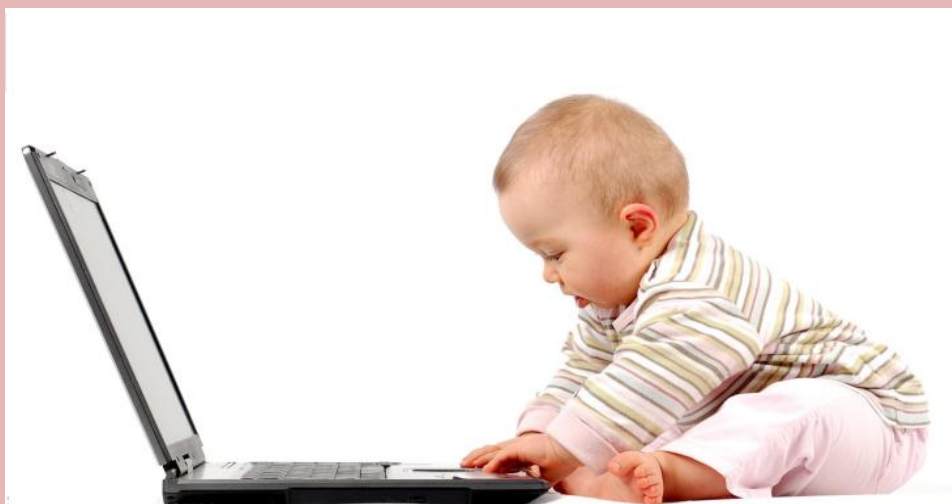
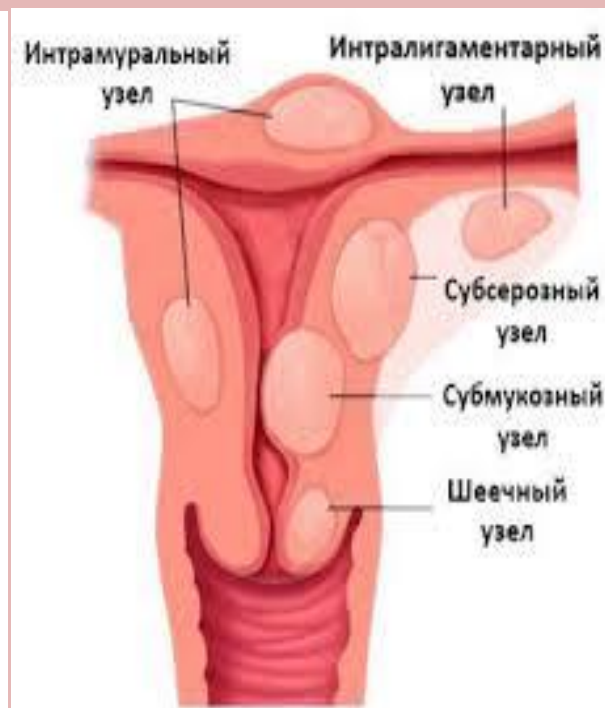




Davolash va Tibbiy pedagogika fakulteti
 5-kurs talabalarí uchun
 Ginekologiya fani
 O'QUV-USLUBIY MAJMUASI



Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro Davlat tibbiyot instituti

Akusherlik va ginekologiya kafedrası

«TASDIQLAYMAN»

O'quv ishlari prorektori

t.f.n. dosent _____ Jarilkasinova G.J.

_____ 2019 yil

Kafedra yig'ilish bayonnomasi

_____ 2019 yil

***Fanlararo uslubiy komissiya
yig'ilish bayonnomasi _____***

_____ 2019yil

Markaziy uslubiy komissiya

Yig'ilish bayonnomasi _____

_____ 2019 yil

Davolash va Tibbiy pedagogika fakulteti 5-kurs talabalari uchun

Ginekologiya fani

O'QUV-USLUBIY MAJMUASI

Buxoro – 2019 yil

O'zbekiston Respublikasi Oliy va o'rta maxsus ta'lim vazirligi

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro Tibbiyot instituti

Akusherlik va Ginekologiya kafedrası

Bilim sohasi: 700000 – Sog'liqni saqlash va ijtimoiy ta'minot.

Ta'lim sohasi: 720000 – Sog'liqni saqlash.

Ta'lim yo'nalishi: 5510100 – Davolash

Fan nomi: Ginekologiya

Tuzuvchilar: kaf.mudiri t.f.d. (DSc) Ixtiyarova G.A.

assistent t.f.d. (PhD) Narzulloyeva N.S.

Taqrizchilar: T.f.d. Obloqulov A.R.

T.f.d. Navro'zova Sh.I.

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ

Рўйхатга олинди
№ Б 5510100-4.05
2013 йил "13" сентябр

Ўзбекистон Республикаси
Олий ва ўрта махсус таълим
вазирлигининг 2013 йил "13"
сентябр даги "82"-сонли
буйруғи билан тасдиқланган



АКУШЕРЛИК ВА ГИНЕКОЛОГИЯ (4-5 курс)
фанининг

ЎҚУВ ДАСТУРИ

Билим соҳаси: 500000 – Соғликни сақлаш ва ижтимоий таъминот

Таълим соҳаси: 510000 – Соғликни сақлаш

Таълим йўналиши: 5510100 – Даволаш иши
5111000 – Касбий таълим (5510100 – Даволаш иши)
5510400 – Стоматология
5510300 – Тиббий – профилактика иши

Тошкент -2013_г

O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI
OLIY VA O‘RTA MAXSUS TA’LIM VAZIRLIGI

Ro‘yxatga olindi

№ _____

201_ yil “ ____ ” ____

O‘zbekiston Respublikasi
Oliy va o‘rta maxsus ta’lim
vazirligining 201_ yil “ ____ ”
_____dagi “ ____ ”-sonli
buyrug‘i bilan tasdiqlangan

AKUSHERLIK VA GINEKOLOGIYA (4-5 kurs)
fanining

O‘QUV DASTURI

Bilim sohasi: 500000 – Sog‘liqni saqlash va ijtimoiy ta’minot

Ta’lim sohasi: 510000 – Sogliqni saqlash

Ta’lim yo‘nalishi: 5510100 – Davolash ishi

5111000 – Kasbiy ta’lim (5510100 – Davolash ishi)

5510400 – Stomatologiya

5510300 – Tibbiy - profilaktika ishi

Toshkent -2013

Fanning o'quv dasturi Oliy va o'rta maxsus, kasb-xunar ta'limi o'quv-uslubiy birlashmalari faoliyatini Muvofiqlashtiruvchi Kengashning 201_ yil «___» _____dagi «___» - son majlis bayoni bilan ma'qullangan.

Fanning o'quv dasturi Toshkent tibbiyot akademiyasida ishlab chiqildi.

Tuzuvchilar:

Ayupova F.M. t.f.d., professor, TTA davolash va tibbiy-profilaktika fakultetlari akusherlik va ginekologiya kafedrası mudiri

Nigmatova G.M. t.f.n., TTA davolash va tibbiy-profilaktika fakultetlari akusherlik va ginekologiya kafedrası dotsenti

SHukurov F.I. t.f.n., TTA davolash va tibbiy-profilaktika fakultetlari akusherlik va ginekologiya kafedrası dotsenti

Taqrizchilar:

Kurbanov D.D. – t.f.d. profssor ToshTPI akusherlik va ginekologiya kafedrası mudiri.

Paxomova J.E- t.f.d. TTA UASH akusherlik va ginekologiya kafedrası professori

Fanning o'quv dasturi Toshkent tibbiyot akademiyasi Ilmiy kengashida tavsiya qilingan (201_ yil «___» _____dagi «___» – sonli bayonnoma).

KIRISH

1.1. Fanni IV va V kurslarda o'qitishdan maqsad:

Umumiy amaliyot shifokori malakaviy tasnifiga asoslanib, talabalarga avvalgi bosqichlarda olgan bilimlariga tayangan holda, akusherlik va ginekologiyadan, dalillarga asoslanib, fiziologik va asoratlanib kechayotgan homiladorlikda samarali perinatal yordam prinsiplariga, normal va patologik tug'ruq va chilla davrini olib borish, chaqaloqlarni pravarishlash, akusherlik va ginekologiya amaliyotlarida ko'p uchrab turadigan shoshilinch holatlarda, diagnostika, birlamchi yordam ko'rsatish va profilaktika usullarini o'rgatishdan iborat.

Bakavrlarni tayyorlash Davlat ta'lim standarti bo'yicha, talaba akusherlik va ginekologiya fanlaridan quyidagi **bilim, ko'nikma, mahorat va tushunchalarga ega bo'lishi kerak:**

- fiziologik kechayotgan homiladorlik, tug'ruq, chilla davrlarining kechishi xususiyatlari to'g'risida;
- bexatar onalik prinsiplari, samarali perinatal yordam, homiladorlar va chaqaloqlar parvarishi;
- sheriklik tug'ruq, partogrammani qo'llash, tug'ruqni uchinchi davrini faol olib borish;
- ko'krak bilan boqishning 10ta prinsiplari to'g'risida, chilla davrida parvarish va kontratsepsiya;
- homiladorlikda ko'p uchraydigan: homiladorlik paytidagi gipertenziv holatlari homiladorlik kechki muddatlaridagi qon ketishlar, normal joylashgan yo'ldoshning barvaqt ko'chishi (NJYBK) va yo'ldoshning oldinda yotishi (YOYO), homiladorlik muddatiga etmasligi va muddatidan o'tib ketishi, homilani chanog'i bilan kelishi, homilan noto'g'ri holati va yotishi, rezus-mojaroli homiladorlik etiopatogenezi, kliniksi va diagnostiksi haqida tushuncha;
- patologik tug'ruq akti tug'ruq kuchlari anomaliyalari, tug'ruqdan keyingi vaginal qon ketishlar (bachadon atoniyasi, yumshoq tug'ruq yo'llari va oraliq yirtilishlari, yo'ldosh ajralishini ushlanib qolishi yoki yo'ldosh bo'laklarining qolib ketishi, bachadonni ag'darilishi) gemorragik shok. Disseminirlashgan tomir ichida qon ivish sindromi (DTQIS), etiologiyasi, patogenezi, klinikasi va diagnostikasi to'g'risida;
- homiladorlik va chilla davri infeksiyalari to'g'risida;
- chaqaloqlardagi shoshilinch holatlar va muammolar, chaqaloqlar reanimatsiyasi to'g'risida;
- OIVni onadan bolaga o'tishi profilaktikasi to'g'risida (OBO'P);
- ish joyida infitsirlanish profilaktikasi;
- ayollarda reproduktiv faoliyati xususiyatlari, xayz sikli boshqarilishi bo'yicha zamonaviy tushunchalar;
- ginekologik bemorlarni tekshirish usullari;
- ko'p uchraydigan ginekologik kasallikalar etiopatogenezi, klinikasi, diagnostikasi;
- spetsifik va nospetsifik etiologiyali yallig'lanish kasalliklari, jinsiy yo'llar orqali yuquvchi kasalliklar (JYOYUK);
- bachadon bo'yni va tanasi fon, rakoldi va rak kasalliklari;
- ayollar jinsiy a'zolari o'sma kasalliklari.

akusherlikdan bilishi va foydalana olishi kerak:

- homiladorlarda maqsadga yo'naltirilgan anamnez yig'ish va klinik tekshiruv o'tkazish;
- homiladorlik diagnostikasi;
- homiladorlik va tug'ruq muddatlarini aniqlash;
- homila vaznini aniqlash; gravidogrammani to'ldirish;
- ona va homila uchun xavf guruxlarini aniqlash;
- chanoq o'lchagichda chanoq o'lchamlarini o'lchash;

- stetoskopda homila yurak urishini eshitish;
- tugʻruq va tugʻruq davrlari diagnostikasi; partogramma ahamiyati;
- tugʻruqda asoratlarni aniqlash va kerakli shoshilinch yordam koʻrsatish;
- dastlabki diagnozni qoʻyish va uni asoslash;
- yoʻldoshni baholash;
- homiladorlarda gipertenziv sindrom diagnostikasi va uni ogʻirlik darajasini baholash;
- homiladorlik asoratlari (preeklampsiya, normal joylashgan yoʻldoshning barvaqt koʻchishi, yoʻldoshning oldinda yotishi) da shoshilinch yordam koʻrsatish;
- tor chanoq va homilani notoʻgʻri joylashishi diagnostikasi;
- chaqaloqlarda birlamchi artib tozalashni oʻtkazish;
- asfiksiyada tugʻilgan chaqaloqlarga birlamchi yordamni koʻrsatish.
- mastit profilaktikasi;

ginekologiyadan bilishi va foydalana olishi kerak:

- ginekologik bemorlarda maqsadga yoʻnaltirilgan anamnez yigʻish va klinik tekshiruv oʻtkazish;
- koʻzgularda ginekologik koʻruv oʻtkazish;
- turli yoshdagi ayollarda reproduktiv faoliyatini baholash;
- dastlabki diagnozni qoʻyish;
- bachadon va ortiqlarini bimanual palpatsiyasi;
- funksional diagnostika testlarini oʻtkazish va natijalarini (bazal harorat, qorachiq simptomi, shilliqni choʻzilish simptomi) baholash;
- bachadon boʻyni raki erta diagnostikasi maqsadida Papanikolau boʻyicha sitologik tekshiruvga surtma olish;
- qin tozalik darajasini baholash;
- individual kontratsepsiya vositasini tanlash;
- instrumental va laborator tekshiruvlariga koʻrsatmalarini aniqlash va ular natijalarini aniqlash;
- xirurgik va konservativ davolash usullariga koʻrsatmalarni aniqlash,
- bepushtlikga diagnoz qoʻyish va mutaxassisga joʻnatish;
- genitaliy organlari va sut bezlari fon va rakoldi kasalliklariga diagnoz qoʻyish, mutaxassisga joʻnatish.

AKUSHERLIKdan quyidagi amaliy mahoratlarni bajara olishlari kerak:

- homiladorlar va tugʻuvchilarda tashqi akusherlik tekshiruvi usullari;
- chanoq oʻlchamlarini oʻlchash;
- homila yurak urishini eshitish;
- gravidogramma toʻlgʻazish;
- homiladorlik va dekret taʼtili muddatini aniqlash;
- tugʻruqni taxminiy muddatini aniqlash;
- normal tugʻruqni qabul qilish;
- homila taxminiy vaznini aniqlash;
- dardlar soni jadalligi va davomiyligini aniqlash;
- kindikni kesish va artib tozalash;
- chaqaloqlarni birlamchi artib tozalash;
- Apgar va Silverman shkalalarida chaqaloqlar ahvolini baholash;
- etilib tugʻilganlik, chala tugʻilganlik darajalarini aniqlash;
- chaqaloqlarni birlamchi ona koʻragiga qoʻyish;
- tugʻruqni SH davrini faol olib borish;

- yoʻldosh butunligini aniqlash;
- yoʻqotilgan qon miqdorini aniqlash;
- chilla davrida bachadon involyusiyasini baholash;
- koʻkrak bilan boqish prinsiplari;
- mastit profilaktikasi.

GINEKOLOGIYADAN quyidagi amaliy mahoratlarni bajara olishlari kerak:

- ginekologik koʻruv;
- bachadon boʻynini koʻzgularida koʻruv;
- bimanual tekshiruv;
- sut bezlari palpatsiyasi;
- funksional diagnostika testlari;
- bachadon boʻyni sitologiyasi;
- uch nuqtadan surtma olish.

Fanlararo va fan ichidagi bogʻliqlik

IV va V kurs talabalari mazkur fanlarni mukammal oʻzlashtirishlari uchun, normal va topografik anatomiya, fiziologiya, patofiziologiya, gistologiya, patologik anatomiya, mikrobiologiya, epidemiologiya, terapiya, xirurgiya anesteziologiya va reanimatologiya, klinik farmakologiya, dermatovenerologiya, endokrinologiya va bolalar kasalliklari fanlaridan yaxshi bilimga ega boʻlishlari kerak.

Davolash va tibbiy-pedagogika fakultetlar IV kurs talabalari uchun fiziologik akusherlikdan amaliy mashgʻulotlar rejasi

№	Mavzu nomi	Soat
1	Akusherlik va ginekologik statsionarini tuzilishi va ishini tashkil etish. Bexatar onalik prinsiplari. SHifoxona ichi infeksiyasi toʻgʻrisida zamonaviy tushunchalar. Ayollar jinsiy aʼzolari klinik anatomiyasi. Tugʻruq yoʻllari. Homilani tugʻruq obʻekti sifatida oʻrganish.	6
2	Perinatal yordam asoslari. Homiladorlarni tekshirish usullari. Homiladorlik erta va kechki muddatlari diagnostikasi. Oilaviy poliklinika ishlash prinsiplari, qishloq va shaharda homiladorlarga tibbiy yordamni tashkil etish. Akusherlik asoratlarini oldini olishda oilaviy poliklinikaning oʻrni. SHeriklik tugʻruqqa tayyorgarlik. Onalar maktabi.	6
3	Tugʻruq. Tugʻruq davrlari. SHeriklik tugʻruq. Partogrammani olib borish. Tugʻruqni III davrini faol olib borish. CHaqaloqlar ahvolini Apgar shkalasida baholash. Ensa oldingi turida tugʻruq biomexanizmi. CHaqaloqlarni birlamchi artib tozalash.	6
4	Fiziologik chilla davri. CHaqaloqlar fizilogik davri. Koʻkrak bilan boqishning 10ta prinsiplari. Ona va bolani birgalikda boʻlishi. Koʻkrak bezlarini parvarishlash.	6
5	Homilani chanogʻi bilan kelishi. Tugʻruq biomexanizmi. Lovset va Moris-Smeyli-Veyta usullari	6
6	Homiladorlar koʻngil aynishi va qusishi. Etiologiyasi, tasnifi, klinikasi, davolash.	6
7	Homiladorlik paytidagi gipertenziya holatlari. Preeklampsiya, diagnostika, davolash va taktika.	6
8	Buyrak kasalliklari va kamqonlikda homiladorlik, tugʻruq va chilla davrini kechishi.	

	Simptomsiz bakteriuriya.	6
9	Akusherlikda rezus omilni o'rni. Homila va chaqaloqlar gemolitik kasalligi. CHaqaloqlar sariqligi, diagnostikasi va davolash.	6
10	Homiladorlik muddatiga etmasligi va muddatidan o'tib ketishi, tug'ruq induksiyasi. Homila pufagining muddatidan oldin yorilishi	6
11	Fetoplatsentar etishmovchilik, homila o'sishdan ortda qolishi sindromi, homilada shoshilinch holatlar va muammolar.	4
	Jami : 64 s	

Davolash va tibbiy-pedagogika fakultetlar IV kurs talabalari uchun patologik akusherlikdan amaliy mashg'ulotlar rejasi

№	Mavzu nomi	Soat
1	Homiladorlik kechki muddatlarida vaginal qon ketishlar. Normal joylashgan yuldoshning barvaqt ko'chishi. Yuldoshni oldinda yotishi.	6
2	Tug'ruqdan keyingi vaginal qon ketishlar (yo'ldosh birikishi anomaliyalari, bachadon gipo va atoniyasi, yuldosh qismlarini qolib ketishi, bachadon bo'yni va oraliq yirtilishlari) sabablari, diagnostikasi, shifokor taktikasi va profilaktika choralari.	6
3	Qoniqarsiz tug'ruq faoliyati. Tug'ruqni aktiv va passiv fazalari. Tasnifi. Turli tug'ruq faoliyati anomaliyalari etiologiyasi, klinikasi va diagnostikasi. Akusherlik taktikasi va profilaktika. JSST tavsiyasiga ko'ra oksitotsinda tug'ruq induksiyasi.	6
4	Tor chanoq, etiologiyasi, turlari, tasnifi, diagnostikasi. Homila boshi va ona chanog'i disproporsiyasi. Elkalar distotsiyasi. Funktsional tor chanoqni kelib chiqish sabablari va klinik simptomlari. Ona va bola uchun asoratlar va ularni profilaktikasi.	6
5	Homilani noto'g'ri holati, sabablari, diagnostikasi, shifokor taktikasi	6
6	Tug'ruqda vaginal qon ketishlar: bachadon yorilishi. Tasnifi, etiologiyasi va patogenezi, klinikasi, diagnostikasi, davolash prinsiplari, profilaktikasi.	6
7	Tug'ruqni amalga oshiruvchi operatsiyalar: kesar kesish, akusherlik qisqichlari, vakuum ekstraksiya va homilani dumbasidan tortib olish.	6
8	Homilada shoshilinch holatlar va chaqaloqlarda muammolar. CHaqaloqlar reanimatsiyasi. Homilani ona qornida infitsirlanishi. TORCH- infeksiyalar to'g'risida tushunchalar. Ona qornida yuqish yo'llari. Diagnostikasi, davolash va akusherlik taktikasi.	6
9	Onadan bolaga OIV-infeksiya transmissiyasi. Onadan bolaga OIV yuqishi profilaktikasi integratsiyasi va samarali perinatal parvarish. OIV bo'yicha testdan oldin va keyingi maslahat. OIV-pozitiv homiladorlarda antenatal, antiretrovirus preparatlarini buyurish. Tug'dirish usullari (elektiv kesar kesish), tug'ruqni bexatar olib borish. CHaqaloqni	6

	bexatar emizish amaliyoti. OIV-pozitiv onalardan tug'ilgan chaqaloqlarga maxsus parvarish. Tug'ruqdan keyingi asoratlar profilaktikasi. Ish joyida OIV.	
10	CHilla davri infeksiyalari. Zamonaviy tushunchalar. Tasnifi, infeksiya tarqalish yo'llari. Infeksiya qo'zg'otuvchilari to'g'risida zamonaviy tushunchalar. Diagnostikasi. Davolash prinsiplari. Profilaktikasi. YUqori xavf guruxlari, ambulator sharoitda profilaktika.	6
11	Tug'ruqdan keyingi yuqori harorat. Akusherlik peritoniti, sabablari, diagnostikasi, davolash.	4
	Jami : 64s	

Davolash va tibbiy-pedagogika fakultetlar V kurs talabalari uchun ginekologiyadan amaliy mashg'ulotlar rejası

№	Mavzu nomi	Soat
1	Anamnezni o'rni. Ginekologik bemorlarni tekshirish usullari. Kasallik tarixi sxemasi. Bemorlar kuratsiyasi.	5
2	Normal xayz sikli va uning boshqarilishi. Xayz sikli buzilishlari. Amenoreya. Gipomenstrual sindrom.	5
3	Bachadondan disfunktsional qon ketishlar.	5
4	Homiladorlik I yarmida qon ketishlar. Abortlar. Bachadondan tashqari homiladorlik, elbug'oz, xorionepitelioma.	5
5	Ayollar jinsiy a'zolari spetsifik va nospetsifik etiologiyali yallig'lanish kasalliklari.	5
6	Bachadon miomasi. Endometriozi.	5
7	Tuxumdon yaxshi va yomon sifat o'sma kasalliklari.	5
8	Ayollar jinsiy a'zolari nuqsonli rivojlanganligi va noto'g'ri joylashishi.	5
9	Bachadon bo'yni va tanasi fon va rak oldi kasalliklari. Bachadon bo'yni va tanasi raki.	5
10	Bepusht nikox. Kontratsepsiya usullari.	5
	Jami : 50s	

Amaliy mashg'ulotlarning taxminiy tavsiya etiladigan mavzulari:

4 kurs stomatologiya fakulteti.

1. Ayollar jinsiy a'zolarining anatomiyasi va fiziologiyasi. Normal xayz sikli va uni buzilishlari.
2. Zamonaviy kontratsepsiya usullari
3. Xomilani kompleksli diagnostik usullari. Xomilador va tug'ruqdagi ayollarni tekshirish usullari. Tug'ruq. Tug'ruq jarayoni. Normal tug'ruq biomexanizmi.

4. Ekstragenital kasalliklarni homiladorlik, tugʻruq davrida ayollar organizmiga va homila rivojlanishiga taʼsiri. (Kamqonlik, YUQT kasalliklari, buyrak kasalliklari). Gipertenziv sindrom. Kungil aynash va kusish sindromi.
5. Ayollar jinsiy aʼzolarini nospetsifik va spetsifik yalligʻlanish kasalliklari.
6. Ayollar jinsiy aʼzolarini havfli va havfsiz oʻsma kasalliklari. Tasnifi. Davolash va rehabilitatsiya.

4 kurs tibbiy - profilaktika fakulteti.

1. Akusherlik va ginekologiya fanining predmeti. Akusherlik va perinatologiya fanining rivojlanish tarixi.
2. Xomiladorlikda kungil aynishi va kusish. Xomiladorlarda gipertenziv sindromlar, preeklampsiya i eklampsiya. Ularni ijtimoiy va ishlash sharoitlariga bogʻliqligi.
3. Ekstragenital kasalliklarning xomilaga taʼsiri. Maxsus tugʻruqqa yordam beruvchi muassasalarning oʻrni. Oʻtkir va surunkali xomila gipoksiyasi. YAngi tugʻilgan chaqaloq asfiksiyasi.
4. Xomiladorlikning I va II yarmida qon ketishi.
5. Tugrukda disproporsiya.
6. Normal xayz funksiyasi va uning buzilishi. Nojoʻya omillarning xayz sikliga taʼsiri.
7. Ayollar jinsiy aʼzolarining spetsifik va nospetsifik etiologiyali yalligʻlanish kasalliklari.
8. Bachadon va tuxumdonlarning xavfli va xavfsiz oʻsmalari. Profilaktik koʻruvlarning onkologik kasallikning kamaytirishdagi roli.
9. Bepusht nikox. Ijtimoiy, professional va boshqa omillarning bepushtlikka taʼsiri. Oilani rejalashtirishning tibbiy aspektlari. Zamonaviy kontratsepsiya usullari.

ASOSIY QISM

Akusherlik fani. Akusherlik va perinatologiya rivojlanishining asosiy tarixiy bosqichlari. Akusherlik fanining boshqa fanlar bilan bogʻliqligi. Akusherlik fanining oʻziga xos xususiyatlari. Oʻzbekistonda akusherlikning rivojlanishi. Abu Ali Ibn Sinoning akusherlik va ginekologiya rivojlanishida qoʻshgan xissasi.

Antenatal parvarish. Homiladorlik erta va kechki muddatlari diagnostikasi. Tugʻruqqacha parvarishning JSST tomonidan ishlab chiqilgan yangi modeli. Rejali tugʻruqqacha monitoring. Oilaviy poliklinika ishlash prinsiplari, qishloq va shaharda homiladorlarga tibbiy yordamni tashkil etish. Homila ahvolini baholash. Gravidogrammani qoʻllash. Homila rivojlanishida nuqsonlarni aniqlash skriningi. Akusherlik asoratlarini oldini olishda oilaviy poliklinikaning oʻrni. Homiladorlarni tugʻruqqa fiziopsixoprofilaktik tayyorlash. Homiladorlar kartasi. Tugʻruq rejasini tuzish.

Urugʻlanish. Homila rivojlanishi bosqichlari. Qaltis davrlari. Yoʻldosh tuzilishi va faoliyati. Zararli odatlar va dori moddalarining homilaga taʼsiri.. Homiladorlar organizmidagi fiziologik oʻzgarishlar. Urugʻlanish, tuxum xujayra va spermatozoidning tuzilishi. Embrion va homila rivojlanishi bosqichlari. Predimplantatsion davr, implantatsiya davri, gisto- va organogenez, homila davri rivojlanishlari. Ekzo - va endogen omillar ekstragenital kasalliklar (EGK), toksoplazmoz, xlamidioz, virusli va boshqa infeksiyalarning homilaga taʼsiri. Dori moddalarning homilaga embriotoksik taʼsiri. Homiladorlar organizmidagi fiziologik oʻzgarishlar.

Fiziologik tugʻruq. Tugʻruqni boshlanishi sabablari va uni boshqarilishi. Tugʻruq davrlari klinikasi va biomexanizmi. Fiziologik tugʻruq. Tugʻruqni boshlanishi sabablari. «Tugʻruq akti» toʻgʻrisida tushuncha uning asosiy komponentlari. Tugʻruq faoliyati xarakteristikasi, bachadon qisqarishini boshqaruvchi mexanizmlar. Bachadon qisqarishining baʼzi bir koʻrsatkichlari

Normal tugʻruqni olib borish va tugʻdirish. Tugʻruq davrlari va fazalari diagnostikasi. Bexatar onalik prinsiplarini qoʻllash. Partogrammani qoʻllash. Tugʻruqni uchinchi davrini faol olib borish. SHerikli

tugʻruq. Ensa oldingi turida tugʻruq biomexanizmi. CHaqaloq tugʻilgan zaxoti ahvolini baholash. CHaqaloqni issiq himoyalash.

Homila chanogʻi bilan kelganida tugʻruq. Tugʻruq biomexanizmi. Lovset, Moriso-Smelli-Veyta usullari.

Homiladorlik ilk toksikozlari. Diagnostikasi. Homiladorlar koʻngil aynishi va qusishi. Etiologiyasi, tasnifi, klinikasi, davolash.

Homiladorlikda gipertenziv sindrom. Homiladorlikda xavfli simptomlar. Homiladorlikda gipertenziv sindrom, preeklampsiya engil va ogʻir darajalari, eklampsiya. Turli formalari diagnostikasi. Gipertenziv sindromda akusherlik taktikasi. Asoratlari: normal joylashgan yoʻldoshning barvaqt koʻchishi, homila oʻsishdan orqada qolish sindromi HOʻOQS, oʻtkir buyrak etishmovchiligi OʻBE, koʻz toʻrpardasi koʻchishi, miya shishi, oʻpka shishi, miyaga qon quyilishi, koma, HELLP-sindrom, tugʻruqda qon ketishlar, dissiminenirlashgan tomir ichida qon ivish sindromi (DTQIS) va boshqalar. Gipertenziv sindromida UASH taktikasi. Asoratlari profilaktikasi. Preeklampsiya va eklampsiya ogʻir formalari shoshilinch yordam koʻrsatish. Profilaktika va reabilitatsiya choralari.

Siydik yoʻli infeksiyalarida homiladorlik va tugʻruq. Pielonefrit. Glomerulonefrit. Homiladorlikda kasallik rivojlanishiga turtki omillari. Simptomsiz bakteriuriya. Gipertenziv buzilishlarida buyrak kasalliklarining ahamiyati. Ona va homila uchun homiladorlik va tugʻruqda asoratlari. Homiladorlikga qarshi koʻrsatmalar. Antenatal parvarish, tugʻruqqa tayyorlash, tugʻdirishda va chilla davrida reabilitatsiya xususiyatlari.

Kamqonlikda homiladorlik va tugʻruq. Kamqonlikni homilaga, homiladorlik tugʻruq va chilla davrini kechishiga taʼsiri. Homiladorlarda kamqonlikni davolash prinsiplari. Kamqonlik kasalligi mavjud ayollarda homiladorlik va tugʻruqni olib borish. Fertil yoshdagi ayollarda kamqonlik profilaktikasi prinsiplari.

Antenatal parvarish, tugʻruqqa tayyorlash, tugʻdirishda va chilla davrida reabilitatsiya xususiyatlari.

Akusherlikda rezus-omil. Immunmojaroli homiladorlik: ona va bola qonini rezus antigen va AVO tizimi boʻyicha mos kelmasligi. Homila gemolitik kasalligi. Rezus antigen va AVO tizimi boʻyicha immunmojaroli homiladorlik. Etiologiyasi, patogenezi, asoratlari, diagnostikasi. Homila gemolitik kasalligi, davolash prinsiplari. Profilaktikasi. CHaqaloqlar sariqligi.

Homiladorlik muddatiga etmasligi. Etiologiyasi, patogenezi, tasnifi. YUqori xavf guruxiga kiruvchilar. Simptomatika va diagnostikasi. Muddatidan oldingi tugʻruq xavfini davolash va profilaktikasida zamonaviy yondashuvlar. Tokolitiklar va antibiotiklarni qoʻllash. Kortikosteroidlarni antenatal davrda qoʻllash. Tirik tugʻilganlik mezonlari.

Homiladorlik muddatidan oʻtib ketishi. Etiologiyasi, patogenezi, tasnifi. YUqori xavf guruxiga kiruvchilar. Simptomatika va diagnostikasi. Muddatidan oʻtgan homiladorlikda tugʻruq induksiyasi.

Fetoplatsentar etishmovchilik. Fetoplatsentar tizim (FPT) va uning funksional holati. Perinatologiya. Antenatal, intranatal va neonatal davrlar. FPT: kardiomonitor kuzatuv, UTT, gormonal tekshiruv. Fetoplatsentar etishmovchilik, perinatal patologiya va oʻlimi xavf omillari, diagnostika usullari va profilaktika prinsiplari.

Homila oʻsishdan orqada qolish sindromi (HOʻOQS). Etiologiyasi. Diagnostikasi, profilaktikasi.

CHaqqaloq to'xatdan o'limi sindromi.

Homiladorlik kechki muddatlarida vaginal qon ketishlar. Normal joylashgan yo'ldoshning barvaqt ko'chishi. Yo'ldoshni oldinda yotishi. Normal joylashgan yo'ldoshning barvaqt ko'chishi: tasnifi, etiologiyasi, patogenezi, klinik alomatlari, diagnostika usullari, asoratlar. Homiladorlik va tug'ruqda davolash va olib borish prinsiplari. Yo'ldoshni oldinda yotishi: etiologiyasi, patogenezi, tasnifi, homiladorlikni kechishi, diagnostik usullari, akusherlik taktika, asoratlar, profilaktikasi.

Tug'ruqdan keyingi vaginal qon ketishlar (yo'ldosh birikishi anomaliyalari, bachadon gipo va atoniyasi, yuldosh qismlarini bachadon bo'shlig'ida qolib ketishi, bachadon bo'yni va oraliq yirtilishlari) sabablari, diagnostikasi, shifokor taktikasi va profilaktika choralari. Oksitotsin va/yoki prostaglandinlarni takror yuborganda dozasi. Vaqtinchalik qon ketishini to'xtatish usullari: bachadonni tashqi uqalash, bachadon bimanual kompressiyasi, qorin aortasini bosish. Qon ketishini to'xtatishning jarroxlik usullari: bachadonga B-Linch bo'yicha kompression choklar qo'yish, bachadon arteriyalarini bilateral bog'lash, ichki yonbosh arteriyalarni bilateral bog'lash, gisterektomiya.

Gemorragik shok: etiopatogenezi, tasnifi, klinikasi, diagnostikasi, profilaktikasi. Bemor ahvolini shoshilinch birlamchi baholash. Birlamchi reanimatsiya (kristalloidlarda 3:1da yuborish). Qon qo'yishga ko'rsatmalar.

Qon ivish tizimi, undagi homiladorlikda o'zgarishlar. Disseminirlashgan tomir ichida qon ivish sindromi (DTQIS) sabablari, diagnostikasi, klinikasi, profilaktikasi. Eritrotsitar massa va yangi muzlatilgan plazma qo'yishga ko'rsatmalar. Akusherlikda qon ketishi xavf guruxi va uning profilaktikasi.

Qoniqarsiz tug'ruq faoliyati Tug'ruqni aktiv va passiv fazalari. Tasnifi. Turli tug'ruq faoliyati anomaliyalari etiologiyasi, klinikasi va diagnostikasi va akusherlik taktikasi va profilaktikasi. JSST tavsiyasiga ko'ra oksitotsinda tug'ruq induksiyasi.

Zamonaviy akusherlikda tor chanoq. "Anatomik" va "klinik" tor chanoqlar to'g'risida tushuncha. Tor chanoq, etiologiyasi, turlari, tasnifi, diagnostikasi. YAssi chanoqlarda tug'ruqni kechish xususiyatlari. Ko'ndalangiga toraygan tor chanoqlarda tug'ruqni kechish xususiyatlari. Umumiy toraygan tor chanoqlarda tug'ruqni kechish xususiyatlari. CHanoq suyagi anomaliyalarida tug'ruqni asoratlanishi. Tor chanoqlarda tug'ruqni olib borish prinsiplari.

Homila boshi va ona chanog'i disproporsiyasi. Elkalar distotsiyasi. Funksional tor chanoqni kelib chiqish sabablari va klinik simptomlari. Ona va bola uchun asoratlar va ularni profilaktikasi.

Homilani noto'g'ri holati. Sabablari, patogenezi tasnifi diagnostikasi, shifokor taktikasi. Homiladorlik va tug'ruqni olib borish xususiyatlari. Ona va bola uchun asoratlar ularning profilaktikasi.

Tug'ruqda vaginal qon ketishlar: bachadon yorilishi. Tasnifi, etiologiyasi va patogenezi, klinikasi, diagnostikasi, davolash prinsiplari, profilaktikasi.

Tug'ruqni amalga oshiruvchi operatsiyalar: kesar kesish, akusherlik qisqichlari, vakuum ekstraksiya. Zamonaviy akusherlikda kesar kesish. Jarroxlik modifikatsiyalari, mutlaq va nisbiy ko'rsatmalar. Asoratlar va rehabilitatsiya.

Akusherlik qisqichlarini qo'yishga ko'rsatmalar, sharoitlar va qisqichlarni qo'yish texnikasi. Vakuum ekstraktorni qo'yishga ko'rsatmalar, sharoitlar va qo'llash texnikasi.

Homilada shoshilinch holatlar va chaqaloqlarda muammolar. CHaqaloqlar reanimatsiyasi. Homilani ona qornida infitsirlanishi. TORCH– infeksiyalar to‘g‘risida tushunchalar. Ona qornida yuqish yo‘llari. Diagnostikasi, davolash va akusherlik taktikasi.

Onadan bolaga OIV-infeksiya transmissiyasi. Onadan bolaga OIV yuqishi profilaktikasi integratsiyasi va samarali perinatal parvarish. OIV bo‘yicha testdan oldin va keyingi maslahat. OIV-pozitiv homiladorlarda antenatal, antiretrovirus preparatlarini buyurish. Tug‘dirish usullari (elektiv kesar kesish), tug‘ruqni bexatar olib borish. CHaqaloqni bexatar emizish amaliyoti. OIV-pozitiv onalardan tug‘ilgan chaqaloqlarga maxsus parvarish. Tug‘ruqdan keyingi asoratlar profilaktikasi. Ish joyida OIV.

CHilla davri infeksiyalari. Zamonaviy tushunchalar. Tasnifi, infeksiya tarqalish yo‘llari. Infeksiya qo‘zg‘otuvchilari to‘g‘risida zamonaviy tushunchalar. Diagnostikasi. Davolash prinsiplari. Profilaktikasi. YUQori xavf guruxlari, ambulator sharoitda profilaktika.

Akusherlik peritoniti. Sabablari, tasnifi diagnostikasi klinikasi, davolash.

Sepsis: tasnifi, sabablari, diagnostikasi. Tug‘ruqxonalarda infeksiyon nazorat, shifoxona ichi infeksiyasi profilaktikasi.

Ginekologiya fani. Normal xayz sikli va uning boshqarilishi. Ginekologik kasalliklar propedevtikasi. Ginekologik kasalliklar propedevtikasi. Ginekologik bemorlarni zamonaviy tekshirish usullari.

Xayz sikli buzilishlari. Tasnifi. Amenoreya. Xayz sikli buzilishlari tasnifi. Amenoreya. Tasnifi. Etiologiyasi, patogenezi. Diagnostikasi. Davolash va profilaktika prinsiplari.

Bachadondan disfunktsional qon ketishlar. Ayollar turli yosh davrlarida disfunktsional qon ketishlari. Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, diagnostikasi. Tekshirish usullari, davolash prinsiplari. Profilaktikasi.

Ayollar jinsiy a‘zolari yallig‘lanish kasalliklari. Ayollar jinsiy a‘zolari yallig‘lanish kasalliklari. Etiologiyasi va tarqalish yo‘llari. Tasnifi. Ko‘p uchraydigan genitalliy organlari yallig‘lanish kasalliklarining, klinik kechishi va ularning diagnostikasi, davolash va profilaktika prinsiplari. Jinsiy yo‘llar orqali yuquvchi kasalliklar (JYOYUK) to‘g‘risida tushuncha, ular profilaktikasi.

Homiladorlik I yarmida qon ketishi. Homiladorlik birinchi yarmida qon ketishlar sabablari. Bachadondan tashqari homiladorlik. Elbug‘oz. Etiologiyasi, patogenezi, turlari. Bachdon nayidagi homiladorlikni uzilishi. Klinikasi, diagnostikasi, davolash prinsiplari. Naydagi homiladorlik asoratlari va profilaktikasi.

Bachadon yaxshisifat kasalliklari. Bachadon miomasi. Etiologiyasi, patogenezi, tasnifi, klinikasi, diagnostikasi. Davolash usullari va profilaktika prinsiplari. Endometriozi. Ta‘rifi. Etiologiyasi, patogenezi, tasnifi. Turli soxada joylashgan endometriozi klinik ko‘rinishlari. Diagnostikasi. Davolash va profilaktika prinsiplari.

Tuxumdon o‘smalari. Tuxumdon yaxshisifat o‘smalari. Uchrashi, etiologiyasi, patogenezi, tasnifi, klinikasi. Tuxumdon retension hosilalari. Asoratlari. Tuxumdon yomonsifat o‘smalari. Tasnifi. Simptomatika, diagnostikasi, davolash prinsiplari. Profilaktik ko‘ruvlar ahamiyati, ultratovushli tekshiruv (UTT).

Ayollar jinsiy a'zolari nuqsonli rivojlanganligi va noto'g'ri joylashishi.

Ayollar jinsiy a'zolari nuqsonli rivojlanganligi va noto'g'ri joylashishi. Uchrashi, etiologiyasi, tasnifi, klinikasi, davolash usullari va profilaktikasi.

Bachadon bo'yni va tanasi fon, rakoldi va rak kasalliklari. Bachadon bo'yni va tanasi raki. Bachadon bo'yni va tanasi fon va rakoldi kasalliklari . Etiologiyasi, patogenez, tasnifi, klinikasi. Diagnostikasi. Rak oldi kasalliklari bilan bemorlarni tekshirish usullari.

Bepusht nikox. Bepusht nikox. Ayollar va erkaklar bepushtligi. Ayollar bepushtligi tasnifi, nay, endokrin bepushtligi. Immunologik bepushtlik. Tekshirish usullar, diagnostikasi, davolash prinsiplari.

Zamonaviy kontratsepsiya usullari. Kontratsepsiya turlari. Maslahatlashuv prinsiplari.

AMALIY MASHG'ULOTLARGA TALAB

Akusherlikdan:

- Akusherlik-ginekologik statsionarining tashkil etilishi va tuzilishi. O'zbekiston Respublikasi SSV 500-sonli buyrug'iga rioya qilish.
- Ayollar jinsiy a'zolari klinik anatomiyasi. Tug'ruq yo'llari. Homilani tug'ruq ob'ekti sifatida o'rganish.
- SHifokorni deontologiya va sir saqlashiga rioya qilishi. Bexatar onalik prinsiplari.
- Homiladorlarni tekshirish usullari. Homiladorlik erta va kechki muddatlari diagnostikasi. Antenatal kuzatuvning zamonaviy konsepsiyasi. Homila ahvolini baholash. Homiladorlar uy kartasi. Onalar maktabi. Ayol organizmidagi homiladorlik sababli o'zgarishlar. 425-sonli buyruq bilan tanishuv.
- Tug'ruq. Organizmning tug'ruqqa tayyorgarligini baholash. Tug'ruq davrlari. Partogramma. Ensa oldingi turida tug'ruq biomexanizmi. Tug'ruq davrlari xarakteristikasi. Birinchi va qayta tug'uvchilarda bachadon bo'yni ochilishi mexanizmi. Qog'onoq suvlari va homila pufagining ahamiyati. Tug'ruq davrlarini olib borish. Tug'ruqni og'riqsizlantirish. Tug'ruqni SH davrini faol olib borish. YUmshoq tug'ruq yo'llarini ko'rishga ko'rsatmalar. SHeriklik tug'ruq.
- Fiziologik chilla davri. CHaqaloqlik davri. CHaqaloqlarni Apgar shkalasida baholash. CHaqaloqlarni birlamchi artib tozalash.
- Ko'krak bilan boqish prinsiplari. Ona va bolaning birgalikda bo'lishi. Ko'krak bilan boqishning 10ta prinsiplari. Gipogalaktiya. CHaqaloqlar asfiksiyasi diagnostikasi, jonlantirish choralari. CHaqaloqlar parvarishi.
- Homilani chanog'i bilan kelishi. Homiladorlik va tug'ruqni kechishi. Tug'ruq biomexanizmi. Lovset va Moriso-Smelli-Veyta usullari.
- Homiladorlar ko'ngil aynishi va qusishi. Etiologiyasi, tasnifi, klinikasi, davolash.
- Homiladorlikda gipertenziv sindrom, preeklampsiya, eklampsiya. Gipertenziv holatlar tasnifi. Klinikasi, diagnostikasi, asoratlari. Preeklampsiya va eklampsiya og'ir formalarida shoshilinch yordam ko'rsatish. Profilaktika va reabilitatsiya choralari.
- Homiladorlik, tug'ruq va chilla davrining buyrak kasalliklarida kechishi. Homiladorlikda buyrak kasalliklari tasnifi. Simptomsiz bakteriuriya. Homiladorlikni kechishiga, homilaga va chaqaloqqa ta'siri. Qaltis davrlari. Davolash prinsiplari. Homiladorlikni to'xtatishga ko'rsatmalar.
- Akusherlikda rezus-omilni o'rni. Homiladorlikdagi asoratlari. Rezus-mojaro rivojlanishi xavf guruxlari. CHaqaloqlar gemolitik kasalligi.

- Homiladorlik muddatiga etmasligi va muddatidan o'tib ketishi to'g'risida tushunchalar. Etiologiyasi, klinikasi, diagnostikasi. Tasnifi. "CHin" va "soxta" muddatidan o'tib ketgan homiladorlik to'g'risida tushunchalar.
- Homiladorlik kechki muddatlarida vaginal qon ketishlar. Normal joylashgan yo'ldoshning barvaqt ko'chishi (NJYBK). Yo'ldoshni oldinda yotishi (YOYO). NJYBK va YOYO: tasnifi, etiologiyasi, patogenezi, klinik alomatlari, diagnostika usullari, asoratlari. SHoshilinch yordam ko'rsatish va akusherlik taktikasi.
- Tug'ruqdan keyingi vaginal qon ketishlar. Tug'ruqni III davri va ilk chilla davrida qon ketishlar. Sabablari, klinikasi, diagnostikasi. Qon ketishi turiga qarab davolash prinsiplari. YUmshoq tug'ruq yo'llari yirtilishlari. Transfuzion va infuzion terapiya asoslari.
- Gemorragik shok. Koagulopatik qon ketishlar. Etiopatogenezi, klinikasi, diagnostikasi. Gemorragik shok va akusherlik Disseminirlashgan tomir ichida qon ivish sindromini davolash prinsiplari.
- Qoniqarsiz tug'ruq faoliyati. Tasnifi. Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi va diagnostikasi, davolash. Tug'ruq va chilla davrida asoratlari. Homiladorlik va tug'ruqni olib borish taktikasi.
- Tor chanoq. Etiologiyasi, tasnifi, diagnostikasi. Tug'dirish usullari. Homiladorlik va tug'ruqni kechishi. Asoratlari. Anatomik va klinik tor chanoqlarda tug'dirish usullari.
- Homila boshi va ona chanog'i disproporsiyasi. Funktsional tor chanoqni kelib chiqish sabablari. Ona va bola uchun asoratlari. Elkalar distotsiyasi, diagnostikasi, akusherlik yordam usullari.
- Homilani noto'g'ri holati. Diagnostikasi, ona va bola uchun asoratlari ularning profilaktikasi. Homilani noto'g'ri holati, tushuncha, etiologiyasi, diagnostikasi.
- Tug'ruqda vaginal qon ketishlar. Bachadon yorilishi. Diagnostikasi. Xavf guruxi. Profilaktikasi. Diagnostikasi va profilaktikasi.
- Tug'ruqni amalga oshiruvchi operatsiyalar: kesar kesish, homila vakuum-ekstraksiyasi, akusherlik qisqichlari, homilani chanog'idan tortib tug'dirish.
- CHilla davri infeksiyalari. Tushuncha, etiologiyasi, patogenezi, tasnifi, tarqalish yo'llari, klinikasi, diagnostikasi, davolash prinsiplari, profilaktikasi. Akusherlik peritoniti. Akusherlik peritonitining, xirurgik peritonitidan farqi. Laktostaz. Mastit.

Ginekologiyadan:

- Anamnezning o'rni. Ginekologik bemorlarni tekshirish usullari. Kasallik tarixi sxemasi. Bemoralar kuratsiyasi.
- Normal xayz sikli va uning boshqarilishi. Xayz sikli buzilishlari. Amenoreya. Gipomenstrual sindrom.
- Bachadondan disfunktsional qon ketishlar. Ta'rif, tushuncha, ayollar turli hayot davrlarida disfunktsional buzilishlari etiologiyasi. Davolash prinsiplari.
- Homiladorlik I yarmida qon ketishlar. Abortlar. Abortlar tasnifi, o'z-o'zidan sodir bo'ladigan abortlar etiologiyasi. Abortlar klinikasi. Homiladorlarni tekshirish va olib borish usullari. Abortlar profilaktikasi. Bachadondan tashqari homiladorlik. Sabablari. Bachadondan tashqari homiladorlik turlari. Diagnostikasi va tekshirish usullari. Trofoblastik kasalliklar. Elbug'oz, xorionepitelioma, Etiopatogenezi, klinikasi, diagnostikasi, tekshirish usullari.
- Ayollar jinsiy a'zolari nospetsifik etiologiyali yallig'lanish kasalliklari. Diagnostikasi. Davolash prinsiplari. Ayollar jinsiy a'zolari spetsifik etiologiyali yallig'lanish kasalliklari. So'zak, zaxm, trixomoniaz, kandidoz, sil. Kasallik chaqiruvchi mikroblarni aniqlash uchun, laboratoriya tekshiruv usullari.
- Bachadon miomasi. Endometriozi. Bachadon miomasi tasnifi. Simptomatologiya. Diagnostika. Asoratlari. Konservativ va operativ davolash usullari.
- Tuxumdon yaxshi va yomonsifat o'sma kasalliklari. Kista va kistomalar. Kistomalar tasnifi. Diagnostikasi. Simptomatikasi. Davolash va profilaktika usullari.

- Ayollar jinsiy a'zolari nuqsonli rivojlanganligi va noto'g'ri joylashuvi. Noto'g'ri joylashuvi sabablari va tasnifi. Diagnostikasi. Davolash va profilaktika prinsiplari.
- Bachadon bo'yni va tanasi fon va rakoldi kasalliklari. Tasnifi, diagnostika usullari, davolash prinsiplari. Profilaktik ko'ruvlarning o'rni.
- Bepusht nikox. Tasnifi, ayollar bepushtligi etiologiyasi. Diagnostikasi. Er xotinni birgalikda tekshiruv usullari. Zamonaviy reproduktiv texnologiyalar. Kontratsepsiya masalasi. Kontratsepsiya turlari.

MUSTAQIL ISHIGA TALAB

Akusherlikdan:

1. Ayollar jinsiy a'zolari klinik anatomiyasi. Tuzilishi, faoliyati, bachadonni qon bilan ta'minlanishi va innervatsiyasi. CHanoq tubi mushaklari.
2. Yo'ldosh tuzilishi va faoliyati. Amniotik suyuqlik bioximiyasi. Yo'ldosh gormonlari biosintezi.
3. Homiladorlik va tug'ruq muddatlarini, homila joylashuvini, ahvolini va vaznini aniqlash. Homila biofizik mezonlari. Homiladorlar va emizuvchi ayollar parxezi. Gigienasi. Kun tartibi. Oilada ro'xiy iqlim.
4. Tashqi akusherlik tekshiruvlari (Leopold-Levitsskiy bo'yicha tashqi akusherlik tekshiruv usullari, homila auskultatsiyasi).
5. Normal chanoq o'lchamlari. Homila normal o'lchamlari.
6. Ko'ngil aynash va qusish sindromi. Og'ir kechishida akusherlik taktikasi.
7. Homiladorlarda urogenital infeksiyalar, diagnostika, davolash.
8. Fiziologik kechayotgan homiladorlikda qon bioximik ko'rsatkichlari. Gipotenziv dorilar.
9. Qon guruxi va rezus faktorni aniqlash. Norma va gemolitik kasalligida qon bioximik ko'rsatkichlari.
10. Mushaklar qisqarishi patofiziologiyasi. Tug'ruq boshlanishi sabablari. Organizmning tug'ruqqa tayyorgarligi. Normal preliminar davr. Normal tug'ruq biomexanizmi. Tug'ruqda og'riqsizlantirish. Uterotonik dorilar.
11. Fiziologik qon yo'qotish.
12. Qon ketishini klinik alomatlari. Qon bosimi (QB) va pulsni o'lchash. Qon ivishi fiziologiyasi. Qon ivish tizimi. Qon ivish omillari normada.
13. Homila chanog'i bilan kelishida qo'llaniladigan usullar.
14. Raxit, uning chanoq tuzilishiga ta'siri.
15. OIV va homiladorlik. Onadan homilaga infeksiyani vertikal transmissiyasi. Davolash va profilaktikasi.
16. Kesar kesish operatsiyasi usullari.
17. YAllig'lanish jarayoni patofiziologiyasi. CHilla davri yallig'lanish kasalliklari qo'zg'otuvchilari.

Ginekologiyadan:

1. Ayollar jinsiy a'zolari anatomiyasi va fiziologiyasi. Funktsional diagnostika testlari. Qo'shimcha tekshirish usullari (ultratovushli tekshiruv (UTT), laparoskopiya, gisteroskopiya, laborator tekshiruvlar). Homiladorlik erta muddatlari diagnostikasi.
2. Xayz sikli boshqarilishi. Tuxumdon va bachadon sikli. Funktsional diagnostika testlari.
3. TORCH infeksiya. Skrining.
4. Ayollar jinsiy a'zolari o'sma kasalliklari.
5. Urogenital infeksiya. Aniqlash yo'llari. YUqori xavf guruxiga kiruvchi bemorlar. Virusli infeksiya.
6. Tuxumdonlar polikistozi sindromi.

7. Ginekologiyada endoskopik tekshiruv va davolash usullari. Bepushtlikda gormonal diagnostika usullari.
8. Xayz sikli buzilishlari kelib chiqishida, qalqonsimon bez faoliyatining o'zini.

DARSLIK VA O'QUV QO'LLANMALAR RO'YXATI

Asosiy adabiyotlar:

1. Jabbarova YU.K. , Ayupova F.M. – Akusherlik , Toshkent , 2009 y.
2. Кадырова А.А. , Kattaxodjaeva M.X. - Akusherlik amaliyoti, Toshkent, 2000 y.
3. Kodirova A.A. , Kattaxodjaeva M.X. – Akusherlikdagi jarroxlilik amaliyoti, Toshkent , 1999 y.
4. Zakirov I.Z., Badriddinova M.S.. Normal akusherlik. Samarkand, 1991.- 116
5. Zakirov IZ., Badriddinova M.S. Patologik akusherlik. Samarkand. 1992].
6. Djabbarova YU.K., Paxomova JE. Profilaktika akusherskix oslojneniy v jenskoy konsultatsii i poliklinike, - Tashkent 1994,-143s
7. Zakirov IZ.Akusherstvo. Uchebnoe posobie. Samarkand, 1992.-235s
8. Semeynaya meditsina /Pod red. A.F.Krasnova. - Samara, 1996.
9. Spravochnik vracha obshchey praktiki. - Merta. Angliya, 1998.
10. Aylamazyan EK. Akusherstvo- S.Peterburg, 2002 g.
11. Klinicheskie lektsii po akusherstvu i ginekologii. A.N. Striyakova. M.Meditsina 2000.
12. Prakticheskoe akusherstvo. Kadirova A.A., Kattaxodjaeva M.X., Najmutdinova D.K. Tashkent. 2001
13. Neotlojnaya pomoshch pri ekstragenitalnykh sostoyaniyax v akusherskoy praktike E.K. Aylamazyan. SPb, 2002.
14. Akusherstvo. Saveleva G.M. Moskva. 2002
15. Akusherstvo. Uchebnik dlya meditsinskix vuzov. E.K. Aylamazyan. SPb. SpetsLit. 2003, 528 s.
16. Akusherstvo Bodyajina V.I., Semenchenko. M. 2004
17. Kratkoe rukovodstvo po profilaktike infektsii. Pervoe izdanie. Tashkent. 2004 g. 236 s.
18. Neotlojnaya pomoshch v akusherskoy praktike. VOZ 2004
19. Akusherstvo i ginekologiya. Pod redaksiyey G.M. Savelevoy M. 2008
20. Klinicheskoe rukovodstvo po vedeniyu bolnykh s krovotecheniyami v rodax i poslerodovom periode. T 2008
21. Klinicheskoe rukovodstvo po vedeniyu bolnykh s sepsisom/septicheskim shokom vo vremya beremennosti i poslerodovom periode. T 2008
22. Klinicheskoe rukovodstvo po vedeniyu bolnykh s gipertenzivnym sindromom pri beremennosti. T 2008.

Qo'shimcha adabiyotlar:

1. Reshenie problem novorozhdennykh Rukovodstvo dlya vrachey, medsester i akusherok. Rukovodstvo VOZ. UNFPA 2007
2. Effektivnaya perinatalnaya pomoshch i uxorod. Rukovodstvo VOZ. UNFPA 2007
3. Teplovaya zashchita novorozhdennogo. Prakticheskoe rukovodstvo VOZ. UNFPA 2007
4. Neonatologiya. Rukovodstvo VOZ. UNFPA 2007
5. Integrirovannoe vedenie beremennosti i rodov. Okazanie pomoshchi pri oslojnennom techenii beremennosti i rodov. Rukovodstvo dlya vrachey i akusherok VOZ.
6. Akusherstvo. Rukovodstvo VOZ. UNFPA 2007
7. Ekstragenitalnaya patologiya i beremennost. SHevtman M.M. Meditsina. 2005.

8. Perinatalnaya infektsiya. Voprosy patogeneza, morfologicheskoy diagnostiki i kliniko-morfologicheskix sopostavleniy. Rukovodstvo dlya vrachey. V.A Sinzerling, V.F. Melnikova «ELBI- SPb Sankt-Peterburg 2002
9. Rukovodstvo po effektivnoy pomoshchi pri beremennosti i rojdenii rebenka Perevod s angl. Pod redaksiyey A.V Mixaylova. Izdatelstvo «Petronolis» CPb. 2003.
10. 8. Gynecology in Primary Care ROGER P .SMITH, M.O. Williams et Wilqins A. Waverly company 1996.
11. 9. WILLAM OBSTETRICS. 1999 g. SSHA
12. 10. [Pelvis and Perineum](#). Brather's Williams. University of Philadelphia.2004.
13. 11. Ratsionalnaya farmakoterapiya v akusherstve i ginekologii Kulakov, Serov, Moskva. 2006.
14. 12.Laboratornaya diagnostika v akusherstve i ginekologii. A.G. Taranov. Moskva. 2004.s 13-40.
15. Ginekologiya po Eshelyu Novaku. Dj. Berek, I. Adashi, P. Xillard. Moskva, 2002.
16. Dj. Merta. Spravochnik vracha obshchey praktiki. Moskva. 1998.
17. Merrey Enkin, M. Kitre, Dj. Neylson. (per s angl. Pod red. Mixaylova A.V.) Rukovodstvo po effektivnoy pomoshchi pri beremennosti i rojdenii rebenka. SPb, 2003.
18. Profilaktika infektsiy. Ruk-vo dlya meduchrejdennykh s ogranichennymi resursami L. Tindjer, D. Bosmetr, N. Makintosh. JHPIEGO, 2004.
19. Osnovnaya dorodovaya, perinatalnaya i postnatalnaya pomoshch. Uchebnyy seminar. VOZ. Evropeyskoe regionalnoe byuro.
20. Meditsinskie kriterii priemlemosti dlya ispolzovaniya metodov kontratsepsii. Izdanie trete UNFPA 2004.
21. Svod prakticheskix rekomendatsiy po primeneniyu sredstv kontratsepsii Izdanie vtoro UNFPA 2004.
22. SHextman T.K. Ekstragenitalnaya patologiya i beremennost - Tashkent 1991.
23. SHEvchenko T.K. Krupnyy plod v sovremennom akusherstve. Tashkent1991.
24. Magzumov B.X., Rassadina M.V. «Kesarevo sechenie»/ Metod. rekomendatsii. // T., 2002.
25. 4 .Mavlyanova SH.K., Saidkariev B.K. Perenashivanie beremennosti / Metod. rekomendatsii. // T., 2001.
26. E.A. CHernuxa. Rodovoy blok. M., 2001.
27. Saveleva G.M. Akusherstvo-M: Meditsina 2000 .
28. Saveleva G.M. Akusherstvo i ginekologiya .Rukovodstvo dlya vrachey–M: Meditsina. 1997.

Internet saytlar manzillari:

www.medi.ru, www.medlinks.ru, www.obgyn.net, www.medscape.com,
www.medland.ru,www.med-lib.ru,www.speclit.spb.ru, www.cochrane.org,
www.ksmed.ru/pat/gynecology, www.medsan.ru, www.medtm.ru/gyn.html,
www.dir.rusmedserv.com/index/speciality, www.healthua.com/parts/gynaecology

O'zbekiston respublikasi hukmati qaror va farmonlari:

1. Postanovlenie Kabineta Ministrov № 46 ot 15 fevralya 2000 goda «Zdorovoe pokolenie»;
2. Postanovlenie Kabineta Ministrov № 68 ot 5 fevralya 2001 goda «Mat i rebyonok»;
3. Postanovlenie Kabineta Ministrov №32 ot 25 fevralya 2002 goda «O dopolnitelnykh merax po ukrepleniyu zdorovya jennin i podrastayushogo pokoleniya»;
4. Postanovlenie Kabineta Ministrov №242 ot 5 iyulya 2002 goda «O merax po realizatsii prioritetnykh napravleniy povysheniya meditsinskoy kultury v seme, ukrepleniya zdorovya jennin, rojdeniyu i vospitaniyu zdorovogo pokoleniya»;
5. Postanovlenie Kabineta ministrov № 365 ot 25 avgusta 2003 goda « O meditsinskom osvidetelstvovanii lits, vstupayushix v brak»;
6. Postanovlenie Kabineta ministrov №515 ot 2 noyabrya 2004 goda «O merax po realizatsii proekta “Ukreplenie zdorovya jennin i detey” s uchastiem ABR»

7. Postanovlenie Prezidenta №153 ot 11 avgusta 2005 goda "O merax realizatsii proekta Natsionalnoy Programmy fortifikatsii muki»
8. Ukaz Prezidenta Respubliki Uzbekistan ot 19.09.2007 goda №UP-3923 «Ob osnovnykh napravleniyax dalneyshego uglubleniya reform i realizatsii Gosudarstvennoy programmy razvitiya zdravooxraneniya»
9. Postanovlenie Prezidenta Respubliki Uzbekistan ot 2 oktyabrya 2007 g. № 700 «O merax po sovershenstvovaniyu organizatsii deyatel'nosti meditsinskikh uchrejdeniy respubliki».
10. Postanovleniem Kabineta Ministrov Respublika Uzbekistan №48 ot 18 marta 2008 goda «O merax po sovershenstvovaniyu organizatsionnoy struktury i deyatel'nosti territorialnykh uchrejdeniy zdravooxraneniya»
11. Programma po obespecheniyu blagopoluchiya detey Respubliki Uzbekistan na 2007-2011gg.».
12. Postanovlenie Prezidenta Respubliki Uzbekistan PP-1046 ot 26 yanvarya 2009g. «O Gosudarstvennoy programme «God blagoustroystva i razvitiya sela»,
13. Postanovlenie Prezidenta №892 ot 18 iyunya 2008 g. "O Gosudarstvennoy programme rannego vyavleniya vrojdennykh i nasledstvennykh zabolevaniy dlya preduprezhdeniya rojdeniya invalidov s detstva”
14. Postanovlenie Prezidenta Respubliki Uzbekistan ot 13 aprelya 2009 goda №PP-1096 "O dopolnitel'nykh merax po ohrane zdorov'ya materi i rebyonka, formirovanie zdorovogo pokoleniya”
15. Postanovlenie Prezidenta Respubliki Uzbekistan ot 1 iyulya 2009 goda №PK-1144 «2009-2013 yillarda axolining reproduktiv salomatligini mustaxkamlash, soglom bola tugilishi, jismoniy va ma'naviy barkamol avlodni voyaga etkazish borasidagi ishlarni yanada kuchaytirish va samaradorligini oshirish chora-tadbirlari Dasturi tugrisida».

O'zbekiston Respublikasi SSV buyruqlari:

1. №500 ot 13 noyabrya 2003g «O reorganizatsii raboty rodil'nykh kompleksov (otdeleniy) po povysheniyu effektivnosti perinatal'noy pomoshchi i profilaktike vnutribolnichnykh infektsiy»
2. №425 ot 5 sentyabrya 2005 g. «O vnedrenii sovremennykh texnologiy po povysheniyu effektivnosti okazaniya pomoshchi beremennym v uchrejdeniyax pervichnoy mediko-sanitarnoy pomoshchi Respubliki Uzbekistan»
3. № 176 ot 22 aprelya 2005 goda «O programme po dalneyshemu snizheniyu mladencheskoy smertnosti»
4. № 81 ot 19 marta 2006 g. «O dalneyshem rasprostranении IBDOR»
5. №145 ot 30 marta 2007 g. «O vnedrenii sovremennykh texnologiy po povysheniyu effektivnosti okazaniya meditsinskoy pomoshchi detyam na pervichnom zvене zdravooxraneniya»
6. №155 ot 10 aprelya 2007 g. «Ob okazanii statsionarnoy pomoshchi detskomu naseleniyu Respubliki Uzbekistan»
7. № 428 ot 27 sentyabrya 2007 g. «O vnedrenii rassledovaniya kriticheskix sluchaev v akusherskoy praktike v rodovspomogatel'nykh uchrejdeniyax sistema Ministerstva zdravooxraneniya».
8. №74 ot 18 marta 2009g. «O merax po profilaktike peredachi VICH ot materi k rebenku v rodovspomogatel'nykh uchrejdeniyax sistema Ministerstva zdravooxraneniya».
9. № 226 ot 20 iyulya 2009 g. «Osnovy uxoda za zdorovym i bolnym novorozhdennym rebenkom».
10. №243 ot 4 avgusta 2009 g. «O vnedrenii konfidentsial'nogo issledovaniya sluchaev materinskoy smertnosti v lechebno-profilakticheskix uchrejdeniyax sistema Ministerstva zdravooxraneniya»

- 11.** Prikaz №600 MZ RUz ot 29.12.2007. O soblyudenii sanitarno-gigienicheskogo, protivoepidemiologicheskogo i dezinfektsionnogo rejima v lechebno-profilakticheskix uchrejdeniyax v Respublike Uzbekistan.
- 12.** Postanovlenie №42 ot 22.12.2004 g. Ob obespechenii bezopasnosti donorskoy krovi i eyo komponentov v Respublike Uzbekistan.
- 13.** Prikaz №88 MZ RUz ot 22.02.2007 g. Ob utverjdenii pokazaniy dlya primeneniya krovi i eyo komponentov v lechebno-profilakticheskix uchrejdeniyax.
- 14.** Prikaz № 480 MZ RUz ot 30.10.2007 g. O sovershenstvovanii profilakticheskix meropriyatiy i organizatsii mediko-sotsialnoy pomoschi v svyazi s VICH-infektsiy v Respublike Uzbekistan.

FAN BO'YICHA O'QUV DASTURINING TARKIBI:

1. Kirish

Ginekologiya fanining maqsadi talabalarning pastki kurslarda o'rganilgan bilimlarini oshirish, kengaytirishdir.

Talaba ginekologiya kursida ginekologik kasalliklar bilan bog'liq bo'lgan asoratlarni diagnostika qilish, birlamchi erdam kursatish, ularni oldini olish zarur. Buning uchun talaba anamnezini to'g'ri yig'ish, umumiy va maxsus ginekologik tekshirish usullarini o'tkaza olishi, laborator – bioximik tekshirishlar natijasida taxlil qilishni bilishi kerak.

Talabalar to'g'ri tashxis kuyish, ekstremal xolatlarida birlamchi erdamni kursata olishi kerak, kasallar tarkibini aniqlash, kerakli bo'limlarga etkazishni bilishi lozim. Ginekologiya fani jinsiy a'zolarida ruy beradigan fiziologik va patologik uzgarishlarni, shu bilan birga patologik xolatlarda va 1 chi erdam kursatishni patologik uzgarishlarning oldini olishni urganadigan fandır.

Xakimlar tayearlashda ginekologik fanining roli kattadir. Bu fan pastki kurslarda utilgan darslarni uzlashtirishda va mustaxkamlashda, akusher – ginekolog tayearlashda fundamental bilim bo'lib xizmat qiladi.

Bakalavrlarni tayyorlash Davlat ta'lim standarti bo'yicha, talaba ginekologiya fanidan quyidagi bilim, ko'nikma, mahorat va tushunchalarga ega bo'lishi kerak:

1.1. Fanning maqsad va vazifalari

- ginekologik bemorlarda maqsadga yo'naltirilgan anamnez yig'ish va klinik tekshiruv o'tkazish;
- ko'zgularida ginekologik ko'ruv o'tkazish;
- turli yoshdagi ayollarda reproduktiv faoliyatini baholash;
- dastlabki diagnozni qo'yish;
- bachadon va ortiqlarini bimanual palpasiyasi:
- funkstional diagnostika testlarini o'tkazish va natijalarini (bazal harorat, qorachiq simptomi, shilliqni cho'zilish simptomi) baholash;
- bachadon bo'yni raki erta diagnostikasi maqsadida Papaniqolau bo'yicha stitologik tekshiruvga surtma olish;
- qin tozalik darajasini baholash;
- individual kontrastepstiya vositasini tanlash;
- instrumental va laborator tekshiruvlariga ko'rsatmalarini aniqlash va ular natijalarini aniqlash;
- xirurgik va qonservativ davolash usullariga ko'rsatmalarni aniqlash,
- bepusthlikga diagnoz qo'yish va mutaxassisga jo'natish;
- genitaliy organlari va sut bezlari fon va rakoldi kasalliklariga diagnoz qo'yish,

mutaxassisga jo'natish.

1.2. Fan bo'yicha talabalarining bilim, ko'nikma va malakalariga qo'yiladigan talablar

Ko'rsatilgan maqsad va vazifalar asosida ginekologiya fani o'tilgandan keyin talaba quyidagilarni bilishi shart:

- ginekologik bemorlarda maqsadga yo'naltirilgan anamnez yig'ish va klinik tekshiruv o'tkazish;
- ko'zgularida ginekologik ko'ruv o'tkazish;
- turli yoshdagi ayollarda reproduktiv faoliyatini baholash;
- dastlabki diagnozni qo'yish;
- bachadon va ortiqlarini bimanual palpastiyasi;
- funkstional diagnostika testlarini o'tkazish va natijalarini (bazal harorat, qorachiq simptomi, shilliqni cho'zilish simptomi) baholash;
- bachadon bo'yni raki erta diagnostikasi maqsadida Papaniqolau bo'yicha stitologik tekshiruvga surtma olish;
- qin tozalik darajasini baholash;
- individual kontrastepstiya vositasini tanlash;
- instrumental va laborator tekshiruvlariga ko'rsatmalarini aniqlash va ular natijalarini aniqlash;
- xirurgik va qonservativ davolash usullariga ko'rsatmalarni aniqlash,
- bepustlikga diagnoz qo'yish va mutaxassisga jo'natish;

Talaba bajara olishi kerak:

- ginekologik ko'ruv;
- bachadon bo'ynini ko'zgularida ko'ruv;
- bimanual tekshiruv;
- sut bezlari palpastiyasi;
- funkstional diagnostika testlari;
- bachadon bo'yni stitologiyasi;
- uch nuqtadan surtma olish.

Talaba quyidagi ko'nikmalarga ega bo'lishi kerak:

- ginekologik bemorlarda maqsadga yo'naltirilgan anamnez yig'ish va klinik tekshiruv o'tkazish;
- ko'zgularida ginekologik ko'ruv o'tkazish;
- turli yoshdagi ayollarda reproduktiv faoliyatini baholash;
- dastlabki diagnozni qo'yish;
- bachadon va ortiqlarini bimanual palpastiyasi;
- funkstional diagnostika testlarini o'tkazish va natijalarini (bazal harorat, qorachiq simptomi, shilliqni cho'zilish simptomi) baholash;
- bachadon bo'yni raki erta diagnostikasi maqsadida Papaniqolau bo'yicha stitologik

tekshiruvga surtma olish;

- qin tozalik darajasini baholash;
- individual kontrastepstiya vositasini tanlash;
- instrumental va laborator tekshiruvlariga ko'rsatmalarini aniqlash va ular natijalarini aniqlash;
- xirurgik va qonservativ davolash usullariga ko'rsatmalarni aniqlash,
- bepustlikga diagnoz qo'yish va mutaxassisga jo'natish;
- genitaliy organlari va sut bezlari fon va rakoldi kasalliklariga diagnoz qo'yish, mutaxassisga jo'natish.

2.Fanni o'qitishda zamonaviy axborot va pedagogik texnologiyalar

Mazkur fanni o'qitish jarayonida ta'limning zamonaviy ilg'or interfaol usullaridan, pedagogik va axborot-kommunikatsiya texnologiyalarining prezentatsiya (taqdimot), multimedia va elektron-didaktik texnologiyalardan foydalaniladi. Amaliy mashg'ulotlarda aqliy hujum, qora quti, o'rgimchak ini, klaster, blist-so'rov, guruh bilan ishlash, insert, taqdimot kabi usul va texnikalardan keng foydalaniladi.

”Rotatsiya” usuli

Guruhni kichik guruhlariga bo'lib ularga bir nechta muammoli savol yoki vaziyatli masala beriladi. Har bir kichik guruh 10 dakika davomida uz javobini yozib keyingi savolga o'tadi. Oxirigacha barcha savollarga javob yoziladi. Yozilgan javoblar muhokama qilinib to'g'ri javob tanlanadi. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi

3. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi

4. Davolash ishlarini olib boradi

5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi

”Miya shturmi” usuli.

Usulning asosiy koidalari:

-fikrlarni tuzishga xalakit beradigan xech kanakangi ogoxlantirish ishlari va kritikalar bulmasligi

-agar fikr kanchalik gayritabiiy bulsa, shuncha yaxshiligini inobatga olish

-ko`prok takliflar olishga harakat qilish

-fikrlarni kombinatsiyalash va rivojlantirish

-keng asoslab bermay, kiska ta'rif berish

-guruhning fikrlarini aytadigan va kayta ishlaydiganlarga bo'lish

Ushbu metod talabalarga uz fikrlarini asoslash, ximoya qilish, mustakil fikrlash kobiliyatini oshirish .

2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi

3. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi

4. Davolash ishlarini olib boradi

5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi

«Zaif xalka» usuli

Guruhdagi talabalar doira hosil kilib utirishadi. Talabalarga navbat bilan mavzu yuzasidan tez va kiska javoblar talab kilinadigan savollar beriladi. Savolga javob bera olmagan talaba uyindan chiqadi. Eng oxirida kolgan talaba ko'p savollarga to'g'ri javob bergan bo'ladi.

2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi

3. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi

4. Davolash ishlarini olib boradi

5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi

“Stol ustida ruchka” usuli.

Butun guruhga topshirik beriladi (masalan, revmatoidli artrit belgilari, tizimli qizil volchankada qo'llaniladigan dori preparatlari, glyo'qokartikoid preparatlarinig nojuya ta'siri va xokazo). Xar bir talaba uz variantini yozadi va yonidagi talabaga uzatadi, ruchkani stol o'rtasiga kuyadi. Assistent talabalarni tekshiradi va talabalar to'g'ri javoblarni uz daftarlariga kuchiradilar. Bunda talabalarning nazariy bilimlari sinaladi.

2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi

3. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi

4. Davolash ishlarini olib boradi

5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi

“Aylanma stol” usuli.

Bu usulda mavzuga oid yozilgan savollar yozma usulda tarkatiladi, har bir talaba o'z javob variantini yozib, keyingi talabaga uzatadi, shu usulda xamma uz javobini yozadi, shundan so'ng javoblar assistent tomonidan tekshiriladi, noto'g'ri javoblar uchiriladi va to'g'ri javoblar xisoblanadi va talaba baxolanadi

2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi

3. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi

4. Davolash ishlarini olib boradi

5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi

“Ari uyasi”usuli

Muammo butun guruh bilan, yoki ikkita kichik guruhlar bilan tahlil kilinadi .Vazifa turli xil bo'lishi mumqin yoki birta butun guruhga .10-15 minut davomida guruhlar muammoni yechib ,xamkorlariga eshittiradilar .Eng yaxshi variant ajratib olinadi .

2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi

3. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi

4. Davolash ishlarini olib boradi

5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi

3. O'quv soatlari miqdori

Soat hajmi	O'quv yo`qlama miqdorining auditoriya mashg'ulotlari bo'yicha taqsimlanishi (69 soat)					Mustaqil ish
	Jami	Ma'ruza	Amaliy mashg'ulot	Seminar	Laboratoriya ishlari	
114 Soat	69 soat	12 soat	57 soat			45 soat

4. Ma'ruzalar

4.1. Ma'ruza mashg'ulotlarining tematik rejasi

№	Mavzu	soat
1	Normal hayz sikli va uning boshqarilishi. Ginekologik kasalliklar propedevtikasi.	2
2	Hayz sikli buzilishlari. Tasnifi. Amenoreya. Bachadondan disfunktsional qon ketishlar.	2
3	Ayollar jinsiy a'zolari yallig'lanish kasalliklari..	2
4.	Homiladorlik I yarmida qon ketishi.	2
5.	Bepusht nikoh.	2
6.	Zamonaviy kontratepsiya usullari.	2
Jami:		12 soat

4.2. Ma'ruza materiallarining mazmuni

№	Mavzu	Mavzu mazmuni	Foydalanadigan adabiyotlar	soat
---	-------	---------------	----------------------------	------

1	Normal hayz sikli va uning boshqarilishi. Ginekologik kasalliklar propidevtikasi.	Hayz sikli regulyatsiyasida bachadon va tuxumdondagi o`zgarishlar. Ginekologik kasalliklar propidevtikasi. Ginekologik bemorlarni zamonaviy tekshirish usullari.	11,14	2
2	Hayz sikli buzilishlari. Tasnifi. Amenoreya. Bachadondan disfunktsional qon ketishlar.	Hayz sikli buzilishlari tasnifi. Amenoreya. Tasnifi. Etiologiyasi, patogenezi. Diagnostikasi. Davolash va profilaktika prinsiplari. Ayollar turli yosh davrlarida disfunktsional qon ketishlari. Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, diagnostikasi. Tekshirish usullari, davolash prinsiplari. Profilaktikasi.	11 ,14,15	2
3	Ayollar jinsiy a`zolari yallig`lanish kasalliklari.	Ayollar jinsiy a`zolari yallig`lanish kasalliklari. Etiologiyasi va tarqalish yo`llari. Tasnifi. Ko`p uchraydigan genitaliy organlari yallig`lanish kasalliklarining, klinik kechishi va ularning diagnostikasi, davolash va profilaktika prinsiplari. Jinsiy yo`llar orqali yuquvchi kasalliklar (JYOYo`q) to`g`risida tushuncha, ular profilaktikasi.	11,15	2
4.	Homiladorlik I yarmida qon ketishi.	Homiladorlik birinchi yarmida qon ketishlar sabablari. Bachadondan tashqari homiladorlik. Elbug`oz. Etiologiyasi, patogenezi, turlari. Bachdon nayidagi homiladorlikni uzilishi. Klinikasi, diagnostikasi, davolash prinsiplari. Naydagi homiladorlik asoratlari va profilaktikasi.	14,15,16	2

5.	Bepusht nikox.	Bepusht nikox. Ayollar va erkaklar bepushtligi. Ayollar bepushtligi tasnifi, nay, endokrin bepushtligi. Immunologik bepushtlik. Tekshirish usullar, diagnostikasi, davolash prinstiplari.	8,13,15	2
6.	Zamonaviy kontrastepstiya usullari.	Kontrastepstiya turlari. Maslahatlashuv prinstiplari.	13,14	2
Jami: 18 soat				

5. Amaliy /seminar/ mashg'ulotlar

5.1. Amaliy mashg'ulotlarning tematik rejalari

<i>№</i>	Amaliy mashg'ulotlari mavzu nomlari	Soat
1	Anamnezni o'rni. Ginekologik bemorlarni tekshirish usullari. Kasallik tarixi sxemasi. Bemorlar kurastiyasi.	6
2	Normal hayz sikli va uning boshqarilishi. Hayz sikli buzilishlari. Amenoreya. Gipomenstrual sindrom.	6
3	Bachadondan disfunktsional qon ketishlar.	6
4	Homiladorlik I yarmida qon ketishlar. Abortlar. Bachadondan tashqari homiladorlik, elbug'oz, xorionepitelioma.	6
5	Ayollar jinsiy a'zolari spetsifik va nospesifik etiologiyali yallig'lanish kasalliklari.	6
6	Bachadon miomasi. Endometrioiz.	6
7	Tuxumdon yaxshi va yomon sifat o'sma kasalliklari.	6
8	Ayollar jinsiy a'zolari nuqsonli rivojlanganligi va noto'g'ri joylashishi.	5
9	Bachadon bo'yni va tanasi fon va rak oldi kasalliklari. Bachadon bo'yni va tanasi raki.	5
10	Bepusht nikoh. Kontrastepsiya usullari.	5
Jami : 57 soat		

5.2. Amaliy mashg'ulotlar mavzulari mazmuni

№	Mavzu	Mavzu mazmuni	Foydalanadigan adabiyotlar	Soat
1	Anamnezni o'rni. Ginekologik bemorlarni tekshirish usullari. Kasallik tarixi sxemasi. Bemorlar kurastiyasi.	Ginekologiya bo'limining tuzilishi. Ginekologik kasallarni tekshirish usullari. Normal hayz stikli. Funkstional diagnostika usullari	1,2,3	6
2	Normal hayz sikli va uning boshqarilishi. Hayz sikli buzilishlari. Amenoreya. Gipomenstrual sindrom.	Klassifikatsiya, etiologiyasi, klinikasi, davolash choralari. Amenoreya va gipomenstrual sindrom. klinikasi, davolash choralari Etiopatogenezi	1,2,5	6
3	Bachadondan disfunkstional qon ketishlar.	Yuvenil bachadon qon ketishi. Klimakterik davridagi qon ketishlar, diagnostikasi. Klassifikastiyasi , etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, dif.diagnostikasi, davolash choralari.	11,15,16	6
4	Homiladorlik I yarmida qon ketishlar. Abortlar. Bachadondan tashqari homiladorlik, elbug'oz, xorionepitelioma.	Abortlar. Etiopatogenezi, klassifikastiyasi, klinikasi, dif. diagnostikasi, davolash choralari. Mobilitastion terapiya. Bachadondan tashqari xomialdorlik sabablari, turlari klinikasi, diagnostikasi, davolash choralari. Elbugoz Xorioepitelioma,etiologiyasi,klassifik astiyasi, klinikasi, diagnostikasi,davolash choralari	14,15,18	6
5	Ayollar jinsiy a'zolari spetifik va nospetifik etiologiyali yallig'lanish kasalliklari.	Etiologiya, klassifikastiya, klinika, trixomenioz, gonoreya, etiologiya, klinika, davolash, endometrit, salpingoofarit, parametrit.	18,19,21	6

6	Bachadon miomasi. Endometrioiz.	Klasifikastiya, klinika, diagnostikasi. Asoratlari va operastiyaga kursatma Tushunchasi, kelib chikishi, teoriyalari. Akosta klassifikastiyasi, klinikasi. Davolash choralari va oldini olish.	8,10,15	6
7	Tuxumdon yaxshi va yomon sifat o'sma kasalliklari.	Etiologiyasi, klassifikastiyasi, klinikasi, davolash choralari.	1,2,5	6
8	Ayollar jinsiy a'zolari nuqsonli rivojlanganligi va noto'g'ri joylashishi.	Etiologiyasi, klassifikastiyasi, klinika, davolash choralari. Infantilizm	1,2,15	5
9	Bachadon bo'yni va tanasi fon va rak oldi kasalliklari. Bachadon bo'yni va tanasi raki.	Leykoplakiya, eritroplokiya, bachadon bo'yni eroziya Bachadon bo'yni va tanasining raki	14,15,16	5
10	Bepusht nikox. Kontrastepstiya usullari.	Tushunchasi, etiologiyasi, nay endokrin bepushtligi, bepushtlikka olib keladigan ginekologik kasalliklar, diagnostikasi. Davolash. Sun'iy uruglantirish. Oral , in'ekstion, implatastion kontrastepstiya usullari. Ta'sir mexanizmi kursatma va karshi kursatmalar. Ixtieriy jarroxlik sterilizastiya.	13,14,15	5
Jami : 57 soat				

6. Laboratoriya mashg'ulotlari

6.1. Laboratoriya mashg'ulotlari mavzularining rejasi

Mavzu	Laboratoriya mashg'ulotlarining mavzusi	soat
T.r.		
1.		
2.		

6.2. Laboratoriya mashg'ulotlari mavzulari mazmuni

Laboratoriya mashg'ulotlarining mavzulari quyidagi shaklda keltiriladi:

- mavzu nomlari qalin shrift bilan ajratib ko'rsatiladi.
- Laboratoriya mashg'uloti №
- laboratoriya mashg'uloti nomi va uning yangi pedagogik texnologiyalarni qo'llagan holda qisqacha mazmuni
- Foydalanilgan adabiyotlar (ishchi dastur bibliografiyasiga mos ravishda sonlar bilan ko'rsatilishi shart)

7. Mustaqil ta'limni tashqil etishning shakli va mazmuni

Talaba mustaqil ishining asosiy maqsadi – o'qituvchining rahbarligi va nazorati ostida muayyan o'quv ishlarini mustaqil ravishda bajarish uchun bilim va ko'nikmalarni shakllantirish va rivojlantirish.

Talaba mustaqil ishini tashqil etishda quyidagi shakllardan foydalaniladi:

- ayrim nazariy mavzularni o'quv adabiyotlari yordamida mustaqil o'zlashtirish;
- berilgan mavzular bo'yicha axborot (referat) tayyorlash;
- nazariy bilimlarni amaliyotda qo'llash;
- avtomatlashtirilgan o'rgatuvchi va nazorat qiluvchi tizimlar bilan ishlash;
- Ilmiy maqola, anjumanga ma'ruza tayyorlash va h.k.

№	Mavzu	Soat	Mustail ish shakli
1	Ayollar jinsiy a'zolari anatomiyasi va fiziologiyasi. Funkstional diagnostika testlari.	5	Internetdan ma'lumotlar yib referat seminar, multimedia, doklad tayyorlash
2.	Qo'shimcha tekshirish usullari (ultratovushli tekshiruv (UTT), laparoskopiya, gisteroskopiya, laborator tekshiruvlar). Homiladorlik erta muddatlari diagnostikasi.	5	Internetdan ma'lumotlar yib referat seminar, multimedia, doklad tayyorlash
3.	Hayz stikli boshqarilishi. Tuxumdon va bachadon stikli. Funkstional diagnostika testlari.	5	Internetdan ma'lumotlar yib referat seminar, multimedia, doklad tayyorlash
4.	TORC infekstiya. Skrining.	5	Internetdan ma'lumotlar yib referat seminar, multimedia, doklad tayyorlash
5.	Ayollar jinsiy a'zolari o'sma kasalliklari.	5	Internetdan ma'lumotlar yib referat seminar, multimedia, doklad tayyorlash

6.	Urogenital infektsiya. Aniqlash yo'llari. Yuqori xavf guruxiga kiruvchi bemorlar. Virusli infektsiya.	5	Internetdan ma'lumotlar yiyb referat seminar, multimedia, doklad tayyorlash
7.	Tuxumdonlar polikistozi sindromi.	5	Internetdan ma'lumotlar yiyb referat seminar, multimedia, doklad tayyorlash
8.	Ginekologiyada endoskopik tekshiruv va davolash usullari. Bepushtlikda gormonal diagnostika usullari	5	Internetdan ma'lumotlar yiyb referat seminar, multimedia, doklad tayyorlash
9.	Hayz sikli buzilishlari kelib chiqishida, qalqonsimon bez faoliyatining o'rni.	5	Internetdan ma'lumotlar yiyb referat seminar, multimedia, doklad tayyorlash
Jami: 45 soat			

8. Amaliy ko'nikmalar ro'yxati

1. Bemorni qin kuzgularida ko'rish texnikasi.
2. Bimanual tekshirish usuli texnikasi
3. Bachadon ichini zond bilan tekshirish
4. Orqa gumbaz punktsiya texnikasi
5. Gisterosalpingografiya – taxsisi va bajarish texnikasi.
6. Bachadon ichini diagnostik kirish.
7. Qin tozaligi darajalarini izoxlab bering.
8. Qin surtmasini olish texnikasi.
9. Sitologik reaktsiyalarni izoxlab bering.
10. Funkstional diagnostik testlarni bajarish. (korachig simptomi)
11. Funkstional diagnostik testlarni bajarish.(« bachadon bo'yni shillik chuziluvchanlik » simptomi).
12. Funkstional diagnostik testlarni bajarish.(bazal xarorat)
13. Funkstional diagnostik testlaridan KPI ni aniqlash.
14. Pertubastiya taxsisi
15. **Gidrotubastiya taxsisi**
16. Chala abort xolatida birlamchi tibbiy erdam kursatish.
17. Sun'iy abort qilish texnikasi.
18. Yuldagi abort xolatida birlamchi tibbiy erdam kursatish.
19. Tulik abort xolatida birlamchi tibbiy erdam kursatish.
20. Boshlangan va o'smay kolgan homiladorlikni differensial diagnostika kiling
21. 12 haftagacha xavf soluvchi abort va boshlangan abort dif. diagnostikasi.

