

Ўзбекистон Республикаси олий ва ўрта таълим вазирлиги
Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш вазирлиги
Бухоро давлат тиббиёт институти

Қўлёзма ҳуқуқида

УДК: 618.146-07-08

Наврузова Нилуфар Орзижонова

**Бачадон бўйни касалликларини ташхислаш ва даволашнинг
замонавий масалалари**

5A510101-Акушерлик ва гинекология

Магистр академик даражасини олиш учун ёзилган диссертация

Илмий раҳбар:

Катта ўқитувчи, т.ф.н.: Ашурова Н.Г.

Бухоро-2018

Мундарижа

Кискартмалар руйхати.....	3
Кириш.....	4
I-БОБ. Бачадон бўйни касалликлари муаммосига замонавий қарашлар.....	7
1.1. Бачадон бўйни касалликларининг ривожланишида патоген омилларнинг ўрни.....	7
1.2. Бачадон бўйнидаги физиологик ва патологик ўзгаришлари.....	15
1.3. Диагностикаусули.....	19
1.4. Бачадон бўйни касалликларини даволаш усуллари.....	18
II-БОБ МАТЕРИАЛЛАР ВА ТЕКШИРУВ УСУЛЛАРИ.....	22
2.1. Анамнез.....	23
2.2. Текширилган аёллар клиник характеристикаси.....	23
2.3. Бачадон бўйнининг махсус текшириш усуллари.....	29
III БОБ ТЕКШИРИЛГАН АЁЛЛАРНИНГ КЛИНИК ХАРАКТЕРИСТИКАСИ	33
3.1. Тадқиқот қилинган аёлларда гинекологик статус.....	33
3.2. Кольпоскопик тадқиқот натижалари.....	44
ХОТИМА.....	57
ХУЛОСАЛАР.....	68
АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР.....	69
АДАБИЁТЛАР.....	70

Қисқартмалар рўйхати:

CIN –Cervical intraepithelial neoplasia

ББ – Бачадон бўйни

ББП – Бачадон бўйни полипи

ББР – Бачадон бўйни раки

ББЭ – Бачадон бўйни эрозияси

БИВ – Бачадон ичи воситаси

ДЭК - Диатермоэлектрокоагуляция

ЙНЗ – Йод-негатив зона

ИФА –Иммуноферментанализи

КҚЯЭ - Кўп қаватли ясси эпителий

КС – Кольпоскопия

ОГВ – Оддий герпес вируси

ПВИ(HPV) – Папиллома вирусли инфекция

ПЗР–Полимер занжирли реакция

РАР –Папаниколау бўйича суртма олиш

ТЗ – Трансформация зонаси

УТТ - Ультратовуш текширув

ЭГЗ – Экстрагенитал касалликлар

Кириш

Мавзунинг долзарблиги: Гинекологияда энг кенг тарқалган патология бачадон бўйни касалликлари бўлиб, у долзарб муаммоларидан биридир. Гинекологлар, гигиенистлар ва бошқа мутахассислар томонидан олиб борилган тадқиқотлар шуни кўрсатдики, аёл организми атроф муҳитдаги салбий омилларга қатор мослашув реакцияларининг пайдо бўлиши билан жавоб беради, бу эса ўз навбатида патоморфологик ўзгаришларни келтириб чиқаради.(Ашрафян Л.А., Новикова Е.Г. 2001 й.; Каухова Е.Н., Соломатина А.Ю. ва б.қ. 2003 й.)

Бачадон бўйни фон ва рак олди касалликлари сонининг ортиши бир томондан, атроф муҳитда канцероген омилларнинг кўпайиши, иккинчи томондан, ушбу омилларга нисбатан иммунологик жавоб қайтариш қобилиятининг сусайиши билан боғлиқ. Бундан ташқари касаллик сонининг ўсишига аҳолининг миграцион ҳаракати, жинсий йўл билан юқувчи касалликлар сонининг ортиши, шунингдек қатор миллий урф одатлар (эрта турмуш қуриш, эрта туғиш) ҳам сабаб бўлмоқда. (Қурбонбекова Д.С., Нажмутдинова Д.Қ. ва б.қ. 2003 й.)

Т.А.Обоскалова, И.Н. Кононова ва б.қ.лар (2012 й.) маълумотларига кўра, гинекологик касалликлар орасида бачадон бўйни касалликлари 61,2 % ни ташкил қилади, шулардан 83% қин дисбиози ва иммун дисфункция билан кечади.

Кўпчилик тадқиқотчиларнинг фикрича, бачадон бўйнининг яллиғланиш касалликлари малигнизациянинг этиологик омили ҳисобланади. Яллиғланиш экзоген омил, яъни микробли инфекция тушиб таъсирланган тўқиманинг носпецифик физиологик жавоби билан боғлиқ. Яллиғланиш жараёнларини эрта аниқлаш ва замонавий адекват даволаш бачадон бўйнининг оғир касалликларининг профилактикасидир. Экзоцервикснинг патологик ўзгарган деструкцияларини даволашда ҳам яллиғланиш жараёни борлигини эътибордан четда қолдирмаслик керак. Бачадон бўйни касалликларининг кенг тарқалганлиги туфайли, ҳатто ҳеч қандай клиник белгиларсиз кечадиган бачадон бўйнининг

сурункали яллиғланиш касалликларини аниқлаш имконини берадиган янги диагностик усулларни ишлаб чиқаришни тақозо қилади (Н.В. Дуб, Е.Ю.Алексеева ва б.қ.2005 й.)

Худудимиздаги иқлим хусусиятлари, экологик ҳолатни инобатга олиб, ноинвазив, оғриқсиз ва хавфсиз эндоскопик усул ва технологияларни қўллаган ҳолда, репродуктив ёшда учрайдиган жинсий аъзолар яширин патологик ҳолатларини аниқлашни долзарб деб ҳисоблаймиз. (Нажмутдинова Д.Қ., Ахмедова М.П. ва б.қ. 2003 й.)

Ишнинг мақсади: Оддий ва кенгайтирилган кольпоскопия усули ёрдамида бачадон бўйни фон касалликларини эрта аниқлаш ҳамда даволаш самарадорлигини баҳолаш.

Ишнинг вазифалари:

1. Оддий ва кенгайтирилган кольпоскопия усули ёрдамида бачадон бўйни фон касалликларининг учраш сонини соматик ва гинекологик анамнезини ўрганиш асосида тадқиқ этиш. (ретроспектив тахлил)

2. Бачадон бўйни касалликлари мавжуд бўлган аёлларнинг клиник-лаборатор характеристикасини ўрганиш.

3. Олинган маълумотлар асосида бачадон бўйни касалликларини эрта аниқлаш ҳамда самарали даволаш усулларини таклиф этиш.

Тадқиқот объекти ва услублари:

1. Ретроспектив гуруҳни ташкил этувчи турли хилдаги бачадон бўйни фон касалликлари аниқланган 80 нафар аёл.

2. Бачадон бўйни касалликлари мавжуд бўлган анъанавий ва замонавий даволаш усуллари қўлланилаётган, даво самараси таққосланадиган 2 та гуруҳчани ташкил этувчи 40 нафар аёл.

3. Назорат гуруҳини ташкил этувчи 20 нафар амалий соғлом аёл.

Тадқиқот усуллари ва ҳажми:

1. Текширилаётган аёллар соматик ва гинекологик анамнезини ўрганиш.

2. Асосий ва назорат гуруҳлардаги аёлларда оддий ва кенгайтирилган кольпоскопия усулини ўтказиш.

3. Папаникалау ва бактериоскопик усулда қин суртмасини ўрганиш.

4.Текширилаётган гуруҳлардаги аёлларда даволашдан олдин ва сўнг кольпоскопик манзарани ўрганиш.

Тадқиқотнинг илмий жихатдан янгилиги:оддий ва кенгайтирилган кольпоскопия усули ёрдамида Бухоро Вилоятида бачадон бўйни фон касалликларининг учраш сони чуқур ўрганилди. Олинган маълумотлар асосида бачадон бўйни касалликларини эрта аниқлаш ҳамда замонавий даволаш усуллари таклиф этилди.

Тадқиқотнинг амалий аҳамияти:Бачадон бўйни касалликларини эрта аниқлаш ва олдини олиш мақсадида оддий ва кенгайтирилган кольпоскопия усулини репродуктив ёшдаги аёлларни профилактик кўруви таркибига киргизиш тавсия этилди. Аниқланган бачадон бўйни цервицитлари, псевдоэрозиялари ва эрозияларида Метакрезол (Клазин)ни 1 шамчадан кунора интравагинал № 6 марта қўллаш ва даво самарадорлигини динамикада кольпоскопик текширув тиббиётнинг шу йўналиши бўйича фаолият олиб бораётган шифокорларга таклиф этилди.

Олинган натижаларнинг амалиётга тадбиқ этилиши

Олинган натижалар 2 та мақола ва 6 та тезис сифатида чоп этилди. Битта Акт о внедрение на теме: “Внедрение в практики учреждений первичного звена свечи “Клазин” как лечение фоновых заболеваний шейки матки.”Диссертациянинг структураси ва ҳажми 82 бет Times New Roman14 шрифтда чоп этилди ва қуйидаги боблардан иборат: кириш, 3та боб, хотима ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертацияда 14та расм, 17 та таблица ва 7 та диаграмма бор.

Тадқиқот апробация:Диссертация материаллари “Оналик ва болаликнинг муҳофоза қилишнинг долзарб масалалари”илмий амалий конференцияси (Бухоро, 2015 й.) ҳамда БухТИ акушерлик ва гинекология кафедраси йиғилиши(Бухоро, 2017 й.) баён қилинган ва муҳокомадан ўтказилган.

I БОБ

Бачадон бўйни касалликлари муаммосига замонавий қарашлар.

1.1. Бачадон бўйни касалликларининг ривожланишида патоген омилларнинг ўрни.

Ҳозирги вақтда бачадон бўйни касалликлари муаммоси гинекологияда муҳим ўрин эгаллайди. Бачадон бўйни касалликлари диагностикада ва даволашдаги кўплаб ютуқларга қарамасдан, бу касалликлар умумий гинекологик касалликлар орасида долзарб муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда (Прилепская В.Н., Царева Н.В., 2003 й.)

Ёш аёллар ўртасида бачадон бўйни касалликларининг жадал ўсиши, касалликларнинг кечки босқичида аниқланиши, кўрув пайтида цервикал каналниг юқори $\frac{2}{3}$ қисмида кўрувнинг ноқулайлиги янги замонавий диагностика усулларни амалиётга киритишни тақозо қилади (Ю.М. Гренкова 2012 й.)

Экзо – ва эндоцервиксда патологик ҳолатнинг пайдо бўлиши ва ривожланиши мураккаб ва тўлиқ ўрганилмаган ҳолат. Бачадон бўйни касалликларининг келиб чиқишини ўрганиш даврида бир нечта омиллар илгари сурилган: 1 - яллиғланиш омиллари; 2 –гомонол омиллар; 3 –травматик омиллар (туғруқ, абортлар); 4 – иммун система. R. Меуегнинг(1910 й.) фикрича яллиғланиш жараёнлари бачадон бўйни патологияларини келтириб чиқаришда биринчи ўринда туради (А.Ю. Барिशников, Ю.В. Шишкин 2002 й.).

Сўнгги йилларда қин ва бачадон бўйни инфекцион яллиғланиш касалликлари ўсиши кузатилмоқда, шундан 70,2% эндоцервицитлар ҳиссасига тўғри келади, 30% ҳолатларда цервицитлар эктопия кўринишида намоён бўлмоқда. Бачадон бўйни яллиғланиш касалликлари натижасида эпителийнинг десквамацияси ва етилиш жараёнлари бузилади, бу эса дисплазиянинг ривожланишига шароит яратиб беради. И.С. Сидорова ва С.А.Левакованинг (2012 й.) маълумотларига кўра, бачадон бўйни рак касаллиги ҳар еттига аёлнинг биттасида яллиғланиш, шикастланишлар ва бачадон бўйни деформацияси замирида юзага келган. Бачадон бўйни раки ривожланишида одам папиллома

вируси асосий омил ҳисобланади. Жинсий ҳамкорларни кўп бўлганда одам папиллома вирусининг юқиш хавфи 10 – 15% га ошади. Ҳозирги вақтда одам папиллома вируси кўп учрамоқда. 29 ёшдаги аёлларнинг 7 % бу касаллик билан касалланган. Постменопауза ёшдаги аёлларда ҳам жинсий ҳаёт фаол эмаслигига қарамасдан яллиғланиш касалликлари сони камаймади. Репродуктив ёшдаги аёлларда цервицитлар ривожланиши асосан қин шиллик қаватидаги атрофик ўзгаришлар туфайли юзага келади, сурункали жараёнлар эса диагностика ва даволашда ноаниқликларни олиб келади. (Ю.М. Гренков 2012 й.)

И.С. Сидирова ва М.Н. Жолобова ва б.қ.ларнинг(2012 й.) маълумотларига кўра, яхши сифатли ўсмалар (бачадон миомаси, аденомиоз ва эндометрий гиперплазияси) репродуктив ёшдаги аёлларнинг 48 % да учрамоқда. Ушбу муаллифларнинг фикрига кўра, бачадон бўйни патологияси морфологик ва иммуногистохимик хусусиятлари клиник намоён бўлиши ва бошқа омилларни ўрганиш диагностика ва даволашни мақсадли ишлаб чиқишга ёрдам беради.

Бачадон бўйни фон патологиясининг кенг тарқалиши долзарб муаммога айланмоқда В.Н. Прилепскаянинг маълумотларига кўра бачадон бўйни патологияси репродуктив ёшдаги аёлларнинг 10 – 15% да учрайди. Бундан ташқари В.И. Краснопольская ва В.Н. Прилепскаянинг маълумотларига кўра фон касалликлари натижасида хавфли ўсмалар пайдо бўлиш кўрсаткичи ортиб бормоқда.

Бачадон бўйни касалликлари келиб чиқишида гормонал омиллар кенг муҳокома қилинмоқда. Тажрибалар шуни кўрсатдики, эстроген гормони таъсирида бачадон бўйнидапролифератив жараёнлар кучаяди ва хужайралари микдори тез кўпаяди. Бачадон бўйни рак олди касалликлари бўлган беморларда гипофизнинг гонадотроп функцияси, эстродиолнинг кўпайиши ҳисобига эстрогенлар метоболизмининг бузилиши, 17 – кетостероидларнинг дезоксигенланган ва оксигенланган шаклларининг нисбатини бузилиши кузатилади.(Д.Р. Чхеидзе, 1998 й.). Кўп ҳолларда бачадон бўйни ва танаси миомаси, эндометриоз, эндометрий гиперплазияси кўринишидаги эктопиялари

ҳомиладорлик билан биргаликда учраши аниқланган. Ундан ташқари эктопия аднексит, кольпит, эндометриоз билан касалланган беморларда тухумдонларнинг эндокрин функцияси бузилиши хисобига ҳам кузатилиши мумкин. Ҳомиладорларда аниқланган эктопиялар туғруқдан кейин ўз – ўзидан йўқ бўлади. Чунки бу ҳолат гестацион жараён билан боғлиқ. Бачадон бўйни эктопияларининг ҳомиладорликда юзага келишининг асосийсабаби- гормонлар баланси бузилишидир. (Кулекова В.И., Савельевой И.Б. 2007 й.; Подзолкова Н.М., Никитина Т.И. ва б.қ. 2010 й.)

Кўпчилик тадқиқотлар шуни тасдиқладики, бачадон бўйни фон, рақ олди ва рақ касалликларининг ривожланишида бачадон бўйни анатоми – физиологик бутунлигининг бузилишига олиб келувчи сабаблар (асоратланган туғруқлар, абортлар, жарроҳлик аралашувлари) алоҳида ўрин тутди. Бунда бачадон бўйни шикастланишлари 5,6% дан 30% гача учраб туради. (Н.В. Овчинников, 2011 й.)

Биринчи марта “эктропион” атамасини бундан 100 йил илгари W. Rosser киритган. Бачадон бўйни каналининг шиллик қаватидаги шикастланишлар бўлса, эктопиялар бачадон бўйни қин қисмига ўтиб кетади. Эктопиялар инфекциялар учун дарвоза ҳисобланади, бунинг натижасида сурункали эндоцервицитлар ривожланади. Бачадон бўйнидаги шикастланишлар ва кейинчалик чандиқланиш натижасида тўқималарнинг озикланиши ва қон айланиши бузилади. Ўз навбатида бу эпителийнинг ўзгаришига ва ўчоқли гиперпластик жараёнларга шароит яратади. Бу жараёнлар эктопияларда ёки эпителийнинг дисплазияси ва пролифератив ўзгаришларида кузатилади. (Кондрикова Н.И. 1999 й.)

Дисплазия – бу морфологик ва клиник тушунча бўлиб, нормал эпителий қаватининг тузилиши ўзгариши билан, яъни унда хусусан ядроли атипик хужайралар пайдо бўлиши ва пролиферация жараёнларини ўз ичига олади. Юқоридаги белгиларга асосан дисплазияларнинг учта даражаси фарқланади: биринчи даража- кучсиз ифодаланган дисплазияга, иккинчи даража- ўртача ифодаланган ва учинчи даража- кескин ифодаланган

дисплазияга ёки преинвазив карциномага мос келади. (Подистов Ю.И., Лактинов К.П. ва б.қ. 2006 й.)

1990 – йил 7 – Халқаро конгрессда замонавий кольпоскопик номенклатураси бўйича ўсмирларда ва ёш репродуктив аёлларда аниқланган эктопиялар (асоратланмаган) нормал кольпоскопик таснифга киритилган. Бачадон бўйни эктопияси – цилиндрик эпителийнинг чегаралари бачадон бўйни қин қисмига силжиши аёлларнинг 38,8% ва гинекологик касалликларнинг 49% аниқланган. (Н.Э. Атаханова 1990 й.)

Цервикал канал шиллиқ қаватининг полиплари бачадон бўйни яхши сифатли патологик жараёнлари орасида биринчи ўринлардан бирида туради. Полиплар ташқи бўғиз соҳасида, эндоцервикснинг ўрта ва юқори қисмларида ривожланади. Полиплар оёқчада бўлиб, цервикал каналнинг ўрта ва юқори қисмидан чиққан чўзилган полиплар ташқи бўғиз чегарасига ёки ундан ташқарига чиқиши мумкин. (Вихляева Е.М., 1997; Goldshtein S., 2002; Chittacharoen A., 2002; Karadodas N., 2004). Полиплар оёқча эмас, кенг асосга ҳам эга бўлиши мумкин. Безли ва бириктирувчи тўқимали компонентлар нисбатига қараб, полиплар юмшоқ ёки зич консистенцияли, юзаси силлиқ ёки нотекис, ранги оч – пушти, оқиш, иккиламчи ўзгаришларда эса (қон қуйилиши, яллиғланиши) қизил ёки тўқ - қизил рангларда бўлади (Apgar B.S., Anastasiadias P.G., 2000; Bakour Sh., 2002; Shushan A., Revel A., 2004; Goldchmit G., 2004).

Шундай қилиб, бачадон бўйни касалликлари гинекологияда долзарб муаммо бўлиб қолмоқда ва аёл жинсий органлари касалликлари ичида юқори кўрсаткични ташкил қилади.

1.2. Бачадон бўйнидаги физиологик ва патологик ўзгаришлари.

Бачадон бўйни ҳомиланинг 12-16 ҳафтасида мюллер каналчаларининг қўшилишидан пайдо бўлади. Қин гумбазлари бирлашиш жойида бачадон бўйни қин усти ва қин қисмларига бўлинади. Бачадон бўйни мушак, фиброз ва эластик тўқималардан иборат. Мушак тўқима асосан циркуляр жойлашган мушак толалардан ва улар орасида эластик ва коллаген бириктирувчи тўқима

толаларидан ташкил топган. Бириктирувчи тўқима асосий компонент ҳисобланади. Бачадон бўйни тўқималарининг функционал фаоллиги симпатик ва парасимпатик иннервация орқали таъминланади. Бачадон бўйин қисми (экзоцервикс) кўп қаватли ясси мугузланмайдиган эпителий билан қопланган бўлиб, калинлиги 150-200 мкм ни ташкил қилади.(Ваганова И.Г. 2000 й.)Кўп қаватли ясси эпителий (КҚЯЭ) репродуктив ёшдаги аёлларда пролиферация ва десквамация йўли орқали доимий ўзгаришларга учрайди ва ҳар 4-5кунда янги ҳужайралар билан алмашинади. Постменопаузада КҚЯЭ атрофияга учрайди. КҚЯЭда 4 қават ҳужайралар мавжуд: 1)базал, 2)парабазал, 3)оралиқ ва 4) юзаки қават.) (Хемт.К 2002; Хекер.Н 2002).

Эндоцервикс (цервикал каналнинг шиллиқ қавати) бир қаватдан иборат жойлашган муцин ишлаб чиқарувчи цилиндрик эпителийдан (ЦЭ) ташкил топган бўлиб, цервикал безларнинг устки ва таркибий қисмида жойлашган. Бачадон бўйни эпителий канали кўп сонли бурмачалар ва тукчалар ҳосил қилади. ЦЭ юқори ҳужайралари думалоқ шаклдаги базал жойлашган ядро ва цитоплазмадан иборат ва улар муцин томчилари билан тўлган. ЦЭ сектор барьер функцияларини бажаради. Шиллиқ қаватда ҳосил бўладиган сифат ва физик- кимёвий хусусиятлар ҳайз даври фазасига боғлиқдир. Эстрогенлар таъсири остида резерв ҳужайралар КҚЯЭ тақсимланса, прогестерон ва андрогенлар таъсири остида ЦЭ га ўтади.

Ташқи бўғиз- КҚЯЭ ва ЦЭ нинг тўқнашиш жойидир. ЦЭ нинг КҚЯЭ га ўтиш жойи ўтиш зонаси (яъни, трансформация) ҳисобланиб, унинг жойлашуви аёл ҳаёти давомида ўзгаради. Янги туғилган чақалоқларда у бачадон бўйнининг қин қисмида жойлашган бўлади, ёш ўтиши билан эпителийнинг ясси ҳужайрали метаплазияси содир бўлади (ЦЭ КҚЯЭ га айланади) ва ўтиш зонаси бачадон ташқи бўғиз билан бирлашади. Метаплазия содир бўлган қисм ўзгариш (трансформация) зонаси ҳисобланади. Трансформация зонаси ташқи (янги туғилган чақалоқларда) ва фаол (тадқиқот давомида КҚЯЭ ва ЦЭ ўртасидаги чегарага мос) ўтиш зоналари билан чегараланган (Хемт.К 2002; Хекер.Н 2002).

Метапластик эпителий ЦЭ нинг ўзак хужайраларидан ривожланиб, метаплазия жараёни тукчаларнинг юқори қисмидан бошланади.

Метаплазия жараёнининг бузилиши натижасида ЦЭ нинг чуқур қатламларида секрет ажратувчи шиллик модда сақланиб қолади. Агар бурмача метапластик эпителий билан бутунлай қопланса, наботиев беги пайдо бўлади, тўлиқ қопламаса, безнинг очик йўли пайдо бўлади. Шундай қилиб, туб ўтиш зонаси КҚЯЭ участкаларининг чегараларига мос келади ва уларда очик безлар йўли ва наботов безлари мавжуд бўлади. Репродуктив ёшдаги аёлларда эпителий чегаралари аниқ кўринади, ёш ўтиши билан бу чегара цервикал каналга ўтади. Туғмаган аёлларда ЦЭ ва КҚЯЭ ўтиш жойи ташқи бўғиз жойи билан мос тушади, баъзи пайтда эса бачадон бўйнининг қин қисмида жойлашган бўлиши ҳам мумкин. Эпителиал чегаранинг пастга силжиши натижасида эндоцервикал эктопия вужудга келади, бу репродуктив ёшдаги аёллар учун нормал физиологик ҳолат бўлиб ҳисобланади (Минкина.Т.Н 2001; Бауэр.Г 2002).

