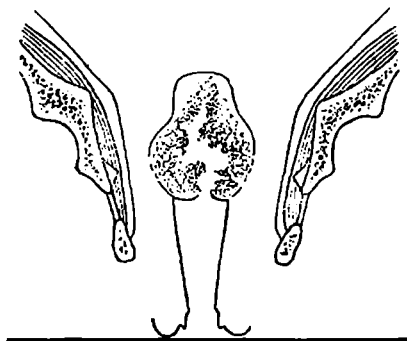
2-3 босқичда - комплекс нур ва кимётерапия.

4- босқичда – симптоматик даволаш.

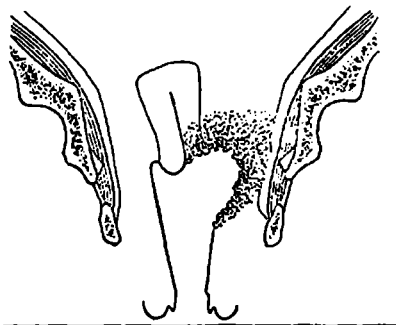
**Профилактикаси.** Бачадон бўйни рақ олди ва фон касалликларини эрта диагностика қилиш ва даволаш.



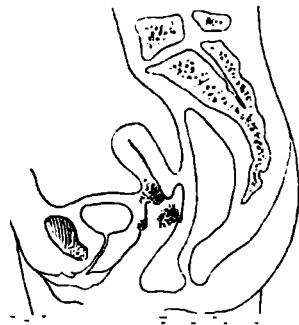
**Параметрал**



**Бачадонли**

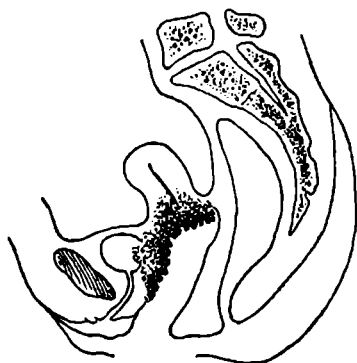


**Қинли**

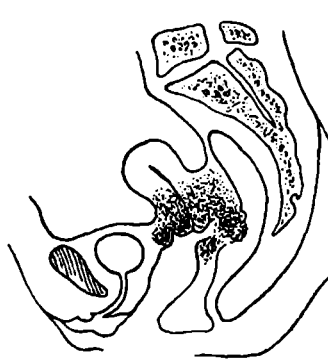


**Аралаш**

**66 – Расм. Бачадон бўйни ракининг III босқич хиллари.**



**Сийдик пуфақли**



**Ректал**

**67 – Расм. Бачадон бўйни ракининг IV Босқич хиллари.**

## Бачадон танасининг фон ва рак олди касалликлари

Эндо метрийнинг патологик ҳолатлари фон жараёнлари (эндо метрий полиплари, безли гиперплазия) ва рак олди касалликлари (атипик гиперплазия) деб фарқланади.

Эндо метрий рак олди касаллиги ҳужайра элементлари атипияси, уларнинг полиморфизми билан ифодаланади. Эндо метрийнинг рак олди ўзгаришлари қуйидаги термин билан таърифланади: «атипик безли гиперплазия», «аденоматоз», аденоматоз гиперплазия, «преинвазив рак».

Рак олди гиперпластик жараёнлари 10% беморларда эндо метрий ракига ўтиши (турли муаллифлар бўйича 2% дан 50%гача), баъзан узоқ вақт персистенцияси, баъзан эса сўрилиб кетиши мумкин.

Г.М. Савельева ва В.Н. Серов (1980) эндо метрийнинг рак олди клиник-морфологик таснифини тавсия этишган, унга қуйидагилар киради:

ҳар қандай ёшдаги аденоматоз ва аденоматоз полиплар.

ҳар қандай ёшдаги гипоталамус ва нейроэндокрин бузилишлари билан эндо метрийнинг безли гиперплазияси.

асосан менопауза ва кейинги даврлардаги такрорланувчи эндо метрийнинг безли гиперплазияси.

Эндо метрийни қириб тозалагандан сўнг такрорландиган безли гиперплазия ва гормонотерапияга сезгир бўлган гиперпластик жараёнлар ҳам эндо метрийнинг раколди касаллиги бўлиб ҳисобланади.

Гиперпластик жараёнлар малигнизацияси хавфи метаболик бузилишлар бўлган семириш, углевод ва липид алмашинуви бузилишлари, гепатобилиар тизим ва меъда-ичак йўли фаолияти бузилишларига олиб боради.

**Этиологияси:** Гиперэстрогенемия, семириш, гипергликемия.

**Клиникаси:** Эндо метрий рак олди касаллиги бўлган беморлар кўп ҳолларда ҳеч нимадан шикоят қилмайдилар. Кўпинча касаллик бачадон бўйни полипи, миома ва бошқа патологиялар туфайли диагностик қириш вақтида аниқланади.

Турли шаклдаги гиперпластик жараёнларнинг симптомлари нисбатан бир хил бўлади.

Асосан жинсий йўллардан қонли ажралмалар келишидан шикоят қилинади.

**Диагностикаси:**

1. Анамнез:
2. Бирламчи кўздан кечириш.
3. Аспирацион биопсия.
4. Гистероскопия, гистерография.

**Даволаш:** Я.В. Бохман (1989) беморнинг ёшини, ҳайз фаолиятини ва эндо метрий ҳолатини аниқлаган ҳолда даволаш услубини ишлаб чиққан.

Репродуктив ёшдаги беморларда эндо метрийнинг такрорланувчи безли гиперплазияси ва полипларида даволаш қон кетишини тўхтатиш ва ҳайз циклини шакллантиришга қаратилган. Қон кетишини тўхтатиш учун циклик тартибда эстрогенлар ва прогестагенлар комбинацияси 6-8 цикл давомида берилади. Аввалига диэтильстильбэстрол 10 мг (2мл 0,5% эритма) ва оксипрогестерон капронат (ОПК) – 250 мл битта шприцда бир марта мушак орасига юборилади. Сўнгра стероид ҳомиладорликдан сақловчи стероид воситалар: нон-овлон, овидон, регивидон 6-4 таблеткадан кунига

2-3 марта қўлланилади. Қон тўхтагандан сўнг уларнинг миқдори суткасига 1 таблеткагача камайтирилиб, даволаш 21 кун давом эттирилади.

Қон тўхтатиш учун эстрогенларни қўллашга монелик бўлганда ОПК ни 250 мгдан 3-8кун давомида ҳар куни мушак орасига юбориш мумкин.

Эстроген ва прогестеронлар тайинлаш йўли билан ҳайз циклини тўғри шакллантиришга эришиш мумкин. Циклнинг 2 кунидан 12 – 14 кун давомида диэтилстильбэстрол 0,5 мгдан кунига 2 маҳал 14 - 16кун ОПК 250 мг дан. Эстрогенларни қўллашга монелик бўлганда фақат ОПК ни 250 мгдан циклнинг 14-16 кунлари м/о га юбориш мумкин.

Климактерик ва эрта постменопауза ёшидаги аёлларда эндометрий полиплари ва безли кистоз гиперплазиясида гормонал терапия ОПКни 500 мгдан 1 ҳафта давомида 2 марта м/о га қон тўхтагунча юбориш, сўнгга 3 ой давомида 250 мг дан 1 ҳафтада 1 марта қўллаш самара бериши мумкин.

Бундай беморларга андрогенлар бериш мумкин - сустанон 250 мг дан 1 ойда бир марта ёки тестостерон пропионатни 50 мгдан қон кетиши тўхтагунча 1 ҳафтада 2 марта.

Полипларни олиб ташлаш йўли билан даволашнинг самарадорлигига эришиш мумкин.

Ёш беморларда эндометрийнинг атипик гиперплазиясини даволашда ОПК ёки депо - проверани қўллаш тўғри бўлади. ОПК-1 2ойда 500 мг дан м/о га 1 ҳафтада 3 марта, 3 ва 4 ойда – 500 мгдан 1 ҳафтада 2 марта, 5 ва 6 ойда эса 500 мг дан 1 ҳафтада бир марта. Депо–провера 500 мгдан 6 ой давомида ҳар 7-10 кунда 1 марта қилинади.

Гормонал даволаш тўлиқ дастури тугагандан сўнг аспирацион биопсия, гистероскопия, бачадон бўшлиғини тотал қириш сўнг гистологик текширишга кўрсатма бўлади.

### **Бачадон танаси раки**

Бачадон танаси раки 50-60 ёшдаги аёлларда кўпроқ учрайди. Кўпинча организмда гормонал ўзгаришлар натижасида ривожланади. Эндометрий раки кўпинча қуйидаги касалликлар билан бирга учрайди: бачадон фибромиомаси, тухумдоннинг феминизацияловчи ўсмаси, бачадон танаси шиллиқ қавати гиперплазияси, қандли диабет, семизлик, жигар фаолияти бузилиши.

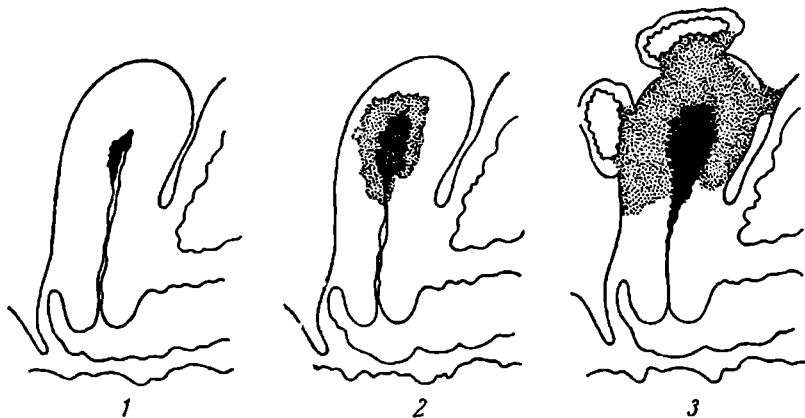
Рак эндометрийнинг юзаси, цилиндрсимон эпителийси, бачадон шиллиқ қавати безлари цилиндрик эпителийси ёки эмбрионал гетероген эпителийдан ривожланиши мумкин. Камроқ ҳолларда бачадон бурчаклари ва четлари зарарланади. Касаллик бошланаётганда ўсма тугунсимон, папилляр ёки полипоз кўринишда бўлади.

Бачадон ичи қириб тозаланади кўп миқдорда ушоқсимон қиринди олинади.

Гистологик жиҳатдан фарқланиши:

1. Хавфли аденома.
2. Аденокарцинома.
3. Шиллиқ қават раки.
4. Ракнинг солид формаси.
5. Эпидермал рак.

Тарқалиш босқичлари (68-расм)



68— Расм. Бачадон танаси ракиннинг босқичлари.

1 - I - чи, 2 - II - чи, 3 - III - чи.

1-босқич - ўсма бачадон эндометрийси билан чегараланган.

2-босқич - а) бачадон танаси раки миометрийни инфильтрацияси билан.

б) бир ёки икки томонлама параметрий инфильтрацияси, кичик чаноқ деворлари зарарланмаган.

в) бачадон танаси ракиннинг бачадон бўйнига ўтиши билан.

3-босқичи - а) бачадон танаси раки параметрий инфильтрацияси билан, кичик чаноқ деворлари зарарланиши билан.

б) бачадон танаси раки регионар лимфа тугунларига, бачадон ортиқларига, қинга метастаз бериши билан.

в) бачадон танаси раки қорин бўшлиғига ўтиши билан.

4- босқич а) бачадон танаси раки қорин бўшлиғига, қовуққа, тўғри ичакка ўтиши билан.

б) бачадон танаси раки узоқдаги аъзоларга метастаз бериши билан.

**Клиникаси:** бошқа жинсий аъзолар ракига нисбатан бачадон танаси раки энгилроқ кечади. Узоқ муддат бемор ахvoli қониқарли бўлади. Лекин аёл ҳолсизланиб тез чарчайди. Инфекция қўшилиши ёки бачадон бўшлиғидаги ажралмалар натижасида тана ҳарорати кўталиши, лейкоцитоз, ЭЧТ ошади. Бачадон танаси раки ва тарқалиш жараёнини диагностика қилиш мақсадида қўшимча усуллар қўлланилади. Эндометрий аспирацияси, цитологияси, қирмаси, гистологик текширув, бачадонни УЗТ, гистероскопия, КТ, ЯМР, цитоскопия, ректоманоскопия, экскретор урография қилиш ҳам мумкин. Эндометрий ракиннинг бошқа асосий белгиларидан қонли ажралмалар «гўшт ювиндиси» кўринишида постменструал даврда ёки ёшликда ациклик қон кетишини кўрсатиб ўтиш мумкин.

Оғриқ касаллиқнинг кечки симптоми ҳисобланади. Ўсма жараёнининг ривожланиши билан оғриқ доимий тус олади. Оғриқ, патологик жараён бачадон сероз қаватини, қўшни аъзоларни ёки нерв тугунларини эзиши билан ҳамда параметрийнинг ракли инфильтратига боғлиқ.

**Даволаш комплекси:** операция, кейинчалик нурлаш билан ва нур терапияси. Комбинацияланган даво-пангистерозэктомия, рентгенотерапия ёки телегамматерапия билан. Комбинацияланган терапия асосан бачадон 1-босқичи ўсмаси ва 2-босқичнинг бачадон танаси ракига кўрсатма бўлиб



ҳисобланади. 2-босқич (бачадон туридан ташқари) ва 3-босқичдаги рақда комплекс нур терапия ўтказилади. 4-босқичда даво асосан симптоматик тус олади.

Гормонотерапия – комплекс ёки комбинацияланган усул билан қўшимча олиб борилади.

Кенг қўлланиладиган дорилардан: метилтестостерон, тестостерон пропионат, оксипрогестерон, нористрат, депо-провера, цисплатин-ТЕВА, доксорубицин - ТЕВА, винкристин, гексален.

**Профилактикаси:** эндометрий яллиғлигини, ҳар хил гормонал бузилишларни ўз вақтида даволаш, профилактика ишларини ўз вақтида умумий амалиёт шифокорлари томонидан нафақат аёллар, балки эркаклар орасида ҳам тушунтиришни олиб бориш, аёллар орасида ҳар 6 ойда мунтазам гинекологик текширувларни ўтказиш ҳисобланади.

### *АМАЛИЙ КУНИКМАЛАР.*

Клиник ва лаборатор текшириш усуллари, касаллик тарихи, умумий текшириш, гинекологик кўзгулар ёрдамида кўриш, қин ва тўғри ичакдан кўриш, Люголь билан текшириш, қин суртмасининг цитологияси, кольпоскопия, биопсия, бачадон цервикал буғиз ва танасидан қирма олиш кераклигини, УТТ ўтказишни билиш керак.

Даво усуллари - эрозия даволаш, жаррохлик, нур, гормонал ва кимъе препаратларни ўз урнида фойдаланишни билиш керак.

### **Люгол эритмасида синама.**

Мақсад: бачадон бўйни эпителийсидаги патологик ўзгаришларни аниқлаш, ҳамда биопсия қилиш учун жой танлаш.

Кўрсатма: бачадон бўйни рақ олди ва рақ касалликлари (полиплар, эрозиялар)

Таъминланиши: қин кўзгулари, пинцет, пахта, Люгол эритмаси.

Кўзгулар:

1. Аёл гинекологик креслода оёғини тизза ва чаноқ - сон бўғимларида букилган ҳолатда ётади.
2. Бачадон бўйни кўзгуларда очилади.
3. Бачадон бўйни шиллиқдан тозаланади.
4. Бачадон бўйни юзасига Люгол эритмасига быктирилган тампон қўйилади.
5. Бир дақиқа ўтгач тампон олиб ташланиб, тўқималар ранги баҳоланади.
6. Етарлича гликоген сақловчи ўзгармаган эпителий бир текисда тўқ - жигар рангга бўялади - йод позитив участка.
7. Патологик участкалар тўқ жигар рангга бўялган фонда оч доғли ёки умуман бўялмаган – йоднегатив участкалар аниқланади.
8. Йоднегатив участкалар рақ касалига, шубҳа қилиниб биопсия қилинади ва гистологик текширувдан ўтказилади.
9. Мазкур текширув биринчи марта муружат қилган ва айниқса бачадон бўйни эрозияси мавжуд барча аёлларда ўтказилади.

### **Масала.**

1. 48 ёшли аёлда профилактика кўригидан ўтказилганда бачадон бўйнидан олинган суртма текширилганда атипик ҳужайралар борлиги аниқланган. Ташхис нима? Шифокор режаси қандай?

2. 52 ёшдаги аёл қорин пастида эзувчан доимий оғриқлардан шикоят қилиб келган. ҳайз кўриши 13 ёшдан, мунтазам ҳар 21 кунда 7 кундан. 10 йил мобайнида сурункали гепатохолецистит касалига чалинган. Кейинги 15 йил ичида тана вазнининг анча ошганини сизди. Сўнгги икки йил ичида ҳайз кўриши 1,5-2 ой ичида 10 кундан, жуда кўп келади, баъзида ҳайз кўриш орасида қон аралаш суртма келади.

Кўзгуларда ва қин орқали кўрилганда бачадон бўйни цилиндрсимон шаклда, ташқи оғзи тирқишсимон, бачадон танаси жуда эич, ташқи қавати нотекис, катталиги 8 ҳафталик ҳомиладорликка тенг, антеверзио антефлексио ҳолатида турибди. Бачадон ортиқлари ўзгаришсиз, чаноқ деворлари бўш, оқмалар қон аралаш, оз миқдорда.

Ташхиси. Шифокор режаси.