9. Fan bo'yicha bilimlar, malaka va ko'nikmalarning reyting nazorati va baholash mezonlari

Talabaning tayyorgarlik darajasini belgilashda asosiy mezon sifatida uning joriy, oraliq, yakuniy nazoratlarda olgan baxolar reytingi hisobga olinadi.

Fan uchun qo'yiladigan 100 ball quyidagi shaklda taqsimlanadi:

№	Nazorat turi	Maksimal ball	Koeffitsienti	O'tish ball
1.	Joriy nazorat TMI bilan birgalikda	50	0,5	27,5
2.	Oraliq nazorat	20	0,2	11,0
3.	Yakuniy nazorat	30	0,3	16,5
	JAMI	100	1	55,0

Semestrlar bo'yicha ballar fan o'qitilishining davomiyligiga qarab taqsimlanadi.

10. Amaliy ko'nikma o'tiladigan fanlarda baholash mezonlari.

11. Adabiyotlar

Asosiy :

23. Jabbarova Yu.K. , Ayupova F.M. – Akusherlik , Toshkent , 2009 y.
24. Кадырова А.А. , Каттаходжаева М.Х. - Akusherlik amaliyeti, Toshkent, 2000 y.
25. Kodirova A.A. , Kattaxodjaeva M.X. – Akusherlikdagi jarroxlik amaliyeti, Toshkent , 1999 y.
26. Zakirov I.Z., Badriddinova M.S.. Normal akusherlik. Samarkand, 1991.- 116
27. Zakirov IZ., Badriddinova M.S. Patologik akusherlik. Samarkand. 1992].
28. Djabbarova Yu.K., Paxomova JE. Profilaktika akusherskix oslojneniy v jenskoy qonsultatii i poliklinike, - Tashkent 1994,-143s
29. Zakirov IZ. Akusherstvo. Uchebnoe posobie. Samarkand, 1992.-235s
30. Semeynaya medistina /Pod red. A.F.Krasnova. - Samara, 1996.
31. Spravochnik vracha obshey praktiki. - Merta. Angliya, 1998.
32. Aylamazyan EK. Akusherstvo- S.Peterburg, 2002 g.
33. Klinicheskie lekstii po akusherstvu i ginekologii. A.N. Strijaqova. M.Medistina 2000.
34. Prakticheskoe akusherstvo. Kadirova A.A., Kattaxodjaeva M.X., Najmutdinova D.K. Tashkent. 2001
35. Neotlojnaya pomosh pri ekstragenitalnyx sostoyaniyax v akusherskoy praktike E.K. Aylamazyan. SPb, 2002.
36. Akusherstvo. Saveleva G.M. Moskva. 2002
37. Akusherstvo. Uchebnik dlya medistinskix vuzov. E.K. Aylamazyan. SPb. SpestLit. 2003, 528 s.
38. Akusherstvo Bodyajina V.I., Semenchenko. M. 2004
39. Kratkoe ruqovodstvo po profilaktike infekstii. Pervoe izdanie. Tashkent. 2004 g. 236 s.
40. Neotlojnaya pomosh v akusherskoy praktike. VOZ 2004

41. Akusherstvo i ginekologiya. Pod redakstiey G.M. Savelevoy M. 2008
42. Klinicheskoe ruqovodstvo po vedeniyu bolnykh s krovotечeniyami v rodax i poslerodovom periode. T 2008
43. Klinicheskoe ruqovodstvo po vedeniyu bolnykh s sepsisom/septicheskim shokom vo vremya beremennosti i poslerodovom periode. T 2008
44. Klinicheskoe ruqovodstvo po vedeniyu bolnykh s gipertenzivnym sindromom pri beremennosti. T 2008.

Qo'shimcha:

1. Reshenie problem novorozhdennykh Ruqovodstvo dlya vrachey, medsester i akusherok. Ruqovodstvo VOZ. UNFPA 2007
2. Effektivnaya perinatalnaya pomosh i uxod. Ruqovodstvo VOZ. UNFPA 2007
3. Teplovaya zashita novorozhdennogo. Prakticheskoe ruqovodstvo VOZ. UNFPA 2007
4. Neonatologiya. Ruqovodstvo VOZ. UNFPA 2007
5. Integrirovannoe vedenie beremennosti i rodov. Okazanie pomoshi pri oslojnennom techenii beremennosti i rodov. Ruqovodstvo dlya vrachey i akusherok VOZ.
6. Akusherstvo. Ruqovodstvo VOZ. UNFPA 2007
7. Ekstragenitalnaya patologiya i beremennost. Shextman M.M. Medistina. 2005.
8. Perinatalnaya infektsiya. Voprosy patogenez, morfologicheskoy diagnostiki i kliniko-morfologicheskix sopostavleniy. Ruqovodstvo dlya vrachey. V.A Stinzerling, V.F. Melniqova «ELBI- SPb Sankt-Peterburg 2002
9. Ruqovodstvo po effektivnoy pomoshi pri beremennosti i rojdenii rebenka Perevod s angl. Pod redakstiey A.V Mixaylova. Izdatelstvo «Petronolis» CPb. 2003.
10. 8. Gynecology in Primary Gare ROGER P .SMITH, M.O. Williams et Wilqins A. Waverly company 1996.
11. 9. WILLAM OBSTETRICS. 1999 g. SShA
12. 10. [Pelvis and Perineum](#). Brather's Williams. University of Philadelphia.2004.
13. 11. Rastionalnaya farmakoterapiya v akusherstve i ginekologii Kulaqov, Serov, Moskva. 2006.
14. 12.Laboratornaya diagnostika v akusherstve i ginekologii. A.G. Taranov. Moskva. 2004.s 13-40.
15. Ginekologiya po Eshelyu Novaku. Dj. Berek, I. Adashi, P. Xillard. Moskva, 2002.
16. Dj. Merta. Spravochnik vracha obshey praktiki. Moskva. 1998.
17. Merrey Enqin, M. Kitre, Dj. Neylson. (per s angl. Pod red. Mixaylova A.V.) Ruqovodstvo po effektivnoy pomoshi pri beremennosti i rojdenii rebenka. SPb, 2003.
18. Profilaktika infektsiy. Ruk-vo dlya meduchrejdeniy s ogranichennymi resursami L. Tindjer, D. Bosmetr, N. Maqintosh. JHPIEGO, 2004.
19. Osnovnaya dorodovaya, perinatalnaya i postnatalnaya pomosh. Uchebnyy seminar. VOZ. Evropeyskoe regionalnoe byuro.
20. Medistinskie kriterii priemlemosti dlya ispolzovaniya metodov kontrastepstii. Izdanie trete UNFPA 2004.
21. Svod prakticheskix rekomendastiy po primeneniyu sredstv kontrastepstii Izdanie vtoroe UNFPA 2004.
22. Shextman T.K. Ekstragenitalnaya patologiya i beremennost - Tashkent 1991.
23. Shevchenko T.K. Krupnyy plod v sovremennom akusherstve. Tashkent1991.
24. Magzumov B.X., Rassadina M.V. «Kesarevo sechenie»/ Metod. rekomendastii. // T., 2002.

25. 4 .Mavlyanova Sh.K., Saidkariev B.K. Perenashivanie beremennosti / Metod. rekomendastii. // T., 2001.
26. E.A. Chernuxa. Rodovoy blok. M., 2001.
27. Saveleva G.M. Akusherstvo-M: Medistina 2000 .
28. Saveleva G.M. Akusherstvo i ginekologiya .Ruqovodstvo dlya vrachey–M: Medistina. 1997.

Internet saytlari

buxdti.uz

ziyonet.uz

@vicenna.uz

Akusherlik va ginekologiya kafedrasi sayti

www.obgynbuxmi.narod.ru

Internet saytlar manzillari:

www.medi.ru, www.medlinks.ru, www.obgyn.net, www.medscape.com,
www.medland.ru, www.med-lib.ru, www.speclit.spb.ru, www.cochrane.org,
www.ksmed.ru/pat/gynecology, www.medsan.ru, www.medtm.ru/gyn.html,
www.dir.rusmedserv.com/index/speciality, www.healthua.com/parts/gynaecology

O‘zbekiston respublikasi hukmati qaror va farmonlari:

1. Postanovlenie Kabineta Ministrov № 46 ot 15 fevralya 2000 goda «Zdorovoe pokolenie»;
2. Postanovlenie Kabineta Ministrov № 68 ot 5 fevralya 2001 goda «Mat i rebyonok»;
3. Postanovlenie Kabineta Ministrov №32 ot 25 fevralya 2002 goda «O dopolnitelnykh merax po ukrepleniyu zdorovya jenshin i podrastayushego pokoleniya»;
4. Postanovlenie Kabineta Ministrov №242 ot 5 iyulya 2002 goda «O merax po realizatsii prioritetnykh napravleniy povysheniya meditsinskoy kultury v seme, ukrepleniya zdorovya jenshin, rojdeniyu i vospitaniyu zdorovogo pokoleniya»;
5. Postanovlenie Kabineta ministrov № 365 ot 25 avgusta 2003 goda « O meditsinskom osvidetelstvovanii lits, vstupayushix v brak»;
6. Postanovlenie Kabineta ministrov №515 ot 2 noyabrya 2004 goda «O merax po realizatsii proekta “Ukreplenie zdorovya jenshin i detey” s uchastiem ABR»
7. Postanovlenie Prezidenta №153 ot 11 avgusta 2005 goda “O merax realizatsii proekta Natsionalnoy Programmy fortifikatsii muki»
8. Ukaz Prezidenta Respubliki Uzbekistan ot 19.09.2007 goda №UP-3923 «Ob osnovnykh napravleniyax dalneyshogo uglublenniya reform i realizatsii Gosudarstvennoy programmy razvitiya zdravooxraneniya»

9. Postanovlenie Prezidenta Respubliki Uzbekistan ot 2 oktyabrya 2007 g. № 700 «O merax po sovershenstvovaniyu organizatsii deyatelnosti meditsinskix uchrejdений respubliki».
10. Postanovleniem Kabineta Ministrov Respublika Uzbekistan №48 ot 18 marta 2008 goda «O merax po sovershenstvovaniyu organizatsionnoy struktury i deyatelnosti territorialnyx uchrejdений zdravooxraneniya»
11. Programma po obespecheniyu blagopoluchiya detey Respubliki Uzbekistan na 2007-2011gg.».
12. Postanovlenie Prezidenta Respubliki Uzbekistan PP-1046 ot 26 yanvarya 2009g. «O Gosudarstvennoy programme «God blagoustroystva i razvitiya sela»,
13. Postanovlenie Prezidenta №892 ot 18 iyunya 2008 g. “O Gosudarstvennoy programme rannego vyavleniya vrojdenных i nasledstvenных zabolevaniy dlya preduprezhdeniya rojdeniya invalidov s detstva”
14. Postanovlenie Prezidenta Respubliki Uzbekistan ot 13 aprelya 2009 goda №PP-1096 “O dopolnitelных merax po ohrane zdorovya materi i rebyonka, formirovanie zdorovogo pokoleniya”
15. Postanovlenie Prezidenta Respubliki Uzbekistan ot 1 iyulya 2009 goda №PK-1144 «2009-2013 yillarda axolining reproduktiv salomatligini mustaxkamlash, soglom bola tugilishi, jismoniy va ma’naviy barkamol avlodni voyaga etkazish borasidagi ishlarni yanada kuchaytirish va samaradorligini oshirish chora-tadbirlari Dasturi tugrisida».

O‘zbekiston Respublikasi SSV buyruqlari:

1. №500 ot 13 noyabrya 2003g «O reorganizatsii raboty rodilных комплексов (otdeleniy) po povыsheniyu effektivnosti perinatalnoy pomoshi i profilaktike vnutribolnichных инфекций»
2. №425 ot 5 sentyabrya 2005 g. «O vnedrenii sovremennых технологий po povыsheniyu effektivnosti okazaniya pomoshi beremennым v uchrejdениях pervichnoy mediko-sanitarnoy pomoshi Respubliki Uzbekistan»
3. № 176 ot 22 aprelya 2005 goda «O programme po dalneyshemu snijeniyu mladencheskoy smertnosti»
4. № 81 ot 19 marta 2006 g. «O dalneyshem rasprostranении IBDOR»
5. №145 ot 30 marta 2007 g. «O vnedrenii sovremennых технологий po povыsheniyu effektivnosti okazaniya meditsinskoy pomoshi detyam na pervichnom zvene zdravooxraneniya»
6. №155 ot 10 aprelya 2007 g. «Ob okazanii statsionarnoy pomoshi detskomu naseleniyu Respubliki Uzbekistan»
7. № 428 ot 27 sentyabrya 2007 g. «O vnedrenii rassledovaniya kriticheskix sluchaev v akusherskoy praktike v rodovspomogatelных uchrejdениях системы Ministerstva zdravooxraneniya».
8. №74 ot 18 marta 2009g. «O merax po profilaktike peredachi VICH ot materi k rebenku v rodovspomogatelных uchrejdениях системы Ministerstva zdravooxraneniya».
9. № 226 ot 20 iyulya 2009 g. «Основы ухода за здоровым i болным новорожденным ребенком».

10. №243 ot 4 avgusta 2009 g. «O vnedrenii konfidentsialnogo issledovaniya sluchaev materinskoy smertnosti v lecheno-profilakticheskix uchrejdeniyax sistema Ministerstva zdravooxraneniya»
11. Prikaz №600 MZ RUz ot 29.12.2007. O soblyudenii sanitarno-gigienicheskogo, protivoepidemiologicheskogo i dezinfekcionnogo rejima v lecheno-profilakticheskix uchrejdeniyax v Respublike Uzbekistan.
12. Postanovlenie №42 ot 22.12.2004 g. Ob obespechenii bezopasnosti donorskoy krovi i eyo komponentov v Respublike Uzbekistan.
13. Prikaz №88 MZ RUz ot 22.02.2007 g. Ob utverjdenii pokazaniy dlya primeneniya krovi i eyo komponentov v lecheno-profilakticheskix uchrejdeniyax.
14. Prikaz № 480 MZ RUz ot 30.10.2007 g. O sovershenstvovanii profilakticheskix meropriyatij i organizatsii mediko-sotsialnoy pomoshi v svyazi s VICH-infektsiy v Respublike Uzbekistan.

IV. AMALIY MASHG'ULOTLAR

Amaliy mashg'ulot № 1: Ginekologik kasalliklarning diagnostikasi va umumiy simptomatologiyasi

1.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli.

Mashg'ulot vaqti -5soat	Talabalar soni: 18
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Reja	Ginekologiya (grek suzidan Ouge - ayol, logos fan) medisining maxsus kismi bo'lib, ayol organizmining faoliyati kasalligi, va uning anatomia fiziologik xususiyatlarini barcha davrlarda urgatadi. Ayollar jinsiy a'zolar tuzilishi va funksiyasini nafakat akusherstva balki ginekologiyada aloxida tuxtalib utamiz
Mavzuning maqsadi: - Bemor bilan mulokot qilishning professional kunikmalarni bilish; - Ginekologik bemorlarni laborator va asbobiy tekshirish usullarini kullab, klinik kurikdan o'tkazish; - Asosiy ginekologik tekshirish usullarini kullash; Ginekologik kasallikdan keyin ambulator poliklinik va uy sharoitida ayolni kuzatish va reabilitastiyani tashqillashtirish; - Zamonaviy kontrastepstiya usullarini kullashda maslaxatlar berish; 1. Bemor shikoyatlariga e'tibor berish. 2. Kasallik tarixini yig`ganda olingan ma'lumotlar. 3. Epidemiologik anamnez ma'lumotlarini aniqlash. II bosqich. Maqsad:	
Mavzuning vazifasi- - Asosiy ginekologik tekshirish usullarini kullash; Ginekologik kasallikdan keyin ambulator poliklinik va uy sharoitida ayolni	

kuzatish va reabilitastiyani tashqillashtirish;	
Ta'lim berish usullari	Ko'rgazmali, ma'ruza, suhbat
Ta'lim berish shakllari	Ommaviy, jamoaviy
Ta'lim berish vositalari	kompyuter, multimedia, slaydlar, mavzuga oid bemorlar va boshqalar
Ta'lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash.	Og'zaki nazorat:savol-javob.

1.2. amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi	1. Auditoriya tozaligini nazorat qiladi. 2. Talabalarni mashg'ulotga tayyorligini tekshiradi 3. Davomatni nazorat qiladi.	
1. O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (10 daqiqa)	1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2. Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash. 3. Fanni o'rganishda faoydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish.	
2. Asosiy bosqich (55 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi. 3. Slaydlar, multimediyalardan foydalaniladi 4. Davolash ishlarini olib boradi 5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi.	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar
3. Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi. 2. Mustaqil ish beradi. 3. Uyga vazifa beradi.	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi

Foydalanadigan interaktiv usullar

«O'rgimchak to'ri» o'yini.

1. Talabalar darsga tayyorlanishlari uchun bir oz vaqt beriladi.
2. Talabalar stol atrofida yig'iladilar.
3. Qatnashchilardan biri kalavani oladi va uchini ochib boshqa bir qatnashchiga beradi. Ipni ushlagan qatnashchiga savol beriladi.
4. Savolga to'liq va to'g'ri javob berayotganligi tekshirib turiladi. Keyin kalavani uchi yana boshqa qatnashchilarga uzatilaverilib, o'rgimchak uyasi hosil bo'ladi.
5. Barcha qatnashchilar savollarga javob berib bo'lgach, kalavani uchi yana savol bergan talabaga qaytarib beriladi. Shunday tarzda o'yin yana qaytadan boshlanishi mumkin.

Ogohlantirish: Har bir talaba berayotgan savollarga to'liq va to'g'ri javob olishlari shart.

MAVZU BAYONI

Ginekologiya (grek suzidan Ouge - ayol, logos fan) medisining maxsusismi bo'lib, ayol organizmining faoliyati kasalligi, va uning anatomia fiziologik xususiyatlarini barcha davrlarda urtatadi.

Ayollar jinsiy aʼzolar tuzilishi va funksiyasini nafakat akusherstva balki ginekologiyada aloxida tuxtalib utamiz. Jinsiy aʼzolar fiziologiyasiga tulik tasavvurga ega bulmasdan turib, oʻnga xos boʻlgan kasalliklarning kelib chikish patogenezi, profilaktika va davolashlarga bogʻliqligini yakkol tasavvur kilib bilmaymiz. Shuning uchun ginekologik kasalliklarni tekshirish usullari anamnez va obʻektiv tekshirishlardan boshlanadi. Ushbu tekshirish aʼzolar sistemasidan boshlanib, ular kasallikni aniq tashxis kuyishda yordam beradi. Tekshirish sistemasi ketma - ketlik bilan kuriladi, chunki jinsiy organlar barcha organ va sistemalar bilan bogʻliq va ularning kasallanishi xam boshqa organ va sistemalarga bir butun taʼsir qiladi, shuning uchun tekshirish usullarini asosiy usullari obʻektiv tekshirish usullardan (nafas, yurak, nerv sistema va keyinchalik laborator, rentgenologik va qoʻshimcha) tekshirish usullarini tashqil qiladi

AYOL JINSIY ORGANLARINING ANATOMIYASI VA FIZIOLOGIYASI

Ayol jinsiy organlarining tuzilishi va funkstiyalari xakidagi taʼlimot akusherlik bilan ginekologiyaning ilmiy asosidir. Shu sababli akusherlik kursi xamisha ayol jinsiy organlarining anotomiyasi va fiziologiyasini urganishdan boshlanadi.

Ayol jinsiy organlarini tashqi va ichki jinsiy organlarga ajratish rasm boʻlib kelgan. Tashqi jinsiy orgnalar asosan jinsiy xis organlari xisoblanadi; ichki jinsiy organlar homilani etiltirish va bola tugish funkstiyasini utaydi.

TASHQI JINSIY ORGANLAR

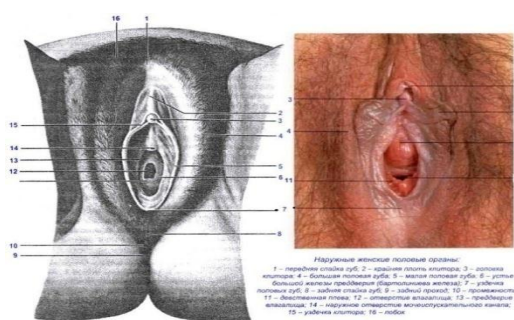
(GENITALIA EXSTERNA)

Tashqi jinsiy organlarga qov, katta jinsiy lablar, kichik jinsiy lablar, klitor, qin daxlizi, uning kata bezlari - Bartolin bezlari kiradi. Tashqi va ichki jinsiy organlar oʻrtasdagi chegara qizlik pardasidir.

Qov (mons veneris) simfizning oldingi va yuqori tomonida yotgan, teri ostidagi yog katlami kalin boʻladigan uchburchak tepacha (qov dumbogi)dan iborat.

Qovning yuqori chegarasi terining koʻndalang egachasidan iborat boʻlib, qov usti burmasi deb ataladi; qovdan oʻng va chap tomonida qov burmalari bor; qov orqa tomonda katta jinsiy lablarga qoʻshilib ketib jun bilan qoplangan.

Qovda jun usishi tuxumdonlarning va qisman buyrak usti bezlari poʻstlogʻining faoliyatidan bogʻliq. Baʼzi ayollarda jun erkaklardagiga oʻxshash joylashadi yoki siyrak rivojlanadi, bu esa jinsiy organlarining gormonal faoliyatining buzilishidan dalolat beradi.



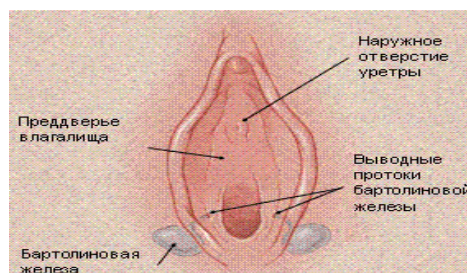
Katta jinsiy lablar (labiapudendaemajora)- uzunasiga ketgan, jinsiy yoriqni ikkala tomondan chegaralab turadigan ikkita teri burmasidir. Teri ostida kalin yog katlami bor, undan tomirlar, nervlar va fibroz tolalari oʻtadi. Katta jinsiy lablar oldingi tomonda qov terisiga oʻtadi, orqa tomonda esa seqin – asta torayib pastga tushadi va oʻrta chiziqda bir biriga qoʻshilib, oʻrta qadagi bitishi (commissura labii posterioris)ni hosil qiladi.

Jinsiy lablar bagʻrida qin daxlizining katta bezlari – Bartolin bezlari (glandulae Bartholinii) joylashgan.

Ular yumaloq, loviyadek keladigan alveolyar- naysimon bezlaridir. Bezlarning alveolalari- epiteliy bilan qoplangan, bu epiteliy sekret ishlab chiqaradi. Sekret bez yo`li orqali tashqariga chiqadi, bu yulning uzunligi 1,5-2 sm ni tashqil etadi. Bezlar katta jinsiy lablarning orqa bo`limlari bag`rida yotadi. Ularning chiqarish yullari kichik jinsiy lablar bilan qizlik pardasi (yoki uning qoldiqlari)dan hosil bo`lgan egatga ochiladi.

Orqadagi bitishma bilan orqa chiqaruv teshigi (anus) o`rtasidagi soxa o`ralik (perineum), deb ataladi.

Kichik jiniy lablar (labia pudendaeminora) – uzunasiga ketgan teri burmalarining ikqinchi jufti bo`lib katta jinsiy lablardan ichkarida, ularning asosi bo`ylab etadi.



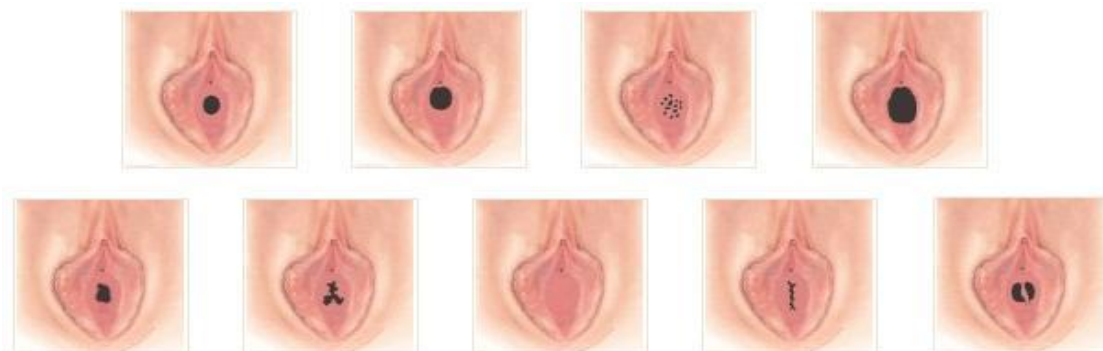
Klitor (clitoris) – kichqina qonussimon tuzilma (erkaklar penisiga analog organ) bo`lib qo`shilib ketgan ikkita (gorsimon) tanadan iborat. Gorsimon tanalarda tutash bushliklar bor, tomirlardan keladigan qon shu bushliklarda aylanib yuradi. Klitor qon tomirlari va nervlarga boy: terisida nerv oxirlari juda ko`p. Klitor funkstiyasi jixatdan jinsiy xis organidir. Jinsiy qo`zg`alish paytida arterial qonning tez kelishi va venoz qonning seqinroq okib kelishi natijasida klitor kattalashadi va zichlashadi (erekstiya).

Qin daxlisi (vestibulum vaginae) – oldingi tomonidan klitor orqa tomonidan katta jinsiy lablarining orqadagi bitishmasi ikki yon tomonidan kichik jinsiy lablarining ichki yuzasi bilan chegaralangan. Qin daxlizining yuqoridagi qin tomonidagi chegarasi qizlik pardasi (yoki uning qoldiqlari) dan iborat. Qin daxliziga uretra (siydik chiqarish kanali) ning tashqi teshigi, Barotolin bezlarining chiqarish yullari ochiladi.

Siydik chiqarish kanali. (urethra) – siydik chiqarish kanalining tashqi teshigi klitordan 2-3 sm orqada bo`lib, yumaloq ba`zan yoriq, yulduz yoki yarim oy shaklidadir. Uretraning bo`yi ayollarda 3-4 sm, eni uzgaruvchan, kanali oson chuziladi (diametri 1 sm gacha boradi va undan xam oshadi).

Uretraning tashqi teshigidan yon tomonda nayga o`xshash tarmoklanuvchi tuzilmalar – parauretral yillar (Sqin bezlari) bor, bu yillarning bo`yi 1-2sm. Ularning tashqi teshiklari yaqinidan ochiladi. Parauretral yillarning sekreti uretraning tashqi teshigini namlab turadi.

Qizlik pardasi (hymen) – qo`shuvchi to`qimadan tuzilgan bo`lib, iffat qizlarda qin ogzini tusib turadi. Qizlik pardasi tashqaridan va qin tomondan kyp qavatli yassi epiteliy bilan qoplangan, qo`shuvchi to`qimadan tuzilgan negizida muskul elementlari, elastik tolalar, qon tomirlari, nervlar bor. Sho`nga yarasha qizlik pardasi xalkasimon, yarim oy, ko`ngirador va naysimon shaklda bo`ladi.

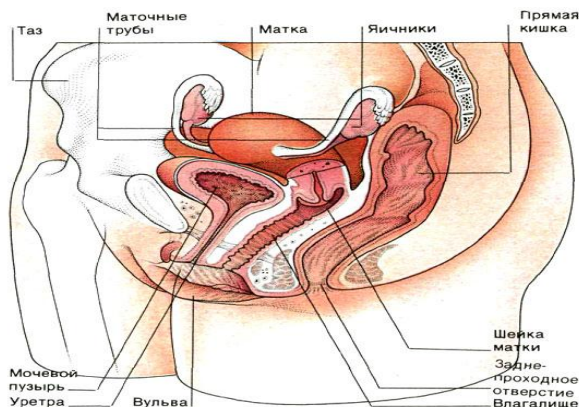


Birinchi jinsiy alokada qizlik pardasi yirtiladi, ayni vaktida yorilgan tomirlardan qon okadi.

Qizlik pardasi ba'zan shu qadar chuziluvchan bo'ladiki, jinsiy alokada yirtilmaydi; juda xam chuziluvchan qizlik pardasi goxo tug'ruqda xam saqlanib qoladi.

ICHKI JINSIY ORGANLAR (GENITALIA INTERNA)

Ichki jinsiy organlarga qin, bachadon, uning naylari (tuxum yillari) va tuxumdonlar kiradi.



Qin (vaginas. colpos)- kichik chanoqning o'rtasida yotgan naysimon, muskulli elastik organdir.

Qinning bo'yi va eni ancha yzgaradi. Qinning oldingi devori o'rta xisobda 7-8 sm, orqa devori esa 1,5-2 sm uzunrok. Qin chuziluvchanligiga yarasha eni uzgaradi, u o'rta xisobda 2-3 sm bo'ladi, shu bilan birga qinninig pastki bo'limi torrok, yuqori bo'limi kengrok. Qin bushligiga yuqoridan bachadon bo'ynining qindigi kismi (portio vaginalis) turtib chiqib turadi. Qin devorlari bachadon bo'ynining qindagi kismi atrofida gumbazsimon chukurchalar hosil qiladi, ular qin gumbazlari, deb ataladi. Qin gumbazlari turtta: oldingi (bachadon bo'ynidan oldingi tomonda), orqadagi (bachadon bo'ynidan orqa tomonda), o'ng va chap gumbazlar. Orqadagi gumbaz oldingi gumbazdan chukurrok, jinsiy alokada shaxvat (sperma) orqadagi gumbazda tuplanadi, urugli suyoqlik (sperma) shu gumbazdan bachadon bo'ynining tashqi teshigiga, so'ngra bachadon bushligiga kiradi.

Mikroflora xarakteriga karab qin tozaligi turt darajaga bulinadi.

Tozalikning birinchi darajasi. Qin sekretida fakat qin bastillalari va epiteliy xujayralari bor. Reakstiyasi kislotali.

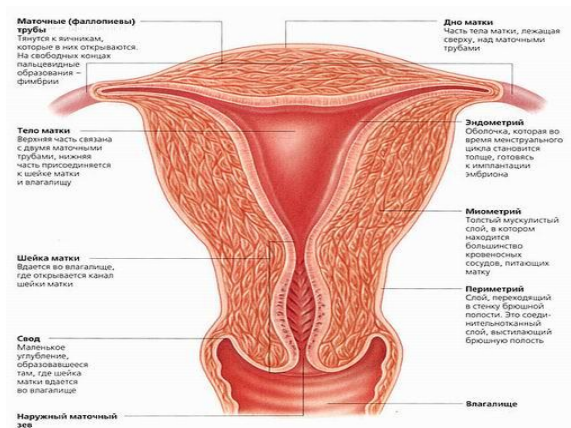
Tozalikning ikkinchi darajasi. Qin bastillalari kamrok yakkam – dukkam leykostitlar va somma variabile tipidagi bakteriyalar (bukilgan anaerob tayokchalar), ko'pgina epiteliy xujayralari topiladi. Reakstiyasi kislotali. Tozalikning birinchi va ikkinchi darajalari normal xisoblanadi.

Tozalikning uchinchi darajasi. Qin bastillalari kam, bakteriyalarninig boshqa turlari (ayniksa kokklar) ko'prok, bir talay leykostitlar topiladi. Reakstiyasi sal-pal ishkoriy.

Tozalikning turtinchi darajasi. Qin bastillalari yo'q, patogen mikroblar (kokklar, comma variabile, tirixomonadalar va xokazo) bilan leykostitlar juda ko'p. Reakstiyasi ishkoriy.

Tozalikning uchinchi va turtinchi darajalari odatda patologik prostessslarga yuldosh bo'ladi.

Bachadon (uterus)-sillik muskulli qovak organ bo'lib, shaklan oldindan orqaga karab sal-pal yassilangan nokka uxshaydi.



Bachadonning kuyidagi bo`limlari bor: 1) tanasi (corpus), 2) bugzi (isthmus) va 3) bo`yni (cervix sollum).

Bachadonning zalvarlirok yuqori kismini *t a n a s i* deb atashadi.

Bachadon b u g z i tanasi bilan bo`ynini orasidagi kariyib 1sm uzunlikdagi kismidir. Bo`g`iz ichi kanal bo`lib, yuqorida bachadon bushligiga, pastda bachadon bo`ynining kanaliga o`tadi.

Bachadon b u y n i bachadonning qinga sukilgan kambar pastki uchidir. Bachadon bo`ynining kuyidagi kislari bor: a) qindagi kismi (portio vaginalis) qin bushligiga turtib chiqib turadi va b.) qin ustidagi kismi (portiosupravaginalis), qin devorlarining bachadon bo`yniga yopishadigan joyidan yuqorirokda bo`ladi a) Bachadon bo`yni stilindrik shaklda yoki tashqi teshikka tomon sal pal torayib boradi (stilindrik – qonussimon forma).

Butun bachadoning bo`yi 8 sm, uzuniliging  $\frac{2}{3}$  kismi tanasiga va  $\frac{1}{3}$  kismi bo`yniga to`g`ri qiladi. Bachadonning tubi soxasidagi eni 4-5,5 sm, devorlarining kalinaligi 1-2 sm. Bo`yida bo`lmagan soglom ayol bachadoning vazni 50 g dan 100 g gacha boradi.

Bachadon devorlari uch qavat a) shillik parda, b) muskul qavati, v) seroz qavati (qorin pardasi).

Bachadoning sh i l l i k p a r d a s i (endometrim) bir qavatli stilindrik tukli epiteliy bilan qoplangan.

M u s k u l k a v a t i (myometrim)-bachadonning eng kalin qavatidir. U sillik muskul tolalarining kalin tutamlar chigalidan iborat bo`lib tolalar orasida qo`shuvchi to`qima katamlari bor.

Bachadonning seroz (qorin parda) qavati (perimetrim) – bachadonning tashqi qavatidir. Qorin pardasi qorin oldingi devorining ichki yuzasidan qovukka, so`ngra bachadon va naylarining oldingi yusaziga o`tadi.

Bachadon bola tugish funkstiyasini utaydi. Etuklik davrining boshidan oxirigacha katta yoshli ayol bachadonning shillik pardasida to`g`ri tartib bilan takrorlanuvchi murakkab uzgarishlar ruy berib, homiladorlik uchun kulay sharoit tugdiradi.

Bachadon naylari (tubaeuterinaesaipnges) ni tuxum yullari deb xam atashadi.

Bachadon naylari bachadonning yuqoridagi burchaklaridan (tubidan) boshlanib, serbar boylamaning yuqori chekkasi bo`ylab chanoqning yon devorlariga boradi—da (amprullatubae) voronka bilan tugaydi.

Bachadon naylarini bo`yi 10-12 sm, eni xar xil-bachadon burchagi yaqinida torrok, erqin uchiga tomon kengrok.

Bachadon nayi kuyidagi bulinmalariga ajratiladi: 1) interstitial kismi (parsintersitialis) –bachadon devorining bachadon o`tadigan kismi; 2) bo`g`iz yoki isthmus kismi (parsistlmica)

- bachadon nayining o`rtadagi bo`limi; 3) ampulyar kismi (parsampullaris) bachadon nayining kengaygan va voronka shaklida tugaydigan kismi.

Bachadon naylarining devorlari uch qavat: shillik parda, muskul qavati, va seroz qavat (qorin pardasi).

Tuxumdonlar (ovafria)- ayolning bir juft jinsiy bezidir. Tuxumdon bodom shaklida bo`lib, bo`yi 3,5-4 sm, eni 2-2,5 sm kalinaligi 1-1,5 sm, vazni 6-8 g. Karilik davrida tuxumdonlar zichlashadi, kichrayadi, ularda yamok to`qimasi taraqqiy etadi.

Tuxumdonning bir chekasi serbar boylamning orqadagi varagiga sukilgan; kolgan xamma yuzasi qorin pardasi bilan koplanmagan bo`lib, kichik chanoqining qorin bushligiga bemalol chiqib turadi. Tuxumdoni; 1) bachadonning serbar boylami, 2) tuxumdonning uz boylami, 3) voronka-chanoq boylami bazur osilgan xolatda ushlab turadi.

Tuxumdonlar eng muxim funkstiyalarini utaydi. Etuklik davrining boshidan oxirigacha tuxumdonlarda tuxum xujayra etiladi, bu- ritm bilan takrorlanadigan prostessdir. Tuxumdonidan ishlanib chiqadigan gormonlar (jinsiy gormonlar) ayolning butun organizmiga va jinsiy organlariga ta`sir etadi. Tuxumdon gormonlari ayol organizmiga xos belgilarining taraqqiy topishiga imqon beradi.

Balogatga etish davrida jinsiy va organlar (bachadon naylari, bachadon, qin, tashqi jinsiy organlar) tuxumdon gormonlarining ta`sirida rivojlanadi. Qiz bolagatga etgach bu gormonlar organizmni homiladorlikka tayyorlaydigan stiklik prostesslarda katnashadi.

JINSIY ORGANLARINING BOYLAMLAR APPARATI.

Ichki jinsiy organlarning o s i b t u r u v c h i a p p a r a t i g a kuyidagi boylamlar kiradi.

1) Y u m a l o k b o y l a m l a r (ligrotumdam) sillik muskullardan va qo`shuvchi tukimidan tuzilgan bo`lib, 10-12 sm uzunlikdagi kanopga uxshaydi.

2) S e r b a r b o y l a m l a r (ligiatum)- qorin pardasining kushalok varaklari bo`lib bachadonning yon bo`limlaridan chanoqning yon devorlariga boradi.

3) D u m g a z a - b a c h a d o n b o y l a m l a r i (ligsacro-uterinum) bachadonning orqa yuzasidan bachadon tanasi bilan bo`yni oralgida boshlanib, orqaga ketadi va to`g`ri ichakni ikki tomondan urab, dumgazaning oldingi yuzasiga yopishadi.

4) T u x u m d o n l a r n i n g u z b o y l a m l a r i (ligovariiproprium) bachadon tubidan (bachadon naylari chiqadigan joyning orqarogi va pastrogidan) boshlanib, tuxumdonlarga boradi.

KICHIK CHANOQ KLECHATKASI.

B a c h a d o n a t r o f i d a g i (parametral) kletchatka (parametrium) bachadonning bo`limlaridan chanoqning yon devorlarigacha serbar boylamlarining varaklari o`rtasidagi kamgakki tuldiradi

Q o v u Q a t r o f i d a g i (paravezikal) kletchatka qovuk atrofidagi bush joylarni tuldiradi; qovukning oldingi va orqa tomonida ko`prok bo`ladi.

Q i n a t r o f i d a g i (paravaginal) kletchatka qinni urab turadi, asosan qinning yon devorlaridan chanoq devorlarigacha davom etuvchi kamgakda joylashadi.

T u g r i i c h a k a t r o f i d a g i (pararektal) kletchatka to`g`ri ichak atrofida joylashadi.

Chanoq kletchakasining yuqorida kursatilgan xamma bo`limlari bir-biridan yakkalangan emas, balki qo`shuvchi to`qima tarkibidagi ko`pgina elementlar yordamida biri-biri bilan boglangan.

JINSIY ORGANLARINING QON TOMIRLAR SISTEMASI.

Tashqi jinsiy organlar uyatlik arteriyasidan qon oladi.

U y a t l i k a r t e r i y a s i (a.pudenda) ichki yonbosh arteriyasidan boshlanib, pastga tushadi-da, chanoq, bushligidan chiqib, tashqi jinsiy organlarga, oraliqqa qinga va t u g r i i c h a k k a tarmoklar beradi.

B a c h a d o n a r t e r i y a s i (a.uterina) bir juft tomir bo`lib, qorin pastki arteriyasidan boshlanadi, serbar boylamlar asosida yotgan parametral kletchatka orqali bachadonga boradi, yul- yulakay siydlik yo`li (ureter) bilan kesishadi, bachadonining yon yuzasiga ichki teshik ruparasida yaqinlashadi.

T u x u m d o n a r t e t e r i y a s i (a.ovarica) bir juft tomir bo`lib, qorin aortasidan (buyrak arteriyasi chikkan joyning bir muncha pastrogidan) boshlanadi, siydik yo`li (ureter) bilan, birgalikda pastga tushadi, voronka chanoq boylami orqali serbar boylamning yuqori bo`limiga o`tadi-da tuxumdonga va bachadon nayiga tarmoklar beradi; tuxumdon arteriyasining oxirgi tarmogi bachadon arteriyasining oxirgi bo`limi bilan anastomozlanadi.

Jinsiy organlarining arteriyalariga bir nomli venalar yuldosh bo`ladi, shu bilan birga xar bir arteriya yonida ikki vena yotadi. Ichki jinsiy organlarning venalari chigallar hosil qiladi.

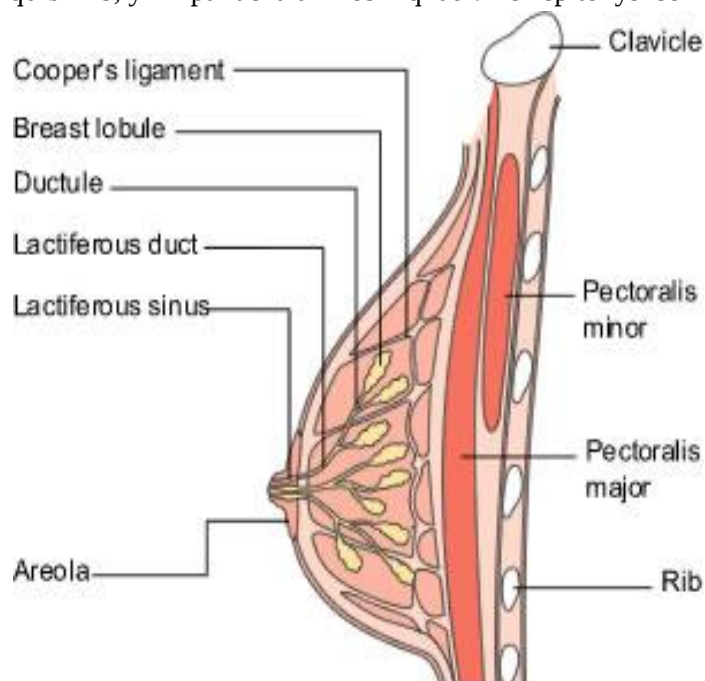
JINSIY ORGANLARINING NERV SISTEMASI

Simpatik nerv sistemasining jinsiy organlari innervatsiyalaydigan tolalari aorta chigali bilan kuyyoshsimon chigaldan boshlanib, pastga yunaladi va V bel umurtkasining rugarasida qorin pastining yuqori chigalini hosil qiladi. Shu chigaldan nerv tolalari pastga va ikki yon tomonga borib, qorin pastining o'ng va chap tomondagi pastki chigallarini hosil qiladi.

Bu chigallardan nerv tolalari bachadon bilan qin o'rtasidagi chigal yoki chanoq chigali (plexusuntero-vaginalis, s. pelvici) degan kalin chigalga boradi. Bachadon bilan qin o'rtasidagi chigal bachadon atrofidagi (parametral) kletchatkada, bachadoning yonida va orqasida bachadon bo'yni kanalining ichki teshigi o'rtasida joylashgan. Bu chigalga parasimpatik nervlardan chanoq nervi (n.pelvicus)ning tarmoklari keladi. Bachadon bilan qin o'rtasidagi chigaldan simpatik va parasimpatik tolalar chiqib, qin, bachadonni, bachadon naylarining ichki bo'limlarini qovukni innervatsiyalaydi. Bachadon tanasi asosan parasimpatik tolalar bilan innervatsiyalanadi.

SUT BEZLARI

Sut bezlari (mammae) shingilga o'xshash tuzilgan. Sut bezning parenximasi bir talay pufakchalardan (alveolalardan) tarkib topgan. Bu pufakchalar sut chiqarish yo'li (ductus lactiferus) ning atrofida joylashadi va shu yo'ning kanaliga tutashadi. Bez to'kimasining bunday o'choqlari birga qo'shilib, yirik pallachalari hosil qiladi. Bez epiteliysi sekret chiqarish vazifasini o'taydi.



Bez pallalari o'rtasidagi tolali qo'shuvchi to'qima elastik tolalar va yog' bor.

Sut bezidagi pallalar 15-20 gacha etadi; har bir pallaning sut chiqarish yo'li bor, alveolalar bilan bog'langan hamma mayda yo'llarning sekreti sut chiqarish yo'liga qo'yiladi. Har bir pallaning sut chiqarish yo'li emchak uchiga alohida-alohida (boshqa yo'llarga qo'shilmasdan) ochiladi; emchak uchida palla yo'llarining soniga yarasha 15-20 teshik bor, bular sut teshiklari deb ataladi. Har bir sut yo'li emchak uchiga chiqishdan oldin emchak uchi tagida kengayadi (sut xaltachasi). Bezning qabariq yuzasidan emchak uchi (papilla mammae) bor, u burishgan, pigmentlangan nozik teri bilan qoplangan. Emchak uchi stilindir yoki qonus shaklida bo'lib, kattaligi har xil. Emchak uchi ba'zan yassi hatto ichiga tortilgan bo'ladi, bu esa bolaning emishini qiyinlashtiradi. Emchak uchi atrofida teri pigmentlangan (emchak uchi atrofida doiracha, areola); rudimentar sut bezlari hisoblanadigan Montgomeri bezlari shu erda joylashgan. Emchak uchi va uning atrofida to'garakchada teriga yaqin yotuvchi muskul tolalari va nerv restseptorlari bor.

Sut bezi tegishli arteriya (a. mammaria) dan va qo'ltiq arteriyasining shoxchalaridan qon oladi. Limfa tomirlari qo'ltiq limfa tugunlariga boradi.

Sut bezlarining funkstiyasi sut ishlab chiqarishdan iborat. Sut bezlari homiladorlik vaqtida sut chiqara boshlaydi, tugʻruqdan keyin sut bezlarining funkstiyasi kuchayadi.

Sut gipofizning oldingi boʻlagidan ajraladigan laktogen gormonining taʼsirida ishlanib chiqadi, gipofizning faoliyatini esa markaziy nerv sistemasida idora etadi. Bola emizilganda sut bezining nerv elementlari taʼsirlanib, markaziy nerv sistemasiga tegishli impuls boradi. Nerv sistemasida roʻy beruvchi oʻzgarishlar tufayli gipofizda laktogen gormon koʻproq ishlanib chiqadi, bu gormon esa sut bezlarining sekretor funkstiyasini (sut chiqarishini) kuchaytiradi.

M.M.Mironovning maʼlumotlariga qaraganda, sut beziga boruvchi nervlar qirqib qoʻyilsa, sut kamroq chiqadi va tarkibi ham oʻzgaradi.

Shartli reflektor xarakterdagi taʼsirlovchilar (bolani koʻrsatish, bola emizish bilan bir vaqtda qoʻllanilgan tovush taʼsirlovchilari) taʼsirida sutning koʻproq chiqishini L.N. Voskresenskiy aniqladi. Kuchli ruhiy hayajonlar taʼsirida sut chiqmay qolishi ham sut bezlarining funkstiyasi bosh miya poʻstlogʻiga bogʻliq ekanligidan guvohlik beradi.

Sut bezlaridagi sekrestiya prostessi qisqacha aytganda quyidagidan iborat. Ishlab turgan sut bezining epiteliy protoplazmasida yumaloq sut sharchalari hosil boʻlib keyin alveolalar boʻshligʻiga oʻtadi. Sut bezlari sekretining suyuq qismi qoning suyuq qismidan anchayin sizilib chiqmay, bez epiteliysida hosil boʻladi.

GINEKOLOGIK BEMORLARNI SUBʼEKTIV TEKSHIRISH USULLARI.

Ginekologik bemorlarni tekshirish soʻrab – surishtirishdan boshlanib, maʼlum reja asosida:

1. Pasport maʼlumotlari. Ayniksa, yoshga eʼtibor beriladi, chunki bolalik, karilik, homiladorlik, laktasion davrda amenoreya fiziologik, balogatga yetish davrda esa patologik xisoblanadiyu, jinsiy yetuk davrda qon ketishi, abort, mioma, yalligʻlanish va b. bilan karilikda qon ketishi esa yomon sifatli oʻsmalar bilan bogʻliq.

2. Shikoyatlari:

I menstrual funksiya boʻyicha: a) necha yoshligida 1-hayz sikli sodir boʻlgan va uning xarakteri (ogʻriq, qon yoʻqotish darajasi, davomiyligi); b) hayz sikli necha kunlik intervaldan keyin sodir boʻladi; v) hayz sikli tipi (3 yoki 4 haftalik sikl, daovmiyligi, qon yoʻqotish, ogʻriq va b.); g) jinsiy xayot boshlangach, tugʻruq va abortdan soʻng hayz sikli tipi uzgardimi; d) xozirgi kasalligida hayz sikli xarakteri uzgardimi; ye) oxirgi hayz sikli belgilanadi.

II Jinsiy funksiya:

1. jinsiy xayotning boshlanishishi;
2. jinsiy xissiyotlar;
3. jinsiy aktning buzilishi: ogʻriqli boʻlishi; bachadon ortiklari va chanoq pardasining yalligʻlanish, endometrioz, orqa parametrit, vulvovaginit, vaginizli (mbulbospongiosus ning spazmi) da va b. kuzatiladi;
4. Qonsentrativ vositalardan toʻgʻri va meʼyorida foydalanish.

III Tugʻish funksiyasi:

1. jinsiy xayot boshlangandan soʻng 1 – homiladorlik kachon sodir boʻlgan;
2. homiladorlik chastotasi, uning kechishi va oqibati;
3. tugʻruq va tugʻruqdan keyingi davrning kechishi;
4. oʻtkazilgan abortlar soni, xarakteri(tabiyy, sunʼiy);

IV Sekretor funksiyasi – qindan chiqadigan ajralma (fluor) ning manbai (korparal, bachadon boʻyni qin, vestibulyar); miqdori va sifati tekshiriladi.

V Eng asosiy ogʻriq simptomi – tashqi jinsiy aʼzolar kasalligida ogʻriq zararlangan soxada joylashadi. Ichki jinsiy organlar kasalliklaridan esa aniq lokalizatsiyaga emas, diffuz xaraterda boʻlib, qorin pastda, bel, dumgaza, toʻgʻri ichak, qin, son va b. soxalarga irradiisyalanadi. Ginekologik kasalliklarda teri sezuvchanligi yuqori zonalar: zaxarin – Geda zonolari boʻlib, ular X kukrakdan IV dumgaza segmentigacha tarkaladi.

VI kushni organlar (ayniqsa, siydik ajratish, ichak funksiyasining buzilishi) funksiyasini tekshirish.

VII Yashash va ishlash sharoitini.

Ginekologik bemorlarni tekshirish sistemasi.

Maqsad: jinsiy organlar va boshqa organlar sistemasining xolati va kasalliklarini aniqlash.

Bajariladi: ayolning butun organizmi tekshiriladi, chunki yuldosh kasalliklar bilan jinsiy organlar kasalliklari bog'liqligi patogenezi asoslash davolash taktikasini tanlash.

Ginekologik amaliyotda ishlatiladi:

1. Tibbiyotda umumiy qo'llaniladigan tekshirish usullari: Kuzdan kechirish palpatsiya, perkusiya, auskultatsiya va b.
2. Maxsus tekshirish usullari: qin orqali [ichki] va bimanual tekshirish, oynalar yordamida, zondlash va b.
3. Laborator tekshirish usullari.

Ginekologik bemorlarni umumiy tekshirish usullari.

Status praesens obiectivus Kuzga kurinadigan teri va shillik pardalarning rangparligi qon yo'qotilishi bilan bog'liq kasalliklar [fibromioma, hayz siklining buzilishi va b.] dan darak beradi. Bemorning umumiy ozishi [kaxeziya], yuzining rangparligi yoki kulrang tusda bo'lishi. Yomon sifatli o'smalarninguzok muddatli kechgan turlariga xarakterli skeletning raxitik deformatsiyasi tug'ruqdan keyingi jaroxatlar [okma, bachadon bo'yni va oraliqning yerilishi]ga olib kelishi mumkin. Ginekologik kasalliklarning rivojlanishida tashqi muxit nokulay faktorlarining muayyan qonstitutsional omillar bo'lganda yakkol namoen bo'ladi. Qonstitutsiyani baxolashda organizmning morfologik va funksional xususiyatlari e'tiborga olinadi.

Infantil tip uchun kuyidagi belgilar xarakterli: o'rta yoki kam xollarda baland buyli, chanogi xamma ulchamlari bo'yicha toraygan, kukrak bezlari, tashqi va ichki organlari yaxshi rivojlanmagan, hayz sikli va detorodnaya [homiladorlik, tugish va abortlar] funksiyalari buzilgan bo'ladi.

Interseksual tip ikkilamchi jinsiy belgilarning tula differentsiallashganligi tufayli bu tipli ayollarning bo'yi baland, skeleti massiv, yelkasi va chanogi keng, chanogi shakl jixatdan erkaklarnikiga o'xshash, boldirlari bir-biriga tegmaydi. Tashqi jinsiy organlarda soch koplami kuchli rivojlangan, soch tuklarining usish xarakteri erkaklarga xos qorining ok chizigi bo'ylab qindik yunalishida usgan, oyoklarida va orqa chiqaruv teshigi atrofida xam soch tuklari ko'p bo'ladi. Shuningdek bu tipdagi ayollarda jinsiy organlar gipoplaziyasi, hayz siklining buzilishi, bepustlik, jinsiy indefferentlik kuzatiladi. Ba'zan infatilizm va interseksuallik belgilari birgalikda bo'lishi aniqlanadi.

Astenik tip uchun ulchamlarning uzunasiga kattalashishi, mushaklar tonusining pasayishi, skeleti, kukrak kafasi va ichki organlarining tuzilishida uziga xos xususiyatlar [yuragi kichik, aortasi tor, diafragma pastda tushishi, uzun ichak tutkishi va b.] ba'zan ichki organlarning pastga tushishi xarakterli. Astenik tipdagi ayollarda bachadon uta xarakatchan va orqaga bukilgan [flexio] xolatda bo'ladi. Ularda tug'ruqdan keyingi davrda [chanoq tubidagi mushaklar va boylam apparatining zaifligi tufayli] bachadon va qinning tushishi yuzaga keladi. Bu tipdagi ayollarda ob'ektiv uzgarishlar bulmasa xam, jinsiy sferasi tomonidan dumgazada og'riq, qorin pastida ogirlik xissi, hayz siklining og'riqli kechishi, kabziyatlar, ish kobiliyatining pasayishiga shikoyat qiladi.

Qorinni kuzdan kechirish - qorin xajmining kattalashishi va shaklining uzgarishi yirik o'smalar [mioma, kistoma va b.] eksudatli peritonit, bachadon ortiklarining yalliglanishi bilan birga bachadon naylarining xaltachali «o'smalari» [gidrosalpinks, piosalpinks] kelganda, tuxumdon absesslarida kuzatiladi. Assit va tuxumdon o'smalarida xam qorin kattalashadi. Kistomalarda qorin gumbazsimon, agar jinsiy organlari kasalliklari assit bilan kechsa, bemor gorizontol xolatda yetganda - qorin tekislangan bo'ladi; bachadon va qining chiqib kolishi yoki pastga tushganda qorin osilib turadi; qorin ok chizigi bo'ylab pigmentatsiyalar, homiladorlikdan keyingi chandiklar diagnostik axamiyatli.

Qorin palpatsiyasi siydik pufagi va to'g'ri ichak bushatilgandan keyin, bemor gorizontol xolatda yotqizilib oyogi son – chanoq va tizza bugimida bukilib (bu qorin mushaklarining bushashtiradi) korni paypaslanadi.

Palpatsiyada aniqlanadi:

- 1) qorin devoring xolati:
- 2) mushaklar tonusi, mushak ximoyasi, qorin to'g'ri mushaklarining diastaz; og'riqli soxalar; jinsiy organlardan chiqadigan yeki kichik chanoq bushligi chegarasidan tashqaridagi o'sma va infiltratlarning ulchami, shakli qonsistensiyasi, chegaralari, og'riq bor-yo'qligi, xarakatchanligi; «ballotirlanish» fenomeni aniqlanishi mumkin. Bachadon ortiklari va chanoq pardasining utkir yalliglanishida qorinning pastki bo'limida mushaklarning ixtiyorsiz taringlashishi (mushak ximoyasi) aniqlanib, ektopik homiladorlikda esa yuza palpatsiyada kuzatilmasligi mumkin.

Qorin perkussiyasi – jinsiy organlarining kasalliklarida hosil bo'lgan kasalliklarida hosil bo'lgan katta infiltrat va eksudat, shuningdek o'smalarning chegarasi va qonturlarini aniqlashga imqon beradi. Perkussiyada bemorning vaziyatini

uzgartirish: ektopik homiladorlikda qon kuyilganda, kistomalar devori yorilganda ajraladigan suyoqlik borligini kursatadi. Perkussiya parametrit va pelvioperitonitni differensial diagnostika qilishda ishlatiladi: parametritda infiltratning palpatsiya va perkussiya chegarasi to'g'ri keladi; pelvioperitonitda esa infiltrat yuzasiga ichak qovuzloklari yepishishi tufayli perkutor chegarasi palpator chegarasiga nisbatan kichik bo'ladi. Bundan tashqari, ichak qovuzloklarining qonglomerati va xam perkussiya qo'llaniladi.

Qorin auskultatsiyasi – ichaklar peristaltikasi va uning xarakteri homiladorlikning 5 oyidan keyingi muddatda homilaning xarakatlari va yurak tonlarini aniqlash mumkin. Masalan peritonitda ichaklar parezi tufayli peristaltika tuxtaydi; ogir ginekologik operatsiyalardan keyin ichaklar motorika funksiyasining buzilishi peristaltikaning susayishi; obturasion ileusda ichaklar tutilganligi sababli shovqinlar baland eshitiladi. Auskultatsiyada jinsiy organlar o'smalari (mioma, kistoma) va homiladorlik farklanadi.

1. Ginekologik bemorlarni maxsus tekshirish usullari.

I. Asosiy [shart bo'lgan]

2. Asosiy [shart bo'lmagan] – qo'shimcha diagnostik ma'lumotlarni olish maqsadida

Shart bo'lgan maxsus tekshurush usullari:

1. tashqi jinsiy organlarni kuzdan kechirish;
2. oynalar yordamida tekshirish;
3. qin orqali [ichki] tekshirish;
4. bimanual vagino – abdominal tekshirish.

Shart bo'lmagan maxsus tekshurush usullari:

- a) rektal va rekto-vaginal tekshirish;
- b) bachadonni zondlash;
- v) pulevie kiskichlar yordamida tekshirish;
- g) sitologik tekshirish usullari;
- d) bachadon shillik pardasini kirish;
- ye) biopsiya;
- j) probniy punksiya;
- z) pertubatio va hydrotubatio;
- i) rentgenokonstrast tekshirish usullari;
- k) siydik pufagi kateterizatsiyasi;
- l) endoskopik tekshirish usullari;
- m) probnie chrevosechenie (kesarcha kesish).

Shuningdek, ginekologik amaliyotda gistologik, bakteriologik, serologik, bioximik tekshirish, xamda kursatmaga asosan tibbiy ginekologik tekshiriladi.

Ginekologik tekshirishga bemorni tayirlash.

Bemorni tekshirish siydik pufagi va to'g'ri ichak bushatilgandan keyin gorizontol xolatda yetqizilib, oyoklari son-chanoq tizza bugimida buqiladi, bosh kismi bir oz kutariladi. Tekshirish jarayoni maxsus ginekologik kresloda olib boriladi.

Kvrsatma: maxsus ginekologik kreslo bo`lmaganda, oek ushlagichi bor kattik va baland kushetkadan foydalanish mumqin.

Tekshurushdan oldun albatta:

1. qin oynalari, kutargich, pinsetlar, surtma olish uchun instrumentlar, paxta, doka sterilizatsiya kilinadi.
2. rezina kulkoplar sterilizatsiyalanadi [ayniksa, suzak, rak, sil, trixomonadali kolpitli bemorlarni tekshirgandan so`ng];
3. kulni kulkopda suv bilan sovunlab yuvib, so`ngra dezinfeksiyalovchi eritmalar: [1:1000 sulema, 0,5% xloramin, 1 % lizol va b.] bilan ishlanadi.

Tashqi jinsiy a`zolari kuzdan kechirish

Kuyidagilar e`tiborga olinadi:

1. soch koplaminig usish darajasi va xarakteri [ayollarga xos (gorizontal yunalishda) , erkaklarga xos (vertikal yunalishda),
2. katta va kichik jinsiy lablarning rivojlanishi;
3. oraliq xolati [baland, past]
4. patologik jarayonlar: yalliglanish, o`sma, eroziya, kandiloma, okma, oraliq yorilgandan keyingi chandiklar va b.
5. jinsiy yoriqning xolati;
6. ayol kuchanganda bachadon va qin devorlarining tushishi
7. orqa chiqaruv teshigi [varikoz tugunchalar, yoriq, kandiloma, to`g`ri ichakdan shillik, yiring yoki qon ajralishi]

Kichik jinsiy lablarning yordamida uzoklashtirilib, vulva va qinga kirish yo`lida kuruladi:

- A) rangi [rangparligi, sianoz];
- B) sekret xarakteri;
- V) patalogik jaraenlar borligi [yalliglanish, kista, eroziya va b.];
- G) siydik chiqarish kanali tashqi teshigi va bartomeni bezi chiqaruv yullarining xolati [giperemiya, ajralmalar chikishi];
- D) qizlik pardasi shakli yoki uning qoldiqlari.

Oynalar yordamida tekshirish

Etaplar:

- 1 – tashqi jinsiy a`zolari kuzdan kechirish;
- 2 – oynalar yordamida tekshirish;
- 3 – qin orqali va bimanual tekshirish.

Shu tartibda tekshirilishi lozim, chunki qo`shimcha travmatizatsiya tufayli eroziya xarakteri uzgaradi.

Kursatmalar:

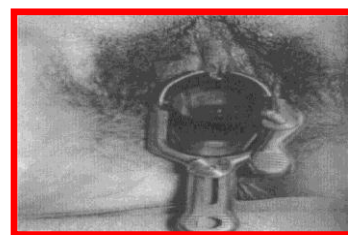
1. bachadon bo`yni va qinning kasalliklari: eroziya, polip, leykoplakiya, bachadon bo`yni, rak, kolpit, servisit, tuberkulez yara, travmalar va b.
 2. qizlarda tekshirish o`tkazilmaydi.
- Qin oynalari turlari: a) silindrik, b) darchali-Kusko; v) qoshiqsimon [plastinchatiy]

Silindrik oynalar kam ishlatiladi bachadon bo`yni kasalliklarini davolashda ishlatiladigan dori moddalaridan qin devorini izolyatsiya qilish maqsadida qo`llaniladi. Darchali [uzini ushlab turuvchi] oynalar ambulator amaliyotda va assistent bo`lmaganda foydalanilib, berk xolatda qin gumbazira kiritilib darchalari ochilganda bachadon bo`yni ochiladi. Oynani qindan asta-seqin chikarilganda qin devorlari kurinadi.

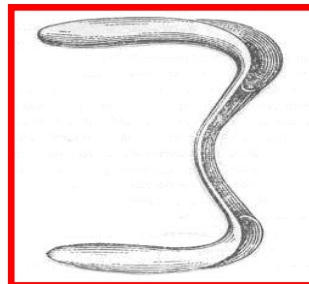
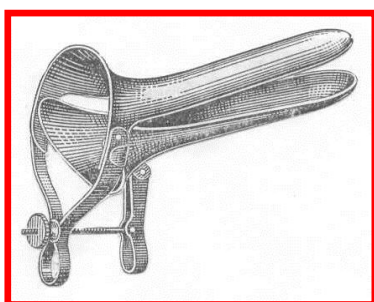
Bachadon bo`yni va qin devorlarini ko`rish uchun eng kulay qoshiqsimon oynalardir. Oyna yordamida oraliqni orqaga itarib, qinning orqa devori bo`ylab kiritiladi, so`ngra o`nga parallel ravishda yassi kutargich kiritilib qinning oldingi devori yuqoriga kutariladi. Bachadon bo`ynini yaxshirok ko`rish uchun yassi plastinchatiy oynalar xam kiritilishi mumqin.

Bunda anuklanadu:

1. bachadon bo`yni va qin shillik pardasi rangi;
2. sekret xarakteri;
3. barmok orqali tekshirishda kurinishi va ajralmalar



QIN OYNALARI YORDAMIDA TEKSHIRISH



QIN OYNALARI

3. bachadon bo`yni shakli va ulchami.
4. patologik jaraenlar [yallishlanish, travmalar, eroziya, o`sma, okma va b.]

Qin orqali [ichki] tekshirish.

Qin orqali tekshirish o`ng kulli kursatkich va o`rta barmoklar yordamida, leqin qin torligi [gipoplaziya, yoshi bog`liq atrofiya, tugmagan ayollar] da fakat 1 barmok bilan tekshiriladi. Barmokni kiritishdan oldin vulvani dezinfeksiyalovchi eritmalar xullangan tampon yoki steril paxta bilan artiladi. Chap kulning bosh va kursatkich barmok bilan jinsiy lablar bir-biridan uzoklashtiriladi. Kursatkich va o`rta barmok qinga kiritilib, bosh barmok simfizga, IV - V barmoklar kaftga bukilib asosiy falangalar tashqi tomoni oraliqqa takalib turadi.

1. Oraliq soxasidagi mushaklar xolati [kuchsizlanishi, atrofiya yoki gipotrofiya]
2. Vestibulyar bezlarning joylashuvi [kista, yalliglanish va b.]
3. Qin oldingi devori orqali uretra paypaslanadi [yalliglanish, og`riq, zichlashishi]
4. Qinning xajmi, burmalari, chuzilishi, patologik jarayonlar [infiltrat, chandik, stenoz, o`sma, rivojlanish nuksonlari]. Qin gumbazining chukurligi, kattikchanligi, og`riqligi [bachadon ortiklari, chanoq pardasi va klechatkaning yalliglanishida qin gumbazi og`riqli, rigidlashgan, burtib, chikkan; gipoplaziya va karilik atrofiyasida qin gumbazi tekislangan]

Bimanual [vagino-abdominal] tekshirish

Bunda o`ng kulning kursatkich va o`rta barmoklari qin gumbaziga kiritilib, bachadon bo`yni orqaga siljiriladi. Chap kul kafti qorin devori orqali bachadon tanasi paypaslanganda aniqlanadi:

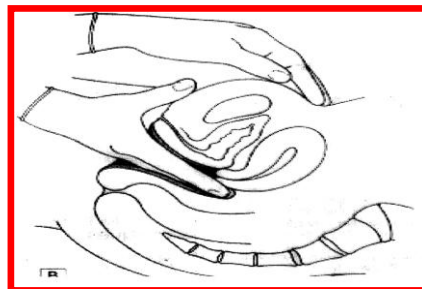
1. Bachadon xolati: egilgan: [versio], bukilgan [flexio], gorizontal uk bo`ylab siljigan [positio], vertikal uk bo`ylab siljigan [elevatio, descensus, prolapsus].
2. Bachadon ulchamlari: normal, kichraygan [gipoplaziya, atrofiya] kattalashgan [homiladorlik, mioma va b.].
3. Bachadon shakli: normal [noksimon, tekislangan], dumalok [homiladorlik] noto`g`ri [o`sma, rivojlanish, anomaliyalari].
4. Qonsistensiyasi: odatdagi, yumshok [homiladorlik, fliktuatsiyalovchi gematometr, piometr], kattik [mioma].

5. Xarakatchanligi: normal, chegaralangan yoki yo`qolgan [o`sma, chandik], uta xarakatchan [bachadon tushishi].

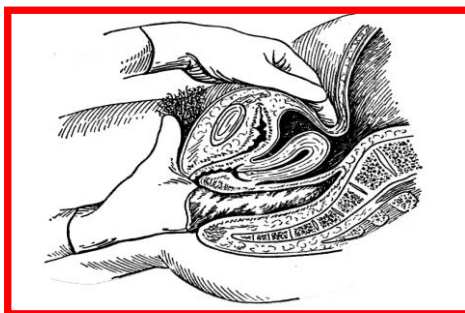
6. Og`riqligi [yalliglanish, mioma tugunlaridagi ikkilamchi uzgarishlar].

Keyin tashqi va ichki barmoklar bachadon burchagidan chanoq yon devorlariga o`tkazilib, bachadon nayi [N= paypaslanmaydi], tuxumdon , bachadon boylamlari [N= paypaslanmaydi], chanoq, pardasi va kletchatkadagi patologik uzgarishlar aniqlanadi.

БИМАНУАЛ ВАГИНО – АБДОМИНАЛ ТЕКШИРИШ



РЕКТО – ABDOMINAL ТЕКШИРИШ



Bachadonni zondlash.

Kursatma: diagnostik [bachadon xolati, ulchami, bo`ynining uzunligi, bo`yin kanali o`tkazuvchanligi stenoz, atreziya va b]; davolash [bachadon shillik pardasini kirish, qin orqali kesarcha - kesish] maqsadida.

Texnikasi: stasionar sharoitda aseptika va antiseptika rioya kilingan xolda qinga oyna kiritib, pulevoy kiskich bilan bachadon bo`ynining oldingi labi ushlanadi. Bachadon antifleksiyasida metall zond tugmachasi oldinga retrofleksiyada orqaga yunalishda bachadon bushligi va bo`yin kanaliga kiritiladi.

Bachadon shillik pardasini kirish.

Kursatma: diagnostik [xavfli o`sma, endometriy sili, polipoz, hayz siklining buzilish sabablari], davolash [xirurgik gemostaz] maqsadida.

Kerakli asboblari:

1. qoshiqsimon qin oynalari;
2. pulevie kiskich;
3. bachadon zondi;
4. kengaytirgichlar.
5. qoshiqchalar [kyuretki] kirish uchun.

Texnikasi: qin oynalari kiritilgach, bachadon bo`yni oldingi labida pulevoy kiskich kuyilib, qinning orqa – yon gumbaziga 0,25 % li 80-100 % li novakain bilan anesteziya kilinadi. Zondlash orqali bachadon xolati va bushligining uzunligi aniqlanib, bachadon bo`yin kanali kengaytiriladi. (№24, №26) kengaytirgichlar bilan antefleksiya, refleksiyani inobatga olib, so`ngra kyuretkani bachadon bushligiga kiritib bachadon

tubidan, orqa, yon old devorlaridan ichki zevgacha kirib olinadi. Kirmani likopchaga solib, kuzdan kechirib, etiketkasiga bemor F.I.O bor 5% li formalin yoki 96% li spirt eritmasiga kirmani solinib laboratoriyaga gistologik tekshirish uchun yuboriladi.

Pertubatio (bachadon naylariga xavo yuborish)

Kursatma: diagnostik maqsadda bachadon nayining o'tkazuvchanligini tekshirish, ayniksa, bepustlikda.

Texnikasi: maxsus apparatura yordamida bachadon bushligiga 150 ml sim ustdagi bosimda xavo yuborib, monometrda kuzatiladi. Bachadon nayi o'tkazuvchanligining simptomlari;

A) qov ustida auskultatsiyada shovqin eshtilishi;

B) manometrda strelka pasayadi;

V) frenikus – simptom paydo bo'lishi mumkin.

Gidrotubatsiya

Kursatma: diagnostik va davolash maqsadida

Bachadon nayiga steril eritmalar [novakainli fiziologik eritma, antibakterial preparatlar va b.] apparat yordamida 150 – 180 ml sim ustda yuboriladi. Agar buzilgan bulsa, monometrda strelka kutariladi.

PEHTGEHOKOHTPAST TEKSHIRISH USULLARI.

Gisterosalpingografiya

Kursatma: bachadon nayi o'tkazuvchanligi qaysi kismida (ampulyar, istnik interstisial) bekilganligi sho'nga asoslanib bepustlikni xirurgik taktikasi tanlaniladi. Kontraktmetrografiya patologik uzgarishlarni

kursatadi. [Submikoz mioma, bachadon rivojlanishi nuksonlari va sinexiya va b.)

Texnikasi: bachadon bushligiga uning naqonechnigi orqali shpris yordamida

2-5 ml [bachadon ulchamiga mos] kontrast modda: yodotrast, yodolipol, yoki suvli eritmalar [diodon, diodrast, kardiotrast va b.] yuborilib, bemorning gorizontal xolatida rentgenografiya kilinadi, [shubxa tugilsa, 24 soatdan keyin kayta rentgenografiya bajariladi.

Agar naylar o'tkazuvchan bulsa, kontrast modda qorin bushligi [kichik chanoqda] aniqlanadi. Submukoz miomatoz tugunchalari yoki polip soxasida «tulishish deffekti» aniqlanadi.

Eslatma: hayz siklidan 8-10 kun utgach, yoki hayz siklining 2-fazasida metrosalpingografiya kilinadi.

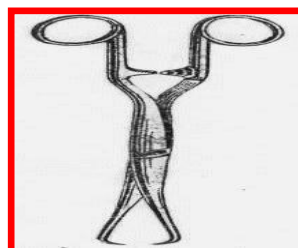
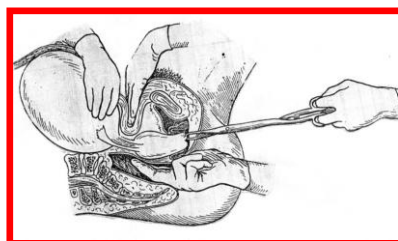
Karshi kursatmalar: utkir va utkir osti yalliglanish kasalliklari, gonoreyali endometrit, eroziya, bachadon ichi va tashqari homiladorlik, bachadon shillik pardasini kirgandan keyin bajarilmaydi.

Endoskopik tekshirish usullari.

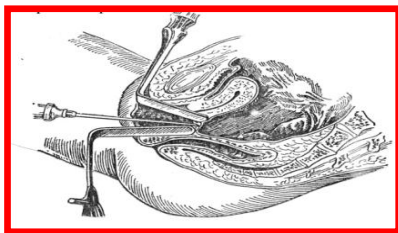
Kolposkopiya - shtativga fiksatsiyalangan va yorituvchi moslamali binokulyar yoki monokulyar lupa bo'lib, tekshiriladigan soxani 10-30 marta kattalashtiradi. **Kursatma:** bachadon bo'yni va qindagi o'sma, eroziya, leykoplakiya, kandilomatoz hosilalar va b, shuningdek bolalardagi bachadon bo'yni va qindagi yalliglanishli uzgarishlar. Qiz bolalarda bachadon bo'yni va qinni qizlik pardasidagi teshik orqali ingichka kateter kurinishida vagonoskop kiritiladi.

Kuldoskopiya - ayol chalkancha yotqizilib, oyogi son-chanoq va tizza bugimida bukilib, tashqi jinsiy organlar dezinfeksiyalovchi eritmalar bilan artilib, bachadon bo'yni oynalar bilan ochilib, kiskichlar kuyilgach, qinning orqa gumbazi 0,25 % novakain eritmasi bilan anesteziya kilinadi. Keyin bemorni tizza tirsak xolatiga o'tkazilib, oynalar yordamida qinning orqa gumbazi ochiladi va bir oz kesilib, troakar orqali loperoskop urnatilib, bachadonning orqa yuzasi, tuxumdon va naylar xamda ulardagi patologik uzgarishlar aniqlanadi.

PULEVOY QISQICHLAR



GISTEROSALPINGOGRAFIYA



SITOLOGIK tekshirish.

Qindan olingan saklanmani buyum oynasiga olib, efir spirtli aralashma bilan fiksatsiya kilinib, gemotoksimin [15 min], 1 % eozinning suvli eritmasi bilan 2-3 minut buyaladi, va kuritiladi. Mikroskop ostida kurganda aniqlanadi:

1. Shoxlanuvchi xujayralara katta ulchamli, protoplazmasi kuchsiz buyalib, piknotik yadrosi bo`ladi. Bu tipdagi xujayralar tuxumdon siklining follikulyar fazasiga xarakterli.

2. Oraliq xujayralar o`rta ulchamli, yadrosi shoxlanuvchi xujayralarga nisbatan katta. Hayz siklining barcha fazalarida, ayniksa, lyutein fazada kuzatiladi.

3. Bazal yoki atrofik xujayralar kichik ulchamli yadrosi oraliq xujayraga nisbatan katta bo`lib, menopauza davrida va tuxumdonlarning yakkol gipofunksiyasida kuzatiladi.

Sitologik reksiyalarning kuyidagi tiplari bo`ladi:

I reaksiya - surtmada bazal [atrofik] xujayralar va leykotsitlar bo`lib, ekstrogen garmonlarining kesqin yetishmovchiligi bilan xarakterlanadi.

P reaksiya- bazal oraliq xujayralar va leykotsitlar bo`lib, estrogenlarning ma`lum darajada yetishmasligi bilan xarakterlanadi.

IP reaksiya - oraliq xujayralar ustunlik kilib, 1-2 bazal va parabazal xujayralar bo`lib, bir oz ekstrogen yetishmasligi bilan ifodalaniladi.

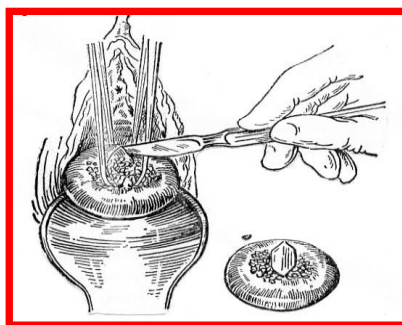
IV reksiya - shoxlanuvchi va oraliq xujayralar bor, bazal xujayralar va leykotsitlar yo`q- bu tuxumdon ekstrogen funksiyasi yaxshiligidan dalolat beradi. Bunda shoxlanuvchi va oraliq xujayralar orasidagi nisbat **KPI** kariopinnotik indeks deyilib, hayz siklining normal fazalarida turli, [%]larda bo`ladi. Shuningdek hayz sikli buzilishini xam kursatadi.

«**Korachik fenomeni**» tuxumdon siklining follikulyar fazasida bachadon bo`yin kanali bezlari shillik, tinik sekret bezlari ishlab chiqaradi. U ning miqdori ovulyatsiya fazasida eng chukkiga kutarilib, bachadon bo`yin kanalining tashqi teshigi 0,25-0,3 sm diametrgacha kengayadi. Qin oynalari yordamida bachadon bo`yni ochilganda, kanalining kengaygan teshigi «korachik» ni eslatadi. Lyutein fazada «korachik» fenomeni yuqoladi.

[bo`yinning tashqi teshigi torayib, shillik yo`q, «kuruk» bo`yin].

Homiladorlikning 1 – yarmida bu fenomen bulmaydi. [sarik tana progressiyasi tufayli], follikula persistensiyasida esa yakkol ifodalaniladi.

SITOLOGIK MATERIAL OLISH:



KRISTALIZATSIYA (ARBORIZATSIYA) SIMPTOMI



Kristallizatsiya [arborizatsiya] simptomi – bachadon boʻynining shillik sekreti buyum oynasiga 2-3 tomchi olinib, xavoda 10-15 minut kuritilgach, fiziologik eritmadan tomizilib, mikroskop ostida kuriladi. [koʻrish paytida Na Cl + musin = uzaro taʼsiri yuzaga keladi. Kristallizatsiya fenomeni follikulyar fazaning 5-7 kunidan boshlanib, ovulyatsiyada eng chukkiga yetadi. Shu **vaktda surtma paporotnik bargini** eslatadi. RASM Lyutein fazada esa **barg elementlari radial** yoki **xochsimon** joylashadi. Bu reksiya minstrual va germinativ funksiyani aniqlash va davolashda ishlatiladi.

Bazal [rental) temperaturani ulchash individual termometr yordamida uykudan keyin yoki tinch xolatda amalga oshiriladi. Normal hayz sikli follikulyar fazada $t=37$ s dan past ovulyatsiyadan oldin bir oz pasayib, lyutein fazada 0,4-0,6 s gacha kutariladi, hayz siklidan 1-2 kun oldin t yana pasayadi. Bu 2 **fazali xarorat** tuxumdon siklida follikulyar va lyutein fazaning ketma -ketligini kursatadi. Anovulyator [1 fazali] siklda xarorat egriligi monotonniy xarakterda boʻladi.

Amaliy mashgʻulot № 2: Normal hayz sikli va uning regulyatsiyasi. Hayz siklining buzilishi. Amenoreya. Gipomenstrual sindrom.

1.1. Taʼlim berish texnologiyasining modeli.

Mashgʻulot vaqti -5soat	Talabalar soni: 18
Mashgʻulot shakli	Amaliy mashgʻulot
Reja	Talabalarni Hhayz stikli buzilishini ning etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, uning asoratlari va ularning oldini olishda vrach taktikasi bilan tanishtirish. BDQK turli yoshdagi ayollarda turlicha boʻlishi va ularni zamonaviy davolash choralari, boshqa kasalliklar bilan taqqoslovchi tashxisni oʻrgatish mavzuning asosiy maqsadidir.
Mavzuning maqsadi: 1. Hayz stikli buzilishini yuzaga keltiruvchi patogen omillar haqida maʼlumot. 2. Hayz stikli buzilishini etiologiyasi va patogenezi. 3. Hayz stikli buzilishini tasnifi, klinik variantlari, boshqa kasalliklar bilan taqqoslovchi tashxislash. 4. Hayz stikli buzilishi ni tashxislash. 5. Hayz stikli buzilishini Davolash usullari (simptomatik davolash, umumiy davolash usullari, fizioterapevtik usullarni qoʻllash). 6. Davolashda gormonlarni qoʻllash. Kasalning yoshiga qarab preparatlarni tanlash. Gormonal gemostaz (estrogenlar bilan, progesteron bilan, estrogen va androgenlar bilan, estrogen va	

progesteron bilan). Stiklik gormonal terapiya.	
1. Bemor shikoyatlariga e`tibor berish. 2. Kasallik tarixini yig`ganda olingan ma`lumotlar. 3. Epidemiologik anamnez ma`lumotlarini aniqlash. II bosqich. Maqsad:	
Mavzuning vazifasi- - ; Hayz stikli buzilishini sabablarini 2. Hayz stikli buzilishini klassifikatsiyasini 3 Hayz stikli buzilishini. klinikasini 4. Hayz stikli buzilishini funkstional diagnostika testlarini 5. Hayz stikli buzilishini davolash prinstiplarini	
Ta`lim berish usullari	Ko`rgazmali, ma`ruza, suhbat
Ta`lim berish shakllari	Ommaviy, jamoaviy
Ta`lim berish vositalari	kompyuter, multimedia, slaydlar, mavzuga oid bemorlar va boshqalar
Ta`lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash.	Og`zaki nazorat:savol-javob.

Amaliy mashg`ulotining texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti.	Ta`lim beruvchi	Ta`lim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi	1. Auditoriya tozaligini nazorat qiladi 2. Talabalarni mashg`ulotga tayyorgarligini tekshiradi 3. Davomatni nazorat qiladi	
1. O`quv mashg`ulotiga kirish bosqichi (10 daqiqa)	1.Mavzu bo`yicha o`quv mazmunini tayyorlash. 2.Kirish ma`ruzasi uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash 3. Fanni o`rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro`yxatini ishlab chiqish	
2 – asosiy bosqich (55 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo`lib, mavzu bo`yicha savollarni beradi. 2. Ko`rgazmali plakatlardan foydalanadi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi 4. Davolash ishlarini olib boradi 5. Mavzular asosida berilgan ma`lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag`batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bo`linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar
1- yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi

Foydalanadigan interaktiv usullar

«O`rgimchak to`ri» o`yini.

1. Talabalar darsga tayyorlanishlari uchun bir oz vaqt beriladi.

2. Talabalar stol atrofida yig'iladilar.
3. Qatnashchilardan biri kalavani oladi va uchini ochib boshqa bir qatnashchiga beradi. Ipni ushlagan qatnashchiga savol beriladi.
4. Savolga to'liq va to'g'ri javob berayotganligi tekshirib turiladi.
5. Keyin kalavani uchi yana boshqa qatnashchilarga uzatilaverilib, o'rgimchak uyasi hosil bo'ladi.
6. Barcha qatnashchilar savollarga javob berib bo'lgach, kalavani uchi yana savol bergan talabaga qaytarib beriladi. Shunday tarzda o'yin yana qaytadan boshlanishi mumkin.

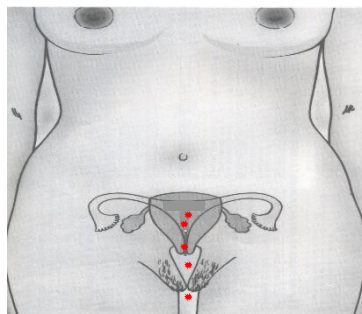
Ogohlantirish: Har bir talaba berayotgan savollarga to'liq va to'g'ri javob olishlari shart.

«Stol ustida ruchka» o'yini.

1. Assistent o'tilgan mavzu yuzasidan savol tuzadi (o'rtacha har bir talabaga 2-3 tadan).
2. Talabalar stol atrofida yig'iladi.
3. Stol o'rtasida ruchka qo'yiladi va soat strelkasi bo'yicha aylantiriladi.
4. Ruchka qaysi talabaga kelib to'xtasa, assistent o'sha talabaga savol beradi.
5. Savolga javob bergan talaba yana ruchkani aylantiradi va savollar tugagunicha o'yin davom ettiriladi.

MAVZU BAYONI

Ayollar yetuklik (balogat) davri davomida hayz kuradi. Hayz vaktida 50- 100 ml qon yuqoladi, bu qon ishorat reatsiyali bo'lib shilimshik modda kushilgan, kuykasiz, uziga xos xidli bo'lib deyarli kuyilmaydi. 60% ayollarda hayz ko'rish sikli 28 kunni, 10 –12% 30-35 kunni, 28% - 21 kunni tashqil etadi.

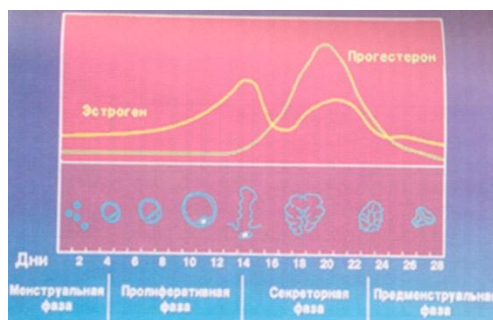


Hayz ko'rish siklining normal kechishiga relizing faktorlarning gonadotrop va tuxumdon gormonlarining roli katta. Yuqorida aytilganlardan birortasini ishlab chikarilishi buzilsa, hayz siklining buzilishga yoki umuman hayz kurmaslik yoki uzok qon ketishlarga olib keladi.