Трансформация зонаси неоплазия ва саратон касаллигининг асосий локализация жойи ҳисобланади (БахмалЯ.В 2002; БауэрГ 2002). Яна қизиқ томони шундаки, бачадон бўйнининг олдинги лаби орқа лабга нисбаттан 2 баравар кўпроқ зарарланади. Бундан ташқари, неоплазия участкалари шартли циферблатнинг 3 ва 9-соатларида камдан-кам учрайди (Хемг.К 2002; Хекер.Н 2002).

Кўп ҳолатларда цервикал интраэпителиал неоплазия ўтиш зоналари чегараларида содир бўлиб, аниқ ташқи чегараларга эга бўлади.

Маълумки, бачадон бўйни касалликларининг даволаниши уларнинг этиологияси ва патогенези билан чамбарчас боғлиқдир. Шу билан бирга, ҳозирги вақтда бачадон бўйни рак олди касалликлари пайдо бўлиши сабаблари тўғрисидаги аниқ бир фикр мавжуд эмас. Адабиётларда келтирилган кўп сонли фикрлар экто ва эндоцервикс патологик жараёнлари полиэтиологик характерда эканлигидан далолат беради. Кўп ҳолатларда клиник амалиётда эктопия 25 ёшгача бўлган аёлларнинг 25% да учраши аниқланган (Ваганова Н.Г 2002; В.Н Примская, Рудакова Е.Б 1996). Охирги маълумотларга кўра эктопия физиологик

ҳолат ҳисобланади. Эктопия ялиғланиш процесси билан бирга келганда цервикал эпителийда патологик ўзгаришлар содир бўлиши мумкин ва улар даволанишни талаб қилади (Бохман Я.В 2002; Хмельницкий О.К 2000; Wright T.C. et al 1994). Эктопия 72% беморда қиннинг ялиғланиш жараёни билан бирга кечади. Ёш туғмаган аёлларда туғма эктопияни даволашга эҳтиёж йўқ. Асоратсиз эктопияси бор ёш туғмаган аёлларда, агар ҳайз цикли бузилмаган бўлса олдин уч фазали орал контрацептив препаратлари, масалан —три-регол тавсия қилинган, Н.И Кондрикова; Н.М Назарова (2000й)ларнинг фикрича, бунда цилиндрик эпителий кўп қаватли ясси эпителийга айланган. Бачадон бўйни патологиялари структурасига қўйидалар киради:

ЛЕЙКОПЛАКИЯ – бачадон бўйнининг патологияси бўлиб, бунда бачадон бўйнининг кўп қаватли ясси эпителиясининг дисплазияси ва атипик трансформацияси тушунилади. Папуляцияда 1,1% ташкил этса, бачадон бўйни касалликлари структурасида 5,2% ни ташкил қилади (Рудакова Е.Б 1996). Бачадон бўйни лейкоплакияси дискератозларга хос бўлиб, клиник жихатдан аниқ чегараларга эга оқ доғ шаклида намоён бўлади.

ЦЕРВИКАЛ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛ НЕОПЛАЗИЯ (Бачадон бўйни дисплазияси) –бу патологик жараён бўлиб, метапластик эпителийнинг ўтиш соҳасидан бошланиб, базал ва парабазал ҳужайраларнинг юқори пролиферацияси натижасида атипик ҳужайраларнинг пайдо бўлиши билан характерланади. Дисплазиянинг енгил, ўрта ва оғир даражалари мавжуд. Замонавий адабиётда дисплазияни бачадон бўйни эпителияси шикастланиши сифатида ўрганишади ва CIN I, CIN II, CIN III даражалари ёки SIL паст ва юқори кўринишга эга ясси ҳужайрали интраэпителий шикастланишлари деган атамалар билан кўрсатилади. (Беест класификациясига биноан). Оғир даражали дисплазия ва преинвазив карцинома цервикал эпителийнинг ўзгариши сифатида кўриб чиқилади. Профилактик кўрик вақтида бачадон бўйни дисплазияси 0,2 – 2,2 % ҳолатларда намоён бўлади (Роговская С.И. 1997). Енгил даражадаги дисплазия кўпинча

бачадон бўйнининг ялиғланишида намоён бўлади ва қайта ривожланиш хусусиятига эга.

СУРУНКАЛИ ЭКЗОЦЕРВИТЛАР ВА ЭНДОЦЕРВИТЛАР- бу ўткир ва сурункали ялиғланиш жараёни ҳисобланади. Бачадон бўйни паталогиясини даволашда ҳар хил турдаги: медикаментоз (ялиғланишга қарши, гормонал ва бошқа даволанишлар), деструктив (кўрсатмага биноан бачадон бўйни диатермокоагуляцияси, диатермоэк்சизияси, криодеструкцияси, лазерокоагуляцияси) ва аралаш усуллардан фойдаланилади.

Охирги йилларда бачадон паталогиясини даволашда энг кўп тарқалган даволаш усули бу- лазер билан даволаш саналиб келмоқда. СО₂- лазернинг қўланишга хос кўрсатмалар: эктропион, посткоагуляцион синдром, бачадон бўйни ва қин лекоплакияси, I – II даражали бачадон бўйни дисплазияси, бачадон бўйнининг ўткир учли папилломаси, бачадон бўйни ва қиннинг ретенцион кистаси, бачадон бўйни ва қиннинг чандиқли деформацияси, атрезия, цервикал канал стенози, бачадон бўйни эндометриози ҳисобланади(Зуев В.М. 1988).

Замонавий адабиётда миомаси бор беморларда бачадон бўйни касалликларининг частотаси, бачадон миомасининг бачадон бўйни ҳолатига таъсири, бачадон миомасининг бачадон бўйни паталогияси билан бирга келиши ҳақида ҳалигача аниқ маълумот берилмаган. Кўпчилик тадқиқотларда бачадон миомаси бор беморларнинг бачадон бўйни паталогиясининг аниқ бир аспектлари устида олиб борилган. Бачадон бўйни ривожланишининг паталогик жараёнлари нуқтаи назаридан субтотал гистерэктомиянинг натижалари кераклича ўрганилмаган. Миомаси бор аёлларда бачадон бўйни касалликлари структураси ва уларни олиб бориш тактикаси чуқур ўрганилмаган.

Шундай қилиб, бачадон бўйни касалликлари диагностикаси ва даволаш замонавий акушерлик ва гинекологиянинг долзарб муаммоларидан бири саналади. Охирги йилларда бачадон бўйни касалликлари структурасига оид, экто- ва эндоцервикс шикастланиши патогенезида юқумли ва иммунологик факторларнинг таъсири борлиги, цервикал паталогияда содир бўлган касалликлар жинсий йўл билан ўтадиган касалликлар сабаб бўлиши тўғрисида янги

маълумотлар олинган. Бу бачадон бўйни касалликларини профилактикаси, диагностикаси ва даволаш усулларининг ривожланишига ёрдам беради, бундан ташқари ташхиснинг кольпоскопик ва бошқа мезонларини ишлаб чиқишга, соғлиқни сақлаш амалиётига даволашнинг янги усулларини киритишга ёрдам беради.

1.3. Диагностик усул

Бачадон бўйни касалликларини аниқлашда кольпоскопия текшириш усули муҳим ўринни эгаллайди. 2011 йил июль ойида Рио-де-Жанейрода бўлиб ўтган 14 – бутун жаҳон конгрессда Халқаро федерация томонидан Халқаро кольпоскопик атамалар классификацияси қабул қилинган. Хозирги кунда кольпоскопик манзарани тасвирлашда ушбу классификациядан фойдаланилади. Кольпоскопия текшириш усули бачадон бўйни патологиясига хос бўлган белгиларни аниқлашга ёрдам беради. Жумладан, эпителий ацетобельй – 91,7%, йодпозитив мозаика ва пунктуация – 77,8%, атипик зона трансформацияси – 77,4% ни аниқлаш информативлигига эга. (J.W. Reagan, I.L. Seiderman ва б.қ.лар 2003 й.).

Бачадон бўйни рак олди жараёнларининг диагностикаси бир неча босқичда олиб борилади. Биринчи босқич айниқса муҳим бўлиб, аёл бирламчи кўриқдан ўтказилади: анамнез, физикал текшириш, гинекологик кўзгу ёрдамида кўриш, бимануал гинекологик текшириш усули, кольпоскопия, суртмалар цитологияси, қин флорасини текшириш учун суртмалар олинади.

Кольпоскопия (КС) – бу қулай, арзон ва кўп маълумот берадиган текшириш усули ҳисобланади. Кольпоскопия ёрдамида қин, вульва ва бачадон бўйни касалликларини аниқлаш мумкин. Бошқа замонавий текшириш усуллари билан бир қаторда кольпоскопия бачадон бўйни, қин ва вульва касалликлари бўлган беморларни олиб бориш, назорат қилиш учун қулай ва такрор қўлланиладиган усул ҳисобланади. Кольпоскопиянинг асосий вазифаси – бачадон бўйни эпителийсининг рак олди ҳолатларини, кўп қаватли ясси эпителий ва

эндоцервикал безли эпителийси дисплазияларини аниқлаш (Н.М. Подзолкова, С.И. Роговская и др. 2011 г.).

Кенгайтирилган кольпоскопия – бу энг самарали ва кенг тарқалган текшириш усули ҳисобланади. Бунда эпителий кўздан кечирилиб, ҳар хил эпителиал тестлар ёрдамида дори воситалари билан ишлов берилади ва тўқиманинг реакцияси баҳоланади. Кенгайтирилган кольпоскопияда люголь ва сирка кислотаси эритмаларидан фойдаланилади.

Қин кўзгулари ёрдамида бачадон бўйнини кўришда бачадон бўйнининг катталиги, шакли, ранги, рельефи, ташқи бўғзининг шакли, бачадон бўйнининг йиртилишлари, деформациялари, шиллиқ қаватнинг турли патологик жараёнлари аниқланади. (С.А. Левакова, А.Г. Кедрова ва б.қ. 2012 й.)

Кольпоскопияни ўтказишдан асосий мақсад – бачадон бўйнининг фон ва рақ олди касалликларини эрта босқичларда аниқлашдир.

Бундан ташқари, кольпоскопия:

- Фон касалликлари (эктопия, эрозия ва псевдоэрозия, полип, эндометриоз, яллиғланиш жараёнлари)ни ўрганишнинг диагностик имкониятлари кенгайтириши;
- Даволаш усуллари (диатермокоагуляция, криотаясир, лазеродеструкция, маҳаллий консерватив муолажалар) самарадорлигини объектив баҳолашга;
- Кўп қаватли ясси эпителийнинг физиологик ҳолатларидаги ўзгаришлар характерини аниқлашга ёрдам беради.

Нормал шиллиқ қават пушти рангда, юзаси силлиқ ва ялтироқ бўлади, эпителий остидаги томирлар кўринмайди. Ўзгармаган эпителий 3%ли сирка кислотаси эритмаси таъсирида оч ранг, 2%ли Люголь эритмаси суртилганда (Шиллер синамаси) тўқ жигарранг тус олади, кўп қаватли ясси ва бир қаватли цилиндрик эпителий орасида чегара аниқ тўғри чизик кўринишида намоён бўлади. Шиллер синамаси нормал эпителий ҳужайралар таркибида гликоген борлиги туфайли уларнинг йод таъсирида тўқ-кўнғир рангга бўялишига асосланган. Йоднегатив соҳалар кўп қаватли ясси эпителий ҳужайраларида гликогеннинг кескин камайганлигини билдиради.

Қин тозалик даражаси:

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

I – даражасида қин суюқлиги кислотали муҳитга (pH 4,0 – 4,5) га эга бўлиб, суртмада фақат Дедерлейн таёқчалари ва эпителий хужайралари аниқланади.

II – даражасида қин суюқлиги кучсиз кислотали муҳитга эга бўлиб (pH 5,0 – 5,5), қин хужайралари ва таёқчалари кам, бироз микдорда сапрофитлар, кокklar, битта-иккита лейкоцитлар аниқланади, эпителий хужайралари кўп.

III – даражасида қин суюқлиги ишқорли муҳитга (pH 6,0 – 6,5) эга бўлиб, лейкоцитлар, кокklar ва бошқа турдаги бактериялар кўп бўлади.

IV – даражасида қин муҳити кучсиз ишқорли, қин таёқчалари аниқланмайди, турли хил микроблар флораси, асосан патоген (кокklar, ичак таёқчаси, трихомонадалар ва бошқа бир талай лейкоцитлар) микрофлора аниқланади.

Кенгайтирилган кольпоскопия- бачадон буйни, қин ва вульванинг ҳолатини кўриш ва ревизияси бўлиб, бунда бачадон бўйни эпителиал қавати микроскоп остида 15 марта катталаштириб кўрилади. Кольпоскопия — Promis Medical (Australia) ишлаб чиқарилган Digital Video Colposcope 1293 аппарати орқали кўрилади, бунда эпителиал қават ҳолати 15 марта катталаштирилган ҳолатда бажарилади. Кенгайтирилган кольпоскопия умум қабул қилинган методика бўйича ўтказилди: бачадон бўйни шиллик қавати аввалига ишлов берилмасдан, 2% люголь (Шиллер синамаси)нинг сувли эритмаси ёрдамида текширилади.

Цилиндрик эпителий эктопияси оч – қизил рангдаги шарсимон ёки узунчоқ сўрғичлар кўринишида намоён бўлади. Эктопия юзасига 3 % ли сирка кислота суртилганда, сўрғичлар оқариб, шишасимон кўринишни олади.

Трансформация зонаси: а) тугалламаган – етилмаган ясси эпителийнинг алоҳида оролчалари кўринишида бўлиб, унинг силлик юзасида ташқи бўғизни ўраб олган эктопия фрагментларини ва очик безларнинг чиқарув йўллари

қорамтир нукталар кўринишида кўриш мумкин. Шиллер синамаси ўтказилганда етилмаган ясси эпителий жигар рангга бўялмайди; б) тугалланган – экзоцервикс юзаси кўп қаватли ясси эпителий билан тўлиқ қопланган бўлиб, унда очик безлар ва ретенцион кисталар сарғимтир тусдаги пуфакчалар кўринишида намоён бўлади. Сирка кислота эритмаси таъсирида эпителий остидаги қон томирлар қисқаради.

Полиплар – цилиндрик эпителий билан қопланган бўлса, сўрғичли тузилишга, ясси эпителий билан қопланган бўлса, силлиқ юзага эга бўлади. Полиплар Люголь эритмаси билан бўялмайди.

Лейкоплакия оқиш доналар кўринишида, юзаси ғадир – будир, бурмали ёки тангачасимон, чегаралари аниқ кўринади. 3 % ли сирка кислота эритмаси таъсирида лейкоплакиянинг структураси ўзгармайди. Шиллер синамаси ўтказилганда йоднегатив соҳалар ҳосил бўлади. Пунктация лейкоплакиянинг асоси ҳисобланади. Лейкоплакиянинг оддий асоси экзоцервикс юзасидан кўтарилиб турмайдиган, чегараланган оқиш ёки оч – сариқ соҳалар фонидида тўқ – қизил рангли, майда мономорф нукталар кўринишида намоён бўлади. Лейкоплакиянинг папилляр асоси экзоцервикс юзасидан кўтарилиб турувчи сўрғичли тўқимага эга бўлиб, полиморф тўқ – қизил нукталар кўринишида аниқланади. Иккала асос ҳам йоднегатив ҳисобланади.

Мозаика нотўғри кўпбурчак шаклидаги оқиш ёки сарғимтир майдончалар кўринишида бўлиб, ингичка қизил чизиклар билан бўлинган.

1.4. Бачадон бўйни касалликларини даволаш усуллари

Бачадон бўйни касалликларини даволашнинг барча усуллари консерватив ва жарроҳлик усулларига бўлинади. Консерватив усуллар ўз навбатида фармакотерапевтик (яллиғланишга қарши, иммунокоррекция, гормонал, бачадон бўйни эпителийсига кимёвий моддалар билан таъсир қилиш ва бошқалар), номедикаментоз (физиотерапевтик) ҳамда ноанъанавий усулларга бўлинади.

Даво усулига боғлиқ бўлмаган ҳолда даволаш босқичи, аниқ вақт бўйича олиб борилаётган ва тахмин қилинаётган аралашувлар характерида боғлиқ ҳолда олиб борилади.

Амалий гинекологиянинг долзарб муаммоларидан бири бу бачадон бўйни патологияси бўлган касалларда, бачадон бўйнининг нормал морфофункционал тўқимасини тиклаш ва барьер функциясини тиклаш мақсадида эффе́ктив даволаш усуллари́нинг реабилитациясини яхшилаш, юқорига кўтари́лувчи генитал аъзолар инфекциясини ва бачадон бўйни ракини олдини олиш, шунингдек оғир босқичларда аёллар репродуктив тизими кўшимча касалликлар билан бирга келишини олдини олишга қаратилган.

XX асрнинг 80 йиллари бошларида бачадон бўйни яхши сифатли касалликларида энг кўп қўлланилган даво сифатида криодеструкция ишлатилган. Лекин бу усулнинг фойдали томони билан бирга бир қанча камчиликлари ҳам бор эди. Сезиларсиз чуқурликкача таъсири патологик жараённи локал олиб ташлашнинг иложи йўқлиги гистологик материални ўрганишни сезиларли даражада қийинлиги шулар жумласидандир. (Костава М.Н. 1990 й.)

Бачадон бўйни патологиясини даволашнинг умумий тамойиллари қуйидагилар:

1. Келтириб чиқарган ва ҳозиргача мавжуд бўлган омилларни йўқотиш ва организмдаги ўзгаришларни тиклаш;
2. Оғир патологик жараёнларга ўтиб кетишининг профилактикаси;
3. Репродуктив ёшдаги аёлларга иложи борича орган сақловчи усулларни қўллаб, даволашнинг агрессив усуллари́дан воз кечиш;
4. Доимий кузатувга олиб, даволаш муддатига амал қилиш (консерватив даво давомийлиги 2 – 4 ҳафтадан ошмаслиги керак);
5. Бачадон бўйнидаги патологик ўчоқ ликвидацияси;
6. Даволашнинг ишончлилигини таъминлаш;

Бачадон бўйни патологиясини анъанавий даволашнинг барча усуллари бўлинади: консерватив – медикаментоз даволаш антибактериал дорилар, коагуляция қилувчи моддалар, регенерацияни тикловчи воситалар ва жарроҳлик

усуллари – диатермакоагуляция, криодеструкция, лазер деструкция, радиожаррохлик, бачадон бўйнининг Эммет, Штурмдорфу бўйича пластикаларга. Клиник амалиётда тарқалган хирургик усуллар эса ўзининг афзаллиги ва камчиликларига эга, кўрсатма ва қарши кўрсатмалари мавжуд ва турли хил эффе́ктивлик даражасига эга.

Бачадон бўйни яхши сифатли касалликларини даволашда кенг тарқалган усулларида бири бу **диатермокоагуляция (ДЭК)** бўлиб, у фон касалликларини даволашда кенг қўлланилади. Аммо изланувчиларнинг фикрича, ДЭК патологик жараённинг фақатгина кўп қаватли эпителийнинг юза қаватинигина даволашда қўл келади. Шу сабабдан тўлиқ гистологик назорат қилишнинг имконияти бўлмайди. Бунинг оқибатида бачадон бўйни преинвазив ва микроинвазив ракини ўз вақтида аниқлаб бўлмайди. (Овчинников 2011 й.)

Даволаш натижаларини ўрганиш шуни тасдиқладики, ДЭКдан кейин бачадон бўйнида бир қатор асоратлар юзага келади. Булардан бири бачадоннинг бўйни коагуляция синдроми, бачадон бўйни чандиқли ўзгаришлари, ретроцервикал эндометриоз. Тадқиқотларнинг кўрсатишича, асоратланган эктопияда қўлланилган чуқур ДЭК эластик бириктирувчи тўқима толаларини, томир, нерв охирларини жароҳатлайди ва чандиқ ривожланишига олиб келади. ДЭК нинг кенг спектрдаги асоратлари ва нисбатан паст (35,5 - 53,3%) эффе́ктивлиги ундан воз кечишга сабаб бўлмоқда. (Овчинников 2011 й.)

Хулоса: Бачадон бўйни касалликларининг кўп учраши, унинг хилма-хиллиги бу органнинг ўзига хос анатомио-физиологик хусусиятлари билан боғлиқ. Бачадон бўйни биологик ва функционал жиҳатдан фарқли аъзолар: қин ва бачадон танаси ўртасидаги тўсиқ бўлиб ҳисобланади. Бачадон бўйнида кўп қаватли ясси (қин) ва цилиндрик эпителий (эндометрий)нинг чегараланиши содир бўлади. Айнан мана шу соҳа чегарасида эпителий ҳужайраларининг патологик трансформацияси юзага келади ва бачадон бўйни фон касалликларининг келиб чиқишига замин яратади. Кўпгина олимларнинг эътирофи этишига кўра, яллиғланиш жараёни малигнизация эҳтимолини оширувчи омилдир. Шунинг

учун яллиғланиш касалликларини ўз вақтида ва адекват даволаш бачадон бўйнининг оғир патологиялари профилактикаси ҳисобланади. Бу эса бачадон бўйни касалликларини яққол клиник белгиларисиз кечадиган босқичидаёқ эрта аниқлаш ва самарали даволашга оид замонавий диагностик мезонлар ишлаб чиқишни тақозо этади.

II боб

Материаллар ва текширув усуллари

Диссертация иши Бухоро Давлат тиббиёт институтининг (ректор – проф. Иноятов А.Ш.) даволаш ва тиббий педагогика факультети акушерлик ва гинекология кафедраси (кафедра мудираси – т.ф.н.доц. Ихтиярова Г.А.) вилоят перинатал маркази (марказ директори Надирханова Н.С.) базасида олиб борилди.

Материал ва текширувлар. 2015 ва 2017 йиллар давомида вилоят перинатал маркази ва №5 ҳамда №6 – сонли оилавий поликлиникаларида турли хил гинекологик касалликлар билан мурожаат қилган 18 ёшдан 46 ёшгача бўлган жами 190 та аёл текширилди. Барча беморларга Promis Medical (Australia) ишлаб чиқарилган Digital Video Colposcope 1293 аппарати ёрдамида оддий ва кенгайтирилган кольпоскопия (ВПМ кольпоскопист шифокорлари - Ражабова Д.Б ва Акрамова Д.Э) усулини қўллаган ҳолда комплекс текширишлар амалга оширилди.

Аёллар терапевт ва гинеколог кўрувидан ўтказилди. Натижалар бўйича чуқур текшириш ўтказиш лозим деб топилган беморларга онкогинекологга йўлланма берилди.

Ретроспектив гуруҳ таркибига турли хил бачадон бўйни патологияси аниқланган 92 та аёл кириб, улар Бухоро вилоят перинатал маркази ҳамда №5 ва №6 оилавий поликлиникага 2015-2016 йилларда мурожаат қилган ҳамда кольпоскопик текширувдан ўтган беморлардан таркиб топди.