### *ЎРГАТУВЧИ ТЕСТЛАР.*

1. Бачадон бўйни ракини аниқлаш усуллари айтинг.
  1. кўзгуларда кўриш
  2. кольпоскопия
  3. қиндан атипик ҳужайраларга суртма олиш
  4. цитологияга суртма олиш
  5. Шиллер йод синамаси
  6. бачадон буйни юзаларини зондда текшириш
  7. шубҳали жойни биопсия қилиш
  8. цервикал каналдан олинган қирмани гистологик текшириш
2. Бачадон бўйни ракига хос симптомларни айтинг.
  1. сувсимон ажралма
  2. контактли қон кетиш
  3. доимий кучаювчи оғриқлар
  4. сийдик йўллари, тўғри ичаклар билан оқмалар ҳосил бўлиши
3. Контактли қон кетиш қачон пайдо бўлади?
  1. жинсий алоқа пайтида
  2. қин чайилганда, ванна қилганда
  3. асбоб, тампон теккизилганда
  4. йўталганда, кучанганда
4. Бачадон бўйни ракиннинг 4 та даражасини айтинг.
  1. I - бачадон бўйни соҳасида
  2. II- қушни аъзолар 1/3 қисмини эгаллаган (қин, бачадон, параметрий)
  3. III қушни аъзолар 1/2 қисмини эгаллаган (қин, бачадон, параметрий)
  4. IV қовуқ ва тўғри ичакка ўсиб кириши
5. Бачадон бўйни ракини даволаш усуллари
  1. жарроҳлик
  2. нур билан

3. кимёвий даволош
  4. аралаш даволаш
6. Бачадон бўйни фон касалликларини айтинг.
    1. папилляр эрозия
    2. фолликуляр эрозия
    3. полипляр
    4. эриртоплакия
    5. лейкоплакия
    6. бачадон бўйни йиртиқлари
  7. Бачадон раки ривожланиши бўйича юқори хавф гуруҳига кирувчи аёлларни айтинг.
    1. туғмаган
    2. бепушт
    3. тухумдон склерокистози
    4. семизлик
    5. БДҚК тез-тез қайталаши
    6. гиперэстрогенемия, гипергликемия
  8. Бачадон бўйни раки ривожланиши бўйича юқори хавф гуруҳига кирувчи аёлларни айтинг.
    1. туққан ва ҳомиласи тушган аёллар
    2. гениталий аъзоларининг тез-тез яллигланиши, сурункали жараёнга ўтиши
    3. тез битмайдиган бачадон бўйни эрозияси
    4. маҳалий кимёвий контрацептивларнинг узоқ муддат қўлланиши
    5. ирсий
    6. вирусли инфекция
    7. гиперэстрогенемия
  9. Бачадон бўйни раки ўсишининг 2 хилини айтинг
    1. экзофит
    2. эндофит
  10. Бачадон бўйни раки тарқалишининг 3та вариантини айтинг.
    1. қин орқали
    2. бачадон
    3. параметрал
  11. Бачадон танаси фон касалликларини айтинг.
    1. эндометрий полипоз
    2. климактерий ва менопауза пайтида БДҚК қайталаши
    3. эндометрий безли гиперплазияси
  12. Бачадон бўйни раки профилактикасини айтинг.
    1. аҳоли орасида тушунтириш ишларини олиб бориш.
    2. бачадон бўйнини ҳар 6 ойда 1 марта кўзгуда кўриш

3. бачадон бўйни йиртиқларини тикиш
  4. эрозия, полип, эритро - ва лейкоплакияларни радикал даволаш
  5. турли хил контрацептив воситаларни қўллаш
13. Бачадон бўйни ракиннинг қўшимча диагностика усулларини кўрсатинг.
    1. Бачадон бўйнининг қин қисмидан босмали суртма олиш ва цитологик текшириш
    2. кольпоскопия
    3. биопсия
  14. Бачадон танаси ракида қайси текширув усуллари қўлланилади?
    1. қин орқали текширув
    2. УТГ
    3. гистерсальпингография
    4. гистероскопия
    5. бачадон шиллиқ қаватини қириш
  15. Куйидаги ҳолларнинг қайбирида бачадон танаси ракин аниқлаш мумкин?
    1. бачадондан ҳайз тухтаган вақтида қон кетиш
    2. «гушли ювинди» га ўхшаш ажралма
    3. катта ёшда менопауза даврида суркалувчан қонли ажралмалар
  16. Қандай ҳолатда бачадон ракига шубҳа қилиш мумкин?
    1. менопауза давридаги эндометрий полипоз
    2. менопауза даврида қон кетиш
    3. репродуктив ёки климактерий даврида ациклик қон кетиши

### *НАЗОРАТ УЧУН САВОЛЛАР.*

1. Бачадон бўйни ва танаси рак олди касаллигининг учраши қандай?
2. Бачадон бўйни ва танасининг рак олди касалликларини келтириб чиқарувчи сабаблар?
3. Бачадон бўйни ва танасининг рак олди касалликларининг таснифи?
4. Бачадон бўйни ва танасининг рак олди касалликларининг клиник белгилари?
5. Бачадон бўйни ва танасининг рак олди касалликларини аниқлаш усуллари ва ташхислаш?
6. Бачадон бўйни ва танаси ракиннинг таснифи қандай?
7. Бачадон бўйни ва танаси ракиннинг белгилари қандай?
8. Бачадон бўйни ва танаси ракин аниқлаш усуллари ва ташхислаш?
9. Бачадон бўйни ва танаси ракин даволаш принциплари?

## ЖИНСИЙ АЪЗОЛАРДАГИ НУҚСОНЛАР

**Мақсад:** жинсий аъзолардаги нуқсонларнинг этиологияси, патогенези, диагностикаси ва даволаш усулларини ўрганиш.

### **Вазифалар:**

1. Жинсий аъзолардаги нуқсонларнинг этиологияси ва патогенези;
2. Жинсий аъзолардаги нуқсонларнинг клиникаси, диагностикаси, даволаш усуллари;
3. Бачадон найлари ва қиннинг нуқсонлари клиникаси, диагностикаси ва даволаш усуллари;
4. Қизлик пардаси нуқсонлари этиологияси ва патогенези;
5. Қизлик пардаси нуқсонлари клиникаси, диагностикаси ва даволаш усуллари;

Тухумдоннинг бутунлай бўлмаслиги камдан-кам учрайдиган ҳолидир. Бундай нуқсонлар фақат яшашга қобилиятсиз бўлган болаларда учрайди. В. И. Бодяжина ва бошқаларнинг кўрсатишларича, илмий адабиётларда фақат битта аёлда тухумдон бўлмаганлиги тўғрисида ёзилган экан. Тухумдони бўлмаган аёлларнинг бўйи паст ёки аксинча, баланд. Жинсий аъзолари яхши тараққий қилмаган, баъзан уларнинг тараққиёти бутунлай тўхтаб қолган бўлади.

Мабодо бачадон бир шоҳли бўлса, унда тухумдон ҳам бир шоҳли бўлиши мумкин. Аммо кўпинча шу ҳолларда ҳам тухумдон иккита бўлади. Тухумдонларнинг анатомик ва физиологик жиҳатдан ривожланмаганлиги кўп ҳолларда бошқа аъзо ва тизимлар аномалияси билан биргаликда учрайди.

Қўшимча тухумдон камдан-кам ҳолларда учрайди, учинчиси деярли рудимент, асосий тухумдоннинг четига ёпишган ҳолда бўлади. Бу қўшимча тухумдоннинг функционал жиҳатдан аҳамияти йўқ.

### **Бачадон, унинг қўшимчалари (найчалар) ва қиннинг нуқсонлари**

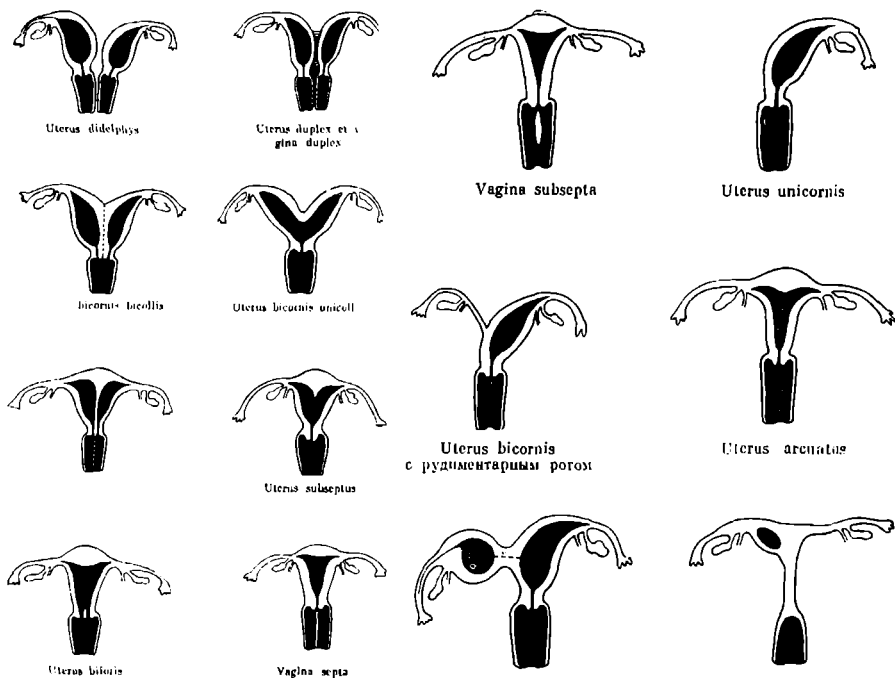
Баъзи ҳолларда бачадон ва унинг найчаларининг яхши тараққий қилмаган ҳоллари ҳам учраб туради. Бачадон бўлгани ҳолда, найчаларнинг бўлмаслиги ёки улар рудимент ҳолда бўлиши мумкин. Баъзи ҳолларда қўшимча найчалар ёки найчаларда қўшимча тешиклар ҳам бўлади. Бу қўшимча найча асосий найча бўшлиғига очилиб, унинг шокилалари бўлади.

Қиз болаларнинг жинсий аъзоларидаги оғир нуқсонлардан бири — бачадоннинг бўлмаслигидир. Кўпинча бачадон бўлмаса, қин ҳам бўлмаслиги мумкин. Бундай қизлар тўғри ичак орқали текширилганида, тасмага ўхшаш япалоқ танача қўлга илинади. Бу бачадон ва қиннинг рудимент кўринишидир. Қиннинг бўлмаслик ҳоллари кўп учрайди. Бу нуқсон асосан ҳомила она қорнида бўлганида, Мюллер йўллари (бачадон, қин ва бачадон қўшимчалари шу Мюллер йўллардан вужудга келади) пастки қисмининг яхши тараққий этмай қолганлиги натижасида рўй беради. Кўпинча ана шу ички жинсий аъзолар рудимент ҳолда бўлганлигидан қиз боланинг бутун организми ҳам ривожланишдан орқада қолиши мумкин. Бу оғир патологик ҳолат бўлиб, буни эртароқ аниқлаш болалар врачлари, она ва тарбиячиларнинг муҳим вазифаларидан ҳисобланади. Акс ҳолда қиз бола

буни кейинроқ, яъни балоғатга етганида билиб қолса, унинг руҳиятига оғир таъсир қилади. Қиннинг бўлмаслиги ҳам оғир нуқсонлардан бўлиб, бунда қиз болада менархе бўлмайди, балоғатга етган бўлса ҳам аменорея кузатилади. Агар сохта аменорея бўлса, ҳайз даврида ажратиладиган қон ташқарига чиқолмай, бачадон ва унинг найчаларида тўпланади, хатто қорин бўшлиғига ҳам оқиб ўтиши мумкин. Бу нуқсонларда қиз бола ҳайз кўрганида кучаяётган оғриқдан шикоят қилади. Бундай ҳолларда жарроҳлик йўли билан сунъий қин ҳосил қилинади. Мабодо бачадон билан бирга қин ҳам бўлмаса, бундай ҳолларда сийдик қопи билан тўғри ичак оралиғи кенгайтирилиб, жинсий алоқа учун каналча ясалади. Юқорида қайд этиб ўтилган операция турлари бола балоғатга етгач, фақат ўзи ёки яқинларининг илтимоси ва розилиғи билангина қилинади. Яллиғланиш натижасида баъзан қин деворлари бир-бирига ёпишиб қолади. Бу ҳам жарроҳлик йўли билан тuzатилади, яъни чандиқлар қирқилади, ёхуд аъзо зонд ёрдамида кенгайтирилади.

### Қин ва бачадоннинг иккига ажралган ҳолати

Бу асосан Мюллер ипларининг бир-бири билан қўшилмаганлигидан вужудга келади. Агар ҳар иккала томондаги Мюллер иплари бир-бирига яқинлашиб қўшилса, унда битта бачадон ва битта қин вужудга келади. Баъзи ҳолларда бачадон иккига ажралиб ривожланса, уларда бўшлиқ бўлмаслиги ҳам мумкин. Баъзан бачадон бўшлиғи қисман сақланган бўлади. Бундай ҳол қинда ҳам учрайди, бу ҳар икки томондан ёки фақат бир томондан кўриниши мумкин (69-70расм).



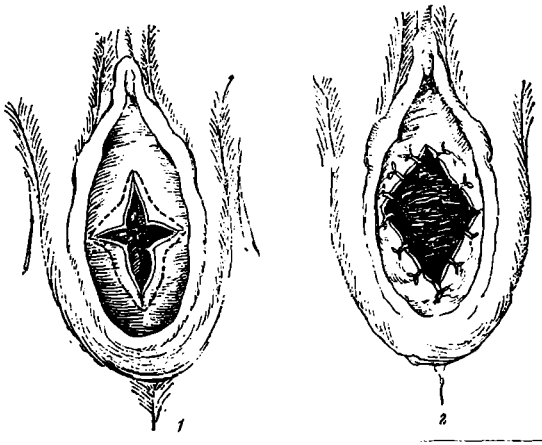
69-70 - Расм. Ички жинсий аъзолари нуёсонларининг турлари

Қин ва бачадон бўшлиқлари бўлмаслиги, баъзан бачадон ва қин бутунлай бўлмаслиги ёки қисман бўлиши мумкин. Яна шундай ҳоллар ҳам учрайдики, бачадон ва қин гўё нормал кўринишига қарамай (битта бачадон ва битта қин), уларнинг ички томони ўртасидан тўсиқ билан тўсилган бўлиб, шу тўсиқ туфайли қин ва бачадон ичи иккига бўлинган бўлади. Кўпинча бачадон ва қин иккига бўлингани ҳолда, уларнинг ҳар иккаласи ҳам нормал тараққий қилиб, фаолияти жиҳатидан ҳам деярли нормал бўлиши мумкин. Аммо бундай бачадонларнинг ҳар бирида биттадан қўшимча бўлиб тухумдон ҳам битта бўлади. Бачадон бўйни ҳамда қин иккитадан ва улар мустақил бўлади. Баъзан битта бачадон ва қин тўлик сифатли бўлиши ёки иккинчиси ҳам яхши ёки ҳар иккаласи ҳам тараққий қилмай қолган бўлиши ҳам мумкин. Кўп ҳолларда бачадон ва қин қўшалок бўлиб ҳар иккала бир-бирига яқин жойлашган, баъзан фақат пастки қисмлари бир-бирига яқин бўлади. Қўшалок қиннинг биттаси очиқ, иккинчиси битган бўлса, биринчи ва иккинчи ҳайзлардан ажралган қон ана шу қинга тўпланиб қолади. Агар бачадон бўйни берк бўлса, унда қон бачадонга тўпланади, шу йўсинда бачадонда қўшимча шох ҳам бўлиши мумкин ва қиз бола ҳайз кўрганида (агар шу шох бўшлиғи бачадон бўшлиғига қўшилмаган, берк бўлса) ажралган қон шу бачадонга тўплана бориб, бунда ҳам гематометра юз беради. Бу оғир клиник ҳолат бўлиб, бемор операция қилиниб, шу бачадон шохи олиб ташланади. Мабодо қинга ёки шу бачадонга қуйилган қонга инфекция тушса, унда оғир инфекцион жараён юз беради. Аёлларда ана шу қўшимча ҳомиладорлик вужудга келса, бу бачадондан ташқарида рўй берган ҳомиладорлик деб аталиб, оғир оқибатларга, яъни бачадон йиртилиши, кучли қон кетиб, аёлнинг ўлимига сабаб бўлиши мумкин.

Баъзан қўш бачадон, қўш бўйин бўлиб, қин ярмидан бошлаб фақат тўсиқ билан ажралган бўлади. Бачадон икки шохли, битта бўйинли ва битта қинли бўлиши ҳам мумкин. Ёки бачадон эгарсимон ва баъзида тўсиқли бўлади, гоҳо эса қисман тўсиқли бўлади. Кўпинча битта шохли бачадон бўлади. Сийдик ва жинсий тўсиқнинг нуқсони бўлиб, шу сабабли ташқи чиқарув йўли қинга кириш йўлига, қизлик пардасидан пастроққа очилади. *Anus vaginalis* да эса, тўғри ичак тешиги қинга қараб очилади. Бу хилдаги нуқсонларда тўғри ичак тешигининг қисадиган ҳалқаси яхши тараққий қилганлиги сабабли, ахлат оқиб турмайди, аммо ич келганида ахлат шу ичак тешиги очилган жойдан чиқади. Шу сабабли, болалар ёшликда шикоят қилмасликлари мумкин. Бемор жинсий тараққиёт даврида ва жинсий ҳаёт бошлагандагина бундан шикоят қилади. Туғруқ жараёнида тўғри ичак ҳатто йиртилиб кетиши ҳам мумкин. Бунинг давоси – тўғри ичак чиқарув тешигини жарроҳлик йўли билан асли жойига ўтказишдан иборат.

### **Қизлик пардасидаги нуқсонлар**

Қизлик пардаси ҳар хил шаклда бўлишидан ташқари, баъзан қалинроқ ва ҳалқасимон бўлиши ҳам мумкин. Айниқса, қалин бўлса жинсий яқинлик қилишда кўпгина кўнгилсизликларга сабаб бўлиши мумкин. Ҳалқасимон бўлса, жинсий алоқа вақтида йиртилмаслик ҳолати ҳам учрайди. Гоҳида қизлик пардаси берк (атрезия) бўлиб, буни ҳам кечикиб аниқлаш ҳоллари учрайди. Киз бола балоғатга ета бошлагач, ҳайз бўлмаётгани, ой сайин қорин пасти, думғаза, бел соҳаларида оғриқ кўпайиб бориб, у бор-



71 – Расм. Қизлик парда атрзиясида хирургик даволаш усули.

ган сайин кучаяётганлигидан шикоят қилади. Оғриқнинг борган сари кучая боришига сабаб – бачадондан ажралган қон қизлик пардаси берк бўлганлиги учун, қинга, қин тўлгач, бачадонга ва найчаларга оқиб келиб, уларни тўлдиреди, баъзан қорин бушлиғига ҳам оқиб келиб, қорин пардасини қитиклайди. Бундай пайтда қиз болага тез ёрдам кўрсатиш зарур бўлади. Ёрдам кўрсатилмаган тақдирда қорин пастигаги оғриқ бора-бора кучая бошлайди. Қорин девори орқали пайпаслаб кўрилганида кичик чанок ичи ва баъзан ундан юқорига томон кўтарилган, колбасага ўхшаш қаттиқ эластик шиш сезилади. Тўғри ичак орқали текширилганда ҳам шу ҳол сезилади. Қин, бачадон ва найчалар бўшлиғига йиғилган қон инфекциянинг авж олиши учун жуда қулай манба ҳисобланади. Йиғилган пироген моддаларининг шимилишига кўра, қиз болада гипертермия ҳолати юз беради. Унинг тана ҳарорати 37.2 – 37.8 о С гача кўтарилади. Мабодо қиз бола организмда қаршилик кўрсатиш кучи суст бўлиб, инфекциянинг вирулентлиги кучли бўлса, тана ҳарорати янада кўтарилиши мумкин. Бу аъзоларда яллиғланиш бошланганлигини кўрсатади. Қиз бола врач ёрдамига ниҳоятда муҳтож бўлади. Беморга ташҳис қўйишда қорин ва тўғри ичак орқали текширишдан ташқари, УЗД, лапароскопия, цистоскопия, ректороманоскопия усулларидан фойдаланилади. Даволашда асосан жаррохлик усулидан фойдаланилади (71-расм).

Бунда асосан қизлик пардаси қўшув аломати каби кесилади, йиғилган қон, сероз ва йиринг олиниб яллиғланиш жараёни юз берган бўлса, яллиғланишга қарши муолажа қилиш керак бўлади. Операция қилинганлиги тўғрисида қизнинг онаси ёки ўзига ҳужжат берилиши шарт. Чунки Марказий Осиё халқларининг урф- одатларига кўра, қизлик пардаси қиз боланинг ифбатли эканлигидан далолат беради.

### Сохта гермафродитизм

Бунда жинсий безларнинг фаолиятига қараб аниқланади. Чин гермафродитизмда эркаклик уруғига хос фаолиятли элементлар ва уруғ халтаси бўлади. Мабодо эркаклик уруғи топилмаса, у, чин гермафродитизм бўлмайди, деб талқин қиладилар.



Сохта гермафродитизм шундай бир нуқсонки, унда жинсий аъзолар жинсий безларнинг тузилишига мос келмайди. Бачадон, қин, бачадон қўшимчалари, тухумдонлар бўлишига қарамай, жинсий аъзонинг тузилиши эркак кишининг жинсий аъзосини эслатади. Яна, қиз болаларда ўғил болалар характерига хос соматик ва руҳий ҳолат кузатилиши мумкин. Тўлиқ сохта гермафродитизмда ташқи ва ички гермафродитизм кўринишлари бўлади, аммо бу ҳол жуда кам учрайди. Ташқи гермафродитизмда клиторнинг гипертрофияси худди эркак кишининг олати (penis)ни эслатади, лекин ундан кичикроқ бўлади. Ўрта чизиқда катта жинсий лаблар бирига қўшилиб, эркаклар уруғ халтасини эслатади. Аммо тухумдон, найчалар, бачадон, қин тараққий этган бўлади. Шунга қарамай, Вольф йўли (уруғ чиқадиган йўл) ва простата безининг гомологи парауретрал без бўлади, бу ички псевдогермафродитизм ҳисобланади.