1960 yilda Pechenko kuyidagi klassifikatsiyani kiritgan:

- Amenoreya (birlamchi va ikkilamchi).
- Dismenoreya (birlamchi va ikkilamchi)
- Anovulyator hayz ko'rish sikli
- a) giperestrogenemiya belgilari bilan
- b) gipoestrogenemiya
- Morfologik anotomik uzgarishlar bo'lgan ginekologik qon ketishlar siklik qon ketishlar;
- asiklik qon ketishlar
- utqinchi qon ketishlar
- morfologik – anatomik uzgarishlarsiz ginekologik qon ketishlar (disfunktional qon ketish) siklik 2 fazali va anovulyator sikli.
- Vikor menstruatsiya.

AMENOREYA



Hayzning – menstruatsiyaning bulmasligi. Bu xolat doimo xam patologik xol emas, chunki ayol umrining ayrim davrlarida bu xolat fiziologik bo`lib xisoblanadi. Amenoreyaning quyidagi turlari tafovud kilinadi.

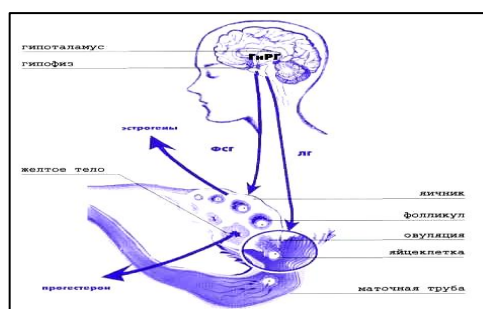
1. Birlamchi amenoreya – ayolning yashash davri davomida umuman hayz kurmasligi.
2. Ikkilamchi amenoreya - avval 3 oydan kam bo`lmagan ichida hayz kurmagan.

Chinakam amenoreya – tuxumdonda, bachadonda, gipotalamus – gipofizar sistemasida siklik uzgarishlar bulmasligi.

Yolgondakam – amenoreya – regulyar hayz ko`rishining, bachadonda, tuxumdonda, siklik uzgarishlar borligiga karamay, bulmasligi. Bu jinsiy organlar rivojlanishiga anomalik nuksonlar bo`lganda qinning atreziyasi yoki bo`lmaganda, bachadon tashqi teshigining usib, yopik bo`lganda qizlik pardasining umuman teshik bo`lmaganda uchraydi. Bunday amenoreya xirurgik yul bilan davolanadi.

Etiologik faktor bo`yicha chinakam amenoreya fiziologik va patologik bo`lib bulinadi.

75 % kukrak suti bilan bola emiradigan ayollarda 5 oydan – 2 yilgacha davom etadigan laktasion amenoreya kuzatiladi. Sut bezlari reseptorlari ta`sirlanishi natijasida nerv impulslari gipofizga yetib borib, LTG ishlab chiqarishini ko`paytiradi, bu uz navbatida sut bezining sekretor vazifasini oshirib gipofizning gonadotrop vazifasini tuxtatadi. Natijasida amenoreya xolati yuzaga keladi. Ayrim vaktida emizikli ayollarda anovulyator sikl bo`lishi kuzatiladi. Keksalik davrlarda tashqi va ichki jinsiy organlar atrofiyaga uchraydi va jinsiy bezlar ishlatilmasligi tufayli gonadotrop gormonlar ajralishi xam tuxtab qoladi. Birlamchi patologik amenoreya ko`prok bachadon va tuxumdon aploziyasi, umumiy infantilizm, chukur rivojlanmagan ayol organizmlarida uchraydi. Ogir kechgan infeksiyon kasalliklar (tuberkulyoz; malyariya) bolalikda noto`g`ri ovkatlanish, gipofizning giper – yoki gipofunksiyasi infantilizmga olib kelish mumqin.



Buyrak usti bezi, gipotalamus, gipofiz, kalqonsimon bez va ichki sekresiya bezlari vazifasining buzilishi, xromosomal uzgarishlar xam amenoreyaga olib keladi.

Ikkilamchi amenoreyaga umumiy va lokal faktorlar sabab bo`lishi mumqin. Bularga morfiy, simob, kalay bilan surunkali zaxarlanish, utkir yo`qumli kasalliklar, surunkali kasalliklar anomalija, kam – kusti ovkatlanish, ichki sekresiya bezlari funksiyasining buzilish, ayniksa yalliglanish. O`smalar, patologik tug`ruqdan keyingi davr tufayli gipofiz funksiyasining pasayishi kuchayadi.

Organlarning kasallanishiga karab markaziy va periferik genezli amenoreya ajratiladi. Markaziy genezli amenoreyaga gipotalamus – gipofiz va bosh miya po`stlog`ining funksiyalarining buzilishi tufayli vujudga keladi.

Gipotalamus zararlanishi natijasida amenoreya bolalikda xamda balogatga yetish davrida uchrashi mumqin. Oxirgi xolda birlamchi amenoreya genezi va gipogonadizm va semizlik bilan birga kechadi.

KIARI - FROMMELI SINDROMI.

Bu sindrom persistensiyali galaktoreya, amenoreya va jinsiy organlar gipotrofiyasini oshib borishi bilan xarakterlanadi. Etiologiya va patogenezini hozirgacha aniqlanmagan. Kasallik negizida gipotalamusning prolaktin tuxtatuvchi relizing – faktor (AKT-LG) biosintezini boshqaruvchi markazning zararlanishi natijasida LTG ning uzok vakt davomida ajralib turishi FSG ishlab chiqarishning kamaytiradi. Bu esa tuxumdonning esterogen sekresiyasini kamaytirib amenoreyaga sabab bo`ladi. Tashxis kuyish kiyin emas. Gormonal tekshirilgan, 17 – ketosteroidlar, ekskreksiyasi normada bo`lib FSG va esterogen gormonlarining ekskreksiyasi kamayganligini kursatadi. Kasallik o`smasababli bulsa, jarroxlik yo`li bilan yoki rengen nur orqali davolanadi. Kolgan xollarda davoni laktatsiya gormonlar yordamida tuxtatishga karatiladi. FSG – gonodotropin 60 YeD dan 10 – 20 kun, endonazal elektroforez 30 kun davomida, gipofiz oldingi bo`limi gipofunksiyasi gipofizar nanizm shaklida namoyon bo`lib, o`smay kolishi bilan xarakterlanadi. Gipofizar nanizm davosi bilan endokrinolog shugullanadi. Davo 1 – navbatda bo`yning usishiga karatilgan bo`lishi kerak.

SHIXAN SINDROMI.

Bu sindrom juda ko`p qon ketish bilan asoratlangan, tug`ruq va abortdan keyin rivojlanadi. Kasallikning sababi gipofizning qon tomirlari trombozi, spazm, emboliyasi va nekrozi xosdir. Bezning 2/3 kismi nekrozga uchrasa, Shixan sindromi kelib chiqadi. Gipofiz kismining qaysi kismi nekrozga uchraganiga karab kasallik belgilari aniq yoki kurimsiz bo`lishi mumqin. Kasallikning 1–belgilaridan biri laktatsiyaning bulmasligi yoki tez yo`qolishi, amenoreya.



Xolsizlik oshib borishi, adenomiya tana vaznining kamayib borishi kuzatiladi. 1 oydan so`ng jinsiy organlar gipotrofiyaga uchrab, qov va kultik osti chukurchasidagi soch tuqiladi. Ayrim xollarda boshdagi soch xam tuqilishi mumqin. LG va FSG sekresiyasi kamayib ketadi. Kasallikning kechki davrida gipofizar gormonlar ta`siri ostida barcha sekresiya bezlarining ishi buziladi. Davoni kasallik boshlanishidan boshlash kerak. Kam kustsiz yetarli darajada ovkat bilan birga gormonoterapiya olib borish kerak. Jinsiy bezlarning funksiyasini tiklash uchun esterogen va gestogenlar bilan o`tkaziladigan siklik terapiyadan foydalanish kerak. Buyrak usti bezi yetishmovchiligiga (kortizon 12, 5 – 20 mg xar kuni 20 kun davomida), gipoteriozda kortizon bilan birga tiroidin 0,015 gr 2 marta kuniga asta – seqinlik bilan dozasini 0: 05 – 2, 0 gacha oshirib borish mumqin. Gipofizning oldingi bulagi gormonlarni yetishmovchiligida kortikosteriod gormonlar (kortizon 12, 5 – 20 mg xar kuni 20 kun davomida, gipofizda kortizon bilan birga ishlatiladigan tiroidin 0,015 gr 2 marta xar kuni asta seqinlik bilan miqdorini 0,05 – 2 marta maxal marta ko`paytirish kerak). Gipofizning oldingi bulagi gormonlari ko`p ishlab chiqarish sababli kelib chikkan amenoreya akromegaliya va gigantizm uchraydi. Bunda STG ko`p ishlab chikariladi. Bu kasalliklar gipofiz oldingi bulagi o`smalarida, yalliglanish travmada uchraydi. Bu xollarda amenoreya usishi gormoni va gonodotrop gormonlar o`rtasida antogonizm borligi bilan boglanadi. Shuningdek, FSG ishlab chiqarishning kamayishi kuzatiladi.

Laborator tekshiruvlar 17 ketosteroid gormonlarning kamayganligini, uzok vakt kasallangan ayollarning qin surtmasida bazal xujayralarning ko`p bo`lishi aniqlanadi.

Davo endokrinologiya kasalxonasida o`tkaziladi. Gormonal davodan esterogen preparatlar 20-30

mg sutkasiga 5-6 marta xafta davomida kilinadi. Bu esa usishni tuxtadi. 8-10 kun davomida 5-7 kun oraliq bilan o'tkaziladigan kvatera usuli ko'prok rasional xisoblanadi. Isengo – Kushengo kasalligida (AKTG – giperproduksiyasi) gipotalamo – gipofizar oblastning zararlanishi giperkortisizmga olib keladi va amenoreya kuzatiladi. Ko'prok 20-40 yoshda patologik tug'ruqdan keyin uchraydi. Semizlik bo'lib ko'prok yuz va tana soxasida kuzatiladi, bosh ogrigi gepertoniya bo'lishi mumkin. Laborator tekshiruvlar 17 – ketosteriod va esterogenlarning normal kursatkichlarini aniqlaydi. AKTG yoki deksametazon kortizon bilan o'tkazilgan proba musbat chiqadi.

Davosi: endokrinologiya kasalxonasida o'tkazilib gipotalamus – gipofizar zonani rengen nur kilinadi. Gormonal dorilardan sintetik progestinlardan 1 tabletkadan 21 kun 7 kunli oraliq bilan 3-4 oy davomida gormonal amenoreyani, semizlikni kamaytiradigan parxez bilan kushib olib borish kerak. Perefirik genezda amenoreyada tuxumdon amenoreyasi kiradi.

TUXUMDON AMENOREYA SI.

Gipotalamus va gipofiz faoliyati saklanishiga karamay tuxumdonning gormonal faoliyati buzilsa, xam amenoreya bo'ladi. Agar tuxumdonda tugma nuksonlar bulsa yoki balogatga yetgo'nga qadar boshlansa, birlamchi ammenoreya yuzaga keladi, kattarok yoshda bulsa ikkilamchi amenoreya yuzaga keladi. Ayol somatik xujayralarida 2 ta jinsiy XX xromasomasi bo'lib, erkaklarda esa 4 xromosoma bo'ladi. Bu xromasomalardan biri bulmasa (XO) yoki ortikcha bulsa (XXX) xamda mozasizimda jinsiy rivojlanish buziladi. Ogiz bushligi shillik qavati surtmasida X xromatin tanalarini sanab bilish mumkin. Xromasoma soni xromatin soniga nisbatan 1 ga ko'p bo'ladi.

Jinsiy bezlar disgeneziyasida Shereshevskiy – Turner sindromi toza yoki aralash turda bo'lishi mumkin. Kasallik belgilari bola tugilgandan aniqlanib, past buyli, bochkasimon kukrak kafasi, kalta va keng bo'yin, ptoz, yuqori tanglayning baland bo'lishi, kukraklarning pastda joylashuvi kuzatiladi.

Jinsiy infantilizm yaxshi namoyon bo'lgan ikkilamchi jinsiy belgilar va sut bezlari yo'q, qin va bachadon rivojlanmagan, laborator tekshiruvlarda jinsiy xromatin yo'qligi, estrogen ekskresiyasi juda kam bo'lishi qin surtmasida atrofiya belgilari bo'lib bazal xujayralarning ko'p bo'lishi siydikda gonadotropin gormonlari ekskresiyasi baland ekanligi aniqlanadi.

Davosi: juda kiyin bo'lib, kasalning yoshi va kasallik turidan bog'liq.

Balogatga yetguncha davolash boshlansa, bo'ynining usishiga etibor berish kerak yoshi kattalarda ikkilamchi jinsiy organlarning rivojlanishi uchun esterogen gormonlar (mikrofolin 0,05 mg 20 kun 10 kunlik oraliq bilan, davolash kursi 6-8 oy) menstruatsiyadan keyin qon ketishi kuzatilsa, kvatera bo'yicha kasallik davolanadi.

Disgormonal tuxumdon amenoreyasi (genetik nuksonlar bilan bog'liq emas) tuxumdon to'qimasining bolalikda va xatto ona kornida shikastlanish tufayli bo'ladi. Homiladarning surunkali zaxarlanishi, bolalikda yo'qumli kasalliklar. Bu kasallarda bachadon gipoplastik, qin tor, katta va kichik uyatli lablar rivojlanmagan bo'ladi.

Laborator tekshiruvlar estrogenlarning kam bo'lib gonadotropin gormonlarning ko'p bo'lishi aniqlaydi. Bu xol estrogenlarning gipofizga tormozlovchi ta'siri bo'lganligi sabablidir. Gormonal probalardan FSG, probast manfiy, estrogenlar bilan proba musbat. Agar tuxumdon shikastlanishi, surunkali kasalliklar va zaxarlanish, sklerokistoz uzgarishlar, o'smalar natijasida bo'lib balogatga yetgandan keyin kelib chiksa ikkilamchi amenoreya bo'ladi. Hayz ko'rish funksiyasi asta – seqinlik bilan yuqoladi. Bu kasallarda ikkinchi jinsiy belgilari yuqori rivojlangan tashqi jinsiy organlar normada yoki gipotrofiyasi kuzatiladi. Agar tuxumdon gipofunksiyasi uzok vakt davom etsa, tashqi jinsiy organlar va sut bezlari gipoplaziyasi kuzatiladi. Ogir xollarda bachadon atrofiyasigi uchrab bosh aylanish, kaltirash, yurak urishi tezlashuvi, kuzatiladi.

Bolalikda rivojlangan gipogormonal amenoreyani balogatga yetguncha davolash kerak. Jinsiy organlar sut va sut bezlarining rivojlanishi uchun estrogenlar beriladi: kuniga 10000 YeD follikulin yoki estradiol 20 kun davomida 10 kun oraliq bilan 3-4 sikl. Bachadon va sut bezlari kattalashgach, Kvatera bo'yicha davolaniladi, 2-3 oy, 3-4 oyli oraliq bilan.

Agar kasallik balogatga yetgandan keyin rivojlansa estrogenlar bilan davolanmasdan, Kvatera bo'yicha davolash o'tkazish mumkin.

Gipergormonal tuxumdon amenoreyasi kam uchraydi va follikulinning uzok vakt davom etgan persistensiyasi tufayli bo'ladi. Bu xolda endometriy deskvamatsiyasi bulmaydigan laborator tekshirishlar estrogenlar miqdori oshganligini aniqlaydi. «Korachik» belgisi (+++) va «Paportnik» belgisi musbat, qindagi surtmada yuqori qavat xujayralari ko'p KDI va eozinofil kursatgichlari yuqori. Amenoreyaning bu turida progesteron 5- 10 mgdan 3-5 kun davomida beriladi.

BACHADON AMENOREYASI.

Amenoreya bu 16-45 yoshli ayollarda olti oy mobaynida menstruatsiyaning bo'lmasligiga aytiladi. Amenoreya birlamchi va ikkilamchi bo'ladi.

Birlamchi amenoreya – bu ayolning umuman hayz ko'rmaganda bo'ladi. Amenoreya reproduktiv sistemaning qaysi kismi zararlanishiga karab serebral gipotalamik, gipofizar, buyrak usti bezi, tuxumdon, bachadoniga bo'linadi.

Siklik uzgarishlar.

- 1). Qon miqdorining uzgarishi.
 - b) gipermenoreya – ko'p miqdorda qon ajralishi.
 - v) gipomenoreya – kam qon ajralishi.
- 2). Hayz davomiyligining buzilish.
 - a) polimenoreya – uzok davom etadigan
 - b) olimenoreya – kiska davom etadigan
- 3). Hayz ritmining buzilishi.
 - a) protomenoreya – tez – tez hayz ko'rishi.
 - b) opsomenoreya – kam hayz ko'rish.

III. Anovulyator bachadon qon ketishlari.

IV. Algomenoreya.

Amenoreyaning kelib chikishi bo'yicha:

Chin amenoreya

- a) fiziologik amenoreya
- b) patologik amenoreya

Soxta amenoreya.

Vaktli bo'yicha:

Birlamchi amenoreya

Ikkilamchi amenoreya

- a) neyropsixogen faktorlar.
- b) ichki jinsiy bezlar funksiyasining buzilishi.
- v) infeksiyon kasalliklar.
- g) ginekologik kasalliklar.
- d) nurlanishlar.

Birlamchi amenoreyaning klinik formalar:

1. Jinsiy rivojlanish belgilari bo'lmasligi
 2. Jinsiy balogatga yetishning to'xtashi
 3. Virelizatsiya simptomi
 4. Normal ayol fenotipli amenoreya
- Tetstikulyar feminizatsiya sindromi

Normal ayol fenotipli amenoreya formasiga kiradi. Bemorlar kareotipi 46xU.

Klinikasi: Bemorlar fenotipi xuddi ayollardek, ko'krak bezlari normal rivojlangan. Tashqi jinsiy a'zolar ayol tipi bo'yicha leqin qin oxiri berk bo'lib tugaydi. Doim kalta gonadlar 3/1 kism bemorlarda

qorin bo'shligida 3/1 kismda chov kanalida ko'pincha ularda chov churrasi uchraydi. Chunki ular o'zida urugdonni saklaydi. Kolgan 3/1 kism bemorlarda urugdonlar katta jinsiy lablar ichida joylashgan.

Diagnostikada UZI laparoskopiya katta rol o'ynaydi.

Davolash operativ testikula olib tashlanadi. Operatsiya o'sish va ikkilamchi jinsiy belgilar rivojlanishi tugagandan keyin 16-18 yoshdan kilinadi. Keyinchalik siklik gormonoterapiya o'tkaziladi. Ikkilamchi amenoreya klassifikatsiyasi:

I. Pitsogen aminoreya

II. Gipotalamik forma 1. Tana vaznini yo'kotish xisobidagi amenoreya

III. Gipotalamo-gipofizar turi.

1. Giperprolaktinemiya

a) funksional

b) organik

2. Gipogonadatrop amenoreya

3. Tug'ruqdan keyingi gipopituitarizm (Shiyana sindromi)

IV. Buyrak usti formasi

1. Postpubertat adrogenital sindrom

2. Virilizirlovchi buyrak usti bezi o'smasi

V. Tuxumdon formasi

1. Tuxumdon charchash sindromi

2. Tuxumdon reflaktor sindromi

3. Tuxumdon virilizatsiya o'smalari

VI. Bachadon formasi

1. Bachadon ichi sinexiyalari (Asherman sindromi)

2. Spesifik endometrit

Giperprolaktinemiya – gipofizning oldingi kismida prolaktik hosil bo'lishining oshishi va qondagi miqdorning oshishiga aytiladi.

Fiziologik va patologik turlari mavjud.

Fiziologik giperprolaktinemiya homiladorlik, laktatsiya vaktida bo'ladi.

Patologik giperprolaktinemiya gipotalamus – gipofiz sistemasida anatomik yoki funksional buzilishlar tufayli yuzaga keladi.

Funksional giperprolaktinemiyaning asosiy sabablari:

1. Gipotalamusdagi dafamenerjik struktura disfunktsiyasi va dofamin hosil bo'lishning kamayishi, prolaktin hosil bo'lishning asosiy ingibitoridir.

2. Gipotireoz

3. Uzoq vakt davomida dori preparatlar kabul qilish.

Klinikasi gallaktoriya anovulyatsiya lyutein faza yetishmovchiligi noregulyar menstrual sikl amenoreya bepustlik bo'lishi.

Gipoteriozdan keyin rivojlangan giperprolaktinemiya senezdik, tez charchash, psixik reaksiyaning sekinlashuvi, kabziyat, uykuhanlik, teri ko'rishi, tirnok sinuvchan bo'lib qoladi.

Organik giperprolaktinemiya gipofizning prolaktin sintez kiluvchi o'smalari – prolaktinoma tufayli yuzaga keladi. Klinikasi amenoreya laktoriya, bepustlik, ko'rishning pasayishi.

Diagnostika rentgenografiya, qondagi prolaktin miqdorini oshishini diagnoz ko'yishni osonlashtiradi. Normada prolaktin 3000 m YeD/l, giperprolaktinemiya 3000-4000 m YeD/l. Davolash o'smalar bo'lsa, xirurgik va nur bilan davolash. Funksional giperprolaktinemiya parodel (bromkripten) klomifen xoriogenik gonadotropin buyuriladi. Gipoteriozda tireoid gormonlar triyodteranin, teriodin, tuxumdonni charchash sindromi. Patologik simptomlar kompleksi bo'lib, 38 yoshgacha bo'lgan ayollarda uchrab vaktidan oldin klimaks menopauza kam deyiladi.

Klinikasi hayzning to'xtashi ko'p qon kelishi, terlash, taxikardiya, ish kobiliyatining pasayishi tez charchash uykuhanlik buzilishi. Diagnostika, gineklogik tekshiruv, UZI da bachadon va tuxumdon

o'Ichamining kichrayganligi aniqlanadi. Laparoskopik tekshirganda tipik pastmenopauzal "Burmali" ko'rinishga ega bo'ladi.

Gistologik tekshirganda folekulyar to'kimani aniqlab bo'lmaydi. qonda LT va FSG 5-10 barobar oshgan, estrogenlar pasaygan. Davolash siklik gormonoterapiya.

Tuxumdon rezistentligi sindromi

Amenoreya, bepushtlik bilan kasallangan 35 yoshgacha bo'lgan ayollarda uchrab endrogen va ekzogen gonadotropinlar ta'siriga refraktirligi bilan xarakterlanadi. Klinikasi amenoreya, qonda estrodiol miqdori normaning pastki chegarasida gonadotropinlar oshgan, ko'krak bezlari, tashqi va ichki jinsiy a'zolar gipoplaziyaga uchramagan. Davolash sikli gormonoterapiya maqsad: tuxumdon gormonlarini oshirish, estrogen, gestogen terapiya.

ALGODISMENOREYA

Dismenoreya bu hayz ko'rishning buzilishi. Hayz ko'rish buzilishini juda ko'p uchraydigan turi bo'lib, xar xil shaklda namoyon bo'ladi.

Og'riq hayz ko'rishgacha boshlanib, to 1 – kunigacha bo'lib, og'riq utmas, chuziluvchan, juda kattik tutkanokli darajada seziladi. Ko'pincha ko'ngil aynish, kusish, sulak okish, ko'p terlovchi, bosh ogrigi kuzatiladi

Bu og'riqli menstruatsiya 2 xil bo'ladi:

a) birlamchi

b) ikkilamchi

Birlamchi algodismenoreya menarxedan bir yarim yil keyin ya'ni ovulyator sikl izga tushganidan keyin yuzaga keladi. Ikkilamchi algodismenoreya ginekologik kasalliklar natijasida yuzaga kelgan bo'lsa,

birlamchi algodismenoreya klinikasi: og'riq, menstruatsiyadan bir necha soat oldin boshlanib, xurujsimon xarakterga ega bo'lib, qorinning pastkiismi lokalizatsiyalanadi. Ko'pincha astenik galda tuzilishiga ega bo'lgan qizlar kasallanadi. Bosh og'riqi, kusish, kaltirash kuzatiladi.

Davolash: prostoglandinlar sintezini tormozlovchi preparatlar, Kaprosiya, metindol, brufin, aspirin. Novokain bilan kuyosh chigali soxasiga elektroforez qilish mumkin. Ikkilamchi algodismenoreya.

Sabablari: endometrioiz yalliglanish kasalliklari, rivojlanish anomalialari, mioma, bachadon ichi spirali.

Davosi: etiotrop ya'ni, sabablarga karab davolanadi.

Bunday xolatning 1/3 kismida kuzatuvchilarning ta'kidlashlaricha, gipotalamus – gipofiz – tuxumdon sistemasining faoliyati uzgarmagan bo'ladi. Yalliglanish, ogir shikastli tug'ruq va abortlar, bachadon ichiga yod kiritilishidan endometriy birinchi shikastlanadi. Agar endometriy shikastlanish balogatga yetmagan bulsa birlamchi, keyin rivojlansa, ikkilamchi amenoreya bo'ladi. Bachadon amenoreyasi tuxumdon uz vazifasini bajarishga karamay hayz bulmasligi bilan xarakterlanadi. Bunday kasallarda jinsiy va somatik organlari rivojlanishi nuksonlari bulmaydi. Klinik – laborator tekshirishlar siklning 2 – fazali ekanini esterogenlar va pregiandioli ekskresiyasi koidasiga muvofik uzgarib, bazal xararat 2- fazali ekanini tasdiklaydi. Bachadon amenoreyasi gipotalamus – gipofiz – tuxumdon sistemi vazifasi saklashga xam, kasallikning endometriy zararlanganligi tufayli uzok davom etish tuxumdon va gipofizning ikkilamchi yetishmovchiligiga sabab bo'ladi. Kasallikni aniqlashda bachadon shillik qavati kirindisini tekshirish kerak. Shundagina bachadon xolati xakida spes. yo'qumli kasallik – sil, bor yo'qligi xakida uylash kerak. Xamma xollarda tulik rivojlanmagan shillik qavat kirib olinadi. Bachadon ichida sinexiyalar bulsa estrogen gormonlardan joyida tabletka yordamida davolanadi.

Birlamchi va ikkilamchi algomenoreya tafovut kilinadi. Birlamchi algomenoreyada jinsiy organlarda organiq uzgarishlar bulmaydi, ko'prok tugmagan ayollarda uchraydi. Ikkilamchi algomenoreyaning sababi patologik ginekologik kasalliklardir. (endometrioiz, o'smalar, sklerokistoz).

Etiologiyasi: nerv sistemasining funksional buzilishi. Ko'prok labil, gipertoniya, nerv sistemi ayollarda kuzatilish sababi ularda og'riqqa sezuvchanlik darajasi past bo'ladi.

Qonning bachadon bushligidan chikishiga karishalik bulsa (bachadon bo`yni tor bulsa, ichki bushligida chandikli torayish bulsa).

Algomenoreya yalliglanish, o`smalar, endometriozi, jinsiy organlarning joylashishi anomaliyasida kuzatiladi.

Miometreyning funksional kismi menstruatsiya vaktida ajralmay kolib pereponka shaklida bo`lib, fermentiv uzgarishga uchramaydi. Bunday qavatning kattik og`riq bilan bo`ladi.

Davosi: og`riqni kamaytirishga karatilgan bo`lishi kerak. Ikkilamchi algomenoreyada asosiy kasallikni davolash zarur.

Birlamchi amenoreyada asosiy markaziy nerv sistemasining funksiyasining barkarorlashtirish, to`g`ri xayot tarzini olib borish, yaxshi ovkatlanish, kerak. Infantilizm bulsa umumiy axvolini yaxshilovchi loy bilan davolash. Vagino - abdominal diametriya, kichik dozada esterogenlar siklning 1-fazasida. Xozirgi kunda spazmolitiklar: nosh-pa, atropin, lidokain, liden, trankvilizatorlar, trioksazin, andaksin tavsiya kilinmokda. Bunday patologiyada giperfollikulinemullanganligi sababli sarik tanagacha gormonlari (progesteron 5 mgdan xar kuni 5-7 kun hayz kurguncha beriladi, agar bachadon gipoplastik bulsa follikulin umumiy dozasi 10° - 200 mln. YeD kilinadi. Peroral 1 mgdan menstruatsiyaning 1 yarmida dietilsinilbastrol kilinadi. Esterogenlar gipofizning gonodotrop funksiyasini tuxtatib anovulyator og`riqsiz qon ketishga sabab bo`ladi.

PREDMENSTRUAL SINDROM.

Gipomenstrual sindrom kam miqdorda (gipomenoreya) va kiska vakt mobaynida (opsigomenoreya) onda – sonda (opsomenoreya) hayz ko`rish.

Etiologiyasi: Tuxumdonlar gipofunksiyasi.

Davosi: Kvater usulida davo.

Menorragiya ko`p miqdorda (gipermenoreya), uzok vakt davomida (polimenoreya) qon ketishga aytiladi.

Etiologiyasi:

1. Nerv sistemasidagi buzilishlar natijasida kelib chiqadigan tuxumdon gipofunksiyasi.
2. Kichik chanoqda qon dimlanishi.
3. Ginekologik kasalliklar (mioma, yalliglanish kasalligi).

Anovulyator (bir fazali) qon ketishlar – ovulyatsiya sodir bulmaydi va sarik tana hosil bulmaydi.

Etiologiyasi: 1. Folekulla persistensiyasi.

2. Folekulla atreziyasi.

Davolash: 1. Yoshlarda urinbosar gormonal davo.

2. Klimakterik yoshda bachadon ichini tozalash.

Ayrim ayollarda normal (ovulyator hayz ko`rish siklida) hayz ko`rishdan oldin kuyidagi uzgarishlar kuzatiladi: uzini yomon xis qilish, gipertoniya, xolsizlik, sut bezlarining menstruatsiyadan keyin yuqoladi. Predmenstrual sindromni sarik tana funksiyasi kamayishi, antidiuretik gormonning ko`p ishlab chiqarishi, nerv sistemasining labilligi bilan boglanadi.

Davosi: umumiy axvolini yaxshilovchi muolajalar: (fizkultura, sport, suv muolajalari, sedativ dorilar) beriladi. Progesteron 5-10 mgdan 6-8 kun xar kuni siklning II yarmida, siydik xaydovchi dorilar tavsiya kilinadi.

SIKLIK BUZILISHLAR.

Gipomenstrual sindrom tuxumdon gipofunksiyasi, kuchsiz, kalta, kam bo`lganligi sababli (xar 6-8 xaftada) menstruatsiyaga sabab bo`ladi.

Jinsiy gormonlarning yetishmovchiligi bachadon qon aylanishining yetishmovchiligiga olib keladi va endometriyda bo`ladigan siklik uzgarishlarning tulik bulmasligiga sababchidir.

Gipomentruatsiya sust, kuchsiz, kalta – oligomenoreya, kech va juda kam – opsomenoreya deb ataladi.

Tuxumdon faoliyatini kamaytiruvchi xamma shart – sharoitlar gipomenstruatsiya sindromi uchun zamin bo`ladi.

Etiologiyasi: infantilizm, rivojlanish nuksoni, utkir va surunkali yo`qumli kasalliklar, zaxarlanish, ichki bezlar faoliyatining uzgarishi. Ayrim vaktlarda balogatga yetish va klimakterik davrda uchrashi mumkin.

Gipomenstrual sindrom - birlamchi – hayz ko`rish boshlanish bilan bulsa, ikkilamchi - avval normal xolda bo`lib keyinchalik kamayib, kiskarib sustlashsa turlarga bulinadi.

I- GS – infantilizmida uchrasa.

II- GS – endogen organlar kasalliklarida, yo`qumli va surunkali kasalliklarda uchraydi.

Davosi: agar bepustlik, og`riqli menstruatsiya bulmasa, umumiy yaxshilovchi muolaja – (rasional ovkatlanish, yengil mexnat va dam olish).

II – GS da asosiy sabab bo`lgan kasallikni davolash kerak. Agar yaxshi natija bulmasa, Sherbak bo`yicha vorotnik, diatermiya, loy bilan davolash, kichik chanoq organlarida qon aylanishini kuchaytiruvchi muolajalardan qilish kerak. Menstrual sikli fazasiga karab, kichik dozada jinsiy gormonlar 1000-5000 YeD dan esterogen (10-12 kun davomida II – fazasida progesteron 5-10 mgdan 6-8 kun davomida) beriladi. Agar GS sababi sil bulsa gormonal davo qilishdan oldin maxsus davo kilinadi.

MENORRAGIYA.

Hayz kurilganda qon ketishning tugashi bachadon muskullari kiskarib, qon tomirlari teshigining yopilishi xamda jaroxat yuzasining epitelizatsiya sabablidir.

Demak bachadon kiskarishini va regeneratsiyasini xodisalarini tuzuvchi xamma shart – sharoitlar qon ketishning ko`payib menstruatsiyaning chuzilishiga olib keladi.

Menorragiya sabablari turlicha:

1. Nerv sistemasi menstruatsiya faoliyati, kam – kusti ovkatlanish, infantilizm modda almashinuvining buzilishi, tuxumdon gipofunksiyasini chakiradi.
2. Yoshga bog`liq bo`lgan tuxumdon gipofunksiyasi sababli bo`lgan menorragiya, balogatga yetguncha va klimakterik davrida.
3. Kichik chanoq organlari qon tomirlarida qon aylanishi buzilishi, qon kasalliklarida, qon kuyilish sistemasining buzilishlarida, S – gipo vitaminozida, infeksiyasida, zaxarlanishda.
4. Ginekologik kasalliklarda: bachadon miomasida, bachadon yalliglanishda endometrioza.
5. Bachadon joylashuvining anomaliyalarida, ko`p tugish sababli bachadon tonusi sustligi.

Davo: avvalo menorragiya sabab bo`lgan kasallikni bartaraf etish.

Bunda yalliglanishga karshi, yo`qumli, yurak – qon – tomirlari kasalliklariga karshi davo tavsiya kilinadi. Agar menorragiya mioma sababli bulsa va juda ko`p qon yo`qotilsa jarroxlik yo`li bilan davolanadi. Tuxumdon gipofunksiyasi va infantilizmida esa jinsiy gormonlar kullash mumkin. Gormonoterapiya boshlashdan oldin menorragiyaning boshqa sababli – o`sma, yalliglanish va boshqa sabablarini e`tirof qilish kerak. Simptomatik terapiya, qon kuyish, temir moddalari dorilar, qon ketishni tuxtatish va uterotonik ta`sir kiluvchi (ergotan 1 mg 2-3 maxal stiptiqin 1 tab. 3 maxal, suvli kalampir ekstrakti 30 –40 tomchidan berib) boriladi. Juda kattik og`riqda gifototsin, pitiutrin in`eksiyasi kilinadi.

Amaliy mashg`ulot № 3: Disfunktsional bachadon qon ketishlar

1. Mashg`ulot o`tkazish joyi, jixozlanishi

Mashg`ulot vaqti -5soat	Talabalar soni: 18
Mashg`ulot shakli	Amaliy mashg`ulot
Reja	Talabalarni BDQK ning etiologiyasi, patogenezini, klinikasi, uning

	asoratlari va ularning oldini olishda vrach taktikasi bilan tanishtirish. BDQK turli yoshdagi ayollarda turlicha bo'lishi va ularni zamonaviy davolash choralari, boshqa kasalliklar bilan taqqoslovchi tashxisni o'rgatish mavzuning asosiy maqsadidir
Mavzuning maqsadi: 7. - Bachadondan disfunktsional qon ketishi haqida tushuncha, uni uchrash tezligi, xarakteri va xususiyati. 8. Hayz stikli buzilishini yuzaga keltiruvchi patogen omillar haqida ma'lumot. 9. BDQK etiologiyasi va patogenezi. 10. BDQK tasnifi, klinik variantlari, boshqa kasalliklar bilan taqqoslovchi tashxislash. 11. BDQK ni tashxislash. 12. Davolash usullari (simptomatik davolash, umumiy davolash usullari, fizioterapevtik usullarni qo'llash). 13. Davolashda gormonlarni qo'llash. Kasalning yoshiga qarab preparatlarni tanlash. Gormonal gemostaz (estrogenlar bilan, progesteron bilan, estrogen va androgenlar bilan, estrogen va progesteron bilan). Stiklik gormonal terapiya. 14. Davolashda jarrohlik usullarni qo'llash, o'nga ko'rsatmalar. 15. Yuvenil qon ketishi haqida tushuncha. Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, tekshirish usullari va davolash..	
Mavzuning vazifasi - 1. BDK sabablarini 2. klassifikatsiyasini 3. klinikasini 4. funktsional diagnostika testlarini 5. davolash prinsiplarini	
Ta'lim berish usullari	Ko'rgazmali, ma'ruza, suhbat
Ta'lim berish shakllari	Ommaviy, jamoaviy
Ta'lim berish vositalari	kompyuter, multimedia, slaydlar, mavzuga oid bemorlar va boshqalar
Ta'lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash.	Og'zaki nazorat:savol-javob.

1.2. amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi	4. Auditoriya tozaligini nazorat qiladi. 5. Talabalarni mashg'ulotga tayyorligini tekshiradi 6. Davomatni nazorat qiladi.	
1. O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (10 daqiqa)	1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2. Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash. 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish.	
2. Asosiy bosqich (55 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi.	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar

	3. Slaydlar, multimediyalardan foydalaniladi 4. Davolash ishlarini olib boradi 5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi.	Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar
3. Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi. 2. Mustaqil ish beradi. 3. Uyga vazifa beradi.	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi

Foydalanadigan interaktiv usullar

«O'rgimchak to'ri» o'yini.

1. Talabalar darsga tayyorlanishlari uchun bir oz vaqt beriladi.
2. Talabalar stol atrofida yig'iladilar.
 1. Qatnashchilardan biri kalavani oladi va uchini ochib boshqa bir qatnashchiga beradi. Ipni ushlagan qatnashchiga savol beriladi.
 2. Savolga to'liq va to'g'ri javob berayotganligi tekshirib turiladi. Keyin kalavani uchi yana boshqa qatnashchilarga uzatilaverilib, o'rgimchak uyasi hosil bo'ladi.
 3. Barcha qatnashchilar savollarga javob berib bo'lgach, kalavani uchi yana savol bergan talabaga qaytarib beriladi. Shunday tarzda o'yin yana qaytadan boshlanishi mumkin.

Ogohlantirish: Har bir talaba berayotgan savollarga to'liq va to'g'ri javob olishlari shart.

«Stol ustida ruchka» o'yini.

1. Assistent o'tilgan mavzu yuzasidan savol tuzadi (o'rtacha har bir talabaga 2-3 tadan).
2. Talabalar stol atrofida yig'iladi.
3. Stol o'rtasida ruchka qo'yiladi va soat strelkasi bo'yicha aylantiriladi.
4. Ruchka qaysi talabaga kelib to'xtasa, assistent o'sha talabaga savol beradi.
5. Savolga javob bergan talaba yana ruchkani aylantiradi va savollar tugaguncha o'yin davom ettiriladi.

BACHADONDAN DISFUNKSIONAL QON KETISHI (BDQK)

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

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

BDQK yuzaga keltiradigan bir qancha omillar mavjud:

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

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

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

- a) Ovulyastiya buzilishiga .
 - b) Sariq tana rivojlanishi II fazasining va progesteron ishlab chiqarishning boshlanmasligi.
 - v) Ayol organizmiga faqat estrogenlarning uzoq ta'sir etishi.
- Shu o'zgarishlarga ko'ra BDQK ni quyidagicha tasniflash mumkin:

BDQK TASNIFI:

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

Ayollarni yoshga qarab tasniflash:

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

Follikul etilishining buzilishi 2 tipda kuzatiladi.

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

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

Giperplaziyaga uchragan endometriyda qon tomirlarining o'sib ketishi va kengayishi kuzatiladi. Estrogenlarning doimiy ta'sirida qon tomirlar yupqalashib, mo'rt bo'lib qoladi, ularning tonusi o'zgarib , qisilish yoki kengayish holatlari kuzatiladi. Bu endometriyda qon aylanishning buzilishiga, qon talash xolatlari va bu erda nekrozlarni yuzaga keltiradi. Nekrozlar uzilib qon ketishiga sabab bo'ladi. qon ketish holatlari ko'pincha hayz stiklining buzilishi, hayzning to'xtab qolishidan yuzaga keladi. qon ketish darajasiga qarab (uzoq yoki qisqa) atreziya yoki persistenstiya holatini aniqlash mumkin.

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

BDQK ni tashxislash.

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

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

Tashxis qo'yihda quyidagi usullardan foydalaniladi:

- 1) aniq yig'ilgan anamnez (bepushtlik, homila tashlash hollari).
- 2) umumiy va qin orqali bimanual tekshirish.
- 3) gisteroskopiya
- 4) exoskopiya

- 5) endometriyni tekshirish (endometriy biopsiyasi, diagnostik qirish metodi, endometriy aspirastiyasi).
- 6) qon analizi.
 - a) qonda XG ni aniqlash
 - b) trombositlar miqdorini aniqlash.
 - v) leykositlar formulasini aniqlash.
- 7) gormonlar miqdorini tekshirish usullari
- 8) funkstional diagnostika testlari.

Yakuniy tashxis endometriyni gistologik tekshirish natijalari olingandan keyin

(bezsimon – kistali giperplaziya) qo'yiladi.

BDKKni quyidagi kasalliklar bilan qiyosiy tashxislash mumkin:

- qon kasalliklari bilan: gemorragik diatez, trombositopeniya, gemofiliya.
- bachadon miomasi
- tuxumdonlar o'smalari
- polipozlar
- rak kasalliklari (bachadon tanasi va bo'yni raki)
- plastentar polip
- adenokarstinoma
- homiladorlikning vaqtidan ilgari to'xtashi, abortlar
- bachadondan tashqari homiladorlik
- adenomioz va boshqalar.

BDQKni davolash.

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

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

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

Simptomatik davolash – bachadonni qisqartiruvchi vositalarni qo'llash (oksitostin va boshqalar), qon to'xtatuvchi vositalar (kalstiy xlorid, vikasol, distinon), kamqonlikka qarshi vositalar (globeks, tardiferon,aktiferrin,ferrum–lek tabletkalari), vitaminlar (S, E, V guruxi,duovit.pregnovit.oligovit) qo'llaniladi.

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

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

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

1. Estrogenlarni qo'llash. Qon to'xtatish maqsadida follikulyar gormon ishlatilib u bachadon shilliq qavati regenerastiyasini tezlashtiradi. Gipofizda FSGning ortiqcha ishlab chiqarishini kamaytirib, FSG va LGlarning o'zaro munosabatini normallashtiradi. Estrogenlar 3-4 kun davomida nisbatan katta dozada beriladi. Follikulin 10000 tb har bir soatda 4-6 marta qon to'xtaguncha yuboriladi (umumiy doza 60000 tb). Odatda 6 soat ichida qon oqishi to'xtaydi. Sxema bo'yicha: keyingi har

bir kunda 10000tb kamaytiriladi (masalan , 2 - kunda 5 marta X 10000tb m/i, 3 kun – N4 , 4 kun – N3, 5 kun – N2, 6 kundan to 15 ko`ngacha N1, keyin 16 – 25 kunlarda progesteron 2,5% - 10 ml kunora N5 m/i yuboriladi.

2. Etinilestradiol 0,05 mg dan sutkasiga 3-4 marta keyingi kun 2-3 marta kamaytirilib, qon to`xtagach 2 - kundan boshlab 6-8 kun progesteron 15mg yuboriladi yoki norkolut, dyufaston 1 tabletka 1 mahal beriladi.
3. Estrogenlar va progesteron birgalikda sintetik progestinlar ko`rinishida qo`llanildi (Trikvilar, mikrogenon, non- avlon va boshqalar). 10 kun davomida qo`llaniladi. 1kun 1 tabletkadan xar bir soat davomida kuniga 5-6 tabletkagacha qon to`xtaguncha. 2-i kundan 1 tabletkadan kamaytirilib to sutkada 1 tabletkagacha kamaytiriladi. 1 tabletkadan 21 – 28 ko`ngacha ichiladi. Asosiy maqsad gipofizning gonadotrop faoliyatini to`xtatishdir.

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

SIKLIK GORMONAL TERAPIYA follikullar atreziyasi kuzatilganda va estrogenlar etishmovchiligida hamma yoshdagi ayollarda qo`llaniladi.

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

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

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

Bachadondan disfunktsional qon ketganda qo`llaniladigan zarur choralardan biri bachadon bo`shlig`ini diagnostika maqsadida qirishdir. Bunda nafaqat tashxis qo`yish, balki qon ketishini to`xtatishga ham erishiladi. Bu metodni qo`llash yosh qizlarda oxirgi chora bo`lsa , 30-40 yoshdagi ayollarda birinchi bo`lib qo`llaniladigan choradir. Agar gistologik tekshiruvda rak oldi xolatlari kuzatilsa

(atipik giperplaziya, adenomatoz poliplar proliferatsiya bilan) unda jarrohlik usulini qo`llash zarur.

Jarrohlik usulini qo`llashga ko`rsatmalar:

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

Katta yoshdagi ayollarda – klimakterik qon ketishi kuzatilganda bachadon endometriysini kirish usulidan keyin tarkibida estrogen bo`lgan preparatlar tavsiya etilmaydi, chunki ular yurak - tomirlar faoliyatini , jigarning surunkali xastaliklarini, o`t pufagi kasalliklarini qo`zg`atishi, qon bosimini ko`tarishi, giperxolesterinemiya, giperglikemiya holatlarini chaqirishi mumkin. Bu yoshdagi ayollarga toza gestogenlar va androgenlar tavsiya etiladi:

1. 17 -0 OPK 125 - 250 mg bachadon qirishdan keyin 14, 17 ,21 kun va 4-6 oy ichida hayzning shu kunlari yoki haftada 2 marta 6 oy davomida - 48 yoshdan oshgan ayollarga tavsiya etilib, hayz xolatini to`xtatadi.
2. Norkolyut 5-10 mg hayzning 5 dan 25 kunigacha 4 – 6 oy davomida.
3. Omnadren – 250 yoki Sustanon – 250 1 ml dan 1 oyda 1 marta 3-4 oy ichida, so`ng metiltestosteron 5-10 mg dan til ostiga 1-2 oy davomida ichiladi.

4. Keyingi yillarda 40 yoshdan boshlab sof gestogenlardan: femoston, dyufaston keng qo'llanilmoqda.
5. Gormonal davolashga qarshi ko'rsatmalar bo'lsa, u holatda gomeopatik dori vositalaridan remens tavsiya qilinadi, ba'zan rentgenkastrastiyani qo'llash mumkin.

BDQK PROFILAKTIKASI.

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

- barcha genital va ekstragenital kasalliklarni davolash
- qiz bolalarni yoshligidan boshlab sog'lomlashtirish ishlarini olib borish, jismoniy tarbiya bilan shug'ullanirish, to'g'ri ovqatlantirish, o'qish, dam olish.
- Jinsiy hayot gigienasiga rioya qilish va boshqalar.

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

YuVENIL QON KETISHI (YuQK).

Yuvenil qon ketishi balogat yoshiga etgan qizlarda bachadondan astiklik qon ketishi bo'lib, bu holat ginekologik kasalliklarning 10% ni tashqil etadi.

ETIOLOGIYA SI VA PATOGENEZI.

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

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

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

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

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

YuQKda tekshirish usullari:

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

DIFFERENSIAL TASHXIS.

Bachadondan qon ketishi bir qancha boshqa kasalliklardaham kuzatilib, buning differensial tashxisida quyidagi patologik holatlarni e'tiborga olish kerak bo'ladi:

1. Tuxumdonning granulyoz hujayrali va mezodermal o'smalari, tekoma , disgerminoma.
2. Bachadon va qindagi xavfli o'smalar (mioma, rak).

3. Jinsiy a'zolar sili
4. Gemorragik diatez
5. Trombositopeniya (Verlgof kasalligi).
6. Gemofiliya S (qiz bolalarda X omilning etishmasligi natijasida qonning ivishi ancha sust bo'ladi).
7. Angiogemofiliya Villebrand – Yurgens kasalligi – bunda qon ivishida ishtirok etuvchi VIII omil bo'lmagani uchun qon ketishi uzoq davom etadi.
8. Kapillyarlar toksik va allergik o'zgarganda.
9. Bo'qoq bezi, buyrak usti bezi, dienstefal patologiya.

DAVOLASH.

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

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

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

“Bachadonda disfunktsional qon ketish”

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

Ta'minlanish: qin ko'zgulari, ginekologik kreslo, probirka, qirg'ich, bachadon zondi, steril qo'lqop, qisqich.

1. Ayol ginekologik kresloda oyoqlarini chanoq-son va tizza bo'g'imlarida bukib yotadi.
2. Shikoyatlari: jinsiy yo'llaridan ko'p kun va ko'p miqdorda qon ketishiga.
3. Kasallik anamnezi: asta-sekin boshlanadi, hayz to'xtagandan keyin.
4. Hayot anamnezi: hayz kelishi 14 yoshdan, 3-4 kun, har 28 kunda, jinsiy hayoti 19 yoshdan, ginekologik kasalliklari - surunkali adneksit. Irsiyatga moyilligi yo'q, zararli odatlari yo'q. Oxirgi hayz 1,5 oy avval bo'lgan.
5. Umumiy ko'ruv: bemorning ahvoli qoniqarli, teri qoplamlari oqish, taxikardiya, gipotoniya.
6. Qorni kuruvda: oddiy shaklda, paypaslanganda og'riqsiz.
7. Dastlabki diagnoz: shikoyatlari, hayot va kasallik anamnezi hamda lokal status va ob'ektiv ma'lumotlarga asoslanib qo'yiladi.
Qonning umumiy analizi: gemoglobin, eritrostit va trombosit miqdorining kamayishi.
Ko'zgularida ko'ruv: qin shilliq qavati va bachadon bo'ynida toza qonli ajralma ko'rinadi.
Qin orqali ko'ruv: bachadon tanasi biroz kattalashgan, bachadon ortiqlari o'zgarishsiz.
Gistologik tekshiruv: endometriy bezli-kistasimon giperplaziyasi.
8. Klinik diagnozni qo'yish va asoslash: dastlabki diagnoz va klinik – instrumental tekshiruvlarga asoslanib qo'yiladi.
9. Asoratlari: kamqonlik, bachadon miomasi, bachadon endometriozi, qon ketish.
10. Differentsial diagnostika: Verlgof kasalligi, bachadon miomasi, endometriozi, abortlar, tuxumdon gormonal-faol o'smalari, bachadon bo'yni va tanasi raki, bachadondan tashqari homiladorlik, xorionepitelioma.
11. Operativ davolash:
Bachadon bo'shlig'ini diagnostik va davolash maqsadida qirish.
Morfologik o'zgargan endometriyni olib tashlash
Jarroxlikdan keyingi davrda:
Gormonal korrektsiya

- Kasallik qaytalanishini oldini olish
 Organizmning buzilgan faoliyatini tiklash
 Reabilitastion terapiya
 12. Profilaktika: bachadon ortiqlari yallig'lanishini aniqlash va davolash. EGKni davolash.

Amaliy ko'nikma. BDQK klinikasini va tashxislashni bilishi, kasalni tekshirishni, tashxisni differenstiastiya qilishni, to'g'ri davolash usulini tanlashni, operativ davolashga ko'rsatmani va shoshilinch yordam choralarini tanlashni bilishi kerak. Dori vositalarining (qon tuxtaturvchi, og'rik qoldiruvchi) restseptlarini yozishni bilish kerak.

Bachadon bo'shlig'ini diagnostik qirish texnikasi

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

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

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

Qadamlar:

1. Ayol ginekologik kresloda oyog'ini tizza va chanoq-son bo'g'imlarida bukilgan holatda yotadi, bimanual tekshiruvda bachadon holati aniqlanadi.
2. Lidokain, novokain yoki tomirga kalipsol yuborib og'riqsizlantiriladi.
3. Tashqi jinsiy a'zolar va qinni 70 gradusli etil spirti bilan artiladi.
4. Qinga ko'zgular kiritilib, bachadon bo'yni ochiladi va bachadon bo'yni tashqi bo'g'izi 70 gradusli spirt bilan artib tozalanadi.
5. Bachadon bo'yni oldinigi labiga qisqich qo'yiladi.
6. Bachadon zondi yordamida bachadon bo'shlig'i uzunligi o'lchanadi.
7. Qirg'ichlar bilan bachadon bo'shlig'ini, bazal qavatini jaroxatlamasdan qirib olinadi.
8. Olingan qirmani fiziologik eritmada yuvib idishga formalin solib gistologik tekshiruvga yuboriladi.
9. Qisqichlar olinib stervikal kanal va qin spirtda artilib ko'zgular chiqarib olinadi.
10. Ayolni katalkada palataga o'tkaziladi.

Amaliy mashg'ulot №4: **Homiladorlikning birinchi yarmida qon ketishlar**

1.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli.

Mashg'ulot vaqti -5soat	Talabalar soni: 18
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashgulot
Reja	Homiladorlikni birinchi yarmida qon ketishlarini sabablaridan bir xisoblangan bachadondan tashqari homiladorlikni uz vaqtida aniqlash va to'g'ri davolash ayolda roy berishi mumqin bo'lgan asoratlarni oldini olish va reproduktiv salomatligini saqlab qolish imqoniyatini beradi. Umumiy amaliyot shifoqorini amaliyotida ko'p uchraydigan bu asoratlarni albatta yaxshi organishi darkor.
Mavzuning maqsadi: - Bachadondan tashqari homiladorlikni keltirib chiqaruvchi sabablar,	

-klinik kechishi, -o'z vaqtida aniqlash, - boshqa kasalliklardan farqlash, -davolash, -davolashdan keyingi sog'lomlashtirish tadbirlari va oldini olish choralari bilan talabalarni tanishtirish.	
Mavzuning vazifasi-; 1. Bachadondan tashqari homiladorlik etiologiyasi va patogenezini 2. Rivojlanayotgan va tuxtagan bachadondan tashqari homiladorlikni klinik kechishi. 3. Diagnostika va dif.diagnostikasi 4. Davolash prinsiplari 5. Bachadondan tashqari homiladorlik asoratlari. 6. Trofoblastik kasallik etiopatogenezi, klinikasini 7. Diagnostika va differensial diagnostika metodlari 8. Dispanser kuzatuv va kontrastepsiya prinsiplari.	
Ta'lim berish usullari	Ko'rgazmali, ma'ruza, suhbat
Ta'lim berish shakllari	Ommaviy, jamoaviy
Ta'lim berish vositalari	kompyuter, multimedia, slaydlar, mavzuga oid bemorlar va boshqalar
Ta'lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash.	Og'zaki nazorat:savol-javob.

1.2. amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi	7. Auditoriya tozaligini nazorat qiladi. 8. Talabalarni mashg'ulotga tayyorligini tekshiradi 9. Davomatni nazorat qiladi.	
1. O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (10 daqiqa)	1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2. Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash. 3. Fanni o'rganishda faoydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish.	
2. Asosiy bosqich (55 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi. 3. Slaydlar, multimediyalardan foydalaniladi 4. Davolash ishlarini olib boradi 5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi.	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar
3. Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi. 2. Mustaqil ish beradi. 3. Uyga vazifa beradi.	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi

Talabalar egallashi zarur bo'lgan amaliy ko'nikmalar:

1. Ektopik homiladorlikni aniqlash uchun insterumental tekshirish metodida klinik tekshirish.
2. Klinik tashxisni aniqlash.
3. Uz vaqtida gospitalizatsiya qilish.
4. Homiladorlik kartasini tuldirish.
5. Analiz va insterumental tekshirish metod natijalarini taxlil qilish.
6. Reabilitastion tadbirlari.

Amaliy mashg'ulotining texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti.	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi	10. Auditoriya tozaligini nazorat qiladi 11. Talabalarni mashg'ulotga tayyorgarligini tekshiradi 12. Davomatni nazorat qiladi	
1. O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (10 daqiqa)	1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2. Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot silaydalarini tayyorlash 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	
2 – asosiy bosqich (55 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi 4. Davolash ishlarini olib boradi 5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar
2- yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi

Foydalanadigan interaktiv usullar

«O'rgimchak to'ri» o'yini.

1. Talabalar darsga tayyorlanishlari uchun bir oz vaqt beriladi.
2. Talabalar stol atrofida yig'iladilar.
3. Qatnashchilardan biri kalavani oladi va uchini ochib boshqa bir qatnashchiga beradi. Ipni ushlagan qatnashchiga savol beriladi.
4. Savolga to'liq va to'g'ri javob berayotganligi tekshirib turiladi. Keyin kalavani uchi yana boshqa qatnashchilarga uzatilaverilib, o'rgimchak uyasi hosil bo'ladi.
5. Barcha qatnashchilar savollarga javob berib bo'lgach, kalavani uchi yana savol bergan talabaga qaytarib beriladi. Shunday tarzda o'yin yana qaytadan boshlanishi mumkin.

Ogohlantirish: Har bir talaba berayotgan savollarga to'liq va to'g'ri javob olishlari shart.

«Stol ustida ruchka» o'yini.

1. Assistent o'tilgan mavzu yuzasidan savol tuzadi (o'rtacha har bir talabaga 2-3 tadan).
2. Talabalar stol atrofida yig'iladi.
3. Stol o'rtasida ruchka qo'yiladi va soat strelkasi bo'yicha aylantiriladi.
4. Ruchka qaysi talabaga kelib to'xtasa, assistent o'sha talabaga savol beradi.

5. Savolga javob bergan talaba yana ruchkani aylantiradi va savollar tugagunicha o'yin davom ettiriladi.

«Auksion» o'yini

6. Talabalar darsga tayyorlanishlari uchun bir oz vaqt beriladi.
7. Talabalar stol atrofida yig'iladilar.
8. Qatnashchilardan biri kalavani oladi va uchini ochib boshqa bir qatnashchiga beradi. Ipni ushlagan qatnashchiga savol beriladi.
9. Savolga to'liq va to'g'ri javob berayotganligi tekshirib turiladi. Keyin kalavani uchi yana boshqa qatnashchilarga uzatilaverilib, o'rgimchak uyasi hosil bo'ladi.
10. Barcha qatnashchilar savollarga javob berib bo'lgach, kalavani uchi yana savol bergan talabaga qaytarib beriladi. Shunday tarzda o'yin yana qaytadan boshlanishi mumkin.

Ogohlantirish: Har bir talaba berayotgan savollarga to'liq va to'g'ri javob olishlari shart.

Vaziyatli masalalar:

Masala .

35 yoshli ayol tez yordam bilan ogir axvolda kasalxonaga keltirildi. Tomir urishi 120 marta, AK/B 30/40. oxirgi hayz kurgan kunini eslolmaydi.

Anamnezida: 1 ta tug'ruq, bir marotaba abort kilgan. Uzini homilador deb xisoblamaydi. 3 soat oldin birdaniga kuchli og'riq qorin pastida paydo bo'lgan va orqa chiqaruv teshigi soxasiga tarkalgan, 2 marta xushini yo'qotgan. Ob'ektiv: Umumiy axvoli ogir. Teri va kurinadigan shillik parda ok rangda. Tili kuruk. Qorin oldi devori taranglashgani uchun, qorinni chukur paypaslab bulmaydi. SHetqin- Blyumberg simptomi musbat.

Qin orqali kurganda: qin tukkan ayollarga xos. Bachadon bo'yni kukimtir. Bachadon bugzi yopik. Bachadon tanasi normadan kattalashgan. Og'riqli. Qin gumbazi kiskargan. Og'riqli. Qin orqa gumbazi osilgan. Ajralma shillik qonsimon, kam miqdorda.

1 Sizning taktikangiz.

- Tuxumdon apopleksiyasi.
- Appendisit
- Bachadon ortiklarining yalliglanishi.
- 12 barmok ichak yarasi.
- Buzilgan bachadondan tashqarida rivojlangan homiladorlik.

2. Qaysi kasalliklar bilan takkoslaysiz:

- Anafilaktik shok
- Tuxumdon apopleksiyasi
- Spastik kolit
- Surunkali gastritning kuzishi.
- Paroproktit

3. Shu kasallikni keltirib chiqaruvchi sababalar:

- Surunkali adneksit
- Bachadon bo'yni eroziyasi
- Bachadon disfunktsional qon ketishlari.
- Gastrit
- Kolit

4. Nimaga asoslanib, tashxis kuyiladi.

- Ob'ektiv kurik.
- Qin orqali ko'rish
- Kolposkopiya
- Qin orqa gumbazi punksiyasi
- To'g'ri ichak orqali tekshirish

5. Qo`shimcha tekshirish usullari:

- Rektomanoskopiya
- Kichik chanoq a'zolarini ultratovush orqali tekshirish
- Qin surtmasi sitologiyasi
- Sistoskopiya
- Gisterosalpingografiya

6. Vrach taktikasi:

- Tez jarroxlik usuli bilan tubektomiya
- Reanimasion muolaja
- Bachadon ekstratsiyasi
- Bachadon va uning ortiklari bilan qin usti amputatsiyasi
- Rejali jarroxlik operatsiyasiga tayyorlash.

MAVZU BAYONI

Homiladorlikning birinchi yarmida qon ketishlar gospitalizatsiyaning eng asosiy sabablaridan biridir. Homiladorlik vaktida qon ketish juda ko`p sabablar oqibatida kelib chikishi mumkin. Tug`ruqgacha qon ketishlar sabablari:

- Abortlar oqibatida qon ketishlar.
- Bachadondan tashqari homiladorlik
- Trofoblastik kasallik.

Homiladorlikning 22 xaftasidan to bola tugilganigacha qon ketishlar tug`ruqgacha qon ketishlar deyiladi. 22 xaftagacha qon ketishlar homiladorlikni erta davri qon ketishlari sifatida aniqlanadi va sabablari bir xil bo`lishi mumkin, leqin eng ahamiyatli sabablari homiladorlikning uz-uzidan yoki sun`iy tuxtatishi (abort).

Abort turlari

Kriteriylari	Abort turlari
Muddatiga karab	Erta (14 xaf.), kechki (14 - 22 xaf.)
Kursatmasiga karab	Sotsial, tibbiy
Sababiga karab	Uz-uzidan, sun`iy stasionarda, kriminal
Klinikasiga karab	Xavf soluvchi, boshlangan, yuldagi abort
Homila tuxumi qoldiqlariga karab	Chala, tulik
Infeksiyasiga karab	Infisirlangan, infisirlanmagan
Infeksii tarkalishiga karab	Asoratsiz infisirlangan, asoratli infisirlangan, septik

Homiladorlikning erta davrida qon ketishi xavf soluvchi yoki tugallangan abort simptomlari bilan kechadi. Homiladorlikning erta yo`qotilishini aniqlash va kayd etish maqsadida turli xil terminlar ishlatiladi: ularning ko`pchiligi eskirgan va patofiziologiyaning zamonaviy tushunchalari kiritilgo`ngacha qadar yuzaga kelgan.

1. Spontan abort - Homiladorlikning dastlabki 20 xafta ichida yo`qotilishi.
2. Erta spontan abort - 12 xaftada yoki undan xam erta gestasion muddatda yuzaga keladigan spontan abort.
3. Xavf soluvchi abort - bachadondan qon ketishi yo`q, homiladorlik birinchi yarmi xoxlagan vaktida xurujsimon og`riqlar kelib chiqadi, bachadon bo`yni yopik.
4. Tugallanmagan abort - homila tulik emas, balki qisman chikish xolati.
5. Jadallashgan abort - bachadon bo`yni ochik, leqin to`qima chikmaydi.

6. Kechikkan abort (rivojlanmayotgan homiladorlik) - homila yoki embrion bir necha hafta davomida ulik, leqin xech kanday to`qima ajralmagan. Bachadon bo`yni yopik. Bu pasientlarda bachadon ulchami kattalashmasligi va embrion yurako`rishi aniqlanmaydi.

7. Septik abort - infeksiya tushgan tugallanmagan abort.

8. Buchmaygan tuxum - aniqlangan gestasion xalta va plasengar to`qima bo`lishiga karamasdan embrion rivojlanishdan tuxtagan. Bu xolat asosan UZI yordamida diagnostika kilinadi.

9. Subxorionik qon ketish - UZI da xorion va bachadon devori o`rtasida qon yigilganligi aniqlanadi.

10. Desidua - homiladorlik endometriti ko`pincha bola tashlash bir kismi sifatida keladi. Kachonki, desedua intakt ajralsa *desedual slepok* deyiladi va ektopik homiladorlik xakida xabar beradi.

Patofiziologiya

Xamma spontan abortlarning yarmi trisomiya, triploidiya yoki monosomiya singari katga genetik aiomaliyalar oqibatida kelib chiqadi. Spontan abort shuningdek, bachadon anomaliyalari, ona dietilstilbestrola ta`siri, leyomioma, bachadon bo`yni xolati. lyutein faza defekti natijasida progesteron deffisiti singari ichki faktorlar va immunologik faktorlarga bog`liq. Tashqi atrof faktorlarga: tamaki, alkogol, kokoin kabul qilishi, radiatsiya, infeksiya va professional ximiyaviy va ekologik ta`sirlar kiradi. Ona yoshi kattalashgan sari abortlar chastotasi oshib boradi.

Klinika.

Boshlangich stadiyada homiladorlik amenoreya homiladorlikning tipik simptomlari va homiladorlikka musbat test natijasida aniqlanadi.

Abortda asosiy belgilar, vaginal qon ketishlar, qorinning pastki kismida xurujsimon og`riqlar paydo bo`lishi xoriogonik gonodotrapin miqdori pasayishi xisoblanadi.

Qon ketish bilan kechgan homiladorlikning taxminan yarmi yo`qotiladi, homiladorlik saklab kolingan kismiga esa asoratlar va yomon oqibatlar kelib chikish xavfi qon ketishsiz kechgan homiladorliklarga nisbatan yuqori bo`ladi. Tulik bo`lmagan abortlar ko`p miqdorda qon yo`qotilganda turli xil ogirlik darajasidagi postgemorogik shoklar asoratlanishi mumqin.

Diagnostika:

Diagnoz bimanual tekshirish (bachadon ulchamlari, bachadon bo`yini xolati, bachadon bo`yini kanali ochilishi, qonli ajralmalar yoki to`qima xarakteri) bazal temperaturani ulchash (bazal temperatura pasayadi) UTTda tekshirish, xoriogonik gonodotropin testlarini aniqlash asosida kuyiladi. Klinik belgilar bo`yicha diagnozni aniqlab bulmasa ultratovush tekshirish kerak. Kachonki pasient temperaturasi yuqori bulsa, yoki bachadon va bachadon ortiklari soxasida kuchli og`riq yoki peritonit belgilari bulsa, septik abortga gumon qilish kerak.



Uz - uzidan (ixtiyorsiz) abort va tug`ruq sabablarini aniqlash muxim axamiyatga ega. Tulik yigilgan anamnez kerakli ma`lumotlarni berishi mumqin. Ularni doimiy va ginekologik kuchirishlar, shuningdek kompleks klinika - laborator tekshirishlar bilan tuldirish kerak.

Anamnez va kuzdan kechirish yordamida umumiy rivojlanishning orqada kolishi, ichki sekresiya bezlarining ayrim funksional yetishmovchiligi, bachadon bo`yni funksiyasi yetishmovchiligi, boshidan o`tkazgan infeksiyon kasalliklar to`g`risida ma`lumotga ega bo`lishi mumqin. Klinik laborator tekshirishlar natijasida homiladorlikni tuxtatilish sababi sifatida garmonal yetishmovchilikning aniqlash mumqin. Siydikda pregnandiol (sutkalik ekskresiyasi 5 mldan kam) va ekstrogenlar ekskresiyasi davolashni garmonal usullarini kullash uchun asos bo`ladi.

Homilani ona kornida ulishi xollarida estriol ekskresiyasi 10 martaga pasayishi aniqlangan diagnostik test bo`lib xizmat qilishi mumkin.

Davolash.

Homiladorlikni tuta olmaslik bilan kasallangan bemorlarni davolashga kirishishda vrach xamma vakt shuni esdan chikarmasligi kerakki, bu ayollarning kariyb barchasida ruxiy muvozanat buzilgan.

Shuning uchun tibbiyot xodimi suzlari kun xollarda bemor nerv psixik muvozanati normallasuvi uchun tayinlangan dori vositalar kompleksidan kura ko`prok yordam beradi. Bu kategoriyadagi bemorlarga vrach yaxshi muomala bilan birga qo`shimcha ravishda trankvilizator dori vositalari tayinlash axamiyatga molik. Homilani saklashni muxim omillaridan biri bu rejimga rioya qilish.

Davolashni nomedikamentoz usullarimi keng kullash kerak: bular yotok rejimi, fizioterapiya, psixoterapiya, refleksoterapiya.

I-trimestrda homiladorlik uzulish xavfi tugilganda sababidan kat'iy nazar davolash kompleks bo`lishi kerak: 1. Yotok rejim

2. Psixoterapiya, sedativ vositalar: pustrnik nastoykasi (15,0:200.0) 1 osh qoshiq 3 maxal, valeriana otvori (20.0 x 200.0) 1 osh qoshiq 3 maxal, tazepam 0.01 g dan sutkasiga 2 maxal, seduksen 0.005 g 1-2 maxal sutkasiga.

3. Spazmolitik terapiya: no-shpa 0.04 g dan 3 maxal sutkasiga, papaverin bilan shamchalar 0.02 g dan 3-4 maxal sutkasiga, baralgin 2 ml mushak orasiga.

4. Xavf sabablari, garmonal kursatkichlar, KBI miqdori homiladorlik muddatiga bog`liq patogenetik asoslangan terapiya.

Dori vositalar 1 dozasi klinik laborator kursatkichlar nazorati asosida tanlanadi.

5. Nomedikamentoz va fizioterapevtik davolash usullari: iglorefleksoterapiya, endonazal galvanizatsiya, elektroanalgiya.

Tuxumdon gipofunksiyasi genetal infantilizm, bachadon rivojlanish nuksonlari bor ayollarda garmonal davoni homiladorlikni 6 xaftasidan dufaston kichik dozalaridan sutkasiga 10 mg dan boshlash kerak.

XG ekskresiyasi past bulsa xoriogonin 750 - 1000 YeD dan xaftasiga 2 marta mushak orasiga kilinadi. Garmonal preparatlar dozasini organizm garmonal status kursad-kichlariga asoslanib tanlash kerak. Agar KPI yuqori, bachadon bo`yin kanalida shilimshik ko`p miqdorda (korachik fenomeni +++) bulsa ekstrojenlar dozasini kamaytirish yoki gestogenlar (turinal, progesteron, dyufaston) dozasini oshirish kerak.

Bachadon kattalashishi homiladorlik muddatidan orqaga kolganda va qin devori kuruk bo`lganda ekstrojenlar terapiyasini kuchaytirish kerak.

Bu kategoriyadagi bemorlarga garmonal terapiyani 15-16 xaftagacha plasenta rivojlanishi tugallanmagunigacha davom ettirish kerak. Homiladorlik uzulishi belgilari bo`lmaganda, shuningdek garmonal parametrlar normallasganda garmonal terapiyani homiladorlikni bundan erga muddatlarda xam tuxtatish mumkin. Homiladorlikning kechki muddatlarida garmonlar kullash maqsadga muvofik emas.

Buyrak usti bezi genezli giperandrogeniyada glyo`qokartikoidlar (deksamitazon, prednizalon) bilan garmonal terapiya patogenetik asoslangan xisoblanadi. Davolashni homiladorlik bulmasdan oldin boshlash kerak. Garmon dozasini 17-KE ekskresiyasi nazorati ostida individual tanlash kerak. Glyo`qokartikoid terapiya ovulyatsiya normallasuvi va endometriyning sekreter transformatsiyani ta`minlaydi. Deksemetazon kabul qilish fonida ketosteroidlar ekskresiyasi o`rta normativ kursatkichlar atrofida bo`lishi kerak. Homiladorlikda 17-KE ekskresiyasi oshgan xollarda garmon 0.5 mg yoki 0.375 mg (3/4 tab) dozada beriladi. Davolashning analizlar nazorati ostida olib boriladi.

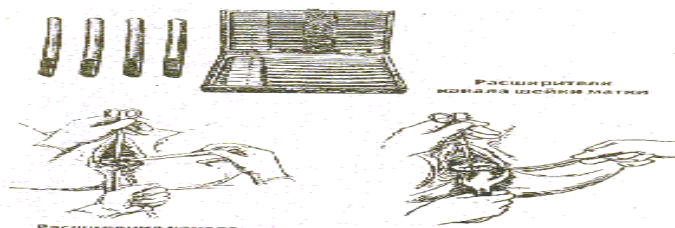
Giperandogeniya klinik belgilari bo`lmaganda 17- KB ekskresiyasi yuqori miqdori bir martalik oshishi, glyo`qokartikoidlar terapiya tayinlash uchun asos bula olmaydi. Kiska muddatda (2-3 kundan keyin) tekshirishni takrorlash kerak va agar siydikda ketostreoidlar miqdori yuqori bulsa, garmonal terapiya tayinlanadi. Buyrak usti bezi giperandrogeniyasi bor bemorlarda tuxumdonlarning gipofunksiyasi, homiladorlikning erta muddatlarida 5-6 xafta deksometazon (prednizalon terapiyasini mikrofollin bilan

birga kullash mumkin qo`shilib kelgan progesteron yetishmovchiligi aniqlanganda turinal sutkasiga 1-2 tabletkadan berish mumkin.

Garmonal terapiya bilan bir vaktida spazmatiklar tayinlash va fetoplasentar yetishmovchilik profilaktikasiga karatilgan davo o`tkazish maqsadga muvofik.

Jadallashgan abort tulik bo`lmagan va tulik abortda homila tuxumi qoldiqlarini va qon laxtalarini instrumental olib tashlash kerak.

ABORT TEXNIKASI



Infeksiyalangan abortda homila tuxumi qoldiqlarini antibakterial terapiya fonida olib tashlash maqsadga muvofik. Septik abortda davolash prinsiplari xuddi tug`ruqdan keyingi septik infeksiyani davolash prinsiplaridek.

Rivojlanmaetgan homiladorlikda I- trimestrda ulgan homila tuxumi instrumental olib tashlanadi. Tugallanmagan abortda uzok kutish asoratlar (DVS, infeksiyalanish) rivojlanishi mumqinligi munosabati bilan maqsadga muvofik emas.

Ektopik homiladorlik

Ektopik homiladorlik – bu bachadondan tashqari, ko`pincha fallopiy naylaridagi homiladorlik. Ektopik homiladorlik kachonki uruglangan zigota bachadoniga yetib kelmasdan boshqa joyda ko`pincha fallopiy naylarining ayrim kismilarida implantatsiya bo`lganda yuzaga keladi.

Ektopik homiladorlik uchun xavfli omillar kuyidagilarni uz ichiga oladi:

- Anamnezida bachadon naylaridagi operatsiyalar shu jumladan bachadon naylarini boglash va yoki ularni boglashdan keyin reanostomoz.
- Kontrasepsiya – BIS
- Anamnezida ilgari xam ektopik homiladorlik bo`lganligi. Dastlab ektopik homiladorlik bachadon ichi homiladorligidan fark kilmaydi.

Bemorda amenoreya bo`lishi mumqin, u uzini homilador deb xis qilishi mumqin va homiladorlikka testlar pozitiv bo`ladi. Leqin keyinchalik homiladorlik naylarining chuzilishi va qon tomirlar eroziyalanishi oqibatida tuxtaydi.

Shu vaktndan boshlab plasenta va sarik tana susaya boshlaydi va garmonlar miqdori tushadi. Shu vaktgacha sarik tana progesteroni yordamida saqlanib turgan desidua endometriyasi suna boradi va qon ketish boshlanadi. Desidua bitta katta bulak shaklida chiqadi.

Plasenta ishlab chiqaradigan XG bu vaktida uzgarmaydi yoki pasayadi. Homiladorlik nay devori orqali va yaqinda joylashgan qon tomirlari orqali invazyialanishi mumqin, qorin ichi qon ketishi kelib chikishi mumqin, yoki qon ketishi profuz kam miqdorda bo`lishi mumqin.

Ektopik homiladorlikning bir necha xil variatsiyalari mavjud. Bularga uz - uzidan regressiya, nay oxirida abort, surunkali gemotoma shakllanishi, xattoki uruglangan tuxum xujayraning boshqa joyga reimplantatsiya natijasida abdominal xomidorlik yuzaga kelishi mumqin.

Belgilari va simptomlari.

Og`riq va vaginal qon ketish ektopik homiladorlikning uziga xos belgilari va simptomlari. Og`riq kariyb universal, asosan qorinni pastki kismida va ko`prok jaroxat joylashgan tomonda. Qon ketishi xam tez-tez kiska amenoreya davridan keyin kelib chiqadi. Vaginal bachadon ortiklarini kattalashganini, og`riqliligini aniqlash mumqin.



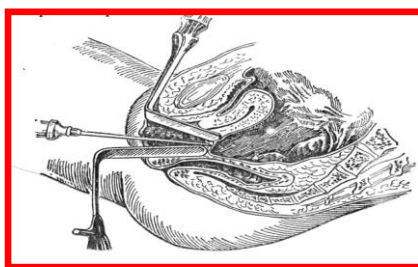
Ayrim xollarda bu kartinani normal bachadon homiladorligi yumshok sarik tanasi bilan chalkashtirish mumkin. Qorin ichiga qon kuyo`lishi natijasida gemoperitonit belgilari, shok, gipotenziya belgilari kelib chikishi mumkin.

Diagnostika.

Laborator testlar ahamiyatli bo`lishi mumkin: Nv, Ht pasayishi qon zardobida XG pasayishi bachadondan tashqari homiladorlik tuxtagani, oshishi esa rivojlanuvchi bachadondan tashqari homiladorlikdan dalolat beradi. Diagnostika UZI juda foydali, transvaginal skanerlash transabdominalga nisbatan katta diagnostik ahamiyatga ega. Yana bir diagnostik test -kuldotsintez. Bunda orqa devor punksiya kilinib, punktat xarakteri aniqlanadi. Punktatda Ht kursatkichi 15% dan ko`pligi aktiv intraperitoneal qon ketishidan dalolat beradi.

Diagnostika laparoskopiya oltin standart bo`lib xisoblanadi va ayniksa, qorin ichiga qon ketishga gumon kilinganda muxim ahamiyatga ega va bir vaktning uchida xirurgik korreksiya qilish mumkin.

ORQA GUMBAZ PUNKSIYASI



Davolash.

Xozirgi kunda ektopik homiladorlikda kuyidagi davo rejasida foydalaniladi:

- Kutish
- Medikomentoz
- Abdominal xirurgik
- Laparoskopik

Nay homiladorligi bo`lgan ko`pchilik ayollarda laparoskopik xirurgik eng samarali xisoblanadi.

Kutish yoki medikamentoz davo kuyidagi kriteriyalar bo`yicha saralangan gemodinamik stabil ayollarda qo`llaniladi:

- Og`riqlar va qon ketish minimal
- Pasient kuzatish uchun ishonchli
- Nay yorilishi uchun asosning yo`qligi
- XG miqdori ming YeD/ml bo`lishi yoki uni tushishi
- Ektopik yoki ortik massasi 3 sm dan kichik yoki aniqlanmaydi
- Embrion yurak urishi yo`qligi

Kachonki homiladorlikning aniq lokalizatsiyasining aniqlash iloji bulmasa, kutish taktikasini qo`llaniladi.

Kyuretaj va bachadon bo`yni dilatatsiyasi - bu buzilgan ektopik homiladorlikni tashlashni ajratuvchi yagona testdir. Bu invaziv test kullanilishi mumkin yoki klinik sharoit kancha talab kilsa shuncha kechiktirish mumkin.

Metotreksat - folat kislota antagonisti bilan medikomentoz terapiya to`g`ri ajratilgan pasientlar uchun makbul yuldir.

Pasientlarni ajratish metotreksat terapiyasi samaradorligining muxim elementi.

Ishlatiladigan kriteriyalar yigindisi:

- Stabil xayotiy, belgilar va simptomatologiya darajasi past.
- Metotreksat terapiyaga karshi kursatmalar yo`qligi (normal jigar fermentlari va trombositlar miqdori)
- Buzilmagan ektopik homiladorlik
- Embrion yurak faoliyati yo`qligi
- Ektopik massa 4 sm yoki undan kichik
- XG miqdori 5000 ml YeD/ml dan tushishi

Bir martalik dozalangan mushak orasiga kiritish asosan 1 mg/kg xisobidan xisoblanadi. Zardobda XG ni aniqlash davolashning 4- 7 kunida o`tkaziladi va ksyinchalik xar hafta to uning miqdori 5 ml YeD/ml bulguncha aniqlanadi va 3- 4 haftani uz ichiga olishi mumqin. Zardobda progesteron XG' bilan birga aniqlanadi va uning 1,5 mg/ml gacha pasayishi ijobiy yakun sifatida kabul kilinadi. Va bu 2-3 hafta orasida yuzaga keladi.

E. X. da metotreksat bilan medikamentoz davolashning sxemasi

Davo sutkalari	Davolash va diagnostik tadbirlar
0	Qonning umumiy taxlili, trombositlar, AST, kreatinning, qon guruxi va rezus faktorini aniqlash.
1	Metotreksat 50 mg/m2 mushak orasiga (1 mg/kg)
2-3	Kuzatuv
4	XG
7	XG – agar XG miqdori 4-kundagi miqdoridan 15 % ga kamaygan bulsa, metotreksat usha doza beriladi.
	Agar XG miqdori 15% dan ko`prok kamys, hafta aro analiz o`tkaziladi XG yo`qolguncha (4 hafta). Davo boshlangandan 4 hafta so`ng UTT kaytariladi

Xirurgik davo - uzok yillar davomida ektopik homiladorlikni davolashning asosi bo`lib kelmokda. Uning uzi qonservativ va eksterpativga bulinadi. Qonservativda nay saklab kolinadi, eksterpativda esa nay olib tashlanadi. Buning uzi laparotomiya va laparoskopiya yordamida. kilinadi va pasient, operator tajribasi, maxalliy standartlar va imqoniyatlardan kelib chiqiladi. Xirurgik davo zarurligini kursatuvchi kriteriyalar kuyidagilar:

- Pasient nostabil xayotiy belgilar yoki ichki qon ketish belgilari
- Ishonchsiz nazorat
- Metotreksat terapiyasiga kandaydir karshi kursatma

Xirurgik operatsiya xajmi zararlangan bachadon nayini olib tashlash yoki uni homiladorlikdan xoli kilgandan keyin plastik operatsiya bo`lishi mumqin. Qon ketish xajmi va shokni ogirlik darajasiga karab shokga karshi chora- tadbirlar va tezda OTSK ni tuldirish kerak.

Mavzu: Bachadondan tashqari homiladorlik etiologiyasi va patogenezi, klinikasi, diagnostikasi va differentsial diagnostikasi. Profilaktikasi va reabilitastiyasi.

BACHADONDAN TASHQARI HOMILADORLIK

Uruglangan tuxum hujayra odatda bachadon nayi orqali bachadon bo`shligiga tushib, uning tana qismi shilliq qavatiga o`rnashadi va shu joyda rivojlana boshlaydi. U bachadondan tashqriga payvandlansa, bachadondan tashqari homiladorlik vujudga keladi.

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

Bachadondan tashqari homiladorlikning asosiy klinik belgilarini umumiy amaliyot shifokorlarining bilib qo'yishlari juda muxim. Chunki ular bunday ogir asorat bilan kasallangan ayollarni o'z vaqtida vrachga yuborib, ularning haytini saqlab qolishga o'z hissalarini qo'shgan bo'ladilar.

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

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

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

Bachadondan tashqari homiladorlik (gr.extranterina) yoki o'z o'rnida joylashmagan homiladorlik deb, uruglangan tuxumning bachadondan tashqari-homilaning tugilishi uchun tabiiy yo'llardan tashqarida joylashishiga aytiladi.

Tasnifi:

A.Uruglangan tuxumning joylashishiga ko'ra:

- 1.Qorin bo'shligidagi homiladorlik: a) birlamchi ,b) ikkilamchi
- 2.Bachadon nayidagi homiladorlik (gr.extra uter tubarria)
 - a) Interstistial qismida joylashishi (9,15%)
 - b) Istmik qismida joylashishi (49,6%)
 - v) Istmiko-ampulyar qismida joylashishi
 - g) ampulyar qismida joylashishi (40,3%)
 - d) fimbrial qismida joylashishi
- 3.Tuxumdondagi homiladorlik (gr.ovariialis)
4. Bachadondan tashqari homiladorlikning boshqa shakllari:
 - a) bachadon bo'ynida joylashishi
 - b) aralash joylashishi (masalan;tuxumdon -fimbrial qismida joylashishi).
 - v) bachadonning rudimentar shoxlarida joylashishi.
 - g) boylamlar orasida joylashishi.
 - d) bachadon tutqichlarida joylashishi.

B. Bachadon nayidagi homiladorlikning klinik kechishiga ko'ra:

1. Bachadon nayidagi o'sib boruvchi (uzilmagan) homiladorlik
2. Bachadon nayidagi uzilgan homiladorlik:
 - a) bachadon nayining yorilishi.
 - b) naydagi abort.

Etiologiyasi va patogenezi

Fiziologik sharoitda uruglangan tuxum hech qanday to'siqsiz bachadon naylari orqali bachadon bo'shligiga o'tadi. Me'yorda trofoblast tuxum bachadon bo'shligiga tushgandan keyin hosil bo'lishi kerak. (trofoblast tuxumning ma'lum bir joyda o'rtnashib, mahkamlashib olishida asosiy o'rinni egallaydi). Agar trofoblast tuxumning bachadon bo'shligiga tushishidan oldin paydo bo'lsa, bachadondan tashqari homiladorlik kelib chiqadi.

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

- 1.Yalliglanish jarayonlari.
- 2.Jinsiy a'zolarining noto'gri rivojlanishi (infantilizm).
- 3.Bachadon naylarining kistalari yoki xavfsiz o'smalari.
- 4.Nay endometriozi.
- 5.Bachadon nayi atrofidagi chandiqli jarayonlar.
- 6.Uruglangan tuxum hujayra migrastiyasi.

Ko'pchilik ayollarda saris tana ektopik homiladorlik joylashishining qarama-qarshi tomonidagi tuxumdonda topiladi.

a) tashqi migrastiyada (masalan, o'ng tuxumdonidan chap bachadon nayiga qorin bo'shligi orqali o'tadi yoki aksincha) blastostista kattalashib ketib nayning ingichka bo'yin oldi qismidan o'ta olmay qoladi.

b) ichki migrastiyada esa uruglangan tuxum hujayra bachadon orqali qarama-qarshi tomondagi nayga o'tadi.

- 7.Haddan tashqari ruhiy zo'riqishlar.

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

Yalliglanish jarayonlari bo'lganda nay shilliq qavatlarini shishib, fibroz va chandiqli o'zgarishlar paydo bo'ladi. Nay ichi torayadi, kiprikchali epiteliya xarakati buziladi. Nay harakati sekinlashib uruglangan tuxum hujayra turib qoladi va shu erda rivojlanadi.

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

Klinik kechishi

Bachadon nayidagi o'sib boruvchi (uzilmagan) homiladorlik.

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

Nay 4-6 haftaligida, ba'zi paytlari 2-3haftaligida yoriladi. Yorilishiga sabab nay shilliq qavatining distenduvlanishi, bachadonnikiga qaraganda sust bo'ladi, u funktsional va bazal qavatga bo'linmaydi, shilliq osti qavatining ham yo'q, mushak qavatini ham bachadonnikiga qaraganda sust rivojlangan. Shunga ko'ra hujayra trofoblasti va xorion vassinkasi nay devoriga tez o'sib kiradi va uning butunligini buzadi. Agar nay yuqoriga yarim aylanasidan yorilsa, homila tuxumi chiqib erqin qorin bo'shligiga quyiladi. Agar pastki yarim aylanasidan yorilsa, homila tuxumi va gematoma bachadonning keng boylami varaqalari orasida bo'ladi. Nay yorilganda homila tuxumi qorin bo'shligida bo'lsa, "o'tkir qorin" belgilari paydo bo'ladi: anemizatsiya, hushidan ketish, bosh aylanishi, qorinda kuchli og'riq, shok belgilari-qon bosimining pasayishi, holsizlik kuzatiladi.

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

Asosiy belgilari

Qorin va qov soxasida kuchli og'riq bo'lishi, og'riqning elka, kurak, to'g'ri ichakka berilishi va sovuq ter bosib, hushidan ketishdir. Ob'ektiv ko'rilganda qon bosimi pasayadi, puls tezlashgan, teri va shilliq qavatlari oqaradi. Qorin paypaslanganda og'riqli, qorin mushaklari bir oz taranglashgan, leqin nafas olishda ishtirok etadi, perkussiya qilinganda qorinda erqin suyuqlik bo'lgani uchun to'mtoq tovush eshitiladi.