Проспектив гуруҳ таркибини бачадон бўйни фон патологияси билан 78 та аёл ташкил қилди.

Назорат гуруҳи 20 та соғлом аёл киритилди.



2.1. Анамнез

Даво эффективлигини баҳолаш мақсадида проспектив гуруҳдаги аёллар 2 та гуруҳга бўлинди: I гуруҳни 20 та аёл кольпоскопик диагностикада аниқланган энг кўпучрайдиган патологиялар цервицит ва эрозиялар эканлигини инобатга олиб, шу касаллик билан бўлган 38 та аёлда текширишнинг кейинги босқичлари ўтказилди. Улар 2 гуруҳга бўлинди. Цервицитлар билан 21(55,3%) та аёл ва эрозия ва псевдоэрозиялар билан 17 та аёл (44,7%) да даво самарадорлиги таққослама баҳоланди.

Анамнез йиғишда қуйидаги белгилар эътиборга олинди:

- Болалик ва ўсмирлик даврида ўтказилган касалликлар;
- Менархенинг бошланиши;
- Ҳайз циклининг патологик ўзгаришлари;
- Ҳаёт тарзи ва зарарли одатларнинг борлиги;
- Бошидан ўтказган гинекологик касалликлар;
- Ҳомиладорлик ва туғруқ натижалари;
- Гинекологик патологиялар.

Анамнез бачадон бўйни касалликлари ривожланиш ҳавфи бор беморларни аниқлаб берди. Бачадон бўйни касалликлари кўп қайд этилган гуруҳлар қуйидагилар: икки ва ундан ортиқ аборт қилинганлар, туғруқ пайтида бачадон бўйнининг травмалари, бачадон бўйни деформацияси ва яралари, жинсий ҳаётнинг эрта бошланиши (17 ёшгача), жинсий ҳамкорларнинг кўп бўлиши, гормонал бузилишларга олиб келувчи касалликлар (эндометрийдаги гиперпластик ўзгаришлар, бачадон миомаси, эндометриоз, ҳайз циклини бузилиши ва қиндаги ва бачадон бўйнидаги патологик ажралмалар).

2.2. Текширилган аёлларнинг клиник характеристикаси

Ретроспектив гуруҳдаги аёлларнинг ёш бўйича таснифи № 2.1. жадвалда келтирилган.

Жадвал 2.1.

Ретроспектив гуруҳдаги аёлларнинг ёш бўйича таснифи

Ёш (M±m)				
18-20	21-25	26-30	31-35	36 ва ундан юқори
19,1±0,3	22,8±0,3	27,3±0,2	32,7±0,3	40,4±2,6

Яшаш жойи	Ёш									
	18-20		21-25		26-30		31-35		36 ва ундан	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Шаҳар n=33	3	3.3	10	10,8	12	13	5	5.4	3	3.3
Қишлоқ n=59	6	6.5	14	15,2	17	18,5	17	18.5	5	5.4

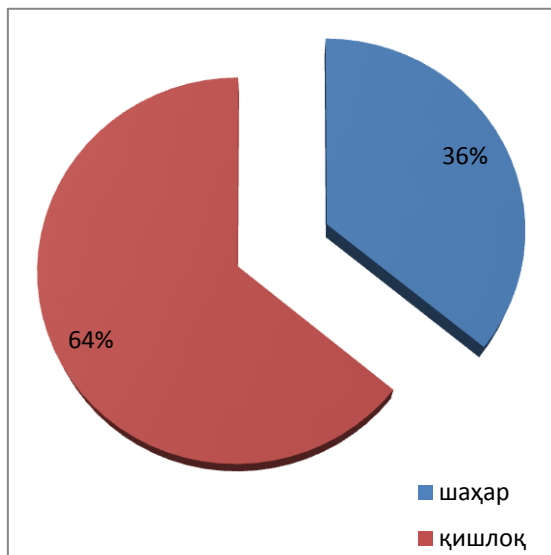
Жадвалдан кўриниб турибдики, ретроспектив гуруҳдаги аёллар 92 тани ташкил этади. Улардан 32 таси шаҳар аҳолиси 35,9% ва 59 таси қишлоқ аҳолиси бўлиб у 61,1% ини ташкил этади. Ёш жиҳатдан: аёлларнинг 26 ёшдан 30 ёшгача ретроспектив гуруҳда ($27,3 \pm 0,2$) улуши 31,1% ни (29 та аёл), 21 дан 25 ёшгача ($22,8 \pm 0,3$) бўлган аёллар (24 та) 26% ни ташкил қилди. Проспектив гуруҳдаги аёллар 78 тани ташкил қилди. Улардан 31 та аёл шаҳар аҳолиси, яъни 39,7% ни ва 47 та қишлоқ аҳолиси 60,3% ни ташкил этади. Иккала гуруҳда энг катта фоизини фаол репродуктив ёшдаги (21-30 ёш) аёллар бўлиб, бу текширилганларнинг 57,7% ни ташкил этди.

Турар жойи	Гурухлар					
	Ретроспектив		Проспектив		Назорат	
	абс	%	абс	%	абс	
шаҳар	33	35.9	31	39.7	9	45
қишлоқ	59	64.1	47	60.3	11	55
жами	92	100	78	100	20	100

Туғруқнинг асоратли кечиши ва гинекологик аралашувлар қуйидагиларда намоён бўлди: (БИВ қўйиш ва олиб ташлаш, диагностик мақсадда қиришлар, тўсатдан содир бўлган ва режалаштирилган абортлар ва бошқалар). 31 ёшдан 35 ёшгача бўлган аёллар 24,4 % ини (19 та аёл) ва 36 ёшдан катта бўлган 7 та аёл яъни 9% ини ташкил қилди. Назорат гуруҳи 20 та аёлдан иборат бўлиб, улардан 9 таси шаҳар аҳолиси яъни 45% ини ва 11 та аёл қишлоқ аҳолиси, яъни 9

% ини ташкил қилди. Барча текширилган жами аёллар сони 190 та.

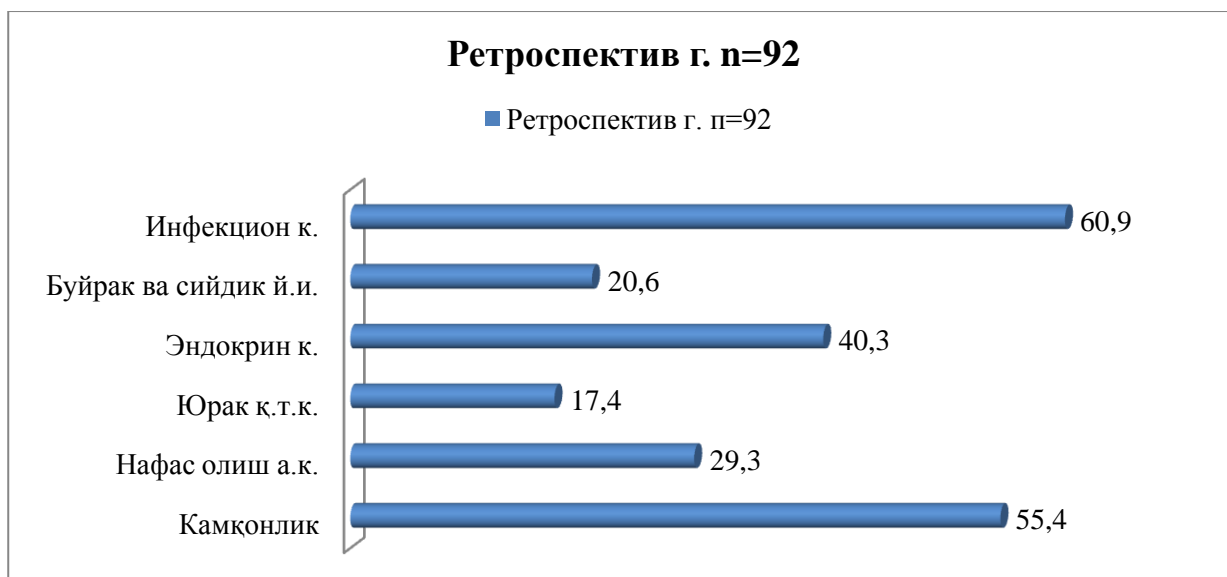
Тадқиқотлар шуни кўрсатдики, 66 та аёл (71,7%) аёллар уй бекаси, 24 та аёл (26,1%) ишлайди ва 2 та аёл талаба (2,2%). 7 та аёлда қариндошлик ва 9 та аёлда узок қариндошлик никоҳи мавжуд.



Гуруҳдаги аёлларнинг соматик характеристикаси

№		Абс	%
1	Камқонлик	51	55,4
2	Нафас олиш аъзолари касалликлари	27	29,3
3	Юрак қон-томир касалликлари	16	17,4
4	Эндокрин касалликлар	37	40,3
5	Буйрак ва сийдик йўллари касалликлари	19	20,6
6	Инфекцион касалликлар	56	60,9

Ретроспектив гуруҳдаги аёлларнинг соматик характеристикаси №2.3 жадвалда келтирилган. Экстрагенитал касалликлар структурасида кўп учрайдиган патология болаликдаги ва ўсмирликдаги камқонлик сабабдир. Бу кўрсаткич ретроспектив гуруҳда 55,4% ни (51 та аёл) ташкил қилди. Қалқонсимон без касаллиги патологияси эпидемик зоналарда кенг тарқалган бўлиб, у бу гуруҳдаги аёлларни 40,3% ида (37 та аёл) учради.



Асосий ва назорат гуруҳидаги барча аёллар Ultrasonix Sonix ОРаппаратида (2010 йилда Канада ишлаб чиқилган, датчик кўрсаткичи узунлиги

60 мм, частотаси 7-14 МГц, ректовагинал кўрсаткичнинг радиуси 11 мм, частотаси 5- 10 МГц) жинсий органлар УТТдан ўтказилди.

Жадвал №2.4.

Ретроспектив гуруҳдаги аёлларнинг гинекологик статуси

№	Гинекологик касалликлар	Ретроспектив (n=92)	
		Абс	%
1	Бачадон миомаси	7	7.7
2	ЧАЯК	36	39.1
3	Анамнезида бепуштлик	13	14.4
4	Ҳайз цикли патологияси	21	22.8
5	Эндометриоз	7	7.6
6	Бачадон бўйни гипертрофияси ва деформацияси	5	5,4
7	Анамнезида абортлар	48	52,2

Текширилган аёлларда аниқланган гинекологик касалликлар №2.4. жадвалда келтирилган. Жадвалдаги маълумотлардан кўриниб турибдики, ретроспектив гуруҳдаги аёлларда тахминан ҳар учтадан битта аёлда кичик чанок аъзоларининг яллиғланиш касаллиги кузатилган.



Турли хил ўлчамдаги миомалар 7 та аёлда, яъни 7,1% учраган. Амбулатор карталарни ўрганиш натижасида аниқландики 12 та(13 %) аёл бачадон

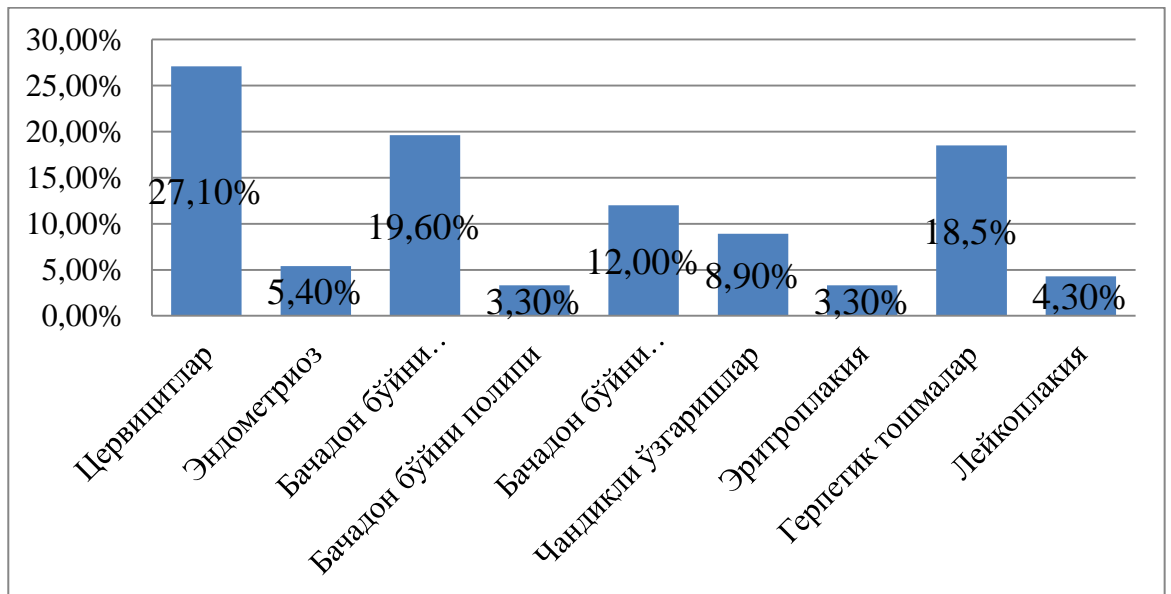
бўйни эрозияси туфайли диатермакоагуляция амалга оширилган. Эндометриоз касаллиги ретроспектив гуруҳдаги аёлларнинг 7,6% ини ташкил қилди. Анамнезида ҳайз цикли бузилишлари билан бўлган аёллар 22,8% ни ташкил этди. Ҳайз циклининг энг кўп урайдиган бузилишлари гиперпроминорея, альгодисменорея кўринишида намоён бўлди.

Жадвал № 2.5.

Ретроспектив гуруҳдаги аёлларнинг бачадон бўйни касалликлари

№	Патологик ўзгаришлар	Ретроспектив гуруҳ (n=92)	
		Абс	%
1	Цервицитлар	25	27.1
2	Эндометриоз	5	5.4
3	Бачадон бўйни эрозияси ва псевдоэрозияси	18	19.6
4	Бачадон бўйни полипи	3	3.3
5	Эритроплакия	3	3,3
6	Бачадон бўйни чандикли ўзгаришлари	5	5.4
7	Бачадон бўйни кисталари	11	12
8	Герпетик тошмалар	17	18.5
9	Лейкоплакия	4	4,3

Ретроспектив гуруҳда аниқланган бачадон бўйни касалликлари № 2.5. жадвалда келтирилган. Жадвалдан кўриниб турибдики, бачадон бўйни касалликларининг катта фоизини цервицитлар ташкил этди. Бу кўрсаткич бўйича гуруҳдаги аёлларни 27,1% ии (25 та аёл) ташкил қилди. Эрозия ва псевдоэрозия бачадон бўйни касалликлари орасида учраши бўйича иккинчи ўринда турибди. У учраши бўйича гуруҳдаги аёлларни 19,6% ни яъни 18 та аёлда учради. Диагностик текширишларда бачадон бўйни полипи ретроспектив гуруҳда 3,3% ини (3 та аёл) да учрайди. Эндометриоз касаллиги бу гуруҳдаги аёлларнинг 5,4% ни (5 та аёлда) аниқланган. Бачадон бўйни, вулва ва қин қисмидаги инфекциял патологик ўзгаришлар орасида герпетик тошмалар аниқланди.



Герпетик тошмалар бу гуруҳдаги аёлларнинг 14 тасида (15,2%) да учради. Бачадон бўйнининг чандикли ўзгаришлари бу гуруҳда 5 та аёл (5,4%)да аниқланди. Бачадон бўйни эритроплакияси бу гуруҳдаги аёлларнинг 11 тасида учраб, у 12 % ини ташкил этди. Амбулатор карталарни ўрганишлар натижасида лейкоплакияларни учраши ретроспектив гуруҳдаги аёлларда 2 та, яъни 2,2% ини ташкил қилди. Ушбу жадвалдан кўришиб турибдики, бачадон бўйни касалликлари орасида энг кўп учрайдиган касалликлар цервицитлар ва эрозия ҳамда псевдоэрозиялардир, булар ретроспектив ва гуруҳдаги аёлларнинг тахминан ҳар учтадан биттасида учради.

2.3. Бачадон бўйнининг махсус текшириш усуллари.

Оддий ва кенгайтирилган кольпоскопия.

Бачадон бўйни, қин ва вульванинг ҳолатини кўриш ва ревезияси бўлиб, бунда бачадон бўйни эпителиал қавати микроскоп остида 15 марта катталаштириб кўрилди. Кольпоскопия — Promis Medical (Australia) ишлаб чиқарилган Digital Video Colposcope 1293аппарати орқали кўрилади, бунда эпителиал қават ҳолати 15 марта катталаштирилган ҳолатда бажарилди. Кенгайтирилган кольпоскопия умум қабул қилинган методика бўйича ўтказилди: бачадон бўйни шиллик қаввати аввалига ишлов берилмасдан, 2% люголь (Шиллер синамаси)нинг сувли эритмаси ёрдамида текширилди.

Кольпоскопияни ўтказишдан асосий мақсад – бачадон бўйнининг фон ва рак олди касалликларини эрта босқичларда аниқлашдир.

Бундан ташқари, кольпоскопия:

- Фон касалликлари (эктопия, эрозия ва псевдоэрозия, полип, эндометриоз, яллиғланиш жараёнлари)ни ўрганишнинг диагностик имкониятлари кенгайтиши;
- Даволаш усуллари (диатермокоагуляция, криотаясир, лазердеструкция, маҳаллий консерватив муолажалар) самарадорлигини объектив баҳолашга;
- Кўп қаватли ясси эпителийнинг физиологик ҳолатларидиңи ўзгаришлар характерини аниқлашга ёрдам беради.

Нормал шиллик қават пушти рангда, юзаси силлик ва ялтироқ бўлади, эпителий остидаги томирлар кўринмайди. Ўзгармаган эпителий 3%ли сирка кислотаси эритмаси таъсирида оч ранг, 2%ли Люголь эритмаси суртилганда (Шиллер синамаси) тўқ жигарранг тус олади, кўп қаватли ясси ва бир қаватли цилиндрик эпителий арасида чегара аниқ тўғри чизик кўринишида намоён бўлади. Шиллер синамаси нормал эпителий ҳужайралар таркибида гликоген борлиги туфайли уларнинг йод таъсирида тўқ-кўнғир рангга бўялишига асосланган. Йоднегатив соҳалар кўп қаватли ясси эпителий ҳужайраларида гликогеннинг кескин камайганлигини билдиради.

Сирка кислота эритмаси таъсимрида эпителий остидаги қон томирлар қисқаради.

Полиплар – цилиндрик эпителий билан қопланган бўлса, сўрғичли тузилишга, ясси эпителий билан қопланган бўлса, сиилиюзага эга бўлади. Полиплар Люголь эритмаси билан бўялмайди.

Кольпоскопик манзарани баҳолаш

НОРМАЛ КОЛЬПОСКО ПИК ТАСВИР	АНОМАЛ КОЛЬПОСК О ПИК ТАСВИР	ҚОНИҚАРСИЗ КОЛЬПОСКО ПИЯ	БОШҚА ТАСВИР	КОЛЬПОСКОПИЯН ИНГ ЎСМАГА ГУМОНЛИ ТАСВИРИ
-кўп қаватли ясси эпителий асл кўриниши -Цилиндрик эпителий -трансформация зонаси (ЗТ)	-Ацетобел эпителий -Пунктация -Мозаика -Йод-негатив зона	Эпителий бирикиши имкони йўқ Кўринади: а) травма б) ялиғланиш жараёни	-Кератоз -Эрозия	Бир хил бўлмаган юза эрозия, яраланиши - зича цетобел эпителий —кенгпунктуация ва мозаика
	- Атипик томирлар	в) атрофии г) бачадон бўйни йўқ	-ялиғланиш - гипоэстрогение я билан боғлиқ) -Децидуоз) -Полиплар	

Цитологик тадқиқот учун материал цервикал канал, ўтиш зонаси ва эндроцервиксининг устки қисмидан олинади. Тайёрланган суртмалар НИКОФОРОВ (1:1 мостликдаги спирт ва эфир) аралашмасига 20 дақиқа ёрдамида қотирилади. Препаратларга Папаниколау услуби асосида бўёқ берилади: гемотоксилин бўёғи, фосфорли вольфрам кислотаси ва сабзиранг G, кейин яшил, жигарранг бисмарк ва Y эозин билан бўялади.

Цитологик тадқиқотнинг натижаларини баҳолаш учун Папаниколау классификациясидан фойдаланилди. Натижа қуйидагича баҳоланди: 1-синф учун нормал хужайра асосли цитограмма хос, 2-синф учун морфологик ўзгарган эпителиал хужайралар хос бўлиб, унда ядронинг катталашган ҳолатида ёки метаплазиялашган эпителий хужайраларнинг пайдо бўлиши намоён бўлади, 3-синфда яққол морфологик ўзгарган ядроларнинг пайдо бўлиши —дискариоз дейилади, 4-синф атипик хужайраларнинг пайдо бўлиши билан характерланса, 5-синф саратон касаллигини мусбат баҳоланиши сифатида тақсимланади. Бачадон

бўйни биоптатлари ва чуқур жойлашган ўсмаларнинг морфологик тадқиқотлари патоморфология лабораториясида ўтказилди.

Ультратовушли тадқиқот.

Ультратовушли тадқиқот ҳамма беморларда бачадон ўлчамларини аниқлаш мақсадида ўтказилди. Миоматоз тугунларнинг кўшни аъзоларга борлиги, кичик чанокдаги патологик ўзгаришлар жойлашуви ва ўлчамини аниқлашга қаратилган.

■ Гинекологик кўрик(бимануал ва қин кўзгуларида кўриш)

■ УТТ (ГСГ ГС эндометрит биопсияси ■ Ташхис мақсади.

- Динамикани кузатиш.

■ Суртманинг цитологик тадқиқоти ва кольпоскопия.

■ Бачадон бўйни патологияси аниқланганда бачадон бўйни биопсиясини ўтказиш ва биоптатни морфологик тадқиқотдан ўтказиш.

Қин тозалик даражаси:

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

I – даражасида қин суюқлиги кислотали муҳитга(pH 4,0 – 4,5)га эга бўлиб, суртма фақат Дедерлейн таёқчалари ва эпителий хужайралари аниқланади.

II – даражасида қин суюқлиги кучсиз кислотали муҳитга эга бўлиб(pH 5,0 – 5,5), қин хужайралари ва таёқчалари кам, бироз миқдорда сапрофитлар, кокклар битта-иккита лейкоцитлар аниқланади, эпителипл хужайралар кўп.

III – даражасида қин суюқлиги ишқорли муҳитга (pH 6,0 – 6,5) эгп бшлиб лейкоцитлар, кокклар ва бошқа турдаги бактериялар кўп бўлади.

IV – даражасида муҳити кучсиз ишқорли, қин таёқчалари аниқланмайди, турли хил микроблар флораси, асосан патоген (кокклар, ичак таёқчаси, трихомонадалар ва бошқа бир талай лейкоцитлар аниқланади).

Хулоса:Шундай қилиб, бачадон бўйни фон касалликларини эрта аниқлаш ва ташхислашнинг энг самарали усуллари бўлиб батафсил йиғилган анамнез, кольпоскопия ва қин суртмасини бактериоскопик текшириш усуллари ҳисобланади.