#### Масала

Бемор, 16 ёшда, қиз бола. 3 ой давомида регуляр равишда қорин пастида оғриқ, қовуқнинг тиқилиши, белда оғриқ кузатилган. Анамнездан: ҳайз бўлмаган, ёшлигидан тез-тез шамоллашга мойил, сурункали тонзиллити бор. Кўрикда: тери ва шиллиқ қаватлари оқарган, пульс 80 марта, АҚБ-100\60 мм.сим.уст. Қорин пайпасланганда оғриқли, қорин мушаклари таранглашган. Гинекологик кўрикда: қизлик пардаси битишган, бир оз бўр-тиб, кўкариб турибди.

Ректал кўрикда: бачадон катталашган, таранглашган ва оғриқли. Бачадон найлари соҳаси бир оз оғриқли.

Ультратовуш текширувида: бачадон 90x100x85 мм, бачадон ичида бир хил консистенцияли модда.

Ташҳис. Даволаш чоралари.

#### *АМАЛИЙ КЎНИКМАЛАР.*

1. Қизлик пардаси нуқсонларини аниқлаш.
2. Гинекологик текшириш, кўзгуларда ва бимануал текширишни билиш.
3. Бачадон нуқсонларини рентген ва ультратовуш орқали текшириш натижаларини ўқий билиш.

#### *НАЗОРАТ САВОЛЛАРИ:*

1. Жинсий аъзоларнинг ривожланишини нуқсонларига нималар киради?
2. Этиологик факторлари.
3. Патогенези.
4. Қин ва бачадон иккига ажралган ҳолат қачон вужудга келади?
5. Қизлик пардаси атрезиясининг клиникаси.
6. Сохта гермафродитизмнинг клиникаси.

## БАЧАДОННИНИНГ НОТЎҒРИ ЖОИЛАШИШИ.

**Мақсад:** талабаларни аёллар жинсий аъзоларининг нотўғри жойлашиш сабаблари, таснифи, асосий белгилари, уларни даволаш ва олдини олиш чоралари билан таништириш.

### **Вазифалар:**

бачадоннинг нормал ҳолатдаги типик жойлашувини ўрганиш;  
бачадон ва унинг ортиқлари нормал жойида нима сабабларга кўра сақланиб туради;

аёллар жинсий аъзоларининг аномалияси нима? Уларнинг этиологик сабаблари;

туғруқдан кейинги бачадоннинг нотўғри жойлашиш сабаблари;

қориндаги босимнинг кўтарилиш сабаблари;

I, II ва III даражадаги қин тушиши деганда нимани тушунасиз?

I, II, III ва IV даражадаги бачадон тушиш деганда нимани тушунасиз ?

Цистоцеле деганда нимани тушунасиз ?

бачадон тушишида ортопедик даволаш қачон қўлланилади ?

бачадон нотўғри жойлашганида жарроҳлик йўли билан даволашнинг асосий қоидалари;

аёллар жинсий аъзолари нотўғри жойлашишининг олдини олиш чоралари.

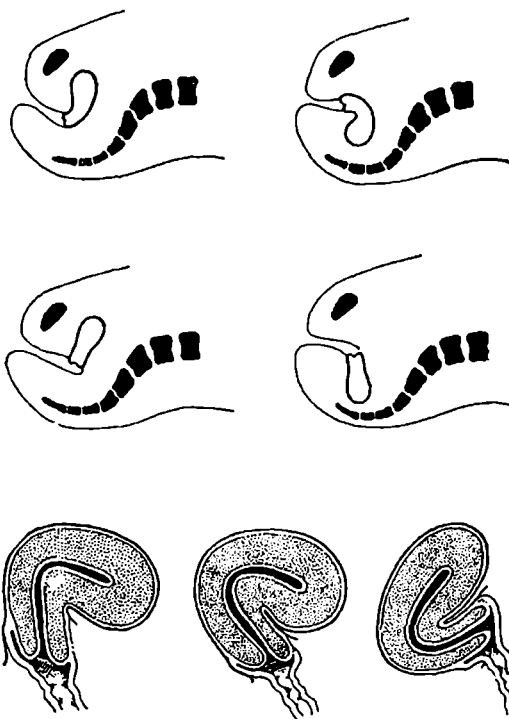
Қорин бўшлиғидаги бирор аъзонинг, жумладан чаноқ вазиятини яққаланган ҳолда кўздан кечириш мумкин эмас. Барча аъзолар бир-бирига бевосита тақалиб ётади, улар бир-бирини суяб турганлиги учун озми-кўпми доимий мувозанатда бўлади, диафрагма, қорин девори ва чаноқ тубининг ўзаро таъсири туфайли қорин бўшлиғида шундай мувозанат вужудга келади. Кичик чаноқнинг бойламлари, бириктирувчи тўқима ва мушаклардан тузилган аппарат борлигидан чаноқ аъзолари чаноқда ўз ўрнини сақлаб туради ва физиологик ёки патологик шароит тақозоси билан қорин бўшлиғида ошган босимга маълум даражада қаршилик кўрсата олади. Бачадонга нисбатан шуни назарда тутиш керакки, қўшни аъзолар (қовуқ ва ичак) ҳолати ҳам бачадоннинг вазиятига таъсир этади.

Бачадон бир қадар ҳаракатчандир, шу сабабли бачадоннинг қандайдир доимий, муайян даражада нормал вазияти ҳақида гапириб бўлмайди, бачадон хусусида кўпроқ типик вазият ҳақидагина фикр юритиш мумкин.

Бачадон чаноқнинг ўртасида жойлашган, туби олдинга ва юқорига қараган, қиндаги қисми эса пастга ва орқага йўналган бўлади. Бачадоннинг бундай вазияти оғиш – *versio* деб аталади. Бачадон танаси қаёққа қараганига қараб, қуйидаги вазият тафовут қилинади:

*Anteversio* – нормал (тўғри типик) вазият – бачадон танаси олдинга қараган; *lateroversio* – чаноқнинг ён деворига қараган; *retroversio* – орқага қараган.

Бачадон буйни танасига ўтган жойда олдинга қараган ўтмас бурчак бор. Бурчакнинг тепаси ички тешик соҳасига мос келади. Бачадон буйнининг бачадон танасига нисбатан шундай жойлашуви эгилиш, флексия (*flexio*) деб аталади. Бачадоннинг оғишидаги каби, бурчакнинг қай томонга очилганлигига қараб бачадоннинг эгилиши қуйидаги турларга бўлинади: *anteflexio* – бачадоннинг нормал, типик вазияти, *retroflexio* – бачадоннинг



72 – Расм. Бачадон нотўғри жойлашиш турлари.

Бачадон вазияти типик вазиятдан кескин фарқ қиладиган даражада ўзгарган бўлса, бачадоннинг патологик вазияти деб аталади.

Бачадон вазиятининг қуйидаги ўзгаришлари тафовут қилинади:

- 1) ўзгарган позиция (*positio*), яъни бачадоннинг чаноқ бўшлиғига бутунлай силжиб қолиши;
- 2) бутун бачадоннинг горизонтал оғишига (*versio*), яъни вақтида бачадон танаси билан бўйни ўртасидаги бурчак девори текисланиб кетади (*ante-, retro-, lateroversio*).
- 3) кучайган ёки ўзгарган эгилиш (*flexio*) – бачадон бўйни билан танаси ўртасидаги бурчак ўткирроқ бўлади (*anteflexio patologica, retro-, lateroflexio*).
- 4) бачадон узунасига кетган ўқи бўйлаб бурилади (*lorsio*);
- 5) бачадон ағдарилиб чиқади (*inversion uteri*).

Бачадоннинг сўрилиши (*disposition*) аъзонинг патологик вазияти ҳисобланади, бунда бутун бачадон олдинга, орқага ёки ён томонга тортилган ёхуд нормадан ташқари кўтарилган (*elevatio*) ёки пастга тушган (*descendens uteri*) ё бўлмаса, ниҳоят, жинсий ёриқдан ташқарига чиққан (*prolapsus uteri*) бўлади. Бачадоннинг қайси томонга силжиганига қараб қуйидагилар тафовут қилинади: *antepositio* – олдинга сурилиш; *retropositio* – орқага сурилиш, *lateropositio* – ён томонга сурилиш. Бачадонга ўсманнинг тазйиқ қилиши ёки бачадоннинг тортмалар билан чаноқ деворига тортилиши натижасида позицияси ўзгариши мумкин. Дуглас бўшлиғидаги ўсмалар, қон

орқасига эгилган бўлиши: *lateroflexio* – чаноқ ён деворига қайрилган бўлиши (72-расм).

Бачадоннинг танаси билан бўйни ўртасидаги бурчак олдига очилган, бачадон танаси ҳам олдинга қараган, қиндаги қисми эса орқага ва пастга йўналган вазиятини нормал (типик) вазият (*anteflexio – versio uteri*) деб ҳисоблаш қабул қилинган, бу вазиятда бачадон бўйнининг ташқи тешигига интерспинал чизик, яъни иккала *spinæ ichi* ни бирлаштирувчи чизик рўпарасида бўлади.

Қовуқ тўлганда бачадон танасини орқага буради, тўғри ичак тўлиб кетганда бачадон бўйнига, олдинга ва юқорига суради.

куйилиши сабабли бачадон олдинга сурилиб кетади (antepositio). Бачадонни қорин деворига ёпиштириш операцияси (бачадон венетрофиксацияси)да шундай вазият сунъий йўл билан вужудга келтирилади. Дум қаза - бачадон бойламлари қисқарганда, шунингдек яллиғланиш жараёни натижасида тортмалар пайдо бўлганда бачадон кўпинча орқага сурилиб қолади (retropositio). Баъзан бачадондан олдинги ўсмалар бу аъзоларни орқага суриб юборади. Текширишдан олдин ҳамиша қовуқни бўшатиб олиш зарур, чунки тўлиб кетган қовуқ бачадон танасини орқага итаради. Retropositio да бутун бачадон баъзан думқаза суюянинг ботиқ қисмида ётади. Чанокнинг қарама-қарши ярмидаги ўсма ёки клечаткадаги инфилтрат бачадонни чанокнинг ён деворига тақаб қўйиши натижасида бачадон ён томонга сурилади (lateropositio). Бундан ташқари, яллиғланиш жараёнларидан кейин бачадон сербар боғламларининг буралиб келиши сабабли бачадон ён томонга сурилиши мумкин.

Тухумдон ортиқларининг бойламлар ўртасида жойлашган ўсмалари, қин ўсмалари, қин атрезиясида қинга тўпланган қон (гематокольпос), тўғри ичак ўсмалари ва шунга ўхшашлар бачадонни кичик чанок бўшлиғидан суриб юбориши натижасида бу аъзо кўтарилиб қолади (elevatio.) Бачадон тубини қорин деворига баландроқ фиксация қилиб, шундай вазиятни сунъий йўл билан вужудга келтириш мумкин.

#### **Бачадоннинг оғиши**

Юқориди айтилганидек, нормал (типик) ҳолатда бачадон anteversio вазиятида ётади. Аммо, чанок деворларига нисбатан олинганда шу вазият бирон томонга турлича ўзгариши мумкин: бачадоннинг олдинга қараб ҳаддан ташқари оғиши патологик антиверзия, орқага оғиши ретроверзия, ён томонга (ўнга ёки чапга) оғиши латероверзия деб аталади. Бачадоннинг патологик оғиш *сабаблари* жуда турли-тумандир: бачадонни ушлаб турувчи аппарат (бойламлар)нинг етарли тараққий этмаганлиги, инфантилизм (бунда думқаза-бачадон бойламларининг туғма хасталиги қайд қилинади), ҳар хил ўсмалар, сумкаланган қорин экссудатлари ва ниҳоят, яллиғланиш жараёнлари шулар жумласидандир. Патологик антеверзияда аёл тикка турганда бачадон туби бачадон бўйнидан пастда қолади, бачадон бўйни нормал ҳолатдан тафовут қилиб, юқорига ва орқага йўналган бўлади. Қорни осилиб кетган ҳомиладор аёлларда бачадоннинг олдинги девори қовуқнинг орқа пардасига ёпишиб кетганда ва чурра тушганда бачадон антиверзияси кузатилади.

Бачадоннинг оғишларидан ретроверзиянинг аҳамияти муҳимроқ. Бунда бачадон туби юқорига ва орқага, бачадон бўйни эса пастга ва олдинга қараган бўлади.

Аёл туққанидан кейин ва операциядан сўнг узоқ вақт чалқанча ётиши натижасида бачадон ретроверзияси келиб чиқади. Баъзан ўсмалар пайдо бўлганда, бачадоннинг туғруқдан кейинги тесқари эволюцияси нотўғри бўлганда, қовуқ тўлиб кетганда, қин деворлари пастга тушганда ва, ниҳоят, қовуқ билан бачадон ўртасидаги бўшлиққа ичак қовузлоқлари тушиб қолганда (шу сабабли қорин ичидаги босим бачадоннинг олдинги деворига таъсир этади) бачадон танасининг оғирлиги сабабли ретроверзия келиб чиқади.

Юқориди кўрсатилган сабаблардан ташқари, чанокнинг қорин пардасидаги яллиғланиш жараёнлари, Дуглас бўшлиғидаги периметрит, бачадон сербар бойламидаги қорин пардаси орқа варағининг яллиғланиши ва

операциядан кейин ямоқлар ҳосил бўлиши ретроверзиянинг келиб чиқишида катта роль ўйнайди. Оралиқнинг шикастланиши натижасида қиннинг пастга тушиши билан ретроверзия ўртасида бевосита боғланиш бор.

Бачадон чаноқнинг ён деворларига ётганда (латероверзияда) бачадон туби юқорига ва ён томонлардан бирига, бачадон бўйни эса пастга ва бачадон танасининг қарама-қарши ён томонига қараган бўлади. Бачадоннинг бир томонга оғиши бачадон танасининг ўсмалардан сўрилиши натижасида, бачадон найлари ва тухумдонлардаги яллиғланиш жараёнининг бачадон атрофидаги клечатканинг яллиғланиши (париметрит) натижаси ҳисобланади. Тухумдон ортиқларининг ўсмаларини олиб ташлаш операцияларининг кейин пайдо бўладиган ямоқлари ҳам шундай таъсир этади.

Бачадон нотўғри ётганда (айниқса ретроверзияда) кўпинча ҳажми катталашади. Сабаби шуки, бачадоннинг нотўғри ётиши сабабли сербар бойламлар бағридан ўтиши қийинлашиб қолади. Айти вақтда бачадоннинг нотўғри ётиши одатда эластик артериал томирларга таъсир этмайди, шунинг учун бачадонга қон нормал равишда келаверади. Натижада бачадонда қон димланиб, гиперемия келиб чиқади, шу муносабат билан бачадон шишади ва ҳажми катталашади.

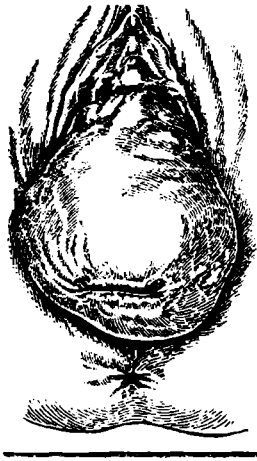
### Бачадоннинг эгилиши

Бачадоннинг нормал вазиятида бир қанча ўзгаришлар учрайди. Масалан, бачадон бўйни билан бирга тўғри ёки сал-пал ёйсимон чизиқда ётиши мумкин, баъзан эса бачадон бўйни танаси ўртасида бурчак ҳосил бўлади, бу бурчакнинг олдинга, орқага, ўнгга ёки чапга очиқ турганлигига қараб, антефлексия, ретрофлексия, бачадоннинг ўнгга ёки чапга эгилиши деб аталади. Нормал антефлексиядан *патологик антефлексияни* фарқ қилиш зарур.

Патологик антефлексиянинг энг кўп учрайдиган сабаблари инфантилизмдир, бунда думғаза-бачадон бойламлари туғилишдан калта бўлади. Думғаза-бачадон бойламлари ички тешик соҳасини орқага тортса, юмалоқ бойламлар бачадоннинг орқа деворига таъсир этадиган босим (қорин бўшлиғидаги босим) ёрдамида бачадон танасини одатдаги жойида ушлаб туради: натижада кескин антефлексия вужудга келади. Бу аномалия кўпинча туғма бўлади, аммо туғилишдан кейин думғаза-бачадон бойламларининг яллиғланиб, бурилиши натижасида ҳам кескин антефлексия келиб чиқиши мумкин. Бачадоннинг ўнгга ёки чапга эгилиши (*lateroflexio dextra et sinistra*) кўпинча ривожланиш нуқсонини ҳисобланади, аммо туғилгандан кейин бачадон сербар бойламларидан бирининг яллиғланиб, ямоқ тортиб, ўзгариши натижасида ҳам келиб чиқиши мумкин.

*Ретрофлексия* (*retroflexio*)да бачадоннинг қиндаги қисми олдинга кўпроқ сурилади. Тешик пастга қараган бўлади, бачадоннинг орқага эгилган танаси орқа гумбазлар орқали шарсимон жисм шаклида пайпаслаб топилади. Ретрофлексия ретроверзиянинг кейинги босқичи ҳисобланади. Ретроверзияни келтириб чиқарувчи ҳамма сабаблар бачадон ретрофлексиясига ҳам сабаб бўла олади, деб айтиш мумкин.

Бачадоннинг *ҳаракат чанвақимирлайдиган (фиксацияланган) ретрофлексияс* и тафовут қилинади. Ҳаракатчан ретрофлексияда бачадонни икки қўллаб текширишда шу вазиятдан осонгина чиқариш мумкин: бачадоннинг ретроверзия-флексия ҳолатида ушлаб турувчи зич тортмалар бўлганда эса, уни бу ҳолатдан чиқариб бўлмайди.



73—74- Расм. Бачадон тўлиқ ташқарига чиқиш цистоцеле билан биргаликда.

### Бачадоннинг пастга тушиши ва ташқарига чиқиши

Бачадоннинг чаноқ ўқи бўйлаб пастга сурилиши пастга тушиши деб аталади. Бачадон нормал ўрнидан пастга сурилса-ю, жинсий ёриқдан ташқарига чиқмаса, бачадон *пастга тушган* (descensus uteri) деб айтилади. Бачадон пастга кўп сурилиб, жинсий ёриқдан ташқарида қолса, *бачадон ташқарига чиққан* (prolapsus uteri) деб айталади: жинсий ёриқдан бачадоннинг фақат бўйни чиқиб туради, бачадон қисман ташқарига чиққан (prolapsus uteri parttalls) дейилади: бачадон жинсий ёриқдан бутунлай чиқиб қолган бўлса, тўла ташқарига чиққан (prolapsus uteri totalis) деб аталади (73 расм).

Чаноқ тубини ҳосил қилувчи тўқималар туғруқ вақтида йиртилса ёки кўп туққан хотинларнинг шундай тўқималари қайта чўзилавериб функционал камчилик келиб чиқса, қорин девори, чаноқ туби ва диафрагма мушакларининг ҳамкорликда ишлаши туфайли қорин бўшлиғи аъзоларининг ўзаро муносабати бузилиб, чаноқ аъзоларининг сурилиши учун шароит вужудга келади.

Оралиқ йиртилганидан кейин ўз вақтида чокланмаган бўлса, жинсий аъзоларнинг пастга тушишига ва ташқарига чиқиб қолишига сабаб бўлади. Қин деворлари одатда қуйидагича тартибда пастга тушади, аввал қиннинг олдинги девори оралиқ мушакларининг йиртилиши сабабли табиий таянчдан маҳрум бўлиб, пастга туша бошлайди. Қин девори тушар экан, қовуқ деворини ҳам эргаштириб олиб тушади.