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

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

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

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

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

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

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

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

Bachadondan tashqari homiladorlikni aniqlash usullari

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

2. Umumiy tekshirish natijalari:

-Hayzning kechikishi.

- Homiladorlik belgilari bo'lishi.
- Qorinda og'riqning bir tomonlama (frenikus belgisi) to'lg'oqsimon bo'lishi,og'riqni qov sohasidan elkaga, kurakka, to'g'ri ichakka o'tishi.
- Hushdan ketish,shok,kollaps belgilari (teri va shilliq qavatlarining oqarib ketishi ,qon bosimining pasayishi ,tomir urishi tezlashishi va h.k)
- Tashqi va ichki qon ketish belgilari (kamqonlik rivojlanishi)
- Qorin pardasining ta'sirlanish belgilari rivojlanishi, qorin paypaslanganda og'riq sezilishi va mushaklari taranglashgan,perkussiya qilinganda qorin bo'shlig'ida erqin qon yig'ilishi sababli perkutor tovushining bo'g'iqlashishi .
- 3. Qin orqali tekshirilganda :
- Qin shilliq qavatlari oqargan ,to'q qoramtir qon bilan qoplangin .Bachadon bo'ynining qin qismi biroz ko'kimtir bo'ladi. Bachadon bo'yni kanalidan destidual to'qimalar bilan aralashgan xolda to'q qoramtir qon kelib turadi(oz miqdorda).Bachadon noksimon shaklda bo'lib, biroz yumshagan bo'ladi.Bachadon bo'yni oldinga surilsa, kuchli og'riq beradi .Bachadon ortiqlari sohasida bir tomonlama shish aniqlanadi. Qin gumbazi bo'rtib chiqqan bo'lib, juda og'riqli .("Duglas qichqirig'i"), qalpoqcha, to'siq belgilarining musbat bo'lishi kuzatiladi.
- 4.Ul'tra tovush orqali tekshirish
- Ko'pincha bachadon nayidagi rivojlanib boruvchi (uzilmagan) homiladorlikni aniqlashda katta yordam beradi.
- 5.Orqa gumbaz punkstiyasi
- 6.Laparoskopiya.
- 7.Endometriyni gistologik tekshirish.

BACHADONDAN TASHQARI HOMILADORLIKNING QIYoSIY TASHXISI

Quyidagi kasalliklardan farqlash lozim:

- 1.Bachadondagi homiladorlikdan bo'ladigan abort (1-tablista).
- 2.O'tkir appendisit (2-tablista).
- 3.Bachadon ortiqlarining yallig'lanishi (3-tablista).
- 4.Tuxumdon apopleksiyasi.
- 5.O'sma oyoqchalarining buralib qolishi.
- 6.O'tkir pelvioperitonit.
- 7.Oshqozon yarasining perforastiyasi.
- 8.Ichak tutilishi.

1-jadval

NAY ABORTI	BACHADON ABORTI	BACHADONDAN TASHQARI HOMILADORLIK	O'TKIR APPENDISIT	NAY yorilishi	BACHADON ORTIQLARINING YALLIG'LANISHI
1. Homiladorlikning buzilishi 4-6 haftalarda yuz beradi. 2. Og'riq	1.8-12 xaftalarda yuzberadi 2. Og'riq to'lg'oqsimon	1.Homiladorlik shish belgisi kam rivojlangan. 2.Qorin	1.Homiladorlik belgilari yo'q ko'ngil aynishi,qusish bo'ladi. Og'riqlar kuchli bo'lmaydi,tana	1. Hayz 3-5 xaftagacha kechiqadi. 2.Homiladorlik subektiv bel	1. Ha yz kechikishi yo'q 2.Homiladorlik belgilari yo'q. 3. ajralma

to'lg'oqsimon bo'lib, bir tomonlama, chov sohasida bo'ladi. Og'riq kuchli boshlanib, shok, kollaps, hushdan ketish va qorin pardaning ta'sirlanish belgilari bilan namoyon bo'ladi. 3. Tashqi qon ketish oz miqdorda, ajralma ranggi to'q qoramtir bo'lib pardalar ajraladi. Ajralma odatda og'riq boshlanganidan keyin ajraladi. 4. Kamqonlik darajasi tashqi qon ketish miqdoriga mos kelmaydi. 5. Destidual parda butun yoki bo'lakchalar holida ajralib chiqadi. Agar ajralib chiqqan to'qima stakandagi suvga solinib yorug'likda ko'rilsa, mayda suzib yuruvchi vorsinkalar ko'rinmaydi. 6. Bachadon noksimon shaklda bo'la-	bo'lib, qorin pastida, dumg'aza sohasida bo'ladi. Og'riq to'lg'oqka o'xshab seqin muntazam boshlanib, keyin kuchaya boradi. 3. Tashqi qon ketish ko'p miqdorda och, qizg'ish rangda, ko'pincha qon laxta-lari bo'ladi, qon og'riqlar boshlanishidan oldin keladi. 4. Mos keladi. 5. Plastentar to'qima ajraladi, vorsinkalari bo'ladi. 6. Bachadon sharsimon shaklda bo'lib, hajmi homiladorlik muddatiga mos keladi. Bachadon bo'ynida abort bo'lsa, bachadon ballon shaklida bo'lib, bachadon tanasi bachadon bo'yniga qalpoq singari kirib turadi. Tashqi	oldi devorining taranglashish belgisi kam rivojlangan. 3. Tana ranggi oqargan, lablari, timoqlari ko'kargan, hushidan ketgan. 4. Qonda ikkilamchi anemiya belgilari ko'riladi. 5. Bachadon kattalashgan, orqa gumbaz bo'rtgan, yon gumbazlari orqali o'smasimon hosila aniq lanadi, kam harakatchan, o'smasimon hosila pastroqda joylashadi 6. EChT uzgarmaydi 7. Orqa gumbaz punkstiya kilinganda suyo'q qon olinadi. 8. Destidual parda kuchadi, ajraladi.	harorati ko'tariladi. 2. O'ng tomonda qorin devorining taranglashi sh belgisi (Q) 3. Shyotqin-Blyumberg, Rovzing belgilari (Q), Frenikus belgisi bo'lmaydi 4. Leykostitoz. 5. Bachadon va ortiqlari normada. Gumbazlar erqin. Infiltrat yuqoriroqda. Qin orqali infiltratni aniqlash qiyin va u bachadon harakatchan harakatchan ligini chegaralab qo'ymaydi. 6. EChT oshadi. 7. Orqa gmbaz punkstiya kilinganda qon olinmaydi. 8. Destidual parda ajralmaydi.	gilari bo'ladi. 3. Og'riq o'tkir boshlanib, bemorhushidan ketadi 4. Frenikus belgisi bo'ladi. 5. Qorin paypaslanganda homila dorlik tomon og'riqli, qorin biroz shishgan va tarnglashgan bo'ladi 6. Bachadon hajmi biroz kattalashadi. 7. Bachadon surib ko'rilganda biroz og'riqli. 8. Bachadon naylari xamirsmon qonsistenstiyali va kattalashgan 9. To'q qizil qonli ajralma bo'ladi 10. Orqa gumbaz punkstiya qilinib, qon olinadi 11. Homiladorlikka immunologik reaksiyalar (Q) bo'ladi 12. qonda biroz lekostitoz, SOE sal oshgan bo'lishi mumkin	bo'lmaydi Og'riq asta-seqin boshlanib, doimiy xarakterga ega bo'ladi, bemor hushidan ketmaydi. 4. Frenikus belgisi bo'lmaydi 5. Qorin taranglashgan, chukur paypaslanganda ikki tomonlama og'riqli 6. Bachadon hajmi o'zgarmagan 7. Bachadon surib ko'rilganda kuchli og'riq beradi 8. Ikki tomonlama bachadon naylari kattalashgan (ko'pincha). 9. Qonli. 10. Punkstiya da orqa gumbazdan seroz suyuqlik olinadi 11. (-) bo'ladi 12. Kuchli lekostitoz, SOE oshgan 13. Umumiy intoksikatsiya belgilari
--	---	---	---	---	---

di, xajmi homiladorlik muddati- ga mos kelmaydi. Bacha don tashqi bo'g'zi yopiq bo'ladi.	bo'g'iz ochiq bo'ladi.			13. Intoksikatsiya belgilari bo'lmaydi 14. Yalliglanish ga qarshi davo naf bermaydi .	bo'ladi. 14. Yalliglanish ga qarshi davo naf beradi.
---	---------------------------	--	--	---	---

TUXUMDON APOPLEKSIYA SIDA-juda kuchli og'riqlar , shok belgisi bo'lmaydi. Bachadondan qon ketishi xam kuzatilmaydi. Tuxumdon apopleksiyasi ovulyatsiya vaqtida yuzaga keladi.

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

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

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

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

ICHAK TUTILISHI- bachadondan tashqari homiladorlikning o'xshash belgilari: og'riq bo'lishi, meteorizm va qorin devorining rezistentligi, el chiqmasligidir. Ichak tutilishida o'tkir kamqonlik belgilari bo'lmaydi, ich kelmasligi, el chiqmasligi, qusish asosiy o'rin egallaydi. Ichak tutilishida Valdeyer , Spasokukostkiy belgilari (Q3) bo'ladi. Rentgenologik tekshirganda Kloyber kosachalari topilishi ichak tutilishi uchun xosdir.

Davolash.

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

Operatsiya quyidagi bosqichlardan iborat:

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

2. Homiladorlik tufayli zararlangan nay operatsion jarohat yuzasiga chiqariladi.

3. Zararlangan nay olib tashlanadi (salpingoektomiya) agar tuxumdon xam zararlangan bo'lsa, salpingoovarietomiya qilinadi. Qorin bo'shlig'iga yig'ilgan qon olib tashlanadi.

4. Peritonizatsiya qilinadi (yumaloq boylam bilan) va operatsion jarohat qavatma-qavat tiqiladi.

Bu davolash usuli ko'pincha naydagi uzilgan homiladorlikda qilinadi.

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

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

--Bachadon naylarining segmentar rezektsiyasi.

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

-- Tuxum xujayra nayning ampulyar va fimbriya qismida joylansa, ampyatsiya qilinib nay stomplastikasi qilinadi.

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

Ayni vaqtda gemorragik shokka qarshi tezkor choralar ko'riladi. Bemorga plazma, eritrostitar modda va qon o'rnini bosuvchi suyuqliqlar quyiladi

(stabizol, poliglyuqin, jelatinol, kristalloid eritmalar). Antibakterial desensibillovchi (dimedrol, suprastin, tavegil, pipolfen), yallig'lanishga qarshi, umumiy quvvatlantiruvchi muolajalar o'tkaziladi.

Sog'lomlashtirish tadbirlari

Ektopik homiladorlikni o'tkazgan bemorlar dispanser nazoratida bo'ladilar. Operatsiyadan keyin 4-5 kunda nospestifik terapiya: umumiy quvvatlantiruvchi, gemostimullovchi, desensibilizatsiyalovchi, fizioterapevtik muolajalar boshlanadi. 5-6 oy mobaynida 3 ta kurs sog'lomlashtirish muolajalari o'tkaziladi: operatsiyadan keyin 5 kun dikloran 2,0 m/o, elektroforez (kaliy yod bilan) qorin- dumg'aza sohasiga quyiladi Jinsiy a'zoldan qon kelish to'xtagandan keyin (6-kunidan 14-kunigacha) davolash gidrotubastiyasi (ifizollg, 25 mg gidrokortizon, 0,5 % novokain) o'tkaziladi Dori asta- seqin yuboriladi . Gidrotubastiya fizioterapiya bilan birga qo'shib olib boriladi: birinchi davolash kursida kaliy yod bilan elektroforez , ikkinchi kursida dikloran plyus gel, lidaza bilan ultratovush , uchinchi kursida dikloran plyus gel yoki lidaza bilan elektroforez o'tkaziladi.

Keyin ayolga 6 oy mobaynida kontrastepstiya maqsadida sintetik progestinlar buyuriladi sanatoriy kurortlarda davolanish tavsiyaqilinadi

Oldini olish

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

Trofoblastik kasallik.

Gestasion trofoblastik kasallik yoki yelbugoz 3 ta asosiy formasi bor:

- Tulik yelbugoz
- Qisman yelbugoz
- Residivlovchi yelbugoz va rivojlanib metastatik xorionepiteliomaga aylanishi mumkin.

Bu homiladorlikning 1-trimestrida qon ketish sababi sifatida kam uchraydi va boshqa sabab tasdiqlanmagan xolda dif. diaqnoz maqsadida kurib chiqiladi. Tulik yelbugoz homila yo'q va plasentar proliferatsiyadan iborat plasenta vorsinkalari shishgan va uzum shingilini eslatadi. Tulik yelbugozlarning ko'pchiligi 46 XX xromasoma tullamiga ega va ota tomonidan o'tadi. Ko'pincha 2 ta faktor trofoblastik kasallikka mmoyillik qiladi:

- Reproktiv xatning oxirida homiladorlik (40 - 45yoshdan yuqori)
- Anamnezida yelbugoz bo'lishi

Klinik namoyon bo'lishi:

- I yoki erta II trimestrlarda vaginal qon ketish. Uzum shingilini eslatuvchi pufakchalar kachonki homiladorlik II trimestrta utganida ajraladi.
- XG miqdori gestatsiya muddatiga mos miqdordan yuqori
- Bachadon gestasion muddatga nisbatan katta
- Tuxtatib bulmaydigan kayt qilish, gipertenziya erga gestasion muddatdagi homiladorlik oqibatida kelib chiqadi.
- Teka-lyutein kislotalari natijasida tuxumdon kattalashishi Diagnostika yuqoridagi belgilarga asoslanadi. Erta diagnostika uchun yuqori gumon kursatkichi bo'lishi kerak. UZI diagnostikaning asosiy standarti

xisoblamadi. Unda bachadon ichida homila yo`qligi va ko`plab pufakli bushliklar kurinadi. Ko`pincha kattalashgan kistoz tuxumdon aniqlanadi.

Davolash.

Bachadon bushligidan yelbugoz elementlarni darhol evakuatsiya qilish va keyin 6 oy davomida XG seriyali monitoringi o`tkazish.

Agar XG uzgarmasa yoki oshsa residivga gumon qilish mumkin va metotreksat bilan ximiya terapiya ni boshlash kerak. Teka-lyutein ovarial kistalar davolashni talab etmaydi va pufak to`qimasni evakuatsiya kilgandan keyin surilib ketadi. Yelbugoz bo`lgan ayollarning taxminan 20% da residiv uchraydi va miometriyga usib kirish yoki agressiv metastatik formalarida bo`lishi mumkin.

Yelbugoznn bartaraf etgandan so`ng bemorlarni olib borish taktikasi.

Yelbugozni bartaraf etgandan so`ng metostazlar invaziv yelbugoz va xorionepitelioma rivojlanishi oldini olish maqsadida stasionar sharoitida profilaktik ximiyaterapiya kursi o`tkazish maqsadga muvofik.

Bu ximiyaterapiyaga kursatmalar:

1. Xorion epiteliy yakkol prolifsratsiyasi va anaplaziyasi
2. Yelbugozni bartaraf etgandan so`ng XG titri progressiv pasayishi kuzatilmaslgi.
3. XGni dinamikada aniqlash uchun imqoniyat bulmasligi: chet joyda yashash tibbiyot muassasi yo`qligi.

Profilaktik ximiyaterapiya maqsadida qo`llaniladi:

1. Metotreksat kurs davo uchun 120 mg intensiv (uzluksiz) yoki uzlukli usulda. Intensiv usulda 20 mg dan xar kun 6 kun davomida, uzluklida 20 ml dan xar 2-3 kunda xammasi 6 marta.
2. Aktimidin «D» vena ichiga 120 mg/kg davo kuni 5 kun.

Bemor 1 ning dispanser nazorati 2 yil davomida olib boriladi. Xar gal bemor kelganda umumiy kuzdan kechirish, genitaliy, sut bezlarini kuzdan kechirish va surgichlardan ajrilmalarni tekshirish, siydikda XG ni aniqlash. Genitaliyni kuzdan kechirganda ajratma xarakterini qin va bachadon bo`yini shillik qavati rangiga, bachadon bo`yini va tanasi qonsistensiyasiga, bachadon va tuxumdonlar ulchamiga e`tibor berish kerak. Dispanser nazoratidagi bemorlarni tekshirish muddati yelbugozni bartaraf etgandan so`ng 2, 4, 6, 8, 12 haftalar, so`ng 1 yil davomida oyiga bir marta, keyin esa 3 oyda bir marta.

Elbugozdan keyin kelib chikishi mumkin bo`lgan xorionepitelioma simptomlari.

1. XG ga musbat reaksiyalarning uzok persistensiyasi yoki bundan xam yomon manfiy reaksiyalardan so`ng yana kayta musbat reaksiya kelib chikishi.
2. Kirishdan keyin davom etadigan yoki bir muddat tanaffusidan keyin kelib chiqadigan xar xil intensivlikdagi oketishlar.
3. Bachadon subinvalyusiyasi.
4. Yelbugoz baptapaf etilgandan so`ng embrion elementlari saqlanib kolishi va lyutein kistalari rivojlanishi.

Rivojlanayotgan xorionepnteliomaga gumon kilinganda:

1. XG miqdorini aniqlash.
2. Metastazlarni aniqlash maqsadida kukrak kafasi rentgenografiyasi.
3. Bachadon bushligini diagnostik kirish va olingan to`qimani gistologik tekshirish. Xorionepitelioma gistologik inkor kilinganda, leqin musbat reaksiyada ularni xar 10-15 kunda takrorlash kerak.

Musbat natijalar olinganda yoki XG titri oshganda - laparotomiya, chunki bunday xollarda xorionepiteliomani interstisial yoki subseroz lokalizatsiyasini inkor kilib bulmaydi.

Dispanser nazorati davomida bemorlarga homiladorlikdan saklanish tavsiya etiladi. Shu davr mobaynida homiladorlik yuzaga kelsa, kaynatilgan siydik, bilan XG ga reaksiya, kukrak kafasi rentgenografiyasi, bachadon ulchamlarini homiladorlik muddatiga mos kelishini kuzatish o`tkazilishi kerak. Tug`ruqda qon ketish profilaktikasi kayta qisman yelbugozni inkor qilish uchun kuzdan kechirish, tug`ruq yaxshi utganda dispanser bemorlar nazoratdan olinadi.

Kasallik prognozi.

Yelbugozni bartaraf etgandan so'ng kuyidagi klinik belgilar prognostik ahamiyatga ega:

- Kasallik davomiyligi oxirgi normal menstruatsiya, bachadon ulchamlari, qonli ajralmalar paydo bo'lishi, XG miqdoridan aniqlanadi.
- Prognozlash uchun muxim ahamiyatga ega test-immunologik reaksiyalar
- dinitroxlорbenzol bilan proba va rozetka hosil bo'lish reaksiyasi xisoblanadi.

Adabiyotlarda bemor va turmush urtogi qon guruxi A-0 va 0-A bulsa yomon oqibatga olib keladi degan fikrlar bor.

Elbugozda ulim 10%-12% ulim qon ketishdan, septik asoratlardan va xorion epiteliomadan yuzaga kelada.

Amaliy mashg'ulot №5

Ayollar jinsiy a'zolari spеsifik va nospеsifik yallig'lanish kasalliklari.

1.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli.

Mashg'ulot vaqti -5soat	Talabalar soni: 18
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Reja	jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklar ginekologiyada dolzarb muammolardan bo'lib hisoblanadi. Ularni zamonaviy tashhislash va davolash, juftliklarni sog'lomlashtirish va homiladorlik, tug'ruq asoratlarning oldini olishga imqon beradi.
Mavzuning maqsadi: Havfli omillarni ishlab chiqishni bilish, o'z vaqtida tashhislash, tekshirish usullari hamda jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklarni Jahon sog'liqni saqlash tashqilotining tasnifiga muvofiq kasalliklar, ularning belgilari, kelib chiqish sabablari, yuqish yo'llari, zamonaviy aniqlash va davolash usullari, oldini olish chora-tadbirlari oldini olish bo'yicha tadbirlarni o'tkazishni, juftliklarda fertillikni aniqlashning oson va qulay usullarini qo'llashga o'rgatish. Mutaxassislikga qiziqish, insonparvarlik, ma'suliyat hissiyotlarini shakllantirish; O'z bilim darajasini kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash talabalarni fikrlash qobiliyatini, mantiqiy fikrlashini rivojlantirish; Mavzuni o'rganish borasida talabalarni ijodiy yondoshishga yo'llash	
Mavzuning vazifasi -; Ayollarda fertillik buzulishiga olib keladigan asosiy etiologik omillarni ishlab chiqish; ayollar va erkaklar infeksiyasining turli shakllarida klinik belgilari va laborator analizlarni taxlil qilish bo'yicha bilimlarni shakllantirish; ularni tashhislash uchun zamonaviy tekshirish usullarini qo'llash, juftliklarni o'z vaqtida mutaxassislashgan markaz va maslaxatxonalarga yo'llash tamoyillari bo'yicha bilimlarni ishlab chiqish; juftliklarni davolashda zamonaviy davolash usullaridan foydalanish bo'yicha ko'nikmalarni ishlab chiqish; ayollar va erkaklar infeksiyalarni kelib chiqishning oldini olish tadbirlarini muxokama qilish.	
Ta'lim berish usullari	Ko'rgazmali, ma'ruza, suhbat
Ta'lim berish shakllari	Ommaviy, jamoaviy
Ta'lim berish vositalari	kompyuter, multimedia, slaydlar, mavzuga oid bemorlar va boshqalar

Ta'lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash.	Og'zaki nazorat:savol-javob.

1.2. amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi	13. Auditoriya tozaligini nazorat qiladi. 14. Talabalarni mashg'ulotga tayyorligini tekshiradi 15. Davomatni nazorat qiladi.	
1. O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (10 daqiqa)	1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2. Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash. 3. Fanni o'rganishda faoydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish.	
2. Asosiy bosqich (55 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi. 3. Slaydlar, multimediyalardan foydalaniladi 4. Davolash ishlarini olib boradi 5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi.	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar
3. Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi. 2. Mustaqil ish beradi. 3. Uyga vazifa beradi.	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi

Talabalar egallashi zarur bo'lgan amaliy ko'nikmalar

- ayollar va erkaklar jinsiy a'zolar anatomiyasi va fiziologiyasi:
jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklarni omillarini,
klinik belgilarini, tashhislash usullari,
davolash tamoyillari, samarani baholash mezonlari,
oqibati va extimolli asoratlari, oldin olish yo'llari.
- ✓ jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklarni havfli guruhlarini aniqlash va ularda profilaktik chora tadbirlarni olib borishi kerak;
 - ✓ Shikoyatlari, analizi, umumiy klinik va ginekologik tekshirish asosida fertillik bu'zilishining tahminiy tashhisini qo'yish;
 - ✓ jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklarni turli shakllari o'rtasida taqqoslama tashhis o'tkazish

«Stol ustida ruchka» o'yini.

1. Assistent o'tilgan mavzu yuzasidan savol tuzadi (o'rtacha har bir talabaga 2-3 tadan).
2. Talabalar stol atrofida yig'iladi.
3. Stol o'rtasida ruchka qo'yiladi va soat strelkasi bo'yicha aylantiriladi.
4. Ruchka qaysi talabaga kelib to'xtasa, assistent o'sha talabaga savol beradi.
5. Savolga javob bergan talaba yana ruchkani aylantiradi va savollar tugagunicha o'yin davom ettiriladi.

MAVZU BAYONI
JINSIY YO'L ORQALI YUQADIGAN KASALLIKLAR
(JYOYO`Q)

Ilgari tanosil kasalliklari deb nomlanuvchi atama yaqindan boshlab jinsiy uo'l orqali yuqadigan kasalliklar (JYOYO`q) deb ataladigan bo'ldi

JYOYO`Q guruhiga asosan jinsiy aloqa vositasida o'tadigan: yuqumli kasalliklar kiradi. Hozirgi paytda yuqumli kasalliklar orasida JYOYO`q juda keng tarqalgan bo'lib, ko'pgina mamlakatlarda ijtimoiy muammolar keltirib chiqarmoqda. Ilgarilar tanosil kasalliklariga; asosan 5 ta yuqumli kasalliklar ya'ni, so'zak, zaxm, shankroid, tanosil limfogranulyomasi va qov granulyomasi kiritilgan bo'lsa, ularning soni hozirgi kunda; Jahon - Sog'liqni saqlash tashqiloti tasnifiga ko'ra 20 dan oshib ketdi. Ular qatoriga OITS, trixomoniaz, xlamidioz va boshqa ko'plab kasalliklar ham qo'shildi.

Jahon sog'liqni saqlash tashqilotining tasnifiga muvofiq JYOYO`q ga quyidagilar kiradi:

Bakterial vaginoz

Kandidoz

Trixomoniaz

Gepatit V

Genital herpes

Zaxm

So'zak

Chov granulyomasi

Ichak infeksiyalari

Tanosil limfogranulyomasi

Qov biti

Qontagioz mollusk

Gonokokksiz uretrit

O'tkir uretral sindrom uoki sistit

Orttirilgan immunitet tanqisligi sindromi. (OITS)

Intraepitelial servikal neoplaziya

Urogenital xlamidioz

Sitomegalovirus infeksiyalari

Qo'tir

Shankroid

Kichik chanoq a'zolarining yallig'lanish kasalliklari

Kasallik keltirib chiqaruvchi etiologik omillarga asosan viruslar, bakteriyalar, sodda mikroorganizmlar, parazitlar kiradi.

JYOYO`qning dastlabki ko'zga tashlanadigan belgilaridan erkaklarda uretrit, ayollarda servitsit, vaginit, jinsiy a'zoldagi yaralar, o'tkir uchli qondilomalar, immun xususiyatning pasayishi va boshqalar.

Ikkilamchi belgilariga epididimit, chanoq a'zolari yallig'lanish kasalliklari (CHAYAK), o'tkir uretritlar kiradi. Ko'pchilik hollarda JYOYO`qni bir xil mikroorganizm chaqirishi mumkin, ba'zan esa bir necha qo'zg'atuvchilar chaqirgan holatlar ham uchraydi.

Jahonning turli mamlakatlarida JYOYO`Qni keltirib chiqaruvchi etiologik omillar ularning turli mintaqada turlicha virulentligiga (kasallik chaqirish qobiliyatiga) qarab har xil bo'lishi mumkin. Masalan: G'arb mamlakatlarida ko'proq sodda viruslar keltirib chiqaradigan jinsiy a'zolar yaralari, rivojlanayotgan mamlakatlarda esa OITS, xlamidioz kabi kasalliklar ko'p uchraydi.

Markaziy Osiyo mintaqasida vaginozlar, servitsitlar va bachadon bo'yni intraepitelial neoplaziyasi (eroziyasi) jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklarning xarakterli xillari bo'lib hisoblanadi, ularning kelib chiqishida bir necha mikrob shtammlari o'rin to'tadi.

Keyingi vaqtlarda JYOYO`Qning oldini olish va samarali davolashdagi qiyinchiliklarga antibiotiklar ta'siriga chidamli bo'lib qolgan mikroorganizm shtammlarining ko'payib borishi sabab bo'lmoqda. Bundan tashqari 5 xil kasalliklarga qarshi emlovchi zardoblar ishlab chiqilmaganligi, kasallikni o'z vaqtida aniqlab, davolash uchun meditsina xodimlarining malakalari ham unchalik yetarli emasligi kasallikning tezlik bilan tarqalib ketishiga sabab bo'lmoqda.

JYOYO`Qlar o'zidan keyin jiddiy asoratlar qoldirishi bilan ham xavflidir. Bunday asoratlardan kichik chanoq a'zolarining yallig'lanishi, bachadon naylarining ikki tomonlama o'tkazuvchanligining buzilishi, bachadondan tashqari homiladorlik, bepushtlik, zaxmda tug'ma asoratlar, kasallikni boshqa juftlarga yuqtirish kabilar.

JYOYO`Q ning epidemiologiyasi.

JYOYO`Qlar xavfi yuqori bo'lgan guruhga 25 yoshgacha bo'lganlar, shaharda hamda noqulay ijtimoiy-iqtisodiy muhitda yashovchi shaxslar kiradi. Bundan tashqari boshqa guruhga uzoq borish qiyin bo'lgan qishloq va tumanlarda meditsina xizmati va muhofaza ishlari yaxshi yo'lga qo'yilmagan mintaqada yashovchi shaxslar, ko'chmanchi kabilalar, emigrantlar kiradi.

JYOYO`Qni aniqlash (diagnostikasi)ning muhim jihatlari.

JSST tomonidan bu kasalliklarni tekshirib, diagnozini aniqlash va davolash-profilaktik ishlar yuzasidan maxsus protokol tavsiya etilgan. Sho`nga ko'ra dastlabki diagnostik, profilaktik tadbirlar sog'liqni saqlash tizimining birlamchi bo'g'inlarida (qishloq va shahar vrachlik punktlari, poliklinikalar)da amalga oshirilishi lozim. Buning uchun oddiy usul bilan uretra va qin ajralmalarini fiziologik eritmaga aralashtirib, hamda ikkinchi usul shunday ajralmalardan surtma tayyorlab gramm usulida bo'yab mikroskopiya qilish.

Oddiy mikroskop yordamida trixomoniaz. kandidoz va bakterial vaginoz chaqiruvchi mikroorganizmlarini aniqlash mumkin. So'zak, xlamidioz, zaxm kasalliklariga tekshirish uchun maxsus jihozlangan laboratoriya sharoiti yaratilishi kerak, bu tekshirish usullarini qishloq sharoitida amalga oshirish imqoniyati bo'lmaydi. Shuning uchun laboratoriya tekshirishini o'tkazish imqoniyati cheklangan muassasalarda har bir bemorni klinik jihatdan tekshirib chiqishga to'g'ri keladi.

Kasallikning dastlabki simptomlariga qarab diagnozni aniqlash mumkin bo'ladi. Leqin bunda bir nechta jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklarning simptomlari bir-biriga o'xshashligi, kasallikni bir nechta mikroorganizmlar (qo'zg'atuvchilar) chaqirishi mumqinligi inobatga olinishi lozim. Bu haqida kasalliklarga alohida ta'rif berilganda tanishasiz.

Jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklarni samarali tekshirish va davolash uchun kasallik xavfi yuqori bo'lgan guruhga tegishli shaxslarni aniqlash muhim ahamiyatga ega. Shuning bilan birgalikda JYOYO`qni mazkur mintaqada qaysi turi ko'proq uchrashi, bu haqida tegishli davolash-profilaktik muassasalaridan yetarlicha statistik ma'lumotlarga ega bo'lishning ham ahamiyati kattadir. Barcha aholini bir yo'la tekshirish iloji bo'lmaganligi sababli tibbiyot muassasalariga (urolog, akusher-ginekolog, dermato-venerolog va xokazo) murojaat yetuvchi aholi qatlamini JYOYO`qlarga tekshirish salmoqli diagnostik imqoniyat yaratadi.

Buning uchun tibbiyot xodimlari quyidagilarni bilishlari kerak:

- qanday hatti harakatlar inson uchun xatarli bo'lishi mumqinligini;
- JYOYO`Q ning simptomlarini;
- aholi yashash joylarida JYOYO`Qning qaysi turi ko'proq uchrayotganligi haqida ma'lumotni;
- JYOYO`Q bor deb gumon qilingan kishini atroflicha tekshirib ko'rish va o'tkazilgan tahlil natijalariga ko'ra o'nga baho bera olish;
- JYOYO`qni aniqlashda jinsiy juftlar bilan (ayniqsa xotin-qizlar) bilan suhbatlar uyushtirib, kerak bo'lsa anonim so'rovlar o'tkazib quyidagi diagnostik ahamiyatga ega bo'lgan ma'lumotlar to'plash shifokorlar ishini bir muncha yengillashtiradi.

Sizda qindan ajralmalar kelib turadigan vaqt bo'ladimi?

So'nggi yillar mobaynida jinsiy jihatdan qandaydir o'zgarish, jinsiy a'zolarida yara, terisi zararlangan hollar kuzatilganmi?

Jinsiy juftingiz keyingi 3 oy davomida jinsiy a'zolar kasalligi, siydik yo'llaridan ajralma kelishi yoki qovdagi bezlarning shishganligi sababli davolanganmi? Davolangan bo'lsa qanday kasallik yuzasidan davolangan?

Juftingiz boshqalar bilan jinsiy aloqa qilishi mumkinmi?

Kasbingiz (haydovchilik, harbiy xizmatda bo'lish) JYOYO`Q sizda yoki juftingizga paydo bo'lish xavfini tug'diradimi?

O'zingizda JYOYO`Q bor deb gumonsiraysizmi? Mijozlar bu savollarga to'g'ri javob qaytarsalar tibbiyot xodimlari tomonidan kasallikni aniqlashga yaqindan yordam beradi.

Tibbiyot xodimlari mijozlarga maslahat berishda JYOYO`qdan to'la davolanmasa yoki tibbiy yordamga o'z vaqtida murojaat qilmasa bu kasalliklar inson salomatligi uchun jiddiy muammolar keltirib chiqarishi mumqinligiga e'tiborni qaratishlari lozim. JYOYO`q ning oqibati quyidagi asoratlarga olib kelishi mumqin.

Kichik chanoq a'zolarining yallig'lanishi tufayli bachadondan tashqari homiladorlikka;

Bachadon bo'yni raqining rivojlanishiga (bachadon bo'yni eroziyasi);

Jinsiy a'zolaridan surunkali ajralmalar kelib turishiga (xlamidioz, urogenital infeksiyalar bo'lganda);

Kichik chanoq sohasida-surunkali, ayollarni muntazam ravishda qiynab turadigan og'riqlar paydo bolishi;

Hayz siklida o'zgarishlar bo'lishi (og'riqli hayz, gipermenstrual sindrom);

Bepushtlik. So'zakdan davolangan 20-30% erkaklar va yallig'lanishdan davolanmagan 55-85% ayollar bepusht bo'lib qoladilar;

JYOYO`Qning ko'payishi OITS xavfini kuchaytiradi. Bundan tashqari jinsiy a'zolar infeksiyasi homilador ayollarda homiladorlik patologiyasi ro'y berishiga olib kelishi mumqin (homilaning o'z-o'zidan tushishi, muddatidan oldin tug'ish, homila infeksiyasi). Bunday ayollardan tug'ilgan chaqaloqlar ko'pincha toksik-septik kasalliklarga moyil bo'ladi (pnevmoniya, sepsis), markaziy asab tizimining, ko'zning zararlanishi kabi illatlarga duchor bo'lishi kuzatiladi. Shu sababli tibbiy xodimlar kasalliklarni har qanday sharoitda (uzoq qishloqlarda, davolash muassasalarining birlamchi zvenolarida), ayniqsa kasallikning aholi o'rtasida keng tarqalgan turlarini o'z vaqtida aniqlashi davolash chora-tadbirlarini ko'rsatishlari lozimligini e'tiborga olib JYOYO`qning ko'r uchraydigan turlari haqida atroflicha ma'lumot beriladi.

Bakterial vaginoz

Klinikasi - qindan ko'p miqdorda baliq hidiga o'xshash badbo'y hidli ajralma keladi.

Yuqish yili-jinsiy yo'ldan tashqari qontakt yo'li bilan, ichki kiyim-kechak, parvarishlash jismlari orqali ham yuqishi mumqin.

Diagnostikasi - qindan, siydik kanalidan surtma olib, gramm usulida bo'yab, mikroskopiya qilinganda ko'rish maydonida ko'plab qin epiteliyalarining bakteriyalar qurshovida bo'lishi, qinda ishqorli muhit bo'lishi va ajralmadan baliq hidi kelib turishi bakterial vaginozdan dalolat beradi.

Davolash - Metranidazol (ornifloks, orgil, ornidazol) tabletkalarini 7 kun davomida 400-500 mg 2 mahal ichiladi. **Klamok 1000mg** yoki Ampitsillin sulbaktam 1,5 g dan 4 mahal ichiladi.

Kasallik homiladorlik davriga to'g'ri kelsa, **Azit (Azitromicin)** antibiotikdan 250 mg dan kuniga 2 marta 7 kun davomida ichiladi.

mahalliy davo- **Cloneks** cremi surtishga 2 maxal, **Bioselak saps**-6 kun yoki **Uaginorm-C-10** kun vaginal qo'yiladi.

Kandidoz (Achtqi infeksiyasi)

Klinikasi - ayollarda qindan suzmasimon oq rangli ajralma kelishi, qin yoki tashqi jinsiy a'zolarining qichishi, erkaklarda esa qichishadigan balanopastit bo'lishi.

Yuqish yo'li - xuddi bakterial vaginoz singari.

Diagnostikasi - kasallik simptomlariga asoslanadi hamda qindan surtma olib, tuzli eritma tomizilib, mikroskop ostida ko'rilganda achitqi zamburug'larini ko'rish mumkin.

Davolash - ayollarda mahalliy davo qilinadi. Zamburug'larga qarshi **Flyudar**-100 ml 1 maxal venaga, yoki Flukanazol-100ml, Micosist 100ml yoki Futsis100ml 1 kun; Rofluzol-100mg 2 hafta davomida tibbiy birlikdagi tabletkadan har kuni kechqurun ichish, 7 kun davomida qinga **kloneks** mazidan tampon qo'yish va **mikotran** shamchalari, **poliginaks** -6 kun qo'yiladi.

Eraklarda kandidozli balanit bo'lganda kasal joyga gentsian violet eritmasi yoki **kloneks** ,Futsis kremi surtib, kasallik belgilari yo'qolguncha davolanadi.

Oxirgi etapda yana mahalliy davo- **Bioselak saps**-6 kun yoki Uaginorm-C-10 kun vaginal qo'yiladi.

Trixomoniaz

Kasallikni xivchinlilar sinfiga kiruvchi, sodda mikroorganizm-qin trixomanadalari chaqiradi. Kasallik jinsiy aloqa yo'li bilan yuqadi.

Klinikasi - kasallikning xususiyatlaridan, uning simptomlari hamisha ham yorqin ko'zga tashlanavermaydi.

O'tkir trixomonizda ayollarda qindan ko'piksimon, yashil tusli, badbo'y hidli suyuq ajralma keladi. Qinda va vulvada qattiq qichish bo'lishi mumkin. Ob'ektiv tekshirib ko'rilganda qin shilliq pardasi giperemiyasi, shishi, qinda trixomoniaz to'grisida xulosa qilishga undaydi.

Eraklarda uretradan ajralma kelishi va qichishi kuzatiladi.

Diagnostikasi - kasallikning belgilariga qarab, hamda qindan kelayotgan ajralmadan tirik tomchi, ya'ni ajralma ustiga fiziologik eritma qo'shilib, undan bir tomchi olinadi, jism oynachasiga tomizilib, qoplagich oynacha yopilib, mikroskop tagida qo'yilganda harakatlanib yurgan xivchinlari, dumi va yadrosi bo'lgan trixomonoslar topilishi trixomoniaz kasalligi ekanligini tasdiqlaydi. Bundan tashqari qin ajralmasini jism oynachasiga yupqa qilib surib, surtma tayyorlanadi va metilin ko'ki yoki gemotoksilin - iozin bilan bo'yab, keyin mikroskopda ko'rilsa trixomonos topilishi mumkin. Eng ishonchli usul ozuqa muhitga qindan olingan ajralma eqiladi va uning kulturasi o'stiriladi, agarda ozuqa muhitida trixomonos o'sib chiqsa, shubhasiz trixomoniaz ekanligi ma'lum bo'ladi.

Eraklarda ham uretraning ajralmasi olib tekshiriladi. Ba'zan siydikni sentrifuga qilib, undagi cho'kmadan mikroskopda tekshirib ko'rilganda ham trixomonos topilishi mumkin, bu esa trixomoniaz kasalligi haqida dalolat beradi.

Ushbu kasallik diagnostikasida imqon qadar er va xotin bir vaqtda tekshirilsa yaxshi diagnostik samara beradi.

Davosi - trixomoniaz bilan kasallangan bemorlar 1 kun davomida kuniga 2 mahal 500 mg dan metranidazol (ornifloks, tinidazol) tabletkasidan, **Balgil** 100 ml 1 maxal, **Siproksin-500mg** 2 maxal, **Floksan** 400 mg 1maxal, ichishni va bir vaqtning o'zida qinga ham shamchalar qo'yishi yaxshi davolovchi samara beradi.

Maxalliy –**micotran**-1200mg 1 marta vaginal 1 kun, song **poliginaks**-6 kun **bioselac**-6 vaginal qo'yiladi.

Odatda davolash kursi 14 kundan keyin takrorlanishi maqsadga muvofiqdir.

Er va xotinni birgalikda davolansa yaxshi davolash natijasiga erishish mumkin.

So'zak

Kasallikni gramm manfiy, Neyser diplokokki-gonokokklar chaqiradi.

Tarqalishi. So'zak JYOYO`Qning keng tarqalgan turi hisoblanadi. Ba'zi bir xil taraqqiy etayotgan mamlakatlar aholisining 20% gacha so'zak bilan kasallanganligi sir emas. Hattoki Afrika mamlakatlarida tug'ilyotgan chaqaloqlarning 2-4% da tug'ma oftalmoblenoreya kasalligi uchraydi.

Klinikasi. Ayollarda kasallik endigina boshlanib kelayotganida 70% hollarda klinik alomatlar ko'zga tashlanmasligi, yashirin avj olib boraverishi mumkin. O'nga xos bolgan xususiyatlardan qindan yiringli ajralmalar kelishi, siyish paytida og'riq va achishish (dizuriya) paydo bo'lishi; uretrit belgilari bilan boshlanadi. So'zakning o'tkir darajasida bemorlarni dizuriya qattiq bezovta qilishi, qindan yiringli ajralma ko'plab kelishi, jinsiy a'zolarida og'riq bo'lishi kuzatiladi, hatto tana harorati ko'tarilishi mumkin. Kasallik vaqtida aniqlanib, davolanmasa kichik chanoq a'zolarining yallig'lanishiga-endometrit, salpingit, salpingooforit, pelvioperitonit kabi kasalliklarga sabab bo'lishi mumkin. Natijada ichki jinsiy a'zolarida bitishmalar paydo bo'lishiga olib keladi va oqibatda ayollar bepusht bo'lib qolishi mumkin.

Erkklarda so'zak yuqqandan keyin dastlabki 12-72 soat davomida birdan boshlanadi. Asosiy belgilari dizuriya va uretradan yiringli ajralma kelishi. Tanosil a'zolarida og'riq paydo bo'lishi bilan karakterlidir. Vaqtida davolanmasa, kasallik asorat berib, epididimit, uretra absessi va uning o'rnida keyinchalik chandiq hosil bo'lib, bitib qolishi (striktura) va oxir oqibatda erkaklar bepusht bo'lib qolishi mumkin.

Diagnostikasi. Ayollarda qin, bachadon bo'yni kanali, uretra va to'g'ri ichakdan (erkaklarda uretradan) surtma olib, uni maxsus laboratoriyada bakterioskopiya (mikroskopda ko'rish) yoki ajralmani maxsus ozuqali muhitga ekilib, unda gonokokklarni o'stirish bakteriologik yo'l bilan kasallik qo'zg'atuvchisi aniqlanadi.

Bakterioskopiya har hujayra ichida loviya shaklidagi, bir biriga qarab ikkitadan joylashgan diplokokklarni ko'rish mumkin. Bu esa kasallikning aniq diagnostik asosi hisoblanadi.

Surunkali so'zakni poliklinika, xotin-qizlar maslahatxonalari sharoitida maxsus provakatsiya (sun'iy ravishda kasallik xurujini chaqarish)-biologik, fiziologik, kimyoviy, termik usullar yordamida kasallikni aniqlash mumkin. Bu haqida ginekologiya kitobida yetarlicha ma'lumot berilgan.

Davolash. O'tkir so'zakni davolashda 500 mg miqdorda **siproksin**, 2 maxal ichiladi. Bundan tashqari mukammalroq davolash uchun 80 mg trimetoprim 400 mg sulfametoksazil (Biseptol 480, Septrim, Bakrim, Oripim), 3 kun davomida 10 tabletka ichiladi. 1000 mg seftriakson (rotsefin, suprasef); 2 gr spyoktinomitsin yoki 2 gr kanamitsin muskul orasiga in'eksiya qilinadi.

Kasallikni davolashda albatta er-xotin jinsiy juftlar birgalikda davolanadi. Ularning davolanganlik kriteriyalari aniqlangandan keyingina nazoratdan chiqariladi.

Xlamidioz

Xlamidioz cheamydia trachomatis nomli odam mikoplazmasi chaqiradi.

Kasallik jinsiy aloqa yo'li bilan yuqadi.

Klinikasi - hamisha ham aniq simptomlari ko'zga tashlanavermaydi, ayniqsa jinsiy aloqa yo'li bilan ichki jinsiy a'zolariga o'tsa kasallik belgilari ma'lum bo'lmasligi mumkin. Unday bemorlar faqat ginekologik tekshiruv vaqtida bachadon, bachadon bo'yni kanalidan yiring aralash ajralma kelishi va bachadon bo'yni salga qonaydigan bo'lib qolishi xlamidioz to'g'risida o'ylashga majbur qiladi.

Erkklarda xlamidiya infeksiyasi 50% hollarda gonokokksiz uretritlarga sabab bo'ladi.

Ularda dizuriya, tez-tez siyish, siydik yo'llaridan shilimshiq-yiringli ajralma keladi. Ayollarda kasallik belgilari servitsit, endometrit yoki vaginit (kolpit) kabi jinsiy yo'llardan shilimshiq-yiringli ajralma kelishi, og'riqli bo'lishi, achishish kabi alomatlar seziladi.

Diagnostikasi - xlamidioz ko'pincha jinsiy a'zolar yallig'lanish kasalliklarini, so'zakni aniqlash maqsadida bakteriologik tekshirishlar o'tkazilganda xlamidiyalar topilishiga qarab aniqlanadi. Odatda qindan, bachadon bo'yni kanalidan, bachadondan yiringli chiqindilar kelganda albatta xlamidiozga ham surtma olib

o'stirish, kasallikning diagnostikasi va uning oldini olishda muhim ahamiyatga ega. Mikroskopiyada, bakteriologik tekshirishda cheamydia trachomatis topilishi kasallikning aniq diagnostikasi hisoblanadi.

Davolash - 7 kun davomida kuniga 2 marta 100 mg doksilan ichiladi, umumiy dozasi 2 g ga yetishi kerak, Tetratsiklin 500 mg dan 4 marta 7 kun davomida ichiladi yoki eritromitsin 500 mg dan 4 marta 7 kun davomida, sulfafurazol 500 mg dan 4 marta 10 kun, **Azimitsin** 250mg 4 marta 7 kun davomida ichiladi.

Maxalliy –vagimilt № 6 1 marta vaginal 6 kun, song bioselac-6 vaginal qo'yiladi.

Odatda davolash kursi 14 kundan keyin takrorlanishi maqsadga muvofiqdir.

Er va xotinni birgalikda davolansa yaxshi davolash natijasiga erishish mumkin.

Genital herpes

Genital herpesni qo'zg'atuvchi-oddiy herpes virusi bo'lib, virus tarkibida DNK si bo'ladi. Viruslar ikki turga bo'linadi. Birinchi turi asosan lab, ko'z, burun kabi a'zolarining teri va shilliq pardalarini zararlaydi. Ikkinchi tur herpes viruslari jinsiy a'zolarida kasallik chaqiradi.

Klinikasi - herpesning mahalliy belgilari jinsiy a'zolarida (qin, bachadon bo'yni) uretra va oraliqda ko'zga tashlanadi. Ular alohida-alohida yoki ko'plab qichishadigan pufakchalar hosil bo'lishi, zararlangan joyning qizarishi, shilliq pardalarning shishishi bilan harakterlanadi. Keyinchalik pufakchalar yoriladi, ular o'rnida og'riqli yaralar paydo bo'ladi, yaralar 2-4 haftada chandiqlik hosil qilmasdan bitib ketishi mumkin. Ba'zan u joyga ikkilamchi infeksiya tushishi oqibatida uzoq muddat bitmaydigan chandiqlar hosil qiladigan yaralar paydo bo'lishi mumkin. (**RASM-1**)

Diagnostikasi - agarda herpesga xos klinik belgilar rivojlansa diagnostikasi unchalik qiyinchilik tug'dirmaydi. Anamnezi, shikoyati va ob'ektiv tekshirish natijalariga qarab diagnozi aniqlanadi. Aniq diagnostikasi bakteriologik tekshiruv natijasida herpes chaqiruvchi virus topilishiga asoslanadi.

Davolash - 7 kun davomida kuniga 5 marta 200 mgdan Atsiklovir yoki **Ulkaril** 800 mg, (Zoviraks, Famvir va boshqalar) doramisin-3000000 1 tab 2 maxal ichiladi yoki **Azimitsin** 250mg 4 marta 7 kun davomida ichiladi.

Orttirilgan immun tanqisligi sindromi (OITS)

Orttirilgan immun tanqisligi sindromi tez tarqaluvchi jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasallik hisoblanadi.

OITS birinchi bo'lib 1981 yilda qayd etilgan. Uni keltirib chiqaruvchi virus-1983 yilda aniqlangan, odam immun tanqisligi virusi (OIV-VICH) hisoblanadi.

Kasallikning tarqalganlik darajasi. dunyoning ko'pgina mintaqalaridan olingan ma'lumotlar haqiqatga unchalik yaqin bo'lmasada, butun jahon sog'liqni saqlash tashqilotining axborotlariga ko'ra ko'pgina mamlakatlarda bu kasallik keng tarqalmoqda, hattoki haqiqiy epidemiya holati sodir bo'lmoqda.

OITSning oqibati asosiy e'tiborni o'ziga qaratmoqda, chunki bu kasallik asosan yosh kishilarda va inson umrining sermahsul davriga to'g'ri keladi. AKGD, Braziliya OITS keng tarqalgan, Buyo'q Britaniya, Meksika kasallik o'rtacha darajada tarqalgan mamlakatlar hisoblanadi.

Odam immun tanqisligi virusi YuIV) ning tarqalishi.

OITS OIV infeksiyasi chaqiradigan keng qamrovli kasallikdir. OIV inson organizmi immun tuzilishini zararlovchi infeksiya bo'lib, u asosan oq qon tanachalarida ishlab chiqariladigan T-limfotsitlarini yemiradi. OIV tinch osuda holatidan faollikka o'tish xususiyatiga ega. Ayniqsa jinsiy yo'l orqali yuqadigan kasalliklar OIVning faollashuviga sabab bo'ladi.

Inson organizmi qancha uzoq vaqt davomida infeksiyalanib yursa, uning immun tizimining zararlanish ehtimoli shuncha ko'proq bo'ladi va turli xil kasalliklarning, jumladan xavfli o'smalarning ko'payishiga olib keladi. OIVni yuqtirgan kishilarning qariyb 50% 10 yil ichida OITS kasalligiga duchor bo'ladilar. OITS kasalligi bilan og'rikan bemorlarning 50% 18 oy ichida, 80% esa uch yil davomida hayotdan ko'z

yumishlari qayd etilgan. Afrika mamlakatlarida bu ko'rsatkich yana ham qisqaroq, sababi ularda kasallik kech aniqlanadi va tibbiy xizmat ko'rsatish darajasi va o'nga erishish qiyinroq bo'lganligi uchun.

Epidemiologiyasi.

OIV ni yuqtirganlar soni JSST ma'lumotlariga ko'ra 10 mlngacha kishini tashqil etadi. 1990 yilda esa ularning soni 100 mlndan oshgan bo'lishiga qaramasdan 1998 yilda JSST tomonidan dunyoning 135 dan ko'proq mamlakatlarida 120000 dan ortiq holatlarda OITS qayd etilgan. Ammo haqiqiy kasallanganlar soni bu raqamdan ancha ko'p bo'lishi ehtimoldan xoli emas.: Chunki ko'pgina mamlakatlarda kasallik diagnostikasidagi qiyinchiliklar bo'nga sabab bo'lishi mumkin.

Rivojlanayotgan mamlakatlar orasida Braziliya va Markaziy Afrika mamlakatlarida kasallik ko'p tarqalgan. AKGLda 1988 yilda 73000 dan ziyod kasallik qayd etilgan bo'lib, uning 56%i olamdan ko'z yumganlar. OITS bilan kasallanganlarning 70% AKGD zimmasiga to'g'ri keladi. Yevropada Shveytsariya, Daniya, Fransiya va Belgiyada OITS shu mintaqadagi boshqa mamlakatlardagidan ko'proq uchraydi.

Osiyo mamlakatlarida OIV yuqtirgan kishilar haqida ma'lumotlar kam, lekin keyingi yillarda Markaziy Osiyo davlatlarida, jumladan O'zbekistonda ham OIV ni yuqtirgan kishilar va OITS bilan kasallangan bemorlar qayd etila boshladi.

JSST kasallik tarqalishining quyidagicha variantlarini tavsiya etadi.

I-variant. Shimoliy Amerika, G'arbiy Yevropa, Avstraliya, Yangi Zelandiya va Janubiy Amerikaning ba'zi bir mintaqalariga xos bo'lib, bu mamlakatlarda 80% hollarda OITS gomoseksualist erkaklarda, narkomanlarda (narkotik moddalarni vena ichiga qabul qiladiganlarda) qayd etilgan.

variant. Afrika qita'si mamlakatlari va Janubiy Amerikaning ba'zi mintaqalariga xos. Bu mamlakatlarda OITS kasalligi geteroseksualistlar orasida uchraydi. Uning 25% 20-40 yoshli aholi o'rtasida. Asosan foxishalarning 90% OIV ni yuqtirib olgan. Infeksiyaning asosiy manbai ko'p kishi bilan jinsiy aloqada bo'lish va JYOYO`qlar hisoblanadi.

variant. Sharqiy Yevropa, Osiyo mamlakatlari va Janubiy Amerikaning qishloq tumanlariga xos bo'lib, bu yerlarga kasallik yaqin yillar davomida kirib kelgan. Bu mintaqalarda kasallikning tarqalishi keyingi yillarda aholining chet mamlakatlarga turli sabablarga ko'ra borib kelishlari, ular orasida foxishabozlikning rivojlanishi, kasallikni yuqtirib kelib, boshqalarga yuqtirishlari asosiy sabab bo'lmoqda.

Kasallikning o'tish yo'llari.

Jinsiy aloqa yo'li.

Erkaklar orasida tarqalishi asosan gomoseksualistlarda uchraydi. Erkaklardan ayollarga, ayollardan erkaklarga kasallik jinsiy yo'l orqali yuqadi. 95% hollarda kasallik jinsiy yo'l bilan yuqadi.

Parenteral yo'l.

Qon va qon o'rnini bosuvchi vositalarni qon tomiri ichiga quyilganda. Narkomanlar tomonidan ishlatilgan ignalar bilan takror in'ektsiya qilinganda.

Stomatologiya, jarrohlik amaliyotida tibbiy xodimlarining bexosdan jarohatlanishi oqibatida kasallik yuqadi.

Perinatal yo'l.

Homila ona qornida paytida yoki tug'ruq paytida hamda tug'ilgandan keyin emizish davrida kasallikni yuqtirishi mumkin. Ma'lumotlarga ko'ra kasallangan onalardan bolalariga kasallikning yuqishi yuqori darajada bo'lishi aniqlangan. O'smirlarda asosan jinsiy aloqa yo'li va parenteral yo'l bilan yuqadi.

OIVni qonda, so'lakda, spermada, qin chiqindisida, siydikda va najasda bakteriologik tekshirishlar natijasida ajratib olishga muvaffaq bo'lindi. Asosan OIV qondagi limfotsit, monotsitlarda, sperma va qin chiqindilarida jon saqlashi ma'lum.

Profilaktikasi.

Hozirgi davrda OIV yuqtirishdan saqlanish OITS epidemiyasining oldini olishning yagona yo'li hisoblanadi.

OITSga qarshi kurashning asosiy hal qiluvchi jihatlaridan biri bu xavfsiz jinsiy aloqa vositalarini targ'ibot qilish va JYOYO`qning tarqalishiga yo'l qo'ymaslik. Bo`nga keng jamoatchilikni jalb qilgan holda maktablarning yuqori sinf o'quvchilari, litsey-kollej o'quvchilari va oliy o'quv yurtlari talabalari barcha pedagogik va tibbiyot xodimlarining kuchi bilan keng jamoatchilik orasida kasallikning oldini olish chora-tadbirlari haqida tushuntirish ishlari olib borish, o'quvchi-o'smirlar bilan o'quv maskanlarida maxsus darslar tashqil qilish maqsadga muvofiqdir.

Kasallikni keltirib chiqaruvchi omillar ma'lum bo'lganda, ya'ni kasallik xavfi bo'lgan shaxslar bilan jinsiy aloqada bo'lmaslik, prezervativlardan foydalanish, narkomaniyaga qarshi kurash, turli xil in'ektsiyalardan o'zini tiyish ham kasallik profilaktikasining asosiy ustunlari hisoblanadi.

Klinik ko'rinishi.

OIV bilan zararlangan insonlarda virus tashuvchanlik (tarqatish.) xususiyati umrining oxiragacha davom etadi. Aksariyat hollarda kasallik ma'lum bir belgilersiz boshlanadi. Bu holat uzoq yillar davom etishi mumkin. Infeksiya odam organizmiga qanchalik uzoq ta'sir etsa, shunchalik immun tizimni ko'proq zararlaydi. Kasallik belgilarining rivojlanib borishini quyidagicha to'rt toifaga ajratish mumkin:

Infeksiyaning boshlang'ich bosqichi. Aksariyat hollarda kasallikni yuqtirgan mijozlar hech narsadan shikoyat qilishmaydilar. Onda-sonda bemorlar isitmasining oshishi, darmonsizlik, charchoq va muskullarda og'riqdan shikoyat qilishlari mumkin.- Odatda zararlanishdan 12-14 hafta o'tgandan keyin qonda o'zgarishlar - antitelalar paydo bo'la boshlaydi. Ba'zan esa 6 oylar o'tgandan keyin ham maxsus antitelalar topilmasligi mumkin.

OIVni klinik belgilersiz tarqalish bosqichi. OIVni yuqtirgan kishilarda kasallik belgilari namoyon bo'lmasa ham ular kasallik tarqatuvchi bo'lib yuradilar. Bu bosqichda organizm immun tizimi zararlanganligini aniqlash imqoniyati bo'ladi.

OITS bilan bog'liq bo'lgan belgilarning rivojlanish bosqichi. Bu bosqichda keng tarqalgan limfa bezlarining kattalashuvi kuzatiladi. Bunda ba'zan isitma ko'tariladi, ba'zan tana harorati oshmasligi mumkin. Leqin kechqurunlar terlash, ich ketish, ozish, horg'inlik, og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida, qinda kandidozga xos o'zgarishlar kuzatiladi. Bu holat bir yil va undan ko'proq cho'zilishi mumkin.

OITS rivojlanish bosqichi. Ular quyidagilardan iborat:

odam organizmida immun tizimi tekshirilganda immun tanqisligi aniqlanishi;

immun tanqislik holatining organizmdagi boshqa o'zgarishlar bilan bog'liq emasligi (ya'ni, dori vositalarini qo'llash, xavfli o'smalar borligi va boshqa holatlardan qat'iy nazar);

v) limfa tizimining OIV infeksiyasi bilan bo'g'liq bo'lgan xavfli kasalliklar aniq ko'zga tashlanishi. O`nga qo'shimcha tarzda meningit, markaziy nerv tizimining toksoplazmozi, pnevmoniya, tuberkulyoz, herpes, kandidoz kabi kasalliklar avj olishi;

g) ensefalopatiya sindromi yuzaga chiqishi;

organizmdan OIV ning ajralib chiqishi;

kasallikning laboratoriya tekshirish yo'li bilan tasdiqlanishi.

Diagnostikasi.

Organizmda OIV ga antitela borligini aniqlash maqsadida laboratoriya tahlili o'tkaziladi. Kasallikning I-II bosqichlari diagnostikasi uchun laboratoriya tekshirish yagona usul hisoblanadi. Kasal kishi bilan qontaktda bo'lgandan keyin organizmda o'rtacha 12 haftalardan keyin OIV ga qarshi antitela ishlab chiqiladi.

O'zbekiston Respublikasi barcha viloyatlarida OITSga qarshi kurash markazlari faoliyat ko'rsatadi va ular qoshida maxsus laboratoriyalar mavjud bo'lib, zamonaviy asbob-uskunalar bilan jihozlangan va OITS ni laboratoriya usulida aniqlash imqoniyatiga ega.

OITSni klinik manzarasiga qarab uning III-IV bosqichlarida faqatgina yuqumli kasalliklar mutaxassisleri aniqlashi mumkin, agarda mijozda quyidagi belgilar aniq ko'zga tashlansa:

tana vaznining 10% dan ko'proq miqdorda ozishi;

bir oydan uzoqroq muddatda surunkali ich ketishi;

v) bir oydan ko'proq davom etayotgan doimiy ravishdagi isitma;

g) doimiy davom etib kelayotgan va bir oydan ortiq cho'zilgan yo'tal;

terida toshmalar keng tarqalgan;

og'iz bo'shlig'i shilliq qavati yoki qinda kandidoz;

j) limfa bezlari faoliyati buzilishining keng tarqalishi.

Yuqorida qayd etilgan klinik belgilar paydo bo'lishiga qarab malakali mutaxassislar OITSning III-IV bosqichini aniqlashlari mumkin. Eng ishonchli diagnostik usul sifatida albatta OIVni laboratoriya tekshirishi yo'li bilan aniqlash kasallik to'g'risida ishonchli ma'lumot beradi.

Davolash.

Bugungi kunga qadar OITSni davolashning ya'ni, OIVga qarshi antivirus preparatlarini qo'llashning aniq bir usuli ma'lum emas, leqin hozirga qadar bu mudhish kasallikni davolashning samarali usullari hamda immun tizimini qo'llab- quvvatlovchi dorivor vositalar ustida doimiy ravishda izlanishlar davom etmoqda. Shuning uchun ham kasallikni davolashdan ko'ra uning oldini olish ancha osonroqdir. Shu maqsadda quyidagi tavsiyalarga amal qilinsa maqsadga muvofiq hisoblanadi.

OIV bilan zararlangan yoki uning xavfi bo'lgan kishilar bilan jinsiy aloqadan o'zini tiyish.

Hayotda faqat bitta jinsiy juft bilan yashash.

Tartibsiz jinsiy hayotda bo'lgan mijozdan o'zini chetga olish.

Jinsiy aloqa paytida prezervativlardan foydalanish.

Mabodo OIV bilan zararlangan kishilar bo'lsa, infeksiyani boshqalarga yuqtirmaslik maqsadida quyidagilarga amal qilish lozim:

Turli xil kasalliklardan o'zini asrash. Chunki har turli yuqumli kasalliklar immun tizimini ishdan chiqarishi, organizmni toliqtirishini unutmang.

Mabodo biror bir juft bilan jinsiy aloqada bo'lishni rejalashtirsangiz, o'zingizda OIV borligi haqida juftingizni ogohlantiring.

3.Donorlik qoni, spermasi va transplantatsiya uchun organ va to'qimalarni berishdan o'zingizni saqlang.

4.Meditsina yordami uchun albatta murojaat eting.

OITS ni davolashning o'ta murakkabligini inobatga olgan holda barcha tibbiy xodimlar, maktab-maorif tizimi, keng jamoatchilik birgalikda kasallikning oldini olish, JIONJning tarqalishiga yo'l qo'ymaslik, o'smirlar, yosh yigit-qizlar orasida keng qamrovli sanitariya-maorif: va profilaktika ishlarini olib borish, alkogolizm narkomaniyaga qarshi kurashish, sog'lom turmush tarziga amal qilish asr vabosiga aylanayotgan mudhish kasalliklarning oldini olishda muhim rol o'ynaydi.

Ayollar jinsiy a'zolarining yalliglanish kasalliklari.

Xotin – qizlar jinsiy organlarning yalliglanish protsesslari davolash va oldini olish ayollar sogligini saklashda muxim rol uynaydi. Ilmiy tasdiklangan to'g'ri tashqil kilingan davo profilaktik yerdam kasal bo'lgan ayollarning ish faoliyatiga, sotsial va oila xaetiga va ularning generativ funksiyasiga e'tiborli ta'sir etadi.

Uchrashishi: jinsiy organlar yalliglanishi xamma ginekologik kasallarning 60 - 65 % tashqil etib, ularning 30 % stasionar sharoitda davolanadi. Yalliglanish kasalliklarining usishi axoli migratsiyasinng ko'payishi urbanizatsiya, prostitutsiyaning ko'payishiga bog'liqdir.

VOZ (1982) ma'lumotiga karaganda jinsiy organlar yalliglanishi umumiy axolining 1 % tashqil etib, axolining seksual aktivligi sonining 3 % ni tashqil etadi. Sanoati rivojlangan mamlakatlarda AKSh va Yevropada salpingit 15 – 39 yoshli ayollarda xar 1000 tadan 10 – 13 uchraydi, 75 % ayollar 25 yeshdan kam, shulardan 75 % tugmaganlardir. Xlomidin sababli bo'lgan yalliglanish 15 – 19 yoshli qizlarda 16 %, 25 – 19 yoshlarda 6 % va 30 yoshli 2,5 % ni tashqil etadi.

Mikoplazmalar, uroplazmalar 20 yoshgacha bo'lgan ayollarda ko'p yalliglanishga sabab bo'ladi. 30 yoshdan ortiklarida kasallik sababi anaerob mikroorganizmlardir. Utkir yalliglanish protsesslari 20 – 24 yoshgacha bo'lgan gruppada, 25 – 30 yoshda surunkali yalliglanish protsesslari va ularning asoratlari ko'p uchraydi. (bepushtlik, ektopik homiladorlik).

Jinsiy a'zolar yalliglanishida jinsiy organlar idial mikroflorasi muxim rol uynaydi. Jinsiy traktining ma'lum uchastkasida normada ma'lum mikroflora yashaydi. Qin mikroflorasi kuyidagilardan iborat:

iaeksimon flora: anaerob va asosan aerob, gemolitik va negemolitik streptokokklar, interekokklar, gemolitik streptokokklar. Klebbsiela, enterebakteriyalar, proteus turidagilar, ichak taekchalari kam uchraydi. Zamburuglar (kandidalar) uchraydi.

Patogen mikroflora uchrashishi patologik protsessdan darak bermaydi. Agarda utkir yalliglanish belgisi bulmasa. Qin mikroflorasiga endogen faktorlarning ta'siri bor. Estrogen ko'payishi bilan uning ta'sirida glikogen va musin hosil bo'lishi ko'payadi. Qin devori vaskulirazatsiya ko'payib patogen mikrofloraning viruentligini oshiradi. Aeroblar miqdori hayz oldidan kamayadi, bu gormonal uzgarishga bog'liqdir.

Qin mikroflorasiga ekzogen ta'sirlar ximik, termik bo'lib bular qinni yuvishda ta'sir qiladi. B. Larsen (1988) jinsiy traktining pastki kismida joylashgan mikroflora yuqoriga xam utishi mumqin deb xisoblaydi. Ularning viruentligini aniqlash uchun kuyidagilarni aniqlash kerak.

mikroorganizmni fagotsitozdek ximoyalovchi kobik bor yeki yo'qligidir.

Ekzo – endotoksinlar ajralishidan

Ekstraxujayra fermentlar (kollagenaza, gialourinadaza, elastaza) ishlab chikishdan. Jinsiy yullarda doimiy uchraydigan mikroorganizmlar ma'lum sharoitda firulent bo'lishi yalliglanish protsesslarida ishtirok etishi mumqin. Ularning aktivlanishiga va yalliglanishiga ishtirok etishiga yul kuymovchi fiziologik ximoya mexanizmlari bo'lib ularga: - tuxumdon gormonlari ta'sirida epiteliy yuzasi xujayralarining deskvamatsiyasi va sitolizi.

Nespsifik antimikrob mexanizmlar makroag va leykotsitlar yerdamida fagotsitoz.

Immun mexanizmlar: T–limfasitlar, immunoglobulinlar, komplement sistemasi, ular zamburuglaridan, viruslardan ximoya qiladi.

Jinsiy sistemaning yuqori kismi uchun uning pastki kismi servikanal va endometriyaning ximoya mexanizmlari axamiyatga ega. Servikal kanaldagi shillik (shillik proba) barer xossasiga ega bo'lib jinsiy traktning tepa va pastki kisini ajratib turadi. Bu shillikda antibakterial moddalar bo'lib, ulardan lizotsim plazmadagi miqdordan 100 marta ko'pdir. Bundan tashqari unda ichak taekchasiga va gonokokka, salmonellaga karshi antitelalar mavjud. Bachadon barer funksiyasi hayz paytida kuchib turuvchi endometriya bajaradi. Hayz paytida bazal qavatida infiltratsiyalangan leykotsitlar bajaradi. Qon bilan boy ta'minlangan bachadon gumoral ximoya faktori bilan ta'minlaydi.

Infeksiyaning tarkalish yullari: Infeksion agentlarining jinsiy organlar yuqori bo'limiga utishi spermatozoidlar, trixomonadlar yerdamida passiv transport xolda yeki gematogen limfogen yul bilan ruy beradi.

Gonokokklarning sperma orqali utishi axamiyatga ega. Spermatozoidlar yuzi manfiy zaryadga ega bo'lib, uziga xos mikroorganizmlar uchun reseptor bo'lib ularni biriktirib oladi va ularni jinsiy organlarning yuqori kismiga o'tadi. Trixomonadlar xam infeksiyani olib o'tadi. Infeksiyaning jinsiy organlarning yuqorigi kismiga utishi bachadon ichi protseduralaridan keyin xam bo'lishi mumqin. (zondlash, GSG, gidrotubatsiya, operatsiyalar, abort, VMS). VMK bor ayollarda yalliglanish protsesslari 4 marta ko'p uchraydi. Tugmagan ayollarda yalliglanish va uning asorati 6-8 marta bepushtlik uchraydi. VMK da yalliglanish paydo bo'lishida kontraseptiv atrofida yalliglanish reaksiyasi bo'lishi,

endometriyaning eroziyasi, fibrinolitik aktivlikning oshishida prostoglandinlarning ko'payishi ahamiyatga ega. VMK iplari orqali mikroflora bachadon ichiga tushadi.

(1981 y) VMK si olinganda uni bakterial kulturasini tekshirib unda gonokokk gemolitik streptokokk, ichak taekchasi va boshqa mikroorganizmlar uchrashini kuzatganlar. VMK kuyilganda 2 sutkadan so'ng mikroblar turi bachadonda ko'payishi kuzatilgan. Jinsiy a'zolar yalliglanishi VMK dan so'ng 3-9 marta ko'p, boshqa kontraseptiv ishlatilganga karaganda. Gormonal kontraseptivlar yalliglanish reaksiyasini kamaytiradi. Yalliglanishga karshi ta'siri servikal shillik xarakteriga bog'liq bo'lib, u mikroorganizmi bor spermani o'tkazishga yul kuymaydi.

Medisina abortining ko'p uchraydigan asoratidan biri yalliglanish protsessidir. Yalliglanish birinchi 5 kunda boshlanadi. U 2-3 xaftadan keyin boshlanishi mumqin. Agar servikal kanadda patogen mikroflora bulsa, yalliglanishga risk oshadi. Tug'ruqdan so'nggi infeksiya xam yalliglanishning asosiy sababchisidir. Yalliglanishning rivojlanishiga va uning uzok davom etishiga organizmning urganuvchi reaksiyasining yetishmasligiga olib keladi. U perinatal davrda (tugma endokrin, modda almashinuvi va boshqa buzilishlar, bolalik, pubertant yoshida) infeksiyon kasalliklar, yetilgan yeshda (neyroendokrin buzilishlar, umumiy va ginekologik kasalliklar) ovkatlanish, yomon yashash sharoitlari, sovuk kotish, stresslar, tashqi va ichki faktorlar buziladi.

Jinsiy organlar pastki kismidagi yalliglanish protsesslari. Uning sabablari: kandida, trixomonioz, xlamidin, viruslar, streptokokklar.

V U L V I T.

Ayollarda reproduktiv yoshda vulvit, kolpit, servisit, endometritdan so'ng paydo bo'lib, unda infeksiya ajralmalar orqali vulvaga tushadi. Birlamchi vulvit gigienaga rioya kilmaganda, ekstragenital kasalliklar (kandli diabet, semizlik) ximik, mexanik (kichish) ta'siridan paydo bo'ladi. Vulvit utkir stadiyada giperemiya, shish, seroz yiringli ajralma koplanishi bilan xarakterlanadi. Sub'ektiv shikoyati og'riq, achish, umumiy bexollik. Surunkali stadiyada: giperemiya, shish, eksudatsiya kamayadi va vakti – vakti bilan ko'payadi.

Davosi: vannalar, antibakterial davo, ekstragenital kasallikni davolash.

K O L P I T

Reproduktiv yeshdagi ayollarda uchraydi. Sababi, trixomonada, kandida, viruslar, sitomaliya virusi, shartli patogen mikroblar, stafilokokk, streptokokk, entereokokk, protei, gemofilli va boshqa taekchalar. Kasallikning utkir davrida giperemiya, shish, eksudatsiya, seroz yiringli ajralma bo'lishi bilan xarakterlanadi. Kasallar og'riqqa kichishiga, achishiga shikoyat qiladi. Kasal ogir kechsa tana xarorati kutariladi, axvoli ogirlashab uykusi buziladi. Surunkali kolpitga fakat yiringli ajralma saklanadi.

Diagnostikasi: anamnez, shikoyati, kurik yerdam beradi, bakteriologik, bakteriskopik tekshirish mikrobnini aniqlashga va uni sezgirligini aniqlash uchun ishlatiladi.

Davosi: 1. Etiologik yalliglanishga karshi dorilar.

2. Organizmda boshqa kasallikni davolash.

3. Jinsiy alokani tula davolashgacha tuxtatish.

Maslahat: jinsiy a'zolarini kaliy permaganatining kam eritmasida yeki romashka dimlamasida kuniga 3 marta yuvish. Agar yiringli ajralma bulsa, margansovka – romashka 1: 6000 eritmasi bilan yeki 0,5 % rivanol eritmasi bilan 3-4 marta yuvish kerak. Antibakterial preparatlarda xlorfilipt bilan yuvish. Mazlar oblepix va askorbin ishlatiladi. Surunkali stadiyada estrogenlar qinga tampon xolida kuyiladi. Bakterial kolpit davosi gigienik talablariga rioya qilish (tanani toza tutish, jinsiy organlarni va oraliqni toza tutish (dieta/ovkatlanish, uglevod, vitamanga boy meva – sabzavotlar bo'yirish kerak). Takrorlanuvchi vulvaginitda 6-8 yoshdan boshlab qinga estrogen gormonlar bor mazlar ishlatiladi. Follikulin 500 yed. lanolin 30 g, 10 kun ishlatiladi. Yana vaginal shamlar (follikulin 500 yed. bornaya kislota 0.1, maslo kakao 0,5 gr, 1 ml yegli eritmada (kurs) 5-7 kun

Kandidoz – (kandidamikoz) – qin shillik parda infeksiyasi bo`lib, bachadon bo`yni va vulvaga tarkaladi. Kasallikni kandida zamburuglari chakiradi. Kasallik gormonlar buzilishlar oksillar, yoglar, uglevodlar, vitaminlar metabolizm buzilganda va surunkali kasalliklar (diabet, tuberkulez, salpingoofarit) bilan kasallangan bemorlarda Kichik chanoq a`zolarining nospesifik infeksiyon kasalliklari.

Kichik chanoq a`zolarining nospesifik infeksiyon kasalliklariga endo – miometriya, bachadon naylari, tuxumdon, chanoq qorin pardasi yalliglanishi kiradi. Bu organlarning yalliglanishi aloxida xolda klinik praktikada kam uchraydi.

Ko`perman (1988) yalliglanish protsesslari o`rta ogir va ogir (peritonit, kichik chanoqda shish) darajaga bo`lishni taklif qiladi. Yalliglanish sabablari gonokokk, xlamidin, streptokokk, stafilokokk mikoplazmalar, ichak taekchasi, protelalar, enterekokklar va boshqalar.

E N D O M Y e T R I T.

Bachadon ichki qavati yalliglanishi, asosan uning (usuvchi, kambial) qavati yalliglanadi.

Utkir endometrit: u aortadan, tug`ruqdan va diagnostik manipulyatsiyadan so`ng paydo bo`ladi. Uni yuqorida aytib utilgan mikroorganizmlar chakiradi, ko`p xollarda ular assotsiatsiyasi uchraydi. Xlamidiy va genital herpes keyingi xollarda uchraydi.

Etiologik prinsipiga kura endometritlar spetsifik va nespesifik (Bodyajina V.I. 1976 y) endometritlarga bulinadi. Spetsifik sil, gonoreya, aktinamikoz chakirgan endometritlar kiradi. Mikrob florasining evolyusiyasi, mikroorganizmning nerv, endokrin va boshqa sistemalarining kam simptomli endometriyning rivojlanishiga katta rol uynaydi.

Yalliglanish endometriyning pastki qavati muskul qavatini xam jalb qilishi mumqin. Yalliglanish reaksiyasi mikrotsirkulyatsiyaning buzilishi bilan xarakterlanadi. Miometriyda shish, neytrofil infiltratsiya kuzatiladi. Agar anaerob flora kushilsa miometriyning nekrotik destruksiyasi kuzatiladi.

KLINIKA: kasallik infeksiya tushgandan so`ng 3-4 kunida boshlanadi. Tana temperaturasi kutariladi, puls tezlashadi, leykotsitoz, SOE ko`payadi. Bachadon biroz kattalashadi, og`riqli bo`ladi. Ajralma seroz – yiringli bo`lib ko`p vakt mobaynida shillik – qonsimon bo`lib turadi. Kasallik 8-10 kun davom etib, yaxshi davolanmasa yarim utkir yeki surunkali formaga o`tadi. Agar antibiotiklar kullanilsa kasal yengil yeki abortiv formada o`tadi.

SURUNKALI ENDOMETRIT

Surunkali endometritning kelib chikishi ko`p yillar mobaynida muxokama kilinib kelinadi. Utkir endometritning surunkali formaga utishi shubxali xisoblanadi. Surunkali endometrit 0,2 – 66 % ga uchrab, o`rtacha 14 % uchraydi. Xar xil % uchrashiga sabab diagnoz kuyishda morfologik kriteriyalarning xar xilligidadir. Keyingi yillarda SE ko`p uchrayapti. U abortlar, VMK, endoskopik tekshirish usullarining ko`payishi bilan boglanadi. Surunkali endometrit utkir endometritning oxirigacha davolanmaganlikdan kelib chiqib, u bachadondan qon ketganda, bachadon ichiga kilingan manipulyatsiyalardan keyin paydo bo`ladi. Kam xollarda surunkali endometrit kechki abortda yuldosh koldigi kolganda yeki kesar – kesishdan so`ng chok koldigi bo`lganda. Ko`p SE latent kechadi va infeksiyaning klinik belgilari bulmaydi. Oddiy bakteriologik usul bilan infeksiyon agent xamma payt aniqlanmaydi, uni aniqlash uchun immunotsitoximik usul ishlatiladi.



Острый катаральный
сальпингит.
1 — маточная труба.



Нормальный маточный
полость.
1 — маточная труба; 2 — маточная труба; 3 — маточная труба.



SE ning kuyidagi morfologik variantlari bor atrofik, bunda bez atrofiyasi, stroma fibrozi, limfoid elementlari infiltratsiyasi uchraydi. Kistoz agar fibroz to`qima bezning chikish kanalini kisib, bez ajratmasining tuplanuviga olib keladi va kista hosil bo`ladi. SE ning spesifik makroskopik uzgarishi bulmaydi. Uning yuzasida seroz gemorragik va yiringli ajralma kuzatiladi. Endometrit kalinlashib o`nga kirganda ko`p material olinadi. Kam xollarda fibroz chandik hosil bo`lib bepustlikka olib keladi. Diagnoz kuyish uchun gistologik kriteriya limfoid elementlaridan, plazmatik kletkalar, leykotsitlardan hosil bo`lgan infiltrat bo`lib xisoblanadi.

Spiral arteriyalar sklerozi endometriyaning chukur va yuza bo`limlarida kuzatiladi. SE ning kuzgatuvchi morfologlar SE plazmatik xujayralarni albatta bo`lishini kuzatganlar. Plazmatik kletkalar bu V – limfotsitlarning yalliglanish regulyatsiyasi, shu bilan regeneratsiyasi xamma organda gormonal, immun, endokrin faktorlar bilan amalga oshiriladi.

Morfologik va funksional endometriydagi uzgarishlar MNS patologik afferentatsiyasiga olib keladi. Gipotalamo – gipofizar sistema uzgarishi sababli tuxumdon endokrin funksiyasi kamayadi va ko`p xollarda ovulyatsiya protsessi buziladi.

KLINIKA: Kasallik klinikasi endometriya patologik uzgarishlar sukurligi va davomiyligining uzida aks ettiriladi. Endometriyning transformatsiyasi yetarli bo`lmagani uchun deskvamatsiya va regeneratsiya protsesslari buziladi va shu sababli menstruatsiya oldi va keyingi qon ketishlarga sabab bo`ladi. Hayz o`rtasida qon ketish ovulyatsiya davrida qon tomirlari o`tkazuvchanligi oshishi sabab bo`ladi.

Qon ketish sabablaridan biri bachadon muskulaturasining kiskarishi buzilishi va trombotsitlarning agregasion xossasi uzgarishidir. Qon ketishdan tashqari bu kasallarda sekretor funksiyasi buziladi

(serz, seroz – yiringli ajralmalar keladi). Doimiy shikoyatlari qov ustida og`riq bachadonning biroz kattalashuvi va kattiklashuvi aniqlanadi. SE chatishish bo`ladi, leqin endometriydagi uzgarishlar implantatsiyaga va tuxum xujayralarining rivojlanishiga tusqinlik qiladi. Bu homila tushishiga va bepustlikka olib keladi. Aniq informatsiya olish uchun bachadondan 8 – 1 % kuni kirma olish kerak.

DAVOSI: Utkir davrda mikroblar sezgirligiga karab polusintetik penisillin, kanamisin, gentamisin buyuriladi. Dori lozasi va davomiyligi kasallik ogiriligiga karab buyuriladi. Ko`p xollarda anaerob kushilishi sababli metranidazol buyuriladi. Infuzion, desansibilizatsiyalovchi, umumiy kuvvat dorilar buyuriladi. SE kompleks davo ( umumiy kuvvat, sedativ, desenbiyalovchi, vitaminlar) qo`llaniladi. Fizioterapiik davolash gemodinamikani, tuxumdon shishini endometriya reseptorlari aktivligini oshiradi. Endometriya uziga antibiotiklar yuborish yuqori natija beradi. Bachadon ichi dializi yaxshi natija beradi, buning uchun dimeksid, lidaza, novokain, dimedrol ishlatiladi.

Bachadon qon ketishiga karshi gemostazdan tashqari aminokapron kislotasi ishlatiladi. U 3-5 ml 5-7 kun ishlatiladi. Xlamidiy ko`p uchrashish uchun tetrasiklin buyuriladi. Antibiotiklar kasallik kuziganda buyuriladi. FTD SE davosida asosiy urinni egallaydi. U kasallik davomiyligini, kasal yoshi, tuxumdon funksiyasiga karab buyuriladi. (Strugaskiy V.M. 1980 y.). SE va salpingoofaritda UZI impulsiv rejimda, 35 yeshdan katta bulsa, elektrofarez rux va yod bilan buyuriladi. Kurort davo effektivligidir.

SAL PINGOOFARIT

Jinsiy yullar yalliglanishida asosiy urinni egallab, bepustlikka taxlid soluvchi kasallikdir. Nospesifik SO patogen va shartli patogen mikroorganizmlar chakiradi: stafilakokk, streptokokk, esherixi, enterokokk, xlamidiy, anaeroblar. Ko`p xollarda aralash infeksiya chakiradi.

Yalliglanish bachadon naylari shilimshik qavatidan boshlanib, bu yerda giperemiya, mikrotsirkulyatsiya buzilishi, ekssudatsiya va perivaskulyar infiltrat hosil bo`ladi. Keyinchalik bachadon naylari muskul qavatiga utib kalinlashadi, uzunlashadi, og`riqli bo`ladi. Salpingin va ofarit bir xil patogenez va klinik kartinasi bor, shuning uchun salpingoofarit deb yuritiladi.

Nay ajralmalari bilan mikroblar qorin bushligi tomonga karab chiqib nay seroz qavatini va qorin pardasining yalliglanishiga olib keladi. Ovulyatsiyadan so`ng follikulaning granulez pardasi yalliglanadi. Ampulyar kismi yepilib kolsa xaltasimon « shish » ( gidro – piosalpinks ) paydo bo`ladi.

UTKIR SALPINGOOFARIT

(1982 y.) kursatishi bo'yicha kuyidagi stadiyaga bulinadi..

Utkir endometrit va salpingit chanoq qorin pardasi yalliglanishi bilan.

Utkir endometrit va salpingit chanoq pardasi yalliglanishisiz.

USO bachadon nayi oklyuziya va tubovarial shish bo'ladi.

Tubovarial shish yerilishi.

Utkir SO kartinasida 2 faza bor:

Toksik xarakteridagi, bunda aerob flora ko'p bo'ladi.

Aerob floraga anaeroblar qo'shilib kasallikni ogirlashtiradi va asoratga olib keladi.

Aynan 2 fazada tubovarial shish paydo bo'lib, uning perforatsiyasi kuzatilishi mumkin.

KLINIKA: Tana xarorati kutariladi, umumiy axvoli yomonlashadi, qorinda kuchli og'riq paydo bo'ladi, yiringli protsesslarida sovuk kotish kuzatiladi, diuretik belgilar paydo bo'ladi. Kasallikning 1 kunida qorinda kattik og'riq, muskul ximoyasi fenomenni bo'ladi. Vaginal kurganda bachadon ortiklari kattalashadi, shishgan, xarakati kamaygan bo'ladi. Leykotsitoz, globulin fraksiyasi ko'paygan, SOE usishi, S – reaktiv oksil ko'payganligi kayd etiladi. Kuchli intoksikatsiyadan nerv va qon tomirlari sistemasida uzgarishlar bo'ladi. Utkir yalliglanish yaxshi davolansa butunlay davolanadi, yeki yarim utkir yeki surunkali formasiga utishi mumkin.

Tashxisini kuyishda anamneziga, shikoyatlariga, ob'ektiv tekshirish UZI va laparoskopiya natijasiga asoslanadi. Bachadon naylarining utkir yalliglanishlarida servikal kanal mikroflorasini tekshirish unchalik katta ahamiyatga ega emas, chunki bu mikroflora eksudatsiyadan va bachadon naylari to'qimasidan fark qiladi. Laparoskopiya vaktida olingan eksudatning mikroskopik va bakteriologik tekshiruvi esa to'g'ri ma'lumotga ega kildiradi.

DAVOSI: SO utkir boskichida davo fakat shifoxonada olib boriladi. Bu yerda kasalga fizik va asabiy osoyishtalik sharoiti yaratilib, yengil va tez xazm bo'ladigan taomlar va kerakli miqdorda suyoqlik tavsiya kilinadi va ichaklar va siydik ajratish a'zolari faoliyatini nazorat qiladi.