III боб. Текширилган аёлларнинг клиник характеристикаси

(Проспектив материаллар кузатуви бўйича)

Бугунги кунда бачадон бўйни касалликлари муаммоси замонавий гинекологияда энг муҳим масалаларидан биридир. Ушбу касаллик ташхиси ва даволашда кўплаб муваффақиятларга эришишга қарамасдан, гинекологик касалликлар орасида долзарб бўлиб қолмоқда. (Прилепская В.Н., Царева Н.В, 2003 йил)

Жаҳон амалиётида бачадон бўйни фон ва рак олди касалликларини эрта диагностикасида турли хил усуллар қўлланилади. Замонавий диагностикада кольпоскопия гинекологик касалликларни эрта аниқлашни осонлаштиради. У бачадон бўйнидаги кўзга кўринмайдиган патологик ўзгаришларни аниқлаш, хавфли даражаси гумон қилинганда биопсия амалга ошириш ва даволаш самарадорлигини баҳолаш имкониятини беради. (Алимова Д.А. 2012 йил)

3.1. Тадқиқот қилинган аёлларда гинекологик статус

Бачадон бўйни патологиясини аниқлашнинг муҳим усуллари билан бири кольпоскопия ҳисобланиб, у юқори информацион, арзон ва қулай усул бўлиб ҳисобланади ва аёлларда гинекологик патологияни аниқлашни сезиларли даражада оширади.

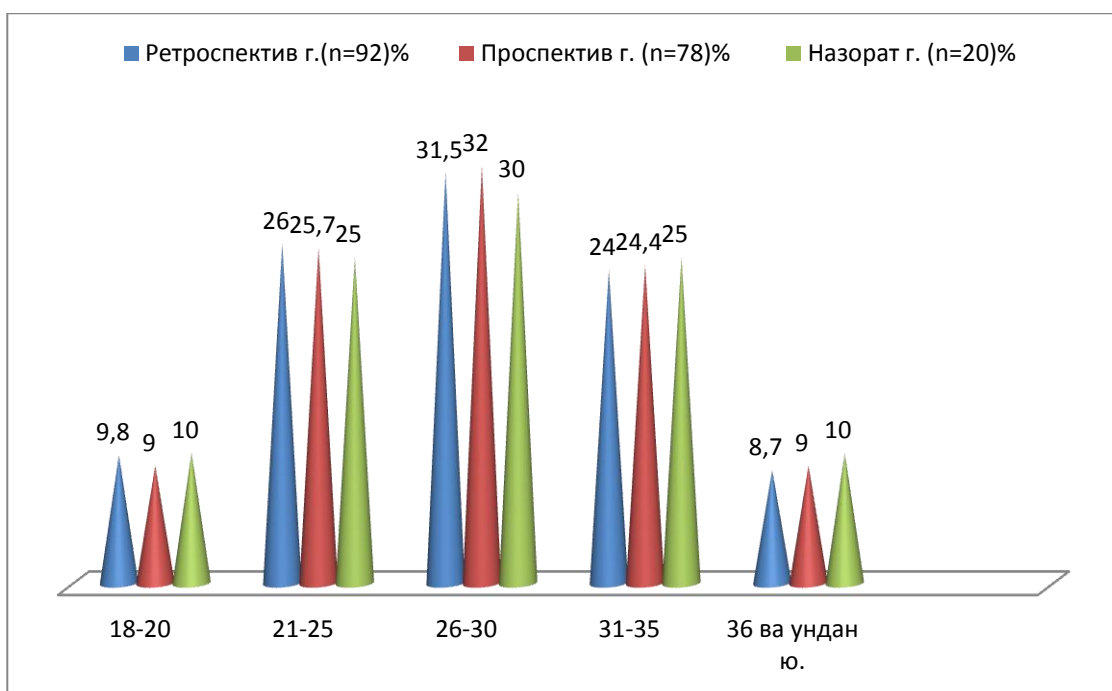
2015 ва 2017 йиллар давомида Бухоро вилоят перинатал маркази ҳамда №5 ва №6 шаҳар оилавий поликлиникаларида турли хил гинекологик касалликлар билан мурожаат қилган 18 ёшдан 46 ёшгача бўлган жами 190 та аёл текширилди. Барча беморларга Promis Medical (Australia) ишлаб чиқарилган Digital Video Colposcope 1293 аппарати ёрдамида оддий ва кенгайтирилган кольпоскопия (ВПМ кольпоскопист шифокорлари - Ражабова Д.Б ва Акрамова Д.Э) усулини қўллаган ҳолда комплекс текширишлар амалга оширилди. Текширилган аёлларнинг ёш бўйича таснифи №3.1. жадвалда келтирилган.

Текширилган аёлларни ёш бўйича таснифи

Гуруҳлар	Яшаш жойи	Ёш									
		18-20		21-25		26-30		31-35		36 ва ундан	
		Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
ретроспектив	Шаҳар n=33	3	3.3	10	10,8	12	13	5	5.4	3	3.3
	Қишлоқ n=59	6	6.5	14	15,2	17	18,5	17	18.5	5	5.4
ҳаммаси	92	9	9.8	24	26	29	31,5	22	24	8	8.7
проспектив	Шаҳар n=31	2	2.6	8	10,3	11	14,1	8	10.3	2	2.6
	Қишлоқ n=47	5	6.4	12	15,4	14	17,9	11	14.1	5	6.4
ҳаммаси	78	7	9	20	25,7	25	32	19	24.4	7	9
назорат	Шаҳар n=9	1	5	2	10	2	10	2	10	2	10
	Қишлоқ n=11	1	5	3	15	4	20	3	15	-	-
ҳаммаси	20	2	10	5	25	6	30	5	25	2	10
жами	190	18	28.8	49	76,7	60	93,5	46	73.4	17	27.7

Гуруҳлар	Ёш (M±m)				
	18-20	21-25	26-30	31-35	36≤
ретроспектив	19,1±0,3	22,8±0,3	27,3±0,2	32,7±0,3	40,4±2,6
асосий	19±0,3	22,6±0,3	27,8±0,3	32,5±0,5	42,3±2,5
назорат	18,5±0,5	22,8±0,8	27,3±0,5	32,8±1,3	36,5±0.3

Жадвалдан кўриниб турибдики, ретроспектив гуруҳдаги аёллар 92 тани ташкил этади. Улардан 32 таси шаҳар аҳолиси (35,9%) ва 59 таси қишлоқ аҳолиси бўлиб у 61,1% ини ташкил этади. Ёш жиҳатдан аёллар 26 ёшдан 30 ёшгача ретроспектив гуруҳнинг(27,3±0,2) улуши 31,1% ини (29 та аёл), 21 дан 25 ёшгача (22,8±0,3) бўлган аёллар 24 тани, яъни 26% ини ташкил қилди.



Проспектив гуруҳдаги аёллар 78 тани ташкил қилди. Улардан 31 та аёл шаҳар аҳолиси, яъни 39,7% ни ва 47 та қишлоқ аҳолиси 60,3%ини ташкил этади. Проспектив гуруҳда ретроспектив гуруҳга ўхшаб фаол репродуктив ёш 21-30 ёшни ташкил қилди, бу текширилганларнинг 57,7% и демакдир. Туғруқнинг асоратли кечиши ва гинекологик аралашувлар (БИВ қўйиш ва олиб ташлаш, диагностика мақсадида қиришлар, тўсатдан содир бўлган ва режалаштирилган абортлар ва бошқалар) бу ёш гуруҳдаги аёлларда турли хил асоратларни келтириб чиқарганлиги анақланди. 31 ёшдан 35 ёшгача ($32,5 \pm 0,5$) бўлган аёллар 24,4 %ни (19 та аёл) ва 36 ёшдан ($42,3 \pm 2,5$) катта бўлган 7 та аёл яъни 9% ни ташкил қилди.

Қуйидаги №3.2 жадвалда текширилган аёлларнинг ҳайз цикли характеристикаси келтирилган.

Жадвал №3.2.

Ҳайз цикли характеристикаси

№	Ҳайз цикли характери	Гуруҳлар					
		Ретроспектив (n=92)		Проспектив (n =78)		Назорат (n =20)	
		Абс	%	Абс	%	Абс	%
1	Нормал ҳайз цикли	71	77,2	60	77	17	75
2	Ҳайз циклининг турли патологияси	21	22,8	18	23	3	15

Жинсий ҳаётни бошланишини таҳлил қилганда 19 ёшгача жинсий ҳаёт бошланган аёлларда бачадон бўйни касалликлари назорат гуруҳига қараганда 1,4 марта кўп, яъни 48,9 %ини ташкил қилди. 25 ва ундан юқори ёшда жинсий ҳаётни бошланган аёлларда бачадон бўйнидаги патологик ўзгаришлар нисбатан кам миқдорда аниқланди. Жинсий ҳаётни бошланиш таҳлили № 3.3 жадвалда келтирилган.

Жадвал №3.3.

Жинсий ҳаётни бошланиши

№	Ёш	Гуруҳлар					
		Ретроспектив (n=92)		Проспектив (n =78)		Назорат (n =20)	
		Абс	%	Абс	%	Абс	%
1	19 ёшгача	45	48.9	38	48.7	9	45
2	20-24	42	45.7	36	46.2	8	40
3	25 ва ундан юқори	5	5.4	4	5.1	3	15

Гуруҳдаги аёллар фойдаланган контрацептив воситалари № 3.4. жадвалда келтирилган. Текширилган аёллар фойдаланган контрацептив воситалар ўрганилиб чиқилганда шу нарса аниқландики, уларнинг 30,4 ретроспектив гуруҳда, 21,8% асосий ва 30% назорат гуруҳида контрацепциянинг бирон бир усулидан мунтазам фойдаланмайди. Контрацепциядан фойдаланадиган аёлларнинг аксарият фоизи БИВни маъқул кўради. Бу воситадан мунтазам фойдаланувчилар ретроспектив гуруҳда 51,1% ини, проспектив гуруҳда 55,1% ва назорат гуруҳида 55%ини ташкил этди. Албатта бу усул ўзининг қулайлиги ва самарадорлиги билан бирга бир қанча камчилик ва нуқсонларига эга. Айниқса, ёт жисм сифатида бачадон бўйни каналига травматик асоратлар келтириб чиқаришда унинг ролини унутмаслигимиз керак. ОК ва ИК дан фойдаланувчилар гуруҳи ретроспектив гуруҳда 7,6%ида, 9,9% ида проспектив гуруҳда ва 10% ини назорат гуруҳини ташкил этди.

Жадвал №3.4.

Текширилган аёллар фойдаланган контрацептив воситалари

№	Ҳайз характери цикли	Гуруҳлар					
		Ретроспектив (n=92)		Проспектив (n =78)		Назорат (n =20)	
		Абс	%	Абс	%	Абс	%
1	Умуман фойдаланмаган	28	30,4	17	21,8	6	30
2	БИВ	47	51,1	43	55,1	11	55
3	ОК+ИК	7	7,6	11	9,9	2	10
4	Барьер усул	10	10,7	6	7,7	1	5
5	ИЖС	1	1.1	1	1.3	-	-

Барьер усул фойдаланувчилар орасида мунтазам усул сифатида қайд этилмади. Бу усулдан вақтинчалик тарзда бактериал ва вирусли инфекциялар (TORCH)дан даволанаётган бачадон бўйни эрозияси ва унда ўтказилган турли ҳажмдаги операциялардан сўнг турли этиолигияли кольпитлар даволанаётган

давр давомидагина фойдаланадиган аёллар ретроспектив 10,7% ини, проспектив 7,7% ини ва назорат гуруҳида 5%ни ташкил этди.

1,1% ретроспектив гуруҳ ва 1,3% аёл проспектив гуруҳида контрацепциянинг доимий усулини танлашган. Уларда ихтиёрий жарроҳлик стерилизация операциясидан кейин дарҳол ёки интервал усулда турли йилларда бажарилган.

Гуруҳдаги аёлларнинг соматик характеристикаси №3.5. жадвалда келтирилган.

Жадвал №3.5.

Гуруҳдаги аёлларнинг соматик характеристикаси

№	Соматик касалликлар	Гуруҳлар					
		Ретроспектив (n=92)		Проспектив (n =78)		Назорат (n =20)	
		Абс	%	Абс	%	Абс	%
1	Камқонлик	51	55,4	44	61,5	8	40
2	Нафас олиш аъзолари касалликлари	27	29,3	17	21,7	2	10
3	Юрак қон-томир касалликлари	16	17,4	11	14,1	1	5
4	Эндокрин касалликлар	37	40,3	27	34,6	5	25
5	Буйрак ва сийдик йўллари касалликлари	19	20,6	17	21,8	3	15
6	Инфекцион касалликлар	45	49	40	51,3	3	15

Текширилган аёлларнинг ҳозиргача ўтказган касалликлари касалликлари батафсил ўрганилди. Соматик анамнездан маълум бўлишича, барча гуруҳларда энг кўп учраган касаллик камқонликдир. Унинг усулини ретроспектив гуруҳда 55,4% ни (51 та аёл), назорат гуруҳида 40% ни (8 та аёл) ва асосий гуруҳда 61,5% (44 та аёл)ни ташкил этди. Учраши бўйича иккинчи ўринни турли этиологиядаги инфекцион касалликлар, жумладан TORCH инфекцияси қаторига кирувчи бактериал ва вирусли инфекциялар эгаллайди. Ретроспектив маълумотлар йиғилганда 49%(45 та аёл) аёл амбулатор карталарида турли давр

мобайнида уларнинг TORCH инфекциясининг у ёки бу туридан даволангани маълум бўлди. Булар ичида хламидий ва герпетик инфекция, цитомегалавируснинг улуши кўпроқни ташкил этган. Проспектив гуруҳ аёлларнинг ҳар иккитадан биттасида (51,3%) бу инфекциялар аниқланди. Назорат гуруҳида эса бу кўрсаткич 15% ни ташкил этди. Бундан кўриниб урибдики, бачадон бўйни касалликларини келтириб чиқаришда бу турдаги инфекцияларнинг роли катта улушини ташкил этади. Жадвалдан кўриниб турибдики, ўтказилган касалликлар ичида анча салмоқли ўринни эндокрин тизим касалликлари эгаллаб турибди. Буларга асосан қалқонсимон без касалликлари ва турли даражадаги тана вазнининг ортиши ҳамда семизлик киради. Ретроспектив гуруҳ текширилувчиларнинг ичида бундай аёллар 40,3 % ни (37 та аёл), проспектив гуруҳда 34,6% ни (27 та аёл) ва назорат гуруҳида эса ҳар тўрта аёлдан биттасида учради. Бу эндемик зонада ушбу патологиянинг кенг тарқалганлигини намоён этади. Нафас тизими касалликлари асосан бронхитлар, ларингитлар, ЎРВИ кўринишида намоён бўлди. Ретроспектив гуруҳ аёллари орасида 29,3%, проспектив гуруҳда 21,7% ва назорат гуруҳида 10% ҳолатлар учрайди.

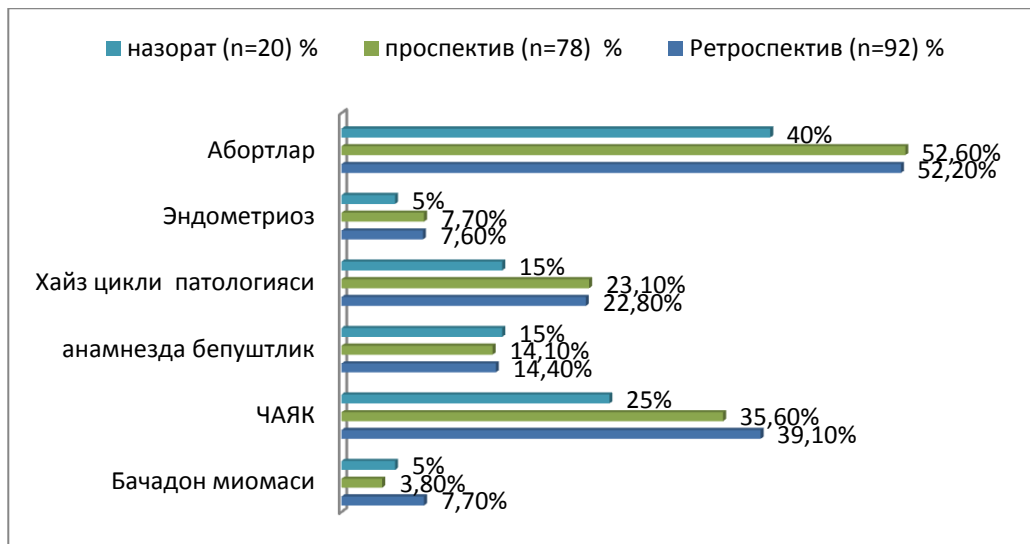
Барча гуруҳларда деярли бир хил частота билан буйрак ва сийдик йўллари касалликлари қайд этилди. Булардан энг катта фоизини сурункали пиелонефрит, цистит ҳамда буйрак – тош касалликлари улушига тўғри келди. Ретроспектив ва проспектив гуруҳларда улар ҳар бешта аёлдан биттасида, назорат гуруҳида эса 15% ҳолларда қайд этилди. Варикоз касаллиги, гипертония, гипотония, юракнинг турли туғма ва орттирилган нуқсонларикўринишдаги касалликлар ретроспектив гуруҳда 17,4% (16 та аёл), проспектив гуруҳда 14,1%(11 та аёл) ва назорат гуруҳида 5% ни (1 та аёл) ташкил этди.

Демак, бачадон бўйни касалликлари билан бўлган аёлларда учрайдиган асосий касалликлар камқонлик, инфекцион касалликлар ва эндокрин касалликлар улушига тўғри келади.

Текширилган аёлларнинг гинекологик статуси

№	Гинекологик касалликлар	Гуруҳлар					
		Ретроспектив (n=92)		Проспектив (n =78)		Назорат (n =20)	
		Абс	%	Абс	%	Абс	%
1	Бачадон миомаси	7	7.7	4	3.8	1	5
2	ЧАЯК	36	39.1	28	35.6	5	25
3	Анамнезида бепуштлик	13	14.4	11	14.1	3	15
4	Ҳайз цикли патологияси	21	22.8	18	23.1	3	15
5	Эндометриоз	7	7.6	6	7.7	1	5
6	Бачадон бўйни гипертрофияси ва деформацияси	5	5,4	4	5.1	-	-
7	Анамнезида абортлар	48	52,2	41	52.6	8	40

Текширилган аёлларнинг гинекологик статуси №3.6. жадвалда келтирилган. Жадвалдан кўришиб турибдики, ретроспектив, проспектив гуруҳлардаги тахминан ҳар учтадан битта аёлда (39,1% ва 35,6%) ва назорат гуруҳининг ҳар тўртадан биттасида кичик чаноқ аъзоларининг яллиғланиш касалликлари учраган, улар асосан сурункали аднексит, кольпит ва метроэндометрит касалликлари кўринишида учради. Турли хил ўлчамдаги миомалар ретроспектив гуруҳда 7 та (7,7%) аёлларда, 4 та(3,8%) проспектив гуруҳдаги аёлларда ва битта аёл (5%) назорат гуруҳида учради. Амбулатор карталарни ўрганиш натижасида аниқландики 12 та (13%) аёлда бачадон бўйни эрозиясида диатермокоагуляцияси амалга оширилган.



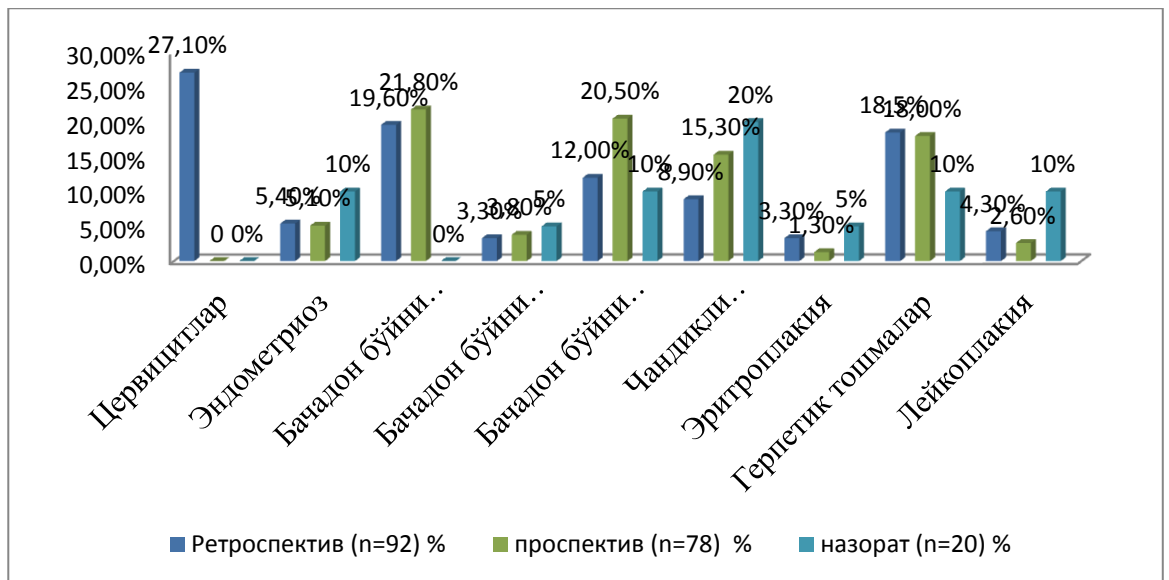
Эндометриоз касаллиги ретроспектив гуруҳдаги аёлларни 7,6% ини (7 та аёл), проспектив гуруҳдаги аёлларни 7,7% ини (6 та аёл) ва назорат гуруҳидаги аёлларни 5% да учради.

Анамнезида ҳайз циклининг турли кўринишдаги бузилишлари билан ретроспектив гуруҳдаги аёлларни 22,8% ини, проспектив гуруҳдаги аёлларни 23,1% ини ва назорат гуруҳидаги аёлларни 15% ини ташкил этди. Ҳайз циклини бузилишлари асосан опсоменорея, гиперполименорея ва пройоменорея кўринишида намоён бўлди. Ҳомиладорликнинг биринчи триместрида қилинган абортлар ретроспектив гуруҳда 48 та аёлни, яъни у 52,2% ини ташкил этади, проспектив гуруҳда 41 та(52,6%) аёл ва 8 та(40%) аёл назорат гуруҳини ташкил этди. Текширилган 42% аёлларда бу операцияни бир мартадан кўп ўтказилган.

Аниқланган бачадон бўйни касалликлари

№	Патологик ўзгаришлар	Гуруҳлар					
		Ретроспектив (n=92)		Проспектив (n =78)		Назорат (n =20)	
		Абс	%	Абс	%	Абс	%
1	Цервицитлар	25	27.1	21	27	-	-
2	Эндометриоз	5	5.4	4	5.1	1	5
3	Бачадон бўйни эрозияси ва псевдоэрозияси	18	19.6	17	21.8	-	-
4	Бачадон бўйни полипи	3	3.3	3	3.8	2	10
5	Эритроплакия	3	3,3	1	1,3	3	15
6	Бачадон бўйни чандикли ўзгаришлари	5	5.4	4	5.1	2	10
7	Бачадон бўйни кисталари	11	12	3	20,5	4	20
8	Герпетик тошмалар	17	18.5	14	18	4	20
9	Лейкоплакия	4	4,3	2	2.6	4	20

Аниқланган бачадон бўйни касалликлари № 3.7. жадвалда келтирилган. Жадвалдан кўриниб турибдики, бачадон бўйни касалликларининг катта фоизини цервицитлар ташкил этди. Бу кўрсаткич бўйича ретроспектив гуруҳдаги аёлларда 27,1% ни (25 та аёл), проспектив гуруҳдаги аёлларда эса бу кўрсаткич 27% ни (21 та аёл) ташкил этди. Назорат гуруҳида бу патологик ўзгариш аниқланмади. Эрозия ва псевдоэрозия бачадон бўйни касалликлари орасида учраши бўйича иккинчи ўринда турибди. У учраши бўйича ретроспектив гуруҳдаги аёлларни 19,6% ини яъни 18 та аёл ва проспектив гуруҳдаги аёлларни 21,8% ни, яъни 18 та аёлда учради. Назорат гуруҳига бачадон бўйни эрозияси ва псевдоэрозия касаллиги билан бўлган аёллар киритилмади.