Айни вақтда қовуқ билан қин ўртасидаги мушак - фасция тўсиғи жуда чўзилиб кетса ёки бир-биридан узоқлашса, қовуқ девори шу қадар бўртиб дўмбайиб чиқадики, қовуқ чурраси (cysocеле) ҳосил бўлади.

Қиннинг олдинги девори — аста секин пастга тушар экан, бачадоннинг қиндаги қисмини ҳам торта бошлайди, шунга кўра бачадоннинг мазкур қисми олдинги сурилиб қолади. Бачадон бўйнининг олдинга сурилиши бачадон вазиятига таъсир қилмай қолмайди, ричаг қонунига мувофиқ бачадон орқага оғади, бачадон ретроверсияси келиб чиқади. Бачадон билан

бирга сербар бойламлар ҳам ўз вазиятини ўзгартиради, шу муносабат билан веналар қисилиб, веноз қон яхши юришмайди. Юқорида айтилганларга кўра, чаноқда қон айланишининг бузилиши натижасида бачадон бўртиб, оғирроқ бўлиб қолади. Оғриқ туради, оқчил келади, шунингдек ҳайз бузилади. Шундан кейин бачадон ретроверзия ҳолатидан ретроверзия-ретрофлексия ҳолатига ўтади, энди бачадон ҳам пастга туша бошлайди.

Ниҳоят, сўнгги босқичда (оралиқнинг йиртилиши натижасида) орқага қайрилган бачадон ташқарига чиқиб қолади, бунинг объектив белгиси шундан иборатки, пастга тушаётган бачадон қин оғзидан ташқарига чиқа бошлайди. Баъзан бачадон бўйнининг фақат қиндаги қисми (айниқса кекса аёлларда) ташқарига чиқади. Сабаби шуки, қариликдаги атрофия туфайли мушаклардан маҳрум бўлган ва пастга тушаётган қин деворларига қўшилиб тортиладиган бачадон бўйни қин оғзидан ташқарига чиқиб қоладиган даражада узунасига чўзилади.

Қин орқа деворининг пастга тушиши ва тўғри ичак деворининг ташқарига чиқиб қолиши қин-тўғри ичак тўсиғининг нечоғлиқ бузилганига ва мушакларининг қанчалик чўзилганлигига боғлиқ.

Қиннинг орқа деворини тўғри ичак билан бирлаштирувчи клетчатка юмшоқроқ бўлади, шунга кўра тўғри ичак қиннинг ташқарига чиқаётган орқа деворига камдан-кам эргашади, лекин қиннинг орқа девори анчагина пастга тушган бўлса, тўғри ичакнинг пастки бўлими қин девори билан бари бир пастга тушади (rectocele). Бачадон бойламлар кучи билан ўз вазиятида турса, ташқарига чиққан қин бачадоннинг бойламлари бўшашмагунча ва бачадон танаси пастга тушмагунча бачадон бўйнини тортаверади: айрим ҳолларда қиннинг пастга тушаётган деворлари бачадон бўйнини шу қадар чўзадики, у икки марта ва ҳатто уч марта узун бўлиб қолади (elongation colli uteri) (74расм).

Аммо шуни айтиш керакки, жинсий аъзоларнинг пастга тушиши ва ташқарига чиқиши ҳамиша юқорида айтилган тартибда боравермайди ва ўз ривожланишининг бирор босқичида тўхтаб қолиши мумкин.

### **Бачадоннинг нотўғри ётиш вазиятига хос симптомлар**

Асосан бачадон ретроверзия-флексиясида кўпроқ эшитиладиган шикоятларга аввало *менорагияларни* қўшиш керак. Менорагия чаноқда қон юришмаслиги сабабли бачадон гиперемиясининг оқибати ҳисобланади. Кўпинча беморлар чаноқда қон юришмаслиги сабабли бачадон шиллиқ пардасининг секрецияси кучайганлиги оқибатида оқчил пайдо бўлганидан зорланадилар.

Одатда беморлар дефекацияда думғазада оғриқ туришини, баъзан айнакча узоқ вақт тик турилгандан кейин оёқлар оғришини айтиб, нолийдилар. Оғриқларнинг жойлашуви ва зўрлиги ғоятда ҳар хил бўла олишини айтиб ўтмоқ керак. Кўпинча беморлар дефекацияда оғриқ сезилиши ёки тўғри ичакнинг босилиш сезги безовта қилаётганини айтиб, шикоят қиладилар. Дефекацияда оғриқ сезилиши одам кучанганида бачадоннинг сурилишига боғлиқ. Дефекация вақтида оғриқ бўлиши дастлаб ични атайлаб тўхтаб туришга олиб келади, кейинчалик эса кўпинча сурункали ич қотишига сабаб бўлади.

Сийдик чиқарув аъзоларининг турли даражада бузилганлиги ҳақидаги шикоятлар ҳам кўп эшитилади. Патологик антефлексияда бачадон

бўйнининг тазйиқ кўрсатиши тез-тез заҳар танг қилишига олиб келади. Бачадон ретроверзия флексияси баъзан туғмасликка йўл очади, чунки ташқи тешиқ олдинга сурилганлиги сабабли сперма орқа гумбазда тўпланиб, бачадонга кириши қийинлашади.

Бачадон билан қин пастга тушганда ва ташқарига чиққанда симптомлар аксари маълум тартиб билан кучайиб боради, қовуқнинг чала бўшаши оқибатида тез-тез заҳар танг қилиб туриши илк симптом ҳисобланади.

Бачадон билан қин пастга тушган сайн қовуқ чурраси тўпланиб чиқа бошлайди, шунинг натижасида қовуқнинг бир қисми уретранинг ички тешигидан пастроқда бўлади, ундаги сийдик эса оқиб чиқолмай ушланиб қолади. Бачадон сийдик чиқарилгандан кейин қовуғи тўла бўшаганини ҳис қилади, шунга кўра, қиннинг тез орада сийгиси келади. Қиннинг олдинги девори қовуқ билан анчагина пастга тушганда, қовуқ ички сфинктерининг чўзилиши ва чала ювилиши туфайли беморлар кўпинча сийдикни қисман тўхтата олмайдилар. Бачадон ташқарига чиққан бўлса, уретранинг қисилиши ва қайрилиб қолиши сабабли сийдик чиқариш, аксинча, кўпроқ тўхталиб қолади ва беморлар ташқарига чиққан аъзолар жойига киргизиб қўйилгандан кейингина сийдик чиқара олишларини айтадилар.

Бачадон нотўғри вазиятда ётганда қандай бўлмасин симптомлар аксари бўлмайди, бачадоннинг нотўғри ётиши беморни кўздан кечиришда тасодифан аниқланиб қолади. Бачадоннинг ташқарига чиқиб қолишини аниқлашга келсак унинг диагностикаси қийин эмас. Ташқи жинсий аъзолар олдида нок шаклида ағдарилиб чиққан қин туради, унинг бағрида эса бачадон пайпаслаб топилади. Ағдарилиб чиққан қиннинг энг қавариқ қисмида бачадоннинг ташқи (одатда кенгайган) тешиги бўлади. Ташқарига чиққан қиннинг шиллиқ пардаси қалин тортган, дағаллашган, қуруқ бўлиб, терига ўхшайди. Ташқи тешиқ атрофида, баъзан эса шиллиқ парданинг ён юзаларида кўпинча лекубитал яралар кўрилади.

Касалликнинг бошларида ташқарига чиққан аъзоларни беморнинг ўзи бемалол жойига киргизиб қўяди, лекин кейинчалик шиллиқ парда қалин тортиб, дағаллашган сайн аъзоларни жойига киргизиб қўйиш қийинлашиб қолади.

Бачадон ташқарига чиқиб қолганда бачадон бўйнининг қиндаги қисмида ва қин деворларида лекубитал яралар пайдо бўлиши йирингли ёпишқоқ чиқиндилар ажралиши билан давом этади. Ҳайз кўриш нотўғри бўлиб, аксари кўп қон кетади.

Қиннинг катта кисталари ва ўсмалар қиндан ташқарига чиқиб туриши мумкин, тажрибаси кам одам бу кистани ёт ўсмалари баъзан ташқарига чиқиб қолган бачадон деб ўйлаб, янглишади.

Бачадон билан қиннинг ташқарига чиқиши туғруқ вақтидаги травма оқибати бўлиши мумкин, шунини эътиборга олиб, оралиқ мушакларининг ҳолатини текшириш, жумладан орқа чиқарув тешигини кўтарувчи мушак ҳолатини билиш зарур.

Бунинг учун беморга газни тўхтатиб туриш учун қилингандек орқа чиқарув тешигини ичкарига тортиш таклиф этилади, шунда оралиқ мушакларнинг функционал қобилиятини, бир-биридан қочганлигини ёки бўшашганлигини ва думгаза – бачадон бойламларининг ҳолатини аниқлаш мумкин. Бемор шу мақсадда қин ва тўғри ичак орқали текширилиши лозим.



Ниҳоят, ташқарига чиққан бачадоннинг жинсий ёриққа қисилиб қолиши мумкинлигини эсда тутмоқ керак. Бунда ҳам аксари шок симптомлари пайдо бўлади: қаттиқ оғриқ сезилади, кўнгил айнийди, бемор қусади, ўздан кетиб қолади. Бундай бемор ўз вақтида операция қилинмаса, қисилиб қолган бачадоннинг ириб кетиши (некроз бўлиши) мумкин.

### **Бачадоннинг ағдарилиб чиқиши**

Бачадоннинг ички юзаси (шиллик пардаси) ташқарига, қорин томондаги юзаси эса ичкарига қараган ҳолатда сурилиши бачадоннинг ағдарилиб чиқиши (inversion uteri) деб аталади. Бутун бачадон жойидан кўчиб, қиндаги қисми ўз жойида қолган бўлса, бунга бачадоннинг тўла ағдарилиб чиқиши дейилади. Бачадон чала ағдарилиб чиққан бўлса, фақат туби бўшлиғига кириб туради. Бачадон танасининг деворлари бўшашиб цервикал канали очилганда ва тортувчи ёки босувчи бирон куч бачадон тубига юқоридан пастга қараб таъсир этганда, бачадон ағдарилиб қолади. Туғруқ вақтида – йўлдош тушиш даврида (бачадон бўшашганда Креде усулини қўлланиш, йўлдошни киндикдан тортиб чиқариш ва шунга ўхшашлар) кўпинча шу шароит вужудга келади. Ўсмалар, масалан-шиллик парда остидаги миома (бачадон тубидан чиққан миома) баъзан бачадонни шу тариқа жойидан кўчириб юбора олади. Ўсма оёқчаси узун, кичкина ва майин бўлса, бундай полипнинг ташқарига чиқиши, бачадоннинг ағдарилишига сабаб бўлмайди; полип оёқчаси калта, йўғон ва чўзилмайдиган бўлса, ўсма ташқарига чиқар экан, бачадон деворини эргаштириб, бу аъзони ағдариб чиқа олади.

Бачадоннинг туғруқдан кейин ағдарилиб чиққани аниқланмай қолиб, вақтида бунга даво қилинмаса, бачадон шу нотўғри вазиятда инволюцияланади, натижада бачадон мудом (сурункасига) ағдарилиб қолади.

Бачадоннинг ағдарилиб чиққанини аниқлаш унчалик қийин эмас: қинга бармоқ суқилганда юмалоқ тузилмага бориб тегади, бу тузилма юқори томонда зич ҳалқа шаклида кенгайган тешик четларига ўтади. Кўзгулар билан текширишда топилган тузилманинг юзи кўкимтир-қизғиш, озми-кўпми чуқур яралар билан қопланган, баъзан некрозланган бўлиб кўринади, салга қонайди.

### **Бачадон нотўғри вазиятда ётганда даво қилиш.**

Аввало шуни айтиш керакки, бачадоннинг нотўғри вазиятда ётиши ўзича ҳамиша субъектив шикоятларга ва функцияларнинг бузилишига сабаб бўлмаса, шу нотўғри бир вазиятнинг ўзи даволаш учун асос ҳисобланмайди. Оғриқ пайдо бўлиши, тез-тез захар танг қилиб туриши, сийиш вақтида оғриқ сезиш, сийдик тута олмаслик, нотўғри ҳайз кўриш ва шунга ўхшаш симптомлар пайдо бўлганда даволаш масаласи юзага келиши мумкин. Бачадоннинг нотўғри вазиятда ётганига даво қилиш учун консерватив ва хирургик усуллардан фойдаланса бўлади.

Ҳаракатчан бачадон ретрофлексиясининг консерватив давоси шу вазиятни қўл билан тўғирлаб қўйиш ва бачадонни тўғри вазиятда фиксация қилишдан иборат.

Гинекологик креслода бемор одатдагича чалқанча вазиятда ётади, ўнг қўлнинг ички бармоғини қинга суқиб, бачадон орқа гумбази томонидан

босилади ва бачадон танасини кўтариб, думгаза чуқурчасидан чиқаришга ҳаракат қилинади. Шунга муваффақ бўлинса, ташқаридаги қўл билан бачадон танаси қов бирлашмасига (симфизга) сурилади. Ташқаридаги қўл билан кўрган вақтда қинга киритилган бармоқлар олдинги гумбазни суриб беради ва бачадон бўйнининг қиндаги қисмини орқага босиб, уни нормал вазиятга келтиради. Бачадоннинг тузатилган вазияти қинга киритилган пессарий билан ушлаб турилади. Пессарий тўғри танланиб, яхши киритилса, беморни ҳеч бир безовта қилмай, бачадонни нормал вазиятга ушлаб туради.

Пессарийлар қаттиқ каучук ва целлулоиддан ясалади. Бемор пессарий тутганда қинини ҳар куни чайиб туриши керак, акс ҳолда пессарий ҳалқаси бачадон ва қин чиқиндидан ифлосланади, натижада чиқиндилар ҳалқа атрофига йиғилиб, шиллиқ пардани таъсирлайди: бундан ташқари, беморлар бачадон вазиятини текшириш ва ҳалқанинг қисиб яра қилмаётганлигига ишонч ҳосил қилиш учун вақт-барвақт врачга кўриниб туришлари керак. Қин қатори ва бачадон бўйни эрозиясида пессарийни қўллаб бўлмайди.

Яллиғланиш жараёнлари бўлиб ўтганлиги натижасида юзага келган юмшоқ тортмалардан бачадон ретроверзия флексия вазиятига тушган бўлса, гинекологик массаж қилиб кўриш мумкин. Зич ямоқ тортмалари бўлганда операция қилиб даволаган маъқул. Бу метод шундан иборатки, тортмалар емирилгандан кейин юмалоқ бойламларни қисқартириш йўли билан бачадон нормал вазиятга келтирилади ёки қорининг олдинги деворига бириктириб (фиксация қилиб) қўйилади.

Бачадон ретрофлексияси чаноқ тубидаги мушакларнинг шикастланиши натижасида авж олган бўлса, операция қилиб, чаноқ туби тикланиши лозим.

Бачадоннинг пастга тушиши ва ташқарига чиқишига даво қилиш ҳам эътибор билан чаноқ тубини тиклаш ва бачадоннинг нотўғри вазиятини тузатишдан иборат. Ҳозир ҳалқа ва пессарийлар кам қўлланилади, чунки келиб чиқиши мумкин бўлган оқибатлар (шиллиқ парданинг яра бўлиши, ямоқ ва ҳоказо) беморларга баттар азоб беради. Хирургик усуллар ишончлироқ бўлиб, ҳозир ҳеч қандай хавф туғдирмайди.

Туғруқдан кейинги даврда ағдарилиб чиққан бачадонга даво қилиш шундан иборатки, ағдарилиб чиққан бачадонни авайлаб аввалги жойига киргизиб қўйилади ва бачадонга, шунингдек қинга қўйилган тампонлар билан ушлаб турилади. Бачадон бўшлиғидан миаматоз тугун тушгани сабабли бачадон ағдарилиб чиққан бўлса, миаматоз тугун олиб ташлангандан кейин бачадон ўзича жойига кирмаган бўлса, бу ҳолда ҳам юқорида айтилган усул қўлланилади.

Агар бунинг иложи бўлмаса ёки бачадон ағдарилиб чиққанидан кейин анча вақт ўтган бўлса, операция қилишга тўғри келади.

Бачадоннинг буралиб қолишини фақат операция қилиб (ўсмаларни олиб ташлаб, ямоқларни тикиб бачадони олиб ташлаб) даволаш мумкин.

### **Бачадоннинг нотўғри вазиятга киришининг олдини олиш**

Бачадоннинг нотўғри вазиятга киришининг олдини олиш шу касалликка сабаб бўладиган этиологик омилларни бартараф қилишдан иборат бўлиши керак. Масалан, қиз болага қараб турилмаса, унинг ўз вақтида қовуғини ва ичагини бўшатишига бепарво бўлинса (қовуқ ва ичакнинг ўз

вақтида бўшамаслиги бачадоннинг орқага огишига таъсир этади) болалик даврида бачадон нотўғри вазиятга кириб қолиши мумкин.

Бундан ташқари, жисмонан зўр бериш йўли билан қорин ичидаги босимни ошириш зарарли эканлигига ота-оналарнинг эътиборини жалб қилиш зарур. Қонун-қоидаларимиз катта ёшдаги кишилар ва айниқса ўсмирларнинг меҳнатини қатъий бир тартибга солаётган бир вақтда, уй-рўзгор шароитида 8-9 яшар қизларга бир яшар укаларини ва сингилларини боқиш, кўтариб юришни топшириш ҳодисалари ҳали ҳам баъзан учраб туради. Буларнинг ҳаммаси қиз боланинг умумий ривожланишига ҳам, айниқса ички аъзолари ва бачадонининг вазиятига ҳам таъсир қилиши мумкин.

Бачадоннинг нотўғри вазиятидан келиб чиққан касалликлар кейинги даврда турмушга чиққандан кейин ҳам авж олиши мумкин. Бола ташлаш, бола туширтириш (аборт), шундан кейин бачадоннинг яллиғланиши, нотўғри ва чала инволюция қилиши, туғруқдан кейинги даврни нотўғри ўтказиш, бу даврда турли асоратларнинг келиб чиқиши, қўшилиши-буларнинг ҳаммаси бачадоннинг нотўғри вазиятга кириб қолишига сабаб бўла олади. Туғруқдан кейинги даврда аёл қорин деворини қаттиқ таранглаштирмаслиги, ўрндан барвақт турмаслиги ( такрор туғувчилар камида учинчи кундан кейин, биринчи марта туғувчилар камида тўртинчи-бешинчи кундан кейин ўриндан туришлари керак), туғруқдан кейинги декрет таътили даврида оғир жисмоний меҳнат билан шуғулланмаслиги керак.

Ичак фаолиятига ва бачадоннинг етарли инволюцияланишига эътибор бериш зарур, чунки бачадон яхши қисқармаганда, айниқса туққан хотин узоқ вақт чалқанча ётганда бачадон ретрофлексия верзия ҳолатига ўтиши мумкин, бунинг натижасида эса, юқорида айтганимиздек, бачадоннинг ташқарига чиқиб қолиши эҳтимолдан узоқ эмас.

Бачадоннинг нотўғри вазиятга киришида, бачадон ва қин деворларининг пастга тушишида чаноқ тубининг шикастланиши муҳим роль ўйнайди. Бу ҳолатларнинг олдини олишда малакали ёрдамчи, туғруқни тўғри ўтказиш, оралиқни йиртилишдан яхши сақлаш ғоят муҳим аҳамиятга эгадир. Оралиқ йиртилган бўлса, уни дарҳол тиклаш керак. Ниҳоят, жисмонан чиниқмаган аёлларнинг қорин деворини узоқ вақт ўта таранг қилиши бачадоннинг вазиятига, пастга тушишига ва ташқарига чиқишига таъсир этмай қолмайди.