SO davolashda antibiotiklar asosiy urinni egallaydi. Ularni kullanilgandan natija kasallik chakiruvchi mikrobnig xususiyatlariga va uning shu antibiotikka ta'sirchanligiga bog'liq. Qo'llaniladigan antimikrob dori yalliglanish uchogida maksimal miqdorda bulinishi ta'minlanishi shart. Yarim parchalanish davri juda uzak bo'lgan antibiotiklarni kullash zarur. Kasallikning ogir klinik kechishida, yalliglanish jaraenining tarkalishida, gramm (-) va gramm (+) floranig birga uchrashishida, anaerob flora bo'lishi xavfida bir necha antibiotik kushib kullash kerak. Klindamisin bilan xloro finikalni, gentamisin bilan levomisitinni, linkamisin bilan birga kullash tavsiya kilinadi. Agar utkir SO kasalligida mikroblar kushilmasi (assotsiatsiyasi) (streptokokk, stafilokokk, entereo bakteriyalar yeki anaerob (bakterioidlar, pentostreptokokklar, pentokokklar) aniqlansa davoni 20 mln. – 30 mln yed. penisillin bilan birga aminoglikoidlar (kanamisin 0,5 m/o kuniga 2 marta yeki gentamisin 1 mg/kg vena ichiga kuniga 3 marta) kullashdan boshlash kerak. 72 soat davomida natija bermasa kleondomisin 600 mg. Dan kuniga 4 marta vena ichiga, tana xarorati normallashib, qorin parda kuzgaluvchanligi yo'qolganicha kullash kerak. Anaerob flora borligi extimoli bo'lganda obligat anaeroblarga bakteriotsid ta'sir kiluvchi metranidazol qo'llaniladi. Ogir xollarda metranidazol 1 – 1,5 g sutkada 5 ml/ minutiga tezlik bilan 5-8 kun, uncha ogir bo'lmagan xollarda ichiga kuniga 400 – 500 mg – 3 maxal beriladi.

Zaxarlanish belgilari kuchli namoen bo'lgan xollarda infuzion davo: 5 % glyoqoza, poliglyuqin, reopoliglyuqin, gemodez, oksil preparatlari parenteral qo'llaniladi. (suyoqlikning umumiy miqdori 2 – 2,5 l/sutkada). Zarur bulsa infuzion davo kushib ishlatiladi. Vitaminlar, KSS – sirka ishkoriy xolatini normallashtiruvchi dorilar (4 –5 % bikorbonat natriy 500 – 100,0 ml miqdorda) kullash kerak. Antigistamin dorilar xam tavsiya kilinadi. (suprastin, dimedrol, fizik davolash usullaridan qov ustiga muz kuyish azaldan qo'llaniladi. Sovuk muz soxa terisidagi reseptorlarga ta'sir qilish natijasida og'riq kamayadi, yalliglanish jaraeni qon sizish kamayadi. Muz xalta 2 soatga yarim soatlik tanaffus bilan kuyiladi.

Laparoskopiya yaxshi natija beradi, chunki chanoq a'zolari xolati kurilgan bo'lgan patologik uzgarishlarga karab bachadon naylarini izotonik suyoqlik bilan antibiotiklar va antiseptiklar kuyib yuvish

yangi hosil bo'lgan nozik chandiklarni ajratish ayniksa fimbrial bo'lim va tuxumdonning chandiklaridan ajratish mumkin. Chanoq bushligida yiring bulsa, u surib olinib antiseptik va antibiotikli suyo'qlik bilan yuviladi.

Chet ellik mualliflarning ta'kidlashicha, davolashning bu usuli ko'p xollarda bachadon naylari va tuxumdonlar faoliyatini tiklashga, shu bilan birga reproduktiv faoliyatining saklanishiga kafolat beradi. Yiring olinib, kichik chanoq organlari sanatsiya kilingach, yaxshi klinik natija kuzatiladi. Orqa gumbazdan punksiya kilib, « tubovarial o'sma » dan yiringli suyo'qlik olinib, shu igna orqali antibiotiklar yuborish xam yaxshi natija beradi. Ayrim xollarda bu usul operativ davolashdan saklashga sharoit yaratadi. Leqin Kravpolskiy V.I. va Kulaqov V.I. (1984 y.) ta'kidlashicha ortiklarda yiringli uzgarish bulsa, ularni jarroxlik yo'li bilan olib tashlanadi.

Yarim utkir boskichda autogemoterapiya, aloe, fizioterapiya, UF nurlari, dorilar elektrofarezi (kaliy, magniy, rux, vibromassaj, UZI ni kullash).

Amaliy mashg'ulot №6

Bachadon miomasi. Endometrioz. Bachadon yaxshi sifatli o'smalari

1.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli.

Mashg'ulot vaqti -5soat	Talabalar soni: 18
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashgulot
Reja	Ginekologik kasallik orasida endometrioz 8-30% hollarda uchraydi. Endometrioz uzining asoratlari bilan axamiyatga ega ayniksa bepustlik, algodismenoreya va nogironlikga olib kelishi. Shuning uchun endometrioz kasalligiga olib keluvchi sabablarni uz vaktida aniqlab bartaraf qilish muxim axamiyatga ega.
Mavzuning maqsadi: - Mioma va Endometrioz etiologiyasi, - patogenezi, - tasnifi, - klinikasi, - tashxisi, - oldini olish va davolash prinstiplarini o'rganish.	
Mavzuning vazifasi- 1. Mioma va Endometrioz etiopatogenezi uргatish 2. Mioma va Endometrioz tasnifi xakida ma'lumot berish 3. Mioma va Endometrioz klinikasi va diagnostika usullarini uргatish 4. Mioma va Endometriozni davolash prinstiplari xakida ma'lumot berish	
Ta'lim berish usullari	Ko'rgazmali, ma'ruza, suhbat
Ta'lim berish shakllari	Ommaviy, jamoaviy
Ta'lim berish vositalari	kompyuter, multimedia, slaydlar, mavzuga oid bemorlar va boshqalar
Ta'lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash.	Og'zaki nazorat:savol-javob.

1.2. amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi	16. Auditoriya tozaligini nazorat qiladi. 17. Talabalarni mashg'ulotga tayyorligini tekshiradi 18. Davomatni nazorat qiladi.	
1. O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (10 daqiqa)	1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2. Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash. 3. Fanni o'rganishda faoydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish.	
2. Asosiy bosqich (55 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi. 3. Slaydlar, multimediyalardan foydalaniladi 4. Davolash ishlarini olib boradi 5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi.	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar
3. Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi. 2. Mustaqil ish beradi. 3. Uyga vazifa beradi.	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi

Talabalar egallashi zarur bo'lgan amaliy ko'nikmalar:

1. anamnez yigish
2. tashqi ko'rish
3. qin kuzgularida ko'rish
4. qin orqali bimanual ko'rish.

Foydalanadigan interaktiv usullar

«O'rgimchak to'ri» o'yini.

11. Talabalar darsga tayyorlanishlari uchun bir oz vaqt beriladi.
12. Talabalar stol atrofida yig'iladilar.
13. Qatnashchilardan biri kalavani oladi va uchini ochib boshqa bir qatnashchiga beradi. Ipni ushlagan qatnashchiga savol beriladi.
14. Savolga to'liq va to'g'ri javob berayotganligi tekshirib turiladi. Keyin kalavani uchi yana boshqa qatnashchilarga uzatilaverilib, o'rgimchak uyasi hosil bo'ladi.
15. Barcha qatnashchilar savollarga javob berib bo'lgach, kalavani uchi yana savol bergan talabaga qaytarib beriladi. Shunday tarzda o'yin yana qaytadan boshlanishi mumkin.

Ogohlantirish: Har bir talaba berayotgan savollarga to'liq va to'g'ri javob olishlari shart.

«Stol ustida ruchka» o'yini.

1. Assistent o'tilgan mavzu yuzasidan savol tuzadi (o'rtacha har bir talabaga 2-3 tadan).
2. Talabalar stol atrofida yig'iladi.

3. Stol o'rtasida ruchka qo'yiladi va soat strelkasi bo'yicha aylantiriladi.
4. Ruchka qaysi talabaga kelib to'xtasa, assistent o'sha talabaga savol beradi.
5. Savolga javob bergan talaba yana ruchkani aylantiradi va savollar tugagunicha o'yin davom ettiriladi.

MAVZU BAYONI

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

Endometrioiz joylashgan o'chog'ida proliferatsiya, sekrestiya yoki hayz ko'rganda ajraladigan qonga o'xshash qon quyilish belgilari kuzatiladi, ya'ni bachadon shilliq qavatidagi tuxumdondan ajralib chiqadigan steroid va gonadotrop gormonlar ta'sirida bo'ladigan stiklik o'zgarishlarga o'xshash alomatlar kuzatiladi.

Endometrioizlar esa o'z atrofida joylashgan to'qimalarga o'sib kirish xususiyatiga ega. Bu bilan to'qimalarga proteolitik ta'sir qilib ularni parchalab, undan ham chuqurroqdagi qismlarni zararlantirishi mumkin. Endometrioiz chegarasi notekis bo'lib, u seroz, mushak va shilliq qavatlarga, teriga, suyak usti pardasiga, xatto suyak to'qimasiga ham o'sib kiradi, endometrioiz pufakchasi yorilganda a'zomning hamma qismlariga qon, limfa yo'llari orqali tarqalishi kuzatiladi. Ginekologik kasallik orasida endometrioiz 8-30% hollarda uchraydi. Endometrioizning kelib chiqish sabablari:

1. 1896 yili Likhengauzer – tug'ma embrionlarning qoldiklaridan tashqil bo'lishini ta'rifladi.
2. 1896 yili Ivanov, qorin pardasining mezoteliy qavatida endometrioiz shakllanishi ta'rifladi.
3. Implantatsion nazariya.
4. Migratsion nazariya.
5. Immunologik nazariya.
6. Starsteva taklifi bo'yicha T-limfositlar xos hujayralarning qon orqali tarqalishi.
7. Gormonlar nazariyasi - bu nazariya tarafdorlari estrogen moddasini tajribada ko'p miqdorla yuborib endometrioiz kasalligini paydo qilganlar.

Endometrioizning yuzaga kelishi va rivojlanish nazariyasi

1. Embrional nazariya: bu nazariyaga asosan endometroid geterotopiyalar paramezoneftral (Myuller) yullari yoki embrional qoldiq hujayralaridan rivojlanadi (bularndan keyinchalik jinsiy a'zolar va endometriy vujudga keladi). Bu nazariyani isbotlashda V.P. Baskaqov 1979 yili "Endometrioizning bolalar va o'smirlarda (12-13 yosh), rivojlanishi va jinsiy a'zolar nuqsonlari bilan qo'shilib kelishi" haqida aytib o'tgan.

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

3. Metaplastik nazariya - endometrioizning yuzaga kelishida metaplastizyaga uchragan qorin pardasi mezoteliysi turadi (Mayer).

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

5. Neyro-endokrin nazariyasiga asosan gipotalamo-gipofizar-tuxumdon sistemasidagi bog'liqlikning buzilishi, tuxumdon ish faoliyatining o'zgarishi natijasida follikullar etilishining sekinlashishi organizmda estrogen gormonlarning kamayishiga sabab bo'ladi, ovulyatsiyaning kechikishiga va sariq tana faoliyati sustlashishiga olib keladi. Organizmda nisbiy estrogenemiya rivojlanadi, bu esa o'z navbatida endometrioiz

yuzaga kelishiga sababchi bo'ladi. (A.N Strijakov 1977, 86 yy.).

6. Immunologik nazariya - endometriozi autoimmunologik kasallik ekanligi ta'kidlanadi: T-hujayra immuniteti pasayib, V-limfositlar sistemasining aktivligi oshishi, immunoglobulin G va A ko'payib, endometriozi to'qimalariga nisbatan autoantitannalar paydo bo'lganligi

aniqlangan. (N.V. Starsteva, 1983). T-limfositlar kamayishi bilan ularning restseptor apparati o'zgaradi, T-supressorlar va T-limfositlarning xelper omilni ishlab chiqarishi pasayadi (L.Ya. Suprin.).

Jinsiy a'zolaridan tashqarida rivojlangan endometriozi 5% hollarda uchraydi, bunda ko'proq to'g'ri ichakda, tashxirdan keyingi chandiqlarda, qindik sohasidagi endometriozi kuzatiladi.

1. Kasallikning klinik manzarasi, endometriozi qaysi sohada joylashganligiga bog'liqdir. Endometriozi asosiy va doimiy belgilaridan biri – og'riqdir.

Bemor qorinning pastki sohasida va belida kuchsiz, uzoq davom etadigan og'riqlar kuchayganidan shikoyat qiladi, hayz stikli davrida og'riqlar kuchayganligidan shikoyat qiladi. Og'riq hayz kunlaridan oldin paydo bo'lib, kuchayib hayz kunlari va undan keyin ham bemorni bezovta qiladi. Bu og'riqlar endometriozi o'chog'idagi bez to'qimalarning bo'rtishi, to'qimalarning ichi berk bo'shliqlarida suyuqlikning to'planishi natijasida kelib chiqadi.

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

3. Hayz vaqtida ko'p qon ketishiga asosiy sabablar: 1) tuxumdon faoliyatining buzilishi (anovulyatsiya); 2) bachadon mushaklarining qisqarish xususiyatining buzilishi; 3) qon ketadigan yuzaning kattalashganligi natijasidir.

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

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

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

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

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

Asosiy tashxis, kasallikning rivojlanish tarixiga, uning klinik belgilariga, qin orqali tekshirib, bachadon bo'shlig'ini qirib gistologik tekshirishdan so'ng, gisteroskopiya, laparoskopiya, ultratovush, gisterosalpingografiya (bachadonni va bachadon naychalarini rentgenda ko'rish) va boshqa usullarga asoslanib qo'yiladi.

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

1. Qin endometriozi – ko'pincha, bachadon bo'yni endometriozi bilan birgalikda uchraydi, endometriozi tugunchalari dumaloq va noto'g'ri shakldagi ko'kimtir rangda bo'lib, hayz ko'rganda bu tugunchalardan

ham qon ajralib chiqadi.

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

3. Bachadon naylari endometriozi. Bu kasallik bachadon va tuxumdon endometriozi bilan birgalikda uchraydi. Endometriozi tugunchalari bachadon naychasining seroz va seroz usti qavatida joylashib, ular juda ham kichik bo'ladi.

Klinik belgilari bachadon va tuxumdon endometriozi belgilariga o'xshash bo'ladi.

4. Tuxumdon endometriozi - dastlab tuxumdon yuzasida ko'pgina mayda endometriozi tugunchalari rivojlanadi so'ngra bu tugunchalar yorilib, hammasi tuxumdonda yagona bo'shliq hosil qiladi, bu bo'shliqqa qoramtir quyruq qon yig'ilib, tuxumdon hajmi kattalashadi va kistaga aylanadi. Kistalar bir yoki ikki tomonlama bo'lib 0,5-10 sm gacha boradi. Kistalar ichidagi gemorragik suyuqlik to'q jigarrangda bo'lganligi tufayli shokoladsimon kista nomi bilan yuritiladi. Shu suyuqlikning to'planish jarayonida endometriozi kistalari yorilishi mumkin, bunda qorinda qattiq og'riq paydo bo'lishiga, bu esa qorin bo'shlig'ida tuxumdon atrofida chandiqlar hosil bo'lishiga olib keladi.

Tuxumdon endometriozi tarqalish darajasiga qarab 4 ga bo'linadi.

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

II - darajasida tuxumdonning bir tomonlama kistasi holida uchraydi, hajmi 5-6 sm, kichik chanoq qorin pardasida nuqtasimon endometriozi o'choqlari va bachadon ortiqlari atrofida chandiqlar hosil bo'lishi kuzatiladi.

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

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

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

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

BACHADON BO'YNI ORQASI ENDOMETRIOZI

Bu asosan bachadon bo'yni orqa yuzasida va dumg'azag' bachadon boylamlari birikkan sohada rivojlanadi. Tarqalish darajasiga qarab 4 ga bo'linadi:

- 1.-Endometriozi o'chog'i to'g'ri ichak va qin oralig'idagi yog' to'qimasining qatlamlari atrofida joylashadi.
- 2.-Endometriozi bachadon bo'yniga va qin devorlariga tarqaladi.
- 3.-Jarayon to'g'ri ichak seroz qavatiga va bachadon dumg'aza boylamiga o'tadi.
- 4.-Jarayon to'g'ri ichakning shilliq qavatiga, to'g'ri ichak va bachadon oralig'idagi bo'shliqqa tarqalib,

juda ko'p chandiqlar hosil bo'lishiga sabab bo'ladi. Qin orqali ko'rilganda bachadan bo'yni yuqori qismining orqasida qattiq, notekis, harakatsiz tugunchalar aniqlanib, ularni paypaslaganda qattiq og'riq seziladi. Tugunchalar hayz boshlanishidan oldin kattalashganligini aniqlash mumkin.

Asosiy belgisim- doimiy og'riq bo'lib, bu og'riq hayzdan oldin va hayz vaqtida kuchayadi. Og'riq dumg'aza sohasiga, to'g'ri ichakka, qin sohasiga tarqaladi.

BACHADON TANASINING ENDOMETRIOZI- ADENOMIOZ

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

Adenomioz tarqalish darajasiga qarab 4 ga bo'linadi.

1.-Endometriozi bachadon shilliq qavatining bazal qismida joylashadi. 2. Jarayon miometriy qavatiga tarqalgan (50-rasm).

3. Bachadonning hamma qavatlariga jarayon tarqalgan (51-rasm).

4. Jarayon parietal qorin pardasi va qo'shni a'zolariga tarqalgan.

2,3,4 darajalarida bachadon endometriozi mushak tolalarining giperplaziyasi kuzatilib, bu bachadon hajmining kattalashuviga olib keladi. Og'riq va hayz vaqtida qon ko'p ajralib, hayz stiklining uzoq davom etishiga olib keladi.

Ayniqsa endometriozi bachadonning hamma qavatlariga tarqalgan bo'lsa (52-rasm), kuchli og'riq kuzatiladi va hayzdan oldin bachadonning kattalashganligi aniqlanadi. Endometriozi hayz stiklining buzilishi har xil, xususan giperpolimenoreya metrorragiya hamda hayzdan oldin va undan keyin 3-4 kun qonni surtilib kelishi kuzatiladi. Ko'pchilik bemorlarda qorinning pastida doimiy og'riq seziladi, tez-tez siyish va hayzdan oldin og'riq bo'lishi kuzatiladi.

Endometriozi kasalligiga tashxis qo'yish uchun quyidagi usullardan foydalaniladi:

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

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

3. Mo'ljalli biopsiya va gistologik tekshirish usuli endometriozi aniq tashxislashda katta rol o'ynaydi.

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

5. Gisterosalpingografiyada 33-80% hollarda to'g'ri tashxis qo'yish mumkin (G.M. Saveleva) Bu usul hayz stiklining 5-7 kuni amalga oshiriladi. Kontrast modda yuborilganda «qontura orqasi soyasi»ni hosil qiladi.

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

7. Ultratovush yordamida tekshirish-bachadon devorida mayda kistali

o'zgarishlar ko'rinadi.

8. Laparoskopiya.

9. Rektomanoskopiya-endometriozi o'choqlari to'g'ri ichakda joylashganda yoki yo'g'on ichakka yaqin joylashganda qo'llaniladi.

DAVOLASH.

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

Reproduktiv eshidagi ayollarda homilador bo'lish uchun quyidagi uslublar qo'llaniladi:

1. Prostoglandinsintetazaning ingibitorlari (indometastin, metindol, naprosin).

2. Organizmning immunologik xususiyatlarini oshirish uchun -immunokorrektorlar.

3. Gormonlar bilan davolash, ya'ni endometriozi o'choqlaridagi stikli o'zgarishlar so'ndiriladi.

4. Yallig'lanish alomatlarini davolash.

5. Trankvilizatorlar (tazepam va b.).

6. Sistemli enzimoterapiyasi (vobenzim).

7. Jarroxlik uslubi bilan davolash

Gormonlardan asosan progestinlar tavsiya qilinadi (progesteron, 17 - OPK, depo-provera, depostat, orgametril, dyufaston, norkolut, astetomeprogenal va boshqalar. Sintetik progestinlar 5-kundan to 25-ko'ngacha 1tabl.dan ichiladi, dyufaston kuniga 3 tabl.dan 3 oy davomida, keyin 3 oyligida 2 tabl.dan buyuriladi. Davolashni 3 oydan 6 oygacha, 1-2 yilgacha davom ettirish mumkin. 17 OPK 12,5 %-2,0 6 oy davomida 1 haftada 1 marta.

Estrogen-gestagen repatlardan mikrogenon, anovlar,marvelon, rigevidon, diane-35; antiestrogenlardan esa- tamoksifen, toremifen; anabolik steroidlardan- retabolil ko'llaniladi.

Gonadoliberinlar agonistlari - endometriozi qonservativ davolashda keng qo'llaniladi (zoladeks, dekapeptil, nafarelin, buserelin). Bu vositalar har kuni buro'nga tomiziladi eki teri ostiga in'ekstiya kilinadi, undan tashqari bu vositalarni qorin oldiga depo in'ekstiya qilish ham mumkin. Gonadoliberinlar agonistlari ta'sirining juda qisqaligi tufayli ularni premenopauzada yoki jarroxlik davolashdan oldin qo'llash maqsadga muvofiqdir.

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

Adenomiozning I-II darajasida qonservativ davolanilsa, III-IV darajasidagi kasallanishida esa, jarroxlik uslubi qo'llaniladi (52 rasm). Jarroxlik uslubida davolash asosan gormonlar bilan davolashning nafi bo'lmay,ayollarda hayz stikli buzilib qon ko'p ketib, kamqonlik rivojlangan bo'lsagina qo'llaniladi shundan keyin esa gormonlar bilan davolashni davom ettirish zarur, aks holda kasallik yana qaytalashi mumkin.

FIZIOTERAPEVTIK DAVOLASH.

- 1.Sulfat magniy bilan elektroforez.20 martagacha qilinadi.
- 2.Kaliy yoddan 5%,10%,33% dan elektroforez yoki 1%-50ml klizmada yuborish.
- 3.Amidopirin yoki novokain bilan elektroforez,10-20 marta.
- 4.Elektroforez, hayzning birinchi yarmida 40% Mis sulfat bilan va hayzning ikkinchi yarmida 4% Rux bilan qilinadi.
- 5.Tripsin, ximotripsin bilan elektrofarez
- 6.Qorin pastki qismiga Solkoseril bilan ultratovush qilinadi.
- 7.Magnit maydoni qo'llaniladi.
- 8.Rodon vannasi tavsiya qilinadi.

Profilaktikasi

1. Tashviqot va targ'ibot ishlari
2. Kontrastektiv vositalar va moddalarni keng qo'llash, abortlarning oldini olish .
3. Davolash va diagnostik muolajalarni hayz stikliga ahamiyat bergan holda bajarish lozim.

«Endometriozi»

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

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

1. Ayol ginekologik kresloda oyoqlarini chanoq-son va tizza bo'g'imida bukilgan holda yotibdi.
2. Shikoyatlari: hayzning buzilishi, og'irqli hayz kelishi, bepustlik.
3. Kasallik anamnezi: bir yil davomida o'zini kasal deb hisoblaydi hayz kelishi nomuntazam, ko'p kun, ko'p miqdorda.

4. Hayot anamnezi: hayz kelishi, 17 yoshdan, 3-4 kundan, xar 28 kunda, jinsiy hayoti 19 yoshdan, ginekologik kasalliklari – surunkali adneksit. Irsiyatga moyilligi yo'q, zararli odatlari yo'q.
5. Umumiy ko'ruv: bemorning ahvoli qoniqarli, o'zgarishsiz
6. Qorni ko'ruvda: qorin pastida og'riq yoki deyarli o'zgarishsiz.
7. Dastlabki diagnoz: shikoyatlari, hayot va kasallik anamnezi hamda lokal status va ob'ektiv ma'lumotlarga asoslanib qo'yiladi.
 Qon umumiy analizi: o'zgarishsiz
 UTT: endometriyning qalinlashishi.
 GSG: qontur orti soyalari aniqlanadi.
 Ko'zgularida ko'ruv: qo'ng'irsimon hosila aniqlanadi.
 Qin orqali tekshiruv: hayz kunlari bachadon kattalashgan.
1. Klinik diagnozni qo'yish va asoslash: dastlabki diagnoz va klinik –instrumental tekshiruvlarga asoslanib qo'yiladi
2. Asoratlari: bepushtlik
3. Differensial diagnostika: bachadon o'smalari, bachadondan disfunktsional qon ketish, jinsiy a'zolarining yallig'lanish kasalliklari.
4. Operativ davolash:
 Endometriy o'choqlarini laparoskopiya usulida kuydirish, bachadon amputastiyasi.
 Jarrohlikdan keyingi davrda:
 Organizmning buzilgan faoliyatini tiklash
 Reabilitastion terapiya
 Qonservativ gormonoterapiya
5. Profilaktika: dispanser hisobiga olish, jinsiy a'zolar yallig'lanishi kasalliklarini davolash, ginekologik muolajalarni, hayz stiklini hisobga olgan holda o'tkazish.

Amaliy ko'nikma. Endometriozi klinikasini va tashxislashni bilish, kasalni tekshirishni, tashxisni differentsiastiya qilishni, to'g'ri davolash usulini tanlashni, operativ davolashga ko'rsatmani va shoshilinch yordam choralarini tanlashni bilish kerak. Dori vositalarining (qon to'xtatuvchi, og'riq qoldiruvchi) restseptlarini yozishni bilish kerak

2. mashg'ulotning xronologik xaritasi

№	Mashg'ulot bosqichlari	Mashg'ulot shakli	Davomiy ligi	
1.	O'qituvchining kirish so'zi (mavzuni asoslash)			
2.	Amaliy mashg'ulot mavzusini muxokama qilish, yangi pedagogik texnologiyalar (kichik guruxlar, munozara-baxs, vaziyatli masala, «qorbo'ron», «aylana stol» va x.k.), shuningdek, ko'rgazmali materiallar (slayd, audio-video kasseta, mulyaj, fantom, EKG, rentgenogramma va x.k.)ni qo'llagan xolda talabalarning dastlabki bilim darajasini tekshirish.	So'rov, tushuntirish		
3.	Muxokamaga yakun yasash			
4.	Talabalarga mashg'ulotning amaliy qismini bajarish uchun topshiriq berish. Topshiriqlarni bajarish tartibi bo'yicha ko'rstamalar va tushuntirish berish. Mustaqil kurastiya			
5.	Talabalarga mashg'ulotning amaliy qismini	Kasallik tarixi,		

	o'qituvchi yordamida egallashi (tematik bemor kurastiyasi)	ishbilarmon o'yinlar, Klinik vaziyatli masalalar		
6.	Tematik bemorni laboratoriya, instumental tekshiruvlaridan olingan natijalarini taxlili, differentsial diagnostika, davolash va sog'lomlashtirish rejasini tuzish, restseptlar yozish va xakozo.	Klinik-laborator anjomlar bilan ishlash		
7.	Talabalarni o'zlashtirgan nazariy bilimlarini va amaliy ish natijalarini muxokama qilish, mustaxkamlash va mashg'ulot maqsadiga erishilganlik darajasini xisobga olgan xolda gurux faoliyatini baxolash.	Og'zaki so'rov, munozara baxs, amaliy ish natijalarini tekshirish.		
8.	Ushbu mashg'ulot bo'yicha o'qituvchining xulosasi, xar bir talaba faoliyatini 100 ballik tizim bo'yicha baxolash va e'lon qilish. Keyingi darsga tayyorlanish uchun talabalarga vazifa berish savollar to'plami.	Axborot, mustakil tayyorlanish uchun savollar		

Foydalanadigan interaktiv usul

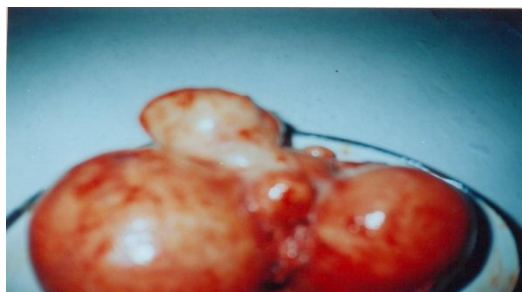
«Zaqovat» o'yini

1. Talabalar darsga tayyorlanishlari uchun bir oz vaqt beriladi.
2. Talabalar stol atrofida yig'iladilar.
3. Qatnashchilardan biri kalavani oladi va uchini ochib boshqa bir qatnashchiga beradi. Ipni ushlagan qatnashchiga savol beriladi.
4. Savolga to'liq va to'g'ri javob berayotganligi tekshirib turiladi. Keyin kalavani uchi yana boshqa qatnashchilarga uzatilaverilib, o'rgimchak uyasi hosil bo'ladi.
5. Barcha qatnashchilar savollarga javob berib bo'lgach, kalavani uchi yana savol bergan talabaga qaytarib beriladi. Shunday tarzda o'yin yana qaytadan boshlanishi mumqin.

Ogohlantirish: Har bir talaba berayotgan savollarga to'liq va to'g'ri javob olishlari shart.

Bachadonning xavfsiz o'smalari.

Bachadon miomasi-yaxshi sifatli o'sma bo'lib, mushak to'qimasidan rivojlanadi. Ko'pincha reproduktiv davrda, 30 yoshdan cho'ng uchraydi (15-17%). Mioma bu kapsulaga uralgan tugun bo'lib uning ulchamlari turlichadir.



Bachadon miomasi

Bachadon miomasi miometriyning yaxshi sifatli o'smasi xisoblanib, "Bachadon miomasi" atamasi kasallik morfogenezinini ifodalaydi. Mushak va qo'shuvchi to'qima elementlari nisbatiga karab o'sma gistologik tuzulishini ifodolovchi "fibromioma", "fibroma", "mioma" atamalari farklanadi.

Ayollar ginekologik kasalliklarining 10-12% ni fibromioma tashqil qiladi. 95% xollarda bachadon tanasi, 5% xollarda bachadon bo'yni zararlanadi. Fibromioma sillik mushak to'qimasidan rivojlanadi. Ko'p xollarda fibromioma mushak to'qima elementlaridan (80%) iborat bo'lib, qo'shuvchi to'qima o'smaning ozrok kismini (15-20%) ni tashqil qiladi. O'sma yadrosi sillik mushak elementlaridan hosil bo'lib, keyinchalik ushish xarakteri aralash bo'lib, fibromioma hosil bo'ladi.

Miomalar kichik va katta (7kg va undan ortik) ulchamda bo'lib, ko'pincha ko'p sonli o'smalar kurinishida uchraydi. O'sma qonsistensiyasi, shakli va rangi turli xilda bo'ladi. Miomaning pushti rangda bo'lishi mushak tolalari miqdoriga va rangiga bog'liq bo'ladi. O'smada mushak tolalari kancha ko'p bulsa, u shuncha yumshok bo'ladi.

Bachadon miomasi klassifikatsiyasi:

Fibromatoz tugunning ushish joyiga karab fibromiomaning kuyidagi turlari tafovut etiladi:

1. Subseroz (qorin parda osti) tugunlar 16,8% uchraydi.
2. Interstisial (devor ichi) tugunlar 43% uchraydi.
3. Submukoz tugunlar (shillik osti) 20% uchraydi.
4. Atipik formalar – bo'yni orti miomasi.
5. Qorin parda usti miomasi.
 - boylamlararo fibromioma
 - servikal mioma

Shikoyatlar va simptomlari:

Bemor shikoyatlari kuyidagilarga bog'liq: o'sma lokalizatsiyasi va ulchamiga, miomatoz tugunlardagi ikkilamchi uzgarishlarga, kasallik davomiyligiga, ovkatlanishdagi uzgarishlarga, va x.k.

Bachadon fibromiomasining asosiy va ilk belgisi bo'lib menstrual funksiyaning buzilishi, bachadondan qon ketishlar (meno va metrorragiyalar kurinishida) va kam miqdordagi qonli ajralmalar xisoblanadi.

Qon ketishlar ko'pincha siklik bo'ladi. Ular uzayishi va kuchayishi ba'zida ular fonida ikkilamchi anemiya rivojlanadi.

Og'riqlar nerv oxirlarining kisilishi va o'sma nekroziga bog'liq.

- Xolsizlik
- Ish kobiliyatining pasayishi
- Umumiy xolsizlik

Klinika:

- Simptomli
- Simptomsiz
- Klinik belgilar miomatoz tugunning lokalizatsiyasiga bog'liq.

Miomatoz tugunlar joylashishi mumkin:

- Bachadon tanasi soxasida-95%
- Bachadon bo'yni soxasida-5%

Diagnostika:

- Bimanual tekshirish
- GSG, gisteroskopiya
- Bachadon bushligini zondlash
- UTT

Dif. diagnostika:

- Bachadon raki va sarkoma bilan
- Tuxumdonlar o'smalari bilan
- Homiladorlik bilan

Davolash:

- Qonservativ (simptomatik, gormonal)

- Operativ

Qonservativ davolashga kursatmalar

1. mioma ulchamlari homiladorlikning 12 xaftaligidan katta bulmasa
2. agar mioma kushni organlarni kismagan bulsa
3. anemiyaga olib keluvchi qon ketish bulmasa

Operativ davolashga kursatmalar:

Anemiyaga olib keluvchi menorrhagiya, tez usishi, miomaning yirik ulchamli bo`lishi(14 xaftadan katta). Yakkol ifodalangan og`riq sindromi. Xavfli o`smaga utib ketish gumoni bulsa.

Bachadonning submukoz miomasi. Kushni organlar funksiyasining yakkol buzilishi.

Operatsiyalar bulinadi:

1. radikal (bachadonning qin usti amputatsiyasi; bachadon ekstirpatsiyasi)
- qonservativ (tugish va menstrual funksiyani saklash maqsadida miomatoz tugunlarni kirish).

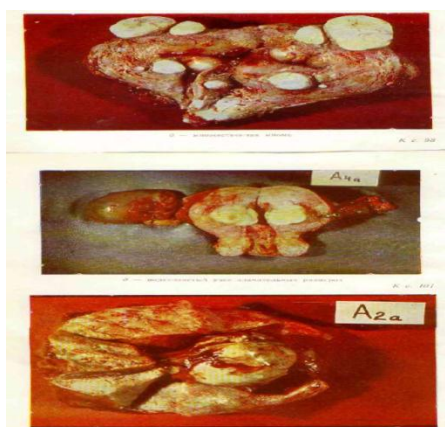
Patogenez.

Xozirgi kunda mioma rivojlanishida nafakat jinsiy gormonlar sintezi, almashinuvining buzilishi balki, miometriyning reseptor apparati xolati va estrogen reseptorlarning gestagen-reseptorlardan ustunligi xam muxim rol uynashi tasdiklangan. Bachadon miomasi etiologiyasi va patogenezi to`g`risidagi mavjud fikr muloxazalar orasida giperesterogeniya yetakchi urinni egallamokda. Leqin qonda esterogenlarning yuqori miqdorida bo`lishi va progesteron tankislik xolati mioma rivojlanishining doimiy faktori xisoblanmaydi.

Ma`lumki ovulyator siklda homila rivojlanishi bilan birga miomalar xam rivojlanishi mumqin. Shuni xisobga olgan xolda bachadon miomasi patogenezi nafakat jinsiy gormonlar metabolizmi, sintezi va nisbatlarning buzilishlari balki miometriya reseptor apparatning xolati ya`ni gestogen reseptorlarga nisbatan esterogen reseptorlar aktivligining yuqoriligi xam muxim ahamiyatga ega ekan.

Xolinergik innervatsiyaning maxalliy buzilishlari va qon tomir uzamida jinsiy garmonlar miqdorining oshishi ya`ni maxalliy gipergormonemiya mioma patogenezga asosiy ahamiyat kasb etadi.

Jaxon soglikni saklash tashqiloti (VOZ) tasnifiga kura leyomiomalar (fibromiomalar) ning kuyidagi kurinishlari farklanadi.



Oddiy leyomioma (fibromioma) - sillik mushak xujayralar bilan turli miqdordagi qo`shuvchi to`qimadan iborat yaxshi sifatli o`sma. Miotsitlar-o`smaning rivojlanish manbasi xisoblanadi. Makroskopik kurganda o`sma aniq chegaraning zich qonsistensiya tugun bo`lib, uni zichlashgan va bir muncha sklerozlangan miometriy qavati urab turadi. Qaysi kim bu kapsula to`g`risida fikr yuritishga olib keladi. Mikroskopik qon tomirlar va uzgarmagan epiteliy kurinishi uziga e`tiborni karatadi.

Miomalar mikrostrukturasi uning yeshiga (ya'ni muddatiga karab) uzgarib boradi. "Yosh" usuvchi tugunlarda atrof to'qimalar chegarasidagi reaktiv uzgarishlar kuchsiz ifodalangan va miomatoz tugun aniq chegaralanmagan (xuddi infiltrativ usishga o'xshash).

Vakt utishi bilan stroma kattalashib o'sma asta seqin fibromioma tuzilishini egallab, aniq chegaralangan tugun kurinishida bo'ladi. Mioma stromasi va qon tomirlar devorlari gialinozga aylanadi. Distrofik jaraenlar kay darajada ifodalanishi va involyutiv uzgarishlarga karab mushak xujayrasi yadrosi piknozi bo'lib, natijada shakli uzgargan xujayralar va sitoplazma vakuolizatsiyasi kuzatiladi. Shunday kilib tugundagi degenerativ jaraenlar o'sma strukturasiidagi polimorfizmni ta'minlaydi. Buni keyin chalik bo'ladigan kataplaziya va yemon sifatli o'smaga aylanishi bilan bog'liq bo'lgan polimorfizmdan farklash zarur.

Proliferatsiyalanuvchi (xujayrali) leyomioma - shakllangan o'smaning ko'prok periferiyasida, ba'zida asosida proliferatsiya uchoklari bo'lishi bilan xarakterlanuvchi o'sma. Proliferatsiya uchoklari tomirlar atrofida sinusoydal tipda kuzatiladi. Usish uchoklarida oksidlanish-kaytarilish fermentlari va ishkoriy fosfataza miqdorining uzgarishi kuzatiladi. Mushak to'qima va tomir adventisial qavatidan proliferatsiyalanuvchi xujayra elementlari farklanadi. Avvaliga bu soxalar muvt kurinishda bo'lib keyinchalik sillik mushakli bitishmalar hosil bo'lib ular usib o'smaning atrofida to'qimalarga qo'shilib ketadi. Bachadon miomasining ushbu varianti yumaloq shakldagi mushak xujayralaridan iborat bo'ladi. O'sma maydonining bir kismida xujayra miqdori oshganligi sababli, miomaning bu kurinishi xujayrali mioma deyiladi. Xujayrali mioma uchun kichik ulchamda bo'lish xarakterli bo'lib distrofik uzgarishlarining bulmasligi o'smaning yetarli darajada oziklanishini ya'ni tez usishini ta'minlovchi qon tomirlar sistemasi yaxshi rivojlanganligini dalolat beradi. Mikroskopik tekshirganda proliferatsiyalangan bachadon miomasi odatdagi mushaklari orasida yumaloq shakldagi yirik yadroli sillik mushak xujayralari tuplami aniqlanadi. Xujayralar glikogenga boy bo'ladi. Turgun xujayra polimorfizmi, miotik aktivlikni oshishi kuzatiladi. To'g'ri mitoz kechganda metafaza, anafaza (yakka xolda) ustunlik qiladi. Patologik mitozlar (k-mitoz, metafaza, ana va telofazada xromosomalar bulmasligi) xam kuzatiladi. Xujayrali leyomioma ultrastrukturasi tekshirilganda sillik mushak xujayralari sitoplazmasida miofilamentlar, mitoxondriyalar va erqin ribosomalar miqdorining yuqori bo'lishi aniqlangan. Ayrim xujayralarda perinukliar bushlik kengayganligi kuzatiladi. Yana farklovchi xususiyatlaridan biri sezilarli miqdorda pinotsitoz pufakchalari bo'lishida (Pinotsitoz aktivligi ko'prok ifodalangan) Sillik mushak xujayrasi, diffuz joylashgan xramatin va 1-2 ta yadrochadagi iborat yirik oval yadroga ega. Yadro qonturlari nisbatan to'g'ri. Shuni aytib utish joyizki, populyatsiyada yuqori aktivlikka ega xujayralar (odatdagi leyomiomalar bilan solishtirganda) bilan bir katorda distrofiya belgilariga ega xujayra elementlari (mitoxond usishi, endoplazmatik tur elementlarining buzilishlari) xam uchraydi.

Leyomioblastoma (epitelial leyomioma) -sillik mushak to'qimasidan rivojlanuvchi, kam uchraydigan yaxshi sifatli o'sma. O'sma xujayralarning tomirlar atrofida gurux bo'lishi, o'sma uchun xarakterli xususiyatdir. Eitelial leyomioma kelib chikishi tomir devoridan perisitlar usishi bilan bog'liq bo'lib, shuning uchun uni angileyomioma deb xisoblashadi.

Metastazlanuvchi leyomioma (tomir ichi leyomiomatozi) - yaxshi sifatli o'smaga xos barcha gistologik belgilarga ega o'sma xisoblanib, leqin tomir bushlikga metastazlar va residivlar beradi. Shunday kilib miometriyaning yaxshi sifatli o'smalari tuzilish xarakterli, tipi va biologik usish xususiyatiga kura xilma-xildir. Ushbu o'smalarining yetakchi xarakteristikasi, sillik mushak xujayralarining funksional xolati, ularning proliferatsiyalanish darajasi, differensiyalanishi va atipizmi xisoblanadi.

Proliferatsiyalanuvchi leyomioma uchun shakllangan o'smaning periferiyasida (ba'zida asosida) proliferatsiya uchoklari bo'lishi xarakterli. Proliferativ uzgarishlar bilan birga tugun markazining shishuvi, kislotali va neytral mukopolisaxaritlar yigilishi va yumaloq xujayrali infiltratsiya uchrashi mumqin. PM-mushak tolasi xujayrasi atipik bulmasada morfogenetik kursatkichlar ustunligi tufayli miometriyani xakikiy yaxshi sifatli o'smasi xisoblanadi.

Malignizatsiyalanuvchi leyomioma (mioma sarkoma oldi belgilari bilan). Ko'plab atipik sillik mushak xujayralari proliferatsiya uchoklari bo'lishi bilan xarakterlanib, qaysikim bu xakikiy

malignizatsiyaga utish etapi xisoblanadi. Mikroskopik tekshiruvda yadrolar giperxromatozi, xujayra va yadrolari bir xil bo'lmagan multisentrik uchoklar topiladi. Mitoz kurinishdagi atipik xujayralar uchrashi mumkin.

Oddiy miomada mitoz bulmaydi, proliferatsiyalanuvchi va sarkoma oldi miomalarda yuqorida aytib utilganidek mitotik aktivlik yuqori bo'ladi. Leqin normal va patologik mitozlar nisbati bir xil emas. Proliferatsiyalanuvchi miomada patologik mitozlar 25 % dan oshmaydi. Sarkoma oldi miomada 75% ni tashqil qiladi.

Fibromatoz tugunning usish joyiga karab fibromiomalarning kuyidagi turlari farklanadi.

1. Subseroz (Qorin parda ostidagi) tugunlar, o'sma bachadon seroz qavati ostida usadi 16,8 % xolda uchraydi.
2. Interstisial (devor bo'ylab) tugunlar. Miomatoz tugun butun bachadon devori bo'ylab usishi – 43 %
3. Submukoz (shillik osti) tugunlar. Miomatoz tugun bachadon bushligida usishi – 20 %
4. Atipik formalari
 - bachadon bo'yni orti miomasi
 - qorin parda usti miomasi
 - boylam orasidagi fibromioma
 - servikal mioma

Klinika

Bachadon miomasining klinikasi xar xil kechadi. Ayrim kasallarda u ogir xarakterli kechib, ayolni astenizatsiya va nevrotizatsiyagacha olib keladi. (Ye.I. Vasilenko 1990). Bemorlarning shikoyati o'smaning joylashuvi va kattaligi, miomatoz tugundagi ikkilamchi uzgarishlar, kasallikning davomiyligi, o'sma oziklanishdagi uzgarishlar kabi ko'plab omillarga bog'liq bo'ladi. Kasallik simptomatikasi qaysi bir omilning ustunligiga karab ifodalanadi.

Kasallikning asosiy va erta simptomi-hayz siklining buzilishi, menova metroragiya kurinishidagi bachadondan qon ketishlar va uzok vakt davomida oz-oz miqdorda qonda ajralmalar kelishi xisoblanadi.

Qon ketishlar sababi bemor qonida estrogenlarning uzok vakt yuqori bo'lishi natijasidagi bachadonning qon bilan tulishuvi, endometrinig giperplaziyasi va polipozi xisoblanadi. Bular neyrogumoral buzilishlar (klimatrik davrdagi ayollarda kuzatilib) bilan xam bog'liq bo'lishi mumkin va qon stazi endometriy oziklanishini buzilishi va tomirlar devori o'tkazuvchanligining oshishi bilan xarakterlanadi.

Yana bachadon qon ketishlari yuzaga kelishiga chanoq organlaridagi yalliglanish jaraenlari, endometriozi, endometriy yuzasining kalinlashuvi gemokoagulyatsiyaning buzilishi va boshqalar xam sabab bo'lishi mumkin. Bachadondan qon ketishlar miomatoz tugunning bachadondagi joylashuviga xam bog'liq bo'lib interstisial va asosan submukoz joylashuvda kuzatilishi mumkin.

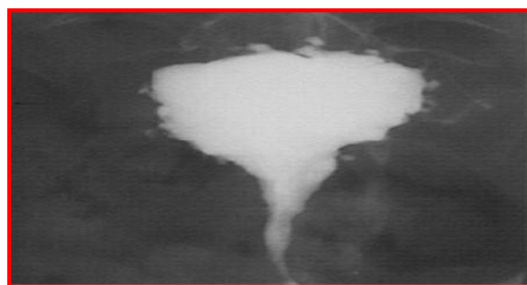
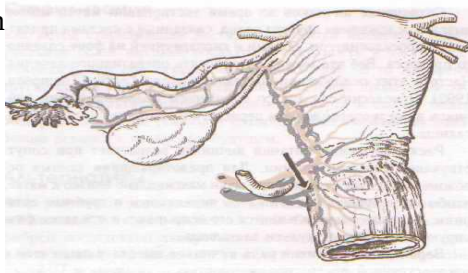
Bachadon fibromioma klinikasida og'riq simptomi ko'p uchraydi. Og'riq qorin pastida va bel dumgaza soxasida bo'lib, ba'zan oeklarda tarkaladi. Og'riq doimiy bo'ladi va ba'zi xollarda utkir xarakterda bo'ladi. Tulgoksimon og'riqlar (tuguluvchi miomada) xam kuzatiladi.

Og'riq sezgisi yuzaga kelishi sabablari xilma xil bo'lib fibromatoz tugundagi distrofik va nekrotik uzgarishlar, o'smaning joylashgan joyi va kattaligi, nerv va tomirlarning buzilishi va yana kushni kichik chanoq a'zolaridagi patologik uzgarishlar xarakteriga bog'liq bo'ladi. Subseroz tugun oyokchasi buralib kolganda og'riq sexzgisiga qorin parda ta'sirlanish simptomlari kushiladi.

Kushni organlar funksiyasining buzilishining bachadon miomasini klinikasida muxim ahamiyatga ega. Turli avtorlarining ma'lumotlariga asosan bu simptomarining uchrash chastotasi 65 % dan 20,8 % gacha uzgarib turadi. Ko'pincha siydik ajralishining ko'payishi, kam xolda siydik ajralishi og'riqli bo'lishi va kiyinlashuvi kabi dizurik buzilishlar kuzatiladi. Ko'p xolda yuqoridagi shikoyatlarning birgalikda uchrashi bachadon fibromioma uchun xarakterli bo'ladi. Yakka xolda og'riq simptomi 31,9 % bemorlarda, og'riq bachadondan qon ketishlar bilan birga 23,2 % bemorlarda, qon ketishlar 14,3 % bemorlarda kuzatiladi.

Diagnostika.

Reproduktiv sistema a'zolari - bachadonda patologik uzgarishlar tarkalishini va xarakterini aniqlash maqsadida anamnez yigilib, bimanual-rektovaginal ko'rish, qorin bushligi exografiyasi va kompyuter tomografiyasi o'tkazish, gisteroskopiya va bachadondan diagnostik kirma olib uning morfalogiyasining an



Sharsimon, ovoit yeki noto'g'ri shaklda bachadon bilan chambarchas bog'liqlik va zich qonsistensiya o'smaning yetakchi belgilaridan xisoblanadi. Postmenopauzadagi miometriyning exografik kartinasi uchun diffuz fibroz atrofik jaraenlari xisobidan exogenlikning oshishi xarakterli xisoblanadi. Vaskulyarizatsiya va mushak komponenti yakkol ustunligi bo'lgan tugun uchun normal miometriy bilan kieslaganda gipoexogenlik xos bo'ladi. Nekrozli va kistozli uzgarishlar diagnostikasi miomatoz tugundagi gipo- va anexogen zonalar topilishiga asoslanadi.

Kalsinozlangan degenerativ uzgarishlar uchun distal akustik effektning yutilishi bilan giperexogenlik to'g'ri keladi. Ko'pchilik tekshiruvchilar bachadon miomasi va sarkomasi exografik ifodalanishning tulik identifikligini kursatadilar. Miomatoz bachadonda akustik kuchayish belgilarisiz exogenlik pasaygan zonalar bo'lishi va yana o'smada kistoz degeniratsiya borligi va uning menopauza davrida kattalashuvi sarkoma to'g'risida shubxalanishiga asos buluvchi belgilar xisoblanadi. Leqin ushbu manzara miomatoz tugunda ikkilamchi uzgarishlar yakkol ifodalanganda xam kuzatilishi mumqin. Yaxshi va yemon sifatli o'smalar gemodinamikasi uziga xos xususiyatga ega. Solit o'smalar neovaskulyarizatsiyasiga olib keluvchi yangi qon tomir kapilyarlari produksiya jaraeni - angiogenezni indusirlaydi. Fakat o'smadagi angiogenez boshqa tipdagi angiogenezdan vaktidagi nisbat bilan farkanadi. O'smadagi angiogenez uz-uzidan chegaralanmasdan balki o'sma tomirlari chegaralanmasdan usib kachonki o'sma radikal olib tashlango'ngacha davom etadi. O'smada tomir xajmining oshishiga moyillik bo'lib, qaysikim (erta stadiyalarida) o'sma ogirligining 50% tashqil qilishi mumqin. Vakt utishi bilan o'sma uzining xususiy kapilyarlarini bosa boshlaydi. O'sma usishi bilan ekstrovasulyar bosim osishi sababli kapilyarlar bosilib o'sma markazida mikrotsirkulyatsiya tuxtab keyinchalik markaziy nekroz rivojlanadi. Bosilish effekti mitoz aktivatsiyasiga asoslangan bo'ladi. Bundan tashqari endotelial xujayralar struktur transformatsiyasi va bazal membrana butunligi buzulishi sababli yuzaga keladigan qon tomirlar o'tkazuvchanligining oshishi xam ruy beradi. Yangi kapilyarlar o'tkazuvchanligining oshishi ko'pchilik o'smalarda limfa tomirlarining bulmasligi tufayli vujudga keladi. O'sma kapilyarlari differensiyalashmagan va yetilmagan bo'libularda sillik mushak xujayralari bulmaydi. O'sma tomirlarida elastiklikning yo'qolish sababli vazokonstriktorlar ta'siriga nisbatan javob reaksiyasi sust bo'ladi. O'sma yemon sifatli usganda tomir rezistentligining past bo'lishi qon tomirlarining sillik mushaklarida maxrum bo'lgan, sinusoyitlar yeki keng kapilyarlarga aylanishi bilan bog'liq bo'ladi. Yaxshi va yemon sifatli o'smalarning xilma xil angiogen tabiati shuni kursatadiki, o'sma ichidagi qon okimi tomirlar endotelial xujayralari aktivligi bilan korrelyatsiyalanadi. Vaskulyarizatsiya darajasi o'sma usishini aniqlaydi.

Ichki jinsiy a'zolar o'sma kasalliklari erta diagnostikasida va ularning yemon sifatli o'smaga aylanish darajasining baxolash maqsadida rangli doplerografik manzaralar yuqori sezgirlikni, spesifiklikva musbat prognozni kursatadi. Tuxumdon va bachadondan usuvchi yaxshi sifatli o'smalar vaskulyarizatsiyasida ishtirok etuvchi tomirlar bachadon va tuxumdon arteriyalari terminal tarmogining bevosita davomi xisoblanadi. Bu tomirlardagi qon okimining doplerografik xarakteristikasi-qon okimida doimiy diastolik komponent borligi bu bachadon arteriyalariga nisbatan yuqori ifodalangan qon okimi seqinlashagligi va rezistentlik Indeksining baland bo'lishi

xisoblanadi. Katta ulchamdagi bachadon miomasi bor bemorda reografik ma'lumotlar variabilligi kuzatilib, tomirlar yakkol asimetriyasi, arterial yetishmovchilik, venoz dimlanish tomir sistemasining funksional buzilganligini kursatadi. Bachadon miomasi bo'lgan bemorlarda bachadon arteriyasi shuningdek miomatoz tugunlari tomirlari miometriyaning uzgarmagan tomirlari bilan solishtirilganda rezistentlik kursatgichlarini pasayib ketganligi kuzatiladi. Tomir rezistentligining pasayishi quyidagicha tushuntiriladi. Miomatoz tugunda estrogenlar qonsentratsiyasi va uning reseptorlari miqdorining oshishi bachadon devori tomirlari vazodilyatatsiyasiga olib keladi. Zamonaviy ma'lumotlarga kura miomatoz tugun qon bilan ta'minlanishining o'sma ichi vizualizatsiya chastotasi katta xilma xillik bilan xarakterlanadi: 54 % dan 100 % gacha transvaginal rangli doplerografiyada 87 % xollarda miomatoz tugundagi qon okimi aniqlanadi. Bunda o'sma markazida aniq ifodalangan signallar 36 % kuzatuvlarda aniqlanib kolgan xollarda nuktali signallar bo'ladi. Rangli doplerografiya ko'pchilik tekshiruvchilar tomonidan miomani qonservativ davolashda gono-dotropinrilizing gormon agonistlariga effektivligini baxolashda foydalaniladi. Olingan ma'lumotlariga kura davolash davrida bachadon tomir rezistentligi oshganligi aniqlangan. Davolashgacha bachadon arteriyalari rezistent indeksiya o'rtacha 0,52 miomatoz tugun yirik arteriyalarida 0,48 bo'ladi. Davolashdan keyin esa 0,92 va 0,91 bo'ladi.

Bachadon yemon sifatli o'smalarning doplerografik manzarasida ko'plab kichik, juda ingichka anomal shakldagi va anomal joylashgan tomirlar, o'sma to'qimasi chegarasida xaotik tashlanish kayt kilinadi. Bu tomirlarda qon okimi tomir karshiligi juda past bo'lishi (0,40), yuqori tezlikda (-41 sm/s) va turli yunalishda bo'lishi bilan xarakterlanadi. Qon okimi ifodalananihi yakkol rangli signallar va "mozaikali" shakldagi manzara bilan farkanadi.

Ko'pchilik avtorlar ma'lumotlariga kura bachadon sarkomasi rezistentlik indeksi o'rtacha $0,37 \pm 0,08$ ni tashqil kilib miomada $0,59 \pm 0,08$ gacha bo'ladi. (norma $0,90 \pm 0,02$). Shuni aytib utish kerakki rangli doplerografik rejimda o'sma ichi qon okimi vizualizatsiyasi fakatgina 30 % kuzatuvlarda aniqlanadi. Avtorlarning fikricha rangli doplerografik tekshiruv yerdamida bachadon miomasi va sarkomasining kiesiy tashxislash kriteriysi bo'lib, o'sma ichi va o'sma atrofi qon okimi past rezistentlik kursatkichi bo'lgan tomirlarning xaotik tashlanishli, ingichka, noregulyar vizualizatsiyasi xisoblanadi.

DAVOLASH.

Bu patologiya yuqori chastotaga uchrab (20-30%) ayolning umumiy sogligiga va reproduktiv sistemasiga salbiy ta'siri tufayli bachadon miomasi bo'lgan bemorlarni davolash zamonaviy genekologiya aktual muammolardan biri bo'lib kolmokda. (Adamyan. L.V. 1990 y)

Ye.M. Vixlyayeva va L.N. Vasilevskaya (1991 y.) G.A.Palladi va avtor. (1986 y.) Ob'ektiv tekshiruv ma'lumotlari va anamnezda quyidagi uziga xos xususiyatlari bo'lgan ayollarning mioma rivojlanish xavfi bo'lgan guruxga kiritadilar. Irsiy moyillik - yaqin karindoshlariga bachadon miomasi, boshqa jinsiy a'zolar o'smalari va mastopatiyasi bulsa. Menarxedan boshlab shuningdek jinsiy infantilizm bilan bog'liq menstrual siklning buzilishi davoga berilmaydigan va asosan uglevod lipid va boshqa modda almashinuvining buzilishlari (Semizlik prediabet, diabet) bilan birga uchrovchi menstrual funksiya buzilishlari.



Gipotalamo-gipofizar-tuxumdon-sistemi-funksiyasi dezorganizatsiyasi bilan birga bog'liq menstrual va reproduktiv funksiya buzilishlari (bepushtlik, homiladorlikning barvakt tuxtashi). Tuxumdon funksiyasi buzilishi (monofazali menstrual sikl, ikki fazali sikl sarik tana funksiyani yetishmovchiligi bilan) ga olib keluvchi residivlovchi ichki jinsiy a'zolar yalliglanish kasalliklari sun'iy abortlar bachadon shillik qavatini ko'p marta kirish natijasida bachadon yalliglanish kasalliklarida va endometriy reseptor aparatidagi uzgarishlar. Tuxumdon va boshqa ichki sekresiya bezlari funksiyasining buzilishlariga olib keluvchi ekstragenital kasalliklari.

Kasallikning patogenetik asoslangan davolash qonsepsiyasi kombinatsiyalangan xirurgik va medikamentoz ta'siri xisoblanadi. Shuning uchun xam yangi operativ texnologiyalar bo'lishiga karamasdan gormonal terapiya uz ahamiyatini yo'qotgani yo'q.

Qonservativ davo maqsadi mioma ulchamlari yeki klinik simp-tomlari ogirligini kamaytirishdan iborat bo'ladi. Qonservativ terapiya ta'siri miomatoz tugun usishini tuxtatish va atrofiya jaraenlarini kuchaytirishga karatilgan. Miomatoz tugun interstisial va subseroz (keng asosda) joylashganda, o'sma kattaligi 12 xaftalik homiladorlikdagi bachadon kattaligidan oshmaganda, meno va metroragiya bo'lmaganda nooperativ davoga kursatma xisoblanadi. Xirurgik davoga karshi kursatma bo'lgan ekstragenital kasalliklari bulsa, shoshilinch operatsiyaga tayerlov davrida qonservativ davo o'tkaziladi. Qonservativ terapiya yutuklari bachadon miomasi erta diagnostikasi va uz vaktida davo choralarini boshlashga bog'liq.

Qonservativ davoga karshi kursatma.

1. Miomatoz tugunli bachadon kattaligi 12 xaftalik homiladorlik ulchamidan katta bo'lishi.
2. Submukoz joylashganda, shuningdek interstisial formasi sentripetal usganda.
3. Bachadon miomasi tuxumdon o'smalari va adenomioz bilan birgalikda kelganda.
4. Bachadon sarkomasi yuzaga kelishida shubxa uygotuvchi tez usish xollarida.
5. Anemiyaga olib keluvchi menorrageiyalar

Qonservativ terapiyaning asosi bo'lgan gormonal preparatlarini kullashga karshi kursatma bo'lib xisoblanadi:

Anamneziga tromboemboliya va trombofelibitlar bo'lishi venalarning varikoz kengashi gipertenziya anamnezida yemon sifatli o'smalar bilan operatsiyalar o'tkazilgan bulsa.

Qonservativ davodan oldin submukoz formadagi bachadon miomasi, tugunli formadagi adenomioz, tuxumdon o'smasi va boshqa kurinishdagi davoga karshi kursatma xisoblangan patologik jaraenlar bor yo'qligini aniqlovchi tekshiruv usullari o'tkazilishi shart.

Davolash kompleks xolda bo'lish kerak, u mioma patogenezi va yuzaga kelish sababini aniqlovi neyroendokrin buzilishlarini korreksiyalash, kasallikning ogir ketishini simptomlar yuzaga kelishini ta'minlovchi ginekologik va ekstragenital kasalliklar terapiyasiga karatilgan bo'lishi kerak.

Bachadon miomasi rivojlanishi bilan menstruatsiya vaktidagi qon yo'qotishlar xam oshib boradi.

Bachadon kiskarish kobilyatining pasayishi endometriyning funksional qavati kuchishi jaraenining buzilishi, mioma anovulyatsiya bilan birgalikda kechsa yeki sarik tana yetishmovchiligi, endometriy giperplaziyasi va poliplari bilan kechuvchi menstrual sikllar menorrageiyalari sababi bo'lishi mumqin. Bachadon miomasi bilan birgalikda kechuvchi surunkali bazal endometritda xam funksional qavat deskvamatsiyasidan keyin komayuvchi yuza regeneratsiyasining seqinlashuvi xisobidan xam menorrageiya kelib chikishini unutmaslik kerak. Qonni sistematik tekshirish shart bo'lib, agar gemoglobin va eritrotsitlar miqdori kamaygan bulsa anemiyaga karshi davo o'tkaziladi. Temir preparatlari buyuriladi. Menorrageiyalarda uterotonik preparatlar xam buyurilib qaysi kim xar doim xam effektiv ta'sir kuzatilmaydi.

Agar menorrageiya bachadon miomasi bilan birgalikda kechuvchi endometriy giperplaziyasi sababli bulsa davolash ushbu jaraenga olib keluvchi patologiyani yo'qotishga karatilgan bo'ladi. Mioma endometriy giperplaziyasi etiologiyasi va patogenezi birta bo'lganda mavjud xolatga karab davo olib boriladi.

Bemorning yeshi va qo`shilib kelgan patologiya xarakterga karab gestogenlar yeki estrogen-gestogen preparatlari bilan davo olib boriladi.

Tez-tez takrorlanuvchi kuchli menstrual qon yo`qotishlar ko`pincha interstisial yeki submukoz miomalarning shillik osti qavatiga usib kirishi bilan bog`liq bo`ladi. Bunday xol xirurgik davo uchun kursatma bo`ladi.

Kompleks qonservativ terapiya sistemasiga organizmga ko`p kirrali ta`sir kursatuvchi vitaminlar xam kushiladi. Vitaminga boy ozik ovkat maxsulotlari (toza meva va sabzavotlar) buyurilib, kishda va erta baxorda sintetik preparatlar kompleksi buyuriladi. Kompleksga V guruxdagi (V1,V6,V15,) vitaminlar, askorbin kislotasi buyurilib bular tuxumdon va buyrak usti bezi steroidogeneziga ta`sir kursatadi. Vitamin Ye gipotalamogipofizar sistema funksiyasining buzilishlarida qo`llaniladi. Vitamin A effektor organlarining esterogenga sezgirligini kamaytiradi va neyroendokrin sistema ko`p zvenolariga regulatsiyalovchi ta`sir kursatish kabi muxim xususiyatga ega. Retinol asetat (Vit. A) 150000-200000 XB drajelar kurinishida menstrual siklning 5- kunidan 25- kunigacha xar kuni 6-12 oy mobaynida buyuriladi. (Kurs dozasi 1.800000-2.400000 XB).

Bachadon miomasi bor bemorlarda ko`p xollarda lipiz almashinuvi buzilishi belgilari kuzatilganligi sababli qonservativ terapiya kompleksida ovkat rejimi korreksiyasida e`tibor beriladi. Ko`pchilik bemorlarda xususan premenopauzal yeshda tana massasining oshishi aniqlangan. Ovkati rasionida organizm uchun zarur bo`lgan barcha ingredientlar bo`lishi kerak. Tez xazm buluvchi uglevodlar va xayvon yeglari cheklanib rasionga tuyinmagan yeg kislotalari saklovchi usimlik moylari, meva va sabzavot sharbatlari kushiladi.

Qonservativ terapiya samaradorligi ko`p jixatdan mavjud ekstragenetal (Xazm sistemasini, gepatobilyar sistema, endokrin buzilishlar) kasalliklarini davolashga bog`liq bo`ladi. Uzoq yillar davomida bachadon miomasida fizioterapiyani kullash xavfli bo`lib xisoblangan. Klinik tajribalar asosan neyroendokrin buzilishlar va yalliglanish kasalliklari fonida rivojlangan bachadon miomasida fizioterapiyani kullash imqoniyati borligini kursatdi.

Masalan mioma bilan kechuvi salpingooforitda rux, mis, kaliyo-dit va proteolitik fermentlar bilan elektroforez, ultratovush terapiya va boshk. kullanilishi mumkin. Neyroendokrin buzilishlar fonida rivojlangan miomada bo`yin-yuz va endonazal ionogalvanizatsiyaning gonodotropinlar ajralishga tormozlovchi ta`siridan samarali foydalaniladi. Bundan tashqari nerv, endokrin va tomir sistemasining ijobiy ta`sir kursatuvchi balneologik faktorlar jumladan yodbromli va radonli vannalar (suvning xarorati 35-36 gradus, kunora, xammasi bo`lib 10-12 muolaja) qo`llaniladi.

Bachadon miomasi asosiy terapiyasi gormonlar xisoblanadi. Bunday gestogen ta`siridagi preparatlar (norkolut, turinal, 17 -OPK) qo`llaniladi. Gestogen xususiyatga ega pregnin (17 a etinil testosteron) xam qo`llaniladi.

Gestogenlarning o`smaga karshi ta`siri o`sma xujayralarning mitotik aktivlikni pasaytirib, usishini tuxtatishdan iborat bo`ladi. Gestogenlar reproduktiv va premenopauzal yeshdagi bemorlarda buyuriladi. Norkolut keng foydalanilib, menstrual sikl saklanganda siklning 16-kunidan 25-kunigacha 10mg/sutka yeki 5-kunidan 25-kunigacha 5 mg/ sut 4-6 oy mobaynida buyuriladi.

G.A. Palladi va avtor (1986y) norkolutni menstrual siklning 16 kunidan 26 kunigacha 5 mgdan 6 oy mobaynida kullaganida yaxshi samara beradi. (Kurs dozasi 300 mg) Avtorlar 62,7% bemorlarda o`sma usishdan tuxtaganligining, 30 % ida o`sma ulchamlari kichrayganligi va 7,2 % bemorlarda o`sma usishga davom etganligini aniqlaganlar.

Premenopauzal yeshdagi ayollarga norkolut tuxtovsiz rejimda 5-10 mg/sutkadan 3 oy mobaynida beriladi. Reproduktiv yeshdagi bemorlarda pregnin siklik sxemada siklning 16- kunidan 26- kunigacha 0,02g (2 tabletka) dan kuniga uz maxal 3 oy mobaynida buyuriladi.

Yuqori gestogen effektga ega 17-OPK menstrual sikl saklangan ayollarga siklning 14-17-21-kunlari 125 mg yeki 250 mg dozada 6 oy mobaynida beriladi. Bu preparatni mushak ichiga kullash nokulayliklari tugdiradi. Bundan tashqari preparatni kullaganda ba`zida uzoq vakt jinsiy a`zoldan qonli ajralma kelishi kuzatiladi.

Yu.D. Landexovskiyning (1986)y klinik materiallari progesteron reseptorlari miqdori bachadon kattaligi bilan teskari boglanishda ekanligini kursatadi. O'sma usishi ulchamiga karab avval miometriyda keyin miomatoz tugunida progesteron reseptorlari miqdori kamayadi. Bu mioma ulchami 8 xaftalik homiladorlikdan oshmaganda gestogenlarning o'sma usishini tuxtatish effekti sezilarli darajada yuqori ekanligini tasdiklaydi.

Reproduktiv yeshda kichik ulchamdagi bachadon miomalarda (6-7) xaftalik homiladorlik ulchamigacha) qonservativ terapiyada kombinatsiyalashgan esterogen –gestogen preparatlari (triiregol, trizistom, marvelon, trikvilar va boshk.) kulanilib ular gonodotrop gormonlar sintezi va ajralib chikishishini tuxtatib kuyadi. Bu esa ovulyatsiyani tuxtatib miomatoz tugun va bachadonda proliferativ jaraenlarni yo`qolishiga olib keladi.

Preparatlar siklik rejimda menstrual siklning 5- kunidan 25 -kunigacha xar kuni bir tabletkadan kabul kilinadi. Uch oydan keyin dvavolash natijalari qontrol kilinib keyin shu davo kursi yana davom ettiriladi. (3 oy). Kombinatsiyalashgan preparatlarini kullash ko`pincha o'sma usish stabilizatsiyasiga kam xolda o'sma ulchamlarininng bir oz kichrayishiga olib keladi.

Gondotrop rilizin-gormonlar antonistlarini kullash bachadon mio-masi qonservativ terapiyasida yangi prinsipial usul xisoblanadi. Ma'lumki bachadon miomasi giperesterogeniya, progesteron tankislik xolati, gipergonodotropizm fonida rivojlanadi. Bu buzilishlar endometriy va sut bezlarida giperplastik jaraenlar bila birgalikda kechadi.

Postmenopauzal davrda kasallik regresga uchraydi. Qaysikim bu davrda qonda esterogenlar miqdorining tabiiy pasayishi va esterogen-progesteron nisbatining normallashuvi kuzatiladi. Sintetik a-GnRG adenogipofiz gonodotroflaridagi gonodoliberin reseptorlari bilan boglanib gonodotropinlar sekresiyasini tuxtatib (adenogipofiz desentizatsiya xoladi) u vaktinchalik farmakologik menopauza yuzaga kelishi ta'minlaydi. Bu esa a-GnRG ning kasallik terapiyasida kulanilishi ko`prok samara berishini kursatadi.

Dekapectil-Depo ine'eksion formada 3,75 mgdan 28 ko`nga bir marta 3 oy yeki olti oy mobaynida buyuriladi. Deykapeptil Depota'sirida bachadon ulchamlarininng kichrayish intensivligi ko`prok bo`lib bu birinchi uch oy mobaynida bo`ladi.

GnRG agonistlari keltirib chiqaradigan ogir gipo esterogen xolat klimakterik sindromga xarakterli bo`lgan nojuya ta'sirlar yuzaga kelishiga olib keladi. Bulardan eng ko`p sezilarlisi ko`p terlash, ter kuyilishi, bosh ogrigi,qin shillik qavatining ko`rishi va libidaning pasayishidir. Nojuya ta'sir bu kurinishlarning intensivligi preparatni kabul qilish muddatiga bog`liq bo`lib davolashning oltinchi oyi oxirlarida maksimal ifodalangan bo`ladi.

Esterogen yetishmovchiligi simptomlari paydo bo`lishini kamaytirish uchun vitaminlar, sedativ va gomepatik (klimaktoplan ,klimaktodinon) preparatlari buyuriladi.

Premenopauza va postmenopauza yeshda bachadon miomasi bor bemorlarni davolashda androgenlar va uning hosilalari qo`llaniladi. Premenopauza yeshdagi bemorlarga metiltesterom 5-10 mgdan agar sikl saklangan bulsa siklning 16-kunidan 25-kunigacha yeki 5 mgdan 5-kunidan 25-kunigacha 4-6 oy mobayniga buyuriladi.Kursatilgan dozalar ba`zida boldr sonva oraliq soxalarida yuzaga keluvchi gipertrixioz virilizatsiyasini chakirmaydi.

Xulosa kilib aytganda bachadon fibromiomasini qonservativ davolashning bir nechta uziga xos xususiyatlari mavjud.

1. Proleferativ jaraenlarni fakatgina uzak davolashlar bilan likvidatsiya qilish mumqin. Davo boshlangandan 1-2 yil utgachgina o'sma ulchamlari stabillashib, ba`zida menopauza boshlangandagina uning ulchamlari kichrayadi. Sho`nga muvofik menorragiyalar kamayishi xam 2-3 davo kurslaridan keyin kuzatiladi. Shuning uchun xam terapiyaning effektsizligi to`g`risida xulosa chiqarishga shoshilish yaramaydi.

2. Bemorlarni oksiprogesteron kapronat bilan davolashga o`tkazganda (progesteron bilan 6 kurs samarali davolashdan keyin ) ba`zida menstruatsiya ko`p keladi. Bunday xollarda 3-4 kurs progesteron buyuriladi va keyin oksiprogesteron kapronat bilan davolash davom ettiriladi yeki yuborish metodikasi uzgartiriladi: Oyiga 2 ta in'eksiya.

OPK kurs terapiyasi bilan uzok muddat davolanishga muxtoj bo'lgan bemorlarga albatta progesteron kurs xar oy 8 ta in'eksiya buyurilib buni kutarib bemorlar uchun ogir bo'lib ba'zilar qonservativ davodan voz kechib operativ davoni tanlaydilar.

3. Normal menstrual siklni ta'minlovchi organizmda yo`q bo'lgan gormonni uzok vakt davomida kullash organizmga salbiy ta'sir kursatmaydi. Ogranizmda progesteron bulmasligi ayol xaeti uchun bevosida xavf solmaydi. Fakatgina jinsiy sferada siklik jaraenlarining kechmasligi - o`sma rivojlanishi uchun asos bo`ladi.

4. Bemorlarni uzok davoga tayerlash kerak ya'ni ular gormo-noterapiya xususiyatlarini bilishlari kerak va gormonlarni kabul qilish ritmini kat'iy saklashi kerak. O'smaning klinik simptomlari kuchaygan va usishi davom etgan xollarda qonservativ terapiya tuxtatilib operatsiyaga olish tavsiya etiladi.

Bachadon miomasi bor bemorlarda radikal va qonservativ operatsiyalar bajariladi. Bu usullar xar birining kursatma va karshi kursatmasi bor.

Bachadonni tulik olib tashlash bachadon kosalliklarining : endometriydagi giperplastik jaraenlar, bachadon bo`ynining patologik uzgarishi endometriyada yemon sifatli jaraenlar birgalikda kechganda va miomatoz tugunda sarkomatoz usish yuzaga kelganda bajariladi. Bu uzgarishlar ko`prok katta yeshdagi ayollarda yuzaga keladi.

Operatsiyani qorin devori yeki qin yullari orqali o`tkazish imqoniyatlari mvjud. Bu kuyidagi faktorlarga bog`liq:

O'sma ulchami qorin bushligini reviziya qilishzarurligi qorin old devorining yeg bosganligi (semizligi) tuxumdonda qo`shimcha ishlov o`tkazish zarurligi va boshk. Bachadon miomasi operatsiyasi vaktida " Tuxumdonlarni nima qilish kerak? " degan savol tugiladi.Bu esa xar bir xolda individual xal kilinadi.

Yosh ayolda qonservativ miomektomiya kilinganda tuxumdonlarida kistoz uzgarishlar topilsa ponasimon rezeksiya kilinadi. Agar tuxumdon o`smasi bilan birga uchrase o`sma olib tashlanadi. Postmenopauza yeshdagi bemorda tuxumdonlar patologiyasi bulsa ular olib tashlanadi.

Bachadonda qonservativ-plastik operatsiya bajarilganda bachadon naylari saklanadi. Bachadon naylari o`tkazuvchanligini tiklash uchun plastik operatsiya qonservativ miomektomiya bilan bir vaktida bajariladi.

Bachadon qin usti amputatsiyasi yeki ekstripatsiyasida bachadon naylarining koldirish yeki olib tashlash masalasi xar bir xolatda individual xal kilinadi. Agar bachadon miomasi kichik chanoqdagi yallignanish jaraenlari bilan birga kechsa (odatda bu ko`p uchraydi.) Unda bachadon naylarini olib tashlash kerak bo`ladi. Qaysikim u operatsiyadan keyingi davrda infeksiya manbai bo`lishi mumqin. Miomatoz tugunda yiringli va nekrotik uzgarishlar bulsa xam bachadon naylarini olib tashlash kerak. Odatda infeksiya pastki jinsiy a`zolda bachadon orqali bachadon naylariga o`tadi. Shuning uchun xam ular infisirlangan bo`lishi mumqin.

Agar bachadon miomasi asoratlanmagan leqin bachadon naylari o`smaga tegib turgan bulsa bunday xolda bachadon naylarini saklab kolish tavsiya etilmaydi. Bachadon naylarida yalliglanish jaraenlari bo`lganda xam operatsiyadan keyingi davrda piosalpinks yuzaga kelishi mumqin. Shuni xisobga olgan xolda bachadon naylari olib tashlanadi.

Bachadon miomasida shoshilinch va rejali tartibdagi jarroxlik amallari o`tkaziladi. Bemor xaetiga xavf soluvchi qon ketishlar bo`lganda, miomatoz tugun oekchasidan buralib kolgandan yeki miomatoz tugun yiringlashi va nekrozi bo`lganda operatsiyaga shoshilipnch kursatma xisoblanib bu xolatlarda zudlik bilan operatsiya bajariladi. Operatsiyaga karshi kursatma fakatgina bemorning agonal xolati xisoblanadi.

Operatsiya xajmini aniqlashda ya'ni bachadon amputatsiyasi yeki ekstripatsiyasini bajarishda bachadon bo`yni xolatiga karaladi. Agar patologik uzgarishlar bulmasa unda qin usti bachadon amputatsiyasi bajariladi. Uzgarishlar bo`lmagan bachadon bo`ynini olib tashlash tavsiya kilinmaydi. Bu kator kuzatuvlarda tasdiklangan. Qin usti amputatsiyasi bajarilgan bemorlarni uzok vaktidan keyin tekshirilganda operatsiyagacha bachadon bo`ynida u yeki bu uzgarishlari bo`lgan ayollarda bachadon bo`yniga patologik uzgarishlar topiladi.

Operatsiyaga kursatmalar.

1. Anemiyaga olib keluvchi menstruatsiyani uzoq va ko'p kelishi yoki asiklik qon ketishlar ko'p xollarda bachadon miomasi va endometriy raki qo'shilib kelganligi uchun endometriy xolatini aniqlash zarur.

2. Katta ulchamdagi o'sma (12 xavftalik homiladorlikdan katta) xatto shikoyatlari bulmasa xam. Bunday ulchamdagi o'smalar kichik chanoq va qorin bushligidagi anatomik munosabatni buzib, ko'pincha buyraklar funksiyasini buzilishiga olib keladi.

3. 12-13 xaftalik homiladorlik xajmidan katta o'sma. Kushni organlarini bosib kuyish simptomlari (siydik ajralishining kuchayishi, defekatsiya aktining buzilishi)paydo bo'lganda. Bu xolda siydik ayiruv sistemasi tekshirilganda siydik passaji buzilishi, gidronefroz va giroureter aniqlanadi.

4. O'sma usishi. Fakat shuni xisobga olish kerakki menstruatsiyadan oldin bachadon qon bilan tulishuvi xisobidan o'sma bir muncha kattalashuvi mumqin. Agar bachadon kattalashuvi 8-10 xaftalik homiladorlikka teng bulsa operatsiyaga shoshilish tavsiya kilinmaydi. Bunday xollarda agar qon ketishlar bulmasa bemorga qonservativ davo buyurib, dispanser nazoratida kuzatiladi. Agar o'sma usib 12-13 xaftalik homiladorlik ulchamiga yetsa operativ davo kilinadi.

5. Qorin parda ostidagi oekchadagi tugun. O'smaning oekchada buralib kolishi zudlik bilan operatsiya o'tkazishni talab qiladi. Shu boisdan xam bunday tugunlarni tashlash urinlidir. O'sma oekchasida buralib kolganda tipik utkir qorin manzarasi yuzaga keladi. Bu o'sma oziklanishining buzilishi bilan bog'liq. Ya'ni shish, qon kuyilish keyin nekroz va yiringlanish yuzaga keladi. Qin orqali kurilganda bachadondan aloxida bo'lgan o'sma paypaslanib, paypaslaganda kesqin og'riqli bo'ladi. Qaysikim uni ovarial hosila deb kabul qilish mumqin, unday dagnostik xatolar prinsipial axamiyatga ega emas. Bemorning utkir xolati baribir operatsiyaga muxtoj bo'ladi.

6. Miomatoz tugun nekrozi. Nekrotik uzgarishlar o'sma oziklanishining buzilishiga asoslangan. Aseptik nekrozda infeksiya gemotogen yoki limfogen yul bilan tushishi mumqin. Ba'zi xollarda infeksiya ichaklardan o'tadi, ko'pincha appendeksdan. Nekroz natijasida to'qimalar eriydi. Bazida suyo'q yeki yarim suyo'q saklanmalar bilan tulgan bushliklar hosil bo'lib, bachadon kistasi hosil bo'lishi mumqin. O'sma nekrozi uning tez usaetganligi to'g'risidagi fikrga olib keladi. Kam xollarda kuruk nekroz rivojlanib keyinchalik o'sma to'qimasiga tuzlar utirib qoladi. Bunda kalsifirlangan bachadon miolimasi rivojlanib u yegoch kattikligiga ega bo'ladi va qorin bushligi obzor rentgenogrammasida yaxshi kurinadi. Bunday bemorlar operatsiyaga muxtoj bulmaydilar. Bachadon miomasi nekrozida utkir og'riqlar, qorin old devorining taranglashuvi, tana xaroratining oshishi va leykotsitoz kuzatiladi. Ko'pincha miomaning shillik osti tugunlari nekrozga uchraydi. Interstisial va qorin parda ustidagi tugunlar homiladorlik vaktida, tug'ruqdan keyingi yeki abortdan keyingi davrda nekrozlanadi. Bunday xollarda diagnostika kiyinchiliklar tug'dirmaydi. Qin orqali kurilganda bir kancha miomatoz tugunlar aniqlanib, shulardan biri kesqin og'riqli bo'ladi. Bemorlar shoshilinch operatsiyaga muxtoj bo'ladilar. Operatsiya uz vaktida bajarilmasa, nekrozlangan tugun yiringlanib qorin bushligiga yeriladi va tarkok peritonit rivojlanadi.

7. Submukoz bachadon miomasi. Ular bemorni anemizatsiyaga olib keluvchi kuchli qon ketishlarni chakiradi. Bunda bachadon katta ulchamlarga yetmaydi, leqin ba'zi xollarda bir oz kattalashadi. Bemorlar shoshilinch operatsiyaga muxtoj. Kesqin tulgoksimon og'riqlar va kuchli qon ketishlar bilan kuzatiluvchi tugiluvcht miomada shoshilinch operatsiya kilinadi. Buxolatda xuddi tug'ruqlardagidek bachadon bo'yni tekislanishi va ochilishi kuzatiladi. Tugun bachadon bo'ynini tuldiradi yeki qinga tugiladi.

8. Intraligamentar joylashgan miomatoz tugunlar. Ular nerv chigallarini bosib kuyishi natijasida kuchli og'riqlarga va siydik yo'lini bosib kuyishi natijasida buyraklar funksiyasining buzilishiga olib keladi.

9. Bachadon bo'ynining qin kismida chikuvchi bachadon miomasining bo'yin tugunlari.

10. Jinsiy a'zoldagi boshqa patologik uzgarishlar:

- endometriyning residirlovchi giperplaziyasi

- tuxumdon o'smasi

- bachadon tushishi va chikishi bilan qo'shilib kelgan bachadon miomasi.

11. Bepushtlik. Operatsiya zarur bo'lganda bepushtlikga olib keluvchi boshqa faktorlar yo'qligini aniqlash va miomatoz tugun joylashuvini aniq baxolash kerak bo'ladi.

Agar tugunlar bachadon naylari burchagiga yaqin joylashgan bulsa bepushtlikka sabab bo`ladi. Bepushtlikdagi operatsiya masalasi ko`pincha 30 yeshdan katta ayollarni tekshirganda yuzaga keladi. Ularda anovulyatsiya bo`lishi urinlidir. Eriga bog`liq bepushtlik yo`qligini aniqlash kerak. Xamma faktorlarni xisobga olgan xolda nisbiy kursatmalarga asosan operatsiya bajariladi Xar doim xam generativ funksiya tiklanishi kuzatilmaydi.

Operatsiyaga karshi kursatmalar.

Operativ aralashuviga shoshilinch kursatmalar bulmasa utkir respirator kasalliklar va grippda operatsiya qilish mumqin emas. Bundan tashqari furunko yeki vezikulez toshma kurinishdagi yiringli uchokchalar bo`lganda organizm infesirlangan xisoblanib, qon kursatkichlari normallasgancha va tulik sogayishgacha operatsiya bajarilmaydi.

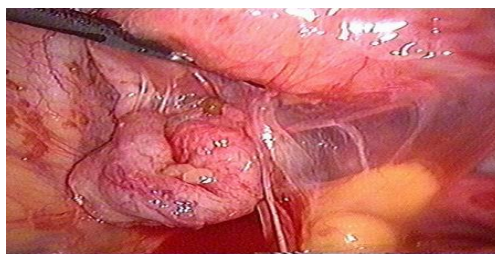
Ekstrogenetal kasalliklari bo`lganda operatsiyaga tayerlov sinch-qovlik bilan o`tkaziladi. Bemorni tayerlash operatsiya muvofakiyatli chikishida katta axamiyatga ega. Tulik klinik tekshiruv o`tkazish shart. Operatsiya xajmi aniqlash uchun albatta atipik xujayralarga sitologik tekshiruv, kengaytirilgan kolposkopiya va zurur bo`lganda bachadon bo`yni biopsiyasi o`tkazilishi kerak.

Kursatmaga karab gisteroskopiya va gisterosalpingografiya kilinadi. Bu usullar endometriy patologiyasini va bachadon submukoz miomasi bilan qo`shilib kelgan ichki bachadon endometriozi aniqlashda yerdam beradi. Qon ketishlarda endometriy yemon sifatli o`smalarni o`tkazib yubormaslik uchun bachadon shillik qavatidan diagnostik kirma olinadi Albatta qin tozalik darajasini aniqlash kerak. Achitkisimon zamburuglar, trixomonadalar bulsa yeki 3-4 darajali tozalikda qin sanatsiyasi tavsia etiladi. Operatsiyadan oldin 1-2 darajali qin tozalik darajasi aniqlanishi kerak

Endometrioiz

Bu endometriydan tashqarida endometriyga xos o`smalarning, to`qimaning paydo bo`lishidir.

Endometrioiz reproduktiv yoshida 7-50 % uchraydi Jeleziyev P.I. (1985y.) birlamchi va ikkilamchi bupushtlikning 50 % ning sababi endometrioizdir. Bepushtlik bilan ayollar laparaskopiya kilinganda 48 % endometrioiz kuyilgan. Endometrioizning epitelial va stromal komponentlari rak paydo bo`lishiga sabab bo`ladi.



Joylashgan joyiga karab endometrioiz kuyidagilarga bulinadi:

Genital endometrioiz:

- Tashqi
- Ichki

Ekstragenital endometrioiz

Etiologiyasi:

Embrional teoriya

Implantasion teoriya

Metaplastik teoriya

Patogeneezida:

Nasliy genital faktorlar

neyroendokrik sistemadagi buzilishlar (gipotalamus-gipofiz-tuxumdondagi uzgarishlar)

Infeksion kasalliklar bilan ogrish

Asoratli tug`ruqlar va abortlar

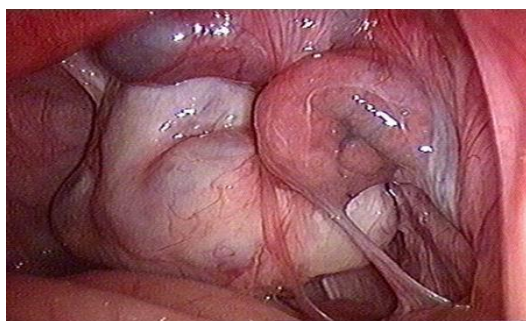
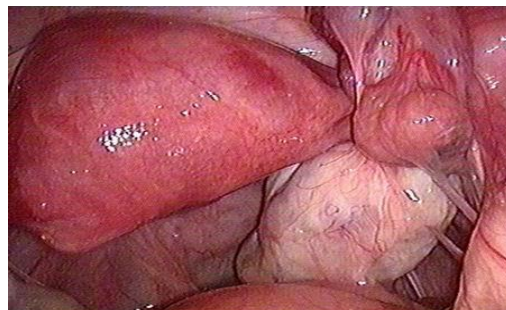
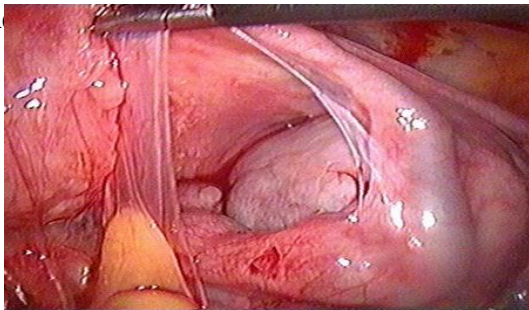
Nerv – emotsional streslar xam sabab bo`ladi.