Проспектив ва назорат гуруҳларини кольпоскопия усули орқали диагностика қилганимизда, текширилган аёлларнинг барча гуруҳларида патологик ўзгариш юқори эканлиги аниқланди. Диагностик текширишларда бачадон бўйни полипи ретроспектив гуруҳда 3,3% ини (яъни 3 та аёл), проспектив гуруҳда 3,8%(3 та аёл) ва назорат гуруҳида 10% ини (2 та аёл)да учради. Эндометриоз касаллиги ретроспектив гуруҳда 5,4% ини (5 та аёлда) аниқланган. Проспектив гуруҳда 5,1% ини (4 та аёл) ва назорат гуруҳида 5% и(1 та аёл)ни ташкил этди. Бу патология асосан “эндометриоз кўзчалари”, цианотиклик билан намоён бўлади.

Бачадон бўйни, вульва ва қин қисмидаги инфекцион патологик ўзгаришлар орасида герпетик тошмаларнинг тез-тез аниқланди. У ретроспектив гуруҳдаги аёлларни 14 тасида(15,2%), проспектив гуруҳда 14 та аёлда (18%) ва назорат гуруҳида 4 та аёл (20%)да учради. Бачадон бўйни чандикли ўзгариши ретроспектив гуруҳда 5 та аёл (5,4%), проспектив гуруҳда 4 та аёл (5,1%) ва назорат гуруҳида 2 та аёл (10%)да учради. Бачадон бўйни эритроплакияси ретроспектив гуруҳдаги аёлларни 11 тасида учраб у 12 % ини ташкил этди. Эритроплакия касаллиги проспектив ва назорат гуруҳидаги 9 та ва 3 та аёлларда учраб у 11,5% ини ва 15 % ини ташкил қилди. Амбулатор карталарни ўрганишлар натижасида лейкоплакияларни учраши ретроспектив гуруҳдаги аёлларда 2 та яъни 2,2%, проспектив ва назорат гуруҳдаги аёллар2 та ва 4 та яъни 2,6% ва 20%

ида учраганига гувоҳ бўлдик. Бу жадвалдан кўриниб турибдики, бачадон бўйни касалликлари орасида энг кўп учрайдиган касалликлар цервцитлар ва эрозия ҳамда псевдоэрозиялардир, у ретроспектив ва проспектив гуруҳдаги аёлларнинг тахминан ҳар учтадан биттасида учради. Текширилган аёлларнинг асосий клиник белгилари №3.8. жадвалда келтирилган.

Жадвал №3.8.

Асосий клиник белгилар

№	Клиник белгилар	Абс	%
1	Қинда патологик ажралмар	57	73,1
2	Контакт қон кетиши	37	47,4
3	Қичишиш, ачишиш	31	43,4
4	Диспареуния	18	23,1

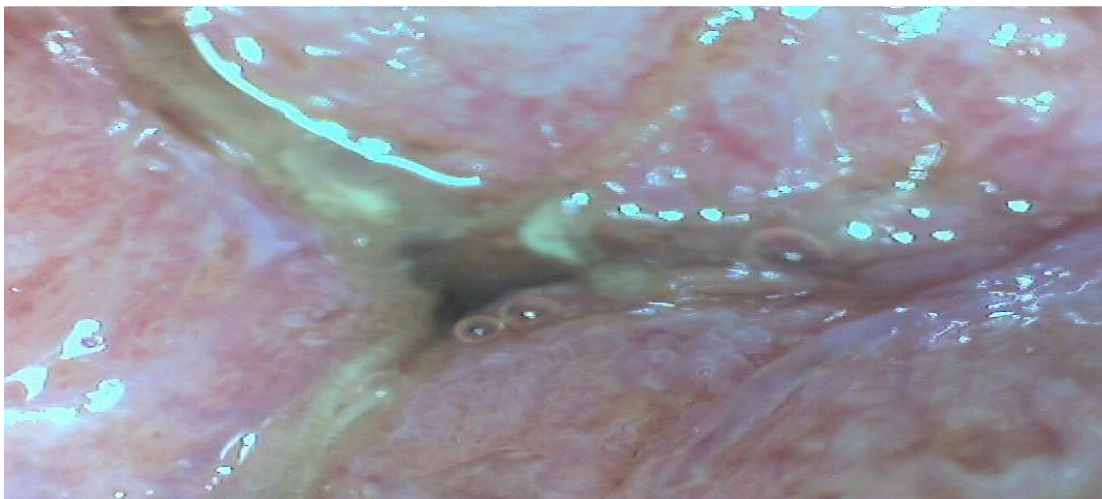
Проспектив гуруҳ аёлларининг асосий мурожаат сабаби бўлиб, қиндан турли патологик ажралмаларнинг борлиги бўлиб ҳисобланади. 73,1% (57 та аёл) аёл бу ажралмаларнинг кўп миқдорда ҳидли эканлигини билдирди. Бунда 43,4% (31 та) аёлда ажралмаларнинг қичишиш ва ачишиш белгилари билан бирга намоён бўлди Асосий клиник белгиларидан бири контакт қон кетишлар бўлиб, бу 47,4% аёлда кузатилади. 23,1% контакт қон кетишлар диспареуния билан биргаликда учради.

3.3 Кольпоскопик тадқиқот натижалари.

Кольпоскопик тадқиқот натижасида 1-гуруҳдан 25та (27,1%) беморда ва 2-гуруҳдан 21та (27%) беморда бачадон бўйни ва цервикал каналнинг шиллик қисмида ялиғланиш жараёни, экзо-ва эндоцервицит белгилари қайд қилинган. Бу беморларда гипермия ва шиш пайдо бўлиши асосида сирка кислотасининг 3% ли эритмаси билан ишлаб чиқилгандан кейин пайдо бўлган қизил тошмалар қайд этилган. Шиллер (синама)си ўтказилгандан кейин бу тошмаларнинг силлик эмаслиги ва зичлиги маълум бўлган. Цервицитнинг намоён бўлишига гипермия ва сарғиш суюқлик ажралиб чиқаётган цервикал канал атрофидаги кўзга

кўринарли шиш сабаб бўлган. Шу жараён давомида кўзга кўринарли гипермия ва бачадон бўйни ташқи шиллиқ қаватида шиш, шунингдек секрет безининг кўпайиши ҳолати кузатилган. Бундан ташқари кўзга кўринмайдиган тошмали ҳолат кузатилган. Люголь эритмаси билан ўтказилган таҳлилда шиллиқ қаватда текис бўлмаган доғ аниқланган.

Қиннинг шиллиқ қавати шиш борлиги, таҳлил қилинаётган жараёнда енгил оғриқли бўлиши ва баъзида қон кетиши билан фарқланган. Шиллер синамаси ўтказилгандан кейин яллиғланиш жараёнини ривожланишида экзоцервикс ва қиннинг шиллиқ қаватида эпителийнинг баъзи қисмларида десквамация ва қуриш натижасида силлиқ бўлмаган, йодонегатив ва йодопозитив қисмларида тошмаларнинг пайдо бўлиши кузатилган (1,2,3 расмлар).



1 а - расм

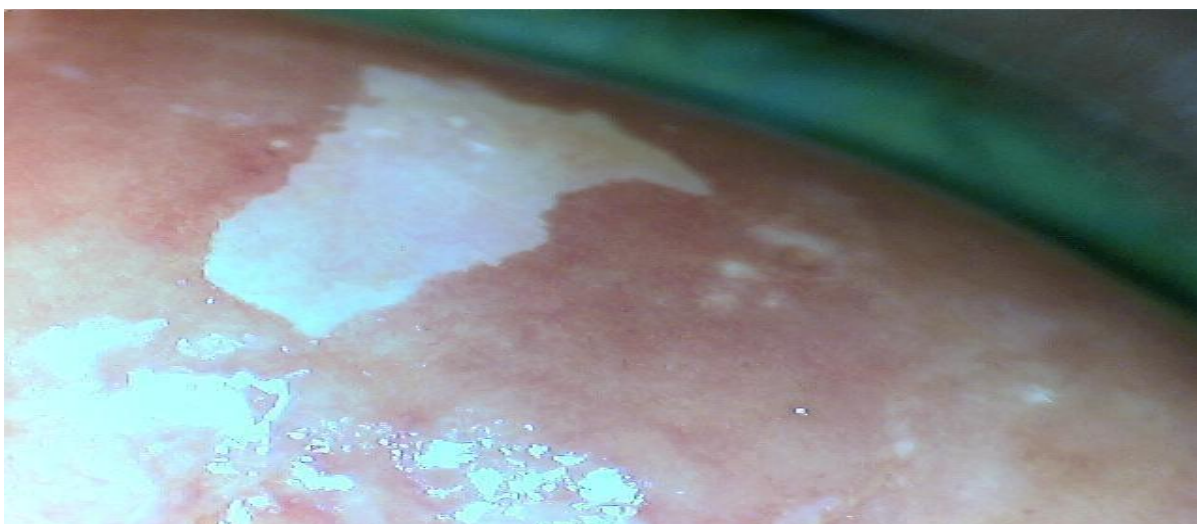


1 б -расм.

Жарроҳликдан олдинги тадқиқот: бемор И.нинг (49ёш) кольпоскопик кўриниши, 15 марта катталаштирилган. Ташхис: Бачадон танаси миомаси. Гиперемия ва бачадон бўйни шиллик қавати устки қисмида шиш мавжуд, секретия безининг ҳажми ошган.



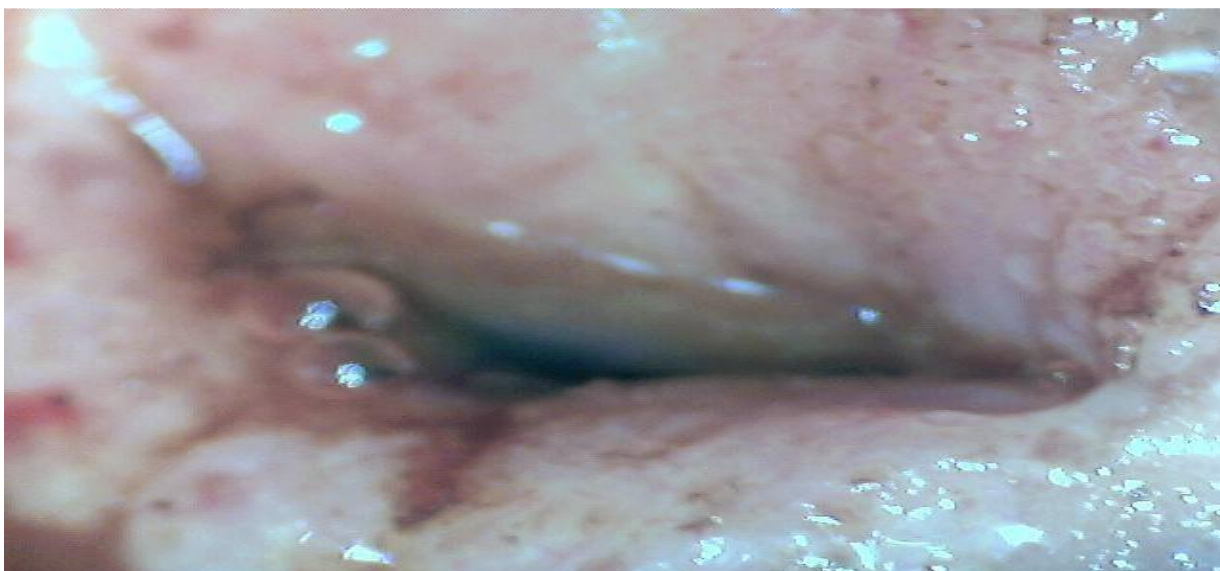
2 а - расм



2 б-расм

Бемор М (32ёш) (II-гурух) нинг кольпоскопик тадқиқот натижаси: амбл. Картаси №27 Ташхис: бачадон танаси миомаси.

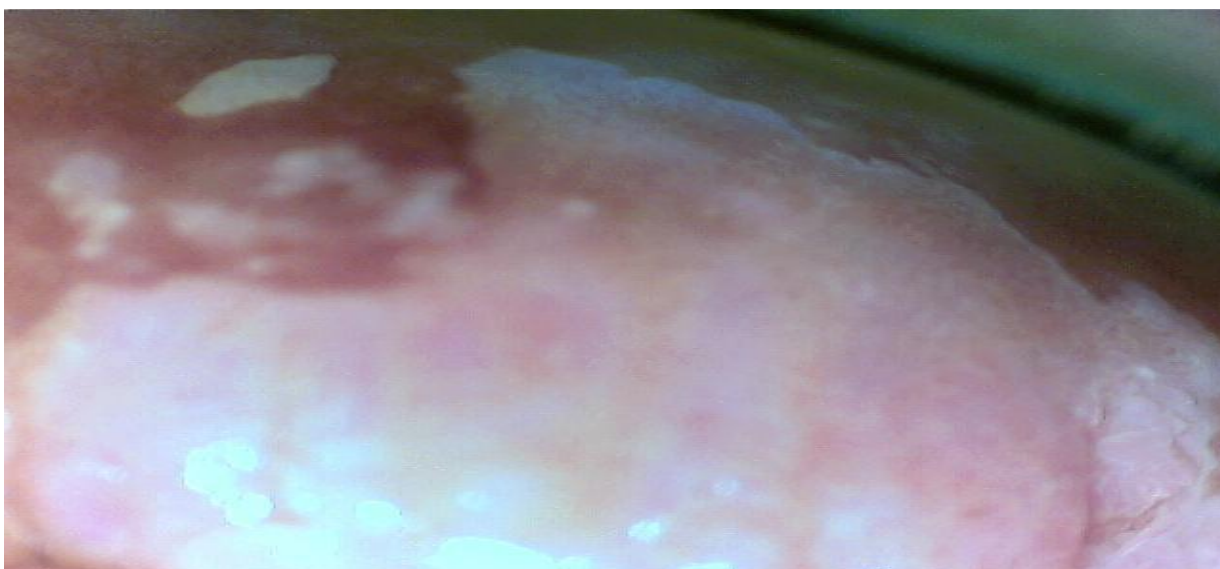
Эктопиянинг трансформация (ўтиш) зонасидаги кольпоскопик кўриниши, шиш мавжуд.



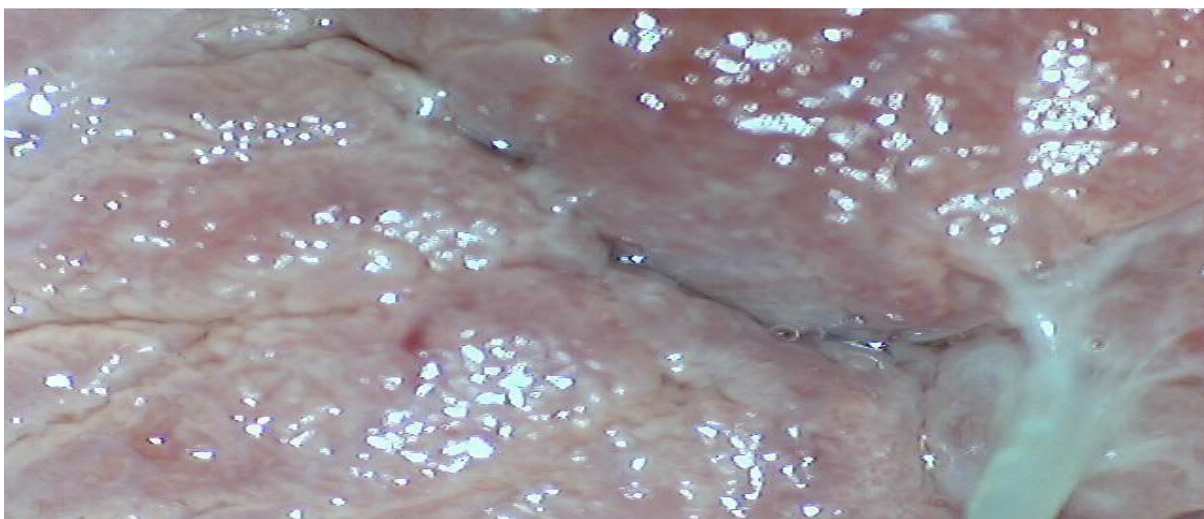
3-расм

Бемор В, (25 ёш) амбл.картаси №254 (назорат гуруҳи) Шиллер синамаси ўтказилгандан кейин экзоцервиксининг шиллик қаватида эпителийнинг баъзи қисмларида десквамация ва қуриш натижасида силлик бўлмаган, йодонегатив ва йодопозитив қисмларида тошмаларнинг пайдо бўлиши.

Колькоскопик тадқиқот давомида бачадон бўйни ташқи атроф каналида гипермия кўзга кўринади ва бу қисмдан тиниқ бўлмаган сарғиш ранг суюқлик ажралиб чиққан. Бачадон бўйни усти қисми пушти рангда бўлган. Цитологик тадқиқот учун цервикал каналдан материал олиниш вақтида кам ҳолларда енгил оғриқ пайдо бўлган.



4 а - расм



4 б - расм. Бемор Н.нинг цервикал каналидаги полип. 42ёш.

Цилиндрик эпителий билан қопланган, каналнинг кириш қисми ва ташқи бўғизга чирмашган дарахтсимон (шоҳсимон) ўсимталар мавжуд.

Кольпоскопия жараёнида лейкоплакия аниқ чегараларга эга йодонегатив зоналардан иборат бўлиб, сарғиш-оқ тусда ва силлиқ бўлмаган рельефга эга. Бу зоналарда томир кўринишлари мавжуд эмас. Лейкоплакия зоналари сирка кислотаси билан қайта ишланганда оқиш тусга кирган, Люголь эритмаси билан қайта ишланганда гликогеннинг призмасимон эпителии мавжуд бўлмаганлиги сабабли ҳеч қандай тусга кирмаган. Бачадон бўйни лейкоплакияси 1-гурухда 2та (2,2%) 2-гурухда 2та (2,6%) ва назорат гуруҳида 4 (20%)та беморда аниқланган.

Таҳлил натижалари шуни кўрсатдики, барча гуруҳ беморларнинг бачадон бўйни патологияларининг клиник, кольпоскопик ва морфологик хусусиятлари касалликнинг аниқ нозологик формасини аниқлашда ёрдам берди. Асосан эпителизация жараёнининг бузилиши сабабли сурункали цервицит ва бачадон бўйни ретенцион кистаси борлиги аниқланди.

Бемор С. № 61, 45ёш, Бухоро шаҳрида яшайди. Шикоятлари: бир ой давомида жинсий йўллар орқали қон суртмасининг келиши шикояти билан ётқизилди. Анамнезидан -бачадон миомаси сабабли 2йилдан буён аёллар маслаҳатхонасида рўйхатда туради, ҳайз даврида даврий қон кетишлар безовта қилган. Гестогенлар ёрдамида консерватив даволаш белгиланган бўлиб, бу даволанишни бемор доимий тарзда ўтказган. Қориннинг пастки қисмида оғриқ

пайдо бўлганлиги сабабли яшаш жойидаги врачга мурожаат қилган, (катталиги жиҳатидан 13-14 ҳафталик ҳомиладорликка мос) бачадон миомаси ташхиси қўйилган. Жарроҳлик даволаниш тавсия этилган.

Умумий анамнези: болалигида ва катта ёшига ҳеч қандай касалликларни бошидан кечирмаган. Ҳайз даври 15ёшдан, 3-5 кун давом этади, даврий, оғриқсиз. Жинсий ҳаётни 20ёшдан бошлаган. 7та ҳомиладорликни бошдан кечирган: 4та туғруқ, 1та ўз -ўзидан бўлган ва 2та тиббий аборт. Охириги ҳомиладорлик ўсма борлиги маълум бўлишидан олдин тиббий бола олдириш билан яқунланган.

Ички органлар патологиясини кўриқдан ўтказилганда ўрта даражали гипохром анемия аниқланган. Бошқа патология аниқланмаган. Гинекологик кўрик натижаси: ойна орқали - бачадон бўйни гипертрофик ҳолатда: Бачадон танаси 13-14 ҳафталик ҳомиладорлик ҳажмида катталашган, қалин консистенция, усти ғадир - бидир, силлиқ бўлмаган, ҳаракатчан, оғриқсиз. Олд қисмлар жойи бўш, оғриқсиз. Суртмалар -кам ҳажмда, шиллиқ оқиш клиник.