### **Масалалар.**

1. Аёл 63 ёшда, тез сийишга ва сийдикни тутолмасликдан шикоят қилади. Анамнезда 3 туғруқ, Охирги 5 — 6 йилда тез озди. Кўрганда: қин тешигидан қин деворлари ва бачадон бўйинчаси осилиб турмоқда, бачадон бўйинчасининг қин қисми катталашган, шиллиқ қаватидан 1х2 см ли яра кўринмоқда. Бачадон танаси кичрайган, ҳаракатчан, оғриқсиз, қин деворлари орасида аниқланмоқда. Бачадон туби қин тешигидан пастда жойлашган. Бачадон танаси қин ичига осон киргизилади. Per Vaginam: бачадон бўйинчаси 10 см гача узунлашган, бачадон танаси кичрайган, ортиқлари пайпасланмайди, ажралмалар кам — оқимтир. Ташхиси? Сабаблари Даволаш.

2. Аёл 35 ёшда, тез сийишга ва сийдикни тутолмасликка шикоят қилади. Анамнезда 6 та туғруқ, чақалоқлар вазни 3800 – 4600 г гача. Гинекологик кўриқда: 2- даража чот йиртилиши сабабли жинсий ёриқ катталашган. Енгил кучанишда жинсий ёриқдан қин деворлари билан бирга сийдик пуфаги девори ва тўғри ичак девори кўринади. Қин кўзгуларида: бачадон бўйинчаси ва қин девори шиллиқ қавати тоза. Per Vaginat: бачадон бўйинчаси цилиндр шаклида, ташқи бўғзи берк, бачадон танаси интерспинал чизиқчасидан пастда жойлашган, ретрофлексио нормал ҳажмли, бачадон ортиқлари пайпасланмайди. Ташхиси? Бу ҳолатда қанақа анатомик ўзгаришлар бор ? Даволаниш усуллари ва жарроҳлик ёрдам ҳажми қандай?

### *АМАЛИЙ КЎНИКМАЛАР.*

Қин деворлари ва бачадон пастга силжиши ҳамда тўла тушишини тўғри аниқлаш, ташҳис қўйиш ва даволаш принципларини билиш лозим.

### *ЎРГАТУВЧИ ТЕСТЛАР*

1. Бачадоннинг кичик чаноқда нормал жойлашиши:
  1. бачадон туби кичик чаноқнинг кенг сатҳида;
  2. бачадон бўйни қуймич суяклар рўпарасида;
  3. бачадон танаси билан бачадон бўйни орасида очиқ бурчак ҳосил бўлади;
  4. бачадон туби интерспинал чизиғида.
2. Бачадоннинг силжиши ва тушиб қолишининг асосий сабаблари:
  1. ораликнинг йиртилиши;
  2. чаноқ туби ва мушакларнинг боғловчи аппарати ва бачадон атрофияси;
  3. туғма бачадон туби ва мушак гипоплазияси;
  4. бачадон туби ривожланиш аномалияси.
3. Бачадоннинг тўлиқ тушишини нима билан изошлаш мумкин:
  1. сийиш қийинлашуви;
  2. цистоцеле, ректоцеле.
4. Қуйидагиларнинг қайси бири чаноқ тубининг юз қавати мушакларини ташкил қилади:
  1. ораликнинг чуқур кўндаланг мушаги (m. transversus perinei profundus);
  2. ораликнинг юза кўндаланг мушаги (m. transversus perinei superficialis);
  3. пиез-тўрсимон мушак (m. bulbocavernosus).
5. Аёллар жинсий аъзоларининг нотўғри жойлашининг олдини олиш тадбирларини кўрсатиб ўтинг:
  1. ораликнинг йиртилиш хавфи бўлганда ўтказиладиган эпициотомия;

2. туғруқдан сўнг туғруқ йўлларини кўздан кечириш;
  3. ораліқни сақлаш муолажаларини ўтказиш.
6. Бачадоннинг силжиши ва тушиб қолиши сабабларини айтинг:
    1. чотнинг йиртилиши;
    2. бачадонни бойламловчи тўплам ва чаноқ туби мушакларининг атрофияси;
    3. чаноқ туби мушакларининг туғма гипоплазияси;
    4. чаноқ туби иннервациясининг бузилишига сабаб бўлувчи риволаниш нуқсонлари.
  7. Бачадоннинг силжишини аниқлашда қандай методлар қўлланади:
    1. бимануал бармоқ билан қин орқали текшириш;
    2. қин кўзгулари ёрдамида бачадон бўйнини кўздан кечириш;
    3. тўғри ичак орқали текшириш ;
    4. рентгенологик текшириш.
  8. Бачадоннинг «бойлам» аппаратиға қайсилар киради:
    1. бачадон юмалоқ бойлами;
    2. тухумдоннинг махсус бойлами;
    3. воронка-чаноқ бойлами;
    4. кенг бойлам.
  9. Бачадон ретрофлексиясига тўғри келадиган белгиларни белгиланг:
    1. қуймичда оғриқ;
    2. альгодисменорея;
    3. жинсий алоқа пайтида оғриқ бўлиши.

#### *НАЗОРАТ САВОЛЛАРИ:*

1. Бачадоннинг нормал жойлашиши ўзгаришиға нима сабаб бўлади?
2. Бачадоннинг пастға тушиши ва юқорига чиқишиға нима сабаб бўлади?
3. Қовуқ чурраси нима деб аталади?
4. Қин орқа девори пастға тушиши нима деб аталади?
5. Бачадон пастға тушишининг неча даражаси бўлади?
6. Бачадоннинг ағдарилиб чиқишиға нима сабаб бўлади?
7. Бачадоннинг нотўғри вазиятда ётганиға қанақа даво бор?
8. Бачадоннинг нотўғри жойлашишининг олдини олиш.

# БЕПУШТЛИК

**Мақсад:** Бепуштлик этиология, патогенез ва таснифини текширув синовларини ва даволашни ўрганиш.

**Вазифалар:**

1. Бепуштлик нимадир.
2. Аёл бепуштлигининг асосий сабабларини билиш
3. Эркак бепуштлигининг асосий сабабларини билиш.
4. Эндокрин бепуштликни аниқлаш.
5. Тухумдоннинг қайси ўзгаришлари бепуштлика олиб келади?
6. Бачадон найларининг ўтказувчанлигини текшириш усулларини билиш.
7. Иммунологик бепуштликни текшириш усулари.

ЖССТ (1986) таърифига кўра, туғиш ёшида бўлган эр-хотин бир йил давомида уруғланишга қарши воситаларсиз мунтазам жинсий ҳаёт кечирганига қарамай ҳомиладорлик кузатилмаса, никоҳ бепушт ҳисобланади.

Бепушт никоҳ бирламчи ва иккиламчи бўлади. Агар ҳомиладорлик умуман кузатилмаса-бепуштлик бирламчи, агар ҳомиладорлик кузатилиб, сўнгра бепуштлик юзага келса бепуштлик иккиламчи ҳисобланади.

Этиологик омиллари бўйича бепуштликни қуйидаги турларга ажратиш мумкин.

1. Бепуштликнинг эндокрин тури.
2. Нишон аъзолар жароҳатланиши билан боғлиқ бепуштлик.
3. Бепуштликнинг иммунологик тури.
4. Эркаклар бепуштлиги.

## 1. Бепуштликнинг эндокрин тури

Аёлларда бепуштликнинг эндокрин турларига овуляциянинг бузилишини киритиш қабул қилинган.

Овуляциянинг замонавий назариясига биноан S.S Jen (1986) томонидан бепуштлик эндокрин турининг сўнгги таснифи яратилган.

1. Репродуктив системанинг анатомик нуқсонлари (бачадон ва қиннинг ривожланиш нуқсонлари, синехиялар)
2. Тухумдон етишмовчилиги (дискинезия, агнезия)
3. Сурункали ановуляция синдроми.

а) Гипоталамик тури.

б) Гипофизар тури.

в) Қайта боғлиқлик қонунининг бузилиши.

(контрацептивлар қўлланиш, гиперандрогения, стероид гормонлар ишлаб чиқарувчи ўсмалар, аутоиммун касалликлар)

Репродуктив системанинг анатомик нуқсонлари эмбриогенез давридаги нуқсонлардан келиб чиққан.

Бачадон ва қин анатомик ўзгаришлариқинг орттирилган турларига эрта, пластик жарроҳлик муолажалари оқибатидаги чандиқлар кирази. Мавжуд чандиқларни лапароскопик назорат остида гистероскопик кесиш, кейинчалик БИВ киргизиш тавсия қилинади.

## Тухумдон етишмовчилиги.

Аменореянинг тухумдон турлари бирламчи ва иккиламчи бўлиши мумкин. Кўп ҳолларда эса тухумдон пўстлоқ қаватида фолликуляр аппарат йўқлигидан келиб чиқади.

Сурункали ановуляция патологик ҳолатларнинг гетероген гуруҳи бўлиб, гипоталамо-гипофизар тухумдон системасидаги циклик жараёнларнинг бузилиши билан характерланади. Клиник белгилари бачадондан дисфункционал қон кетишлар, олигоменорея, аменорея, галакторея орқали юзага чиқади. Бепуштлиқнинг эндокрин турларини даволаш қатъий индивидуал (якка тартибда) ўтказилади.

**Даволаш:** Тухумдон етишмовчилиги (лютеин фаза етишмовчилиги, овуляцияланмайдиган фолликуланинг лютеинизация синдроми)да ўринбосар терапияни қўллаш мумкин.

1. Менструацияга 10 кун қолганда, ҳайз циклининг 2 фазасида прогестерон қўллаш.
2. 16-18-20 ҳайз хорионик гонадотропинни 1500-2000Ед дан киритиш
3. Комбинациялашган эстроген-гестаген препаратларини самара олиш мақсадида 2-3 курс давомида қўллаш.
4. Овуляцияни стимуллаш учун кломифен 50мг дан (100-150мг суткасига) ҳайз циклининг 5 кунидан 9 кунигача берилади.
5. Гиперпролактинемияда 4-6 ҳайз цикли давомида суткасига 2,5-7,5 мг бромкриптин ёки лод параллел бериш тавсия этилади.
6. Гиперандрогенияда дексаметазон суткасига 0,25-0,5мг берилади.

Сурункали ановуляция синдромида овуляция бўлмаслигини қуйидаги текшириш усуллари билан аниқлаш мумкин (3 ёки ундан кўпроқ ҳайз цикли давомида)

1. Базал ҳароратни ўлчаш.
2. Плазмада прогестерон миқдорини аниқлаш.
3. 6-8 кун давомида базал ҳарорат ошганда сийдикда прегнандиол миқдорини аниқлаш.
4. Эндометрий сўргичини гистологик текшириш.
5. Лапароскопияда «фолликуланинг ўсиши ва ёрилиши» ни аниқлаш
6. Ультратовуш орқали фолликулометрияни қўллаш

Овуляцияни текширишда юқорида кўрсатилган барча усулларни қўллашга зарурат йўқ.

## II. Нишон аъзолар шикастланиши билан боғлиқ бепуштлиқ.

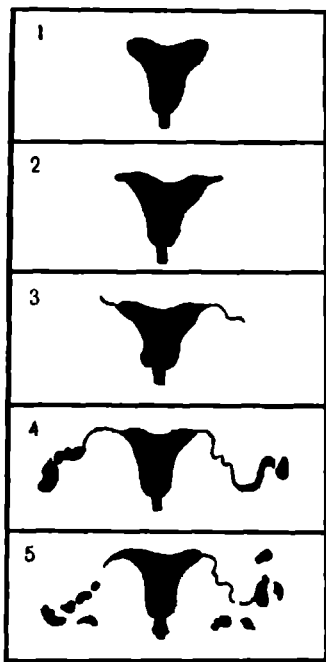
Бепуштлиқнинг бу турини қуйидаги омиллар билан ажратилади:

1. Най-перитонеал
2. Бачадон
3. Бачадон бўйни
4. Қинга боғлиқ

1. Най бепуштлиги бачадон найларининг анатомик-функционал ўзгаришлари оқибатида келиб чиқади. Учраш сони 30-70%.

Перитонеал бепуштлиқ деб, кичик чаноқ бўшилиғидаги чандиқ жараёнлари туйфайли 1 ёки 2 та найнинг ўтказувчанлиги бузилиши туйфайли юзага келадиган бепуштлиқка айтилади. Учраши - 9,2-34%

Най бепуштлигини 2 та асосий турга ажратиш қабул қилинган. Бача-



75 Расм 1—4- Бачадон найчаларини ўтказувчаннинг йуклиги, 5-борлиги

дон найлари функциясининг бузилиши ва уларнинг органик ўзгаришлари.

Бачадон найлари функциясининг бузилиши кўп сабаблар натижасида юзага чиқади:

а) бепуштлиқ оқибатидаги сурункали психологик стресс

б) жинсий гормонлар синтезининг бузилиши

в) буйрак усти беши ва симпатикоадренал система глюкокортикоид функциясининг бузилиши.

Бачадон найларининг органик шикастланиши улар ўтказувчанлигининг бузилиши билан кечади (75 - расм).

Бачадон найлари органик ўзгаришларининг асосий сабаблари қуйидагилар ҳисобланади:

а) жинсий аъзоларнинг яллиғланиш касалликлари

б) пельвиоперитонит, аппендицит, кейинчалик аппендэктомия билан, ички жинсий аъзолардаги жарроҳлик муолажалари билан боғлиқ ўзгаришлар

в) бачадон найлари эндометриози.

Бепуштлиқнинг най-перитонеал формасида даволаш:

1. Яллиғланишга қарши даво ўтказиш
2. Гормонал бузилишларни коррекция қилиш
3. Лапароскопия
  - а) Чандиқларни кесиш (сальпинго-, оварио-, фимбриолизис)
  - б) Сальпингостомия, сальпингонеостомия
  - в) Эндометриоз ўчоқларини коагуляция қилиш

Бачадондаги органик ўзгаришлар туфайли юзага келадиган бепуштлиқнинг сабабларига-ички эндометриознинг бошланғич формалари, бачадон субмукоз миомаси, эндометрий гиперплазияси ва полиплари, турли этиологияли яллиғланиш жараёнлари киради. Бу ўзгаришлар мено-, метроррагия, олигоменорея ва аменорея шаклида клиник намоён бўлади.

Бачадон бўйни ва қиннинг орттирилган нуқсонлари кўпинча жинсий аъзоларнинг яллиғланиш касалликлари натижасида, жарроҳтик муолажалари оқибатида келиб чиқади. Бачадон бўйни омили сперматозоидларнинг ташилишида катта аҳамиятга эга. Бачадон бўйни шиллигининг бузилиш сабаблари:

1. Яллиғланиш ўзгаришлари
2. Гормонал бузилишлар
3. Сперматозоидларга нисбатан антитаналар бўлиши
4. Бачадон бўйни анатомик ўзгаришлари.

Бачадон бўйни омилида даволаш:

1. Яллиғланишга қарши даво
2. Тухумдонлар функциясини яхшиловчи даво.



3. Сперматозоидларда антитаналар бўлса, барьер (тўсиқли) даво 6 ой давомида презервативлар қўллаш
4. Бачадон ичига инсеминация қўллаш
5. Анатомик ўзгаришлар бўлса, пластик жарроҳлик муолажаларини қўллаш.

Нишон аъзоларининг сурункали яллиғланиши билан боғлиқ бепуштлиқни даволаш:

Нишон аъзоларида сурункали яллиғланиш касалликларини аниқлаш учун провокация методи қўлланилиб, қин, цервикал канал ва уретра ажралмалари бактериологик ва серологик текширилади. 50% ҳолларда инфекция бачадон найлари ва чаноқ бўшлиғида бўлишини ҳисобга олиб, микрофлорани текшириш мақсадида материал лапароскопия ёки орқа гумбаз пункцияси орқали олинади (агар шароит ёки кўрсатма бўлса).

Антибактериал препаратлар касаллик қўзғатувчиларининг уларга бўлган сезувчанлигидан келиб чиққан ҳолда тавсия қилинади.

Сурункали яллиғланиш касалликларини даволашда кўпинча амалиётда Г.М.Савельева (1987) таклиф қилган схемадан фойдаланилади.

Антибактериал препаратлар.

1.
  - 1) яримсинтетик пенициллинлар
  - 2) Цефалоспоринлар(цефалексин, ТЕВА, ципроден)
  - 3) Тетрациклин гуруҳи
  - 4) Аминогликозидлар
  - 5) Левомецетин гуруҳи
  - 6) Рифампицин гуруҳи
2. Метронидазол-ТЕВА, метрогил  
Тинидазол
3.
  - 1) Нитрофуран ҳосилалари
  - 2) Простагландин ингибиторлари
4. Нистатин, фунгикейр (кандидамикозга қарши даво)  
Витаминотерапия  
Иммунотерапия  
Физиотерапия  
Гипосенсибилизация

### **Иммунологик бепуштлиқ**

Бепуштлиқ сабаби спонтан рўй берувчи антисперма иммунитет: эркакларда айрим шароитларда ўзининг спермасига нисбатан антитаналар бўлиши, аёлларда эрининг спермасига антитаналар бўлишидир.

Давоси: 6 ойгача презерватив қўллаш, аёлларда глюкокортикоид терапия спермани суюлтириш учун қўлланилади.

### **Психоген омиллар**

Кўпгина бепушт аёлларда психоэмоционал ҳолатида турли ўзгаришлар борлиги аниқланади. Ёлғизлик, ҳайз олди давридаги истерик ҳолатлар бунга мисол бўлади. Бундай аёллар невропатолог, психоневролог назоратида бўлишлари керак.

## Эркаклар бепуштлиги

Насл қолдиришда эркак омилининг роли етилган тухум ҳужайрани уруғлантириш ҳамда эркак сперматозоидини ярим генетик материални киритиш йўли билан эркак индивидумининг ирсий белгиларини узатишдан иборат.

Ҳар бир етилган эркак жинсий ҳужайраси 72-74 кун давомида ривожланади ва параллел равишда уларнинг кўп қисми ривожланиб шаклланади. Сперматогенез жинсий етилиш давридан бошлаб бутун ҳаёт давомида узлуксиз рўй беради.

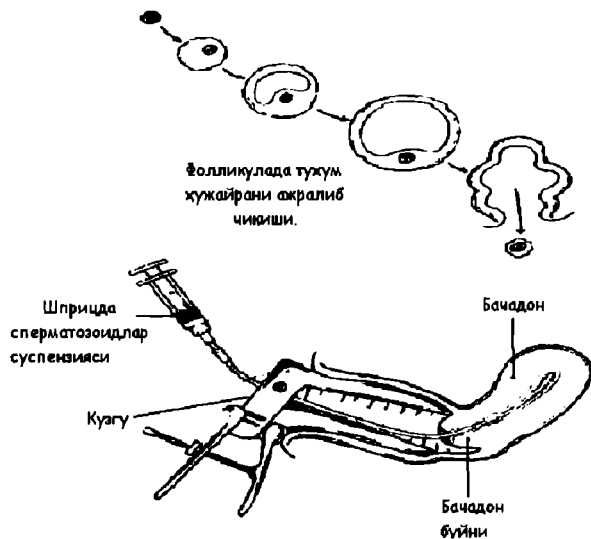
Эркаклар бепуштлигини секретор ва экскретор турлари фарқланади.

Эркаклар бепуштлигининг секретор тури сперматогенез бузилиши билан характерланади, экскретор тури - сперма ажралишининг бузилиши билан характерланади. Bankroff (1985) маълумотларига кўра эркаклар бепуштлиги 40-50% ҳолларда учрайди.