Klinikasi:

Endometrioiz joylashgan urniga, davomiyligiga, organizmning fon kasalligiga, bemorning psixoemotsional xarakteriga va reproduktiv funksiyasini buzilishi darajasiga bog`liq. Endometrioizning sistemalari joylashgan urniga karab xar xil bulsa xam, ularning klinik kurinishi bir xil bo`lishi mumqin.

Uzok davom etgan endometrioiz postmenopauzal davrida uz-uzidan regressiyaga uchrashishi mumqin

Doimiy simptomi hayz oldi va hayz kunlaridagi og`riq (qin, bachadon bo`yni, qorin parodadagi en



Jaroxatlangan organ (bachadon, tuxumdon) yoki ekstraginetal endometrioizlar hayz oldi va hayz kunlarida kattalashadi.

Hayz siklining buzilishi algomenoriya tipida, hayz oldi va hayzdan keyingi qon ketishlar chuzilib, siklning ritmi buziladi.

Ichki va tashqi endometrioizning asosiy asorati bepustlikdir.

Kiyosiy takkoshlash

Endometrioizning joylashuvi	Qaysi kasalliklar bilan kiyosiy takkoshlash mumqin
Bachadon bo`yni	Rak, psevdoroziya, surunkali endoperviket, eritroplaniya gemoragik suyo`qligi bor nabotoviy kistalar, surunkali nospesifin endometrit
Bachadon tanasi	Bachadon submikoz miomasi, endometrit raki surunkali nospesifin endometrit tuxumdonlar disfuntsiyasi.
Tuxumdonlar	Xavfli va xavfsiz o`smalar,. Tuxumdon kistalari (kista oyogining buralishi), bachadon ortiklarining sili, bachadon subiroz miomasi, surunkali appendisitning kuzgashi.
Retroperikal endometrioiz	To`g`ri ichak, qin va tuxumdon raklarining 3-4 darajasi oshkozon renimit metastazi
Qin	Yarali kolpit, qin raki, parapraktit, xorionepitelyoma metastazi
Bachadon trubalari	Bachadon trubalari tuberkulezi
Ichak	Ichak raki

Diagnostikasi:

Anamnez (operatsiyalar, diatermonoagnulyatsiya, abortlar, diagnostik kirish, asorakli tug`ruq)

Ob`ektiv kurik

Gistologik tekshiruv

Gisterosalpingoofarit
Gisteroskopiya
Kolposkopiya met odlaridan foydalaniladi.

Davolash:

Qonservativ

Operativ

Kuyidagilar nazarda tutiladi :

Ayolning yoshi reproduktiv funksiyasi.

Endometrioizning tarkalgan urni, kechishi

Yalliglanish va giperplastik xolatlar bilan qo`shilib kelishi

Tuxumdon va bachadondagi destruktiv uzgarishlar

Amaliy mashg'ulot №7

Tuxumdon yaxshi va yomon sifatli o`smalari

1.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli.

Mashg'ulot vaqti -5soat	Talabalar soni: 18
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashgulot
Reja	Talabalarni Tuxumdon yaxshi va yemon sifatli o`smalari ning etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, uning asoratlari va ularning oldini olishda vrach taktikasi bilan tanishtirish. Tuxumdon yaxshi va yemon sifatli o`smalari turli yoshdagi ayollarda turlicha bo`lishi va ularni zamonaviy davolash choralari, boshqa kasalliklar bilan taqqoslovchi tashxisni o`rgatish mavzuning asosiy maqsadidir.
Mavzuning maqsadi: 16. Tuxumdon yaxshi va yemon sifatli o`smalari yuzaga keltiruvchi patogen omillar haqida ma'lumot.</li> <li>17. Tuxumdon yaxshi va yemon sifatli o`smalari etiologiyasi va patogenezi. 18. Tuxumdon yaxshi va yemon sifatli o`smalari Tuxumdon yaxshi va yemon sifatli o`smalari tasnifi, klinik variantlari, boshqa kasalliklar bilan taqqoslovchi tashxislash. 19. Tuxumdon yaxshi va yemon sifatli o`smalari tashxislash.</li> <li>20. Tuxumdon yaxshi va yemon sifatli o`smalari Davolash usullari (simptomatik davolash, umumiy davolash usullari, fizioterapevtik usullarni qo'llash). 21. Tuxumdon yaxshi va yemon sifatli o`smalari Tuxumdon yaxshi va yemon sifatli o`smalari Davolashda gormonlarni qo'llash. Kasalning yoshiga qarab preparatlarni tanlash. Gormonal gemostaz (estrogenlar bilan, progesteron bilan, estrogen va androgenlar bilan, estrogen va progesteron bilan). Stiklik gormonal terapiya. 1. Bemor shikoyatlariga e'tibor berish. 2. Kasallik tarixini yig`ganda olingan ma'lumotlar. 3. Epidemiologik anamnez ma'lumotlarini aniqlash. II bosqich. Maqsad:	
Mavzuning vazifasi- - 1. Tuxumdon yaxshi va yemon sifatli o`smalari sabablarini</li> <li>2. Tuxumdon yaxshi va yemon sifatli o`smalari klassifikastiyasini 3 Tuxumdon yaxshi va yemon sifatli o`smalari klinikasini	

4. Tuxumdon yaxshi va yemon sifatli o`smalaridavolash prinstiplarini	
Ta`lim berish usullari	Ko`rgazmali, ma`ruza, suhbat
Ta`lim berish shakllari	Ommaviy, jamoaviy
Ta`lim berish vositalari	kompyuter, multimedia, slaydlar, mavzuga oid bemorlar va boshqalar
Ta`lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash.	Og`zaki nazorat:savol-javob.

MAVZU BAYONI

Tuxumdonning yaxshi sifatli o`smalari.

Kista bu - patologik bushlik bo`lib, biror bir maxsulot bilan tulgan bo`lib, suyo`qlik sekresiyasi tuxtashi yoki me`yorida oshishi natijasida yuzaga keladi.

Klassifikatsiyalari

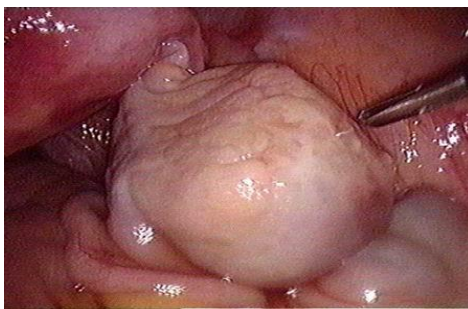
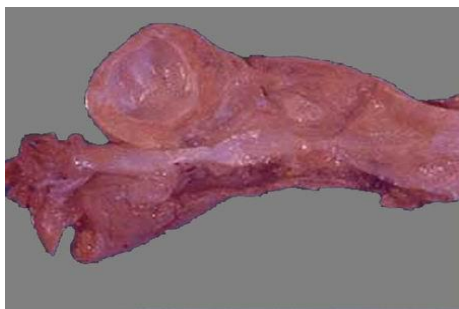
- Pfanshtil
- Mayer
- Kivshi
- Valder
- Shreder

Uchrashi

O`smasimon hosilalar 34% uchraydi, tuxumdonlarning sin o`smalari esa 66% xollarda uchraydi.

Oddiy kistalar oldin mavjud bo`lgan bushlikda suyo`qlik tuplanishi natijasida yuzaga keladi. Tuxumdonlarning po`stloq qavatida follikulyar kista, sarik tana kistasi uchrasa, miya qavatida- embrional qoldiqlardan (miya to`qimalari va kanalchalar) rivojlangan kista uchraydi.

Follikulyar kista – nisbatan ko`p uchraydi, barcha o`sma va o`smasimon hosilalarning 30% ini tashqil etadi. Bu hosila: ulchami kichik, bir tomonlama, bir kamerali, yupka devorli. Yetilayotgan follikullardan barcha rivojlanish boskichlarida yoki atreziyadan (5-6 sm diametri) rivojlanadi.



Patogenezi

Tuxumdonlarning estrogen funksiyasi pasayishi va gonadotrop gormonlar miqdorining oshishi bilan bog`liq bo`lishi mumkin. Bunda LG va FSG lar nisbati uzgarib, ular oshadi. Bu kistalar sekin kattalashadi, suyo`qlik tulishi transfuziya oqibatida ruy beradi.

Klinika

Anovulyatsiya

Follikul persistensiyasi davri. Asoratlanmagan follikulyar kista kichik ulchamli, odatda simptomsiz, ko`pincha ginekologik tekshiruvlarda aniqlanadi.

Bimanual tekshirganda o`ngda yoki chapda bachadon ortiklari soxasida kattik plastik qonsistensiyali, sillik yuzali, nisbatan katta bo`lmagan va palpatsiyada og`riqsiz bo`lgan hosila aniqlanadi. Shikoyatlar fakatgina kista oyokchasining buralishi yoki kushni organlar kisilishida paydo bo`ladi. Shunda bemorlar bel soxasida

og`riqlarning kuchayishi, qorin pastida ogirlik xissi, dizurik xolatlarni shikoyat qiladilar. Tugish funksiyasi buzilmagan.

Diagnostika

- Bimanual tekshirish
- Laparoskopiya
- Sonografiya
- Exografiya

Davolash – xirurgik. Ayol reproduktiv xususiyatini saklash maqsadida tuxumdon sog to`qimasini saklagan xolda kistani ajratib olish operatsiyasi bajariladi. Usishga moyilligi bulsa, tuxumdonning kista bilan birga rezeksiyasi bajariladi. (7-8%)

Sarik tana kistasi

Uchrashi:

Nisbatan kam uchraydi 2-5%.

Ulchamlari:

Ko`pincha tovuq tuxumidek bo`ladi.



Etiopatogeneez.

- Homiladorlik
- Tez-tez yalliglanish jarayonlari

Patogeneez

Ovulyatsiyadan keyin follikul bushligi yopishmaydi va tulik lyutein xujayralari bilan tulmaydi. Bushlik koldigi kolib, seroz suyo`qlik bilan kengayadi. Kista devori bir necha qavatdan iborat. Tuzilishi jixatidan bu xujayralar sarik tana lyutein xujayralaridan fark kilmaydi. Kista usib borishi bilan birga lyutein xujayralarining va ichki devor kistoz elementlarining atrofiyasi yuzaga keladi. Sarik tana kistasi gormonal aktiv emas.

Klinika va diagnostika

Sarik tana kistasi diametri 3-4 sm. dan oshmaydi, sillik yuzali va elastik qonsistensiyaga ega. Bemorlar odatda shikoyat kilmaydilar va ginekologik tekshiruvlarda aniqlanadi.

Dif. diagnostika

Sarik tana kistasini tuxumdonning xakikiy o`smasi-kistomadan farqlash lozim. Kistaga kichik ulchamlar, menstrual siklning ikqinchi fazasida paydo bo`lish yoki kattalashish xos.

Davolash

Sarik tana kistasiga shubxa paydo bo`lganda operativ aralashuv bilan shoshmaslik kerak. Bunday bemor dispanser kuzatuviga muxtoj: xar 11-12 oyda kayta kuriklar o`tkazilishi lozim. Agar orqaga rivojlanish kuzatilmasa yoki usishga moyilligi bulsa, tuxumdonning kista bilan birga rezeksiyasi bajariladi. Oqibati: yaxshi.

Tekalyutein kistalar

Trofoblastik kasallik-elbugoz va xorionepiteliomaga xos.

Kistoz hosilalar ikkala tuxumdonda LG saklovchi XG ta'sirida rivojlanadi.

Davolash

Operativ davolab bulmaydi, chunki 1-3 oydan so`ng kayta rivojlanishi extimoli yuqori.

Paroovarial kista

Tuxumdon usti ortigi kistalari Volfov yo`li qoldiqlaridan rivojlanadi. Paroovarial kista maxsuloti tinik, suyo`q, oksili kam, musini yo`q. Kistalar xajmi turlicha-bir necha sm.dan chakalok boshi ulchamlaridek bo`lishi mumqin.bu kistalar shakllari:

- Sharsimon
- Oval

Klinika

Kichik ulchamli kista deyarli bezovta kilmaydi. Bemorlar shikoyat kilmaydi, menstrual funksiya buzilmagan. Nisbatan katta ulchamlarda kushni organlar kisilishi ga xos va ko`pincha dizurik xolatlar simptomlari yuzaga keladi.

Diagnostika

Bimanual tekshirganda chegaralangan, xarakatchan bo`lgan kistoz hosila aniqlanadi. Kistaning pastki polyusida kattik hosila tuxumdon palpatsiyalanadi.

Davolash

Operativ- kistani olib tashlash

Oqibati: yaxshi.

Tuxumdonlar o`smalari. Tuxumdonlarning epitelial yaxshi sifatli o`smalari.

Epitelial yaxshi sifatli tuxumdon o`smalarining katta kismini kistomalar tashqil etadi.

Kistoma-tuxumdonning chin o`smasi bo`lib, tez usish xarakteriga ega.

Tuxumdon kistomalari 2 katta guruxga bulinadi:

1. Seroz
2. Musinoz

Seroz kistomalar (silioepitelial kistomalar).

Seroz kistomaning farkli tomoni bu koplovchi epiteliydir. Tuzilishi jixatdan seroz kistomalar epiteliysi tuxumdonning yuza yoki nay epiteliysiga o`xshash. Barcha xollarda xilpillovchi epiteliy topiladi. Kistomalar ko`pincha bir tomonlama va bir kamerali bo`ladi. Ular kattaligi xar xil: diametri bir necha sm. dan 30 sm gacha yetishi mumqin.

Kistoma maxsuloti somon rangli seroz suyo`qlikni tashqil etadi.

Oddiy seroz kista



Klinikasi

Ko`pincha 45 yoshda uchraydi. Og`riqlar odatda qorinning pastki kismlarida va belda bo`ladi. O`sma gormonal aktivlikka ega emas, menstrual sikl buzilmagan. O`smaning katta ulchamlarida yoki boylamlararo joylashganda dizurik xolatlar ba`zan assit rivojlanadi.

Proliferatsiyalanadigan seroz kistoma ko`pincha 48 yoshda aniqlanadi. Kistomalar odatda 2 tomonlama bo`lib, assit bilan birga keladi.

Diagnostika

Bimanual tekshirganda boylamlar aro joylashgan, chegaralangan xarakatchan, kistasimon hosila seziladi. Kistaning pastki kismida kattik hosila (tuxumdon) palpatsiyalanadi.

Davolash

Jarroxlik usuli – kistani olib tashlash.

Oqibati

Yaxshi tula tuzaladi.

Tuxumdon o`smalari. Tuxumdonning yaxshi sifatli epitelial o`smalari.

Tuxumdonning yaxshi sifatli epitelial o`smalarini asosiy guruxini kistomalar tashqil qiladi.

Kistoma – tuxumdonning chin o`smasi bo`lib, tez usish bilan xarakterlanadi.

Tuxumdon kistomasi 2 ta katta guruxga bulinadi.

- 1 Seroz.
- 2 Musinoz.

Seroz kistomalar (silio epitilial kistomalar)

Seroz kistomaning epiteliysining tuzilishi tuxumdon yuzi epiteliysi yoki bachadon naylari epeteliysi tuzilishini eslatadi. Deyarli xamma vakt xilpillovchi xujayralari aniqlanadi. Kistomalar ko`pincha bir tomonlama va bir kamerali bo`ladi. Ularning kattaligi turlicha: bir necha sm dan 30 sm gacha va diametri undan xam kattarok bo`ladi.

Kistoma tarkibida somon rangli seroz suyo`qlik saklaydi.

Oddiy seroz kistoma.

Oddiy seroz kistoma 45 yoshdagilarda uchraydi. Ko`pincha qorinning pastki kismida va belda og`riq kuzatiladi. O`sma gormonal aktivlikka ega emas, hayz sikli uzgarmagan bo`ladi. O`smaning katta xajmlilari yoki boylamlar aro joylashgan o`smalar dizuriya yoki assitga olib kelishi mumqin. Proliferatsiyalangan serozli kistoma 48 yoshdagilarda uchraydi. Kistoma ko`prok ikki tomonlama bo`ladi va assitning kelib chikishiga sabab bo`ladi. Bu kistomalar VOZ klassifikatsiyasiga kura yaxshi sifatli va yomon sifatli o`smalar orasida chegara xisoblanadi. Mikroskopik tekshirganda epiteleyning ko`p fazali proliferatsiyasi asosiy belgi bo`lib xisoblanadi. Bu kistomalar tuxumdonning rak oldi kasalligi xisoblanadi. Proliferatsiyalovchi seroz kistomaning yomon sifatliga utishi xar ikki bemorning birida kuzatiladi.

Musinoz kistomalar.

Musinoz kistoma tuxumdonning yaxshi sifatli o`smasi bo`lib, seroz kistomaga nisbatan ko`prok uchraydi. Bu turdaga kistoma barcha yoshdagi ayollarga uchrashi mumqin. Ko`prok 50 yoshdagi ayollarda. Bu turdagi kistoma epiteleyi bachadon bo`yni kanali epiteleysiga uxshaydi.

Psevdamusinozli kistoma.

Bu kistomalar ko`pkamerali va aylana yoki ovalsimon shaklli, yuzasi tugunsimon gadir-budir ichida ichida qiz kistalar joylashgan elastik qonsistensiyali, ko`pincha bir tomonlama bo`ladi usishi sentrafigurasimon bo`ladi. Bu o`smalar tez usadi va katta xajmga yetadi. Kista tarkibi shilliksimon bo`lib, tarkibi glyo`qoproteidlardan iborat.

Klinikasi va diagnostika

Psevdamusinoz kistomasi bor bemorlar kistoma ma`lum ulchamga yetgandan so`ng qorin pastida ogirlik xissini sezadi. Bimanual kurikda elastik qonsistensiyali ma`lum xajmga ega ovalsimon hosila aniqlanadi. Assit kamdan kam yuzaga keladi.

Proliferatsiyalovchi psevdamusinozli kistoma.

Bo`nga rak oldi jarfyon deb karash mumqin. O`sma ko`p kamerali tashqi yuzasi sillik ichki tomondan surgichsimon usish kuzatiladi. Kistomaning bu kurinishini klinik kechishi oddiy psevdamusinoz kistomadan kam fark qiladi. Psevdamusinoz kistoma yomon sifatliga utishi xar 3 bemorning birida kuzatiladi.

Tuzilishi farklanadi:

1. Anatomik.
2. O`smaning xirurgik oyokchasi.

Klinika

Klinikasi namoyon bo`lishi ko`prok o`sma oyokchalarining qisman yoki tula buralishi bilan bog`liq. Kistoma oyokchasining tulik (180^0 dan ortik) buralishi o`smaning qon bilan ta`minlanishi va oziklanishining kesqin buzilishiga olib keladi. Bu utkir qorin simptomini namoyon kilinadi:

- utkir og`riq
- ko`ngil aynish
- kusish
- xarorat kutarilishi
- pulsning tezlashishi
- qorin old devori mushaklarinng taranglashuvi – SHyotqin – Blyumberg simptomining musbat bo`lishi

Diagnostika

Ginekologik tekshiruvda bachadon ortiklari soxasida o'sma aniqlanadi. Siljitganda og'riqli. O'sma oyokchalari qisman buralganda klinik belgilar kam namoyon bo'ladi.

Davolash.

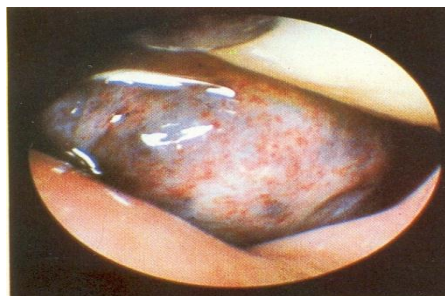
O'sma oyokchasi qisman yoki tula buralganida jarroxlik qo'llaniladi. Jarroxlik amaliyoti kechiktirilganda kuyidagi xolatlar kelib chikishi mumqin:

- o'sma nekrozi
- o'sma kobigiga qon kuyilishi
- yiringlashi
- peritonit
- kistoma kobigining yorilishi

Tuxumdon o'smalari kuyidagi asoratlarga olib kelishi mumqin.

1. O'sma oyokchalarining buralishi
2. Kobigining yorilishi
3. Yiringlashi
4. O'sma tarkibining siydik pufagi yoki to'g'ri ichakka yorilishi.

O'sma oyokchalarining buralishi ko'prok ogir yo'q kutarganda yoki kesqin xarakatda yuzaga keladi. Bu asorat qizlarda ko'prok kuzatiladi.



Tuxumdon fibromasi – yaxshi sifatli o'sma bo'lib, stroma qavatidan usadi.

O'smaning tuzilishi

O'sma yumaloq yoki ovalsimon shaklli bo'lib, bir tomonlama yoki kattik yuzasi sillik, tugunli bo'ladi. O'smaning rangi ok, nekroz vaktida bugik qizil rangda bo'ladi.

O'smaning ulchamlari

Mikroskopik xajmdan odam boshi xajmigacha bo'lishi mumqin. O'smaning oyokchalari mavjud bo'lib, o'smaning buralishiga yordam beradi.

Klinika.

Fibrom 40-50 yoshdagalarda ko'prok uchraydi. Bu gurux o'smalariga assitning yuzaga kelishi xarakterli. Ba'zan tuxumdon fibromasida assit bilan birgalikda gidrotoraks va anemiya (triada Meygsa)

Davolash

Jarroxlik usuli bilan o'sma olib tashlanadi. Jarroxlikdan so'ng gidrotoraks va assit uz-uzidan yuqoladi.

Tuxumdonning gormonal – aktiv o'smalariga kiradi.

- granulyoz xujfyrali o'sma
- teka xujayrali o'sma
- arrenoblatoma
- brenner o'smasi

Uchrashi

Gormonal aktiv o'smalar tuxumdon chin o'smalarining o'rtacha 8,9 % ini tashqil qiladi.

Granulyoz xujayrali o'sma (follikuloma)

Follikulaning granulyoz xujayrasidan differensiyalashgan qoldiqoaridan yuzaga kelidi. O'sma gormonal aktiv xarakterga ega bo'lib, esterogen ishlab chiqaradi. O'sma sarik rangga ega. Kesmasida katakchasimon tuzilish kurinadi. O'sma ulchami mikroskopik kurinishidan d=40 sm bo'lishi mumqin. Morfologik

tekshirganda endometritda giperplastik jarayonlar aniqlanadi. (poliplar bezli – kistozli giperplaziya, adenomatoz). Granulyoz xujfyrali o'sma yaxshi sifatli yomon sifatli bo'lishi mumkin.

Uchrashi

Granulyozli o'smaning yomon sifatli o'smaga aylanishi 4-25 % uchraydi.

Klinikasi

Kasallikning yuzaga chikishi giperestrogeniyaning darajasi va ayolning yoshiga bog'liq. Ko'pincha qorinning pastida og'riq va kattalashuvi kuzatiladi. Qizlarda bu o'sma mavjud bulsa, jinsiy yetilishning ertaligi, bachadon qon ketishlari, ikkilamchi jinsiy belgilarining barvakt yuzaga kelishi (qov usti va kultik ostida tuklarning usishi, sut bezlarining kattalashuvi) kuzatiladi.

Diagnostika.

Anamnez, klinik kechishi va tuxumdon o'smasining aniqlanishiga asoslanadi. Ginekologik tekshiruvda tashqi jinsiy organlarda atrofiya yo'qligi, bachadonning biroz kattalashuvi, bachadon ortiklari soxasida bir tomonlama, elastik qonsistensiyali xarakatchan hosila aniqlanadi. Diagnostika asosiy qo'shimcha usul biopsiya olish uchun o'tkaziladigan laporaskopiya xisoblanadi. Yakuniy tashxis olingan o'smani patomorfologik tekshirishdan so'ng kuyiladi.

Davolash

Yosh ayollarda yaxshi sifatli o'smani olib tashlash va keyinchalik bemorni aktiv kuzitash bilan olib boriladi. Pre va postmenopauza vaktida bachadon ortiklari bilan olib tashlanadi. Yomon sifatli granulyoz xujayrali o'smalarida xam bachadon ortiklari bilan birga charvi rezeksiya kilinadi. Ximiya terepiya (tiofosfamid) rakning III – IV stadiyasida tavsiya etiladi.

Tekoma (Tekoxujayrali o'sma)

Tuxumdonining teka to'qimasidan yuzaga keladi va esterogen ishlab chiqaruvchi o'smalar katoriga kiradi.

Uchrashi

Tekoma tuxumdon barcha o'smalarining 3,8% tashqil qiladi.

Klinika

Kasallikning kechishi granulyoz xujayrali o'sma klinik kechishidan kam fark qiladi. Tekoma kari kishilarda (60 yosh va undan yuqori) uchraydi. O'sma asosan bir tomonlama bo'ladi. Ulchami kichqina ulchamda, chakalok boshicha bo'ladi. O'smaning shakli aylana ovalsimon, kattik qonsistensiyali bo'ladi. Bu o'sma uchun xarakterli assit, qaysikim yomon sifatli va yaxshi sifatli kurinishda xam yuzaga keladi. Yomon sifatli kechishi yoshlarda uchraydi.

Diagnostika.

Jarroxlik amaliyoti vaktida zudlik bilan morfologik tekshiruvning olib borilishi o'sma xarakterini aniqlashda xamda operatsiya xajmini belgilashda asosiy axamiyatga ega.

Davolash

Yaxshi sifatli kechganda teka xujayrali o'sma bor bachadon ortigi olib tashlanadi. Yomon sifatli kechishida bachadon ortiklari bilan olib tashlanadi. Ko'pgina bemorlarda nur terapiya residiv berishni kamaytiradi.

Brenner o'smasi.

Kam uchrab ko'pincha bir tomonlama odam boshicha keladi. Tarkibi tolasimon fibromadek, ok kulrangsimon rangda ba'zida sargimtir bo'ladi.

Klinika.

Yoshlarda hayz siklining buzilishi kuzatiladi. Kariyalarda metroragiya, barcha yoshlarda girsutizm.

Davolash

Jarroxlik – yaxshi sifatli o'smalarni olib tashlagandek, bajariladi.

Germinogen o'smalar.

Tuxumdon teratomalari.

Tuxumdon dermoid kistasi yetilgan teratomaga kirib tuxumdon o'smalari ichida 8 % ni tashqil qiladi. Dermoid kista bir tomonlama ba'zida ikkitomonlama kulrang okimtir rangli yuzasi sillik, buralish uchun kulay sharoit yaratuvchi uzun oyokchalariga ega. Shu xisobdan shuda xam xarakatchan. Dermoid

kistalarning etiopatogenezi xozirgi ko`ngacha aniqlangan emas. 20-40 yoshdagilarda bu o`sma ko`prok uchraydi.

Klinika.

Bemorning umumiy axvoli kamdan kam uzgaradi. Ba`zida o`smanning xajmi katta bo`lganda, qorinning pastki kismida og`riq va ogirlik xissi bo`ladi.

Diagnostika.

Kista seqin usadi. Juda kattalashmaydi, palpatsiyada elastik qonsistensiya qaysikim keyinchalik kattik qonsistensiya bilan almashinadi. Dermoid kistaning tarkibida yog, soch tolalari, kuzning boshlangich hosilasi bo`ladi. Ichki yuzasi sillik, ma`lum joyida parenximatoz dumbokcha kuzatilib, ba`zida yetilgan to`qima va rudiment organlar tish, suyak va x.k bo`ladi. Kattik ba`zida joylarda gialin biriktiruvchi to`qimadan iborat. Kistaning ichki yuzasi ba`zida epiteliydan iborat bulmasligi mumqin, ba`zida silindrik xilpillovchi epiteliy bilan qoplangan bo`ladi. Bosh dumbokcha sochli teri va yog bezlari bilan yopilgan bo`ladi. Teri ostida yog katlami va turli xil tugallangan kattik biriktiruvchi to`qima joylashgan. Yetilmagan teratoma yetilganiga nisbatan past differensiyalashgan elementlar borligi bilan xarakterlanadi. Yetilmaganlari boshqacha teratoblastomaga utish xolati deb karalsa xam bo`ladi. Bu yomon sifatliga utishi osonrok.

Bachadon oldinda joylashgan tuxumdon kistasi dermoid kista xakida ma`lumot beradi.

Davolash.

Jarroxlik usuli bilan olib boriladi. Bemor yosh bulsa, tez-tez kaytalanishi yomon sifatliga aylanishi, tuxumdon rezeksiyasi sog to`qimani maksimal saklagan xolda kilinadi.

Oqibati.

Yaxshi 0,4-1,7 %dagina yomon sifatliga aylanishi mumqin.

Tuxumdon teratoblastomasi.

Bolalar va usmirlarda ko`prok usraydi. Tuxumdon yomon sifatli o`smalarining 2,5 % ni tashqil qiladi. Teratoblastoma qon tomirlar bilan juda ko`p ta`minlangani tufayli o`sma kobigi ostida tez-tez qon kuyilishlar uchrab turadi.

Klinika.

Teratoblastoma astenik gavda tuzilishli qizlarda ko`prok uchraydi. Bemor shikoyatida kasallikni asosiy belgisini aniqlab bulmaydi. Kichik chanoq palpatsiyasida xarakatchan o`smasimon hosila aniqlanadi. Ba`zida o`sma oyokchalarining buralishida o`sma kobigi yorilishi mumqin.

Tuzilishi.

Teratoblastoma kattik, bir xil bo`lmagan qonsistensiyali tugunsimon yuzaga ega. Kasallik o`tkazib yuboilgan boskichlarida assit kelib chikishi mumqin.

Davolash.

Xirurgik qin ustidan – bachadon ortiklarini olib tashlash, katta charvi rezeksiyasi.

Mavzu №8

Ayollar jinsiy organlarining rivojlanish anomaliyalari. Ayollar jinsiy a`zolarining joylashish anomaliyalari

Bachadon bo`yni va tanasining fon va rak oldi, rak kasalliklari

1.1. Ta`lim berish texnologiyasining modeli.

Mashg`ulot vaqti -5soat	Talabalar soni: 18
Mashg`ulot shakli	Amaliy mashgulot

Reja	Ba'zi xollarda bachadon va uning naylarining yaxshi taraqqiy qilmagan xollari xam uchrab turadi. Bachadon bo'lgani xolda, raychalarning bo'lmasligi yoki ular rudiment xolda bo'lishi mumkin. Ba'zi hollarda qo'shimcha naychalar yoki raychalarda qo'shimcha teshiklar xam bo'ladi. Bu qo'shimcha naycha asosiy naycha bo'shlig'iga ochilib, uning shokilalari bo'ladi.
Mavzuning maqsadi: - Bemor bilan mulokot qilishning professional kunikmalarni bilish; - Ginekologik bemorlarni laborator va asbobiy tekshirish usullarini kullab, klinik kurikdan o'tkazish; - Asosiy ginekologik tekshirish usullarini kullash; Ginekologik kasallikdan keyin ambulator poliklinik va uy sharoitida ayolni kuzatish va reabilitastiyani tashqillashtirish; - Zamonaviy kontrastepstiya usullarini kullashda maslaxatlar berish; 1. Bemor shikoyatlariga e'tibor berish. 2. Kasallik tarixini yig`ganda olingan ma'lumotlar. 3. Epidemiologik anamnez ma'lumotlarini aniqlash. II bosqich. Maqsad:	
Mavzuning vazifasi- - Asosiy ginekologik tekshirish usullarini kullash; Ginekologik kasallikdan keyin ambulator poliklinik va uy sharoitida ayolni kuzatish va reabilitastiyani tashqillashtirish;	
Ta'lim berish usullari	Ko'rgazmali, ma'ruza, suhbat
Ta'lim berish shakllari	Ommaviy, jamoaviy
Ta'lim berish vositalari	kompyuter, multimedia, slaydlar, mavzuga oid bemorlar va boshqalar
Ta'lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash.	Og`zaki nazorat:savol-javob.

1.2. amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi	19. Auditoriya tozaligini nazorat qiladi. 20. Talabalarni mashg'ulotga tayyorligini tekshiradi 21. Davomatni nazorat qiladi.	
1. O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (10 daqiqa)	1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2. Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash. 3. Fanni o'rganishda faoydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish.	
2. Asosiy bosqich (55 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi. 3. Slaydlar, multimediyalardan foydalaniladi 4. Davolash ishlarini olib boradi	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar

	5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi.	Tinglaydilar va savollarga javob beradilar
3. Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi. 2. Mustaqil ish beradi. 3. Uyga vazifa beradi.	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi

Talabalar egallashi zarur bo'lgan amaliy ko'nikmalar:

Amaliy kunikma.

- Ginekologik tekshirish usullari: qin oynalarda ko'rish, bimanual tekshirish, tozalik darajasini aniqlash va stitologiya uchun surtma olish, bakteriologik tekshirish;
- Funkstional diagnostika testlarini o'tkazish;
- Bachadon ichi spiralini kuyish va olish.

Foydalanadigan interaktiv usul

«Auksion» o'yini

16. Talabalar darsga tayyorlanishlari uchun bir oz vaqt beriladi.
17. Talabalar stol atrofida yig'iladilar.
18. Qatnashchilardan biri kalavani oladi va uchini ochib boshqa bir qatnashchiga beradi. Ipni ushlagan qatnashchiga savol beriladi.
19. Savolga to'liq va to'g'ri javob berayotganligi tekshirib turiladi. Keyin kalavani uchi yana boshqa qatnashchilarga uzatilaverilib, o'rgimchak uyasi hosil bo'ladi.
20. Barcha qatnashchilar savollarga javob berib bo'lgach, kalavani uchi yana savol bergan talabaga qaytarib beriladi. Shunday tarzda o'yin yana qaytadan boshlanishi mumkin.

Ogohlantirish: Har bir talaba berayotgan savollarga to'liq va to'g'ri javob olishlari shart.

Bachadon, uning qo'shimchalari va qinnig nuqsoni.

Ba'zi xollarda bachadon va uning naylarining yaxshi taraqqiy qilmagan xollari xam uchrab turadi. Bachadon bo'lgani xolda, raychalarning bo'lmasligi yoki ular rudiment xolda bo'lishi mumkin. Ba'zi hollarda qo'shimcha naychalar yoki raychalarda qo'shimcha teshiklar xam bo'ladi. Bu qo'shimcha naycha asosiy naycha bo'shlig'iga ochilib, uning shokilalari bo'ladi.

Qiz bolalarning jinsiy a'zolaridagi og'ir nuqsonlardan biri –bachadonning bo'lmasligi. Ko'pincha bachadon bo'lmasa, qin ham bo'lmasligi mumkin. Bunday qizlar to'g'ri ichak orqali tekshirilganida, tasmaga o'xshash yamaloq tanacha qo'lga ilinadi. Bu bachadon va qinning rudiment ko'rinishidir. Qinning bo'lmaslik hollari ko'p uchraydi. Bu nuqson asosan homila ona qornida bo'lganida Myuller yo'llari (bachadon, qin va bachadon qo'shimchalari shu Myuller yo'llaridan vujudga keladi). Pastki qismining yaxshi taraqqiy etmay qolganligi natijasida ro'y beradi. Qo'pincha ana shu ichki jinsiy a'zolar rudiment holda bo'lganligidan qiz bolaning butun organizmi ham rivojlanishdan orqada qolishi mumkin. Bu og'ir patologik holat bo'lib, buni ertaroq aniqlash bolalar vrachi, ona va tarbiyachilarning muxim vazifalaridan hisoblanadi. Aks holda qiz bola buni keyinroq, ya'ni balog'atga yetganida bilib qolsa, uning ruxiyatiga og'ir ta'sir qiladi. Qinning bo'lmasligi ham og'ir nuqsonlardan bo'lib, bunda qiz bolada meranxe bo'lmaydi, balog'atga yetgan bo'lsa ham amenoreya kuzatilmaydi. Agar soxta amenoreya bo'lsa hayz davrida ajratiladigan qon tashqariga chiqolmay, bachadon va uning naylarida to'planadi, hatto' qo'rin bo'shlig'iga ham oqib o'tishi mumkin. Bu nuqsonlarda qiz bola hayz ko'rganida og'riqdan shikoyat qiladi. Bunlay xollarda jarroxlik yo'li bilan sun'iy qin hosil qilinadi. Mabodo bachadon bilan birga qin xam bo'lmasa, bunday xollarda siydik qopi bilan to'g'ri ichak oralig'i kengaytirilib, jinsiy aloqa uchun kanalcha

yasaladi. Yuqorida qayd etib o'tilgan operatsiya turlari bola balog'atga yetgach, faqat o'zi yoki yaqinlarining iltimosi va roziligi bilangina qilinadi. Yallig'lanish natijasida ba'zan qin devorlari bir –biriga yopishib qoladi. Bu ham jarrohlik yo'li bilan tuzatiladi, ya'ni chandiqlar qirqiladi, yoxud a'zo zond yordamida kengaytiriladi.

Qin va bachadonning ikkiga ajralgan holati.

Bu asosan Myuller iplarining bir –biri bilan qo'shilmaganligidan vujudga keladi. Agar har ikkala tomondagi Myuller iplari bir –biriga yaqinlashib qo'shilsa, unda bitta bachadon va bitta qin vujudga keladi. Ba'zi hollarda bachadon ikkiga ajralib rivojlansa, ularda bo'shliq bulmasligi xam mumqin. Ba'zan bachadon bo'shlig'i qisman saqlangan bo'ladi. Bunday hol qinda ham uchraydi, bu xar ikki tomondan yoki faqat bir tomondan ko'rinishi mumqin.

Qin va bachadon bo'shliqlari bo'lmasligi, ba'zan bachadon va qin butunlay bo'lmasligi yoki qisman bshlishi mumqin. Yana shunday xollar ham uchraydiki, bachadon va qin go'yo normal ko'nishiga qaramay (bitta bachadon va bitta qin), ularning ichki tomoni o'rtasidan to'siq bilan to'silgan bo'lib, shu to'siq tufayli qin va bachadon ichi ikkiga bo'lingan bo'ladi. Ko'pincha bachadon va qin ikkiga bo'lingan ichi ikkiga bo'lingan bo'ladi. Ko'pincha bachadon va qin ikkiga bo'lingani holda, ularning har ikkalasi xam normal taraqqiy qilib, faoliyati jixatidan ham deyarli normal bo'lishi mumqin. Ammo bunday bachadonlarning har birida bittadan qo'shimcha bo'lib tuxumdon ham bitta bo'ladi. Bachadon bo'yni xamda qin ikkitadan va ular mustakil bo'ladi. Ba'zan bitta bachadon va qin tulik sifatli bo'lishi yoki ikqinchisi xam yaxshi yoki xar ikkalasi xam taraqqiy kilmay kolgan bo'lishi xam mumqin. Ko'p xollarda bachadon va qin ko'shaloq bo'lib xar ikkala

bir –biriga yaqin joylashgan, ba'zan fakat pastki kislari bir –biriga yaqin bo'ladi. Qushalok qinning bittasi ochik, ikqinchisi bitgan bulsa, birinchi va ikqinchi hayzlardan ajralgan qon anna shu qinga to'planib qoladi. Agar bachadon bo'yni berk bo'lsa, unda qon bachadonga to'planadi, shu yo'sinda bachadonda qo'shimcha shox ham bo'lishi mumqinva qiz bola hayz ko'rganida (agar shu shox bo'shltg'i bachadon bo'shlig'iga qo'shilmagan, berk bo'lsa) ajralgan qon shu bachadonga to'planib borib, gematometra yuz beradi. Bemor operatsiya qililib, shu bachadon shoxi olib tashlanadi. Mobodo qinga yoki shu bachadoga quyilgan qonga infeksiya tushsa, unda og'ir infeksion jarayon yuz beradi. Ayollarda ana shu qo'shimcha homiladorlik vujudga kelsa, bu bachadondan tashqarida ro'y bergan homiladorlik deb atalib, og'ir oqibatlariga, ya'ni bachadon yirtilishi kuchli qon ketib, ayolning o'limiga sabab bo'ladi.

Ba'zan qo'sh bachadon, qo'sh bo'yin bo'lib, qin yarmidan boshlab faqat to'siq bilan ajralgan bo'ladi. Bachadon ikki shoxli, bitta bo'yinli va bitta qinli bo'lishi ham mumqin. Yoki bachadon egarsimon va ba'zida to'siqli bo'ladi. Ko'pincha bitta shoxli bachadon bo'ladi. Siydik va jinsiy to'siqning nuqsoni bo'lib, shu sababli tashqi chiqaruv yo'li qinga kirish yo'liga, qizdik pardasidan pastroqqa joylashadi. Anus vaginalis da esa, to'g'ri ichak teshigi qinga qarab ochiladi. Bu xildagi nuqsonlarda to'g'ri ichak teshigining qisadigan halqasi yaxshi taraqqiy qilganligi sababli, axlat oqib turmaydi, ammo ich kelganida axlat shu ichak teshigi ochilgan joydan chiqadi. To'g'ruq jarayonida to'g'ri ichak xatto yirtilib ketishi xam mumqin. Buning davosi –to'g'ri ichak chiqaruv teshigini jarroxlik yo'li bilan asl joyiga o'tkazishdan iborat.

Qizlik pardasidagi nuqsonlar.

Qizlik pardasi har xil shaklda bo'lishidan tashqari, ba'zan qalinroq va halqasimon bo'lishi xam mumqin. Ayniqsa, qalin bo'lsa jinsiy yaqinlik qilishda ko'pgina ko'ngilsizliklarga sabab bo'lishi mumqin. Halqasimon bo'lsa, jinsiy aloqa vaqtida yirtilmaslik holati ham bo'ladi.

Atreziya-qiz bola balog'atga yeta boshlagach, hayz bshlmayotgani oy sayin qorni pasti, dumg'aza, bel sohalarida og'riq ko'payib borib, u bo'rgan sayinkuchayotganidan shikoyat qiladi. Bachadondan ajralgan qon qizlik pardasi berk bo'lganligi uchun, qinga, qin to'lgach, bachadon va naylariga oqib kelib, ularni to'ldiradi, ba'zan qorin bo'shlig'iga xam oqib kelib, qorin pardasini qitiqlaydi. Bunday poytda qiz bolaga tez yordam ko'rsatish zarur bo'ladi. Qorin devori orqali paypaslab ko'rilganda kichik chanoq ichi va ba'zan undan yuqoriga tomon ko'tarilganda, kolbasaga o'xshash qattiq elastik shish seziladi. Qin, bachadon va

naylar bo'shlig'iga yig'ilgan qon infeksiyaning avj olishiga quloy manba xisoblanadi. Qiz bolada giperemiya holati yuz beradi. Uning tana harorati 37.2-37.8 S gacha ko'tariladi. Bemorga tashhis qo'yishda qorin va to'g'ri ichak orqali tekshirish, UZD, laporoskopiya, sitoskopiya.

Davolash: bunda asosan qizlik pardasi qo'shuv alomati kabi kesiladi, yig'ilgan qon, seroz va yiring olinadi. Yallig'lanishga qarshi preparatlar beriladi.

Soxta germafroditizm-bunda jinsiy bezlarning faoliyatiga qarab aniqlanadi. Chin germafroditizmدا erkaklik urug'iga xos faoliyatli elementlar va urug' xaltasi bo'ladi. Mabodo erkaklik urug'i topilmasa, u, chin germafroditizm bo'la olmaydi.

Bachadon, qin, bachadon qo'shimchalari, tuxumdonlar bo'lishiga qaramay, jinsiy a'zo'ning tuzilishi erkak kishining jinsiy a'zosini eslatadi. Qiz bolalarda o'g'il bolalar xarakteriga mos somatik va ruxiy xolat kuzatilishi mumkin. Tashqi germafroditizmدا klitorning gipertrofiyasi xuddi erkak kishining olatini eslatadi, leqin undan kichikroq bo'ladi. O'rta chiziqda katta jinsiy lablar bir-biriga qo'shilib, erkaklar urug' xaltasini eslatadi. Ammo tuxumdon, bachadon, qin taraqqiy etgan bo'ladi. Volf yo'li (urug' chiqadigan yo'l) va prostata bezining gomologi parauretral bez bo'ladi, bu ichki psevdogermafroditizm hisoblanadi

Foydalanadigan interaktiv usul

«Auksion» o'yini

21. Talabalar darsga tayyorlanishlari uchun bir oz vaqt beriladi.
22. Talabalar stol atrofida yig'iladilar.
23. Qatnashchilardan biri kalavani oladi va uchini ochib boshqa bir qatnashchiga beradi. Ipni ushlagan qatnashchiga savol beriladi.
24. Savolga to'liq va to'g'ri javob berayotganligi tekshirib turiladi. Keyin kalavani uchi yana boshqa qatnashchilarga uzatilaverilib, o'rgimchak uyasi hosil bo'ladi.
25. Barcha qatnashchilar savollarga javob berib bo'lgach, kalavani uchi yana savol bergan talabaga qaytarib beriladi. Shunday tarzda o'yin yana qaytadan boshlanishi mumkin.

Ogohlantirish: Har bir talaba berayotgan savollarga to'liq va to'g'ri javob olishlari shart.

JINSIY A'ZOLARNING RAK OLDI BACHADON BACHADON BO'YNINING RAK OLDI KASALLIKLARI.

Rak oldi kasalliklar tushunchasi klinik va morfologik belgilardan iborat. Morfologik belgilarga epiteliyning atipik usishi, uchokli noinvaziv proliferatsiya, xujayra atipizmi kiradi. Rak oldi kasalliklariga kiradigan patologik xolatlarni kuyida kiskacha xarakterlab utamiz.

Leykoplakiya - klitor soxasida, kichik jinsiy lablarda, ba'zan oraliq soxasida tashqi chiqaruv yo'li atrofida, shuningdek qinda va bachadon bo'ynining qin kismida uchraydi. Makroskopik ko'rganda klitor soxasida, kichik jinsiy lablarda, ba'zan oraliq soxasida tashqi chiqaruv yo'li atrofida, shuningdek qinda va bachadon bo'ynining qin kismida xar xil diametrdagi ok doglar bo'ladi. Mikroskopik kurganda esa akantoz, parakeratoz va ayniksa teri koplovchi epiteliysining giperkeratoz ko'rinishlari uchraydi. Leykoplakiyani *vitaligo* (pegment almashinuvi bilan bog'liq kasallik) dan farqlash kerak. Leykoplakiyada ok doglar chegarasi aniq emas. Vitaligoda depigmentlashgan soxa aniq chegaralangan. Dog tananing boshqa soxalarida kam uchraydi.

Krauroz xam rak oldi kasalliklar guruxiga kirib asosan karilik yoshida ko'p uchraydi. Makroskopik kuzatganda tashqi jinsiy a'zolar pergament bargini eslatadi. Ostium vaginae bujmaygan, skleroz va atrofiyaga uchragan bo'ladi. Katta jinsiy lablarda tuklanish yo'qoladi va rangi sut rangiga o'xshash okish bo'lib qoladi. Gistologik tekshirganda teri so'rgichlari, elastik tolalar, ter bezlari bir muncha yo'kolganligi aniqlanadi.

Davolash.

Vulva, qin leykoplakiyasi bor bo'lgan bemorlarni sinchqovlik bilan kuzatuvdan o'tkazish shart. Kraurozda avval gigienik parvarish tavsiya etiladi. Simptomatik vosita sifatida – 0.5% li prednizalon mazi yoki anesteziyal malxam kuyib nazorat kilinadi.

Rakka shubxa kilingan soxalar paydo bo'lsa, biopsiya olishga ko'rsatma xisoblanadi. Agar rak kasalligi isbotlansa vulvoektomiya kilinadi. Erta aniqlash, simptomatik davo;

- Keyingi etapda **Biopsiya** kilinadi, vulvoektomiya.

Bachadon bo'yni eroziyasi

«Eroziya» suzi lotin tilidan olingan bo'lib, erosio- yuza shilinish deyiladi, ya'ni epitelial koplam butunligining buzilishidir. Eroziya aniq ajralib turadigan qizgish rangdagi soxa bo'lib, uning kuyidagi turlari farklanadi.

Eroziya turlari:

- Chin eroziya
- Psevdoeroziya:
- papillyar;
- follikulyar
- Tugma eroziya

Chin eroziya epitelial koplamsiz soxalar bo'lib, qo'shuvchi to'qimasida yalliglanish protsessi bo'ladi. Stromasi - shishli, leykotsitli, limfotsitli infiltrat, tomirlari shishgan, qon bilan tulgan.

Psevdoeroziya

Psevdoeroziya – yoki eroziyaning 1 chi etap bitishidir. Makroskopik kurganda qinda qizil soxalar kurinadi. Mikroskopik kurganda – silindrik epiteliy kurinadi. Psevdoeroziyaning kuyidagi kurinishlari mavjud:

Papilyar psevdoeroziya – bunda qo'shuvchi to'qimada surgichlar paydo bo'ladi.

Follikulyar psevdoeroziyada – bezlar to'qima tubigacha usib kiradi.

Bachadon bo'yni eroziyasi bitishining 2- etapi yassi epiteliyning bitishi va ovula Naboti ning hosil bo'lishi xisoblanadi.

Tugma eroziyada – yalliglanish protsesslari bulmaydi.

Klinikasida qindan shillik-yiringli okchil ajraladi. Jinsiy xaetda yeki asboblar orqali kurganda qontakt qon ketishlar kuzatiladi.

Diagnostikasi qin oynalarda kurganda juda oson kuyiladi, unda qizargan soxalar kurinadi. Bundan tashqari usha qizargan soxadan biopsiya olib sitologik, gistologik kuriladi va kolposkopik biopsiya o'tkaziladi.

Davolashda asosiy kasallik ya'ni yalliglanish, gormonal yetishmovchilikka karshi davolanadi. Eroziya soxasi maxalliy davolanadi, fizioterapevtik muolajalar olib boriladi. Ular effekt bermaganda elektrokoagulyatsiya kilinadi.

Ektropion rak oldi kasalliklarning yana bir turi bo'lib, u bachadon bo'yni soxasida bo'ladi va tug'ruqdan va sun'iy abortlardan so'ng yirtilib, shillik qavat tashqariga chiqib qoladi. Qin orqali kurilganda qin kismida chandik seziladi va u uzok davom etib usti yaraga aylanadi.

Bachadon adenomasi

40 yoshdan yuqori ayollarda uchraydi. Makroskopik kurilganda bir necha millimetrdan 5-6 sm gacha oyokchali bachadon bushligiga karab usuvchi tugunlar kuriladi. Ular bachadon tanasi va bo'ynida joylashadi.

Endometriy polipi

Endometriy polipida qindan shillikli qon aralash okchilli ajralmalar ajraladi, asiklik hayz siklining buzilishi, qontakt qon ketishlar kuzatiladi. Polipning nekrozi va infisirlanishi xam uchrab turadi. Davolashda polipni kirib olinadi va gistologik tekshirishga yuborilishi kerak.

Endometriyning bezli gipertrofiyasi

Organizmدا esterogenlar miqdorining oshishi, uzoq vakt davomida esterogenlarning endometriyga ta'siri va tuxumdon gormoni ta'siri natijasida kelib chiqadi. Klinikasida ko'p qon ketish kuzatiladi. Diagnostikasida usha soxadan olingan bioptat gistologik tekshiriladi.

Davolashda bachadon ichi kirilib, progestagen gormonlar bilan davolanadi.

Bachadon va bachadon bo'yni raki

40-50 yoshdan va undan katta ayollarda uchraydi. Uning ekzofitli, endofitli, aralash formalari bor. Ekzofit formasi gulli karamni eslatadi va butun qinni egallaydi. Rakning bu kurinishida yemirilishdan kura proliferatsiya jarayonlari ustun turadi. Endofit formasi bachadon devorining ichiga karab usadi va rakning bu kurinishida yemirilish jarayonlari ustun turadi. Bachadon bo'yni bochka kurinishini olib, kratersimon yaralar paydo bo'lib, bachadon bo'ynidan asiklik qon ketishlar paydo bo'ladi.

Gistologik kurinishi bo'yicha yassi xujayrali va bezli rak tafovut kilinadi. Rak limfa yo'li bo'ylab tarkaladi. Klinikasida dastlab bemorlarni xech nima bezovta kilmaydi. Keyinchalik okchil va qontakt qon ketishlar kuzatiladi. Suvli okchil bu kasallikning signal simptomi xisoblanadi. Oxirgi stadiyalarda kushni organlarni kisib kuyishi natijasida dizuriya, ich tutilishi kabi simptomlar kuzatiladi.

Umumiy simptomlarga kuyidagilar kiradi: umumiy xolsizlik, og'riq, anemizatsiya, ishtaxasizlik, uykuning buzilishi, kaxeziya, isitma oxirgi stadiyalarda esa generalizatsiyali sepsis, peritonit, pionefroze xolatlari kushiladi.

Diagnostika kuyidagi usullarda olib boriladi:

- Qin oynalarida tekshirish
- Qin va to'g'ri ichak orqali tekshirish
- Sitologik tekshirish
- Kolposkopiya
- Nishonli biopsiya
- Gistologik tekshirish
- Shiller probasi
- Urologik tekshirish

Kuyidagi kasalliklar bilan dif.diagnostika o'tkaziladi:

- Bachadon bo'yni eroziyasi
- Yarali ektropion
- Tuberkulyoz
- Sifilis
- Yumshok shankr
- Bachadon tushishi

Bachadon bo'yni raki klassifikatsiyasi

T – birlamchi o'sma

T_{is} – preinvaziv rak (Ca in situ)

T₁ – bachadon bo'yni raki

T_{1a} – mikroinvaziv karsinoma (3 mm)

T_{1b} – invaziv karsinoma

T₂ – bachadon bo'yni chegarasidan chikkan rak

T_{2a} – qinga infiltrlangan rak

T_{2b} – parametriyga infiltrlangan rak

T₃ – qinning 1/3 kismi infiltrlangan raki

T_{3a} – qinning 1/3 kismi karsinomasi

T_{3b} – chanoq devorlariga tarkalgan karsinoma

T₄ – kichik chanoq chegarasidan chikkan rak

Bachadon bo`yni raqining xalkaro TNM klassifikatsiyasi (1985y)

N – chanoqning regionar limfa tugunlari

N₀ – metastaz yo`q

N₁ – metastaz bor

N₂ – metastazlar palpatsiyalanadi

N_x – limfa tugunlarni aniqlab bulmaydi

M – uzoklashgan metastazlar

M₁ – bor

M_x – tulik aniqlab bulmaydi

Kliniko-anatomik klassifikatsiya

Stadiya 0 – T_{is}

Stadiya I a – T_{1a}N₀M₀

Stadiya I b – T_{1b}N₀M₀

Stadiya II a – T_{2a}N₀M₀

Stadiya II b – T_{2b}N₀M₀

Stadiya III – T₃N₀M₀; T₁₋₃N₁M₀

Stadiya IV – T₄M₁

Davolash stadiyalar bo`yicha amalga oshiriladi:

I stadiyasida – kombinirlangan davo – operativ va nur terapiya o`tkaziladi.

Operativ davo – bachadon ekstirpatsiyasi, ortiklari va regionar limfa tugunlari (iliakal, gipogastral), kichik chanoq kletchatka va qinning yuqori 1/3 kismini olib tashlash bilan amalga oshiriladi.

II-III stadiyasida – rentgen-radiyli kushma nur terapiyasi yuboriladi.

IV stadiyasida – fakat simptomatik davo olib boriladi.

Davolash prinsipi mashhur olim N.P. Petrovning kuyida yezilgan suzlariga muvofik o`tkaziladi:

«Kichik raklar katta operatsiyani, kattalari esa palliativ yoki umuman xech kanda operatsiyani talab kilmaydi.»

Nurli terapiyaga kursatma:

- Rak jarayonining disseminatsiyasi
- Kichik chanoq bushligida yiringli jarayonlar
- Generalizatsiyalashgan infeksiya
- Qondagi uzgarishlar (leykopeniya)
- Jigarning ogir kasalliklari

Bachadon bo`yni raki davolash natijalari (1985y)

I stadiyada – 5 yil va undan ko`p soglom yurganlar – 78,1%

II stadiyada – 5 yil va undan ko`p soglom yurganlar – 57%

III stadiyada – 31%

IV stadiyada – 7,8%

Barcha stadiyalardan – 55%

Bachadon tanasi raki

50 yoshdan katta ayollarda uchraydi. Bachadon bo`yni rakidan 10 marta kam kuzatiladi.

2 xil turi bor:

- Chegaralangan
- Diffuz

Klinikasida qon ketish, sutli, yiringli, qonchil okchilning kelishi va og`riq (metastaz berganda) kuzatiladi va bu xolat juda sekin rivojlanadi. Bemorda shikoyatlar paydo bulguncha 2 yil o`tadi.

Ulim xolatlari kaxeksiya, metastazlar, sepsis, peritonitdan kelib chiqadi.

Bachadon tanasi raqining xalkaro TNM klassifikatsiyasi (1985 y)

T – birlamchi o`sma

T_{is} – preinvaziv karsinoma (Ca in situ)

T₀ – birlamchi o'sma aniqlanmaydi (kyuretajda kirib olib tashlanadi)

T₁ – karsinoma bachadon tanasida

T_{1a} – karsinoma 8 sm gacha

T_{1b} - karsinoma 8 sm dan yuqori

T₂ – karsinoma bachadon bo'yniga tarkaladi

T₃ - bachadondan tashqariga chiqadi

N – chanoq regionar limfa tugunlari

N₀ – regionar limfa tugunlarda metastazlar yo'q

N₁ - regionar limfa tugunlarda metastazlar bor

N_x - regionar limfa tugunlarda metastazlar aniqlanmaydi

M – uzoklashgan metastazlar

M₀ - uzoklashgan metastazlar yo'q

M₁ - uzoklashgan metastazlar bor

Kliniko-anatomik klassifikatsiya

Stadiya 0 – T_{is}

Stadiya I – T₁N₀M₀

Stadiya II – T₂N₀M₀

Stadiya III – T₃N₀M₀; T₁₋₃N₁M₀

Stadiya IV – T₄M₁

Amaliy mashg'ulot № 9

Bepushtlik. Kontrasepsiyaning gormonal va xirurgik usullari.

1.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli.

Mashg'ulot vaqti -5soat	Talabalar soni: 18
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Reja	Bepushtlik ginekologiyada dolzarb muammolardan bo'lib hisoblanadi. Bepusht oilalarni zamonaviy tashhislash va davolash juftliklarni sog'lomlashtirish va homiladorlik, tug'ruq asoratlarning oldini olishga imqon beradi.
Mavzuning maqsadi: - Xavfli omillarni ishlab chiqishni bilish, - o'z vaqtida tashhislash, - tekshirish usullari hamda yosh oilalarda fertillik buzulishining oldini olish bo'yicha tadbirlarni o'tkazishni, - juftliklarda infertillikni aniqlashning oson va qulay usullarini qo'llashga o'rgatish.	
Mavzuning vazifasi- - -Mutaxassislikga qiziqish, insonparvarlik, ma'suliyat hissiyotlarini shakllantirish; -O'z bilim darajasini kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash talabalarni fikrlash qobiliyatini, mantiqiy fikrlashini rivojlantirish; -Mavzuni o'rganish borasida talabalarni ijodiy yondoshishga yo'llash.	
Ta'lim berish usullari	Ko'rgazmali, ma'ruza, suhbat
Ta'lim berish shakllari	Ommaviy, jamoaviy
Ta'lim berish vositalari	kompyuter, multimedia, slaydlar, mavzuga oid bemorlar va boshqalar

Ta'lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash.	Og`zaki nazorat:savol-javob.

1.2. amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi	22. Auditoriya tozaligini nazorat qiladi. 23. Talabalarni mashg'ulotga tayyorligini tekshiradi 24. Davomatni nazorat qiladi.	
1. O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (10 daqiqa)	1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2. Kirish ma'ruzasi uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash. 3. Fanni o'rganishda faoydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish.	
2. Asosiy bosqich (55 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi. 3. Slaydlar, multimediyalardan foydalaniladi 4. Davolash ishlarini olib boradi 5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi.	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar
3. Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi. 2. Mustaqil ish beradi. 3. Uyga vazifa beradi.	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi

Talabalar egallashi zarur bo'lgan amaliy ko'nikmalar:

- ✓ Bepushtlikka havfli guruhlarini aniqlash va ularda profilaktik chora tadbirlarni olib borishi kerak;
- ✓ Shikoyatlari, analizi, umumiy klinik va ginekologik tekshirish asosida fertillik buzilishining tahminiy tashhisini qo'yish;
- ✓ Bepushtlikning turli shakllari o'rtasida taqqoslama tashhis o'tkazish;
- ✓ Qo'shimcha mutaxassislarni jalb qilib tekshirish rejasini tuzish;
- ✓ Ambulator davolash va kuzatish imqonini aniqlash;
- ✓ Har bir juftlikka individual yondoshishi va to'g'ri sog'lom hayot tarzi haqida maslaxatlar berish;
- ✓ Ambulator kartalar va barcha hisob-kitob hujjatlarini to'ldirish;

Laborator va asboblarni yordamida tekshirish natijalarini tahlil qilish

Foydalanadigan interaktiv usul

«Aukcion» o'yini

26. Talabalar darsga tayyorlanishlari uchun bir oz vaqt beriladi.
27. Talabalar stol atrofida yig'iladilar.
28. Qatnashchilardan biri kalavani oladi va uchini ochib boshqa bir qatnashchiga beradi. Ipni ushlagan qatnashchiga savol beriladi.
29. Savolga to'liq va to'g'ri javob berayotganligi tekshirib turiladi. Keyin kalavani uchi yana boshqa qatnashchilarga uzatilaverilib, o'rgimchak uyasi hosil bo'ladi.

30. Barcha qatnashchilar savollarga javob berib bo'lgach, kalavani uchi yana savol bergan talabaga qaytarib beriladi. Shunday tarzda o'yin yana qaytadan boshlanishi mumkin.

Ogohlantirish: Har bir talaba berayotgan savollarga to'liq va to'g'ri javob olishlari shart.

BEPUSHT NIKOH

Ginekologiya va reproduktologiyaning muhim muammolaridan biri bepust nikoh hisoblanadi. Oilaviy juftliklarning 15% tashqil etuvchi bepust nikoh JSSTning ma'lumotlariga ko'ra millionlab fuqarolarning farzandsiz kelajak, millat genofondining pasayishi va yo'qolish havfi muammolar bilan bogliqdir. Ehtimol, bu muammo tibbiyotdagi boshqa muammolardan dolzarbrokdir, chunki inson tug'ilgandan keyingina o'nga u yoki boshqa tibbiy yordam ko'rsatishning muhimligi va ahamiyati haqida so'z yuritish mumkin.

Bepust nikoh - er-xotinlarning muntazam jinsiy hayot kechirib, bo'yida bo'lishdan saqlanish vositalari (kontratsepsiya) dan fydalanmasdan bola tug'ish yoshida bo'la turib 12 oy mobaynida farzand ko'rmasligi (JSST).

Bepushtlik uchrash darajasi: Bepushtlik 10 dan 20 % oilalarda uchraydi. Bepushtlik birlamchi va ikkilamchi bo'ladi

Birlamchi va ikkilamchi bepustlik orasidagi fark:

Bepushtlik 1 lamchi va 2 lamchiga bulinadi. Bu kursatkich ayollarga xos bo'lib, qaysikim ayolda homiladorlik umuman bo'lmaganligi bu birlamchi homiladorlik. 2 lamchi bepustlik – bu 1 marta homilador bo'lgan. Homiladorlik nima bilan tugaganligidan (abort, tug'ruq, bola tashlash, bachadondan tashqari homiladorlik) kat'iy nazar.

Ayollar bepustligining etiologik omillari

Birlamchi omillar	Ikkilamchi omillar
Genital infantilizm, ayollar jinsiy a'zolari rivojlanish anomaliyalari Tuxumdonlar gormonal funktsiyasining bo'zilishi jinsiy bezlardagi funktsional etishmovchilik Homilador bo'lishga tusqinlik qiluvchi bachadon va bachadonga tegishli a'zolar o'sma kasalligi	Ayollar jinsiy a'zolarining yalliglanish kasalliklari, abortdan keyingi asoratlar, kontratseptivlar.Endokrin tizimi kasalliklari.Jinsiy a'zolar o'smalari. Bachadondan tashqari homiladorlik somatik kasalliklar (tuberkulyoz, qon kasalliklari va boshqalar).Qin, bachadon bo'yni travmatik jarohatlari.Surunkali intoksikatsiya (alkogol, nikotin, og'ir metall tuzlari va boshqalar).Ishlab chiqarish - kasbiy omillar (SVCh maydon, ionlovchi radiatsiyaning kichik dozalari).Sifatsiz ovqatlanish

Ayollar bepustligini sabablari:

- Ovulyastiya yo'qligi – 15 - 20%
- Bachadon ortiqlarining kasallanishi – 20 – 30 %
- Xar xil ginekologik kasalliklar - 15 – 25 %
- Immunologik bepustlik - 3 – 4 %
- Endokrin bepustlik.

2-jadval

Er-xotinlar bepustligini asosiy omillarining aniqlanish chastotasi	
Bepushtlik omillari	Bepushtlik chastotasi
Erkaklar	37%

Ayollar (jami)	82%
Shuningdek:	
- gormonal	56%
- bachadon bo'yni-qin	51%
- nay-peritonal	48%

Bepushtlik diagnostikasi

Bepusht nikoh diagnostikasida jinsiy juftlikning ikkalasini ham tekshirish ko'zda tutiladi, diagnostik tadbirlar ayollarda ham erkaklarda bepushtlikning barcha ehtimoliy omillarini aniqlash uchun to'liq o'tkazilishi lozim.

JSST tavsiyalariga ko'ra bepusht ayollarni tekshirishda quyidagilar aniqlanishi va bajarilishi lozim:

Anamnezni o'rganishda:

1. Oldingi homiladorliklar soni va yakuni: g'ayriixtiyoriy va sun'iy abortlar, jinoiy abortlar; bachadondan tashqari homiladorlik, yelbug'oz, tirik bolalarining soni, tug'ruq va abortdan keyingi asoratlari;
2. Birlamchi va ikkilamchi bepushtlikning davomiyligi;
3. Homiladorlikdan saqlanishda qo'llanilgan usullar va so'ngi homiladorlikdan keyin yoki birlamchi bepushtlik davrida ulardan foydalanish davomiyligi;
4. Tizimli kasalliklar: diabet, sil, qalqonsimon bez, buyrak usti po'stlog'i kasalliklari va boshqalar.
5. Medikamentoz davolanish, bu davolash usuli ovulyatsiya jarayonlariga - qisqa muddatli yoki uzoq salbiy ta'sir ko'rsatishi mumkin, sitotoksik preparatlar va qorin bo'shligi a'zolari rentgenoterapiyasi, trankvilizatorlar kabi psixofarmakologik vositalar;
6. Bepushtlik vujudga kelishiga imqon tug'diruvchi jarrohlik amaliyotlari, appendektomiya, tuxumdonlarni ponasimon kesish, bachadon operatsiyalari va boshqalar, operatsiyadan keyingi davrning kechishi.
7. Kichik chanoq a'zolaridagi yallig'lanish jarayonlari va jinsiy yo'l orqali yuquvchi kasalliklar, qo'zg'atuvchi turi, davolanish davomiyligi va xarakteri;
8. Endometrioza kasalligi;
9. Qin ajrilmalari tabiati, tekshirish, davolash (qonservativ, krio yoki elektrokoagulyatsiya);
10. Sut bezlarida ajrilmalarning mavjudligi, ularning laktatsiya bilan bog'liqligi, davomiyligi;
11. Ishlab chiqarish omillari va atrof muhit-epidemik omillar;
12. Ichkilikka ruju qo'yish, toksik vositalarni qabul qilish chekish va boshqalar;
13. Birinchi va ikkinchi darajali qarindoshchilikdagi qarindoshlarni hisobga olgan holdagi irsiy kasalliklar;
14. Menstruatsiya va ovulyatsiya anamnezi-polimenoreya; dismenoreya; so'nggi hayz ko'rishning birinchi kuni;
15. Jinsiy funktsiya, jinsiy hayotdagi og'riqlar.

Ob'ektiv tekshiruv:

✓ bo'yi va tana vazni: turmushga chiqqandan keiin tana vaznining ortishi va boshqalar stress vaziyatlar, ob-havo o'zgarishlari;

- ✓ sut bezlarning rivojlanishi, galaktoreyaning mavjudligi;
- ✓ tuk bilan qoplanganlik va tukning taqsimlanish xarakteri;
- ✓ terining holati.

Organizm tizimlarini tekshirish:

1. ABni o'lchash;
2. Kalla suyagi va turk egarining rentgenogrammasi eki MRT;
3. Ko'z tubi va kuruv maydoni.

Ginekologik tekshiruvlar ma'lumotlari:

Ginekologik tekshiruvni o'tkazishda tekshiruv o'tkazish sanasiga mos keladigan hayz davrining kuni hisobga olinadi. Tashqi jinsiy a'zolarining rivojlanish darajasi va xususiyatlari, tuk bilan qoplanish xarakteri, qin, bachadon bo'yni, bachadon va o'nga tegishli a'zolar xususiyatlari, dumg'aza-bachadon boylamlari holati, servikal nay va qindagi ajralmalarning mavjudligi va tabiati baholanadi.

Kolposkopiya va mikrokolposkopiya bemorni birinchi tekshiruvda bajarilishi shart hisoblangan tekshirish usuli sanaladi, u bepustlikni chaqirishi va genitaliylarning surunkali infektsiyalari belgisi hisoblanishi mumkin bo'lgan kol'pit, tservitsit, endotservitsit va bachadon bo'yni eroziyasi belgilarini aniqlash imqonini beradi.

Tekshirishning laborator va instrumental usullari

Ayollarda bepustlikni to'g'ri tashhislashda tekshiruvning ko'shimcha laborator va instrumental usullarini bajarish muhim ahamiyatga ega. Ayollarni tekshirishning asosiy usullarini o'tkazish muddatlariga amal qilish bu tekshiruvlardagi soxta ijobiy va soxta salbiy natijalarning oldini olish imqonini beradi. JSST bepustlik bilan murojat etgan ayollarni laborator tekshirishda quyidagi davriylik va muddatlarga amal qilishini tavsiya etadi:

1. 2-3 sikl-funksional diagnostika testlari;
2. hayz siklining 3-5 kunida; hayz siklining o'rtasi va ikkinchi fazasidagi gormonal tekshiruvlar (LG, FSG, prolaktin, testosteron, DEA);
3. hayz siklining 6-8 kunida gisterosalpingografiya;
4. hayz siklining 8-14 kunida follikullar o'sishining UT-biometriyasi;
5. hayz siklining 12-14 kunida - immunologik testlar. Bepustlikning immun shakllari antispermal antitelalarning, immunologik qarama-qarshilikni taxmin qilish imqonini beruvchi testlardan biri - Sims-Xuner sinamasi yoki Shuvarskiy post koital test (PKT) sanaladi. Ushbu test antispermal antitelalar mavjudligi xolida, bilvosita fikr yuritish imqonini beradi. Spermatozoidlarga spetsifik antitelalarning mavjudligi immunologik buzilishlarning eng muhim klinik ko'rinishlaridan hisoblanadi. Ayollarda antispermal antitelalar (ACAT) qon zardobida, servikal nay shillig'ida va peritoneal suyuqlik tarkibida mavjud bo'lishi mumkin. Ularning aniqlanish chastotasi 5 dan 65% ni tashqil etadi. Er-xotin juftligini tekshirishda antispermal antitelalarni aniqlashni birinchi bosqichdayok va birinchi navbatda erkaklarda o'tkazish lozim, chunki ASATning eyakulyatda bo'lishi bepustlikning immun omilidan dalolat beradi.

Ayollarda servikal kanal shilligida ASAT ning aniqlanishi: ovulyatsiya oldi kunlari uch turdagi antitelalar IgG, IgA, IgM miqdorini aniqlash uchun servikal kanal shilligidan olinadi. IgG miqdori normada 14% dan, IgA - 15%; IgM - 6% dan ortmaydi.

6. Hayz siklining 18-kunida bachadon naylarining o'tkazuvchanligini aniqlash bilan laparoskopiya qilish;

7. Hayz tsiklining 19-24 kunida progesteron miqdorini aniqlash;
8. Hayz tsiklini boshlanishidan 2-3 kun oldin endometriy biopsiyasi.

Bepusht nikohdagi ayollarni kompleks klinik-laborator tekshirish **bepustlikning quyidagi sabablarini aniqlash** imqonini beradi:

- ✓ seksual disfunktsiya
- ✓ giperprolaktinemiya
- ✓ gipotalamo-gipofizar soxadagi organik kasalliklar amenoreya, estradiol miqdori normal bo'lgan amenoreya
- ✓ estradiol miqdori past bo'lgan amenoreya.
- ✓ oligomenoreya.
- ✓ nomuntazam hayz sikli va (yoki) anovulyatsiya.
- ✓ muntazam hayz siklida anovulyatsiya.
- ✓ jinsiy a'zolarining tug'ma nuqsonlari bachadon naylarining ikki tomonlama berqilishi.
- ✓ kichik chanoqdagi kasalliklar.

Bepushtlik Turlari.

Endokrin bepushtlik.

Endokrin bepushtlik – ovulyastiya prosesining buzilishi bilan xarakterlanadi. Endokrin bepushtlik 4 – 40 % uchraydi.

Sabablari:

- Lyutein fazasi yetishmovchiligi.
- Ovulyastiyalanmagan follikull lyuteinizastiyasi sindromi

Anovulyastiya

- Bepushtlikka olib keluvchi eng ko'p uchraydigan sabablaridan biridir. Surunkali anovulyastiya – patologik xolatning giterogen guruxi bo'lib, gipotalamo – gipofizar – tuxumdon sistemasida sikl jarayonlarning buzilishi bilan xarakterlanadi. Bu xolat uchun ko'pgina klinik, bioximik, morfologik buzilishlar xarakterlidir. Klinikasida DBKK, oligomenoreya, amenoreya, gallokeriya kuzatilishi yoki umuman kuzatilmaligi, girsutizm, virilizastiya bilan birga keladi. Anovulyastiyada androgenlar va LG ning qondagi miqdori normadagiday bo'lishi mumkin va shu miqdori yuqori darajaga yetishi mumkin. Tuxumdonni xajmi me'yoridan bir necha marotabagacha kattalashadi.

Anovulyastiyani davolash.

- Giperprolaktinemiya- dostineks, parlodel (1,25-2,5 mg/sutka agar prolaktin tarkibi norma bo'lsa. Keyin klofit (sxema 5 kundan 9 ko'ngacha siklda 5mg.dan) agar o'zgarish kuzatilmasa, dozani ko'tarish 10-15 mg/sutka gacha) XG (2000 – 3000 ME 2-4-6 kun bazal temperatura ko'tarilishi).
- Gipotalamo -gipofizar sistemasidagi buzilishlarda ("anovulyastiya , gestagen test + (klomifen, XG, pergonal) gestagen testida estrogen (-) xolatda (XG, pergonal yoki RGLG).
- Androgenemiya, tuxumdon funkstiyasini yetishmovchiligi bilan bog'liq bo'lsa: Shayed-5 mg (deksametozon (0,25 – 0,5 mg/sutka) + klofit + XG).
- Tuxumdon giperandrogenemiya estrogenlar ekskrestiyasi va tuxumdon polikistozida (gestogen + klomifen va agonist RGLG + XG).

Menstrual stikl lyutein fazasi yetishmovchiligi

Menstrual sikl lyutein faza yetishmovchiligi – bu tuxumdon funkstiyasining buzilishi bo'lib, tuxumdon sariq tana gipofunkstiyasi bilan xarakterlanadi. Progesteron sintezining yetishmovchiligi, endometriyning sekretor transformastiyasi yetishmovchiligiga olib kelishi, bachadon naylari funkstiyasi o'zgarishiga, urug'langan tuxum xujayra implantastiyasining buzilishiga, qaysiki bepushtlikka yoki homiladorlikning birinchi yarmida bola tashlash bilan namoyon bo'ladi.

Menstrual sikl follekulyar fazada progesteron ishlab chiqarilishi doim past darajada bo'ladi. Qonsentratsiyasining oshishi 1-2 kun ovulyastiyadan oldin va siklning lyutein fazaning 7-8 kunida eng yuqori qonsentrastiyaga yetadi.

LFE sabablari.

- Gipotalamo – gipofizar sistema disfunkstiyasi. Qaysikim fizik va psixik stresslardan travma, neyroinfeksiya va boshqalardan keyin vujudga keladi.
- Giperandrogenemiya tuxumdon, buyrak usti yoki aralash genezda.
- Funkstional giperprolaktinomiya. Gonodotrop gormon sekrestiyasiga va chiqishiga prolaktin yuqori qonsentrastiyasi ta'sir qilishi va tuxumdon speriodogenez ingibistiyasi natijasida LFE yuzaga kelishi mumkin.
- Bachadon ortiqlarining yallig'lanish prostessining cho'zilishi.
- Sariq tana patologiyasi. Peritonial suyuqlikda bioximik o'zgarishlar (prostoglandin va ular metabolitlari makrofas periksi doza tarkibi ko'tarilishi).
- Gipo yoki giperterioz.

LFE diagnostikasi:

- LFE asosiy simptomi bu bepushtlik yoki menstrual sikl boshlanishidan 4-5 kun oldin qonli ajralma kelishi. Tashxis ko'yishda quyidagilarga e'tibor beriladi.

- 1. Bazal temperaturani o'lchash. An'anaviy usul.
- Menstrual sikl davomiyligi bog'liq bo'lmagan xolda lyutein faza davomiyligi 11 – 14 kunni tashqil qiladi. LFE siklning ikkinchi faza qisqarishi bilan xarakterlanadi. Siklda bazal temperatura 2 faza orasida 0,6 S ni tashqil qiladi.

●3. UZI – follikulalar usishi, endometriyning qalinlashuvi menstrual sikl paytida ko'rinadi.

●5. Laparoskopiya - ovulyastiyadan keyin, bu paytda ovulyatsiyalangan follekula o'rnida «stigma» ko'rinadi, xol buki ovulyastiyani borligi sariq tanani to'liq funksiyasini bildirmaydi.

LFE davolash.

●Menstrual siklning ikkinchi fazasida. Menstrastiyadan 10 kun oldin progesteron eritmasi.

●XG – 2-4-6 kun bazal temperatura ko'tarilganida 1500 – 2000 ME.

●Kombinatsiyalangan estrogen - gestagen preparatlar rebaud – natija 2-3 kursda ma'lum bo'ladi.

●Klomifen oddiy sxema bo'yicha:

●siklni 5 kunida 9 kunigacha 50 mg agar natija bermasa, miqdorni 100-150 mg ko'tarish mumkin.

●Giperprolaktinemiya – davo paradel 2,5 – 7,5 mg dan sutkada 4 – 6 sikl davomida tavsiya etiladi.

●Giperandrogenemiya– Shayped-5 mg (prednizolon)0,5 mg/sutkada klomifen va vitaminli kompleks Vitarich 1 t -1 maxal bilan birga beriladi.

LFE profilaktikasi.

LFE rivojlanishiga sabab bo'lgan patologik xolatlarni bartaraf etish.

Nay peritoneal bepustlik va uning uchrashi?

Ayollar bepustligining orasida bu bepustlik 70 % ni tashqil qiladi.

Nay bepustligi – bu bachadon naylarining o'z funkstiyasini bajara olmasligi natijasida kelib chiqadi.

Sabablari:

- Bachadon naylari funkstiyasi buzilishi, infantilizm;
- Bachadon naylarining organiq buzilishi;
- Bachadon naylarining bo'lmasligi;

Nay bepustligi formalari:

Nay bepustligi asosan 2 ta formaga ega:

- Bachadon naylari funkstiyasi buzilishi;
- Bachadon naylarining organiq buzilishlari.

Funkstional buzilishlarga bachadon naylarning qisqaruvchanliginng o'zgarishi gipertonus, gipotonus diskoordinastiya kiradi.

Organiq buzilishlarga o'tkazuvchanlik buzilishi, spayka, sterilizastiya, perekrut va boshqalar.

Bachadon naylari fiziologiyasi.

Bachadon naylari murakkab neyro-gormonal regulyastiyaga ega bo'lib, uning funkstiyasi spermatoid va tuxum xujayrani qabul qilib, embrion va gametalar transporti va oziqlanishni ta'minlaydi.

Bepustlikni peritoneal formasi.

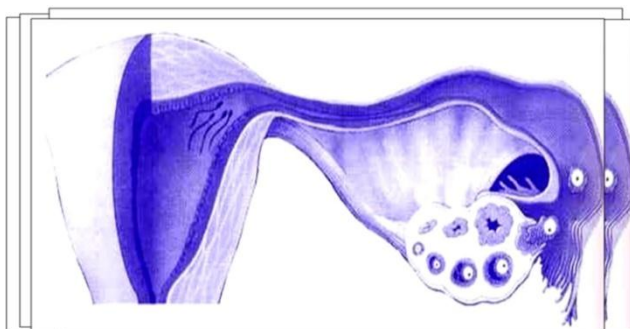
Bepustlikning peritoneal bu formasi jinsiy organlar yallig'lanishdan, jinsiy a'zolarida, kichik chanoq a'zolari va qorin bo'shlig'idagi operativ aralashuvlardan keyin kichik chanoqda chandiqli jarayon yuzaga kelishi bilan xarakterlanadi.

Nay bepustligini diagnostikasi.

- Anamnez.
- Jinsiy organlar va sistemalardagi xronik yallig'lanish kasalliklar.
- Tug'ruqdan, abortdan va operastiyadan so'ng davrlari kechishini axamiyati.
- Algodismentoriyada. Chanoq og'riqlari sindromi va jinsiy aloqa paytidagi og'riqlar.
- Kontrastepstiyadan foydalanish v uning davomiyligi.

- Jinsiy aloka.
- GSG.
- Laporoskopiya.

1-rasm. Bachadon nayi o'tkazuvchanligining buzilishi



Bepushtlik peritoneal formasi, diagnostikasi.

Asosiy o'rinni anamnez yig'ish, o'tkazgan yallig'lanish kasalliklari, kichik chanoq organlari va qorin bo'shlig'ida bo'lgan operastiyalar va invaziv muolajalar o'tkazgan; GSG, gidrotubastiya, diagnostik qirishlar.

Funkstional nay bepushtligi davosi.

Davo maqsadida psixoterapiya, tinchlantiruvchi preparatlar, trankvilizator, spazmolitiklar (naprosin, idometastin) ishlatiladi. Bundan tashqari balneoterapiya – seravodorod vannalar yaxshi natija berishi ko'zda tutilgan.

Organik nay bepushtligi davosi.

- Operativ va qonservativ davo.
- Qonservativ terapiya, bachadon ortiqlari surunkali yallig'lanishlarida qo'llaniladi. Qon qonservativ davo qabul qilganda nayda qo'pol anatomo – funksional buzilishlar: diseprofik o'zgarishlar, shilliq va mushak qavatlarida qo'shuvchi to'qima rivojlanishi restesstor apparat buzilishiga olib keladi. Qonservativ davo natija bermaganligi 1,5 – 2 yil davomida xirurgik davolash maqsadga muvofiq bo'ladi.

Bepushtlikdagi peritoneal formasi davosi.

Bunda yallig'lanishga qarshi terapiya (prodignozin antibakterial preparatlar fizik omillar yaxshi natija berishi ko'zda tutilgan). Olingan davodan keyin 6-12 oy davomida homiladorlik bo'lmasa, laporoskopiya qilish tavsiya etiladi.

Nay bepushtligi profilaktikasi.

Jinsiy a'zolar yallig'lanish kasalliklarni o'z vaqtida davolash, tug'ruqni tabiiy yo'llar orqali rastial olib borish va tug'ruqdan keyingi davrning asoratli kechishini oldini olish, appendistitni o'z vaqtida diagnostika va davosi.

Bepushtlikka olib keluvchi ginekologik kasalliklar:

- Amenoreya
- Bachadon ichi sinexiyalari
- Bachadan bo'yni kasalliklari
- Immunologik
- Psixogen

Diagnostika.

- siklik o'zgarishlarning sub'ektiv xisssiyotlari.
- Funksional diagnostika testlari orqali tekshiriladi.
- Progesteron yoki progesteron-gestagenlar bilan gormonal sinamalar o'tkazish

- GSG va UZI bachadon shilliq qavatining yupqalashgan yoki bachadon ichi sinexiyalari mavjudligi ko'rinadi.
- Gisteroskopiya – sinexiyalar joylashgan joyi va xarakteri aniqlanadi.

Davosi.

Gisteroskopiya nazorati ostida sinexiyalarni parchalash, BIV qo'yish 2 – 3 menstrual siklda siklik gormonoterapiya buyurish.

Oqibati: ammenoreyaning bachadon formasida ayniqsa yomon va endometriyning bazal qavati zararlanish darajasi va chuqurligiga bog'lik.

Endometrioiz

● Endometrioiz – patologik prostess bo'lib qaysiki miometriyda va boshqa jinsiy organlar sistemasida va undan tashqarida o'choklar hosil bo'lishi, ular epitelial va stromol elementlardan tuzilishi bilan xarakterlanadi. Endometrioiz to'qimasida menstrual sikl fazalarida xos yaqqol o'zgarishlar kuzatiladi.

Patogeneiz:

Genital endometrioiz murakkab patogeneizga ega. Ilmiy tekshirishlarga asoslanib, kasallik irsiy xarakterga ega ekanligi. Endometrioiz rivojlanishida multifaktorial irsiyatiga ega.

Endometrioiz xar xil formalarida klinik kurinishlar:

- Kasallik uzoq cho'zilishi bilan, progress jarayoni bilan xarakterlanadi.
- Asosiy simptomlardan og'riq, menstruastiyadan oldingi kunlarda yoki menstruastiya paytida og'riq paydo bo'lishi yoki birdan kuchayishi; uzoq cho'zilgan yoki og'ir kechgan endometrioizda og'riq menstruastiya tugagandan keyin xam bezovta qiladi. Og'riq bachadon bo'yni qin qismida endometrioizga xarakterli emas.
- Kasallangan organ o'lchami kattalashuvi yoki menstruastiya paytida va oxirida endometrioizda ekstragenital o'choqlar kuzatiladi.

Endometrioiz xar xil formalarida klinik ko'rinishlar:

- Menstrual funksiya buzilishi xarakterli belgi bo'lib, bu oligomenoriya tipida kuzatiladi. Ichki va tashqi endometrioizda buzilishlar kuzatiladi menorragik pre va postmenstrual qonli ajralmalar menstruastiya ritmining buzilishi va boshqalar.
- Ichki va tashqi endometrioizda bepushtlik ko'p uchraydi. Sababi xar xil: anovulyastiya kichik chanoqda spaechnyy prostess, endometriyda uzgarishlar va boshqalar.

Nima uchun endometrioizda bepushtlik kuzatiladi.?

Agar endometrioiz o'choqlari bachadon naylarida tuxumdonda, kichik chanoq devorlarda joylashgan bo'lsa, stiklik qonli ajralmalar shu o'choqlardan qorin bo'shlig'iga tushadi va kichik chanoq organlari orasida spayka hosil bo'lishiga olib keladi. Bu o'zi bachadon naylari o'tkazuvchanligi buzadi, natijada bachadon naylariga tuxumdondan tuxum xujayra tutilishi kuzatilmaydi va spermatozoid bilan urug'lanish bo'lmaydi. Bundan tashqari endometrioizda tuxumdonda follekula yetilish jarayoni buziladi va ovulyastiya shu bilan sariq tana funksiyasi xam zararlanadi.

Endometrioizda maxsus modda ishlab chiqariladi, immunitet buziladi va maxsus xujayralar aktivlashtiriladi. (makrofinlar, leykositlar) ayrimlari spermatozond zararlanishini susaytiradi. Bu tuxum xujayra urug'lanishini qiyinlashtiradi va homiladorlikni normal rivojlanishiga qarshilik ko'rsatadi.

Bu faktorlar shuni ko'rsatadiki, endometrioiz 5 – 33 % bepushtlikka sabab bo'ladi.

Endometrioiz diagnostik usullari.

Tashxis asosan klinik simptomlarga qarab va ginekologik ko'ruvga asoslanadi. Endometrioiz kasalligi simptomlari ko'pgina jinsiy organ kasalliklari bilan o'xshashligi (yallig'lanish kasalliklari bachadon va tuxumdon o'smalari) tufayli diagnoz ko'yishda ko'pgina maxsus tekshirishlar (UZI diagnostika, laparaskopiya, GS va GSG) o'tkaziladi.