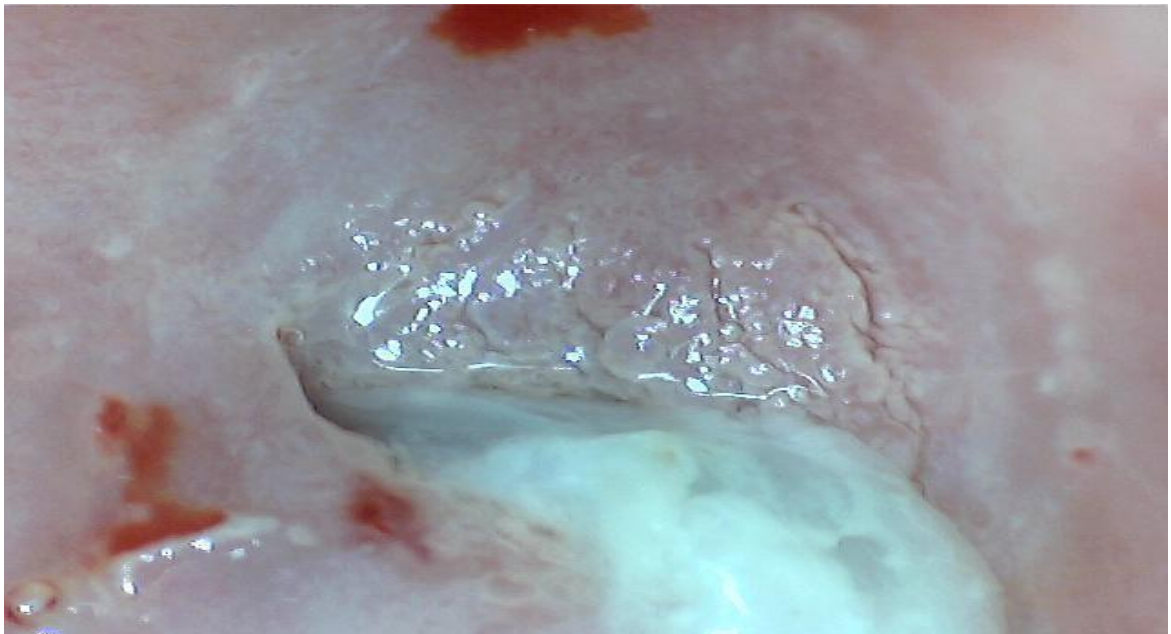
Кольпоскопия: гипермия ва шишли асосида бачадон бўйни шиллиқ қаватида диффузли жойлашган қизил тошмалар бўлиб, 3% сирка кислотаси билан қайта ишланганда ранг жиҳатдан оқиш тусга кирган. Шиллер таҳлилидан кейин рангнинг ўзгариши ва силлиқ бўлмаган ҳолати аниқланган. Цервикал каналнинг ташқи кириш қисмида ва эктопиянинг ўтиш жойида гипермия ва шиш борлиги аниқланган. Эндо -экзоцервицитнинг кольпоскопик кўринишлари (5 расмга қаранг)



5 а - расм



5 б - расм



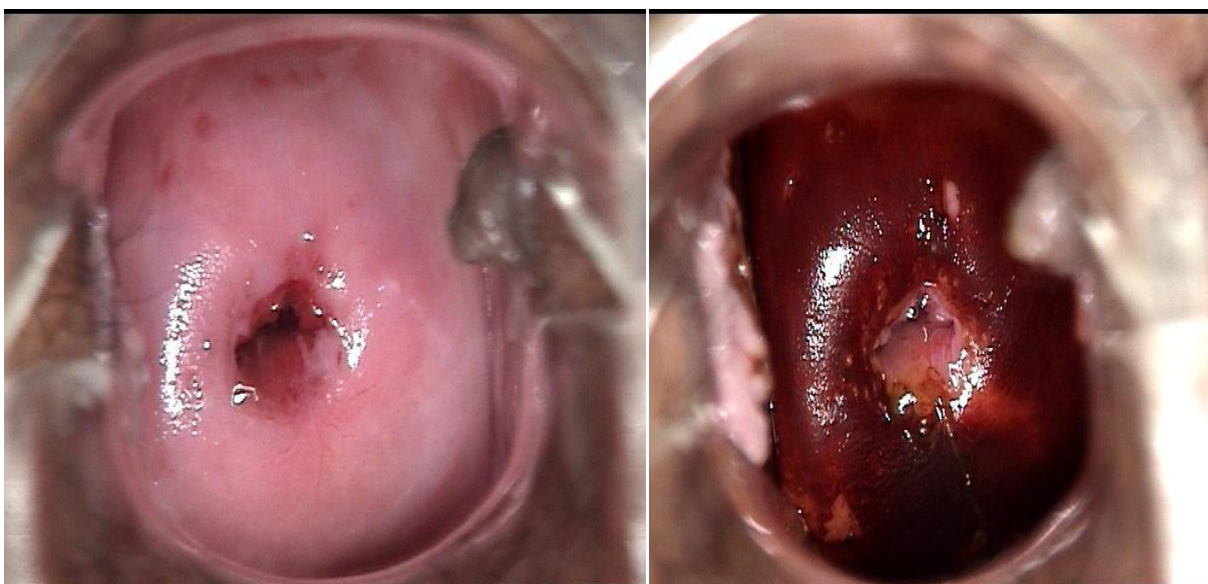
5 с - расм.

Кольпоскопия. Бемор Д.№ 61, 45ёш. Клиник ташхис: Бачадон танаси миомаси. Сурункали эндоцервицит. Ўрта даражали сурункали камқонлик.

Бачадон бўйнининг гистологик қисми. Бемор С., 45ёшда и/б № 61, Эндоцервикис.

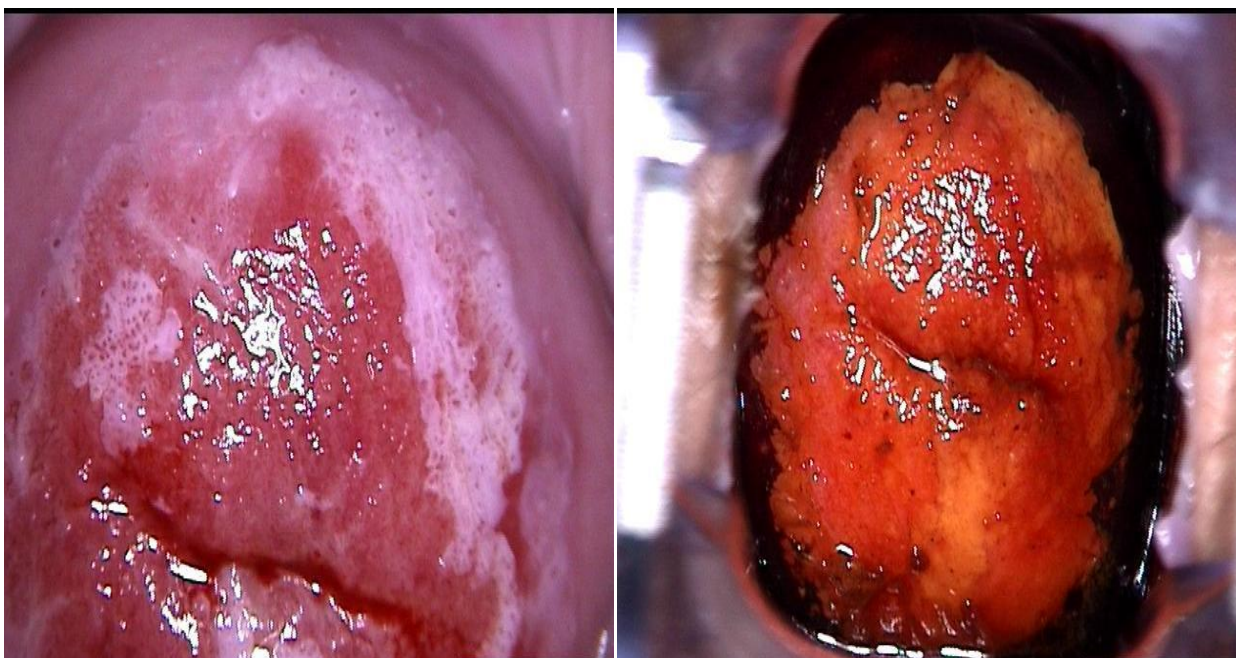
6 – расм. Бемор: Ш. 1990 й. Оддий ва кенгайтирилган кольпоскопия усули.

Шиллер синамаси



6 – расм

Бемор: З. 1987 й.



7- расм

Оддий ва кенгайтирилган кольпоскопия усули. Шиллер синамаси

Ҳеч қандай шикоят ва клиник белгиларсиз бўлган аёлларнинг 24,2% ида касалликлар аниқланди. (профилактик кўрувларда)

Кольпоскопик диагностикада аниқланган энг кўп учрайдиган патологиялар цервицит ва эрозия ва псевдоэрозиялар эканлигини инобатга олиб, шу касаллик билан бўлган 38 та аёлда текширишнинг кейинги босқичлари ўтказилди. Улар 2 гуруҳга бўлинди. Цервицитлар билан 21(55,3%) та аёл ва эрозия ва псевдоэрозиялар билан 17 та аёл (44,7%) да даво самарадорлиги таққослама баҳоланди.

Жадвал №3.9.

Проспектив кузатувда даволаш самарадорлигини аниқлаш

№	Нозология	Дастлабки n=38	
		Абс	%
1	Цервицит	21	55,3
2	Эрозия ва псевдоэрозия	17	44,7

I гуруҳга кирган 20 та аёлда анъанавий даво усуллари билан бирга Клазин дори воситаси қўлланилди(Метронидазол 250 мг×2 маҳал +Клазин 1 шамчадан кунора қинга 6 кун санациядан сўнг қўлланилди). II гуруҳга Метронидазол 250 мг×2 маҳал+Нистатин 250000 ЕД дан кунига 1 маҳал 7 кун давомида қинга қўйилди.

Даво самарадорлигини клиник таҳлил билан баҳолаш

№	Назология	In=20		Пn=18		1 ойдан сўнг				3 ойдан сўнг			
						I n=20		II n=18		In=20		II n=18	
		Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
1	Қиндан ажралмалар	15	75	11	61,1	7	35	7	38,9	1	5	2	11,1
2	Контакт қон кетиши	13	65	2	11,1	1	5	1	5,6				
3	Қичишиш, ачишиш	9	45	6	33,3	6	30	3	16,7			1	5,6
4	Диспареуния	6	30	3	16,7	2	10	1	5,6				

№ 3. 10. Жадвалдан кўришиб турибдики, клиник самарадорлик I гуруҳдаги аёлларда II сига нисбатан анча юқори. 1 ойдан ва 3 ойдан сўнгги натижалар дастлабки кўрсаткичга солиштирилганда қиндан ажралмаларнинг келиши 1 ойдан сўнг 45% гача ва 3 ойдан сўнг 5% гача дастлабки (75%) дан камайди. II гуруҳда эса бу кўрсаткич дастлабки (61,1%) дан 1 ойда 38,9% гача, 3 ойда эса 11,1% гача камайди.

Маълумки контакт қон кетишлар эрозия ва псевдоэрозиялар ва цервицитларнинг асосий клиник белгиси бўлиб. Мурожаатнинг асосий сабабини ташкил этади. Бизнинг изланишларда бу кўрсаткич I гуруҳда дастлаб 65% ни, II гуруҳда дастлаб 50% ни ташкил этган эди. Даволаш давомида клиник самарадорлик қуйидагича намоён бўлди: I гуруҳ 1 ойдан сўнг 5% гача камайди, 3 ойдан сўнг контакт қон кетишлар шикоятини инкор қилди. II гуруҳ 1 ойдан сўнг 5,6% гача камайди, 3 ойдан сўнг контакт қон кетишлар шикоятини инкор қилди.

45% аёлларда I гуруҳдан, 33,3% аёл II гуруҳдан дастлабки ҳолатда қиндаги ачишиш ва қичишишлардан шикоят қилиб келган эди. 1 ойдан сўнг бу

клиник белги I гуруҳда 30% гача, II гуруҳ 16,7% гача камайди. 3 ойдан сўнг I гуруҳда бундай шикоят қайт этилмади. II гуруҳда 5,6% гача камайди.

Жинсий алоқа пайтида оғриқ билан намоён бўладиган диспареуния ҳолати текширилган аёлларини 30% ва 16,7% ида аниқланди.(I ва II гуруҳларга мос) Даво мобайнида бу ҳолат I гуруҳда 10% га(1 ойларда) камайди. 3 ойдан кейин 2 қала гуруҳлардан ҳам биронта аёлда бундай шикоят қайд этилмади.

Жадвал №3.11.

Даво самарадорлигини кольпоскопия кўрувида баҳолаш

№	Назология	In=20		II n=18		1 ойдан сўнг				3 ойдан сўнг			
		Абс	%	Абс	%	I		II		I		II	
						Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
1	Цервицит	9	45	12	66.7	4	20	6	33.3	1	5	3	16.7
2	Эрозия, псевдоэроз ия	11	55	6	33.3	4	20	4	22.2	1	5	2	11.1

№ 3. 11.Жадвалда даво самарадорлигини кольпоскопик текширувларни динамик олиб бориш асосида баҳоланди. Қайта кўрувлар иккала гуруҳда ҳам 1 ой ва 3 ой давомида ўтказилди. Текширишлар шуни кўрсатдики, даво давомида кольпоскопик манзаранинг қоникарли тусга кириб бориши I гуруҳ аёлларда яққол намоён бўлади. Айниқса цервицит ва эрозия ва псевдоэрозияларнинг 1 ой якунида 20% гача ва 2 ой якунида 5% гача камайгани бунга исбот бўла олади. II гуруҳ аёлларда кольпоскопияда бачадон бўйни патологиясининг тузалиши динамикаси ҳам ижобий натижани кўрсатди яъни 1 ой охирида патологик жараён цервицитлар 33,3% гача, 3 ой охирида 16,7% гача камайганини кўрдик. Эрозия ва псевдоэрозияларда ҳам худди шундай ижобий динамика кузатили. Жадвалдан

кўринадик, бачадон бўйни эпителиал қаватининг емирилиши манзараси аста-секин тузалиб, 3 ой охирига борганда фақатгина 2 та аёлда кузатилди (11,1%). Бу 2 та аёлда чуқур текширишлар шуни кўрсатдики 1 тасида RW ижобий, 1 таси микс инфекция (трихомонада, гарднерелла ва замбуруғлар) аниқланди. Буларга тери-таносил касалликлари мутахассиси жинсий ҳамкори билан биргаликда даво давом эттирилди.

Жадвал №3.12.

Даво самарадорлигини қин суртмаси таҳлилида баҳолаш

№		In=20		II n=18		1 ойдан сўнг				3 ойдан сўнг			
		Абс	%	Абс	%	I		II		I		II	
						Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
1	I									1	5		
2	II	4	20	4	22,2	9	45	6	33,3	17	75	15	61,1
3	III	11	55	11	61,1	8	40	10	55,6	2	10	3	16,7
4	IV	5	25	3	16,7	3	15	2	11,1				

Даво самарадорлигига комплекс баҳо бериш мақсадида 2 кала гуруҳ аёлларда қин микрофлораси тозалик даражаси текширилиб борилди. Натижалар шуни кўрсатдики патологик жараён чекиниши мобайнида қин экосистемаси ижобий муҳитга ўзгариб борди. Айниқса Клазин қўшиб ишлатилган даво схемаси қўлланилганда (I гуруҳ аёлларда) бу ўзгариш 1 ой охиридаёқ ўз самарасини берганини намоеён қилди яъни I гуруҳ аёлларда 1 ой охирида қин тозаликнинг патологик даражаси(III ва IV даража) 40% ва 15%гача, 3 ой охирида қин тозалик даражасининг III 10% гача камайди, қин тозалликнинг IV даражаси аниқланмади.

II гуруҳ аёлларда эса бу кўрсаткич 1 ой охирида дастлабкига нисбатан (61,1% ва 16,7%) 40% ва 15% гача, 3 ой охирида қин тозалик даражасининг III 16,7% гача камайди, қин тозалликнинг IV даражаси аниқланмади.

Шундай қилиб, кольпоскопия энг муҳим диагностик усул ҳисобланади. Бу усул бачадон бўйни касалликларини эрта аниқлашда муҳим ҳисобланади.

Кольпоскопияни оилавий поликлиникаларида, гинекология стационарларида шунингдек, ихтисослашган онкологик бўлимларда бачадон бўйни касалликларига аниқ диагноз қўйиш ва ўз вақтида аниқ даво ўтказиш ва бачадон бўйни ракига иккиламчи профилактика ўтказиш муҳим ҳисобланади.

Хотима

Бугунги кунда бачадон бўйни касалликлари муаммоси замонавий гинекологияда энг муҳим масалаларидан биридир. Ушбу касаллик ташхиси ва даволашда кўплаб муваффақиятларга эришишга қарамасдан, гинекологик касалликлар орасида долзарб бўлиб қолмоқда. (Прилепская В.Н., Царева Н.В, 2003 йил)

Жаҳон амалиётида бачадон бўйни фон ва рак олди касалликларини эрта диагностикасида турли хил усуллар қўлланилади. Замонавий диагностикада кольпоскопия гинекологик касалликларни эрта аниқлашни осонлаштиради. Бачадон бўйни фон ва рак олди касалликларини эрта диагностикасида кольпоскопия катта аҳамиятга эга, у бачадон бўйнидаги кўзга кўринмайдиган патологик ўзгаришларни аниқлаш, хавфли даражаси гумон қилинганда биопсия амалга ошириш ва даволаш самарадорлигини баҳолаш имкониятини беради. (Алимова Д.А. 2012 йил)

Гинекологияда энг кенг тарқалган патология бачадон бўйни касалликлари бўлиб, у долзарб муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда. Гинекологлар, гигиенистлар ва бошқа мутахассислар томонидан олиб борилган тадқиқотлар шуни кўрсатдики, аёллар организми атроф муҳитдаги салбий ҳолатларга мослашув реакциялар пайдо бўлади, бу эса ўз навбатида патоморфологик ўзгаришларни келтириб чиқаради.

Бачадон бўйни фон ва рак олди касалликлари сонининг ортиши бир томондан, атроф муҳитда канцероген омилларнинг кўпайиши, иккинчи томондан, ушбу омилларга нисбатан иммунологик жавоб қайтариш қобилиятининг сусайиши билан боғлиқ. Бундан ташқари касаллик сонининг ўсишига аҳолининг миграцион ҳаракати, жинсий йўл билан юқувчи касалликлар сонининг ортиши, шунингдек қатор миллий урф одатлар (эрта турмуш қуриш, эрта туғиш) ҳам сабаб бўлмоқда.

Яллиғланиш - экзоген омил, яъни микробли инфекция тушиб таъсирланган тўқиманинг носпецифик физиологик жавоби билан боғлиқ. Яллиғланиш жараёнларини эрта аниқлаш ва замонавий адекват даволаш бачадон бўйнининг

оғир касалликларинир профилактикасига сабаб бўлади. Экзоцервиксни патологик ўзгарган деструкцияларини даволашда ҳам яллиғланиш жараёнини борлигини эътибордан четда қолдирмаслик керак. Бчадон бўйни касалликлар кенг тарқалганлиги сабабли янги диагностик усулларини ишлаб чиқариш лозимки, ҳотто ҳеч қандай клиник белгиларсиз кечадиган бчадон бўйнининг сурункали яллиғланиш касалликларини аниқлаш мумкин бўлсин. (Н.В. Дуб, Е.Ю.Алексеева ва б.қ.2005 й.)

Диссертация иши Бухоро Давлат тиббиёт институтининг даволаш ва тиббий педагогика факультети акушерлик ва гинекология кафедраси Вилоят перинатал маркази базасида 2015 – 2018 йиллар давомида олиб борилди.

Ишнинг мақсади: Оддий ва кенгайтирилган кольпоскопия усули ёрдамида бчадон бўйни фон касалликларини эрта аниқлаш ҳамда даволаш самарадорлигини баҳолаш.

Ишнинг вазифалари:

1. Оддий ва кенгайтирилган кольпоскопия усули ёрдамида бчадон бўйни фон касалликларининг учраш сонини соматик ва гинекологик анамнезини ўрганиш асосида тадқиқ этиш. (ретроспектив тахлил)

2. Бчадон бўйни касалликлари мавжуд бўлган аёлларнинг клиник-лаборатор характеристикасини ўрганиш.

3. Олинган маълумотлар асосида бчадон бўйни касалликларини эрта аниқлаш ҳамда самарали даволаш усулларини таклиф этиш.

Тадқиқот объекти ва услублари:

2. Ретроспектив гуруҳни ташкил этувчи турли хилдаги бчадон бўйни фон касалликлари аниқланган 80 нафар аёл.

3. Бчадон бўйни касалликлари мавжуд бўлган анъанавий ва замонавий даволаш усуллари қўлланилаётган, даво самараси таққосланадиган 2 та гуруҳчани ташкил этувчи 40 нафар аёл.

4. Назорат гуруҳини ташкил этувчи 20 нафар амалий соғлом аёл.

Тадқиқот усуллари ва ҳажми:

1. Текширилаётган аёллар соматик ва гинекологик анамнезини ўрганиш.

2. Асосий ва назорат гуруҳлардаги аёлларда оддий ва кенгайтирилган кольпоскопия усулини ўтказиш.

3. Папаникалау ва бактериоскопик усулда қин суртмасини ўрганиш.

4. Текширилаётган гуруҳлардаги аёлларда даволашдан олдин ва сўнг кольпоскопик манзарани ўрганиш.

Тадқиқотнинг илмий жихатдан янгилиги: оддий ва кенгайтирилган кольпоскопия усули ёрдамида Бухоро Вилоятида бачадон бўйни фон касалликларининг учраш сони чуқур ўрганилди. Олинган маълумотлар асосида бачадон бўйни касалликларини эрта аниқлаш ҳамда замонавий даволлаш усуллари таклиф этилди.

Тадқиқотнинг амалий аҳамияти: Бачадон бўйни касалликларини эрта аниқлаш ва олдини олиш мақсадида оддий ва кенгайтирилган кольпоскопия усулини репродуктив ёшдаги аёлларни профилактик кўруви таркибига киргизиш тавсия этилди. Аниқланган бачадон бўйни цервицитлари, псевдоэрозиялари ва эрозияларида Метакрезол (Клазин)ни 1 шамчадан кунора интравагинал № 6 марта қўллаш ва даво самарадорлигини динамикада кольпоскопик текширув тиббиётнинг шу йўналиши бўйича фаолият олиб бораётган шифокорларга таклиф этилди.

Бачадон бўйни касалликларининг кўп учраши, унинг хилма-хиллиги бу органнинг ўзига хос анатомио-физиологик хусусиятлари билан боғлиқ. Бачадон бўйни биологик ва функционал жихатдан фарқли аъзолар: қин ва бачадон танаси ўртасидаги тўсиқ бўлиб ҳисобланади. Бачадон бўйнида кўп қаватли ясси (қин) ва цилиндрик эпителий (эндометрий)нинг чегараланиши содир бўлади. Айнан мана шу соҳа чегарасида эпителий ҳужайраларининг патологик трансформацияси юзага келади ва бачадон бўйни фон касалликларининг келиб чиқишига замин яратади. Кўпгина олимларнинг эътирофи этишига кўра, яллиғланиш жараёни малигнизация эҳтимолини оширувчи омилдир. Шунинг учун яллиғланиш касалликларини ўз вақтида ва адекват даволаш бачадон бўйнининг оғир патологиялари профилактикаси ҳисобланади. Бу эса бачадон бўйни касалликларини яққол клиник белгиларисиз кечадиган босқичидаёқ эрта аниқлаш

ва самарали даволашга оид замонавий диагностик мезонлар ишлаб чиқишни тақозо этади.

Хулоса: Шундай қилиб, бачадон бўйни фон касалликларини эрта аниқлаш ва ташхислашнинг энг самарали усуллари бўлиб батафсил йиғилган анамнез, кольпоскопия ва қин суртмасини бактериоскопик текшириш усуллари ҳисобланади.

Бачадон бўйни касалликлари эрта диагностика қилишда кольпоскопия энг муҳим усул ҳисобланади. Кольпоскопияни оилавий поликлиникаларида, гинекология стационарларида шунингдек, ихтисослашган онкологик бўлимларда бачадон бўйни касалликларига аниқ диагноз қўйиш ва ўз вақтида аниқ даво ўтказиш ва бачадон бўйни ракига иккиламчи профилактика ўтказиш муҳим ҳисобланади.

Ретроспектив гуруҳдаги аёллар 92 тани ташкил этади. Улардан 32 таси шаҳар аҳолиси (35,9%) ва 59 таси қишлоқ аҳолиси бўлиб, у 61,1% ини ташкил этади. Ёш жиҳатдан аёллар 26 ёшдан 30 ёшгача ($27,3 \pm 0,2$) ретроспектив гуруҳнинг улуши 31,1% ни (29 та аёл), 21 дан 25 ёшгача ($22,8 \pm 0,3$) бўлган аёллар 24 тани, яъни 26% ини ташкил қилди. Проспектив гуруҳдаги аёллар 78 тани ташкил қилди. Улардан 31 та аёл шаҳар аҳолиси, яъни 39,7% ини ва 47 та қишлоқ аҳолиси 60,3%ни ташкил этади. Проспектив гуруҳда ретроспектив гуруҳга ўхшаб фаол репродуктив ёш 21-30 ёшни ташкил қилди, бу текширилганларнинг 57,7% и демакдир. Туғруқнинг асоратли кечиши ва гинекологик аралашувлар (БИБ қўйиш ва олиб ташлаш, диагностика мақсадида қиришлар, тўсатдан содир бўлган ва режалаштирилган абортлар ва бошқалар) бу ёш гуруҳидаги аёлларда турли хил асоратларни келтириб чиқарганлиги аниқланди. 31 ёшдан 35 ($32,5 \pm 0,5$) ёшгача бўлган аёллар 24,4 % ни (19 та аёл) ва 36 ёшдан катта бўлган 7 та аёл яъни 9% Ни ташкил қилди.