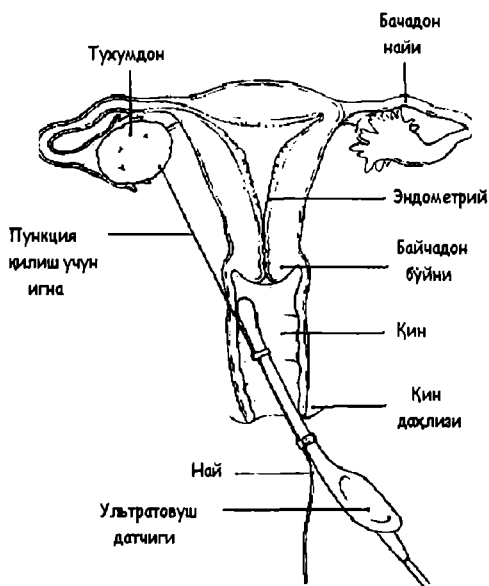
Нормал спермограмма параметрлари:

1. Эякулят миқдори - 2-5мл
2. Эякулятда сперматозоидларнинг умумий миқдори > 50 млн
3. Актив ҳаракатчанлик >50%
4. Аглютинация йўқ
5. рН 7,2-7,8
6. Лейкоцитлар <1,0

Эркаклар бепуштлигини даволаш усули (ИОСД) донор спермаси билан сунъий уруғлантиришдан иборат (76 расм).



76 – Расм. Бачадон ичига сперматозоид юбориб, сунъий уруғлантириш.



77 – Расм. Тухум ҳужайрасини пункция ва аспирацион усули билан олиш УТТ назорати остида.

Экстракорпорал уруғлантириш ва эмбрион трансплантацияси нисбатан янги, анча мураккаб ва қиммат даволаш усулларида бири бўлиб, бу одам тухум ҳужайрасини *in vitro* шароитда уруғлантириш, уни урчитиш ва эмбрионни бачадонга жойлаштиришдан иборатдир.(77, 78-расм)

*In vitro* усули билан уруғлантириш муваффақияти даставвал етишган ооцитлар олишнинг оптимал (қулай) муддатларини аниқлашга ва барча муолажаларни бажариш техникасининг аниқлигига боғлиқ.

### АМАЛИЙ КЎНИКМАЛАР.

- Бепуштлик билан аёлни текшириш усуллариини ўтказиш:
  - базал температурани ўлчаш;
  - овуляцияни аниқлаш;
  - бачадон найчалари ўтказувчанлигини аниқлаш учун гинекологга юбориш.
  - УЗИ, ГСГ ни натижаларини тўғри тушуниш.
- Бемор эрини уролог ёки андролог маслаҳатига юбориш.
- Нормал спермограммани билиш.

### “Бепуштлик”

**Мақсад:** талабаларга беморни объектив ва субъектив маълумотларга асосан диагноз қўйиш, касаллик оғирлик даражасини баҳолаш ва даволаш тактикасини танлашни ўргатиш.

**Таъминланиш:** кушетка, қин кўзгулари, гинекологик кресло, стерил қўлқоп, тонометр.

- Аёл гинекологик креслода оёқларини чаноқ-сон ва тизза бўғимида букилган ҳолда ётибди.
- Шикоятлари: мунтазам жинсий ҳаёт кечириб 1 йил давомида

### Бепушг аёлларни текшириш усуллари.

- Анамнез (ҳайз ва овуляция анамнези, систем касалликлари, ўтказилган жарроҳлик муолажалари, яллиғланиш касалликлари.
- Гормонал текшириш (ЛГ, ФСГ, пролактин, тестостерон)
- Ҳайз циклининг 6-8 кунда гистеросальпингография, овуляция кунларида- кимопертубация.
- Фолликуллар ўсишининг ультратовуш биометрияси
- Эркак спермаси таҳлили
- Ҳайз циклининг 12-14 кунларида посткоитал тестлар (ПКТ) ўтказиш
- Лапароскопия
- Ҳайз бошланишидан 2-3 кун олдин эндометрий биопсияси.

- ҳомиладор бўлмаслиги.
3. Касаллик анамнези: касалликни бошидан ўтказган абортлар, операциялар ҳамда яллиғланиш касалликлари билан боғлайди.
  4. Ҳаёт анамнези: ҳайз келиши, 17 ёшдан, 3-4 кундан, ҳар 28 кунда, жинсий ҳаёти 19 ёшдан, гинекологик касалликлари – сурункали аднексит. Ирсиятга мойиллиги йўқ, зарарли одатлари йўқ.
  5. Умумий кўрув: ўзгаришсиз
  6. Қорни кўрувда: ўзгаришсиз  
Перкуссияда: патология аниқланмайди.
  7. Дастлабки диагноз: шикоятлари, ҳаёт ва касаллик анамнези ҳамда локал статус ва объектив маълумотларга асосланиб қўйилади.  
Кон умумий анализи: ўзгаришсиз  
УТТ: бачадон ортиқлари сурункали яллиғланиши кузатилади.  
Диагностик лапароскопия: бачадон ортиқлари соҳасида чандиқли жараён ёки тухумдонлар поликистози ва тухумдонда ҳамда қорин бўшлиғида эндомероид ўчоқлари аниқланади.  
Кўзгуларда кўрув: қин шиллиқ қавати ва бачадон бўйни ўзгаришсиз.  
Қин орқали текширув: яллиғланиш аломатлари ёки жинсий инфатилизм аниқланади
  8. Клиник диагнозни қуйиш ва асослаш дастлабки диагноз ва клиник – инструментал текширувларга асосланиб қўйилади.
  9. Асоратлари: бачадондан ташқари ҳомиладорлик бўлиши ва эндокрин бузилишлар.
  10. Дифференциал диагностикаси: эндокрин бузилишлар жинсий аъзолар нуқсонли жойлашиши, мутлоқ нисбийдан.
  11. Оператив даволаш  
Диагностик ва даволаш мақсадида лапароскопия.  
Жарроҳликдан кейинги даврда  
Умумий ва маҳаллий антибактериал терапия  
Организмнинг бузилган фаолиятини тиклаш
  12. Реабилитацион терапия
  13. Профилактикаси: Жинсий аъзолар яллиғланиш касалликларини ўз вақтида аниқлаш ва даволаш.

### **Масала.**

1. Бемор 27 ёшда фарзанд йуклигига шикоят билан келди. Жинсий ҳаёт 23 ёшдан. Эри соғлом. 3 йилдан бурун икки ойликда ҳомила ўзи-ўзидан тушган эди. Тана ҳарорати 38° С градусга кутарилган ва қорин пастида оғрик булган. Бир неча марта ортиқлар яллиғланишидан даволанган. Гинекологик кўриқда узгаришлар йук.  
Қандай текшириш усуллари қуллаш керак?  
Бепуштликнинг қандай формаси?  
Даволаш принциплари.
2. «Оила ва никоҳ» поликлиникасига 3 йил давомида ҳомиладор бўлмаётганлигига шикоят килиб, эр - хотин мурожат қилди.

### **Диагноз?**

Олиб бориш тактикаси?

Қанақа текширувлар ўтказиш лозим?

Қайта мурожат қилганда биринчи ўринда қайси анализларни жавоби бўлиши керак.

1. Бирламчи бепуштлик
2. Эркалар бепуштлигини текшириб кўриш керак.
3. Аёлни функционал диагностика тестлари ёрдамида текшириш керак.
4. Гинекологик кўрувдан ўтказиш лозим.
5. 3 та нуқтадан флорани аниқлаш учун суртма олиш керак.
6. Ульгратовуш маълумотлари керак.
7. Гистеросальпингография маълумоти керак.

### *ЎРГАТУВЧИ ТЕСТЛАР*

1. Бепуштликда цервикал омилни тиклаш мақсадида даволашга қандай чора-тадбирлар киради:
  1. бачадонни ички уруғлантирилиши;
  2. эстрогенларни кичик дозада қўллаш;
  3. экстракорпорал уруғлантириш ва эмбрион трансплантацияси.
2. Аёллар бепуштлиги сабабларини кўрсатинг:
  1. бачадон ортиқлари туберкулези;
  2. сўзак;
  3. токсоплазмоз, цитомегаловирус. хламидиоз;
  4. бачадон бўйни атрезияси.
3. Спермограмманинг қандай ҳолатларини биласиз:
  1. тератозооспермия;
  2. астенозооспермия;
  3. олигозооспермия;
  4. азооспермия;
  5. аспермия.
4. Бепуштликни даволашда қандай янги усуллар қўлланилмоқда:
  1. сунъий уруғлантириш (донор спермаси ёки эрининг спермаси билан);
  2. экстракорпорал уруғлантириш ва эмбрион трансплантацияси.
5. Қандай ҳолатлар бепуштликка сабаб бўлиши мумкин:
  1. специфик ва носпецифик яллиғланиш касалликлари;
  2. инфантилизм;
  3. эндокрин безлари фаолиятининг бузилиши;
  4. эндометриоз;
  5. (қорин бўшлиғида), кичик чаноқ бўшлиғида ўтказилган турли операциялар;
  6. иммунодефицит ҳолатлар.
6. Бепуштликнинг қандай турларини биласиз:
  1. бирламчи;
  2. иккиламчи;
  3. эркалар бепуштлиги;
  4. аёллар бепуштлиги;
  5. эндокрин безлар фаолияти бузилгандаги бепуштлик;
  6. перитонал бепуштлик.
7. Бепушг аёлларни текшириш усуллари қандай:

1. анамнез йиғиш;
  2. объектив текшириш;
  3. функционал диагностик тестлар;
  4. посткоитал тестлар;
  5. УТТ.
8. Бепушт аёлларни инвазив текшириш усулларини айтинг:
1. гистеросальпингография;
  2. қонда гормонлар миқдорини аниқлаш;
  3. лапароскопия;
  4. эндометрий биопсияси.
9. Аёллар бепуштлигининг асосий сабабларини айтинг:
1. анатомик ўзгаришлар;
  2. яллиғланиш;
  3. эндокрин;
  4. иммунологик.
10. Оиладаги бепуштликнинг қанақа 2 хилини биласиз:
1. эркаklar бепуштлиги.
  2. аёллар бепуштлиги.
11. Аёллар бепуштлигини даволашнинг консерватив усулларини айтинг:
1. яллиғланишга қарши медикаментоз;
  2. циклик гормонал даво ёки синтетик прогестинлар;
  3. овуляцияни кломифен (кlostилбегит), ХГ ёрдамида стимуллаш;
  4. санаторий-курорт;
  5. физиотерапевтик.
12. Аёллар бепуштлигини жарроҳлик йўли билан даволаш усуллари:
1. цервикал канални кенгайтириш;
  2. бачадон бўшлигини тозалаш;
  3. лапароскопик жарроҳлик;
  4. бачадон ортиқларида микрохирургик жарроҳлик;
  5. миомэктомия.
13. Яллиғланиш сабабли бепуштликнинг асосий сабабларини айтинг:
1. кольпитлар;
  2. цервицитлар;
  3. эндометрит;
  4. сальпингит;
  5. оофоритлар.
14. Эндокрин сабабли бепуштликнинг қанақа хилларини биласиз:
1. гипоталамо - гипофизар системасидаги бузилишлар;
  2. тухумдон етишмовчилиги;
  3. гиперандрогинемия;

4. гиперпролактинемия.
15. Най бепуштлигини жарроҳлик усулида даволаш нимадан иборат:
  1. перитубар чаноқлардан озод қилиш;
  2. сальпингостомия;
  3. найлар ўтказувчанлигини тиклаш.
16. Яллиғланиш сабабли бепуштликда қанақа текширувлар ўтказиш лозим?
  1. кўзгуларда кўриш;
  2. бимануаль текширув;
  3. уретра, қин ва цервикал каналдан қин тозалигига суртма олиш;
  4. қиндан бактериологик эзма;
  5. TORCH - инфекцияга қон;
  6. гениталий аъзолари УТТ.
17. Эндокрин бепуштликда қанақа текширувлар ўтказиш лозим?
  1. иккиламчи жинсий белгиларни баҳолаш;
  2. гениталий ва кўкрак безларини кўрув;
  3. гениталий (тухумдонлар)ни УТТ;
  4. функционал диагностика тестлари;
  5. гормонларга қон;
  6. бош суягини R - графияси.
18. Най бепуштлигини даволаш усуллари?
  1. антибактериал даво;
  2. парацервикал блокада;
  3. гидротубациялар;
  4. лапароскопия.
19. Тухумдон бепуштлигини даволаш:
  1. циклик гормонал даво (ҳайзни I-фазасида фолликуллин, II - фазасида прогестерон);
  2. синтетик прогестинлар ( нон овлон, ригевидон, триквилар, микрогинон 2 - 3 ой);
  3. кломифен (кlostилбегит) ҳайзнинг 5 - кундан 9 - кунгача;
  4. ҳайз цикли 9 - 11 13 - кунлари ХГ бериш;
  5. ҳайзни II - фазаси етишмовчилигида гестагенлар (прогестерон, норколут, туринал, дюфастон).
20. Бепуштликни сабаби сифатида анавулятор цикл диагностикаси:
  1. базал ҳарорат ва бошка функционал диагностика тестларини текширув;
  2. қонда прогестерон, сийдикда прегнандиол миқдорини аниқлаш;
  3. фолликуляр фазада УТТ.
21. Қанақа анамнестик маълумотлар бачадон найларида органик

Ўзгаришлар борлигидан дарак беради:

1. аёллар жинсий аъзолари яллиғланиш касалликлари;
  2. анамнезидаги ҳомила тушишлари;
  3. аппендэктомия;
  4. кичик чаноқ аъзоларидаги жарроҳлик аралашуви;
  5. эндометриоз.
22. Яллиғланиш сабабли най бепуштлигини даволаш усуллари:
1. антибактериал даво;
  2. витаминтерапия;
  3. сўрилувчи даво;
  4. иммунотерапия;
  5. физиотерапия;
  6. антигистамин даво.
23. Аёллар бепуштлигини текшириш усуллари:
1. анамнез;
  2. бемор эрининг спермограммаси;
  3. умумий кўрув;
  4. гинекологик кўрув;
  5. овуляцияни функционал диагностика тестлари ёрдамида аниқлаш;
  6. қин тозалик даражасини аниқлаш;
  7. гениталий аъзолари УТТ;
  8. гистеросальпингография;
  9. қонда гормонлар миқдорини аниқлаш;
  10. лапароскопия.
24. Най бепуштлиги профилактикаси:
1. эр - хотинда яллиғланиш касалликларининг олдини олиш;
  2. аппендицитни ўз вақтида аниқлаб даволаш;
  3. туғруқ ва чилла даврини рационал олиб бориш;
  4. кичик чаноқ аъзоларида ўтказилган жарроҳлик аралашуви-дан кейинги реабилитация.

### *НАЗОРАТ САВОЛЛАРИ*

1. Бепушт никоҳ тушунчаси
2. Аёл бепуштлигининг асосий сабаблари
3. Бепуштликнинг эндоқрин турини айтинг.
4. Най-перитонеал бепуштликнинг сабаблари.
5. Иммунологик бепуштликни аниқлаш.
6. Эркаклар бепуштлигининг сабаблари.
7. Текшириш усулларига нималар қиради.
8. Нормал спермограммани ёзиб беринг.
9. Аёллар бепуштлигини даволаш усуллари.



# ЗАМОНАВИЙ КОНТРАЦЕПЦИЯ УСУЛЛАРИ

## Мақсад.

Замонавий контрацепция усуллари, қўллашга кўрсатмалар, қарши кўрсатмалар билан талабаларни таништириш.

## Вазифалар.

- 1 Контрацепциянинг тўсиқ усули ва спермицидлар
- 2 Контрацепциянинг ритмик усуллари
- 3 Бачадон ичи воситалари (БИВ)
- 4 Гормонал контрацептивлар
- 5 Ихтиёрий жарроҳлик стерилизацияси.

XX аср иккинчи яримда контрацепция технологиясида катта ютуқларга эришилганга қарамай, оилани режалаштириш каби катта муаммо бир қанча ривожланган мамлакатлар диққатини ўзига жалб қилиб келмоқда «Оилани режалаштириш» ЖССТавсияларига мувофиқ комплекс тадбирларни амалга оширишни кўзда тутуди Бу тадбир бир вақтни ўзида бир қанча масалани ҳал қилади: а) ҳомиладор бўлишдан сақланиш; б) ўзи ис-таган пайтда бола кўриш; в) ҳомиладорликлар орасида интервалларни бошқариб билиш; г) бола туғиш вақтини ота-онасига қараб назорат қилиш; д) оилада неча фарзанд бўлишини белгилаш.

Эр-хотинлар орасида контрацепция усуллари раионал равишда қўлланилиши, ота-онанинг моддий аҳволи яхшилангунча фарзанд кўришга шошилмай кутишларига имкониятлар яратади. Бундан ташқари бир қатор контрацепция препаратлари, жинсий йўл билан ўтувчи касалликлардан сақлайди, репродуктив системага терапевтик таъсир қилади ва ўсма касалликларини ривожланишини олдини олади. Ҳорзирги пайтда контрацептив препаратларни классификациялаш қуйидагича қабул қилинган:

- 1 Контрацепциянинг турлари: тўсиқ (ёки механик); спермацидлар (ёки кимиёвий); ритмик (ёки биологик);
- 2 Контрацепцияни замонавий усуллари: бачадон ичи воситалари; гормонал, ихтиёрий, хирургик стерилизация, туғишни бошқаришни махсус тури ҳисобланади.

Контрацептив препаратлар қуйидаги талабларга жавоб бериши керак: юқори контрацептив эффективликка эга бўлиши; аёл организмга ва жинсий жуфтга патологик таъсир қилмаслиги; кейинги авлодга тератоген таъсири бўлмаслиги; қабул қилишининг оддийлиги; арзон, шунингдек дидига мос тушадиган ва конфиденциал бўлиши керак.

## Контрацепцияни тўсиқ усули ва спермицидлар

Контрацепцияни тўсиқ усулига-диафрагма, бўйин қалпоқчалари, губка, презарвативлар кирази. Тўсиқ усулидаги контрацепцияни таъсир механизми сперматозоидларни бачадон бўйни канали орқали репродукция системани юқори бўлимларига ўтишига тўсқинлик қилади.

## Диафрагма

Ҳозирги пайтда замонавий қалпоқчалар резина ва латексдан ишланиб улар гумбазсимон қалпоқчаси эгилувчан, пружинасимон равоғига эга.

1. Ясси пуржинали диафрагма-у қин мушаклари тонуси яхши бўлган, туғмаган аёллар шунингдек, қов суюги орқа равоғи унчалик чуқур бўлмаган чуқурчаси бўлган пациентларга яхши мос келади: у енгил букилади ва махсус асбоб билан осон қўйилади.
2. Спиралсимон пружинали дифрагма - қин мушаклари тонуси паст бўлган пациентларга тавсия қилинади.

Равоқсимон пружинали дифрагма катта пружинали кучига эга ва йиғилган ҳолда равоққа ўхшайди. Бир қанча турлари мавжуд. Гардиши бўйлаб исталган нуқтада букиладиган дифрагамалар (шарнир конструкцияли) кўпчилик аёлларга тавсия этилади. Диафрагмани танлашда қин ўлчами чуқурлигини ва оралиқ мушаклари тонусини инобатга олинади. Диафрагма организмда ёқимсиз сезги чақирмаса, оптимал ҳисобланади. Диафрагманинг тўғри танланганлигига ишонч ҳосил қилиш учун оддий усули мавжуд: диафрагмани диаметрини катта ўлчами қинни чуқурлигига тенг бўлиши керак.

Тўғри танланган диафрагма силжимаслиги керак, чунки у қинни ён деворлари ва орқа гумбази билан мустаҳкам бириккан бўлади. Туққан аёлларда 70-80мл диафрагма тўғри келади. Туғруқдан кейин, аборт, гинекологик операциялардан кейин озиш ва семиришлардан кейин диафрагма ўлчамлари бошқатдан танланади.

Кўрсатмалар: ҳомиладор бўлиш хавфи паст бўлган аёлларга маҳаллий контрацепция, контрацепциянинг ритмик усули билан қўшилган ҳолда, орал ёки бачадон ички контрацептивлар ишлатилмаганда вақтинчалик контрацепция усули.