Diagnostika. Jinsiy organlar endometrioizni aniqlash qiyin masala xisoblanadi. Keyingi yillarda endoskopik usullarni ishlab chiqarilishi bu kasallik xaqidagi bilimlarning rivojlanishi bu kasallik diagnostikasini osonlashtirildi.

2-rasm. Bachadon endometriozi



Genital endometrioiz davosi.

Endometrioiz davosi kompleks ravishda differentsiyalashgan. E'tiborga olish kerak bo'ladi:

- Kasal yoshiga
- Reproduktiv funksiyaga munosabati
- Uchoq joylashganligi
- Jarayonning og'irlik darajasi.

Bizning mamlakatda dori preparatlarni siklik ravishda menstrual siklning 5 kunidan 25 kunigacha ichish va 7 kunlik interval bilan qo'llaniladi. Dori preparatlar qabul qilish davomiyligi endometrioiz joylashgan joyiga va tarqalishga bog'lik.

● Oxirgi paytda danazol yaqqol antigonadotropin ta'siriga ega. Bundan tashqari antiestrogen tamoksifen, qaysikim endometrioiz o'choqdagi xujayra stitoplazmasi estrogen resteptorlarni bloklaydi. Laporoskopiya kuzatuvlar shuni ko'rsatadiki, uzoq qabul qilingan tamoksifen preparati endometrioiz o'choqlar yo'nalishiga.

Kombinistiyalashgan terapiya

Kombinirlashgan terapiya tashqi endometrioizda 3 etapda:

- endometrioiz o'choqlari endokoagulyastiyasi, laparaskopiya paytida
- danazol qabul qilish gormonal terapiya – bilan 3 – 9 oy davomida 1 kunda 400 ml gacha. Novinet sxema bilan 3 – 4 oy davomida ichiladi
- takror laparaskopiya, qolgan endometrioiz o'choqlari endokoagulyastiyasi va homiladorlik bu terapiyadan so'ng 46 % ayollarda kuzatilgan.

Endometrioiz rivojlanishida immun sistemasidagi o'zgarishlarni e'tiborga olgan xolda immunomodulyatorlar qo'llaniladi.

Xirurgik davo:

Endometrioizda xirurgik davo adenomioz tugunli shaklida, adenomioz diffuz shakli mioma bilan birga kelishi, III daraja adenomiozda, tuxumdon endometrioiz kistalarida va tarqalgan retrostervikal endometrioizda qo'llaniladi. Taxisdan keyin 2-3 oy davomida gormonoterapiya qo'llaniladi. Restidivni oldini olish maqsadida.

servikal bepushtlik

Bachadon bo'yni kanali orqali spermatozoidlar bachadon bo'shlig'iga tushadi. Stervikal kanal o'tkazuvchanligi buzilishi chaqiriladi, tug'ma noto'g'ri rivojlanishi, yoki abort paytidagi va tug'ruq paytidagi travmalar, bepushtlikka sabab bo'ladi. Ayrim xollarda stervikal kanal shilliq moddasi, juda yuqori darajada uvishqoqlikka ega bo'lib, tarkibida antispermal antitelo, qaysiki spermatozoidlar xarakatini bloklaydi. Bu stervikal bepushtlik deyiladi.

Davosi.

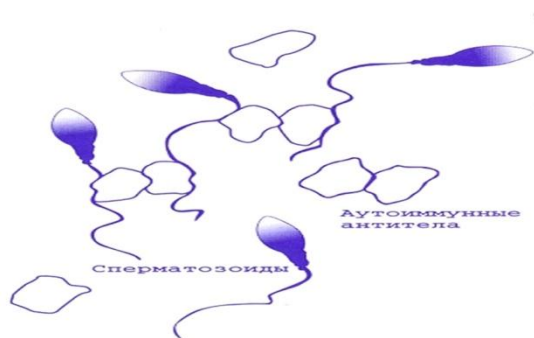
Yallig'lanishga qarshi: tuxumdon funkstiyasini normolizastiyalash; 6 oy davomida prezervativ ko'llash – barerterapiya.

Anatomik o'zgarishlar kuzatilsa, ko'rsatma mionstruktiv plastik operastiya.

Immunologik bepushtlik

Immunologik bepushtlik – bunda ayol yoki erkak organizmida spermatozoidlarga karshi oqsil ishlab chiqariladi. Bu antitelalar spermatozoidlar xarakatini sustlashtiradi va tuxum xujayra urug'lanishiga yo'l ko'ymaydi. Antispermial antitelalar ayol qonida bachadon bo'yni shillig'i bachadon naylari sekretida bo'lishi mumkin.

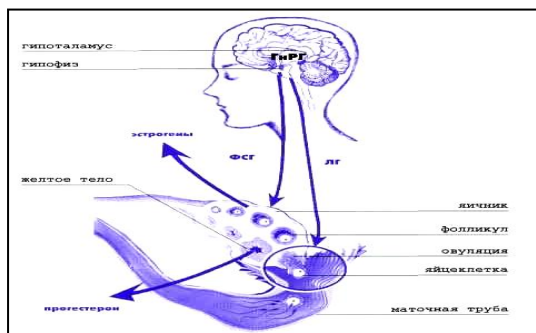
3-rasm. Autoimmun antitelalar ta'sir mexanizmi



Bepusht ayollarni tekshirish usullari:

Bepusht bo'lgan ayollarni asosiy usullarni sistemali muddatda o'tkazish.

- 2-3 siklda funktsional diagnostik testlari;
- menstrual siklning 3-5 kunlari; siklning o'rtasida va 2 chi fazasida gormonal tekshirish. (LG, FSG, prolaktin, testosteron);
- menstrual siklning 6-8 kunlari GSG;



Bazal temperatura va uni o'lchash.

Bazal xaroratning grafigi olingan natijalar asosida tuziladi. Sariq tana gormoni ta'sirida bazal temperatura menstrual siklning o'rtasida 0,4 S oshadi (37S gacha va undan yuqori) va 12-14 kunlar xarorat shu me'yorda saklanadi. Menstruastiyadan 1-2 kun oldin 36S gacha pasayadi. Bu temperatura chizig'i 2 fazali nomlanib, normal ovulyastiyali menstrual sikldan dalolat beradi. Menstrual sikl davomida bazal temperatura 37S gacha saqlansa, bu monofazali (bir fazali) deb nomlanadi. Ovulyatsiya yo'qligidan bo'ladi.

Bazal temperatura va uni o'lchash.

Bazal temperatura - asosan to'g'ri ichakda (og'izda yoki qinda xam) o'lchanadi.

- Butun menstrual sikl davomida 1 soxada
- Ertalab uyqudan keyin joydan turmasdan
- 1 vaqtda
- birta gradusnik bilan 4-5 sm ga tug'ri ichakka kiritiladi
- 5-7 minut davomida
- 2-3 menstrual sikl davomida.

Gormonal tekshirish o'tkazishdan maqsad

Gormonal tekshirishlar nafakat tuxumdonlar funksiyasini baxolashda va turli gormonlarni qonsentrastiyasini aniqlashda, boshqa endokrin bezlarni (gipofiz, qalqonsimon bez, buyrak usti bezi) gormonlarni reproduktiv faoliyatga ta'sir etadi. Ayol organizmidagi shilliq prostess-larni inobatga olib, ayol organizmidagi qon analizi menstrual sikl 2-5 va 20-23 kunlari o'tkaziladi.

Bemorlarni gormonal tekshirishlarga tayyorlash.

Emotsional stabil, och qoringa qon olinadi, jinsiy aloqadan saqlanadi, tekshirishdan 2 hafta oldin antibiotiklar, antikoagulyantlar, sulfanilamid va antigistamin preparatlar, salistilatlar va gormonlar qabul qilinmaydi.

GSG (gisterosalpingografiya) — bachadon bo'shlig'i va bachadon naylari o'tkazuvchanligini rentgenologik tekshirish kontrast modda bilan GSG yordamida endometriydan poliqlar, shilliq osti miomasi bachadondagi nuqsonlar aniqlanadi

Ultratovushli monitoring

Ultratovushli monitoring— bu menstrual sikl davomida tuxumdonlarda va bachadonda bo'ladigan o'zgarishlarni UTT yordamida tekshirish.

Laparoskopiya va o'nga ko'rsatmalar:

Laparoskopiya — bu operatsiya bilan mikrokesmalar qorinda qilinib, maxsus optikali asbob yordamida qorin bo'shlig'i a'zolari ko'riladi.

Gisteroskopiya.

Gisteroskopiya — Optik apparat bilan bachadon bo'yni orqali kiritilib, bachadon bo'shligi tekshiriladi.

Endometriy biopsiyasi

Endometriy bo'lakchasi gistologik tekshiruv uchun olinadi .

Erkaklar bepushtligi

Spermaning fiziologik xususiyatlari o'zgaradi. Yallig'lanish kasalliklari, travmalar, fizik va ximik faktorlar ta'sirida sperma o'zgarib, bepushtlikka olib keladi.

Sperma xususiyatlari quyidagi xollarda o'zgaradi:

- Neyroendokrin buzilishlar;
- Alkogolizm;
- Morfinizm;
- Yallig'lanish kasalliklarida (orxit);
- Chandiqli o'zgarishlar;
- Uretraning rivojlanish nuqsonlari (gipospadiya, epispadiya);

Spermaning quyidagi o'zgarishlari bepushtlikka olib keladi:

- Azospermiya
- Nekrospermiya
- Aspermiya
- Sperma yo'qligi.

Soglom erkak spermogrammasi.

- Eyakulyat miqdori $\geq 2,0$ ml RN $7,2 \times 7,8$
- Spermiylar soni 1 ml $\geq 20 \times 10^6$ /ml
- Aktiv xarakatchan $\geq 25\%$
- Xarakatchan $\geq 50\%$
- Morfologik normal formalari $\geq 50\%$
- Aglyutinanlar yo'q.
- Agregatlar yo'q.
- Leykostitlar $1,0 \times 10^6$ /ml

● Eritrostitlar yoʻq.

Davolash:

Antispermial antitelar boʻlsa, glyo`qokortikoidlar ishlatiladi. Nospestifik davolash metodlariga klomifen, tamoksifen, menstrerolan, testosteron, gonadotropinlar kiradi.

● Varikostelda – tomirlar embolizatsiya qilinadi., Azospermiyada Miagra 1t- 1 maxal beriladi.
t.f.d.,

Ayollar bepushtligini davolash usullari

Bepushtlikda davolash usullarini tanlash va ularning izchilligini aniqlash har bir aniq holatda kasallikning davomiyligi, bachadon naylaridagi oʻzgarishlarning namoyon boʻlishi, bemorning yoshi va somatik holati kabi omillarga bogʻliq.

Bepushtlikning nay-peritonal shakllarini davolash

Bachadon naylarining organik shikastlanishidagi nay bepushtligini davolash ancha murakkab sanaladi. Qonservativ usullar ichida bugo`ngi kunda birinchi davolash usuliga yalligʻlanish jarayonining kuchayishi fonida oʻtkazilgan yalligʻlanishga qarshi kompleks davolash kiradi.

Oʻtkaziladigan davolash usuli yalligʻlanish jarayonini keyinchalik kompleks antibakterial va fizioterapiya, sanatoriya-kurort davolash usullari bilan koʻrsatmalar boʻyicha yalligʻlanish jarayonining zoʻrayish induktsiyasidan iborat. XX asrning 60 yillarida ginekologiya amaliyotiga tadbiriq etilgan rekonstruktiv nay mikroxirurgiyasi nay bepushtligini davolashdagi yangi, bosqich boʻlib qoldi, salpingostomatoplastika kabi jarroxlilik amaliyotlarini bajarish imqonini yaratdi. Endoskopik texnikaning takomillashuvi bu jarroxlilik amaliyotlarini kator holatlarda laparoskopiya paytida bajarish imqonini berdi. Ushbu usul kichik chanoq aʼzolarining boshqa patologiyasini ham tashhislash imqonini berdi: endometrioz, bachadon fibriomiyomasi, tuxumdonlarning kistali oʻsimtalari, tuxumdonlar polikistoz va boshqalar. Laparoskopiyada aniqlangan patologiyani bir vaqtning oʻzida xirurgik korreksiyalash imqoniyati muhim ahamiyat kasb etadi.

Bepushtlikning endokrin shakllarini davolash

Bepushtlikning endokrin shakllari bilan ogʻrigan bemorlarga tayinlanadigan davolash tadbirlari ovulyatsiya jarayonini gormonal boshqarish tizimining shikastlanish darajasi bilan belgilanadi. Aniqlangan darajadan kelib chikkan xolda bepushtlikning gormonal shakllari bilan ogʻrigan bemorlar quyidagi guruhlarga ajratiladi:

1-guruh - juda ham polimorf, shartli ravishda umumiy nom "polikistoz tuxumdonlar sindromi" umumiy nay bilan yigʻilgan. Bu guruh uchun qonda LG miqdorining ortishi, FSG miqdorining normal yoki koʻtarilgan boʻlishi, LG va FSG nisbatining ortishi, estradiol darajasining normal yoki pasaygan darajasi.

Davolash individual tarzda tanlanishi va bir nechta bosqichlardan iborat boʻlishi mumkin.

A) Estrogen-gestagen dori vositalarini "rebaund-effekt" printsipi boʻyicha qoʻllash.

B) Tuxumdonlar funksiyasini bilvosita stimullovchi vositalar-klomifen-tsitrat (klostilbegit) ni qoʻllash. Giperandrogeniya mavjudligida deksametazon bilan birga tayinlanadi;

B) tuxumdonlar funksiyasini bevosita stimullovchi vositalar – metrodin XG-ni qoʻllash.

2-guruh - gipotalamo-gipofizar disfunktsiya bilan ogʻrigan bemorlar. Hayz siklining turli buzilishlari (lyutein faza yetishmovchiligi, anovulyator siklar yoki amenoreya), tuxumdonlardan estrogenlarning yakqol namoyon boʻlgan sekretsiyasi va prolaktin va gonadotropinlarning past darajasi kuzatiladigan ayollar. Ushbu guruh bemorlarida ovulyatsiyani stimullovchi preparatlarni qoʻllash izchilligi quyidagicha: gestogen-estrogen preparatlar, klomifentsitrat (klofit), turli birikmalarda-deksametazon, parlodel va/yoki XG bilan boʻlishi mumkin. Samara bermaganda - menopauzal gonadotropinlar, XG tavsiya etiladi.

3-guruh - gipotalamo-gipofizar yetishmovchiligi bilan ogʻrigan ayollar. Tuxumdonlar genezidagi estrogenlar kam yoki yoʻq boʻlgan amenoreyali ayollar; prolaktin miqdori oshmagan, gonadotropin miqdori

past yoki o'lchab bo'lmaydi. Faqat menopauzal gonadotropin XG yoki LG-RG analoglari bilan davolash mumkin.

4-guruh - tuxumdonlar yetishmovchiligi mavjud ayollar. Tuxumdonlarida estrogen ishlab chiqarilmaydigan, gonadotropinlar miqdori juda yuqori bo'lgan amenoreyali ayollar. Xozirgi ko'ngacha bu guruh ayollarida bepushtlikni davolash istikbolsiz sanaladi. "Quyilish" ko'rinishidagi sub'ektiv tuyg'ularni bartaraf etishi uchun o'rindosh gormonal terapiya ko'llaniladi.

5-guruh - Prolaktin miqdori yuqori bo'lgan ayollar. Bu guruh bir xil emas.

A) Gipotalamo-gipofizar sohada o'sma mavjud bo'lgan giperprolaktinemiya ayollar. Hayz siklida turli buzilishlar mavjud ayollar (lyutein faza yetishlovchiligi, anovulyator tsikllar yoki amenoreya), prolaktin miqdori yuqori, gipotalamo-gipofizar sohada o'sma mavjud bo'lgan ayollar. Ushbu guruh bemorlari o'rtasida gipofiz mikroadenomasi mavjud bemorlarni ajratish lozim, bu bemorlarni akusher-ginekolog, neyroxirurg va okulistning sinchqov nazorati ostida parlodel yoki norprolakt bilan davolash mumkin, shuningdek gipofiz makroadenomasi bilan og'rigan ayollarni ham ajratish lozim, bu bemorlarni neyroxirurg davolashi zarur, bunda yoki gipofiz radioterapiyasi o'tkaziladi, yoki o'sma olib tashlanadi;

B) Gipotalamo-gipofizar soxa shikastlanishsiz giperprolaktinemiya bemorlar. Tuxumdon genezidagi estrogenlar ishlab chiqarilishi aniq bo'lgan guruhdagi hayz sikli buzilgan, prolaktin miqdori yuqori bo'lgan ayollar. Bepushtlikning bu shaklini davolashda parlodel va norprolakt tanlanadi.

Immunologik bepushtlikni davolash servikal shillliqdagi immun to'siqni yengish uchun qondomterapiya, nospetsif qo'shimchalar desensibilizatsiya, ayrim immunsupressorlar va qo'shimcha reproduksiya usullari (er spermasi bilan sun'iy inseminatsiya (urug'lanish) qo'llaniladi).

Qo'shimcha reproduksiya usullari

Er-xotin bepushtligini davolashda konservativ davolash usullaridan foydalanish va zarur bo'lganda jarroxdik aralashuvi kutilgan natijani bermagan holatlarda yordamchi reproduksiya usullaridan foydalanish imqoniyatlari mavjud. Bu usullarga:

- ✓ sun'iy inseminatsiyalash (SI);
- ✓ er spermasi bilan (ESSI).
- ✓ donor spermasi bilan (DSSI)
- ✓ ekstrakorporal urug'lanish:
- ✓ embrion ko'chirib o'tkazish bilan (EKEU)
- ✓ ootsitlar donatsiyasi bilan (ODEU)
- ✓ surrogat onalik.

Bu usullardan foydalanish va qo'llash oilani rejalashtirish va reproduktologiya markazi mutaxassislari qo'lida, biroq amaliyotchi shifokorlar ushbu usullardan foydalanish imqoniyatlarini ularni qo'llashga bo'lgan ko'rsatma va qarshi ko'rsatmalarni bilishlari zarur.

Sun'iy inseminatsiya (urug'lantirish) deb homiladorlik boshlanishi uchun uning jinsiy yo'llariga sperma ko'rinishidagi yot genetik materialni kiritishga aytiladi. Spermani kiritish usuliga qarab SUNing quyidagi usullari qo'llaniladi:

- ✓ qin usuli, sperma shprints yordamida qinning orqa gumbaziga kiritiladi.
- ✓ intratservikal usul, bunda sperma bo'yin kanaliga yuboriladi, qin tarkibi bilan qontaktida bo'lishidan saqlaniladi.
- ✓ bachadon usuli spermani bevosita bachadon bo'shlig'iga yuborishni mo'ljallaydi.
- ✓ transabdominal usul;
- ✓ bunda urug' plazmasidan ozod bo'lgan spermatozoidlarni bir yoki ikkita tuxum hujayra bilan bachadon naylari chuqurchasiga kiritiladi (GIFT).

Har bir usul ijobiy va salbiy tomonlarga ega. Qin usuli eng oddiy hisoblansada, qin tarkibi (RN, bakteriyalar va boshqalar) spermatozoidlarga noxush ta'sir ko'rsatadi, bu esa homiladorlik boshlanish imqoniyatlarini kamaytiradi.

Intratservikal usulda bachadon bo'yni shillig'ida antispermal antitelolar mavjudligi bilan bog'liq immunologik qarama-qarshilik rivojlanishi mumkin.

Spermani bachadonga kiritish infektsiya tushishiga imqon tug'dirishi mumkin, ko'pincha bachadonning og'riqli qisqarishlari bilan birga kechishi mumkin.

Eyakulyatni yaxshilash (qontsentratsiyani oshirish) uchun inseminatsiyadan oldin eyakulyatni fraktsiyalash tavsiya etiladi.

Er spermasi bilan inseminatsiyalashga ko'rsatma

Er spermasi bilan sun'iy inseminatsiyalash uretra gipospadiyasi, impotentsiya, eyakulyatsiyaning bo'lmasligi, spermatozoidlarning normal harakati saqlangan va ularda morfologik o'zgarishlar bo'lmagan holdagi oligospermিয়া qo'llaniladi. Bunday holatlarda eyakulyat (urug' suyuqligi) tsentrifugalanadi va spermatozoidlar bilan tuyintirilgan fraktsiya servikal kanalga yuboriladi. Bundan tashdari, bir nechta eyakulyatlar qontsentratlarini yig'ish mumkin, buning uchun esa murakkab moslama talab etilmaydi.

ESSI uchun ayolning turmush o'rtog'i spermasidan foydalanish mumkin, bu sperma sterilizatsiyadan oldin bevosita krioqonservatsiya uchun olingan, sitostatik dori vositalari bilan davolanish tayinlanishidan oldin yoki nurlantirishdan oldin olingan bo'lishi mumkin.

Bachadon bo'ynidagi anatomik-funksional, immunologik va yallig'lanishli o'zgarishlarning ayrim shakllari qayd etilgan ayollarda ESSI o'tkazishga ko'rsatma beriladi, chunki o'zgarishlarning bu shakllarida servikal antogonizm paydo bo'ladi. Vaginizm, chanoqson bo'g'implari kasalliklari ham er spermasi bilan inseminatsiyalashni o'tkazishga asos bo'lishi mumkin.

Donor spermasi bilan inseminatsiyalashga ko'rsatmalar

Donor spermasi bilan sun'iy inseminatsiyalash tibbiy ko'rsatmalar bo'yicha amalga oshirildi, bu ko'rsatmalar to'liq va nisbiy bo'lishi mumkin. To'liq ko'rsatmaga azospermিয়া kiradi, nisbiy ko'rsatmaga:

1. Spermatozoidlarning morfologik o'zgarishlari va ularning davolab bo'lmaydigan harakatining bo'zilishi bilan birgalikda oligospermিয়া va oligostenoterato-zospermিয়া;
2. Er-xotinlarning rezus-faktor bo'yicha to'g'ri kelmasligi;
3. Avloddan avlodga o'tishi mumkin bo'lgan irsiy kasalliklar.

DSSI o'tkazishga qarshi ko'rsatmalar ham mavjud. Muolajani narkoz ostida, er-xotinlarning inseminatsiyaga yozma tasdiqlangan roziligisiz, er-xotinlarni sinchqov tekshiruvdan o'tkazmasdan va ushbu muolajani o'tkazishga rad etib bo'lmaydigan ko'rsatmalar aniqlanmasdan, homiladorlikka biror-bir qarshi ko'rsatmalar bo'lganda, bepushtlikni davolash yoki operatsiya yo'li bilan bartaraf etish imqoni bo'lganda, bitta ayolda bir martadan ortiq (bola nobud bo'lgan holatlar bundan istisno) o'tkazish mumkin emas.

Ayolning nogiron bo'lib kolishiga imqon yaratuvchi yoki homiladorlik tug'ruq va uning hayotiga havf soluvchi umumiy kasalliklar SIga qarshi ko'rsatma hisoblanadi.

SI dan oldin 2-3 sikl davomida funksional diagnostika testlari bo'yicha tekshiruvdan o'tish yoki hayz siklining lyutein fazasi o'rtasida qondagi progesteron miqdorini aniqlash tavsiya etiladi.

Bu ovulyator sikllarining mavjudligini shuningdek ovulyatsiyadan oldingi kunlarni aniqlash imqonini beradi. Anovulyatsiya holatlarida SI o'tkazishdan oldin ovulyatsiya induktsiyasini o'tkazish imqoniyati aniqlanadi.

SI uchun vaqtni tayinlanishi

Ovulyatsiyaning aniq; sanasini aniqlashda noaniqliklar bo'lishi mumkinligi bois SI ni sikl mobaynida 3 marta o'tkazish tavsiya etiladi. 27 kunlik hayz siklida inseminatsiyani 11-kundan, 28 kunlik siklda - 13-kundan boshlab va 2 kun oralig'ida 2-3 marta takrorlash zarur.

Inseminatsiyadan keyin spermani ushlab qolish uchun 1 soat mobaynida yotish yoki bo'yin kalpokchasidan foydalanish tavsiya etiladi.

Ekstrakorporal urug'lanish (EKU)

«Probirkadagi bolalar» kim? va qanaqa?

Bu embriondan rivojlangan bolalar, tuxum xujayra va spermatazoid «probirkada» uchrashib bo'lgusi onaga o'tkaziladi. Bu usul bilan bepushtlik bilan kurashilmokda. Professionallar bu usulni ekstrakorporal urug'lantirish (lot. extra — «tashqi», va corpus, *corporis* — «tana»); qisqa — ECU deb atashadi. ECU asosida tibbiyotda yangi yo'nalish paydo bo'ldi. Bu yo'nalish yordamchi reproduktiv texnologiyalar (YoRT).

Probirkada urug'lantirilgan bolalar oddiy bolalardan farq qilmaydi. Ular xam kutilgan bolalar, shuning uchun ularni ota-onasi sevib parvarishlaydi. Ular sog'lom bo'lishadi, agar kasal bo'lishsa, xuddi tengdoshlariday bo'ladi.

Ootsitlarning organizmdan tashqarida urug'lanishi, ularning eqilishi va bachadon bo'shlig'iga embrionlarning ko'chirilish. Bepushtlikni davolashda so'nggi yillarda ekstrakorporal urug'lanish (ECU) usuli keng tarqalmoqda. Hozirgi paytda yordamchi reproduksiyaning ushbu usulini qo'llash bo'yicha aniq ko'rsatma va qarshi ko'rsatmalar ishlab chiqilgan

ECU ga ko'rsatmalar:

1. Ayollar bepushtligi:

- ✓ mutloq nay bepushtligi yoki ularning berk bo'lishi;
- ✓ endometriozi terapiya samara bermaganda.
- ✓ endokrin bepushtlik (gormonoterapiya samara bermaganda);
- ✓ noaniq etiologiyali bepushtlik;
- ✓ tservikal faktor bilan bog'liq bepushtlik (bachadon ichi inseminatsiyasi bilan davolash muvoffakiyatsiz bo'lsa);
- ✓ tuxumdonlarning funksional yetishmovchiligi yoki yo'qligi bilan bog'liq;
- ✓ mutloq bepushtlik (gonadalar disgenезiyasi, vaqtdan avvalgi menopauza, rezistent tuxumdonlar), bu holatlarda ECU va ECU (embrion ko'chirib o'tkazish) da donor ootsitlaridan foydalaniladi.

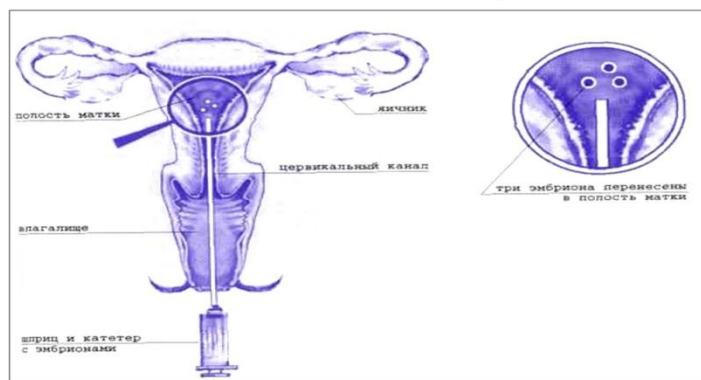
2. Erkaklar bepushtligi: 1-2 darajali oligoastenozoospermia.

3. Aralash bepushtlik (qayd etilgan ayol va erkaklar bepushtligi shakllarining birga kelishi).

ECU ga qarshi ko'rsatma:

1. Homiladorlikni ko'tarishga qarshi ko'rsatma sanaladigan somatik va ruhiy kasalliklar (tor mutaxassislar xulosasi bo'yicha).
2. Tug'ma anomaliyalar: bir xil turdagi rivojlanish nuqsonlari bilan bolalarning takroriy tug'ilishi; oldin ham xromosoma anomaliyalari bilan bolaning tug'ilishi; ota-onalardan biridagi dominant irsiy kasalliklar.
3. Irsiy kasalliklar.
4. Bachadon va tuxumdonlarning giperplastik holatlari.
5. Bachadon rivojlanishidagi nuqsonlar.
6. Bachadon bo'shligi sinexiyasi.
7. ECU boskichlari.
8. Endokrinologik va exografik monitoring nazorati ostida superovulyatsiyani stimullash.
9. Exografiya nazorati ostida preovulyator follikullar aspiratsiyasi.
10. Tuxum hujayra va embrionlarni ekish.
11. Embrionlarni bachadon bo'shlig'iga ko'chirib o'tqazish.

11-rasm. Embrionni bachadon ichiga olib o'tkazish



Eku va uning etaplari

EKU – ekstrokorparal urug'lantirish. Tuxum xujayraning ayol organizmidan tashqarida – «probirkada» urug'lantirish.

Etaplari:

- Superovulyastiya indukstiyasi;
- Follekulyar punkstiyasi va tuxum xujayrani olish;
- Tuxum xujayrani urug'lantirish va embrionlar kultivastiyasi.
- Bachadon bo'shligiga embrionlarni o'tkazish.

Superovulyastiya indukstiyasi

Superovulyastiya indukstiyasi (tuxum xujayrani gormonal boshqarish) – bir menstrual sikl jarayonida bir nechta rivojlangan follikul va tuxum xujayra olinishi uchun o'tkaziladi. Xamma gap shundaki, xar bir sog'lom ayolning menstrual jarayoni xam pushtli emas. Normal gormonal rivojlanishda hosil bo'lgan folli-kulda yetilmagan tuxum xujayra bepusht yoki umuman tuxum xujayrasiz bo'lishi mumqin. Bunaqa xollar bo'lmasligi uchun superovulyastiya indukstiyasi o'tkazilmoqda.

Follikullar punksiyasi.

EKU rivojlanish jarayonida follikullar punkstiyasi va tuxum xujayra yig'ish qorin devorining oldingi tomondan o'tkazilgan (transabdominal) laporoskopiya orqali tekshiriladi.

EKU usulida bepushtlikni davolash kafolatlimi yoki nima uchun homiladorlik yuzaga kelmaydi.

1. Tuxum xujayra bilan bog'liq muammolarning yuzaga kelishi.
 - Stimulyastiya natijasida follikula yetilmasligi mumqin.
 - yetilgan follikulada tuxumxujayra saqlamasligi mumqin.
 - Tuxumxujayra sifatsiz bo'lishi mumqin.
 - Ba'zi muddatdan ilgari sipontan ovulyastiya yuz berishi mumqin va tuxumxujayra follikulani punksiya kilgo`nga qadar chiqib ketadi.
 - Kichik chanoqdagi chandiqli jarayonlar organlarning noto'g'ri joylashganligi follikula punksiyasiga texnik qarshilik ko'rsatishi mumqin.
2. Spermatozoidlar tuxum xujayralarini urug'lantirish qobiliyatiga ega bo'lmasligi mumqin.
3. Tuxum xujayra va spermatozoidlar normal ko'rinishga ega bo'lganligi bilan embrion rivojlanish yuz bermasligi mumqin.
4. Embrion normal rivojlanmaydi yoki bachadon bo'shlig'iga o'tkazilgandan keyin xam taraqqiyotning istalgan bosqichida rivojlanishdan to'xtashi mumqin.
5. Eku muolajasi embriologga va shifokorga bog'liq bo'lmagan xolda xam to'xtatilishi mumqin. Masalan mijozning kasalligi u shifokor muolajalarini bajarayotganda xatolikka yo'l qo'ysa va boshqalar.

Yordamchi reproduksiya usullaridan foydalanish sharofati bilan bugungi kun tibbiyoti erkaklar bepushtligining eng qiyin muammolarini ham xal etishga koldi.

REPRODUKTIV SALOMATLIKNI SAQLASH CHORALARI. OILANI REJALASHTIRISH. KONTRASEPSIYA.

Oxirgi o'n yilliklarda reproduktiv muammo barcha dunyo olimlari e'tibor markazini egallaydi. O'zbekiston respublikasida demografik xolat va oilani mustaxkamlash og'ir oddiy bo'lmagan muammo xisoblanib, bu masalaning echimini to'g'ri echilishi Davlatimiz kelgusi ravnaqiga asosiy o'rin to'tadi. Shu sababli oilani rejalashtirish va ayollar reproduktiv salomatligini saqlash asosiy o'ringa ega.

Salomatlik bu – jismonan, ruhan, sotsial muxitdagi to'liq unumdorligidir.

VOZ qonstitustiyasi e'lon qiladikim, «sog'lik – bu asosiy inson xuquqlaridan biri». Bu xuquq barcha ayollar uchun ta'minlanishi lozim, chunki ayol zoti axolining ko'p qismini tashqil etadi. Jamiyat ayollar sog'lig'ini investirlashi lozim. OON va dunyo banki tekshiruvlari shuni tasdiqlagankim ayol sog'ligini investirlash jamiyat eqonomik ravnaqiga olib keladi.

Qachon bolani oilada dunyoga keltirish va ularning sonini tanlash inson xuquqi xisoblanadi. Oilani rejalashtirish asosida odamlar va ularning oilasi va inson jamiyati bu xuquqdan foydalaniladi. Kontrastepstiv vositalarini va uning turlarini to'g'ri tanlash oilani rejalashtirish va sog'lom bola tug'ishga olib keladi. Kontrastepstiya vositasini kim tanlashi kerak degan savol tug'iladi. Ayol va uning turmush o'rtogi vosita turini tanlash xuquqiga ega. Tibbiyot xodimining vazifasi maslaxat berish to'g'ri tanlashga ko'maklashish.

Homiladorlikdan saqlovchi kontrastepstiv vositalar unumli va foydali bo'lishi lozim. XX asr oxirigacha homiladorlikdan saqlashning asosiy uslubi tibbiy abort xisoblangan. Abortga ko'rsatma bo'lib kelgan oilada juda yosh bola borligi yoki bola bo'lishini xoxlamaslik.

Bugungi kunda ushbu muammo yuzasidan O'zbekiston Respublikasida zamonaviy kontrastepstiya vositalarining barcha turlarini qo'llashi uchun sharoit yaratilgan va axolining tibbiy saviyasi oshirilgan.

Oila — asosiy madaniy boylik, bizning «qo'rg'on», suyanchiq, g'amxo'r va baxt bulog'i. Yosh oilalar kelishib sog'lom bolani dunyoga keltirish bilan birga uning kelgusini va yuqori samarali xayotini ta'minlash to'g'risida fikrlashadi.

Oilani rejalashtirishda va kelgusi avlodni bunyod etishda yoshlar aqlan yondashib kontrastepstiya vositalaridan foydalanishadi.

Dunyoda xar yili 50 mln abort qilinadi va onalar o'limi strukturasida kriminal abort asosiy o'rin egallaydi.

Homiladorlik profilaktikasi 100% ishonchli qo'llash uchun oddiy, arzon, qaytar jarayon va barcha ayollar qo'llashi mumkin bo'lishi maqsadga muvofiq.

Qadim zamonlardan beri istalmagan homiladorlikni oldini olish masalasi asosiy muammo bo'lib kelib, bu maqsadda jinsiy aloqadan saqlanib, tabiiy xayot tarzi buzilgan. Homiladorlik yuzaga kelishi mexanizmi to'g'risida aniq tasavvurga ega bo'lmay turib - istalmagan homiladorlikni oldini olish maqsadida turli uslublar qo'llanilgan. Shu asosida yangi va keng tarmoqli ilm yuzaga kelgan – kontrastepstiya.

Homiladorlikdan saqlanish uslublarining asosiy maqsadi erkak tuxum xujayrasining ayol tuxum xujayrasiga qo'shilmasligi va tuxumning keyingi rivojlanishini oldini olish xisoblanadi.

Kontrastepstiyaning quyidagi turlari mavjud:

1. Kombinastiyalashgan oral kontrastepstiya.
2. Oral kontrastepstiyalar, faqat progestinli, «mini-pili».
3. Uzoq muddatli gormonal kontrastepstiya (in'ekstion, implantastion, gormonal qin xalkasi).
4. Postkoital kontrastepstiya.

5. Bachadon ichi vositasi
6. Erkak va ayol prezervativlari.
7. Barerli kontrastepstiyalar (bachadon bo'yni qalpogi, qin diafragmasi).
8. Spermistidlar (aylanasimon, tabletkalar, pasta, malxamlar, jele, gubka, plenka).
9. Tabiiy turlari (kalendar, xaroratni o'lchash).
10. Jinsiy aloqani uzish (coitus interruptus).
11. Xirurgik sterilizastiya (vazektomiya, bachadon naylarini boylash).

Kontrastepstiya turini tanlash murakkab vazifa xisoblanadi. Bir ayol uchun unumli xisoblangan turi, boshqa ayol uchun zararli xisoblanishi mumkin. Ko'p davlatlarda shu bilan birgalikda bizning Respublikamizda kontrastepstiyani turini tanlash individual va oilani rejalashtirish mutaxassisi ishtirokida amalga oshiriladi. Oila jufti uning turini tanlashga asosiy rol o'ynaydi va qo'llash bo'yicha javobgar shaxs xisoblanadi.

Oral kontrastepstiya

Gormonal kontrastepstiya — bu ayol jinsiy gormonlarining sintetik turi xisoblanib — estrogen, progesteron va ularning hosilalaridan tuzilgan. Unumdorligi yuqori, ishonchli, qo'llanishi qulay, narxi xamyonbop. «Gormonal kontrastepstiya» termini Lyudvig Xaberbladt tomonidan 1912 yilda taklif etilib, bu olim eksperimental tarzda sariq tana ekstrakti ovulyastiyani to'xtatishini isbotlagan. 1939 yilda M.M. Zavodskoy ba'zi bir gormonlar ta'siri asosida gipofiz gonodotrop funktsiyasining pasayishini tasdiqladi.

Sintetik gestagenlar progestironga o'xshash ta'sirga ega bo'lib, progestagen yoki progestin deb ataladi. 1950- yillarda oral progestinlar kashfiyot etilib (noretinodrel, keyinchalik noretisteron), ximik tuzilishini Rasel Marker ochib berdi. Ko'p o'tmasdan birinchi marotiba gormonal preparat «Enovid» (AKSh)da ishlab chiqarildi, va dunyo bo'yicha tarqatildi. Shundan beri VOZ ko'rsatmalariga binoan dunyoda 70 lndan ortiq ayollar gormonal kontrastepstiyani qo'llaydi.

U davrda ishlab chiqilgan OK tarkibida gormonlar miqdori yuqori bo'lib – bu preparatlar birinchi avlodi xisoblanib: Enovid, Infekundin, Bisekurin.

Bugungi kunda OK tarkibini kam miqdorda 50 mkg dan kam etinilestradiol tashqil etadi. Progestagenlar miqdorini kamaytirish bilan birgalikda ularning sifati xam o'zgartirilgan. Bugungi kunda 500 dan ortiq OK ishlab chiqariladi.

Klassifikatsiya

Zamonaviy OK bo'linadi 2 guruxga: kombinastiyalashgan va monokomponentli (mini-pili). Kombinastiyalashgan OK bo'linadi:

Monofazali kombinastiyalashgan OK — xar bir tabletkada estrogen va gestagenlar mavjud bo'lib, estrogen va progestagen turi va miqdori bilan farqlanadi.

Ikkifazali kombinastiyalashgan OK — bu preparatlar doimiy esterogen dozasi va o'zgaruvchi progestagen hayz stikli fazasiga qarab.

Uchfazali kombinastiyalashgan OK — steroid gormonlarining hayz stikli fazasi qarab, miqdorining o'zgarishi bilan xarakterlanadi. 1 –fazada (1-6-ko'ngacha), erta va o'rta follikulyar faza, estrogen va gestagen kam miqdorda. Endometriyda fiziologik jarayon kechishini ta'minlaydi. LG qonstentrastiyasini oshirish va ovulyastiyani to'xtatish 2 – fazada (7-12 kun) xar 2 gormon yuqori dozada ta'minlangan.

3 - fazada steroid gormonlar (13-21 kun) sariq tana progesteron gormonining oshishi esterogen gormonining preovulyator fazada kamayishi bilan tuzilgan, xulosa qilib aytganda uchfazali OK fiziologik hayz ritmini takrorlaydi, gemotaz sistemasi lipidlar moda almashinuviga ta'siri kamayadi. Barcha reproduktiv ayollarga qo'llanishi mumkin.

OK ustuvorligi:

- Ishonchli istalmagan homiladorlikdan saqlanish.
- Ayollar uchun xavfsiz.

- Tuxumdon va endometriy raki profilaktikasi.
- Og'riqli hayzni davolaydi.
- Qon ketishni davolaydi.
- Qaytar jarayon.
- Qabul qilish oson.
- To'liq o'rganilgan
- Jinsiy organlar orqali yuqadigan infektsiyalar SPID ni oldini oladi.

OK kamchiliklari:

- Yurak – qon tomir kasalliklari asorati oshadi.
- Jigar o'smasi xavfi oshadi
- Kayfiyat o'zgarishi mumkin
- Xar kuni tabletka qabul qilishi kerak.
- Asoratlari (diareya, bosh og'rig'i, hayzaro qon ketish)
- Narxi qimmatligi

OK ta'sir mexanizmi

Ta'sir mexanizmi murakkab, preparat tarkibi bilan bog'liq. Estrogen-gestagen kontrastepstiyasi lio`liberinlarning dienstefal zonada ishlab chiqarishiga to'sqinlik qiladi. Gipofizda (FSG va LG) ishlab chiqarishi kamayadi, o'zaro ta'sirini tuxumdon resteporlarida oshirib tuxumdonda steroid gormonlari ishlab chiqarishini kamaytiradi va anovulyastiyani yuzaga keltiradi.

Kombinastiyalashgan gormonal kontrastepstiya nisbatan mikrodozali gestagenlarni qabul qilganda atigi 30% ayollarda anovulyastiya yuzaga keladi. Mini-pilining asosiy ta'sir mexanizmi bachadon bo'yni shillig'ini quyuqlashtiradi, bachadon nayi peristaltikasini oshirib tuxum xujayrasini transportirovkasi buziladi. Gipotalamo-gipofizar-tuxumdon sistemasi faoliyati seqinlashishi bilan sariq tana funkstional aktivligi pasayib endometriy gipoplaziyasi yuzaga keladi va tuxum xujayrasining endometriyga yopishish jarayoni buziladi.

Postkoital kontrastepstiya preparatlari, hayz stikli turli fazasida qo'llanilganligi asosida gestagenlarning follikul xolati va tuxumdon sariq tanasiga ta'sir qilib, bachadon naylari xarakati buziladi, shu bilan birga urug'langan xujayra o'sishini zaiflashtiradi.

Unumli nokontrastepstiv ta'siri.

KOK qabul qilgan ayollarda ko'krak bezi yaxshi sifatli o'smalari, endometriy raki, tuxumdon funkstional kistalari yuzaga kelishi xavfi kamayadi. Bundan tashqari ektopik homiladorlik kichik chanoq organlari yallig'lanish kasalliklari, hayz stiklining buzilishi muammolari va boshqa ginekologik kasalliklar foizi kamayadi.

Nokontrastepstiv negativ ta'siri.

Yurak qon tomir kasalliklari va ularning asorati bachadon bo'yni va tanasi raki birlamchi jigar raki yuzaga kelishi yuqori. KOK preparatlari jinsiy aloqa orqali yuqadigan kasalliklar xavfini oshiradi.

Fertil faoliyat tiklanishi.

Fertil faoliyat KOK preparatlarini qabul qilish to'xtalishidan so'ng, kelgusida oyda anovulyastiya kuzatilishi mumkin, davolashga muxtoj emas, yil oxirigacha ushbu faoliyat o'z-o'zidan tiklanadi.

Homiladorlik boshlanishida iste'mol qilgan taqdirda homilaga ziyon etkazmaydi.

35 yoshdan o'tgan ayollarning OK dan foydalanishi

35 yoshdan o'tgan sog'lom ayollar uchun kichik dozali KOK qo'llash qulay xisoblanadi. 45 yoshgacha zamonaviy KOK preparatlarini qo'llash mumkin. Kontrastepstiv xususiyatlardan tashqari ularning davolash unumi yuqori. KOK preparatlarini qo'llagan ayollarda suyaklar mo'rtligi, postmenopauzal davrda kam uchraydi.

Katta yoshli ayollar qo'llaydigan yaxshi alternativ KOK preparatlari tarkibida toza progestinlar bor — mini-pili, laktinet va b.

KOK preparatlarini qo'llashda absolyut qarshi ko'rsatmalar

- homiladorlik;

- tromboemboliya;
- gormonal o'smalar;
- jigar funktsiyasi buzilishining tug'ma nuqsonlari;
- jadallashgan jigar kasalliklari;
- giperlipoproteinemiya;
- miya – tomir kasalliklari;
- miokard infarkti (anamnezida);
- yurakning ishemik kasalligi.

Gormonal kontrastepsiya qo'llashni to'xtatishga ko'rsatma:

- homiladorlik;
- migren;
- qo'qqisdan ko'rish faoliyatining buzilishi;
- o'tkir tromboembolik asoratlari;
- sariqlik va o'tkir jigar kasalliklari;
- arterial qon bosimining oshishi;
- uzoq davom etgan immobilizatsiya;
- rejalashtirilgan kata xirurgik aralashuvlar;
- jadal tana vaznining oshishi;
- ovoz tonining o'zgarishi;
- bachadon miomasining kattalashishi.

Tarkibida faqat progestin saqlovchi preparatlar

KOK preparatlari ishlab chiqilgan vaqtdan 10 yildan so'ng, dunyo bozorida kichik dozali progestinlar ishlab chiqilib, tibbiyotga tadbiiq etildi. Kontrastektiv ta'siri perefirik maxalliy reproduktiv organlarga yo'naltirilgan bo'lib, boshqa organ sistemalarga nojo'ya ta'sir ko'rsatmaydi.

Bu preparatlar muntazam hayz stiklining 1-kunidan 1 tabletkadan qabul qilish tavsiya etiladi. Mini – pili bachadon bo'yni shillig'iga ta'sir qilib, uni quyugligini oshiradi va spertazoidni o'tishiga to'sqinlik qiladi. Tabletkadan ichilgandan so'ng 1 ikki soatda ta'siri namoyon bo'lib, 20-22 soat davom etadi. Shu bilan birga ular bachadon endometriysida morfologik va bioximik o'zgarishlarni vujudga keltiradi va ovulyatsiyani oldini oladi. Sarq tanaga lyuteolitik ta'sir ko'rsatib, amenoreya chaqiradi yoki hayz stiklini cho'zadi.

Emizuvchi ayollar uchun progestinlar 100 % unumli xisoblanadi. Laktatsiya jarayonini jadallashiradi va davomiyligini oshiradi.

Postkoital kontrastepsiya

Bugungi kunda bir marotiba ishlatiladigan kontrastektiv vositalarini yaratish dolzarb muammo xisoblanadi. Postkoital preparatlar bunyod bo'lishi prezervativ butunligi buzilgan xolatlarda, BIV ekspulsiya gormonal kontrastepsiyani ichmasdan qo'ygan xolatlarda, majburan yuzaga kelgan jinsiy aloqadan so'ng, homiladorlik yuzaga kelishi muammolarini echimini echadi. Postkoital kontrastepsiyaning ta'sir mexanizmi noritmik katta dozada gormonlarning ajralishi va normal hayz stiklida fiziologik gormonal o'zgarishlar desinxronizatsiyasi yuzaga kelishi xisoblanadi.

Bugungi kunda quyidagi turlari qo'llaniladi.

- kombinirlashtirilgan oral kontrastektivlar,
- progestagenlar,
- danazol,
- mefipriston (RU-486),
- BIV qo'yish.

«Postinor» 0,75 mg levonorgestrel tabletkasi jinsiy aloqadan so'ng 1 soat ichida qo'llaniladi, ta'siri 3 soat davom etadi. Hayz stikli davomida 4 tabletkadan ortiq qo'llash man etiladi, qon ketish xavfi kuchayishi sababli.

Uzoq muddatli kontrastektivlar

- Bu progestinli preparatlarning 6 xil turi mavjud:
- depo-provera, in'ekstion preparat, tarkibida medroksiprogesteron-astetat suyuq xolatda, ta'siroti 5 yil;
 - in'ekstion kontrasteptiv, tarkibida noretisteron-enantat, ta'siroti 3 oy;
 - in'ekstion mikrosferlar (noretindron), ta'siroti 6 oy;
 - norplant (levonorgestrel), implantant sifatida ta'siroti 5 yil;
 - biodegradantli implantantlar, tarkibida kapronor (levonorgestrel), ta'siroti 18 oy;
 - qin xalqasi, levonorgestrel, noretindron yoki progesteron saqllovchi, ta'siroti 1-6 oy.
- Ta'sir mexanizmi:**
- ovulyastiyani to'xtadi;
 - bachajon bo'yni shillig'ini quyuqlashtiradi;
 - endometriyda atrofik o'zgarishlar yuzaga keladi;
 - vaqtdan oldingi lyuteoliz.

VI. Muammoli vaziyatlar

1. Ayol 32-yoshda 6 mobaynida xayz kelmasligidan shikoyat kilib keldi. Anamnezida 2marta tukkan 2 marta abort kildirgan. Jinsiy xayot 19 yoshdan. BIV kuyilgan.
Kanday tekshirish usullari o'tkaziladi?
Sizning taktikangiz?
2. Bemor 31 yoshda bachadondan ko'p qon ketishiga hayz tutilib kolishidan keyin shikoyat kilib keldi. 3 oy oldin abort kildirgan, tekshirishda: bachadoni normadan kattarak, ortiklari palpatsiyada bilinmaydi qonli okmalari ko'p.
Tashxis. Tekshirish va davolash. Dif-diagnostika.
3. Qabul bo'limiga 18 yoshli qiz jinsiy yullardan qon ketishga shikoyat qilib keldi. Oxirgi hayz 17 kun oldin bo'lgan.
I. Bemorga taxminiy tashxis quying:
A. homilani o'z-o'zidan tushushi
B. yuvenil qon ketishi*
V. bachadon siptomli miomasi
G. jinsiy a'zolari o'tkir yallig'lanishi
D. tashqi jinsiy a'zolari jaroxati
II. Tug'ri davolash usullarini ko'rsating:
A. gormonal terapiya*
B. jarrohlik yo'li bilan davolash
V. umumiy quvvatlovchi terapiya
G. yallig'lanishga qarshi dovo choralari
D. bemor sog'lom
4. Bemor 38 yoshda hayz stiklini o'zgarganligiga, ko'p miqdorda kelishidan shikoyat qilib keldi. Bemorni P. V. ko'rganda bachadon 7-8 xaftalik homiladorlikkacha kattalashgan.
I. Taxminiy tashxis ko'ying:
A. homila tushish xafi
B. endostervistit
V. bachadon miomasi*
G. bachadon fibromiomasi
D. vulvovaginit
II. Qanday chora kuriladi:
A. stastanarga yotqizish*

- B. gormanal terapiya ko'laniladi*
- V. spazmatiklar qilish kerak
- G. operatsiya qilish kerak
- D. og'rik koldiruvchilar kilinadi

5. Bemor A. 14 yoshda ginekologik bo'limiga keyingi shikoyatlar bilan keldi: jinsiy a'zolaridan ko'p miqdorda qonli ajralmalar kelmokda. Anamnezidan: 3 oy oldin birinchi hayz stikli boshlangan, noregulyar kelgan, jinsiy alokada bo'lmagan.

I Taxminiy tashxis:

- A. yuvenil qon ketish*
- B. kolpit
- V. salpingooforit
- G. jinsiy a'zolari yallig'lanishi
- D. tuxumdon kistomasi

II. Qanday davo choralari o'tkaziladi:

- A. gormonal terapiya*
- B. stastianarga yotqiziladi*
- V. umumiy kuvatlovchilar*
- G. qon o'rnini bosuvchi suyo'qliklar*
- D. qon tuxtaturuvchilar kilinadi*

6. Bemor 31 yoshda. Jinsiy yo'llardan qon ketishidan, ko'ngil aynish, kayt qilishga shikoyat kilib keldi.

Anamnezida: yoshligida qizamik, suvchechak, yuqori nafas yo'llari katari bilan kasallangan. Hayz 12 yoshda boshlangan. Davom etishi 6-7 kun. xar 30 – 32 kunda bo'ladi. Oxirgi hayzi 8 dan 14. X. bo'lgan. Jinsiy xayot 20 yoshdan boshlangan. 6 ta xomiladorlik bo'lgan. 2 ta asoratsiz. Oxirgi 4 tasi tibbiy abort bilan tugagan.

1 oylik hayzning to'xtashidan keyin qonli laxtali ajralma paydo bo'lgan, 11 kun davom etgan. Bemorning umumiy axvoli qonikarli.

Qin ob'ektiv tekshirilganda: bachadon bo'yni silindrik shaklda, bachadon kattalashmagan. O'ng ortiklar kattalashgan, og'riqli. Ajralma qonli.

Sizning tashxisingiz:

Qanaqa qo'shimcha tekshirish usuli kullash kerak?

Davosi.

7. Bemor 49 yoshda. Jinsiy yo'llardan qon ketishi, ko'ngil aynishi, kunida 8-10 marta kayt qilish bilan shikoyat kilgan.

Anamnezida: tez-tez shamollash kasalliklari bilan kasallangan. Hayz sikli 13 yoshdan boshlangan. 4 – 5 kun davom etadi. Xar 28 kunda. Jinsiy xayoti 22 yoshdan boshlangan. 5 ta xomiladorlik. 4 ta tibbiy abort. Oxirgi aborti 2 oy oldin bo'lib, shu vakt ichida hayz siklining buzilishi kuzatiladi. Hayz 5 – 7 kun kech kelgan. Uzoq davom etgan 16 X. da qonli ajralma paydo bo'lgan va 22 X. da kuchaygan. Bachadon kiskartiruvchi preparatlar, qon to'xtaturuvchi prepatlar berilgan, natija bermagan.

Qin orqali tekshiruv: tashqi jinsiy a'zolar normada rivojlangan. Qin erqin. Bachadon bo'yni silindrik. Bachadon 6 – 7 xaftaga kattalashgan, kattiklashgan, sillik, og'riqsiz. Ortiklari palpatsiyada ko'lga unnamaydi.

Taxminiy tashxisingiz:

Qiyosiy tashxis:

Taktikangiz:

8. Ginekolog xuzuriga 23 yoshli xomilador ayol belida va qorinda og`riq borligidan , xamda qonli ajralma kelayotganidan shikoyat kilib keldi. Anamnezida 6 oy oldin bola tashlash bo`lgan Sizning taktikangiz ?

9. 30 yoshdagi ayol qorinning tinch pastki va yonbosh soxasida, og`riq, ko`ngil aynishi va kusishga shikoyat kilib keladi.

Anamnezidan: Menstrual funksiyasi uzgarishsiz, jinsiy xayot 22 yoshdan 3 marta homilador bo`lgan, 2 ta vaktida tugish va sun`iy abort bo`lgan. Ginekologik kasalliklardan ikki tomonlama adneksit bo`lgan va shu kasallik bilan bir necha marta stasionar davolash.

**Ko`rik:** A/D 110/70 mm s.u., puls 110 marta minutida. Tana xarorati 37,8 S. Tili kuruk,ok karash bilan koplagan. Korniy aylana shaklida, qorin oldingi devoridagi muskullari taranglashgan ko`prok o`ng tomonlari. Shyotqin – Blyuberg simptomi musbat.

RU: Bachadon bo`yni silindrik shaklida, bachadonning bugzi yopik, bachadon kattalashgan, normal kattiklikda chap tomondan 10x14 mm. hosila paypaslanadi. Yuzasi sillik, xarakatlari chegaralangan, og`riqli. To`g`ri ichak orqali tekshirilganda ma`lumotlari ushunday.

1. Sizning tashxisingiz?
2. Qaysi ma`lumotlar aniq shu kasallikni kursatadi?
3. Bu patologiyani qaysi kasalliklar bilan takkoshlash mumkin?
4. Kanday qo`shimcha tekshirish o`tkazish mumkin?
5. Shu vaziyatda sizning taktikangiz?
6. Operativ davolash xajmi.

10. 27-eshli bemor ayollar maslaxat xonasiga qin soxasida noxushlik, achishish, kichishishiga shikoyat kilib keldi. Uzini 5 kundan buen kasal deb xisoblaydi

Anamnezdan: hayz 13 yeshdan 3-4 kun sikl 30 kun,regulyar. Oxirgi hayz 2 xafta oldin. Jinsiy xaet 21 yeshdan, turmush 1, 2 xomidorlik. 1 tug`ruq, 2 abort(8 xafta). Tug`ruq va abort asorotsiz utgan.

Ob`ektiv: Umumiy axvoli qonikarli. Puls 66-ta. A/D 115/70 mm.sm.teng. tana xarorati 36.8. ichki organlar patologiyasiz. Korniy yumshok, palpatsiyada og`riqsiz. Ich ketishi va diurez normal.

Qin kuzgulari bilan kurganda: bachadon bo`yni shillik qavati giperemiyalangan,ok karashlar bilan qoplangan,ajralmalar tvorogsimon. Bachadon bo`yni sillindrnik.

P.V: qinda kirish erqin, bachadon bo`yni elastik, bo`g`iz yepik,bachadon normal kattalikda,kattik, xarakttchan, un tarafdan. Bachadon hosilalari ikki tomondan xam aniqlanmaydi va og`riqsiz

- 1.Sizning tashxisingiz:
- 2.Kanday qo`shimcha tekshirish usullarini o`tkazish zalur?
- 3.Davolash taktikasi?

11. Ginekologiya bo`limiga ayol jinsiy yullardan ajralma ajralishiga qorin pastida, belda og`riqdan shikoyat kilib keldi . 1ta tukkan 1 ta abort kilgan.

Kanday tekshirish usullari o`tkaziladi ?

Sizning taktikangiz ?

12. 35 yoshli bemor shifokorga jinsiy yo`llaridan qonli ajralmalar hayzdan oldin va keyin 3-4 kun davomida kelishi, hayz paytida og`riq bo`lishi, 5 yildan buyon bepustlikligi haqida murojaat qildi. Hayz 12 yoshdan xar 28 kunda 3-4 kundan og`riqsiz edi. Jinsiy hayoti 23 yoshdan, 6 marta homilador bo`lgan, tug`ruq-2, abort- 4. Oxirgi abortdan keyin bir necha marta antibakterial, fizioterapevtik davolash o`tkazgan. Bachadon naychalarni tekshirish uchun 5 marta gidrotubastiya kilingan..

Tashxis? Differentsial tashxis? Qanday tekshirish o'tkazish kerak?

13. 50 yoshli ayol jinsiy yullardan qon ketishi bilan shikoyat kilib keldi.

Anamnez: yoshligida kasal bo'lmagan. Hayzi 13 yoshdan xar 30 kunda 4-5 kundan keyingi 2 yilda hayz buzilgan. 7 -10 ko'ngacha chuzilib, hayz sikli orasida jinsiy yullardan qon ketadi. Oxirgi hayz ko'rishi 5/1, 13/1, 15/1 yana boshlandi. Ko'p miqdorda.

Bir yil avval bachadonni kirishgan – gistologik javobi: jelezisto kistoznaya giperplaziya ba'zi joylarda adenomatoz. 17 OPK olgan.

Maxsus tekshirish: tashqi jinsiy organlar uzgarishsiz, bachadon bo'yni gipertrofiyalangan, qon kelyapti. Bachadon 6-7 xaftagacha kattalashgan, sillik, normal qonsistensiyada, og'riqsiz. Bachadon uzgarmagan. Chap gumbazda kattik to'qima bilinadi. Chanoq devoriga bormaydi.

1. Qaysi kasallik xakida uylaysiz?

- Parametrit
- Bachadon bo'yni raki
- Endometriy raki
- Xorion epitelioma
- Adenomioz

2. Kasallikning qaysi boskichi.

- 1 boskichi
- 4 boskichi
- 2 boskichi
- 3 boskichi
- xorion epitelioma

3. Davosi kanday?

- Operativ davo
- Bachadon ekstirpatsiyasi
- Gormonal terapiya
- Simptomatik davo
- Nurli davo
- Ximiya terapiya.

14. 46-eshli ayol urologga tez-tez siyish bilan shikoyat kilib keldi. Bemor tekshirilganda siydik ajratish a'zolari patologiyasiz.

Anamnezdan: hayz 13 yeshdan, 3 kun, og'riqsiz. Oxirgi 2 yildan buen, hayz 7 kun ko'p miqdorda. Jinsiy xaet 18 yeshdan. Tug'ruq-1, med abort-1.

Ginekologik kasaliklardan: tug'ruqdan keyingi endometrit va bachadon miomasi bor.

Ob'ektiv: Umumiy axvoli qonikarli. Puls 68-ta. A/D 120/70 mm.sm.teng. tana xarorati 36.8. ichki organlar patologiyasiz. Korniy yumshok, og'riqsiz, qovdan 2 sm yuqorida kattik, xarakatchan hosila aniqlanadi. Tez-tez og'riqsiz siyish, Pasternatskiy simptomi ikki tondan manfiy, 2-3 kunlab kabziyat kuzatilgan.

P.V.: tashqiy jinsiy a'zolar normal rivojlangan. Qinga kirish erqin, bachadon bo'ynida oldingi tug'ruqdan bo'lgan yertilishlar chandigi bor. Servikal kanal shillik qavati tashqarida chikgan. Bachadon kattalashgan to 14 xafta homiladorlikgacha, ko'p miomotoz tugunchali, bachadoni oldingi devoridan 8 sm diametrli. Hosilalar aniqlanmaydi, og'riqsiz. Ajrilmalar shillikli, kam miqdorda.

1.Sizning tashxisingiz:

2.operatsiyaga kursatma?

15. Bemor 24 yoshda, ginekologiya bo'limiga jinsiy yullardan qon ketish va qorin pastida og'riq borligiga shikoyat kilib keldi.

Anamnezidadan hayzi og'riqli 3-4 kun davom etadi. Turmushi 1 chi, 20 yoshdan turmushga chikgan. 1 yildan keyin homilador bo'lgan. Oxirgi hayzi 2 oy oldin bo'lgan. Jinsiy yullardan qonli ajralma bir necha kundan beri bezovta qiladi. Ayollar maslaxatgoxiga murojaat kilgan va stasionar davolanishga yuborilgan.

Ob'ektiv – uzgarishsiz.

RU: qinga kirish erqin. Bachadon bo'yni silindrik, toza. Tashqi teshik yopik. Bachadon muloyim, xarakatchan, 8 xaftalikgacha kattalashgan. Bachadon ortiklari paypaslanmaydi. Ajralma ozgina qonli.

1. Sizni tashxisingiz _____
2. Kanday qo'shimcha tekshirish usullarni o'tkazish kerak _____
3. Ushbu xolda etiologik faktor nima _____
4. Xozirgi paytda sizning taktikangiz _____
5. Kanday asoratlar kutilishi mumqin _____
6. Siz kanday muolajalarni tavsiya etasiz _____

16. 46-eshli ayol urologga tez-tez siyish bilan shikoyat kilib keldi. Bemor tekshirilganda siydik ajratish a'zolari patologiyasiz.

Anamnezdan: hayz 13 yeshdan, 3 kun, og'riqsiz. Oxirgi 2 yildan buen, hayz 7 kun ko'p miqdorda. Jinsiy xaet 18 yeshdan. Tug'ruq-1, med abort-1.

Ginekologik kasaliklardan: tug'ruqdan keyingi endometrit va bachadon miomasi bor.

Ob'ektiv: Umumiy axvoli qonikarli. Puls 68-ta. A/D 120/70 mm.sm.teng. tana xarorati 36.8. ichki organlar patologiyasiz. Korniy yumshok, og'riqsiz, qovdan 2 sm yuqorida kattik, xarakatchan hosila aniqlanadi. Tez-tez og'riqsiz siyish, Pasternatskiy simptomi ikki tondan manfiy, 2-3 kunlab kabziyat kuzatilgan.

P.V.: tashqiy jinsiy a'zolar normal rivojlangan. Qinga kirish erqin, bachadon bo'ynida oldingi tug'ruqdan bo'lgan yertilishlar chandigi bor. Servikal kanal shillik qavati tashqarida chikgan. Bachadon kattalashgan to 14 xafta homiladorlikgacha, ko'p miomotoz tugunchali, bachadoni oldingi devoridan 8 sm diametrli. Hosilalar aniqlanmaydi, og'riqsiz. Ajralmalar shillikli, kam miqdorda.

1. Sizning tashxisingiz _____
2. Operatsiyaga kursatma _____

17. Bemor 28 yoshda – qorin pastida og'riq, jinsiy a'zolaridan qon ketish, okchil ajralishi va jinsiy alokadan keyin qon paydo bo'lish shikoyatlari bilan ayollar maslaxatgoxiga murojaat kildi.

Anamnezida: hayz 12 yoshdan 5-6 kun, xar 30 kunda og'riqsiz, turmushga 21 yoshdan chikkan, homiladorlik 3ta, tug'ruq I (4500,0) bachadon bo'yni va oraliqni chukur yirtilishi bilan asoratlangan. Bachadon bo'yni yarasi bilan kasallangan, vakt-vakti bilan okchil keladi, kushni a'zolarning faoliyati buzilmagan.

Uzini oxirgi bir necha oydan buyon kasal deb xisoblaydi. Hayz orasida qon ko'rishi, qontakt qon ketish va yiringli okchil kelishi kuzatiladi.

Ob'ektiv: Umumiy axvoli yaxshi. Teri va teri osti shillik pardasi pushti rang regionar limfa tugunchalar kattalashmagan. Tomir urishi 84 marotaba, AKB 110/75 mm. rt. sm. Yurak va upkada patologik uzgarishlar yo'q. Qorin yumshok, og'riqsiz, Pasternasskiy belgisi ikkala tomondan manfiy. Qin orqali kurganda bachadon bo'yni kattalashgan (gipertrofiya), ikki tomondan tug'ruqdan keyingi yirtilgan joy bor, kuzgular bilan kurganda servikal kanalning shillik qavati burtib chikkan. Bachadon bo'ynining oldingi labida xajmi 3x4 sm yara kurinadi va tegilganda qonaydi. Chiqindilar yiringli, bachadon xajmi normada, og'riqsiz. Bachadon ortiklari paypaslanmaydi atrofi og'riqsiz.

1.Taxminiy tashxis_____

1. Homiladorlik 8-9 xafta
2. Tug`ruqdan keyingi davr
3. Bachadon bo`yni yarasi
4. Endotservisit.
5. Bachadon ortiklarini yalliglanishi

2.Tashxis kuyish uchun kandy qo`shimcha tekshirish o`tkazish kerak_____

1. Orqa gumbaz punksiyasi
2. Kichik chanoq a`zolarining rengenografiyasi
3. Kolposkopiya
4. Bachadon UTT
5. Shiller probasi

3. Qaysi kasalliklar bilan differensial tashxis o`tkazish kerak_____

1. Zaxm yarasi
2. Banal yalliglanish
3. Endotservisit
4. Ektopik homiladorlik
5. Vulva leykoplaksiyasi.

4. Davolash jarayonida qaysi usullar qo`llaniladi_____+++

- | | |
|-----------------------------|-------|
| a) diatermokoagulyatsiya | a, v |
| b) elektrokanizatsiya | a, g |
| v) maxaliy davolash | b, v. |
| g) bachadon ekstirpatsiyasi | d, a |
| d) bachadon amputatsiyasi | d, b. |

18. Bemor 48 yoshda jinsiy yullardan qon kelishi bilan shikoyat kilib keldi. Hayzi 6 kun kech keldi.

Anamnezidan: hayzi 13 yoshdan xar 30 kunda, 3-4 kundan. Homilasi 4 ta, 2 ta tug`ruq, asoratsiz. Keyingi 2 yilda hayzi 4-5 kun kechiqib keladigan bo`lgan. 2 marta asiklik qon ketgan, gistologik tekshirishda endometriy polipi topilgan.

RV: jinsiy organlar to`g`ri rivojlangan, bachadon bo`yni silindrik shaklda. Bachadon 6 xaftagacha kattalashgan kattik, og`riqsiz. Bachadon ortiklari uzgarishsiz. Gumbazlarda infiltrat yo`q. Ajralmalar qonli.

1. Kandy taxliliy tashxis kuyish mumqin_____

- Bachadon miomasi
- Bachadon tanasi raki
- Disfunktional bachadondan qon ketish
- Tuliksiz abort
- Endometrio

2. Kerakli bo`lgan asosiy diagnostik usul_____

- Bazal temperaturani ulchash.
- GSG
- Gisteroskopiya
- UZI
- Gistologik tekshirish

3. Davosi nima _____
- Bachadonni kiskartiruvchi davolar.
 - Simptomatik davolash
 - Bachadonni kirish
 - Gormonal davo
 - Bachadon amputatsiyasi
4. Kanday gormonlar ishlatiladi _____
- Kombinatsiyalashgan OK
 - Esterogenlar
 - Progesteronlar
 - Gormonlar ishlatilmaydi.
 - Androgenlar

19. Bemor 31 yoshda. Jinsiy yo'llardan qon ketishidan shikoyat kilib keldi.

Anamnezida: yoshligida qizamik, suvchechak, yuqori nafas yo'llari katari bilan kasallangan. Hayz 12 yoshda boshlangan. Davom etishi 6-7 kun. xar 30 – 32 kunda bo'ladi. Oxirgi hayzi 8 dan 14. X. bo'lgan. Jinsiy xayot 20 yoshdan boshlangan. 6 ta homiladorlik bo'lgan. 2 ta asoratsiz. Oxirgi 4 tasi tibbiy abort bilan tugagan. 2 oylik hayzning to'xtashidan keyin qonli laxtali ajralma paydo bo'lgan, 11 kun davom etgan. Bemorning umumiy axvoli qonikarli. Qin ob'ektik tekshirilganda: bachadon bo'yni silindrik shaklda kattalashmagan. Ajralma qonli.

Sizning tashxisingiz _____

Davosi _____

20. Bemor 49 yoshda. Jinsiy yo'llardan qon ketishi bilan shikoyat qilgan.

Anamnezida: tez-tez shamollash kasalliklari bilan kasallangan. Hayz sikli 13 yoshdan boshlangan. 4 – 5 kun davom etadi. Xar 28 kunda. Jinsiy xayoti 22 yoshdan boshlangan. 5 ta homiladorlik. 4 ta tibbiy abort. Oxirgi ikki yil ichida hayz siklining buzilishi kuatiladi. Hayz 5 – 7 kun kech kelgan. Uzoq davom etgan 16 X. da qonli ajralma paydo bo'lgan va 22 X. da kuchaygan. Qonservativlar bachadon kiskartiruvchi preparatlar, qon to'xtatuvchi prepatlar berilgan, natija bermagan.

Qin orqali tekshiruv: tashqi jinsiy a'zolar norma rivojlangan. Qin erqin. Bachadon bo'yni silindrik. Bachadon 6 – 7 haftaga kattalashgan, kattiklashgan, sillik, og'riqsiz. Ortiklari palpatsiyada ko'lga unamaydi.

Taxminiy tashxisingiz _____

Kiyosiy tashx _____

Taktikangiz _____

21. Kabul bo'limiga 29 yoshdagi ayol murojaat kildi. Shikoyatlari umumiy xolsizlik, bosh aylanishi, qorin pastida og'riq, jinsiy alokadan keyin boshlangan.

Anamnezidan: homiladorligi –3ta, tug'ruq –2, 1 ta med.abort. Ginekologning oxirgi ko'rishida chap tuxumdon kistasi aniqlangan. Oxirgi hayzi 15 kun oldin.

Ob'ektiv xolati: umumiy axoli urti ogirlikda, teri va kurinadigan shillik qavatlari okish rangda, puls 108 marta 1min., A/k.b.-90/50 mm.sim.ust. Tana xarorati –36,8.

Qorin paypaslaganda og'riqli, Shetqin-Blyumberg belgisi ifodalanmagan musbat.

Qin orqali ko`rish: qorin devorining taranglashganligi uchun bachadon va bachadon ortiklari aniq paypaslash mumkin bulmadi. Qin gumbazlari osilgan.

Taxminiy tashxis.

1. Tuxumdon apopleksiyasi
2. kista oyokchasining buralib kolishi
3. utkir appedistit
4. bachadondan tashqari homiladorlik
5. surunkali adneksit xuruji.

Shifokor taktikasi:

- 1.Stationarga tezda yotqizish
- 2.Infuzion davolashni boshlash
- 3.kunduzgi stasionarda davolash
- 4.dispanser nazorat
- 5.Og`riqsizlantiruvchi vositalar, kardiotoniklar.

Stasionar sharoitida davolash.

1. Orqa gumbaz orqali punkstiya qilish
2. Xirurg maslaxati
3. gemotransfuziya
4. og`riqsizlantirish
5. UZI

22. Akusherlik kompleksining ginekologiya bo`limiga 31 yoshli ayol qorin pasti va bel soxasidagi orqa ichakka beruvchi og`riqlar, umumiy xolsilik, xushdan ketishiga shikoyat kilib murojaat kildi.

Anamnezidan: 5 yil mobaynida bepushtlik, bir necha marotaba jinsiy a`zolarining yalliglanishi tufayli davolangan.Oxirgi hayz uz vaktida surkaluvchi ajralma sifatida kelgan.

Ob`ektiv ko`rish: Axvoli ogir, teri va kurinadigan shillik qavatlari okargan, yopishkok ter bilan qoplangan.

Puls 110 marta 1 min. A/k.b. 80/45 mm.sim.ust. Tana xarorati 36,8. Qorin paypaslab kurilganda tarang.

Shetqin-Blyumberg belgisi musbat.

Qin orqali ko`rish: qorin devori tarangli tufayli jinsiy a`zolari paypaslash imqoni yo`q. Bachadon bo`yni ekskursiyasi og`riqli. Orqa gumbaz osilgan, kalpokcha belgisi aniqlanadi.

Taxminiy tashxis:

1. tuxumdon apopleksiyasi
2. utkir appedistit
3. bachadondan tashqari homiladorlik
4. surunkali adnesit xuruji
5. utkir parametrit

Shifokor taktikasi:

- 1.ambulator sharoitda davolash
2. kunduzgi stasionar sharoitida davolash
3. stationarga tezda yotqizish
4. infuzion davoni boshlash

6. terapevt maslaxati, UZI

Davolash:

1. xirurg maslaxati
2. orqa gumbaz orqali pnkstiya qilish, laparatomiya
3. og`riqsizlantiruvchi vositalar
4. kardiotoniklar
5. intensiv antibakterial davolash.

Reabilitatsiya:

1. ginekolog nazoratida bo'lish
2. kombinirlangan oral kontrastektivlar 6 oy davomida kabul qilish
3. EGK aniqlash
4. yalliglanishni davolash
5. xammasi to'g'ri

VII. NAZORAT TURLARI UCHUN SAVOLLAR

1. JORIY BAHOLASH

1 - M a v z u Ginekologik kasalliklarning diagnostikasi va umumiy simptomatologiyasi.

1. Tashqi jinsiy a'zolar anatomiyasi?
2. Ichki jinsiy a'zolar anatomiyasi?
3. Chanoq tubi muskullari qaysilar ?
4. Ginekologiyada asosiy tekshirish metodlari va ularning ahamiyati nimadan iborat?
5. Instrumental tekshirish usullari va ularning bajarilish texnikasini ayting.
6. KPI nima?
7. Ginekologiyada asosiy tekshirish metodlari va ularning ahamiyati nimadan iborat?
8. Instrumental tekshirish usullari va ularning bajarilish texnikasini ayting.
9. KPI nima?
10. Korachik simptomini izoxlang.

2 -M a v z u Normal hayz sikli va uning regulyatsiyasi. Hayz siklining buzilishi. Amenoreya. Gipomenstrual sindrom.

1. Hayz sikli nima ?
2. Bachadon sikli xakida ma'lumot bering.
3. Tuxumdon sikli xakida ma'lumot bering.
4. Hayz sikli buzilishi tasnifi?
5. Amenoreyaga ta'rif bering
6. Amenoreya sabablari?
7. Amenoreya simptom lari?
8. Amenoreyani tekshirish usullari?
9. Amenoreyani davolash usullari?

3 -M a v z u Disfunktsional bachadon qon ketishlar

1. BDKK nima ?
1. BDKK etiologik omillari?
2. BDKK patogenezi
3. Follikulning yetilishi va sho'nga bog'liq endometriyda morfologik uzgarishlar?
4. Qon ketish paydo bo'lishining mexanizmi ?
5. BDKK klinik variantlari, dif-diagnostika?
6. BDKK davolash turlari
7. Gormonal gemostaz va uning turlari.
8. Xirurgik davolashga kursatmalar.

4 -M a v z u : Homiladorlikning birinchi yarmida qon ketishlar b u y i ch a savollar:

1. Homiladorlikning 1- yarmida qon ketish sabablari

2. Ektolik homiladorlik . Klinika , tasnifi
3. Yelbugoz nima va uni sabablari .
4. Sun'iy abort turlari
5. Ektopik homiladorlikni medikamentoz davolash
6. Abortning klinik stadiyalari .
7. Buzilmagan naydagi homiladorlik klinik belgilari to'g'risida gapiring?
8. Buzilgan naydagi homiladorlik davosi xakida tushuncha bering?
9. Buzilgan naydagi homiladorlik operativ davosidan so'ng reproduktiv funksiyaning rehabilitatsiyasi xakida tushuncha bering?
10. Trofoblastik kasalliklar to'g'risida gapiring?
11. Yelbugoz etiologiyasi, patogenez, klinikasi va davosi xakida suzlang ?
12. Bachadondan tashqari homiladorlik nima?
13. Bachadondan tashqari homiladorlikni keltirib chiqaruvchi sabablari va kasallikning rivojlanish mexanizmi?
14. Bachadondan tashqari homiladorlik tasnifi?
15. Bachadon nayining rivojlanib boruvchi (uzilmagan) homiladorligi?
16. Bachadon nayidagi uzilgan homiladorlikning "nay yorilishi" turi, uning klinik kechishi?
17. Bachadondan tashqari homiladorlikni boshqa kasalliklardan farqi?
18. Bachadondan tashqari homiladorlikni davolash usullari?
19. Bachadondan tashqari homiladorlikni o'tkazgan ayollarni sog'lomlashtirish?
20. Bachadondan tashqari homiladorlikning oldini olish nimalardan yo'llari?

5- M a v z u. Ayollar jinsiy a'zolari spetsifik va nospesifik yalliglanish kasalliklari

1. Ayollar jinsiy a'zolari spetsifik yalliglanish kasalliklariga nimalar kiradi?
2. Ayollar jinsiy a'zolari nospesifik yalliglanish kasalliklariga nimalar kiradi?
3. Ayollar jinsiy a'zolari spetsifik yalliglanish kasalliklariga etiologiyasi, patogenez, klinikasi va davolash prinsiplariga nimalar kiradi?
4. Ayollar jinsiy a'zolari nospesifik yalliglanish kasalliklariga etiologiyasi, patogenez, klinikasi va davolash prinsiplariga nimalar kiradi?

6 – M a v z u. Bachadon yaxshi va yomon sifatli o'smalar

1. Bachadon yaxshi sifatli o'smalariga nimalar kiradi va uning kelib chikish teoriyalari.
2. Bachadon miomasining etiologiyasi va klinikasi xakida gapirib bering.
3. Bachadon miomasining qonservativ va operativ davosi xakida gapiring.
4. Reprodukativ yoshda bachadon miomasining davolash prinsiplari to'g'risida gapiring.
5. Bachadon endometriozi etiologiyasi va klinikasi xakida gapirib bering.
6. Bachadon endometriozi qonservativ va operativ davosi xakida gapiring.
7. Reprodukativ yoshda bachadon endometriozi qonservativ va operativ davosi xakida gapiring.

7- M a v z u. Tuxumdon yaxshi va yomon sifatli o'smalari mavzusi bo'yicha talabalar bilimni namunaviy baxolash mezonlari.

1. Ekstragenital endometriozi nima?
2. Genital endometriozi xillarini bilasizmi?
3. Adenomioz klinikasi qanday?
4. Tuxumdon endometriozi qanday aniqlanadi?
5. Endometriozi qaysi kasalliklarga o'xshaydi?
6. Davolash usullarini ayting.

7. Profilaktikasi nimadan iborat?

8- M a v z u. Ayollar jinsiy a`zolari rivojlanish anomaliyalari/ ayollar jinsiy a`zolari

1. Bachadonning bo`lmasligi nuksoni bor qiz bolalarni tekshirganda nimalar aniqlanadi?
2. Qin va bachadonning ikkiga ajralgan holati kachon vujudga keladi?
3. Qizlik pardasidagi nuqsonlarga nimalar kiradi?
4. Atreziyasi bo`lgan qiz bolalarda shikoyatlari kanday bo`ladi?
5. Atreziya xolati kuzatilganda qorin devori orqali paypaslab ko`rilganda nimalar aniqlanadi?
6. Soxta germafroditizm nima?
7. Bitta shoxli bachadon bo`lganda anus vaginalis dagi uzgarishni ayting?
8. Qin va bachadonning ikkiga ajralgan holatida taktikasi nimadan iborat?

9 - M a v z u. Bachadon bo`yni va tanasining fon va rak oldi, rak kasalliklari

1. Bachadon bo`yni va tanasining rak oldi kasalliklariga qaysi kasalliklar kiradi?
2. Leykoplakiya klinikasi ayting
3. Bachadon eroziyasi klinik turlarini ayting
4. psevdoroziyani davolash usullarini ayting
5. Ektropionga ta`rif bering
6. Ektropionni davolash usullarini ayting
7. Leykoplakiya davolash usullarini ayting
8. Bachadon bo`yni va tanasining rak oldi kasalliklarini diagnostikasini ayting.
9. Bachadon bo`yni va tanasining rak oldi kasalliklarini gormonal davolashga kursatma nimalardan iborat?
10. Bachadon tanasining rak kasalligini klinik belgilari nimalardan iborat?

10- M a v z u. Bepushtlik. Kontrasepsiyaning gormonal va xirurgik usullari mavzusi bo`yicha talabalar bilimni namunaviy baxolash mezonlari

1. Bepushtlik nima?
2. Bepushtlikning chastotasi;
3. Birlamchi va ikkilamchi bepushtlik nima?
4. Ayol bepushtligi;
5. Sabablari;
6. Erkaklar bepushtligi nima va uni sabablari;
7. Bepushtlikni diagnostikasi va davolash;
8. EKV tushunchasi kursatma va texnikasi.

2. ORALIQ NAZORAT SAVOLLARI

1. Ginekologik kasalliklarninigi kelib chikishi.
2. Tuxumdon kistasi yorilganda kursatiladigan shoshilinch tibbiy yordam etaplarini aytib bering .
3. Boshlangan abortda kursatiladigan shoshilinch tibbiy yordam etaplarini aytib bering.
4. Chala abort bilan kelgan bemorga kursatiladigan shoshilinch tibbiy yordam etaplarini aytib bering.
5. Bachadon ichini kul bilan tekshirish operatsiyasi
6. Xayz stiklining buzilishi. Klassifikatsiyasi.
7. Chala abort bilan kelgan bemorga kursatiladigan shoshilinch tibbiy yordam etaplarini aytib bering.
8. Bachadon naylari o`tkazuvchanligini aniqlashda qullanilmaydigan usul
9. Qin ajralmalari
10. Bachadon bushligiga tashxis kuyish maqsadida kirishga karshi kursatmalar
11. Qin ajralmalarining
12. Tuxumdon gormonal faoliyatini kanday aniqlash mumqin

13. Ovulyatsiya paytida KPI
14. Qin surtmasi reaksiyasi
15. Ginekologiyada asosiy tekshirish metodlari va ularning ahamiyati nimadan iborat?
16. Instrumental tekshirish usullari va ularning bajarilish texnikasini ayting.
17. KPI nima?
18. Korachik simptomini izoxlang.
19. Ayollar jinsiy a'zolari spetsifik yalliglanish kasalliklariga nimalar kiradi?
20. Ayollar jinsiy a'zolari nospetsifik yalliglanish kasalliklariga nimalar kiradi?
21. Ayollar jinsiy a'zolari spetsifik yalliglanish kasalliklariga etiologiyasi, patogenez, klinikasi va davolash prinsiplariga nimalar kiradi?
22. Bachadondan tashqari homiladorlik nima?
23. Bachadondan tashqari homiladorlikni keltirib chiqaruvchi sabablari va kasallikning rivojlanish mexanizmi?
24. Bachadondan tashqari homiladorlik tasnifi?
25. Bachadon nayining rivojlanib boruvchi (uzilmagan) homiladorligi?
26. Bachadon nayidagi uzilgan xomiladorlikning "nay yorilishi" turi, uning klinik kechishi?
27. Bachadon nayidagi uzilgan homiladorlikning "nay aborti" turi, uning klinik kechishi?
28. Bachadondan tashqari homiladorlikni aniqlash usullari?
29. Bachadondan tashqari homiladorlikni boshqa kasalliklardan farqi?
30. Bachadondan tashqari homiladorlikni davolash usullari?
31. Bachadondan tashqari homiladorlikni o'tkazgan ayollarni sog'lomlashtirish?
32. Bachadondan tashqari homiladorlikning oldini olish nimalardan yo'llari
33. Follikulning yetilishi va shonga bog'liq endometriyda morfologik uzgarishlar?
34. Qon ketish paydo bo'lishining mexanizmi?
35. BDKK klinik variantlari, dif-dagnostika?
36. BDKK davolash turlari
37. Gormonal gemostaz va uning turlari.
38. Xirurgik davolashga kursatmalar.

VIII. IMTIXON SAVOLLARI

1. DBK klassifikatsiyasi
2. Gonoreya
3. Tuxumdon kistomasi (klinika, diagnostika va davolash)
4. Amenoreya (klassifikatsiyasi, klinika, diagnostika va davolash)
5. Bachadondan tashqari homiladorlik (klassifikatsiyasi, klinika, diagnostika va davolash)
6. Kista va kistomalarning differential diagnostikasi
7. Bachadon miomasi klassifikatsiyasi
8. Normal hayz sikli
9. Kolpitlar turlari (klinika, diagnostika va davolash)
10. Yuvenil qon ketishlari (klinika, diagnostika va davolash)
11. O'tkir salpingoofarit (klinika, diagnostika va davolash)
12. Tuxumdon o'smalarining necha xil oyoqchasi bo'ladi
13. Kista va kistomalar klassifikatsiyasi
14. Yo'ldagi abort (klinika, diagnostika va davolash)
15. TORCH – infeksiyasi
16. Zamonaviy kontrasepsiya usullari
17. Klimakterik sindrom
18. Bachadon rak oldi kasalligining zamonaviy diagnostikasi – oltin standart

19. Bachadon rak oldi kasalliklari klassifikatsiyasi
20. Bachadondan tashqari homiladorlikda operatsiyasi texnikasi
21. Tuxumdon o`smalari asoratlari
22. Tuxumdon kistomalati (diagnostika va davolash)
23. Bachadon bo`yni eroziyasi
24. Ginekologiya amaliyotida o`tkir qorin
25. DBK diagnostika va davolash
26. Abort paytidagi asoratlari (klinika, diagnostika va davolash)
27. Bachadon raki. Diagnostika va davolash.
28. Bepushtlik klassifikatsiyasi
29. Postkostratsion sindrom
30. Rak oldi kasalliklar diagnostikasi
31. Germinogen o`smalarga nimalar kiradi
32. Gipermenustral sindrom
33. Gonoreya (klinika, diagnostika va davolash)
34. Abortdan keying endometrit. Diagnostika va davolash.
35. Bepushtlik.
36. Neyroendokrin sindromlar
37. Ginekologik kasalliklarni tekshirish usullari.
38. Bachadon miomasi. Diagnostika va davolash.
39. Qanday skrining testlar tuxumdon o`smalarini diagnostika qilish uchun ishlatiladi
40. Endometrioiz diagnostikasi va davolash.
41. Tuxumdon kistasi va uning burilishi.
42. Anafilaktik shok. Diagnostika va davolash.
43. Predmenustral sindrom. Diagnostika va davolash.
44. UZI ning ginekologik kasalliklarni tekshirishdagi roli.
45. Bepushtlikka olib keluvchi omillar va zamonaviy davolash prinsiplari.
46. Adrenogenital sindrom.
47. Bachadondan tashqari homiladorlik.
48. Ayollar jinsiy a`zolari sili.
49. Trixomoniaz, kandidoz, Davolash prinsiplari.
50. Teratoma va teratoblastomalar.

IX. TARQATMA MATERIALLAR.

X. GLOSSARIY

Abort (bola tashlash yoki tushirish)

homilaning dastlabki 22 haftaligida, hali yashash qobiliyatiga ega bo'lmagan davrda bachadondan tushishi yoki tushirilishi.