Асосий ва назорат гуруҳидаги барча аёллар Ultrasonix Sonix ОРаппаратида (2010 йилда Канада ишлаб чиқилган, датчик кўрсаткичи узунлиги 60 мм, частотаси 7-14 МГц, ректовагинал кўрсаткичнинг радиуси 11 мм, частотаси 5- 10 МГц) жинсий органлар УТТдан ўтказилди.

Жинсий ҳаётни бошланишини таҳлил қилганда 19 ёшгача жинсий ҳаёт бошланган аёлларда бачадон бўйни касалликлари назорат гуруҳига қараганда 1,4 марта кўп, яъни 48,9 %ни ташкил қилди. 25 ва ундан юқори ёшида жинсий ҳаёт бошлаган аёлларда бачадон бўйнидаги патологик ўзгаришлари нисбатан кам миқдорда аниқланди.

Текширилган аёллар фойдаланган контрацептив воситалар ўрганилиб чиқилганда шу нарса аниқландики, уларнинг 30,4 ретроспектив гуруҳда, 21,8% асосий ва 30% назорат гуруҳида контрацепциянинг бирон бир усулидан мунтазам фойдаланмайди. Контрацепциядан фойдаланадиган аёлларнинг аксарият фоизи БИВни маъқул кўради. Бу воситадан мунтазам фойдаланувчилар ретроспектив гуруҳда 51,1% ни, прспектив гуруҳда 55,1% ва назорат гуруҳида 55%ни ташкил этди. Албатта бу усул ўзининг қулайлик самарадорлиги билан бирга бир ыанча камчилик ва нуқсонларига эга. Айниқса, ёт жисм сифатида бачадон бўйни каналига травматик асоратлар келтириб чиқаришда унинг ролини унутмаслигимиз керак, ОК ва ИК дан фойдаланувчилар гуруҳи ретроспектив гуруҳда 7,6%ида, 9,9% ида прспектив гуруҳда ва 10% ни назорат гуруҳини ташкил этди.

Барьер усули фойдаланувчилар орасида мунтазам усул сифатида қайд этилмади. Бу усулдан вақтинчалик тарзда бактериал ва вирусли инфекциялар (TORCH)дан даволанаётган бачадон бўйни эрозияси ва унда ўтказилган турли ҳажмдаги операциялардан сўнг турли этиолигияли кольпитлар даволаноётган давр давомидагина фойдаланадиган аёллар ретроспектив 10,7% ни, прспектив 7,7% ни ва назорат гуруҳини 5% ни ташкил этди.

1,1% ретроспектив гуруҳ ва 1,3% аёл прспектив гуруҳида контрацепциянинг доимий усулини танлашган. Уларда ихтиёрий жарроҳлик стерилизация операциясидан кейин ёки интервал усулда турли йилларда бажарилган.

Текширилган аёлларнинг ҳозиргача ўтказган касалликлари батафсил ўрганилди. Соматик анамнездан маълум бўлишича, барча гуруҳларда энг кўп учраган касаллик камқонликдир. Унинг усулини ретроспектив гуруҳда 55,4% ни

(51 та аёл), назорат гуруҳида 40% ни (8 та аёл) ва асосий гуруҳида 61,5% (44 та аёл)ни ташкил этди. Учраши бўйича иккинчи ўринни турли этиологиядаги инфекциялар касалликлар, жумладан TORCH инфекцияси қаторига кирувчи бактериялар ва вирусли инфекциялар эгаллайди. Ретроспектив маълумотлар йиғилганда 49%(45 та аёл) аёл амбулатор карталарида турли давр мобайнида уларнинг TORCH инфекциясининг у ёки бу туридан даволангани маълум бўлди. Булар ичида хламидий ва герпетик инфекция, цитомегалавируснинг улуши кўпроқни ташкил этган. Проспектив гуруҳ аёлларнинг ҳар иккитадан биттасида (51,3%) бу инфекциялар аниқланди. Назорат гуруҳида эса бу кўрсаткич 15% ни ташкил этди. Бундан кўриниб турибдики, бачадон бўйни касалликларини келтириб чиқаришда бу турдаги инфекцияларнинг роли катта улушини ташкил этади. Жадвалдан кўриниб турибдики, ўтказилган касалликлар ичида анча салмоқли ўринни эндокрин тизим касалликлари эгаллаб турибди. Буларга асосан қалқонсимон без касалликлари ва турли даражадаги тана вазнининг ортиши ҳамда семизлик киради. Ретроспектив гуруҳ текширилувчиларнинг ичида бундай аёллар 40,3 % ни (37 та аёл), проспектив гуруҳида 34,6% ни(27 та аёл) ва назорат гуруҳида эса ҳар тўрта аёлдан биттасида учради. Бу эндемик зонада ушбу патологиянинг кенг тарқалганлигини намоён этади. Нафас тизими касалликлари асосан бронхитлар, ларингитлар, ЎРВИ кўринишида намоён бўлди. Ретроспектив гуруҳ аёллари орасида 29,3%, проспектив гуруҳида 21,7% ва назорат гуруҳида 10% ҳолатлар учрайди.

Барча гуруҳларда деярли бир хил частота билан буйрак ва сийдик йўллари касалликлари қайд этилди. Булардан энг катта фоизини сурункали пиелонефрит, цистит ҳамда буйрак – тош касалликлари улушига тўғри келди. Ретроспектив ва проспектив гуруҳларда улар ҳар бешта аёлдан биттасида, назорат гуруҳида эса 15% ҳолларда қайд этилди. Варикоз касаллиги, гипертония, гипотония, юракнинг турли туғма ва орттирилган нуқсонларикўринишдаги касалликлар ретроспектив гуруҳида 17,4% (16 та аёл), проспектив гуруҳида 14,1%(11 та аёл) ва назорат гуруҳида 5% ни (1 та аёл) ташкил этди.

Демак, бачадон бўйни касалликлари билан бўлган аёлларда учрайдиган асосий касалликлар камқонлик, инфекцион касалликлар ва эндокрин касалликлар улушига тўғри келади.

Ретроспектив, проспектив гуруҳлардаги тахминан ҳар учтадан битта аёлда (39,1% ва 35,6%) ва назорат гуруҳининг ҳар тўртадан биттасида кичик чанок аъзоларининг яллиғланиш касалликлари учраган, улар асосан сурункали аднексит, кольпит ва метроэндометрит касалликлари кўринишида учради. Турли хил ўлчамдаги миомалар ретроспектив гуруҳда 7 та (7,7%) аёлларда, 4 та(3,8%) проспектив гуруҳдаги аёлларда ва битта аёл (5%) назорат гуруҳида учради. Амбулатор карталарни ўрганиш натижасида аниқландики 12 та (13%) аёлда бачадон бўйни эрозиясида диатермокоагуляция амалга оширилган.

Эндометриоз касаллиги ретроспектив гуруҳдаги аёлларни 7,6% ини (7 та аёл), проспектив гуруҳдаги аёлларни 7,7% ини (6 та аёл) ва назорат гуруҳидаги аёлларни 5% да учради.

Анамнезида ҳайз циклининг турли кўринишдаги бузилишлари билан ретроспектив гуруҳдаги аёлларни 22,8% ни, проспектив гуруҳдаги аёлларни 23,1% ни ва назорат гуруҳидаги аёлларни 15% ни ташкил этди. Ҳайз циклини бузилишлари асосан опсоменорея, гиперполименорея ва пройоменорея кўринишида намоён бўлди. Ҳомиладорликнинг биринчи триместрида қилинган абортлар ретроспектив гуруҳда 48 та аёлни, яъни у 52,2% ини ташкил этади, проспектив гуруҳда 41 та(52,6%) аёл ва 8 та(40%) аёл назорат гуруҳини ташкил этди. Текширилган 42% аёлларда бу операцияни бир мартадан кўп ўтказилган.

Бачадон бўйни касалликларининг катта фоизини цервицитлар ташкил этди. Бу кўрсаткич бўйича ретроспектив гуруҳдаги аёлларда 27,1% ни (25 та аёл), проспектив гуруҳдаги аёлларда эса бу кўрсаткич 27% ни (21 та аёл) ташкил этди. Назорат гуруҳида бу патологик ўзгариш аниқланмади. Эрозия ва псевдоэрозия бачадон бўйни касалликлари орасида учраши бўйича иккинчи ўринда турибди. У учраши бўйича ретроспектив гуруҳдаги аёлларни 19,6% ни яъни 18 та аёл ва проспектив гуруҳдаги аёлларни 21,8% ни, яъни 18 та аёлда учради. Назорат

гуруҳига бачадон бўйни эрозияси ва псевдоэрозия касаллиги билан бўлган аёллар киритилмади.

Проспектив ва назорат гуруҳларини кольпоскопия усули орқали диагностика қилганимизда, текширилган аёлларнинг барча гуруҳларида патологик ўзгариш юқори эканлиги аниқланди. Диагностик текширишларда бачадон бўйни полипи ретроспектив гуруҳда 3,3% ни (яъни 3 та аёл), проспектив гуруҳда 3,8%(3 та аёл) ва назорат гуруҳида 10% ни (2 та аёл)да учради. Эндометриоз касаллиги ретроспектив гуруҳда 5,4% ни (5 та аёлда) аниқланган. Проспектив гуруҳда 5,1% ни (4 та аёл) ва назорат гуруҳида 5% и(1 та аёл)ни ташкил этди. Бу патология асосан “эндометриоз кўзчалари”, цианотиклик билан намоён бўлади.

Бачадон бўйни, вульва ва қин қисмидаги инфекцион патологик ўзгаришлар орасида герпетик тошмаларнинг тез-тез аниқланди. У ретроспектив гуруҳдаги аёлларни 14 тасида(15,2%), проспектив гуруҳда 14 та аёлда (18%) ва назорат гуруҳида 4 та аёл (20%)да учради. Бачадон бўйни чандикли ўзгариши ретроспектив гуруҳда 5 та аёл (5,4%), проспектив гуруҳда 4 та аёл (5,1%) ва назорат гуруҳида 2 та аёл (10%)да учради. Бачадон бўйни эритроплакияси ретроспектив гуруҳдаги аёлларни 11 тасида учраб у 12 % ини ташкил этди. Эритроплакия касаллиги проспектив ва назорат гуруҳидаги 9 та ва 3 та аёлларда учраб у 11,5% ини ва 15 % ини ташкил қилди. Амбулатор карталарни ўрганишлар натижасида лейкоплакияларни учраши ретроспектив гуруҳдаги аёлларда 2 та яъни 2,2%, проспектив ва назорат гуруҳдаги аёллар2 та ва 4 та, яъни 2,6% ва 20%да учраганига гувоҳ бўлдик. Бу жадвалдан кўриниб турибдики, бачадон бўйни касалликлари орасида энг кўп учрайдиган касалликлар цервцитлар ва эрозия ҳамда псевдоэрозиялардир, у ретроспектив ва проспектив гуруҳдаги аёлларнинг тахминан ҳар учтадан биттасида учради.

Проспектив гуруҳ аёлларининг асосий мурожаат сабаби бўлиб, қиндан турли патологик ажралмаларнинг борлиги бўлиб ҳисобланади. 73,1% (57 та аёл) аёл бу ажралмаларнинг кўп миқдорда ҳидли эканлигини билдирди. Бунда 43,4% (31 та) аёлда ажралмаларнинг қичишиш ва ачишиш белгилари билан бирга

намоён бўлди Асосий клиник белгиларидан бири контакт қон кетишлар бўлиб, бу 47,4% аёлда кузатилади. 23,1% контакт қон кетишлар диспареуния билан биргаликда учради.

Кольпоскопик тадқиқот натижасида 1-гурухдан 25та (27,1%) беморда ва 2-гурухдан 21та (27%) беморда бачадон бўйни ва цервикал каналнинг шиллик қисмида ялиғланиш жараёни, экзо-ва эндоцервицит белгилари қайд қилинган. Бу беморларда гипермия ва шиш пайдо бўлиши асосида сирка кислотасининг 3% ли эритмаси билан ишлаб чиқилгандан кейин пайдо бўлган қизил тошмалар қайд этилган. Шиллер (синама)си ўтказилгандан кейин, бу тошмаларнинг силлик эмаслиги ва зичлиги маълум бўлган. Цервицитнинг намоён бўлишига гипермия ва сарғиш суюқлик ажралиб чиқаётган цервикал канал атрофидаги кўзга кўринарли шиш сабаб бўлган. Шу жараён давомида кўзга кўринарли гипермия ва бачадон бўйни ташқи шиллик қаватида шиш, шунингдек секрет безининг кўпайиши ҳолати кузатилган. Бундан ташқари кўзга кўринмайдиган тошмали ҳолат кузатилган. Люголь эритмаси билан ўтказилган таҳлилда шиллик қаватда текис бўлмаган доғ аниқланган.

Қиннинг шиллик қавати шиш борлиги, таҳлил қилинаётган жараёнда енгил оғриқли бўлиши ва баъзида қон кетиши билан фарқланган. Шиллер синамаси ўтказилгандан кейин, ялиғланиш жараёнини ривожланишида экзоцервикс ва қиннинг шиллик қаватида эпителийнинг баъзи қисмларида десквамация ва қуриш натижасида силлик бўлмаган, йодонегатив ва йодопозитив қисмларида тошмаларнинг пайдо бўлиши кузатилган.

Кольпоскопик диагностикада аниқланган энг кўпучрайдиган патологиялар цервицит ва эрозия ва псевдоэрозиялар эканлигини инобатга олиб, шу касаллик билан бўлган 38 та аёлда текширишнинг кейинги босқичлари ўтказилди. Улар 2 гуруҳга бўлинди. Цервицитлар билан 21(55,3%) та аёл ва эрозия ва псевдоэрозиялар билан 17 та аёл (44,7%) да даво самарадорлиги таққослама баҳоланди.

I гуруҳга кирган 20 та аёлда анъанавий даво усуллари билан бирга Клазин дори воситаси қўлланилди(Метронидазол 250 мг×2 маҳал +Клазин 1 шамчадан

кунора кинга 6 кун санациядан сўнг қўлланилди). II гуруҳга Метронидазол 250 мг×2 маҳал+Нистатин 250000 ЕД дан кунига 1 маҳал 7 кун давомида кинга қўйилди.

Клиник самарадорлик I гуруҳдаги аёлларда II сига нисбатан анча юқори. 1 ойдан ва 3 ойдан сўнгги натижалар дастлабки кўрсаткичга солиштирилганда қиндан ажралмаларнинг келиши 1 ойдан сўнг 45% гача ва 3 ойдан сўнг 5% гача дастлабки (75%) дан камайди. II гуруҳда эса бу кўрсаткич дастлабки (61,1%) дан 1 ойда 38,9% гача, 3 ойда эса 11,1% гача камайди.

Маълумки, контакт қон кетишлар эрозия ва псевдоэрозиялар ва цервицитларнинг асосий клиник белгиси бўлиб. Мурожаатнинг асосий сабабини ташкил этади. Бизнинг изланишларда бу кўрсаткич I гуруҳда дастлаб 65% ни, II гуруҳда дастлаб 50% ни ташкил этган эди. Даволаш давомида клиник самарадорлик қуйидагича намоён бўлди: I гуруҳ 1 ойдан сўнг 5% гача камайди, 3 ойдан сўнг контакт қон кетишлар шикоятини инкор қилди. II гуруҳ 1 ойдан сўнг 5,6% гача камайди, 3 ойдан сўнг контакт қон кетишлар шикоятини инкор қилди.

45% аёлларда I гуруҳдан, 33,3% аёл II гуруҳдан дастлабки ҳолатда қиндаги ачишиш ва қичишишлардан шикоят қилиб келган эди. 1 ойдан сўнг бу клиник белги I гуруҳда 30% гача, II гуруҳ 16,7% гача камайди. 3 ойдан сўнг I гуруҳда бундай шикоят қайт этилмади. II гуруҳда 5,6% гача камайди.

Жинсий алоқа пайтида оғриқ билан намоён бўладиган диспареуния ҳолати текширилган аёлларини 30% ва 16,7% ида аниқланди.(I ва II гуруҳларга мос) Даво мобайнида бу ҳолат I гуруҳда 10% га(1 ойларда) камайди. 3 ойдан кейин 2 қала гуруҳлардан ҳам биронта аёлда бундай шикоят қайд этилмади.

Даво самарадорлигини кольпоскопик текширувларни динамик олиб бориш асосида баҳоланди. Қайта кўрувлар иккала гуруҳда ҳам 1 ой ва 3 ой давомида ўтказилди. Текширишлар шуни кўрсатдики, даво давомида кольпоскопик манзаранинг қониқарли тусга кириб бориши I гуруҳ аёлларда яққол намоён бўлади. Айниқса цервицит ва эрозия ва псевдоэрозияларнинг 1 ой якунида 20% гача ва 2 ой якунида 5% гача камайгани бунга исбот бўла олади. II гуруҳ аёлларда кольпоскопияда бачадон бўйни патологиясининг тузалиши динамикаси ҳам

ижобий натижани кўрсатди, яъни 1 ой охирида патологик жараён цервицитлар 33,3% гача, 3 ой охирида 16,7% гача камайганини кўрдик. Эрозия ва псевдоэрозияларда ҳам худди шундай ижобий динамика кузатили. Жадвалдан кўринадикки, бачадон бўйни эпителиал қаватининг емирилиши манзараси аста-секин тузалиб, 3 ой охирига борганда фақатгина 2 та аёлда кузатилди (11,1%). Бу 2 та аёлда чуқур текширишлар шуни кўрсатдики 1 тасида RW ижобий, 1 таси микс инфекция (трихомонада, гарднерелла ва замбуруғлар) аниқланди. Буларга тери-таносил касалликлари мутахассиси жинсий ҳамкори билан биргаликда даво давом эттирилди.

Даво самарадорлигига комплекс баҳо бериш мақсадида 2 кала гуруҳ аёлларда қин микрофлораси тозалик даражаси текширилиб борилди. Натижалар шуни кўрсатдики патологик жараён чекиниши мобайнида қин экосистемаси ижобий муҳитга ўзгариб борди. Айниқса Клазин қўшиб ишлатилган даво схемаси қўлланилганда (I гуруҳ аёлларда) бу ўзгариш 1 ой охиридаёқ ўз самарасини берганини намоён қилди яъни I гуруҳ аёлларда 1 ой охирида қин тозаликнинг патологик даражаси (III ва IV даража) 40% ва 15% гача, 3 ой охирида қин тозалик даражасининг III 10% гача камайди, қин тозалликнинг IV даражаси аниқланмади. II гуруҳ аёлларда эса бу кўрсаткич 1 ой охирида дастлабкига нисбатан (61,1% ва 16,7%) 40% ва 15% гача, 3 ой охирида қин тозалик даражасининг III 16,7% гача камайди, қин тозалликнинг IV даражаси аниқланмади.

Хулосалар:

1. Ретроспектив таҳлил шуни кўрсатдики, текширилган аёллар орасида анемия 51 та(55,4%), бактериал ва вирусли инфекциялар 45 та(48,9%) энг кўп учрайдиган соматик касалликлардир. Аниқланган гинекологик касалликларнинг энг катта улушини чанок аъзоларининг яллиғланиш касалликлари 36 та(39,1%) ташкил этади. Бачадон бўйни касалликларининг учраш частотаси бўйича цервицитлар 25 та(27,1%), эрозия ва псевдоэрозиялар 18 та(19,6%), генитал герпес 17 та(18,5%) ташкил этади.

2. Бачадон бўйнининг фон касалликлари орасида 25 та (27,1%) турли этиологияли цервицитлар, 17 та(18,5%) бачадон бўйни кисталари, 20 та(21,8%) эктопик ўзгаришлар (псевдоэрозия ва эрозиялар) ташкил этади. Мурожаатга сабаб бўлган асосий белгилар: қиндан ажралмалар (73,7%), диспареуния(23,6%) ва контакт қон кетишлар(13,1%)дир. Профилактик кўрикларда ҳеч қандай шикоят ва клиник белгиларсиз билан бўлган аёлларнинг 24,2%да бачадон бўйни касалликлари аниқланди. Қин суртмаси таҳлиliga кўра 21,1% аёлларда 4-даражадаги, 57,9% аёлда 3-даражадаги қин тозалик даражаси аниқланди.

3. Олинган натижаларга кўра аниқландики, бачадон бўйни патологияларини эрта аниқлашда кольпоскопия муҳим аҳамиятга эга. Усул юқори информатив ва техник оддий бўлиши билан бирга даво самарадорлигини динамик кузатиш ва баҳолаш имконини беради. Мурожаат қилиб келган 4 та аёлдан 1 тасида бачадон бўйни патологиясига хос ҳеч қандай шикоят йўқлиги бунга асосдир.

4. Текширишлар натижасида Метакрезол (Клазин) билан даво эффеkтивлиги анъанавий усулга нисбатан 1ой давомидаги кузатувга асосан 1,5 баравар, 3 ой давомидаги кузатувга асосан деярли 3 баравар самарали эканлиги аниқланди.

Амалий тавсиялар:

1. Бачадон бўйни касалликларини эрта аниқлаш ва олдини олиш мақсадида оддий ва кенгайтирилган кольпоскопия усулини репродуктив ёшдаги аёлларни профилактик кўруви таркибига киргизиш мақсадга мувофиқ.

2. Аниқланган бачадон бўйни цервицитлари, псевдоэрозиялари ва эрозияларида Метакрезол (Клазин)ни 1 шамчадан кунора интравагинал № 6 марта қўллаш ва даво самарадорлигини динамикада кольпоскопик текширув тавсия қилинади.