Моънеликлар: исталмаган ҳомиладорликдаги юқори ҳавф, резина, латекс, спермацидларга аллергия, эндоцервицит бачадон бўйни эрозияси, бачадон бўйнини хавфли ўсмага гумон қилиш, колпит, сийдик йўли инфекцияси рецидиви, анамнездаги токсик шок синдроми, қин ривожланиши нуқсонли, қин деворларининг тушиши.

Асорати ва ножўя таъсирлари: аллергия, сийдик чиқарилишини тутилиши, аёлда жинсий алоқа пайтида ёқимсиз сезги, вагинал кандидоз қайталаниши, сийдик йўли инфекцияси, ички жинсий органлар яллиғланиш касалликларини қўзиши.

Афзалликлари: оддийлиги ва хаммабплиги, кўп марта ишлатиш мумкинлиги, бачадон бўйни раки профилактикаси

Бўйин қалпоқчалари

- А) Кафка - қалпоқчаси каучук, алюминий ёки зич резинадан қилинади. Бачадон бўйинчасига 3 кун ўтгач кийгизилади ва ҳайз цикли тугашига 3 кун қолганда олинади.
- Б) Прентиф - қалпоқчаси юмшоқ резинадан қилиниб равоғини ички юзасидан кесма бор, бўйинчага 36-48 соатга кийгизилади.
- В) Думас - қалпоқчаси чуқур бўлмаган, йирик юмшоқ резинадан қилинади диафрагмага ўхшаб қин гумбазига зич бирикади. Бачадон бўйнидаги чандиқли ўзгаришларда ёки деформацияларда тавсия қилинади.

Исталмаган ҳомиладорликда юзага келувчи юқори хавф, бачадон бўйинчасидан олинган суртмаларда атипик ҳужайраларни топилиши, цервицит, папиллома, вирусли инфекция, қин, бачадон тухумдонларни яллиғланиш касалликларининг қайталаниши, сийдик чиқарув трактини инфекцияси қайталаниши, анамнездаги токсик шок синдроми, қин деворларини тушиши, бачадон бўйни эрозияси

Ножўя таъсири: ёқимсиз сезги, қорин пасти ва белда оғриқлар, спермицид, резинага аллергия, папиллома вирусли инфекцияни цервикал эпителийга юқори сезувчанлиги.

### **Контрацептив губка(булутча)**

Контрацептив губка кимиёвий ва механик усуллардан самарали бўлиб, сперматозоидларни бачадонга киришига тўсқинлик қилади ва спермацид модда ажратиб чиқаради.

Презерватив

Ҳозирда уни жуда юпқа резинадан (қалинлиги 1мм) ишланади.

**Кўрсатма:**

жинсий йўл орқали ўтувчи касалликларини олдини олиш учун, орал ва бачадон ичи контрацепция воситаларини олишни вақтинча тўхтатилганда, бошқа турдаги контрацепция усуллари билан биргаликда фойдаланиш.

### **Спермицидлар**

Спермицидлар (фарматекс: шамча,қин таблетка, крем, тампон; дельфин, концептрал, коромекс, рамзес ва б.) таъсир механизми бир неча секундалар ичида сперматозоидларни парчалаш хусусиятига эга бўлган актив ингредиентдан иборат (79расм). Ҳозирда фаол ингредиент сифатида сурфактантлар: бензалкония хлорид, ноноксинол-9, октоксинол, фаол ферментлар ингибиторлари: А ген 53, син-а-ген ишлатилмоқда

Крем желе махсус аппликатор ёрдамида чуқур қинга киргизилади.

**Спермицидларни қўллашга кўрсатма:**

тўсиқ усулидаги контрацептив препаратлар билан бирга қўлланилади.

### **Ритмик усули**

Ритмик усули (биологик усул) бу жинсий алоқадан периовулятор даврда сақланиши ёки шу даврда бошқа контрацепция препаратлардан фойдаланиш.

Овуляция ёки тухум ҳужайрани етилиши 14-15 кунига тўғри келади, ритмик усулни 4 та варианты мавжуд.

1. Тақвим усули
2. Ҳарорат
3. Цервикал
4. Синтотермал

Ҳарорат усули: бу усул фертил даврда базал ҳароратни аниқлашга асосланган, овуляциядан олдин (12-24 соат) ҳарорат бирдан тушади. Овуляциядан кейин яна кўтарилади.

Цервикал усул: бу усулда эстрогенлар таъсирида бўйинча шиллиги хактери ўзгаради. Преовулятор даврда шиллиқ очиқ, тиниқ, чўзилувчан бўлиб қолади.

Синтотермал усул: бу усул юқоридаги тақвим, ҳарорат усули ва цервикал усулларни ўзида мужасамлаштиради.

### **Замонавий БИВлар.**

1. Таркибига барий сульфат қўшилиб полиэтилендан ишланган инерт (ёки нетрал) контрацептивлар
2. Таркибида мис (Соорег Т380А, Мультилоид Си-375) ва гестагенлар

(Мирена) сақлаган препарат (80 расм).

Таъсир механизми тўлиқ аниқланган эмас: мис ионларини спермато ва овотоксик таъсири; БИВнинг абортив таъсири миометрий тонусини оширувчи простагландинлар синтезини кучайтиради; БИВнинг бачадон найлари перистальтикасини кучайтиради; БИВ имплантацияга таъсир қилувчи эндометрийда чиқарилиши; БИВмакрофаг билан сперматозоид фагоцитозини кучайтиради; БИВ бачадон шиллиқ қаватида кислотали ва асосли фагоцитларни миқдорини оширади; БИВ таъсирида эндометрийни функционал активлиги пасаяди.

Буларнинг ҳаммаси бачадонда ҳомиланинг ривожланишига йўл қўймайдиган восита ҳисобланади.

**БИВни ишлатилишининг асосий тамойили:**

ҳайз циклининг 4-6 кунни (ёки ҳайзнинг охириги 2-кунни), асоратсиз туғруқдан олти ҳафта ўтгач, ҳайз циклининг исталган бир кунни. БИВларнинг чиқарилиш турлари бўйича бир неча турлари мавжуд.

БИВни киритиш техникаси унинг қутисиди кўрсатилган.

БИВга кўрсатма: БИВ аёллар учун энг қулай усул ҳисобланади

**Моънеликлар:**

- а) Мутлоқ: ноаниқ генезни қон кетишлар, ҳомиладорлик, мисга аллергия, аёл жинсий аъзолари раққа гумон қилинганда, ички ва ташқи жинсий аъзоларни ялиғланиш касалликлари, анамнезда туғруқларни бўлмаслиги.
- б) Нисбий: жинсий тизим ривожланиш нуқсонлари, миома, эндометриоз, инфантил бачадон, деформациялар, қон касалликлари, экстрогенитал касалликлар.

**Ноҳўя таъсирлар:**

1. Оғриқ-простогландинлар секрециясини ошиши натижасида юзага келади: экспульсия, тўлғоқсимон оғриқлар, бачадон ва ортиқларнинг ялиғланиш касалликлари, ўз-ўзидан аборт, эктопик ҳомиладорлик, хуружсимон оғриқ, қонли ажралма.
2. Ҳайз циклининг бузилиши: гиперполименорея, альгодисменорея, бачадондан циклик қон кетишлар.
3. Бачадоннинг ялиғлиш касалликлари.
4. Экспульсия.
5. Ҳомиладорлик.
6. Перфорация (бачадон тешилиши)

БИВ ишлатадиган аёлларга тавсиялар

- 1) биринчи текширув БИВ қўйилгандан 3-5 кун ўтгач ўтказилади.
- 2) жинсий ҳаётни тиклаш фақат кўриқдан кейин руҳсат берилади
- 3) қайта кўриқ ҳар 3-6 ойда амалга оширилади
- 4) Беморга ҳар цикл пайтида ипчаларини пайпаслаб кўришни ўргатиш.
- 5) ҳарорат кўтарилганда, қорин пастида оғриқ, патологик ажралмаларда ва ҳайз цикли ўзгарганда шифокорга мурожаат қилиш керак.

## ГОРМОНАЛ КОНТРАЦЕПЦИЯ

Бу орал контрацептив (ОК) препаратлар ҳам дейилади, булар таблетка ҳолида бўлиб, ҳар бир таблетка эстроген ва прогестерон сақлайди. Шулардан ярина, жанин, диане-35, логест, триквилар, микрогинон, ригевидон, новинет, регулон ва бошқалар кенг қўлланилади (81 расм).

**ОКларнинг репродуктив системага таъсири:** гипоталамо-гипофизар ЛГ ва

ФСГ миқдори пасайиб кетади. Овуляция бўлмайди, тухумдонлар ўлчамлари кичрайиб уни структураси функционал жиҳатлари ўзгаради, эндометрийда пролифератив ўзгаришлар юзага келади, бачадон бўйни гиперсекреция ва бачадон цервикал каналнинг шиллиқли физик-кимиёвий хусусиятлари ўзгаради. Контрацептив эффекти 100% бўлиб ҳисобланади. ОК таркибидаги эстроген ва гестаген компонентларига кўра монофазали ва кўп фазали ОКларга бўлинади, буларни умумий қабул қилиш тартиби циклнинг 1 кунидан 1 таблеткадан бир хил вақтда 21 кун мобайнида кейин 7 кун дам олиш берилади ва яна юқоридаги каби ичиб бошланади, бу монофазали ОКлар учун кўп фазали ОКларни қабул қилишда ҳайз цикли бошлангандан 1 таблеткадан ичилади ва 21 кун давомида 7 кун дам олиш.

**Кўрсатмалар:** Ишончли контрацептивликга эга бўлиши; ҳайз цикли бузилишларда ва бошқа патологик ҳолатларда терапевтик таъсири, туғишни назорат қилишга қулайлиги, туғмаган ёш аёлларни жинсий фаоллиги, туғруқ ёки абортдан кейинги аҳволи

**Моъъеликлар:** Мутлоқ: тромбоземболик касалликлар, бош мия томирлар системасининг зарарланиши, репродуктив система ва сут безларининг хавфли ўсмалари, жигар функциясидаги оғир бузилишлар.

Ножўя таъсири ва асорати: эстерогенга ножўя таъсир кўнгил айнаши, сезувчан, сут безлар катталашиши, бош оғриғи, бош айланиши, қалтираш, гипертензия, тромбофлебит. Гестагенга боғлиқ ножўя таъсирлар иштаҳани кўтарилиши, депрессия, тез чарчаши, нейродермит, терининг қичиши, ёғли ҳолат ошиши, сут безларида оғриқ, қаттиқлашиши, ҳолсизлик, сариклик, қин кандидози. Эстрогенлар етишмовчилигида қўзғалувчанлик, бош оғриғи, депрессия, сут безларини кичрайиши, циклнинг бошида ёки охирида ёки ўртасида қонсимон ажралмалар чиқади. Прогестагенлар: ҳайзлараро қонли ажралмалар. ҳайз циклига ўхшаш реакциялар ёки тўхтаб қолиши кузатилади.

ОК танлаш принци. Бу принципларни тавсия этишда беморни гинекологик ва соматик статусларини, жинсий активлигини эътиборга олиб препаратлар танланади.

- 1) ОК тавсия этишда қарши кўрсатмаларни қатъий эътиборга олинади
- 2) Ҳар йилги гинекологик текширувлар
- 3) Бачадон ва унинг ортиқларини тарнсвагинал ультратовушли сканерлашни ўтказиш
- 4) Сут безларини ҳар 1/2-1 йилда кўриқдан ўтказиш
- 5) Артериал қон босимини текшириб туриш диастолик босим 90 мм. симоб устуни ҳисобида бўлганида ОК бериш тўхтатилади.

ОК қабул қилувчиларга тавсиялар

- 1 Таблетка қабул қилиш режимига қатъий риоя қилиш
- 2 Таблеткани бир хил вақтда бериш керак
- 3 Агар битта таблеткани ичмай қолганда дарҳол орадан 12 соатдан ўтмасдан ичиш керак
- 4 Менструал циклга ўхшаш реакция бўлмаса, шу система бўйича дорини ичишни давом эттирган ҳолда шифокорга мурожаат қилиш керак
- 5 Кенг таъсир доирасига эга бўлган антибиотиклар, антигистаминлар оғриқ қолдирувчилар, нитрофуранлар, барбитуратларни ОК лар билан бир вақтда берилганда ОК ни таъсири камаяди
- 6 Препаратни бериш тўхтатилгандан кейин ҳомиладорлик биринчи

циклда юзага келиши мумкин

- 7 Режали операция бўлишдан 6 ҳафта олдин ОК ни тўхтатиш керак
- 8 Режалаштирилган ҳомиладорликдан 3 ой олдин ОК ни қабул қилишни тўхтатиш керак
- 9 Шу хил дозадаги бошқа таблеткага ўтишда стандарт 7 кунлик интервал ўтиши керак, паст дозада ОК га ўтишда эски таблетка тамом бўлган кунга эртасига янгиси ичилади.
- 10 Қайд қилинганда қўшимча яна 1 таблеткани қабул қилиш керак
- 11 Ҳар қандай шикоятларни шифокор билан бирга ҳал қилиш керак.
- 12 Цикллари қонсимон ажралмалар препарат қабул қилишнинг 1-ойларда юзага келади. Бу пайтда қўшимча яна бир таблеткани қабул қилиш тавсия этилади.

### Мини-пили

Бу препарат ўз таркибида прогестагенларни микродозаларини сақлайди. Контрацептив таъсир механизми бир неча факторлардан иборат.

- А) «Бўйин омили» Мини-пилли таъсирида бўйин шиллиги миқдори пасаяди ёпишқоқлиги ошади ва бунинг натижасида сперматозоидларни кириш хусусияти перивулятор даврда пасаяди
- Б) «Бачадон омили» Мини-пили эндометрийдаги ўзгаришларга олиб келади
- В) «Най омили»-найлар тухум ҳужайралари ҳаракатини секинлаштиради.
- Г) «Марказий омили» Мини-пили овуляцияни тўхтатиб қўяди

**Қўрсатма:** катта репродуктив ёш, лактация даврида (туғруқдан 4-6 ҳафта ўтгач), эстрогенлар беришга қарши қўрсатма бўлганда, қандли диабет, 35 ёшда актив чекиш

Гормонал контрацептивлар билан биргаликда Магне-В6ни қабул қилиш ҳам тавсия этилади.

### Инъекцион усуллар

**Инъекцион препаратга:** таркибида эстроген ва андроген активлиги бўлмаган таъсир қилиш вақти узайган прогестагенлар киради (82расм).

Инъекцион препаратларнинг таъсир қилиш механизми:

овуляцияни тўхтатиши (гипоталамо-гипофизар системани ингибирлайди), цервикал канал шиллиқ қавати физик-кимиёвий хусусияти ўзгариши, ферментлар тенглигини бузилиши, эндометрийнинг имплантацияга қарши ўзгариши.

**Қабул қилиш тартиби:** Депо-провера-150 биринчи дозасини ҳайз циклининг биринчи беш кунда қилинади. Кейинги инъекциялар ҳар 12 ҳафтада қилинади. Норэстерат 8 ҳафтада 1 марта қабул қилишдан олдин флаконни секин аралаштириш ва чуқур мушак орасига юборилади.

**Қўрсатма:** бошқа гормонал препаратларни мунтазам қабул қилиш мумкин бўлмай қолганда, кеч репродуктив ёш, эстрогенларга қарши қўрсатма бўлганда, лактация даврида учун: ҳомиладорлик, бачадондан патологик қон кетиши, ҳомиладорликни яқин кунлардаги, репродуктив система аъзоларининг ёмон сифатли ўсмалари.

## **Ихтиёрий хирургик стерилизация**

Бу турдаги контрацепцияни 4 гуруҳга ажратиб ўрганилади.

Боғлаш ва ажратиш: бачадон найлари чок материали ёрдамида боғланади; Померой усули най боғланиб шу жойдан кесилади; Прокланда усули найни икки жойидан боғлаб ўртаси кесиб олиб ташланади. Бундан ташқари бир қанча турлари бор: механик усули, иссиқлик энергия йўли билан кесиш.

Ихтиёрий хирургик стерилизация қуйидаги вақтда қилинади: ҳайз цикли иккинчи ярмида, туғруқдан кейин 6 ҳафта ўтгач, гинекологик операция вақтида, абортдан кейинги стерилизация, асоратланмаган сунъий абортдан кейин, туғруқдан кейин стерилизация: кесар кесиш вақтида, 48 кундан кейин, туғруқдан 3-7 кундан кейин.

Қарши кўрсатма. Мутлақ: кичик чаноқда ўткир яллиғланиш касалликлари, тарқалган ёки ўчоқли инфекция, юрак қон томир касалликлари, аритмия, респиратор касалликлар, диабет, қон кетиши, семизлик, киндик чурраси.

Ҳозирги даврда бачадон найларини лапароскоп ёрдамида инактивация қилиш, бу усул коагуляция усулга кўпроқ ёрдамлашади.

Эрактлар стерилизацияси ёки уруғ чиқувчи найларни кесиб ташлаш ёки коагуляция қилиш.

Вазэктомия асоратлари. Гематома, яллиғланиш касалликлари, эпидидимит. Контрацептив эффекти жуда юқори ҳисобланади

### **АМАЛИЁТ КЎНИКМАЛАР**

#### **“Энг кўп тарқалган БИВни киритиш техникаси.”**

1. Кўзгуни киритиш, бачадон бўйни ва қинни антисептик эритма билан тозалаш.
2. Ўқсимон қисқичлар билан бачадон бўйнининг олдинги лабини қисиш
3. Бачадон зонди ёрдамида унинг тубини аниқлаш
4. БИВни киритишдан 5 минут олдин горизонтал учларини тўғрилаш
5. Бачадон бўшлиғи узунлиги бўйича узатгичда белги қўйиш
6. Горизонтал бўлимларини қўйиш ва белгининг узун қисмини горизонтал текисликда қўйиш
7. БИВни бачадонга киритиш, бунда ҳаракатланувчи белги бачадон бўйнига келиб тақалиши керак
8. Темир ўзагини қўзғатмаган ҳолда узатгични 0,5см га тортиш (83расм)
9. Темир ўзагини тортиб олиб қолган қисмини қўзғатмаслик
10. Цервикал каналдан узатгични олиш
11. БИВ ипчаларини 2,5-5см қолдириб қирқиб ташлаш

#### **“БИВни чиқариш техникаси.”**

Бачадон бўйни ва қин антисептик эритма билан тозаланади. Ипчаларни пинцет ёрдамида ушлаб секин тортилади.

БИВ стационарда қуйидаги клиник ҳолатларда олиб ташланади:

-амбулатор шароитда БИВни олиб бўлмайд

-БИВ фонидаги ҳомиладорлик

-БИВ ипчалари бўлмаганда

-БИВ узоқ муддат қолганда

-БИВ фонида ҳайз циклининг бузилиши.

## ЎРГАТУВЧИ ТЕСТЛАР

1. Контрацепциянинг қандай 4 усуллари ва воситаларини биласиз:
  1. механик;
  2. кимёвий;
  3. физиологик ритм-усул;
  4. жинсий алоқани тўхтатиш.
2. Замонавий контрацептивларнинг 4 самарали усулларини айтинг:
  1. орал контрацептивлар;
  3. бачадон ичи контрацептив воситалари;
  4. инъекцион контрацептивлар;
  5. хирургик (стериллаш) усули.
3. Механик контрацептивларнинг 3 асосий турини айтинг:
  1. эркаклар презервативлари;
  2. қин диафрагмаси;
  3. бачадон бўйни қалпоқчаси.
4. Кимёвий контрацептивларнинг 3 асосий турини айтинг:
  1. қин шарчалари, таблеткалари, шамчалари;
  2. кислотали эритмалар билан қинни ювиш;
  3. грамицидин пастаси.
5. Контрацепциянинг қандай 2 усулидан ҳар иккала томон (эркак ва аёл) фойдаланадилар:
  1. механик;
  2. кимёвий.
6. Бачадон ичи спиралини қандай 4 муддатларда қўйиш мумкин:
  1. ҳайзнинг 3-5 кунлари;
  2. аборт ёки ундан кейин 1 цикл ўтгач;
  3. физиологик туғруқнинг 5-куни;
  4. патологик туғруқдан сўнг ёки (патологик) кесар қиркишдан сўнг 3 ой ўтгач.
7. Орал контрацептивларнинг 4 асосий ижобий белгисини айтиб ўтинг:
  1. юқори контрацептив эффекти 97%;
  2. осонлик билан қўлланилиши;
  3. ҳайз цикли нормаллашувини таъминлаши;
  4. кетадиган қон миқдорини камайтириш.
8. Қандай 3 хил касалликнинг ривожланиш хавфи орал контрацептивларнинг қўлланилишини чеклаб қўяди?
  1. жигар касалликлари;
  2. бачадон ва тухумдон раки;
  3. бачадондан ташқари хомиладорлик.