Адабиётлар

1. Ашрафян Л. А. Новикова Е. Г. Гинекологические аспекты в тенденциях заболеваемости и смертности от рака органов репродуктивной системы // Журнал акушерских и женских болезней. — 2001. Т.XLX. - Вып.1. — С.27-33
2. Ашрафян Л. А., Киселев В. И. Опухоли репродуктивных органов (этиология и патогенез). – М., 2008.
3. Бабичева И.А., Ландеховский Ю.Д., Ежова Л.С., Кондриков Н.И. Патогенетические подходы к хирургическому лечению лейкоплакии шейки матки. Акушерства и гинекология 1998; 2: 33 – 38.
4. Барышников А. Ю., Шишкие Ю. В. Иммунологические проблемы апоптоза. – М.: Эдиториал УРСС, 2002. – 320 с.
5. Бохман Я. В., Вихляева Е. М., Вишневский А. С. Функциональная онкология. - М. - 1992.
6. Бохман Я. В. Руководство по онкогинекологии. - СПб: Фолиант, 2002. – 540 с.
7. Ваганова И.Г. Хронический экзоцервицит: морфогенез, клиника, принципы терапии: автореф. дис. ... д-ра мед наук. Омск 2000; 51.
8. Вишневская Е.Е., Бохман Я.В. Ошибки в онкогинекологической практике. Минск: высш шк 1994; 288.
9. Вишнякова С.В., Ефремов А.В. Этиопатогенетические аспекты псевдоэрозий шейки матки . Журнал акушер и женский бол 200; 49: 2: 30 -32.
10. Гинекология: Национальное руководство. Под ред. В.И. Кулекова, И.Б. Савельевой. М: ГЭОТАР-Медиа 2007; 279 – 286; 727 – 731.
11. Голованова В. А., Новик В. И., Гуркин Ю. А. // Вопр. онкол. - 1999. – Том45, №6. - С. 623-626.
12. Д.С. Курбанбекова, Д.К. Нажмутдинова, М.П. Ахмедова Особенности ведения больных с патологическими процессами в шейки матки, ассоциированными с хламидийной инфекцией. / Российский вестник акушера-гинеколога. 2003. №1 Том 3. С. 40-42

13. Дамиров М.М. Лазерные, кригенные и радиоволновые технологии в гинекологии. М: Медицина 2004; 173.
14. Е.Н. Каухова, А.А. Соломатина, А.Ю. Лугуева, О.Ю. Панкова Значение ультразвуковой диагностики в выборе метода лечения доброкачественных заболеваний шейки матки . / Российский вестник акушера- гинеколога. 2003. №6 Том 34С. 36 -39
15. Е.Н. Каухова, А.Ю. Лугуева, О.Ю. Панкова. Алгоритм обследования больных с доброкачественными заболеваниями шейки матки. / Российский вестник акушера- гинеколога. 2005. №3 Том 5. С. 66-71
16. Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы. Под ред. В.Н. Прилепской. М 2003; 432.
17. Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы: клинические лекции. Под ред. Проф. В.Н. Прилепской. М: МЕДпресс-информ 2005; 390.
18. И.С. Сидорова, М.Н. Жолобова, Н.В. Ведерникова, Ша Ша, М.Б. Агеев. Состояние шейки матки при сочетанной патологии матки (миома матки, аденомиоз, гиперплазия эндометрия). / Российский вестник акушера- гинеколога. 2012. №3 Том 12. С. 55-57
19. Имянитов Е.Н., Хансон К.П. Молекулярная онкология: Клинические аспекты. Ст-Петербург: СПбМАПО 2007; 211.
20. Киселев В. И. Вирусы папилломы человека в развитии рака шейки матки. - М., 2004. - 179 с.
21. Киселев В. И., Ляшенко А. А. Молекулярные механизмы регуляции гиперпластических процессов.- М.: Изд-во Димитрейд График Групп. — 2005.- 348 с.
22. Киселев В. И., Муйжнек Е. Л. Молекулярные механизмы развития дисплазии шейки матки: новые знания - новые возможности // Вестник «Лаборатория ДНК-диагностики». – 2011. Том 13, №4. – С. 98-101.
23. Козаченко В. П. Роль вирусной инфекции в возникновении рака шейки матки. Поликлиническая гинекология. - М: МЕДпресс-информ, 2004. - с. 105-

24. Кондриков Н. И. Современная классификация заболеваний шейки матки. Заболевания шейки матки: клинические лекции. - М.: МЕДпресс, 1999. - С. 20-24.
25. Костава М.Н. Эффективность лечения фоновых заболеваний шейки матки у молодых нерожавших «Солкогином» и низкокоинтенсивным лазером : автореф. дис. Канд.мед.наук / 1987. – С.26.
26. Коханевич Е. В., Ганина К. П., Суменко В. В. Кольпоцервикоскопия. Атлас. – Киев, 1997. – 49 с.
27. Краснопольский В.И. Патология шейки матки и влагалища. М., 1997.
28. Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Шукина Н.А. Оперативная гинекология. М: МЕДпресс-информ 2010; 319.
29. Краснопольский В.И., Радзинский В. Е., Буянова С. Н. В кн: Патология влагалища и шейки матки. М: Медицина 1997; 272.
30. Кулагина Н.В. Консервативное лечение гиперпластических процессов органов репродуктивной системы//Акуш.и гин.-2010.-№4.-С.82-86.
31. Кустаров В.Н. Значимость таргентной и терапии в лечении дисплазии шейки матки. Врач 2010; 7: 41- 42.
32. Кустаров В.Н., Линде В.А. Патология шейки матки. Ст- Петербург: Гиппократ 2002; 143.
33. Л.И. Короленкова Клинические и технические особенности электрохирургической конизации шейки матки у больных цервикальной интраэпителиальной неоплазией III . / Акушерство и гинекология. 2012. №2. С. 86-89
34. Ландеховский Ю.Д., Бабичева И.А. Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы. Под ред. В.Н. Прилепской. М 1999; 94 – 108.
35. Ландеховский Ю.Д., Подзолкова Н.М., Кижаев Ю.В. Комплексное обследование и лечение больных с рубцовой деформацией шейки матки. Пробл репрод 2009; 1: 39 – 45.

36. Летучих А.А. Низкочастотный ультразвук в лечении патологии вульвы, влагалища и шейки матки // Генитальные инфекции и патология шейки матки. – Омск, 2004. – С. 164-178.
37. Минкина Г.Н., Манухин И.Б., Франк Г.А. Предрак шейки матки. М.: Аэрограф-медиа, 2001.
38. Муратходжаев Н. К., Маджидов У. В. Динамика онкологических показателей в Узбекистане за последние десятилетия. - Ташкент, 2005. - с.
39. Мусаева К.М. Генетические и иммунологические детерминанты доброкачественных заболеваний шейки матки: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – М., 2009.
40. Н.В. Дуб, Е.Ю. Алексеева, Н.В. Басова, И.В. Барина, Ю.Б. Котов. Сравнительная оценка методов диагностики хронических воспалительных заболеваний шейки матки. / Российский вестник акушера- гинеколога. 2005. №3 Том 5. С. 37-42
41. Н.В.Овчинникова. Хирургическое лечение больных с доброкачественными сочетанными заболеваниями шейки матки. / Акушерство и гинекология. 2011. №6. С. 41-46
42. Н.И. Кондриков, М.В. Шамаракова, Ю.В. Горбачева. Значение иммуногистохимического определения биомаркеров плоскоклеточных интраэпителиальных поражений шейки матки. / Акушерство и гинекология. 2010. №6. С. 44-48
43. Н.М. Подзолкова, С.И. Роговская, Е.С. Аكوпова Новые международные стандарты и классификации в кольпоскопии. / Российский вестник акушера- гинеколога. 2012. №2 Том 12. С. 85-89
44. Новик В. И. Эпидемиология рака шейки матки, факторы риска, скрининг // Практич. онкология. - 2008. – Том 3, №3. - С. 156-165.
45. Новиков А. И., Кононов А. В., Ваганова И. Г. Инфекции, передаваемые половым путем, и экзоцервикс. - М.: Медицина, 2002. – 176 с.
46. Новикова Е.Г. Профилактика отдаленных осложнений конизации

шейки матки. Новое в онкологии. М 1995; вып. 1: 35 – 38.

47. Новикова Е. Г. Диагностика предраковых заболеваний и начальных форм рака шейки матки. Заболевания шейки матки: клинические лекции. - М.: МЕДпресс, 2004. - С. 153-159.

48. Пальцев М. А., Аничков Н. М. Патологическая анатомия. – М.: Медицина, 2001. – Том 2, ч. 2. – С. 202-206.

49. Пальцев М. А., Кветной И. М. Руководство по нейроиммуноэндокринологии. - М.: Медицина, 2006. - 384 с.

50. Папилломавирусная инфекция: Информационно-методическое письмо. В.И. Краснопольский, Н.В Зароченцева, В.В. Малиновская М 2009; 12.

51. Первично-множественные злокачественные опухоли / Под ред. В. И. Чиссова, А. Х. Трахтенберга – М.: Медицина, 2000.

52. Петри А., Сэбин К. Наглядная медицинская статистика. Пер. с англ. под ред. В. П. Леонова. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 168 с.

53. Погодин О.К. Хламидийная инфекция в акушерстве, гинекологии и перинатологии. Петрозаводск 1997; 168.

54. Подзолкова Н.М. Никитина Т.И., Дамиров М.М. Кольпоскопия при беременности. 2010.

55. Подистов Ю.И., Лактинов К.П., Петровичев Н.Н. Эпителиальные дисплазии шейки матки (диагностика и лечение). М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006.

56. Практическое руководство по клинической гинекологии / Под ред. И. С. Сидоровой, Т. В. Овсянниковой. – М.: МЕДпресс-информ, 2006.

57. Прилепская В. Н. Роль инфекций, передающихся половым путем, в канцерогенезе шейки матки // Генитальные инфекции и патология шейки матки. - Омск, 2004. - С. 22-29.

58. Прилепская В.Н. Влияние гормональных контрацептивов на состояние шейки матки у молодых нерожавших женщин / В.Н. Прилепская, Т.И. Фокина // Немедикаментозные методы терапии в акушерстве и гинекологии. М., 1987. – С. 97 – 101.

59. Прилепская В.Н. заболевания шейки матки, влагалища и вульвы. М 1999; 300 – 315.
60. Прилепская В.Н. Оптимизация лечения папилломавирусной инфекции половых органов у женщин. Акушерства и гинекология 2008; 3: 72 – 74.
61. Прилепская В.Н., Голубенко А.Е. В кн: Поликлиническая гинекология. М: МЕДпресс-информ 2004; 624.
62. Прилепская В.Н., Костава М.Н., Назарова Н.М. // Акуш. и гин. - 2004. - №12. - С. 62-65.
63. Прилепская В.Н., Роговская С.И., Кондриков Н.И. Папилломавирусная инфекция: диагностика, лечение и профилактика. М 2007; 211.
64. Прилепская В.Н., Роговская С.И., Межевитинова Е.А. Кольпоскопия: практическое руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2002.
65. Прилепская В.Н.-М.:Мед.пресс-информ, 2005. – 423.
66. Радзинский В. Е., Ордянец И.М., Лебедева М.А. Эффективность препарата локального действия для эпителизации шейки матки после радиоволновой эксцизии / Акушерство и гинекология. 2010. №3. С. 58 – 60.
67. Рациональная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии: Руководство для практикующих врачей / Под ред. В. И. Кулакова, В. Н.Серова. – М.: Литтерра, 2005.
68. Рехвиашвили С.А. Фотодинамическая терапия фоновых и предраковых заболеваний шейки матки: Дис. ... канд.мед.наук. –М., 2005. – 238с.
69. Роговская С. И. Папиллома вирусная инфекция у женщин и патология шейки матки. - М.: ГЭОТАР-медиа, 2011. – 405с.
70. Роговская С. И. Практическая кольпоскопия. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 240 с.
71. Роговская С.И. Апоптоз при патологии шейки матки, ассоциированной с вирусом папилломы человека / С.И. Роговская // Гинекология.-2000. — Т.2, №3. С.91-93

72. Роговская С.И. Бактериальный вагиноз и папилломавирусная инфекция / С.И. Роговская, В.Н. Прилепская // Гинекология. 2002. — Т.4, №3.
73. Роговская С.И. Папиллома вирусная инфекция у женщин и патология шейки матки / С.И. Роговская. 2-е изд. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008 -188 с.
74. Роговская С.И. Папилломавирусная инфекция и патология шейки матки. - 2-е изд. –М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008.
75. Роговская С.И. Папилломавирусная инфекция нижних отделов гениталий: клиника, диагностика, лечение: автореф. дис. . д-ра мед. наук / С.И. Роговская. М., 2003. - 38 с.
76. Роговская С.И. Папилломавирусная инфекция у женщин и патология шейки матки: в помощь практикующему врачу. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2005. - С. 39 – 42.
77. Роговская С.И. Папилломавирусная инфекция у женщин и патология шейки матки. Руководство для практикующего врача / С.И. Роговская. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005 - 141 с.
78. Роговская С.И. Папилломавирусная инфекция у женщин: клинические особенности (в помощь практикующему врачу) / С.И. Роговская, В.Н. Прилепская // Проблемы репродукции. 2006. - Т. 12, №5. - С. 91 - 96.
79. Роговская С.И. Практическая кольпоскопия. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 180с.
80. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии / Под.ред. В.И. Кулакова, В.Н. Прилепской, В.Е. Радзинского. –М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. –С. 633-653.
81. Русакевич П.С. Заболевания шейки матки: симптоматика, диагностика, лечение, профилактика. –Мн.: Высш.шк., 2000. -368 с.
82. Русакевич П.С. Фоновые и предраковые заболевания шейки матки. Минск 1998; 68.

83. Русакевич П.С., Шмак К.И. Системный патогенетический подход к диагностике и лечению предраковых заболеваний шейки матки // Матер. III съезда онкологов и радиологов СНГ. - Минск, 2004.- С.215.
84. С.А. Леваков, А.Г. Кедрова, Е.В. Кожурина, Н.Н. Челнокова. Современная кольпоскопия – неотъемлемый компонент диагностики фоновых и предраковых заболеваний шейки матки. / Российский вестник акушера-гинеколога. 2012. №2 Том 12. С. 85-89
85. С.Е. Ваганова. Комбинированное лечение доброкачественных заболеваний шейки матки. / Акушерство и гинекология. 2010. №5. С. 116-120
86. Савичева А.М., Башмакова М.А. Урогенитальный хламидиоз у женщин и его последствия. Н. Новгород 1998; 182.
87. Савченко А.А. Эффективность высокой ножевой конизации шейки матки при лечении дисплазии, преинвазивного и микроинвазивного рака шейки матки и ее влияние на репродуктивную функцию: Автореф. ... канд.мед. наук. – М., 2006. – 16с.
88. Саркисян А. Г. Особенности изменения метаболических процессов при атрофических кольпитах и их коррекция: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2003. – 24 с.
89. Сельков С.А. Ранняя диагностика и лечение предраковых состояний шейки матки // Акушерство и гинекология. -2005. -№ 3. –С. 17-20.
90. Сидорова И.С. Фоновые и предраковые процессы шейки матки / И.С. Сидорова, С. А. Леваков. — М.: Медицинское информационное агенство, 2006. 91 с.
91. Сидорова И.С., Леваков С.А. Фоновые и предраковые процессы шейки матки. –МИА, 2006.
92. Сильвия К. Роузвиа. Гинекология / Под ред. Э. К. Айламазяна. – М., 2004. – С. 239-252.
93. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Гиперпластические и дистрофические процессы некоторых органов репродуктивной системы // Неоперативная гинекология. - 1997. - С. 504-526.

94. Содержание цитокинов в цервикальном секрете при дисплазии шейки матки на фоне генитальных инфекций / Т.Е. Белокриницкая и др. // Журнал акушерства и женских болезней. 2006. - Т. LV, выпуск 2. - С. 64-67.
95. Стрижаков А.Н. Доброкачественные заболевания матки. М: ГЭОТАР-Медиа 2011; 281.
96. Стрижаков А. Н., Давыдов А. И., Баев О. Р., Буданов П. В. Генитальные инфекции. - М: Династия, 2003. – 134 с.
97. Суханкин В.К. Отчет доклиническом экспериментальном изучении общетоксической, аллергенной и специфической фармакологической активности препарата «Галенофиллипт». – СПб.: институт токсикологии. – 2006.
98. Т.А. Балаев, И.Б. Бадюгина, Б.Л. Молдавер, Т.А. Асланян, О.М.Беляева. применение антисептика растительного происхождения в лечении воспалительных заболеваний шейки матки. / Акушерство и гинекология. 2011. №2. С. 102-105
99. Т.А. Обоскалова , И.Н. Кононова, Е.С. Ворошилаина, Т.В. Кузина Эффективность реабилитационных мероприятий после деструктивных методов тарпии у пациенток с патологией шейки матки, ассоциированной с папилломавирусной инфекцией. / Акушерство и гинекология. 2012. №2. С. 86-89
100. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины. Пер. с англ. – М.:Медиа-Сфера, 2004. – 352 с.
101. Фролова И.И., Бабиченко И.И, Местергази Г.М. Цервикальные интраэпителиальные неоплазии и дискератоз шейки матки. М: Изд дом «династия» 2004; 78.
102. Хакимов Ф.М. оптимизация методов лечения фоновых и предраковых заболеваний шейки матки при гипертрофии и посттравматической деформации: Афтореф. дис. ... канд. мед. наук. Уфа 2005; 24.
103. Хансон К.П., Имянитов Е.Н. Современные представления о канцерогенезе рака шейки матки // Практич. онкология. - 2002. – Том 3, №3. - С. 80-86.

104. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России, заболеваемость и смертность. - М., 2010.
105. Шакунтала Балига. Теория и практика кольпоскопии. Атлас-2011. М.: ГЭОТАР-Медиа – 210с.
106. Ю.М. Гренкова. Современные подходы к хирургическому лечению женщин репродуктивного и постменопаузального возраста с заболеваниями шейки матки. / Российский вестник акушера- гинеколога. 2012. №1 Том 12. С. 60-63
107. Ashrafyan L.A., Novikova E.G. Gynecological aspects in trends in morbidity and mortality from cancer of the reproductive system // Journal of obstetric and gynecological disorders. - 2005. – Vol. 250. - Issue 1. - S.27-33
108. Azar K. K., Tani M., Yasuda H., Sakai A., Inoue M., Sasagawa T. Increased secretion patterns of interleukin-10 and tumor necrosis factor-alpha in cervical squamous intraepithelial lesions // Hum Pathol. – 2004. – Vol. 35. – P.1376-1384.
109. Boulet G, Horvath C, Broek DV et al. Human papillomavirus: E6 and E7 oncogenes. // Int J Biochem Cell Biol 2007; 39 (11): 2006–11.
110. Boxman IL, Hogowoning A, Mulder LH et al. Detection of human papillomavirus types 6 and 11 in pubis and perianal hair from patients with genital warts. // J Clin Microbiol 1999; 37 (7): 2270–3.
111. Brinton L. A., Hamman R. F., Huggins G. R., Lehman I. F., Levine R. S., Mallin K., Fraumeni J. F. Jr Sexual and reproductive risk factors for invasive squamous cell cervical cancer // J Natl Cancer Inst. - 1987. - Vol.79, №7. - P. 23-3.
112. Brychtova S., Brychta T., Sedlakova E., Kolar Z. Proto-oncogene c-myc in uterine cervix carcinogenesis // Neoplasma. - 2004. - Vol.51, №2. - P. 84-89.
113. Calhoun E. S., McGovern R. M., Janney C. A., Cerhan J. R., Iturria S. J., Smith D. I., Gostout B. S., Persing D. H. Host genetic polymorphism analysis in cervical cancer // Clin Chem. – 2002. – Vol. 48. – P. 1218-1224.
114. Castanon A, Brocklehurst P, Evans H et al. Risk of preterm birth after treatment for cervical intraepithelial neoplasia among women attending colposcopy in England: retrospective-prospective cohort study. // BMJ 2012; 345: e5174.

115. Castle PE, Hillier SL. An association of cervical inflammation with high-grade cervical neoplasia in women infected with oncogenic HPV. *CEBP* 2001; 10: 1021–27.
116. Castle PE, Schiffman M, Herrero R et al. A prospective study of age trends in cervical human papillomavirus acquisition and persistence in Guanacaste. Costa Rica // *J Infect Dis* 2005; 191: 1808–16.
117. Castle PE, Stoler MH, Wright JrTC et al. Performance of carcinogenic human papillomavirus (HPV) testing and HPV16 or HPV18 genotyping for cervical cancer screening of women aged 25 years and older: a subanalysis of the ATHENA study. // *Lancet Oncol* 2011; 12: 880–90.
118. Chan PK, Li WH, Chan MY et al. High prevalence of human papillomavirus type 58 in Chinese women with cervical cancer and precancerous lesions. // *J Med Virol* 1999; 59 (2): 232–8.
119. Dinkelspiel H, Fetterman B, Poitras N et al. Cervical cancer rates after the transition from annual pap to 3-year HPV and pap. // *J Low Genit Tract Dis* 2014; 18: 57–60.
120. Faller D. M., Shields D. *Molecular Biology of the Cell. Guidelines for doctors.* Trans. from English. M.: "Publisher BINOM". - 2006. - 256 p.
121. Gage JC, Schiffman M, Katki HA et al. Reassurance against future risk of precancer and cancer conferred by a negative human papillomavirus test. // *J Natl Cancer Inst* 2014; 106.
122. Gyllensten U, Gustavsson I, Lindell M et al. Primary high-risk HPV screening for cervical cancer in post-menopausal women. // *Gynecol Oncol* 2012; 125 (2): 343–5.
123. Heatly M.K. How should we grade CIN? // *histopathology*. – 2002. – Vol. 40. – P. 377 – 390.
124. Horn L. C., Schnurbusch U., Hentschel B., Einkenkel J. Risk of progression in complex and atypical endometrial hyperplasia: clinicopathologic analysis in cases with and without progestogen treatment // *Int. J. Gynecol. Cancer*. – 2004. – Vol. 14, № 2. – P. 348-353.

125. Jordan J, Martin-Hirsch P, Arbyn M et al. European guidelines for clinical management of abnormal cervical cytology. Part 2. // *Cytopathology* 2009; 20 (1): 5–16.
126. Milde Langosch K, Riethdorf S, Park TW. Naturlicher Verlauf der HPV-infection. Nutzen der of HPV-infection Usefulness of HPV analysis in cervix diagnosis. // *Pathology* 2000; 20 (1): 15–24.
127. Nitsch D. D., Ghilardi N., Muhl H. et al. Apoptosis and expression of inducible nitric oxide synthase are mutually exclusive in renal mesangial cells // *Amer. J. Pathol.* – 1997. - Vol.150. - P. 889-900.
128. Nuovo J., Melnikow J., Howell L.P. New tests for cervical cancer screening // *Am. Fam. Physician.* - 2001. - Vol. 64, № 5. - P.780-786.
129. Paavonen G.L. Pelvic inflammatory diseases – a global medical emergency. *Int Coryr STD, 12 Meet Seville: Prog And Abstr* 1997; 72 – 74.
130. Reagan J. W., Seidermand I. L., Saracusa Y. The cellular morphology of carcinoma In situ and dysplasia or typical hyperplasia of the uterine cervix // *Cancer.* - 1983. - Vol. 6. - P. 224-235.
131. Richart R. M. Cervical Intraepithelial neoplasia // *Pathol. Ann.* - 1973. - Vol. 8. - P. 301-328.
132. Rijkaart DC, Berkhof J, van Kemenade FJ et al. Evaluation of 14 triage strategies for HPV DNA-positive women in population-based cervical screening. *Int J Cancer* 2012; 130: 602–10.
133. Rijkaart DC, Berkhof J, van Kemenade FJ et al. HPV DNA testing in population-based cervical screening (VUSA-Screen study): results and implications. // *Br J Cancer* 2012; 106 (5): 975–81.
134. Ronco G, Dillner J, Elfström KM et al. Efficacy of HPV- based screening for prevention of invasive cervical cancer: follow-up of four European randomized controlled trials. // *Lancet Oncol* 2014; 383 (9916): 524–32.
135. Saslow D, Solomon D, Lawson HW et al. American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for

Clinical Pathology screening guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer. // *CA Cancer J Clin* 2012; 62 (3): 147–72.

136. Siebers AG, Klinkhamer PJ, Grefte JM et al. Comparison of liquid-based cytology with conventional cytology for detection of cervical cancer precursors: a randomized controlled trial. // *JAMA* 2009; 302: 1757–64.

137. Tranbaloc P. Natural history of precursor lesions of cervical cancer / *Gynecol. Obstet. Fertil.* – 2008. – Vol. 36, №6. – P. 650 – 655.

138. World Health Organization (WHO). Comprehensive cervical cancer control. A guide to essential practice. Geneva: WHO 2006. http://www.who.int/reproductive-health/publications/cervical_cancer_gcp/text.pdf.