9. Қандай аёлларда орал контрацептивларни ишлатиб бўлмайди?
  1. ёши 36 дан ошган, чекувчи аёллар;
  2. гипертония билан оғриган;
  3. оғир кечувчи қандли диабет бўлган аёллар;
  4. гепатит ва гепатоз билан оғриган аёллар.
  
10. Инъекцион гормонал контрацептивларга тааллуқли 2-та препаратни айтинг:
  1. Депо-провера;
  2. Нористерат.
  
11. Бачадон ичи спиралини қандай 4 муддатларда қўйиш мумкин:
  1. ҳайзнинг 3-5 кунлари;
  2. аборт ёки ундан кейин 1 цикл ўтгач;
  3. физиологик туғруқнинг 5-кунига;
  4. патологик туғруқдан сўнг ёки (патологик) кесар киркишдан сўнг 3 ой ўтгач.
  
12. Инъекцион контрацептивларни қўллашда 3-та қарши кўрсатмани санаб ўтинг:
  1. ҳомиладорлик ёки унга шубҳа;
  2. жигар касалликлари;
  3. тромбофлебитлар.
  
13. Қандай аёлларга орал контрацептивларни ишлатиш мумкин эмас?
  1. ёши 36 дан ошган, чекувчи аёллар;
  2. гипертония билан оғриган;
  3. оғир кечувчи қандли диабет бўлган аёллар;
  4. гепатит ва гепатоз билан оғриган аёллар.
  
14. Инъекцион контрацептивларни қўллашда 3 та қарши кўрсатмани санаб ўтинг:
  1. ҳомиладорлик ёки унга шубҳа;
  2. жигар касалликлари;
  3. тромбофлебитлар.
  
15. Инъекцион контрацептивларни қўллашда қандай 3та салбий ҳолатлар кузатилиши мумкин:
  1. аменорея;
  2. хайзлараро қонли ажралмалар;
  3. инъекция таъсири тугагандан сўнг 6-9 ой давомида ҳайз циклининг тўхтаб қолиши.
  
16. Контрацепциянинг 2 та хирургик усулини айтинг:
  1. бачадон найлари стерилизацияси;
  2. эркакларда уруғдон найчасини боғлаш.
  
17. Оилани режалаштиришнинг 4 принцигига нима кирази:
  1. контрацепция воситаларидан рационал фойдаланиш;

2. жуда ёш аёлларнинг маълум муддатга туғишдан сақланиши ва катта ёшдаги аёлларда ҳомиладорликни олдини олиш;
3. хомиладорликлар ёки туғруқлар орасидаги оралиқни узайтириш;
4. она ва бола ўлимининг олдини олиш.

### *HAZOPAT CAVOLLARI*

1. Контрацепциянинг тўсиқ усули ва спермицидлар таъсир механизминини айтинг.
2. Диафрагмаларни ишлатишга қайси кўрсатмалар бор?
3. Бачадон бўйни қалпоқчалари учун қарши кўрсатмалар.
4. Контрацептив губкалар ишлатиш усуллар.
5. Презерватив қўллашга кўрсатма, моънеликлар
6. Спермицидлар қачон ишлатилади?
7. Контрацептивнинг ритмик усулларини тушунтиринг.
8. Бачадон ичи контрацепциясига қарши кўрсатмалар.
9. Гормонал контрацептивлар қайси?
10. Аралаш эстроген-гестоген препаратларини айтинг.
11. Мини-пили таъсир механизми қайси факторларда иборат?
12. Инъекцион препаратларни турларини айтинг
13. Ихтиёрий жарроҳлик стерилизациясини қўллашга кўрсатма ва моънеликлар.

### **ГИНЕКОЛОГИЯДА КАСАЛЛИК ТАРИХИНИ РАСМИЛАШТИРИШ.**

- 1 Паспорт қисми
  1. Исми ва отасининг исми
  2. Ёши
  3. Миллати
  4. Касби
  5. Яшаш жойи
  6. Келган куни
- 2 Шикоятлари
  1. Умумий: ҳолсизлик, иштаҳанинг пасайиши, тана ҳароратининг кўтарилиши ва ҳоказо.
  2. Гинекологик белгилар
    - оғриқ
    - оқчил
    - ҳайз циклининг бузилиши
    - репродуктив функциясининг бузилиши
    - қўшни аъзолар функциясининг пасайиши
    - келгандаги ва курация вақтидаги шикоятлари кўрсатилади
- 3 Анамнез
  1. Ирсияти
  2. Аллергик анамнези

3. Умумий касалликлари
4. Ҳайз циклининг функцияси
- а) биринчи ҳайз кўрган вақти
  - б) мунтазам ҳайз циклини кўриш вақти. Агар ҳайз кўришида ўзгариш бўлса, унинг характери ва белгилари.
  - в) шунингдек оғриқ характери (тўлғоқсимон, доимий, симилловчи)
  - г) жинсий ҳаёт, туғруқлар, абортдан сўнг менструация характери ўзгардими ва бу ўзгариш нималарда намоён бўлди.
  - д) охириги менструация санасини кўрсатиш (бошланиши ва охири), агар у нормал бўлмаса, одатдаги циклда нимаси билан фарқ қилади.
5. Секретор функцияси
- а) ажралмалар қачон пайдо бўлади
  - б) уларнинг миқдори (кам,кўп)
  - в) ажралма доимийми ёки даврийми, менструация билан боғлиқми
  - г) ажралма характери, рангги (оқ, сариқ, яшил, қонли), ҳиди (ҳидсиз, ўткир ҳидли), атроф тўқималарга таъсири, уларнинг консистенцияси (суяқ, қуюқ, творогсимон)
6. Жинсий функция
- а) жинсий ҳаётнинг бошланиши
  - б) мунтазам жинсий ҳаёт тарзига эгами ёки тасодифий алоқалар қиладими?
  - в) жинсий алоқа вақтида ажралмалар бўладими?
  - г) ҳомиладорликдан сақланадими, агар сақланса қандай йўллар билан?
7. Репродуктив функция
- а) жинсий ҳаётдан қанча муддат ўтгандан сўнг ҳомиладорлик бошланди?
  - б) ҳомиладорликлари сони
- Ҳамма ҳомиладорликларни хронологик тартибда сананг. Уларнинг ҳар биттаси қандай кечди ва нима билан тугалланди. Туғруқ патологик ёки нормал бўлдими, акушерлик амалиёти қилиндими, туғруқдан кейинги чилла даврнинг кечиши, бола тирикми.
- Аборт қандай бўлди: ўз-ўзидан, аёлнинг хоҳиши билан, тиббий муассасада суъний равишда (артифициал), врач кўрсатмасига биноан, криминал (касалликдан).
- Аборт ўтказилган вақти (эрта ва кечки аборт), ўз-ўзидан бўлган криминал абортларда бачадон шиллиқ пардаси қирилдими
- Аборт ўтказилгандаги асоратлар ва абортдан кейинги даврнинг кечиши.
8. Ўтказилган гинекологик касалликлари
- Ўтказилган гинекологик касалликларни хронологик тартибда сананг. Бемор қаерда (стационар, амбулатория, курортда ва нима воситасида даволанди ва даволаниш натижаси )
9. Шу касалликнинг тарихи.

Бемор ўзини қачондан касал деб ҳисоблайди, касалликнинг бошланишини нима билан боғлайди (менструация, туғруқ, аборт, операция, бачадон ичига контрацептив восита киритиш, совуқ қотиш), касалликнинг бошланиши (ўткир, доимий) клиник белгилари ривожланишини кўрсатинг. Чанқаш, оғриқ иррадиацияси, қайт қилиш, қўшни аъзолар функциясининг бузилишини кўрсатинг. Аёллар маслаҳатхонасига кўриндимми, у ердаги даво ва ўтказилган текшириш усулларининг натижаси. Госпитализация («Аёллар маслаҳатхонаси» йўлланмаси билан, «тез ёрдам»да ўзи келган.

#### 4. Объектив кузатиш

##### а) Умумий текшириш

1. Кўздан кечириси-оғриқ, бўйи, гавда тузилиши (конституцияси), тери қопламлари, веналардаги варикоз кенгайиш, шишлар, қалқонсимон без ҳолати.

2. Сут бези ва сўрғичларини текшириш (шакли, консистенцияси, бездаги оғриқ, сўрғич характери, яққол намоён бўлган ёки чўзилган), сут бези секретети (оғиз сути, қон аралаш суюқлик)

3. Нафас аъзолари.

4. Қон айланиш аъзолари.

5. Қорин ва ҳазм аъзолари.

6. Сийдик ажратиш аъзолари.

7. Нерв системаси ва сезги аъзолари.

##### б) Гинекологик текширув

1. Ташқи жинсий аъзолар ҳолати.

2. Кўзгу ёрдамида қин ва бачадон бўйинчасини кўриш.

3. Бимануал гинекологик (ректал) текшириш.

Қиннинг бачадон танаси, ортиқлари, қин гумбази ҳолати баҳоланади.

4. Ажралма характери.

#### **Гинекологик текширув маълумотлари:**

Сочланиш тип (эркак ёки аёл типдаги), ташқи жинсий аъзоларнинг ривожланиши – нормал ёки ривожланиш нуқсонлари Уретра, парауретрал йўлларда, бартолини безлари йўлларида ўзгаришлар бор- йўқлиги, вульва ва қин шиллиқ пардасининг рангги (пушти ранг, цианотик), бурмаланганини кўрсатиш. Бачадон бўйни шакли, (конуссимон, цилиндрсимон), ташқи тешик( ёриқсимон, нуқтасимон),бўйинча шиллиқ пардасининг ўзгаришлари ва цервикал каналдаги ажралма характери. Бачадон бўйнида эрозия бўлганда унинг жойлашиши, олдинги ёки орқа лабда, ўлчамлари, юзасининг характери. Бимануал гинекологик текширувда бачадон бўйни консистенцияси, ташқи тешик ҳолати (ёпиқ,бармоқ учи ўтади), бачадон танасининг жойлашиши (антефлексивверзио, ретрофлексивверзио ҳолатида), унинг катта-кичиклиги, ҳаракатчанлиги, консистенцияси, юзаси (силлиқ, ғадир-будур), пальпация қилганда оғриқ бўлиши. Бачадон найчалари текширилганда (нормада найчалар икки томондан пальпация қилинмайди) ўзгаришлар бўлса, уларнинг ўзгарган белгилари ёзилади: катта-кичиклиги, ҳаракатчанлиги, пальпация қилганда оғриқ бор –йўқлиги, юзаси, консистенцияси.

Қин гумбазлари характери аниқланади (эркин, чуқур, осилган,

инфилтърланган), кўздан кечиришдан сўнг қўлқопдаги ажратмалар текширилади.

- в) тахминий диагноз (асосий ва йўлдош касалликлар )
- г) текшириш режаси (шу касаллик ва бемор учун)тузилади
- д) гинекологик текширишларнинг махсус усуллари ва уларнинг натижаси.

Бачадонни зондлаш, оқ шипцилар билан синама, қиннинг орқа гумбазини орқалиқориннипункцияқилиш, метросальпингография, гистероскопия, цервикал ва бачадон танаси канали шиллиқ пардасини диагностика мақсадда қириш, бачадон бўйини биопсияси. Газли гинекография, кенгайтирилган кольпокопия, кулдоскопия, лапароскопия.

- е) Лаборатор текширувлар ва уларнинг натижаси  
Қон, сийдик таҳлили, уретра ажралмасини текшириш, цервикал канал, қин флорасини гонококклар, трихомонадлар, ачитқисимон замбуруғлар, кокклар, таёқчалар, хламидияларга текшириш ва уларнинг антибиотикка сезгирлигини аниқлаш учун экиш, суртманинг патологик манзараси (тозалик даражаси 1,2,3,4), қорин бўшлиғи пунктатида, бачадон бўшлиғи аспирида цервикал канал, қин ажралмаларида атипик ҳужайралар бўлганида цитологик текширувлар ўтказиш.  
Патологик текширувлар, ЭКГ, ЭЭГ, базал ҳарорат, гормонларни текшириш;
- ж) консултантлар хулосаси (терапевт, невропатолог, окулист, хирург, эндокринолог).

Қиёсий ташхиси

Дифференциал қиёсий ташхиси аввал клиник кўринишига ўхшаш касаллик билан, сўнгра чекувчи беморга нисбатан ўтказилади.

- 5. Клиник диагнозни асослаш  
Диагноз асосий ва йўлдош касаллик кўрсатилган ҳолда типик шаклда ёзилади.  
Диагнозни асослаш схемаси: касал шикоятлари асосида; ҳаёт анамнезидан маълумотлар; касаллик анамнези; умумий ва гинекологик текширувлар; қўшимча ва лаборатор текшириш усуллари, дифференциал диагноз асосида қандай касалликларга ўхшайди, якуний диагнозни кутиш;  
(Фақат чекувчи бемор касаллиги учун характерли маълумотлар кўрсатилади)
- 6. Даволаш режаси  
Агар жарроҳлик амалиёти лозим бўлса, жарроҳлик йўли билан даволашга кўрсатма қайд қилинади ва амалиёт ҳажми кўрсатилади. Амалиётнинг боришини ёзиш талаб қилинмайди.
- 7. Кундалик.  
Тўлиқ кундаликлар 3 кундан 5 кунгача ёзилади. Унда клиникала қабул қилинган форма бўйича тўлиқ кўрсатмага асосланиб парҳез (диета) ва дозалари билан дорилар кўрсатилади. Зарур бўлса, гинекологик текширишларнинг маълумотлари ёзилади (касаллик динамикаси бўйича), эрталабки ва кечқурунги ҳарорат жадвали тузилади. Пульс, АБ ёзилади.
- 8. Этиологияси ва патогенези

Касаллик этиологияси ва патогенези изоҳланади ва бу чекувчи аёлга нисбатан ҳам ўрганилади.

9. Прогнози.

Қуйидагилар:

а) ҳаёти,

б) меҳнатга лаёқатлилиги

в) фарзанд кўришига асосланиб прогноз баҳоланади. Ҳар бир банд бўйича шу касалликка чалинган беморга тегишли изоҳлар берилади.

10. Эпикриз.

11. «Касаллик тарихи» ни ёзишда фойдаланилган адабиётлар.

12. Куратор имзоси.

## **1 – АКУШЕРЛИК ВА ГИНЕКОЛОГИЯ КАФЕДРАСИ ТЎҒРИСИДА ҚИСҚАЧА МАЪЛУМОТНОМА.**

1 – акушерлик ва гинекология кафедраси 2000 йилнинг сентябр ойида ташкил топган, унга тиббиёт фанлари доктори Ф.М. Аюпова раҳбарлик қилиб келмоқда. Кафедрада даволаш, тиббий педогогика ва тиббий профилактика факультетларининг IV курс талабаларига «Акушерлик» фанидан ва V курс талабаларига «Гинекология» фанидан таълим бериб келинмоқда. 2001 йилдан бошлаб кафедра қошида «Акушер-гинеколог» мутахассислигидан магистратура очилган.

Кафедра профессорлари Ф.М. Аюпова, Ю.Қ. Жабборова, Т.Э. Тўлаганов, Г.С. Бобожонова, доцентлар М.В. Ким, Л.М. Абдуллаева, Г.М. Нигматова, Г.Т. Рустамова, Ф.И. Шукуров, катта ўқитувчилар, т.ф.н. О.Б. Ким, т.ф.н. Э.У. Холиқов, т.ф.н. Д.Ж. Саиджалилова, ассистентлар, т.ф.н. М.Ш. Содиқова, т.ф.н. Г. Бекбаулиева, т.ф.н. Д.А. Аюпова, Д.Н. Хўжаева, М. Ҳабибуллаева, З.Мўминова, Д. Шербаева, фаолият кўрсатиб келмоқдалар. Шунингдек, кафедрада 2 аспирант, 12 резидентлар, 6 та изланувчилар ҳам таҳсил олмоқда. Кафедра ходимлари талабалар билан ўқув- услубий, тарбиявий, илмий тадқиқот ишларини олиб борадилар. Бўлажак умумий амалиёт шифокорлари ва илмий педагогик кадрларни тайёрлайдилар.

Кафедра Тошкент шаҳар Уч тепа тумани 10-Акушерлик комплексининг базасида иш олиб боради. 1-акушерлик ва гинекология кафедрасида соҳанинг долзарб муаммоларига доир илмий- услубий семинарлар, конференциялар ўтказиб турилади. Мазкур тиббий муассасаларда даволаш, маслаҳат ва кафедрада «Аёллар репродуктив соғлиғини тиббий ва ижтимоий аспекти» мавзуси бўйича илмий тадқиқот ишларини олиб борилади.

2000 йилдан бошлаб кафедрада 2 та докторлик ва 22 та номзодлик диссертацияси тайёрланмоқда.

# МУНДАРИЖА

Гинекология фанининг Ўзбекистон қисқача тарихи. <i>проф Ф.М. Аюпова</i> .....	2
Аёллар жинсий аъзоларининг анатомияси. <i>проф Ю.Қ. Жабборова</i> .....	5
Гинекологик касалликлар пропедевтикаси <i>проф Ю.Қ. Жабборова</i> .....	10
Нормал ҳайз цикли <i>доқ Ф.И. Шукуров</i> .....	20
Ҳайз циклининг бузилиши. Аменорея. <i>проф Ю.Қ. Жабборова</i> .....	30
Бачадондан дисфункционал қон кетиши. (БДҚК) <i>доқ Ф.И. Шукуров</i> .....	40
Аёллар жинсий аъзоларининг касалликлари яллиғланиш <i>доқ. Ф.И. Шукуров, проф Г.С. Бобожонова</i> .....	52
Аёллар жинсий аъзоларининг специфик яллиғланиш касалликлари <i>проф. Г.С. Бобожонова</i> .....	69
Абортлар <i>проф Ф.М. Аюпова</i> .....	83
Бачадондан ташқари ҳомиладорлик <i>проф. Ю.Қ. Жабборова</i> .....	92
Елбўғоз. <i>проф Ф.М. Аюпова</i> .....	106
Бачадон миомаси <i>доқ Ф.И. Шукуров</i> .....	111
Эндометриоз. <i>доқ Ф.И. Шукуров</i> .....	126
Тухумдон ўсмалари <i>проф Ю.Қ. Жабборова</i> .....	139
Бачадон бўйни ва танасининг фон ва рак олди касалликлари. <i>проф. Ю.Қ. Жабборова</i> .....	151
Жинсий аъзолардаги нуқсонлар <i>доқ Г.М. Нигматова</i> .....	165
Бачадоннинг нотўғри жойлашиши <i>доқ Л.М. Абдуллаева</i> .....	170
Бепуштлиқ <i>проф Ю.Қ. Жабборова</i> .....	182
Замонавий контрацепция усуллари <i>проф Ю.Қ. Жабборова</i> .....	193
Гинекологияда касаллик тарихини расмийлаштириш <i>доқ. Ф.И. Шукуров</i> .....	202
1 – акушерлик ва гинекология кафедраси тўғрисида қисқача маълумотнома. <i>проф Ф.М. Аюпова</i> .....	206