Abort xavfi (tahdid soluvchi abort)

bola tushishining birinchi bosqichi bo'lib, hali homila tuxumi bachadon devoridan ajralmagan bo'ladi, qorinning pastki qismida dardsimon og'riq bilan ifodalanadi.

Bachadon bo'yni rigidligi (yaxshi ochilmasligi)	bachadon bo'ynining ochilish xususiyatining pasayishi hisoblanib, bunda tug'ruqning 1-davrida uning ochilishi qiyinlashadi.
Bachadon bo'shlig'ini qo'l bilan tekshirish	bachadon devori butunligini va uning bo'shlig'ida yo'ldosh qoldiqlari bor-yo'qligini qo'l bilan tekshirib aniqlovchi akusherlik operatsiyasi.
Bachadonning to'liqsiz (chala) yorilishi	bachadonning qorin parda bilan o'ralgan qavati butun qolgani holda shilliq va mushak qavatining to'liq yoki qisman yorilishi.
Bachadonning to'liq yorilishi	bachadonning barcha qavatlarining yorilishi.
Bachadonning zo'ravonlik natijasida yorilishi	bachadonning tashqi omillar ta'sirida akusherlik amallari va operatsiya qilish paytida yorilishi.
Bachadonning tug'ruqdan keyin ag'darilib qolishi	tug'ruqning kamdan-kam uchraydigan og'ir asorati hisoblanib, bunda yo'ldosh davrini noto'g'ri boshqarish oqibatida bachadonning ichki sathi tashqariga ag'darilib chiqishi va tushishi tufayli bu hodisa ro'y beradi.
Bachadondan tashqari homiladorlik	bachadon bo'shlig'idan tashqarida ko'pincha bachadon naylarida, kamroq hollarda tuxumdonda, qorin bo'shlig'i va bachadon rudimentar shoxida rivojlanadigan homiladorlik.
Bachadon naylaridagi homiladorlik	bachadondan tashqari homiladorlikning ko'p uchraydigan turi hisoblanib, bunda homila tuxumi bachadon naylarida payvandlanadi va rivojlanadi.
Bimanual tekshirish (ikki taraflama qo'l bilan tekshirish)	ginekologik tekshirish usuli bo'lib, ikkala qo'l yordamida qin va qorin oldingi devori orqali bajariladi. Akusherlikda homiladorlikning dastlabki oylarida va chilla

davrida foydalaniladi.

Bosh qonfiguratsiyasi (shakli)

homilaning choklar va liqildoqlar borligi tufayli tug'ruq yo'lining kengligi va shakliga moslashib o'z qiyofasi va o'lchamlarini o'zgartira olish qobiliyati.

Fetoplatsentar tizim

maxsus endokrin tizim bo'lib, u homiladorlik davrida ona va homilaning o'zaro murakkab moslanish jarayonlarini ta'minlab turadi.

Fiziologik tug'ruq

fiziologik, ya'ni ona va homila uchun asoratsiz kechadigan, davrlari normal davom etuvchi, homila boshi ensa bilan yotishining oldingi turidagi tug'ruq.

Hayz ko'rish

bachadondagi siklik o'zgarishlarining deskvamatsiya fazasi bo'lib, bachadondan qon ketishi bilan ifodalanadi. Normal hayz sikli davomida hayz ko'rish davomiyligi 7 kundan va ketgan qon miqdori 80 ml dan oshmasligi kerak.

Hayz ko'rish sikli

ayol organizmini homiladorlikka tayyorlovchi fiziologik xarakterdagi tiklik, muntazam takrorlanuvchi murakkab o'zgarishlar bo'lib, ular neyrogumoral boshqaruv tizimi, tuxumdon va bachadondagi o'zgarishlar tufayli amalga oshiriladi va ikki fazaliligi bilan farqlanadi.

Homila asfiksiyasi

homilada kislorod yetishmasligi oqibatida yuzaga keluvchi patologik holat.

Homila a'zolarining joylashishi

nomilaning mayda qismlari va boshining tanasiga bo'lgan munosabati.

Homilaning joylashuvi

homilaning u yoki bu qismining kichik chanoq kirish tekisligiga nisbati bo'lib, u birinchi galdan chanoq bo'shlig'iga tushadi va bu homilaning boshi yoki chanog'i bo'lishi mumkin.

Homilaning ko'ndalang vaziyati	bachadondagi homilaning o'qi bachadon o'qi bilan to'g'ri burchak hosil qilib kesishgan holati.
Homiladorlar ekstragenital ratologiyasi	homiladorlik va tug'ruq asoratlarining ko'payishi, ona va bola uchun xavfning oshishi, moslashish mexanizmining pasayishiga zamin yaratuvchi ayollar jinsiy sohasidan tashqarisidagi a'zolar va tizimlar kasalligi.
Homila chanog'ining oldinda yotishi	bachadonda bo'ylama vaziyatda joylashgan homilaning chanog'i bilan pastga o'rnashuvi. Akusherlikda bunday holat patologik holat hisoblanib, shu sababli homiladorlik va tug'ruqni oqilona olib borishni talab qiladi.
Homilaning dumbasi bilan oldinda yotishi	homilaning chanog'i bilan oldinda yotishining bir turi bo'lib, bunda homila dumbalari bilan kichik chanoq kirish qismida joylashadi.
Homilaning oyoq bilan oldinda yotishi	homilaning oyoq bilan oldinda yotishining bir turi bo'lib, bunda homila kichik chanoqqa kirish paytida oyoqlari bilan kichik chanoq kirish tesikligida joylashadi.
Implantasiya	embrionning bachadon shilliq pardasining ichkarisida o'rnashib olishi. Bu odatda embrional rivojlanishning 6-8 kunlariga to'g'ri kelib, trofoblastning detsidual to'qimani eritib yuborish qobiliyatiga bog'liq bo'ladi.
Istmik-servikal etishmovchilik	bachadon bo'g'zi va bo'ynining anatomofiziologik buzilishi hisoblanib, bachadon bo'yni mushak qavatining zararlanishi oqibatida homilaning o'z-o'zidan barvaqt tushishiga olib keladi.
Jadallashgan abort	bola tushishining uchinchi bosqichi bo'lib, bachadon devoridan ko'chgan homila tuxumining ochilayotgan bachadon bo'yniga kelib tushishi.
Jinoiy abort	yashirin ravishda davolash muassasalaridan tashqarida bajariladigan sun'iy abort.

Kam suvlilik	qog'onoq suvining 0,5 litrgacha bo'lishi, ya'ni yo'ldosh amniotik pardasi epiteliysi sekretor funksiyasining yetarli bo'lmasligi natijasida ro'y beruvchi patologik holat.
Katta liqildoq	homila va chaqaloq boshining peshana va tepa suyaklari orasidagi rombsimon tolali parda.
Kechikkan tug'ruq	homiladorlikning 40-haftasidan oshgan muddatdagi tug'ruq.
Kechki toksikozlar	homiladorlardagi patogenezi murakkab patologik holat bo'lib, bu organizm moslashuv mexanizmining buzilishi, asosan markaziy asab, qon-tomir, immun tizimlar o'zgarishi bilan bog'liq bo'lib, bunda mikrotsirkulyatsiya, gemodinamika va periferik qon aylanishi o'zgarishlari ustunlik qiladi.
Qindikning o'ralib qolishi	qindik uzun bo'lganida uning homila tanasi yoki bo'yniga o'ralib qolishi.
Laktatsiya	ko'krak bezlarining sut ajratish qobiliyati bo'lib, bu holat gipofiz oldingi bo'lagida ishlab chiqariladigan prolaktin gormoni ta'sirida ro'y beradi.
Mastit	sut bezi parenximasining yallig'lanishi bo'lib, asosan chilla davrining 2-haftasi oxiri, 3-haftasi boshlarida uchraydi.
Neonatologiya	chaqaloqlik, ya'ni tug'ilgandan tortib, to hayotining 28-kunigacha bo'lgan davrining fiziologiyasi va patologiyasini o'rganadigan fan.
Oksitotsin testi	bachadon mushaklarining eng kam miqdorda yuborilgan oksitotsinga bo'lgan reaksiyasi hisoblanib, ona organizmning tug'ruqqa tayyorgarligini ko'rsatadi.

Operativ akusherlik	akusherlik operatsiyalari haqidagi ta'limot bo'lib, u operatsiya ko'rsatmalari, shart-sharoitlari va uni bajarish texnikasini o'rganadi.
Patronaj	bu ayollar maslahatxonalarida, ambulatoriya va feldsherlik-akusherlik punktlarida patronaj doya yoki hamshira tomonidan homilador ayollarni izlab topish, gestatsiyaning ko'ngildagidek o'tishi va sog'lom bola tug'ilishini ta'minlash maqsadida bajariladi.
Patologik tug'ruq	ona va homila uchun bir yoki bir necha xil asorat keltiruvchi tug'ruq.
Perinatal davr	homiladorlikning 22-haftasidan boshlanib, chaqaloqlik davrining dastlabki 7 kuni bilan tugallanadigan vaqt kesigi. U antenatal, intranatal va erta neonatal davrlardan iborat.
Platsenta	homiladorlik davrida vujudga keladigan, homila hamda ona organizmi bilan aloqani ta'min etadigan muvaqqat a'zo.
Platsentaning pastda joylashuvi	platsentaning pastki qirrasi bachadonning ichki bo'g'zidan 7 sm pastda joylashuvi.
Qin	ayol ichki jinsiy a'zolarining biri bo'lib, tug'ruq vaqtida kesqin cho'zilishi tufayli tug'ruq kanalining bir qismini tashlik qiladi.
Sun'iy abort	tibbiy usullardan foydalanib, ayolning o'z istagi yoki tibbiy ko'rsatmalarga asosan homilani tushirish.
Tug'ruq biomexanizmi	tug'ruq yo'llarida homilaning o'tishida uning ilgari lanma va aylanma harakatlari yig'indisi.
To'lg'oq sustligi	qorin mushaklari kuchsizligi yoki tug'uvchi ayolning charchashi oqibatida sodir bo'ladigan tug'ruq kuchlarining

sustligi.

Xoriamnionit

yo'ldosh pardalarining tug'ruq paytida, ko'pincha suvsizlik davrining uzoq cho'zilishi oqibatida infeksiyalanishi.

O'z vaqtida tug'ruq

homiladorlikning 39-40 haftalik muddatidagi tug'ruq.

Chala tug'ish

homiladorlikning 22-37 haftalik muddatidagi tug'ruq hisoblanib, homila chala yoki yetilmasdan tug'iladi.

Chanoq

ikkita nomsiz suyaklar, dumg'aza va dumdan tuzilgan suyak xalqa bo'lib, gavda va oyoqlar uchun tayanch vazifasini bajaradi, unda jinsiy va ichki azolar joylashadi.

Chanoq o'lchagich

chanoqning tashqi o'lchamlarini o'lchashga mo'ljallangan sirkulga o'xshash asbob.

XI. FAN BO'YICHA NAZORAT MATERIALLARI

1—mavzu test savollari

1. Istmik-servikal yetishmovchiligining diagnostikasi uchun qo'llaniladigan aniq ma'lumot beruvchi tekshirish usuli

*gistero salpingografiya
funksional diagnostika testlari
UZI
kolposkopiya

2. Bartolin bezlari joylashgan

*katta jinsiy lablar ichida
kichik jinsiy lablar ichchda
qinning kirish kismida
klitor ustida

3. Gisterosalpingografiya kuyidagini aniqlashda ma'lumot bera olmaydi

*tuxumdonlar gipo funksiyasini
bachadon rivojlanishining nuxsonlarini
endometriozni
bachadon naylarining bitib ketishi

4. Uyatli arteriya-qon bilan ta'minlanmaydi

*bachadon bo'yinchasini
qinni
tashqi jinsiy a'zolarini
oraliqni

5. Qin qoplangan

*ko'p qavatli yassi epiteliy bilan
ko'plab bezli silindrik epiteliy bilan
kubik epiteliy bilan
bokalsimon xujayrali epiteliy bilan

6. Bachadonni normal topografik anatomiyasini tavsifida qaysinisi noto'g'ri

*bacha don tanasi va bo'yinchasi o'rtasidagi burchak tumtok va orqaga ochilgan
bachadon oldinga egilgan
bachadon tubi qov suyagi tomon karatilgan
bachadon bo'yinchani tashqi bo'g'izi qin orqa devoriga karagan

7. Tuxumdonning endokrin funksiyasini aniqlash u-n kanday sinama o'tkaziladi

*estrogen- progesteron sinamasi
progesteron sinamasi
andrenokortikotron gormonlar o'tkazilgan
xorial gopodotropin
FSG garmoni o'tkazilgan sinama

8. Qin ajralmalarining suyo`qismi

*qon va limfa tomirlaridan trans sudatning
sizib utishidan hosil bo`ladi

sekret ishlab chiqaruvchi qin bezlari
xisobiga hosil bo`ladi

bachadon bo`ynida okib tushuvchi sekret
xisobiga bo`ladi

springevaniyada xullanish xisobiga hosil
bo`ladi

9. Tuxumdon gormonal faoliyatini kanday aniqlash mumkin

*qin surtmalarini sitologshik tekshirish
kuldoskopiya
gisterosalpingografiya
bimanual tekshirish

10. Bachadon osib turadigan apparatiga kirmaydi

*tuxum don osilib turadigan boylamlar
bachadon yumaloq boylamlari
bachadon keng boylamlari

11. Tuxumdonlar funksional xolatini qaysi tekshirish metodi b-n baxolay oladi

*endo metriy ajralmalarini sitologiyasi
gisterosalpingografiya
FKG
bachadon va bachadon ortiklari UZI si

12. Bachadon va ortiklarini UZI tekshirish uchun kerak

*siydik kopining tulik bo`lishi
qin florasining tozalash 1-2 darslarga
to`g`ri
ichakning bushatilgan bo`lishi

13. Endometriy proliferatsiyasini qaysi gormonlar chakiradi

*esterogenlar
FSG
progesteron
LTG

14. Bachadon naylari o`tkazuvchanligini aniqlashda kullanilmaydigan usul

*kolpos kopiya
pertubatsiya

gisterosalpingografiya
xromogidrotubatsiya

15. Bachadon arteriyasi boshlangan

*ichki yembosh arteriyadan
buyrak arteriyasidan
qorin aretriyasidan
tuxumdon arteriyasidan

16. Gisteroskopiya kullash mumkin emas

*homiladorlikni tuxtatish maqsadida
submukoz miomani aniqlash maqsadida
endometriy poliplarini aniqlash maqsadida
o`tkazilgan davo choralarining ta'sirini
tekshirish maqsadida

17. Hayz sikli kunlari nimani bildiradi?

*siklik protseslarni boshlanishi
siklik protseslarni tugashi
xechnarsani bildirmaydi
homilador bo`lganini

18. Menarxe nima?

*birlamchi hayz ko`rish
to`g`rikdan keyin hayz boshlanishi
jinsiy rivojlanishning boshlanishi
kukrak bezlari paydo bulla boshlashidan

19. Miya po'stloqlarida hayz siklini boshqaruvchi markaz kayerda ?

*chakka kismida
peshona kismida
yensa kismida
tepa kismida

20. STG ishlab chikariladi

*asidofil xujayralardan
bazofil xujayralardan
xromofil xujayralardan
barcha javoblar to`g`ri

21. FSG ta'sirida sodir bo`ladi

*tuxumdonlarda follikulalarning yetilishi
sarik tana orqali progesteronning ishlab
chikariladi

bachadon sekresiya fazasining paydo bo`lishi
ovulyatsiyaning bo`lishi

22. LG ta'sirida nima sodir bo`ladi

*sarik tana orqali progesteron ishlab
chikarilishi
tuxumdonlarda follikulalarning yetiladi
ovulyatsiya
sekresiya fazasi

23. LTG ta'sirida nima sodir bo`ladi

*sarik tana orqali progesteron ishlab
chikarilishi

ovulyatsiya
sekresiya fazasi
tuxumdonlarda follikul yetiladi

24. Gipofizning orqa bulagida nima tuplanadi a) FSG b) LG v) vazopressin g) oksitotsin d) AKTG

*v,g
a,b
g,d
a,d

25. bitta funksiyadan tashqari bachadon xamma funksiyani bajaradi

*jinsiy alokada katnashadi
hayz siklida katnashadi
homila xaydovchi funksiyasi
homila joylashadigan joy bo`ladi

26. Qin surtmasining 1 reaksiyasida topiladi

*bazal xujayralar va leykotsitlar
bazal oraliq xujayralar va leykotsitlar
muguzlanuvchi xujayralar
oraliq xujayralar

27. Qin surtmasining 2 reaksiyasida topiladi

*parabazal kam miqdorda oraliq xujayralar
bazal xujayralar va leykotsitlar
muguzlanuvchi xujayralar
oraliq xujayralar

28. Qin surtmasining 3 reaksiyasida topiladi

*oraliq va juda kam parabazal xujayralar
muguzlanuvchi xujayralar
bazal xujayralar va leykotsitlar
yuza xujayralar

29. Qin surtmasining 4 reaksiyasida topiladi

oraliq va muguzlanuvchi xujayralar
bazal xujayralar va leykotsitlar
oraliq va juda kam parabazal xujayralar
yuza xujayralar

30. Ovulyatsiya paytida KPI kancha

*70-80%
30%
40%
50%

31. Ovulyatsiyadan keyin surtmada topiladi normada

*oraliq xujayralar
yuza xujayralar

parabazal xujayralar
bazal xujayralar

32. GSG hayz siklining qaysi kunida kilinadi

*6-8 kun
17-18 kun
9-11 kun
25 kun

33. Kolposkopiya kanday tekshirish usuliga kiradi

*endoskopik
rentgenologik
sitologik
rutin metodi

34. Endoskopik tekshirish usuliga kiradi....a) GSG.....b) pertubatsiya....v) gisteroskopiya...g) kuldoskopiya...d) UZI

*v,g
a,b,v
g,d
g,b

35. Qin sitologiyasining 4 turida qaysi xujayralar topiladi

*muguzlanuvchi
bazal
parabazal
oraliq

36. Gisteroskopiya kullash mumkin emas

*homiladorlikni tuxtatish maqsadida
submukoz miomani aniqlash maqsadida
endometriy poliplarini aniqlash maqsadida
o`tkazilgan davo choralarining ta'sirini tekshirish maqsadida

37. Gisteroskopiya o`tkazish uchun karshi kursatmalar sanaladi

*qin tozaligining 3-4 darajasi
qin tozalishining 2-1 darajasi
dekompensatsiya belgilari bilan rak kasalliklari
Semizlik

38. Bachadon bushligiga tashxis kuyish maqsadida kirishga karshi kursatmalar

*utkir endometrit
tuxumdonlar faoliyatini baxolash zarurati tugilagnda

polipozga shubxa kilinganda
bachadon miomasi

39. Qin ajralmalari

*kislotali muxitga ega

ishkorli muxitga ega
neytral muxitga ega
kuchsiz ishorli muxitga ega

40. Bachadon naylari o'tkazuvchanligini aniqlashda kulanilmaydigan usul

*kolposkopiya
pertubatsiya
gisterosalpinografiya
xromogidrotubatsiya

3-mavzu test savolalri

1. Disfunktsional qon ketish sabalarini kursating..a. bachadon yalliglanishi...**b.** tuxumdon o'smalari....**v.** tuxumdonda garmonal yetishmovchilik....**g.** bosh miya o'smalari....**d.** Verlgof kasalligi....**e.** bachadon o'smalari

*a

b

v

g

2. Anovulyator bachadon qon ketishlarida sarik tana hosil bo'ladimi

*yo`q

xa

barcha javoblar to`g`ri

to`g`ri javob yo`q

3. anovulyator bachadon qon ketishida organizmda kandy garmon miqdori oshib ketadi

*estrogenlar gormoni

progesteron gormoni

teriotrop gormon

adrenokortikotrop

4. Disfunktsional qon ketishda bachadon enrometriyasida kandy faza kuzatiladi

*proleferatsiya

regeneratsiya

dikvamatsiya

regeneratsiya sekresiya#

5. Follikullada peresestensiyasi qaysi yeshli ayollarda uchraydi

*46-50esh

8-10 yesh

12-16 yesh

20-35 yesh

6. Disfunktsional qon ketishda medikamentoz kyuretaj u-n kandy dori moddasi ishlatiladi

*progesteron

folikulin

vikosol

oksitotsin

7. Anovulyator siklida bazal temperatura uzgaradimi

*yo`q

xa

barcha javoblar to`g`ri

to`g`ri javob yo`q

8. Yuvenil qon ketishda davo muolajalarini kursating...a.garmonal

gemostaz....**b.**bachadon

enrometriyasi....**v.**progesteron....**g.**bachadon

nni kiskartiruvchi dorilar....**d.**bachadon

amputatsiyasi...**e.**androgenlar

*a g

b v

v a

gd

9. Klimakterik davrida qon ketishda vrachning birlamchi vazifasi...

a.bachadonning kiskartiruvchi

dorilar berish....**b.**ambulator sharoitida

vitaminoterapiya estregenlar yuqori dozada

tavsiya qilish **v.**bachadon devorini kirish

g.sitriolitlar berish

*v a

a d

b a

v

10. Kuyida kursatilgan steroid garmonlarni belgilang

*estrogen va progesteron

estrogenlar

FSG

LTT va LG

11. Relizing garmonlar kaerdan ishlab chiqiladi

*gipotalamus

gipofiz old bulagi

buyrak usti bezidan

gipofiz va gipotalomusdan

12. Yetilgan follikulning ovulyatsiyasiga qaysi garmon orqali ruyberadi

*progesteron

estrogen garmonlar

lyuteinlovchi gormon

lyutenlovchi va fallikullo stimullovchi
garmon#

13. Tug`ruq yeshida disfunktsional qon ketishda 1-chi yerdam etaplarini kursating

*bachadon tanasini kirish

yuqori dozada progesteron

estrogenlar

LG

14. Tuxumdonlar funksional xolatini qaysi tekshirish metodi b-n baxolay oladi

*endometriy ajralmalarini sitologiyasi

gisterosalpingografiya

FKG

bachadon va bachadon ortiklari UZI si

15. Buyrak usti bezi po`stlog`i xolatini funksional baxolash u-n kanday tekshirish usuli qo`llaniladi

*17 ketosteroid va pregnandiolnianiqlash

bachadon bo`yni Servikal kanalining xolati

"poporotnik" fenameni

endometrik reaksiyasi

16. KPI ning qaysi kursatkichi homiladorlik uzilish xavfini davolashni boshlash k-k

*10%

2%

5%

3%

17. Estrogen gemostaz kachon kilinadi

*yuvencil qon ketganda

klimakterik ketganda

submukoz mioma tugunida

chana abortda

18. Esterogenli gemostaz qo`llaniladi

*yuvencil qon ketganda

submukoz miomatoz tugunlar bo`lganda

challa abortda (notulik)

bachadondan tashqari komiladorlikka shubxa bo`lganda

19. DMK ni davolashda asosan qo`llaniladi

*urin bosuvchi gormonal davo

boshqaruvchi gormonal davo

simptomatik davo

jarrokli davo

20. Tug`ruqdan keyingi neyroendokrin sindromda nima kuzatilmaydi

*ko`pincha juda ozib ketish

Isenko-Ko`pshiga sindromi tipida kechishi

xotira susayadi

septik shokdan so`ng rivojlanadi

21. Follikul atreziyasida endometriyni xolati

*bezsimon giperplaziyaning aktiv bo`lmagan shakli

atipik bezsimon giperplaziya

endometriyda sekresiya jaraeni (glikogenni yuqori miqdordaligi)

desidual uzgarishlar

22. Yuvenil qon ketishning sabablari

*gipotalamusning gipofizotrop

strukturasining rivojlanmasligi

infantilizm

yurak-qon tomir kasalliklari

nasl kasalliklari

23. Yuvenil qon ketishga xos bo`lgan tuxumdon faoliyatining buzilishi

*tulik yetilmagan follikulning atreziyasi

ovulyatsiya bo`lmagan follikulning llyuteinizatsiyasi

rivojlanishning ilk boskichidagi follikul atreziyasi

hayz siklining 1 fazasining kiskarishi

24. Ginekologik amaliyotda exografiya uslubini bilan nimani aniqlab bulmaydi

*reproduktiv sistemanining funksional buzilishlari

bachadon o`sma kasalliklari

tuxumdon o`sma kasalliklarini

bachadondan tashqari homiladorlikni

25. Klimakterik qon ketishlarning asosiy sababi

*ayollarning reproduktiv sistemasidagi involyusion uzgarishlar

gipotalamo-gipofizar sistemaning uzgarishi

siklik faoliyatini nomutanosibligi

jinsiy apparatdagi organik uzgarishlar

26. Yuvenil qon ketish ko`pincha nima bilan boglangan

*etilmagan follikulning atreziyasi

tuxumdonning kistasi

giperestrogenlik

sarik tana persistensiyasi

27. Klimakterik qon ketish ko`pincha nima bilan boglangan

*sarik tananing persistensiyasi

yetilmagan follikulaning atreziyasi

tuxumdon polikistozi

endometriyning yalliglanishi

**28. Sintetik progesteronlarni uzok mud-
datli tartibda berish tuxumdon
endometriyasiga kanda ta'sir kursatadi**

endometriy qavatini usishini kamaytiruvchi

stimulyatsiyalovchi

ta'sir kursatmaydi

androgenlar ishlab chiqarishni kamaytiradi

**29. Gipotalamik amenoreya nima bilan
boglangan**

*SNSning yuqori kismlariga patogen fak-
torlarning ta'sir qilishi

gonadotropin gormonlarining sintezining
tushishi

gipotireoz

buyrak usti bezi gipofunksiyasi

**30. Kariopiknotik indeks 80% dan 100%
gacha kuzatiladi**

*etilgan follikul persistensiyasida

sarik tana persistensiyasida

normal hayz siklining 2 fazasida

sarik tana yetishmovchiligida

31. Esterogenlar kaerda hosil bo'ladi

*follikulda

gipotalamusda

bachadonda

sarik tanachada

**32. Progesteron ta'sirida endometriyda
kanda jaraenlar yuz beradi**

*sekresiya

proliferatsiya

deskvamatsiya

g iperplaziya

**33. Ayol organizmida androgenlar nimaga
olib keladi**

*ovulyatsiyani tuxtashiga

sarik tana faoliyatini susaytiradi

ovulyatsiyani stimullaydi

sarik tana faolyatini kuchaytiradi

**34. Ovulyator qon ketish kanda xollarda
kuzatiladi**

*follikulning kiskacha persistensiyasi

sarik tana persistensiyasi

follikulning uzok persistensiyasi

follikul atreziyasi

**35. Tug`ruq yoshdagi ayollarda
disfunktsional qon ketishini aniqlash va
davolashda kanda metodlar qo`llaniladi?**

gestogen preparatlar va bachadondan kirma
olish gistologik tekshirish

estrogen preparatlar va bachadon
amputatsiyasi

estrogen, gestogen preparatlar va
bachadondan kirma olish bakteriologik
tekshirish

to`g`ri javob yo`q

**36. Yuvenil qon ketishda bemor axvoli
qonikarli bo`lganda kanda davollash
usuli qo`llaniladi?**

Uteratonik dorilar

Lazeks

og`riq koldiruvchi

disensibilizatsiyalovchi

**37. Yuvenil qon ketishlarga sabab
buluvchi etiologik omil**

*utkir va surunkali infeksiyalar

onkologik kasalliklar

teri-tanosil kasalliklar

xamma javoblar to`g`ri

**38. Tuxumdon funksiyasining buzilishi
kanaka uzgarishlar bilan namoyon
bo`ladi?**

ikqinchi fazaning yo`qligi

qon ketish

shillikli ajralmaning kub ajralishi

to`g`ri javob yo`q

**39. Reprodukativ yeshdagi BDKK larda
asosiy davollash prinsiplari**

*simtomatik va gormonal terapiya

dezintoksikasion terapiya

desensibilizatsiyalovchi terapiya

xamma javoblar to`g`ri

40. Follikul yetilishi buzilishining xili

*follekul persistensiyasi

follekul gipersistensiyasi

follikul goposistensiyasi va atreziyasi

xamma javoblar to`g`ri

41. Follikul atreziyasiga kiradi

*uzok davom etuvchi qon ketishi

estrogennlar yuqori darajada bo`lishi

uzok vakt xays tutilgandan so`ng qon
ketmasligi

to`g`ri javob yo`q

42. Yo`qK larda tekshirish usuli

*bazal xaroratni ulchash

bimanual tekshirish

qonda estrogen miqdorini tekshirish

to`g`ri javob yo`q

43. Follikulin fazasining kiskarishiga sabab bo`ladigan qon ketishi

*ovulyator qon ketish

anovulyator qon ketish

A va B javoblar to`g`ri

to`g`ri javob yo`q

44. BDKK qaysi kasalliklar bilan dif-diagnostika kiliniadi

*gemofiliya

bukok

mieloma

to`g`ri javob yo`q

45. Yuvenil qon ketishlari chastotasi

*20%

1-3%

3-5%

10%gacha

46. Homiladorlikning qaysi muddatigacha mikrofolin bilan davolash mumqin

*5 xaftadan 7 xaftagacha

0 xaftadan 12 xaftagacha

10 xaftadan 12 xaftagacha

8 xaftadan 12 xaftagacha

47. Disfunktional qon ketish sabalarini kursating..a. bachadon yalliglanishi...b. tuxumdon o`smalari....v. tuxumdonda garmonal yetishmovchilik....g. bosh miya o`smalari....d. Verlgof kasalligi....e. bachadon o`smalari

*a

b

v

g

48. Anovulyator bachadon qon ketishlarida sarik tana hosil bo`ladimi

*yo`q

xa

barcha javoblar to`g`ri

to`g`ri javob yo`q

49. anovulyator bachadon qon ketishida organizmda kanda garmon miqdori oshib ketadi

*estrogenlar gormoni

progesteron gormoni

teriotrop gormon

adrenokortikotron

50. Disfunktional qon ketishda bachadon enrometriyasida kanda faza kuzatiladi

*proleferatsiya

regeneratsiya

dikvamatsiya

regeneratsiya sekresiya#

51. Follikullada peresestensiyasi qaysi yeshli ayollarda uchraydi

*46-50esh

8-10 yesh

12-16 yesh

20-35 yesh

52. Disfunktional qon ketishda medikamentoz kyuretaj u-n kanda dori moddasi ishlatiladi

*progesteron

folikulin

vikosol

oksitotsin

53. Anovulyator siklida bazal temperatura uzgaradimi

*yo`q

xa

barcha javoblar to`g`ri

to`g`ri javob yo`q

54. Yuvenil qon ketishda davo muolajalarini kursating...a.garmonal gemostaz....b.bachadon enrometriyasi....v.progesteron....g.bachadon nni kiskartiruvchi dorilar....d.bachadon amputatsiyasi....e.androgenlar

*a g

b v

v a

gd

55. Klimakterik davrida qon ketishda vrachning birlamchi vazifasi...

a.bachadonning kiskartiruvchi dorilar berish...b.ambulator sharoitida vitaminoterapiya estregenlar yuqori dozada tavsiya qilish v.bachadon devorini kirish g.sitriolitinlar berish

*v a

a d

b a

v

56. Kuyida kursatilgan steroid garmonlarni belgilang

*estrogen va progesteron

estrogenlar

FSG

LTT va LG

57. Relizing garmonlar kaerdan ishlab chiqiladi

*gipotalamus

gipofiz old bulagi

buyrak usti bezidan

gipofiz va gipotalomusdan

58. Yetilgan follikulning ovulyatsiyasiga qaysi garmon orqali ruyberadi

*progesteron

estrogen garmonlar

lyuteinlovchi gormon

lyutenlovchi va fallikullo stimullovchi garmon#

59. Tug`ruq yeshida disfunktsional qon ketishda 1-chi yerdam etaplarini kursating

*bachadon tanasini kirish

yuqori dozada progesteron

estrogenlar

LG

60. Tuxumdonlar funksional xolatini qaysi tekshirish metodi b-n baxolay oladi

*endometriy ajralmalarini sitologiyasi

gisterosalpingografiya

FKG

bachadon va bachadon ortiklari UZI si

4- mavzu test savollari

1. Infeksiyalangan abort b-n bemor yetqizilishi k-k

*ginekologiya

kunduzgi stasionar

tugurukxona

homiladorlar patologiyasi bo`limi

2. Homilaning uz-uzidan tushishi kanchagacha uchraydi

*0,5%

3-4%

15-20%

2-8%

3. Sun'iy abortga karshilik nima a.homila tushishi xavfi b.bachadon miomasi v.trixomonatli kalpit g.bachadondagi chandik d.virusli gepatit

*bv

ab

a v

g d

4. Homila tushish xavfi belgilarini kursating

*qorin pastida og`riq

laxtali qon ketish

yiringli ajralma

kushni organ funksiyasini buzilishi

5. Homilaning 8-9 xaftaligida tushish xavfi kanday davolanadi a.fizika psixik tinchlik b.sinestrol...v.progesteron...g.follikulin...d.t inchlantiruvchi davo

*a v d

b v g

v g d

b g d

6. Homila chala tusha boshlanganlik belgilarini kursating...a.qorin pastida og`riq....b.bachadon bo`ynini ochilishi...v.kushni organlar funksiyasini buzilishi....g.qonli ajralma....d.bachadon kattaligi b-n oxirgi hayzning to`g`ri kelmasligi

*bg

b v

a g

g d

7. Homiladorlikning 18-20 xaftaligida tushish xavfining sababi istimiko

servikal yetishmovchilik bulsa kanday davolanadi:...a.fiziko-psixik tinchlik...b.sinestrol...v.progesteron....g.tok olitik davo...d.bachadon bo`yniga chok kuyish

*d,a,v,g

a,v,

b,a,g

a,g,d

8. Chala tashlash kanday davolanadi

*bachadon bushligini kirish

qonservativ,simptomatik

gormonal davo

homilani saklash davosi

9. Homilani saklash uchun kanday fizioterapevtik usullar

qo`llaniladi...a.vitamin V b-n endonazal elektroforez....b.qorin pastiga UVCh....v.kuesh tugunida diatermiya....g.qorin pastiga dorsanval...d.bel soxasini ukalash

*v g

a b

b v

a v

10. Abortdan so`ng kandy asorat kuzatilmaydi...a.chala abort....b.tuxumdon kistasi....v.metroendometrit...g.yuvinil qon ketish...d.plasentar polip

*g d

a b

v g

b g

11. Homila tusha boshlanganligi qaysi kasalliklar b-n deferensiallanadi....a.el bugoz....b.tuxumdon kistasi....v.bachadon miomasi....g.yuvinil qon ketish...d.o`smay kolgan homila

*v g d

a b v

a v g

b v g

12. Homiladaorlik davrida ismikoservikal yetishmovchilik kandy davolana

Di...a.aylanma chok kuyish....b.chok kuyilmaydi....v."P"simon chok kuyish....g.plastik operatsiya...d.homila olib tashlanadi

*a

b v

a v

v g

13. Kachon naydagi homiladorlik deyiladi

*nayning ampulyar kismidagi homiladorlik bachadondagi homiladorlik tuxumdonidagi homiladorlik bachadon bo`ynidagi homiladorlik

14. Chala tushgan chakaloklar orasida perinatal ulim necha protsentni tashkil qiladi

*20-25%

60-70%

40-45%

10-20%

15. Chala tashlash chastotasini kursating

*10-15

2%

1%

0,2%

16. Chala tashlash deganda nimani tushunasiz

*uruglangandan 22 xaftagacha homilaning uz-uzidan uzilishi

uruglangandan 27 xaftagacha homilaning buzilishi

12 xaftadan 38xaftagacha homilaning buzilishi

20xaftadan-38xaftagacha

17. Chala tashlash nima b-n xarakterlanadi homiladorlikning uz-uzidan

kuyidagi muddatda buzilishi

*uruglangandan 22 xaftagacha

26 xaftalikdan 36xaftalikgacha

30 xaftadan 38 xaftagacha

30 xaftadan 36 xaftagacha

18. Erta chala tashlash deb qaysi muddatgacha aytib bo`ladi

*homiladorlikning boshidan 14 xaftaligigacha

homiladorlikning boshidan 6 xaftaligigacha

homiladorlikning boshidan 10 xaftaligigacha

homiladorlikning boshidan 12 xaftaligigacha

20. Abortning qaysi turida homilaning tuxumi bachadon bo`yni kanalida

bo`lishi mumqin

*chala homila tushushida

tulik abortda

boshlangan abotda

jadallashgan abortda

21. Abortning qaysi turida generalizatsiyalashgan sepsis ko`prok uchrashi

mumqin

*infeksiyalangan abort

boshlanganda

chala tashlash xavfi

tulik abort

22. Qaysi bazal temperatura homila tushish xavfini kursatadi

*37,0 gr

37,7gr da va undan yuqori

37gr va undan past

37,3 gr

23. Doimiy chala tashlash deganda nimani tushunasiz

*2 marta undan ortik homiladaorlikning uzulishi

1 marta homiladorlikning uzulishi

tugurukdan so`ng homiladorlikning uzulishi

2 marta tugurukdan keyin homiladorlikning uzulishi

24. Gisterosalpingografiyada bola tashlashning qaysi sababi aniqlanmaydi

*tuxumdon disfunktsiyasi
istmiko-servikal yetishmovchiligi
bachadon rivojlanishi nuksonlari
infantilizmi

25. Sun'iy abortga karshilik nima...

a.homila tushishi xavfi....b.bachadon miomasi....v.trixomonatli
kalpit....g.bachadondagi chandik....d.virusli gepatit

*b v

a b

a v

g d

26. Homiladorlikning 18-20 xaftaligida tushish xavfining sababi istimik servikal yetishmovchilik bulsa kanday davolanadi:

a.fiziko-psixik tinchlik
b.sinestrol
v.progesteron
g.tokolitik davo
d.bachadon bo`yniga chok kuyish

*d,a,v,g

b,a,g

a,g,d

g,d

27. Rivojlanayotgan nay homiladorligini aniq tashxislash -

*laparoskopiya.

UZI.

bachadon bushligini kirish,
qorin bushligi punktsiyasi

28. Naydagi abortda og`riqning xarakteri kandayva:kaerga irradiatsiya be radi

*bo`yinga

to`g`ri ichakka

belga

oekga,to`g`ri ichakga

30. Bachadon tashqaridagi homiladorlikda endomitriyada kanday gistalogik uzgarish kuzatiladi:

*adenomatozli uzgarish

bezlik giperplaziya

ko`p kistali uzgarish

xorion vorsinli desidual uzgarish

31. Bachadondan tashqaridagi yerilgan homiladorlikda jinsiy yullardan ajralma xarakteri kanday:

*ivimaydiga qon

yiringli qon

shillikli

qon serozli

32. Naydagi homiladorlikning qaysi turida bachadon burchagi kesiladi

*xech qaysi turida

interstisial joylashganda

ampulyar kismida

istmik joylashganda

33.Gisterosalpingografiyada bola tashlashning qaysi sababi aniqlanmaydi

*istmiko-servikal yetishmovchiligi

tuxumdon disfunktsiyasi

bachadon rivojlanishi nuksonlari

infantilizmi

34.Homiladorlikning 10 xaftaligida boshlangan abortga xarakter

*Bacha javoblar to`g`ri

Qorin pastida og`riq

Bachadon tonusining kuchayishi

Qonsimon ajrilmalarning kelishi

35. Homila 11-12 xaftagacha bulsa kanday abort deyiladi?

*erta abort

kechki abort

abort kilinmaydi

to`g`ri javob yo`q

36. Kechikkan turdagi abortda homila necha xafta bo`lishi kerak

*14-22 xafta

11-12

22 xaftadan ortik

homila ogirligi 200g bo`lishi kerak

37. Uz-uzidan sodir bo`ladigan abortning klinik boskichlari

*xammasi to`g`ri

xavf soluvchi abort

boshlanuvchi va jadallanuvchi

chala va tulik abort

38. Homila abort bo`lgandan keyin davo choralari

*oral kontrasepsiya

noshpa 2 ml, vitamin Ye

MgSO 4 25% , novokain m/o yuboriladi

39. Abort turlarini kursating

*xammasi to`g`ri

tabiiy , sun`iy

tabiiy , sun`iy , septik

vakum ekstraksiyalı

40. Qorinning pastida xurujsimon og`riq, kulni bachadon ustiga kuyganda xuruj paytida tonusi oshgan , bimanual kurganda bachadon bo`yni yopik, qonli ajralma yo`q .Bu qaysi abortga xarakterli?

*xavf soluvchi abort

chala abort

tibbiy abort

boshlangich abort

41. Ko`piksimon qon ketish , kor gijirlagan ovoz bachadonda , bachadon kiskarish belgisi nimadan dalolat beradi

*abort tugaganidan

abort qilishga kursatma

homila paydo bo`lganligidan

to`g`ri javob yo`q

42. Bachadonni kirishga kursatma bulmaydi

*tulik abort

yuldagi abort

xavf soluvchi abort

xammasi to`g`ri

43. Medikamentoz abortda davolash taktika

*xammsi to`g`ri

mifipreston , mifiden

glondin Ye , mifipreston

prostoglandin, antiprogesteron

44. Bachadon mushaklarini kiskartiruvchi vositalarga kiradi

*xammsi to`g`ri

oksitotsin

pitiutrin

xinin

45. Abort uchun kandyaxlil olish kerak

*Qin surtmasi-RW

Qon analizi

Siydik analizi

Bioximik taxlillar

46. Infeksiyalangan abort b-n bemor yetqizilishi k-k

*ginekologiya

kunduzgi stasionar

tugurukxona

homiladorlar patologiyasi bo`limi

47. Homilaning uz-uzidan tushishi kanchagacha uchraydi

*0,5%

3-4%

15-20%

2-8%

48. Sun`iy abortga karshilik nima

a.homila tushishi xavfi

b.bachadon

miomasi

v.trixomonatli kalpit

g.bachadondagi chandik

d.virusli gepatit

*bv

ab

a v

g d

49. Homila tushish xavfi belgilarini kursating

*qorin pastida og`riq

laxtali qon ketish

yiringli ajralma

kushni organ funksiyasini buzilishi

50. Homilaning 8-9 xaftaligida tushish xavfi kandyaxlanadi

a.fizika psixik

tinchlik

b.sinestrol...v.progesteron...g.follikulin...d.t

inchlantiruvchi davo

*a v d

b v g

v g d

b g d

51. Homila chala tusha boshlanganlik belgilarini kursating...

a.qorin pastida og`riq...b.bachadon bo`ynini

ochilishi...v.kushni organlar funksiyasini buzilishi....g.qonli ajralma....d.bachadon

kattaligi b-n oxirgi hayznıng to`g`ri kelmasligi

*bg

b v

a g

g d

52. Homiladorlikning 18-20 xaftaligida tushish xavfinıng sababi istimiko

servikal yetishmovchilik bulsa kandyaxlanadi:...

a.fiziko-psixik

tinchlik...b.sinestrol...v.progesteron....g.tok

olitik davo...d.bachadon bo`yniga chok kuyish

*d,a,v,g

a,v,

b,a,g

a,g,d

53. Chala tashlash kanday davolanadi

*bachadon bushligini kirish

qonservativ,simptomatik

gormonal davo

homilani saklash davosi

54. Homilani saklash uchun kanday fizioterapevtik usullar

qo'llaniladi...a.vitamin V b-n endonazal

elektroforez....b.qorin pastiga

UVCh....v.kuesh tugunida

diatermiya....g.qorin pastiga

dorsanval...d.bel soxasini ukalash

*v g

a b

b v

a v

55. Abortdan so'ng kanday asorat kuzatilmaydi...a.chala abort....b.tuxumdon

kistasi....v.metroendometrit...g.yuvinil qon

ketish....d.plasentar polip

*g d

a b

v g

b g

56. Homila tusha boshlanganligi qaysi kasalliklar b-n deferensiallanadi....a.el

bugoz....b.tuxumdon kistasi....v.bachadon

miomasi....g.yuvinil qon ketish....d.o'smay

kolgan homila

*v g d

a b v

a v g

b v g

57. Homiladaorlik davrida ismikoservikal yetishmovchilik kanday davolana

Di...a.aylanma chok kuyish....b.chok

kuyilmaydi....v."P"simon chok

kuyish....g.plastik operatsiya...d.homila olib

tashlanadi

*a

b v

a v

v g

58. Kachon naydagi homiladorlik deyiladi

*nayning ampulyar kismidagi homiladorlik

bachadondagi homiladorlik

tuxumdondagi homiladorlik

bachadon bo'ynidagi homiladorlik

59. Chala tushgan chakaloklar orasida perinatal ulim necha protsentni tashkil qiladi

*20-25%

60-70%

40-45%

10-20%

60. Chala tashlash chastotasini kursating

*10-15

2%

1%

0,2%

5-mavzu test savollari

1. Rivojlanayotgan nay homiladorligini aniq tashxislash -

*laparoskopiya.

UZI.

bachadon bushligini kirish,

qorin bushligi punksiyasi

2. Naydagi abortda og'riqning xarakteri kanday va kaerga irradiatsiya beradi

*bo'yinga

to'g'ri ichakka

epigastral soxaga

oekga,to'g'ri ichakga

3. Bachadon tashqaridagi homiladorlikda endomitriyada kanday gistalagik uzgarish kuzatiladi:

*adenomatozli uzgarish

bezlik giperplaziya

desidual uzgarish

ko'p kistali uzgarish

4. Bachadondan tashqaridagi yerilgan homiladorlikda jinsiy yullardan ajralma xarakteri kanday:

*ivimaydigan qon

iflos jiggar rangli

yiringli qon

shillikli

6. Naydagi homiladorlikda nima kuzatilmaydi

a.o'smay kolgan homila

b.naydagi abort

v.homilaning yetilishi

g.nayning yerilishi

d.chala tashlash

*b a d

a b v

b v g

a v d

v g d

7. Bachadondagi homiladorlikni aniqlashda kanday usllar qo'llaniladi

a.progesteron sinamasi

b.UZI tekshirish

v.prednezalon sinamasi

g.vaginal kurik

d.kuldoskopiya

*a b

a v

g d

v d

8. Bachadon tashqarisidagi homiladorlik aniqlanganda vrachning taktikasi

*kutish,qonservativ davo

rejali tubektomiya

bachadon amputatsiyasi ortiklari b-n

bachadon amputatsiyasi ortiklarisiz

9. Bachadondan tashqaridagi homiladorlikni kelib chikish sabablari

a.surunkali adneksit

b.bachadon bo`yni erroziyasi

v.gastrit

g.tuxum xujayra patologiyasi

d.kolpit

*a,b,g, d

a b

b v

v g

10. Qaysi patologik uzgargan xujayralarni trofoblastik kasallik kelib chiqadi

a.yuza xujayradan

b.sinsitial xujayradan

v.silindrik xujayradan

g.trofoblastik xujayradan

d.yassi xujayradan

*b g

b v

a g

g d

11. Nimadan keyin trofoblastik kasallik rivojlanadi

a.bachadondan tashqaridagi homiladorlik

b.tuxumdon kistasi

v.amenoriya

g.normal homiladorlik

d.beputshlik

*a b

b v

b g

a g

b d

12. Trofoblastik kasalligining 1-chi belgisini kursating

a.qorin pastida og`riq

b.yiringli ajralma

v.jinsiy yullardan qon ketish

g.yuvilgan gusht suvidan ajralma

d.orqa ichakka beriluvchi og`riq

*a v

a b

v g

g d

13. Trofoblastik kasallik qaysi organga metastaz bermaydi

a.upkaga

b.bosh miyaga

v.suyak iligiga

g.siydik naychasiga

d.teriga

*d g

a b

b v

v g

v d

14. Yel bugozning xarakterli belgisini kursating

a.qon ketish

b.yiringli ajralma

v.qorin pastiga og`riq

g.amenoreya

d.bachadon kattaligining

*a v d

a b v

b v g

v g d

15. Trofoblastik kasalligida qaysi garmon ishlab chikariladi

*xorionik gonadotropin

progesteron

sinestrol

follikulin

16. Xorion epiteliomada vrachning taktikasi

*bachadon amputatsiyasi ortiklari

bachadon bushligini kirish

bachadon ektirpatsiyasi

bachadon amputatsiyasi ortiklarisiz

17. Yel bugozda bachadon 12 xaftaligacha kattalashganda vrachning taktisi

*bachadon bushligida kirish

kiskartiruvchi muolajak berish

bachadon amputatsiyasi

bachadon eksterpatsiyasi

18. Rivojlangan xironepiteliomaning belgilarini kursating

a.qon ketish

b.oligomenoriya

v.yutal va nafas yetishmasligi

g.K/B ning kutarilishi

d.kushni organ funksiyasining buzilishi

*a d v

b v g

a b d

a g d

19. Xorion epiteliomaning aniqlashda qaysi tekshirish usuli qo'llaniladi

a.sitologik

b.gistologik

v.bachadon bushligini zond b-n tekshirish

g.XG ni aniqlash

d.orqa gumbaz punksiyasi

*a b g

v a

a g

b d

20. Trofoblastik kasalligining yemon sifatli belgilarini kursating

A.tana xaroratini kutarilishi

b.bachadonning kichiklashuvi

v.laxtali qon ketish

g.K/B ning kutarilishi

d.kam qonlikning rivojlanishi

*a v d

a b v

v g d

a g d

21. Xozirgi zamon dalillariga kura qaysi usullar b-n tugulishini regul yatsiya qilish mumqin

*kontrasepsiya asosida

medisina kursatmasi asosidaabort qilish

sasial kursatma asosida abort qilish

bachadon bo`yni kalpokchalari asosida

22. Trofoblastik kasallik markeri:

*beta-xoriogonin,

alfa-fetoprotein

estriol

SA-125

23. Xorionepiteliomani asosiy davolash usuli:

*ximioterapiya

operativ

nurli

gormonoterapiya

24. Xorionepiteliomaning asosiy diagnostik usuli.

*beta-xoriogonin titrini aniqlash

bachadon bushligini kirish

gisteroskopiya

UZI

25. Nay homilasida bachadondan qonli ajralmalarning kelishiga sabab:

*desidual qavatning kuchishi

qon ivish sistemasining uzgarishi

tomirlar devorining uzgarishi

nayning yorilishi natijasida bachadon bushligiga

qon tushishi

26Xorionepitelioma tashxisi asoslanadi

*Bachadon devorini kirib gistologik tekshirish

Shikoyatlar,anamnez, qon umumiy analizi

UZI,rentgenografiya

UZI,qon analizi, qin orqali ko`rish

27. Xorionepitelioma qaysi kasallik asorati bo`lib xisoblanadi

*Elbo`g`iz

Leykoplakiya

Displaziya

Bachadon raki

28. Xorionepiteliomani davolash

*Ekstirpatsiya, rentgenoterapiya,Ximioterapiya

Ekstirpatsiya

Bachadon devorini kirish,qon tuxtatuvchi

preparatlar

Ximioterapiya

29. Xorionepitelioma asosan kaerda joylashadi

*Bachadonda

Tuxumdonda

Bachadon bo`yni va qinda

Bachadon naylarida

30. Yelbo`g`iz klinikasini kursating

a)Homiladorlikning normal kechishi

b)teka-lyutein kistalar paydo bo`lishi

v)Kuchli rivojlangan toksikozlar

g) Bachadon ulchami va homiladorlik muddatining to'g'ri kelmasligi
d) Yuqoridagilarning xammasi
*b,v,g

v,g

a,b

b,d

d

31. Qaysi laborator usul bilan yelbo'g'iz diagnostikalanadi

*XG miqdorining oshishi

Qon trombositlarining ko'payib ketishi

SOEning kutarilishi

Leyskotsitlar mikdoining ko'payishi

32. Yelbo'g'izni davolashda ishlatilmaydi

*Bachadonni utkir kirgich bilan kirish

Bachadon devorini tumtok kirgich bilan kirish

Bachadon bo'yninni ochishda

kengaytiruvchilardan foydalanish

Bachadon kiskatiruvchilarini ishlatish

33. Yelbo'g'izda ximioterapiyaga kursatmalar

*Elbo'g'iz olib tashlangandan keyin XGning pasaymasligi

Tez tez qon ketishlarining kuzatilishi

Bachadon xajmining katta bo'lib kolishi

Yelbo'g'izning katta muddatlarida

34. Yelbo'g'izda ximioterapiya maqsadida qaysi preparat qo'llaniladi

*Metotreksat

Vinblastin

Vinxristin

Rubomisin

35. Invaziv yelbo'g'izning xususiyatini kursating

*Katta ulchamlarni egallashi

Boshqa organlarga metastaz bermasligi

Venalar bo'lib usish xususiyati

Shokoladsimon kistalarning paydo buishi

36. Yelbo'g'izning invaziv formasida akusherning taktikasi

*Bachadonni ortiklari bilan ekstirpatsiya qilish

Bachadonni ortiklarisiz ekstirpatsiya qilish

Ximioterapiya beriladi

Simptomatik usul

37. Xorionepiteliomaning 2 stadiyasiga xarakterli

*O'sma upkaga metastaz bergan

O'sma bachadon chegarasida

O'sma bachadon chegarasidan chikkan leqin kichik chanoqdan chikmagan

Metastatik uchoklarning paydo bo'lishi

38. Xorionepiteliomani davolashda ishlatiladigan preparat

*matatreksat

Norkolut

Testosteron

Turinal

Prolaktin

39. Buzilgan bachadon tashqarisidagi homiladorlik simptomlarini kursating

a) Qorin pastida og'riqlar

b) Tana xaroratining kutarilishi

v) Taxikardiya

g) Homilaning kimirlashi

d) Kaltirash va varaja

*a,b,v

a,v

b,v,g

v,g,d

40. Qaysi laborator usul bilan yelbo'g'iz diagnostikalanadi

*XG ning musbat bo'lishi

Qon trombositlarining ko'payib ketishi

SOEning kutarilishi

Leyskotsitlar mikdoining ko'payishi

6 - mavzu test savollari. Ayollar jinsiy a'zolarining spetsifik va nospetsifik yalliglanish kasalliklari.

1. Parametritning yiringlash boskichida davolash usuli

*kolpotomiya

qonservativ

laparotomiya

bachadon ekstirpatsiyasi

2. Kolpitning qaysi turida estrogenlar maxalliy ishlatiladi

*Zamburugli surunkali

Trixomonadli

Gonoreyali

3. Infeksiya tushgandan keyin qaysi kuni endometrit belgilari paydo bo'ladi

*3-4kun

5-6kun

7-8kun

9-10kun

4. Trixomoniazning inkubasion davri

*5-15kun

30kun

2-3 kun

bir necha oy

5. Trixomonada topilganda qin tozalik darajasi

*4daraja

1 daraja

2daraja

3daraja

6. Trixomoniazda nechta klinik formalar tafovut kilinadi

*2ta

3ta

4ta

5ta

7. Surunkali trixomoniaz deb

*2oydan ko`p

Kasallik davomiyligi 1 oydan ortik

1 oydan kam

3oydan ortik

8. Vulvit nima

*Qin devorlari yalliglanishi

Bachadon bo`yni yalliglanishi

Tashqi jinsiy organlar yalliglanishi

Bachadon naylari yalliglanishi

9. Zamburugli kolpit kuzgatuvchisini kursating

*kandida

Streptokokk

Trixomoniaz

stafilakokk

10. Kandidozni davolashda maxsus preparat

*Tinidazol, flyo`qanozol

Penisillin

Streptotsid

Metranidazol

11. Kandidozga xarakterli emas

*qon ketish

Qinning kichishi

Achishish

Ajralmalarning bo`lishi

12. Trixomoniazning nechta turini bilasiz

*2

5

4

6

13. Trixomoniazda inkubasion davr kancha

*10 kun

40 kun

1-3 kun

20 kun

14. Utkir endometritda kuzatilmaydi

*Qon bosimining kutarilishi

Metroraggiya

Qorin pastida og`riq

Taxikardiya

15. Abortdan keyingi metroendometrit kachon rivojlanadi

*2-3 kun

11-12 kun

2-3 soat

1 oydan keyin

16. Salpingoofaritning chanoq qorin pardasini yalliglanishi bilan keladigan formasi utkir salpingoofaritning qaysi stadiyasiga kiradi

*3stadiya

4stadiya

1 stadiya

2stadiya

17. Utkir endometritda kilinmaydi

*Gisteroskopiya

Qon analizi

UZI

Surtmani bak. tekshirish

Analiz mochi

18. Utkir salpingoofaritda qaysi tekshirish usuli kulanilmaydi

*GSG

Siydik analizi

Qon analizi

UZI

Surtmani bak. tekshirish

19. Pelviotselyo`lit nima

Bachadon seroz qavatining yalliglanishi

Bachadon oldi to`qimasining yalliglanishi

*Chanoq kletchatkasining yalliglanishi

Bachadon ortiklarining yalliglanishi

Chanoq qorin pardasining yalliglanishi

20. Gonovaksina qaysi provakatsiya turiga kiradi

*Ximik

Biologik

Mexaniq

Alimentar

Termik

21. Gonokokka xarakterli emas

*Gramm musbat

Loviyasimon shaklda

Gramm manfiy

Diplakokk

22. Abortdan keyin qaysi kuni endometrit belgilari paydo bo`ladi

*3-4kun

5-6kun

7-8kun

9-10kun

23. Utkir salpingoofaridlarni davolashda penisillinning kurs dozasini kursating

*60mln gacha

10-12mln

20-30mln

60mln dan ortik

24. Parametritda infeksiyani tarkalishining asosiy yo`li:

*limfogen

gematogen

kanalikulyar

giperprolaktinemiya

25. Qizlarda genitaliyning yalliglanish protsessi ko`pincha joylashadi:

*vulvit

endometrit

kolpit

salpingooforit

26. Utkir metroendometritda infeksiya tarkalishining asosiy yo`li:

*gematogen

intrakanalikulyar

limfogen

xammasi to`g`ri

27. Gonoreyani diagnostikasida surtmada aniqlanadi:

*xujayra ichi diplokokklari

xujayradan tashqarida diplokokklar

xujayra ichi va leykotsitlarda diplokokklar

xammasi noto`g`ri

28. Trixomoniaz infeksiyasining ko`p joylashishi:

*qinda

bachadon

bachadon naylarida

to`g`ri ichakda

29. Bartolin bezi abscessini ochish operatsiyasida og`riqsizlantirish:

*vena ichiga narkoz

maxalliy anesteziya

nikobli narkoz

endotraxeal narkoz

30. Utkir salpingooforit operatsiyasiga kursatmalar:

*adnektumorning bo`lishi

intoksikasion sindromning bo`lishi

anamnezida bepustlik

piosalpink

31. Bachadon bushligiga tashxis kuyish maqsadida kirishga karshi kursatmalar

*utkir endometrit

tuxumdonlar faoliyatini baxolash zarurati tugilaganda

polipozga shubxa kilinganda

bachadon miomasi

32. Qiz bolalarda ko`p uchraydigan yalliglanish kasalligi

*vulva vaginit

atrofik kolpit

oofarit

vulvit

33. Qiz bolalarda vulvavaginit sabablari

*barcha javoblar to`g`ri

infeksiya

gelmintozlar

gormonal omillar

34. Atrofik kolpit kimlarda ko`p uchraydi

*kariyalarda

qiz bolalarda

yuvinil yoshda

fertil yoshdagi ayollarda

35. Katta yoshli va keksa ayollarda vulvavaginit sabablari

*barcha javoblar to`g`ri

gormonal omillar

infeksiya

kandli diabet

36. Normada qinda kanda asosiy mikroflora guruxlari mavjud

*tayokchasimon, kokli

steptokok

stafilokok

basilla

37. Jisiiy a`zolarga infeksiyaning tarkalish yullari

*barcha javoblar to'g'ri

qontakt

gemotogen

limfogen

38. jinsiy a'zolarining yalliglanish kasalligi kanaka tekshirish usullari qo'llaniladi

*barcha javoblar to'g'ri

kuzgularda ko'rish

qindan surtma olish

flarani bakteriologik ekish

39. Sirvisitga kanda kasalliklar sabab bo'ladi

*kolpit, endometrit

yelbugoz

bartolinit

to'g'ri javob yo'q

40. Kolpitning davolashni asosiy yunalishlarini kursating

*barcha javoblar to'g'ri

keltirib chiqaruvchi sababni yo'qotish

qinni tozalovchi muolajalar

immun mustaxkamlovchi davo

41. Surunkali adeneksit kanda davolanadi

*barcha javoblar to'g'ri

bachadon ortiklari soxasi diatermiyasi

stmullovchi yalliglanishga karshi vositalar

antibakterial terapiya

42. Trixomonadali kolpitda ajralma xarakteri

*Ko'pikli, yiringli

Sargish-okimtir

Shilimshik

Qonchil

43. Zamburugli kolpitning asosiy kuzgatuvchisi

*Kandida albicans

Trixomonada

Gonoreya

Ichak taekchasi

44. Zamburugli kolpitda ajralma xarakteri

*Suzmasimon

Ko'pikli yiringli

Qonchil

Suvli

45. Trixomonadali kolpitda asosiy preparat qaysi

*Metronidazol

Eritromisin

Nistatin

nifedipin

46. Spesefik kasalliklarga qaysi patologiya kiradi

*Gonoreya

Kolpit

Endotservisit

Adneksit

47. Tuxumdon va bachadon nayining yaliglanishi bu.....

*Salpingoofarit

Saktosalpinks

Metroendometrit

Adneksit

48. Endometrit bu.....

*Bachadon shillik qavatning yaliglanishi

Bachadon muskul qavatning yaliglanishi

Bachadon seroz qavatning yaliglanishi

Bachadon barcha qavatining yaliglanishi

49. Pelvioperitonit bu.....

*Kichik chanoq a'zolarining yaliglanishi

Qorin parda yaliglanishi

Bachadon devorlarining yaliglanishi

Kichik chanoq kletchatkasining yaliglanishi

50. bachadon bo'yni yaliglanishi

*Endotservisit

Vulvovaginit

Endometrit

salpingit

7-mavzu Bachadon miomasi. Endometrioza Bachadon yaxshi sifatli o'smalari.

1. Miomatoz tugun joylashganda siydik yullarining bosilishiga olib keladi:

*submukoz

intramural

subseroz

intraligamentar

2. Bachadon miomasida menstrual siklning buzilishiga xarakterli belgi:

*menorragiya,

oligomenoreya

metrorragiya

amenoreya

3. Bachadon miomalarida qonservativ davolashga karshi kursatma

*O'sma ulchami 14-15 haftagacha katta bo'lishi

Tugunning subseroz va mushakora joylashishi

O'sma razmerining stabil bo'lishi

Kam rivojlangan menorragiyalarda

4. Homiladorlik va bachadon miomasining qo`shilib kelishi chastotasi

*25%

0,5-1%

3-4%

6-10%

5. Ichki endometrioizga kirmaydi

*Teri endometriozi

Nay ampulyarismi endometriozi

Tuxumdon endometriozi

Nayning interstisialismi endometriozi

6. Endometrioizni davolashda ishlatilmaydi

*Follikulin

Tri-regol

Regividon

Progesteron

Levonelgestrel

7. Bachadon miomasini qonservativ davolashga kursatma emas

*O`smansi 12xaf. kattaligi

Interstisial joylashish

Simptomsiz kechishi

Shillik osti qavatda joylashishi

8. Miomaga xarakterli bo`lmagan asoratni kursating

*Bachadon kaytarilib kolishi

Amenoreya

O`sma oekchasining buralib kolishi

Metroragiya

9. Tuxumdon endometrioizga xarakterli emas

*ich kotishi

Qorin pastida og`riq

Algomenoreya

Bepushtlik

Amenoreya

10. Bachadon bo`yni polipini nima bilan kiesiy takkoslash lozim

a)Sarkoma

b)Adenokarsinoma

v)Leykoplakiya

g)Tugilaetgan bachadon miomasi

dYuqoridagilarning xammasi

*b,g

a,b

b,v

a,d

11. Adenomatoz polipda qaysi gormon qo`llaniladi

*17-OPK

Mikrofolin

Mikrogenon

Sinestrol

12. Bachadon bo`yni polipi qaysi katlamdan usadi

*Shillik

Shillik osti

muskul

Qavatga bog`liq emas

13. Polipning asoratini kursating

*Yuqoridagilarning xech qaysisi polip asoratiga kirmaydi

Malignizatsiya

Kushni organlarga usib kirishi

Anafilaktik shok

14. Adenomatoz poliqlar ko`prok kaerda joylashadi

*Bachadon bo`ynida Qinda

Tuxumdonda

Bachadon tubi va burchagida

15. Bachadon bo`yni polipi makroskopik kurinishi

*Tugunsimon

Dengiz korolli kurinishida

Diffuz

Sharsimon

16. Bachadon bo`yni polipi asoratiga kiradi

*Nekroz, qon ketish,infeksiyalanish

Malignizatsiya

Perforatsiya

Yuqoridagilarning xammasi

17. Bachadon bo`yni polipi kaday davolanadi

*Gormonal

Operativ

avval gormonal keyin operativ

Davolanmaydi, uzi yo`qolib ketadi

18. Bachadon bo`yni polipi klinikasidagi asosiy bulgilar

*Qontakt qon ketishlari

Qorin pastida og`riqlar

Defekatsiyada kuchli og`riqlar

Yuqoridagilarning xammasi

19. Bachadon bo`yni polipini nima bilan kiesiy takkoslash lozim

a)Sarkoma

b)Adenokarsinoma

v)Leykoplakiya

g)Tugilaetgan bachadon miomasi

d)Yuqoridagilarning xammasi

*d

b,g

a,b

a,d

20. Bachadon miomasida shoshilinch operatsiyaga kursatma

*Metrorragiya

O'smaning 16xaftagacha kattaligi

Subseroz ko'p tugunlar bo'lishi

O'smaning interstisial joylashishi

21. Ichki endimetrioza shubxa bo'lganda gisteroskopiyani o'tkazgan makul

*xaye siklining 5-8 kunlari

hayz sikliga bog'liq emas

ovulyatsiya vaktida

hayz siklining 2 fazasida

22. Adenomiozda tekshirish usullariga kirmaydi

*pnevmoelviografiya

UZI

GSG

Gisteroskopiya

23. Katta yeshli ayollarda adenomatoz klinikasi

*Menopauzada qon ketishlar

Klimaks

Bepushtlik

Opsomenoreya

24. Adenomatoz diagnozini tasdiqlash uchun bajariladi

*Gistologik tekshirish

Kuruv

Rentgen

Orqa gumbaz punksiyasi

25. Adenomatoz poliplar ko'prok kaerda joylashadi

*Bachadon bo'ynida Qinda

Tuxumdonda

Bachadon tubi va burchagida

26. Adenomiozda rentgenologik kartina

*Naylar okklyuziyasining bo'lishi

Tulish simptomi

Qonturidan tashqari soyaning paydo bo'lishi

27. Ginekologik bemorlarning necha % da uchraydi

*10-12 % ini

70-75 % ini

3-5 % ini

40-50 % ini

28. Mioma tugunchalari bachadon bo'ynida necha % xollarda anklanadi?

*5 %

95 %

50 %

1 %

29. Mioma usish yunalishi bo'yicha kaday turdari bor

*subseroz, submukoz , intersisial

intersisial

subseroz, ekzofit, endofit

intersisial, ekzofit, endofit

30. Mioma usishining necha xil turi tafovut kilinadi

*5

4

3

6

31. Mioma usishining kaday turlari bor

*chin, soxta, stimulyatsiyalangan

chin, soxta

stimulyatsiyalangan

32. Mioma klinikasida kuzatiladigin belgilar

*barcha javoblar to'g'ri

og'riq, menorragiya

metroragiya, o'sma boshqa a'zolar bosish

belgilari

og'riq, bepustlik, qon ketish

33. Mioma asoratlarini kursating

*barcha javoblar to'g'ri

mioma oyokchasining buralib kolishi

miomaning shishib nekroz bo'lishi

sarkomaga aylanishi

34. Mioma asoratlarini kursating

*barcha javoblar to'g'ri

mioma tugunlarining infeksiyalanishi,

yirininglanishi

kuchli profuz qon ketish, anemiya

miomaning shishib nekroz bo'lishi

35. Miomani tashxislashda qaysi endoskopik usul qo'llaniladi

*B va V javoblar to'g'ri

laporoskopiya

gisteroskopiya

retromonoskopiya

36. Miomasi bo'lgan ayollar davolashda nechta toifaga bulinadi

*4 ta

5 ta

3 ta

2 ta

37. 50 yoshdan oshgan miomasi bor ayollarni davolashda 7-OPK beriladi

*hayz siklini butunlay tuxtatish uchun

hayzni normallashtirish uchun

aminoreyaga karshi

qon reologiyasini yaxshilash uchun

38. Necha % xollarda mioma rakka aylanadi

*1 %

5 %

50 %

95 %

39. Miomani davolashda gormonal terapiyaga karshi kursatma

*barcha javoblar to'g'ri

anamnezida tromboemboliya va tromboflebit

gipertoniya, revmatizm

kandli diabed, yomon sifatli o'smalar

40. Bachadon miomasida qaysi muolajalar kullash mumkin emas

*barcha javoblar to'g'ri

kuyosh nurida korayish, UVCh

oyok va qorin ustiga issik muolajalar kullash (parafin , vanna)

dengizda chumilish

41. Kanday xollarda bachadon miomasi bo'lgan ayollarga homiladorlik man kilinadi

*B va V javoblar to'g'ri

tez usuvchi o'sma, sarkomaga utish xavfi bulsa

o'sma xajmi 14 haftadan katta bulsa

kichik subseroz mioma

42. Bachadon submikozi mioma klinikasida kuzatiladi

*dardsimon og'riq, metro- va menorragiya

simptomsiz kechadi

boshqa organlarni bosib kuyadi

43. Jinsiy a'zoldan tashqari endometriozi necha % xoddarda uchraydi

*5 %

95 %

50 %

10 %

44. Endometriozi klinikasi nimaga bog'liq

*qaysi soxada joylashganligiga

psixik xolatga

mavsumga

kuzish va remissiyaga

45. Endometriozi doimiy klinik belgisi

*og'riq

qon ketish

tana xaroratining kutarilishi

qon bosimining kutarilishi

46. Tuxumdon endometriozi tarkalish darajasi nechta

*4 ta

5 ta

6 ta

3 ta

47. Adenomioz asosan qaysi yoshlarda uchraydi

*40-50

20-25

70 yoshdan keyin

10-12

48. Adenomioz tarkalish darajasi nechta

*4 ta

5 ta

6 ta

3 ta

49. Endometriozi davolashda nimalar xisobga olinadi

*barcha javoblar to'g'ri

bemor yoshi, jarayonning joylashgan joyi

tarkalish darajasi

yalliglanish bor yoki yokligi

50. Mioma qaysi kasalliklardan dif. diagnostika kilinadi?

*barcha javoblar to'g'ri

Homiladorlik

Tuxumdon o'smasi

Sarkoma

8-mavzu test savollari

1. Tuxumdon sklerokistozi natijasida bo'lgan bepushtlikni davolashda qaysi davolash turi eng samarali.

*tuxumdonni qisman ponasimon olib tashlash

klomifen bilan davolash

siklik gormonoterapiya

hayzning 2 fazasida gestogenlar berish

2. Sklerokistoz tuxumdonlarda giperestrogeniyaning rivojlanish mexanizmi

*follikulalar persistensiyasida follikuladagi

esterogenlar sekresiyasining ortishi

androgenlar sekresiyasining ortishi, keyinchalik

estron aromatizatsiyasi bilan

estrogenlar boglanishi va neytrallanishining susayishi

estrogenlar sekresiyasi

3. Kista xajmining kattalashishi sodir bo`ladi

*Suyo`qlik ko`payishi natijasida

Xujayra elementlarining ko`payishi natijasida

4. Skerokistozli tuxumdon bepusthtligini davolashda vrach taktikasi kana ka (Shteyn/Liventol sindromi)

*tuxumdonlarni koziksimon rezeksiyasi

umum kuvvatlantiruvchi terapiya

prednezalon b-n davolash

yurak qon tomir faoliyatini yaxshilashga yunaltirilgan terapiya

5. Tuxumdon kistasi oyogining buralishining operativ davolash:

*adnekspektomiya

sistektomiya

tuxumdon rezeksiyasi

bachadonni ortiklari bilan olib tashlash

6. Qaysi turdagi kistoma malignizatsiyaga moyil bo`ladi

*Xar ikkalasi xam

Pseudomusinoz

Selioepitelial

Malignizatsiyaga moyil emas

7. Tuxumdon operatsiyasida operatsiya xajmi

*Ovariectomiya

Bachadon amputatsiyasi

Ekstirpatsiya

Tubektomiya

8. Ovarioektomiyadan keyin ish kobiliyati

*Tulik tiklanadi

Tiklanmaydi

Qisman tiklanadi

9. Kistoma olib tashlangandan keyin bemor nazorati kanday

*1yil nazoratda bo`ladi

Nazoratda bo`lishi shart emas

*1yil nazoratda bo`ladi

5 yil nazoratda bo`ladi

10. Tuxumdonning yaxshi sifatli o`smasiga kiradi

*Yuqoridagilarning xammasi

Follikuloma

Kistoma

Fibroma

11. Epitelial to`qimadan usgan tuxumdon kistasining turlarini kursatin

*Pseudomusinoz,seroz

Kichik kistozli, solid, katta kistozli

Tugunli,diffuz

Subseroz, submukoz

12. Tuxumdon kistomasini keltirib chiqaruvchi faktorlar

*Gormonal

Neyrogen

Alimentar

Travmatik

13. Tuxumdon kistomasini tugish funksiyasiga tasiri

*Bepusthtlikka olib keladi

Asoratlari bulmasa tasir kilmaydi

Tasir kilmaydi

Bu kistoma xajmiga bog`liq emas

14. Kistomaning tug`ruqdan keyin eng ko`p uchraydigan asorati

*Oekhasining buralishi

Peritonit

Metastazlarning kuchayishi

Qon ketish

Septik xolatlarning paydo bo`lishi

15. Kistoma asoratlariga kirmaydi

*Psixika va kuruvning buzilishi

O`smaning buralishi

Malignizatsiya

O`smaning yerilishi va infeksiyalanishi

16. Kistoma diagnostikasida kulaniladi

*Fizikal metodlar, bimanual tekshirish,UZI

Rentgenografiya,UZI

Anamnez,Kuruv,Palpatsiya,UZI

Kolposkopiya

17. Tuxumdon teratoid o`smasiga kiradi

a)Teratoblastoma

b)Teratoma

v)Adenokarsinoma

g)Dermoidli kista

d)Xammasi

*a,b,g

a,b

d

v,g

18. Dermoidli kista ko`prok kimda uchraydi

*20-40eshli ayollarda

Ko`p tukkan ayollarda

Kariyalarda

Homilador ayollarda

19. Dermoid kista kesib kurganda

*Kuyo`q ajralma, tirnok va soch

Kuyo`q yiringli ajralma

Qonli ajralma

Seroz suyo`qlik

20. Teratoma asoratiga kirmaydi

*Anafilaksiya

O`smaning buralishi

O`smaning yiringlashi

O`smadan qon ketish

21. Teratmani davolash

*Operativ yul

Gormonlar bilan

Rentgen nurlari bilan

Rentgen va gormonal yul

22. Teratoma rakka aylanishi mumqinmi

*Xa

Yo`q

23. Teratoma necha foiz xollarda rakka utishi mumqin

*1-2%

Utmaydi

100%

50-60%

24. Tuxumdon sklerokistozi kanda davolanadi

*Tuxumdon rezeksiyasi

Tubovarioektomiya

Bachadon amputatsiyasi

Gormonal davolash

25. Tuxumdon kistomasi anatomik oekchasiga nimalar kiradi

a)Bachadon nayi

b)Tuxumdon xususiy boylami

v)Yumaloq boylam

g)Keng boylam(mesooyarium`)

d)Yuqoridagialarning xammasi

*b,g

a,b

b,v

v,d

d

26. Folikulyar kista bu

*retension hosila

tuxumdonning xatarsiz usimtasi

tuxumdon chin usimtasi

tuxumdonning xatarli usimtasi

27 . Tuxumdon yaxshi va yemon sifatli o`smalar.

*follikulyar

Tuxumdon retension kistasiga kiradi:

dermoid

tekom

28. Tuxumdonning dermoid kistalariga xos emas

*katta xajmga ega bo`ladi

bachadondan oldinda joylashgan

juda xaraktchan bo`ladi

uzun oekchasi bo`ladi

29. Yetuk yeshdagi ayollarga tuxumdonning ayol sifat (femenizatsiya) kiluvchi usimtasiga xos bo`lmagan belgi

*amenoreya

metroragiya

kariopikpotik indeksni yuqoriligi

organizm yesharishi

30. Tuxumdonning erkak sifat (maskulini-zatsiya) usimtasiga xos emas

*ovulyator hayz sikl

girsutizm

bepushtlik

amenoreya

31. Tuxumdon usimtasiga xos bo`lmagan xol

*usimtaning kayta rivojlanishi (obratnoe razvitie)

usimta malignizatsiyasi

usimta oekchasining buralishi

kistoma kobigining yerilishi

32. Tuxumdon raqining yakuniy tashxisini kuyish uchun

*duglas bushligidagi punktaning xujayra tarkibini aniqlash

limfografiya

ultratovush bilan aniqlash

pnevmoelviografiya

33. metaztazli rak tarkalishi bo`yicha nechta darajaga bulinadi

*4 ta daraja

6 ta daraja

5 ta daraja

3 ta daraja

34. tuxumdon retension kistalarini kursating

*follikulyar, lyutenli, tuboovarial

endometriozi, sitoepitelial

rak, paraovarial

pseudomusinoz, lyutenli

35. kanaka tuxumdon epitelial o`smalarini bilasiz

*barcha javoblar to`g`ri

sitoeptelial
pseudomusinoz
rak

36. tuxumdon kistalarini tkshirish usullarini kursating

*UTT, bimanual palpatsiya, laporoskopiya
orqa gumbaz punksiyasi
gisteroskopiya
gisterosalpingoskopiya

37. tuxumdon o`smalarini malignizatsiyasi belgilarini ayting

*B va V javob to`g`ri
kam xarakatchan, gadir-budur
kansistensiyasi kattik, assit
xarakatchan, sillik

38. tuxumdon kistasi rivojlanishida yuqori xavf guruxiga kiruvchi ayollarni kursating

* barcha javoblar to`g`ri
tuxumdon sklerokistozi, BDKK
bepushtlik, bachadon miomasi
erta jinsiy yetilish

39. tuxumdon kistalarida kanaka asoratlarni kuzatiladi

*malignizatsiya, o`sma kapsulasining yorilib ketishi yiringlashishi
uz-uzidan sogayish
to`g`ri javob yo`q
barcha javoblar to`g`ri

40. tasnif bo'yicha tuxumdon xavfsiz o`smalarining 3 ta turini ayting

*epitelial, teratoid, biriktiruvchi to`qimalar
neyro-endokrin, epitelial
angioma, nevrinoma
to`g`ri javob yo`q

41. kuyidagilardan qaysilari xavfsiz o`smalarga kiradi

*fibroma, serozli dermoid
adenokarsinoma, xorionepitelioma
teratoblastoma, sarkoma

42. tuxumdon kistasi oyokchalari aylanib kolishining alomati:

*qorin pardasi yalliglanishi, qorin pastida xurujli og`riq, o`sma
assit, gadir budurligi
kam xarakatchanlik, simillovchi og`riq
to`g`ri javob yo`q

43. tuxumdon kistasi kanda 3 ta gormon ajratuvchi o`smalar bor

*follikuloma, tekoblastoma, androblastoma

androblastoma, paraovarial kista, tekoblastoma
kistoma, fibroma, dermoid
to`g`ri javob yo`q

44. tuxumdon o`sma kasalligining klinik simptomi va turiga kura jarroxlilik amaliyoti o`tkaziladi

*B va D javoblar to`g`ri
o`smani kuydirish
o`smani olib tashlash
bachadon ekstirpatsiyasi bachadon ortiklari bilan

45. tuxumdon raqining 1-darajasi kanda davolanadi

*barcha javoblar to`g`ri
bachadon ortiklarini ekstirpatsiya qilish
operasidan so`ngi davrda rentgeno terapiya
kimyoterapiya

46. tuxumdon metazatik raqining 1-darajasida rak kayerga tarkaladi

*bitta tuxumdonga
ikkita tuxumdonga, bachadon, bachadon
naylariga
uzok ichki a`zolariga

kichik chanoqdagi parametriyga

47. tuxumdon metazatik raqining 2-darajasida rak kayerga tarkaladi

*ikkita tuxumdonga, bachadon, bachadon
naylariga
kichik chanoqdagi parametriyga
bitta tuxumdonga
regionar limfa tugunlariga

48. tuxumdon kistasiga xos belgini kursating

*barcha javoblar to`g`ri
o`smaning tarang elastik qonsistensiyasi
o`smaning ustki qavatining tekisligi
o`smaning uta xarakatchanligi

49. oddiy serozli tuxumdon kistasiga xos belgilar kanda

*B va Vjavob to`g`ri
o`smaning tarang elastik qonsistensiyasi
o`smaning ustki qavatining tekisligi, o`smaning
uta xarakatchanligi
o`smaning oxaklanishi

50. tuxumdon metazatik raqining 3-darajasida rak kayerga tarkaladi

*kichik chanoqdagi parametriyga, regionar limfa
tugunlariga
bitta tuxumdonga
ikkita tuxumdonga
uzok ichki a`zolariga

51. Tuxumdon metazatik raqining 4-darajasida rak kayerga tarkaladi

*uzok ichki a'zolariga
bachadon va bachadon naylariga
bitta tuxumdonga
ikkita tuxumdonda

52. Tuxumdon raki qaysi yeshda ko`prok uchraydi

*30 yeshgacha
40 yeshda undan kattalard
20-25 yeshda
70 yeshda
20 yeshgacha

53. Tuxumdon kistasining qaysi turi garmon ajratuvchi shishlarga kiradi

*darmoid kistasi
follikuloma
tuxumdon fibromasi
tuxumdon endometriozi
sirrozli kistoma

54. Yaxshi sifatli tuxumdon o`smasida eng ogir asoratni kursating

*tuxumdon oekchasini buralib kolishi
o`smaning yiringlashi
o`sma kapsulasini yerilishi
kushni organlariga yepishib kolishi
o`smaning malignizatsiyasi

55. Asoratlanmagan dermoid kista tarkibi nimadan iborat

*tarkibi shillikli qon
soch, suyak, tish
sirrozli tarkibi
yiringli tarkibi

56. Tuxumdon kistasining qaysi turida hayz siklining xamma fazalari mavjud

*follikulyar kistada
Brener kistasida
tuxum fibromasida
arrenoblastomasida
follikulomada

57. Tuxumdon kistasinin qaysi turi feminizatsiyalovchi

*tuxumdon kistomasida
tuxumdon endometriozi
tuxumdon fibromasida
dermoid o`sma
tekoblastoma

58. Tuxumdon sklerokistozi kanda davolanadi

*Tubovarioektomiya
Bachadon amputatsiyasi
Ovarioektomiya
Tuxumdon rezeksiyasi
Gormonal davolash

9-mavzu. Ayollar jinsiy organlarining rivojlanish anomaliyalari. Ayollar jinsiy organlarining joylashish anomaliyalari

1. Jinsiy organlar anomaliyalarining uchrashi

*2,5%
0,1-0,3%
1-1,5%
10-11%

2. Bachadon uz fiziologik xolatini(anteflexio) kachon egallaydi

12-13 yeshda
*15-16 yeshda
5-6 yeshda
20-21 yeshda

3. Bachadon bo`yni paydo bo`lishi qaysi muddatda sodir bo`ladi

*16-20xaftada
10-12 xaf
25-26 xaf
tugilgandan keyin

4. Gonadalar paydo bo`lishi (zakladka gonad) kaerda

*Birlamchi buyrakning tashqi yuzasida
Birlamchi buyrakning ichki yuzasida
Ikkilamchi buyrakda

5. Zigota yadrosida Y xromosomaning bo`lishi bildiradi

*Tuxumning rivojlanishi
Tuxumdonning rivojlanishi
Tuxum va tuxumdonning rivojlanishi

6. Ichki jinsiy organlar nimadan hosil bo`ladi

*Paramezonefral(myuller) yullaridan
Mezonefral(volf) yullaridan
Mezonefral va volf yullaridan

7. Ayol tipidagi gonadalar paydo bula boshlashi kachon boshlanadi

*8-10xaf
14-15 xaf
20xaf
26xaf

8. Yelevatsiya Uteri nima

*Bachadonni kutarilishi

Bachadonni tula tushishi

Bachadonni osilishi

Bachadonni buralib kolishi

9. Uterus didelfus nima

*Ikki bachadon va ikki qinning bo'lishi

Ikki bachadon va birta qinning bo'lishi

Birta qin va ikki bachadonning bo'lishi

Bachadonda tesikning bo'lishi

10. Uterus bikornis unikolis nima

*Ikki bachadon va bir qin

Ikki qin va birta bachadon

Ikki bachadon va ikki qinning bo'lishi

Bachadonning bulmasligi

11. Uterus arkuatus nima

*Egarsimon bachadon

Bachadonda tusikning bo'lishi

Ikki bachadon va bir qin

Ikki qin va bir bachadon

12. Ginatreziya nima

*Qizlik pardasining bekilib kolishi

Qinning bekilib kolishi

Bachadon bo'ynining beqilishi

Jinsiy kanalning bekik bo'lishi

13. Infantilizmning 3darajasida bachadon ulchamini kursating

*5,5-7sm

8,5sm

3,5sm

8sm

14. Infantilizmning 2 darajasida bachadon uzunligi

*3,5-5,5sm

3,5sm

5,5-7sm

15. Embrional rivojlanish jaraenida birinchi bo'lib rivojlanadi

*Jinsiy bezlar

Jinsiy bo'lmagan bezlar

16. Jinsiy a'zolar tugma anomaliyalarini tashqil qiladi

*0,23%-0,9%ayollarda

10% ayollarda

12%-13% ayollarda

20% ayollarda

17. Jinsiy sistema rivojlanishining buzilishiga olib keluvchi asosiy faktorni kursating

*irsiy faktor

jaroxatlanish

ekstragenital kassallik

kasb kasallik

18. Ageneziya nima

*a'zoning yo'qligi

a'zo bir kismining yo'qligi

a'zoning tulik yetilmaganligi

a'zolar soni yeki kismining ko'payishi

19. Aplaziya nima

*a'zoning bulmasligi

organining hosil bulmasligi

a'zolar soni yeki kismalar ko'payishi

ikkilamchi rivojlanmasligi

20. Homiladorlikning qaysi xaftasida qin shakllana boshlaydi

*4 xaftaligida

8 xaftaligida

1 xaftaligida

15-16 xaftaligida

21. Jinsiy infantilizm kachon aniqlanadi

*16 yeshda

1 yeshda

5 yeshda

30 yeshda

22. Infantil qizlar gavda tuzilishi kanaka

*past buyli

orik

baland buyli

normostenik

23. Atreziya nima

*a'zo 1 kismining yo'qligi

a'zolarining bulmasligi

a'zolarining 1 kismini bulmasligi

ikkilamchi hosil bulmasligi

24. Bachadon bo'yni va tanasi orasidagi nisbatni kursating

*1:3

1:1

3:3

1:2

25. Jinsiy a'zolar infantilizmining asosiy davosini kursating

*gormonoterapiya

jinsiy a'zolar rivojlanishiga tusqinlik kiluvchi sababni yo'qoting

xirurgik davo

antebakterial davo

umum kuvvatlovchi terapiya

26. Shershevskiy-Terner sindromida yangi tugilgan va chakaloklarda nima kuzatiladi

*kalta bo`yin, elkasi keng, jinsiy a`zolar rivojlanmasligi

bo`yinning uzun bo`lishi

tanasining uzun bo`lishi

oegining kalta bo`lishi

27. Disgeneziya gonadni davolash

*gormanal davo

umumiy kuvatlovchi davo

vitamina terapiya

fiziologik davo

28. Markaziy xarakterga ega bo`lgan jinsiy rivojlanishning tuxtab kolish

iga hayz xarakteri

*kam, ba`zan

polimenoriya

giperpolimenoreya

doimiy normal

29. Tuxumdon genezga ega bo`lgan jinsiy rivojlanishning orqada kolishiga

hayz sikli xarakteri

*yo`q

ko`p

mie`erida

kam va siyrak

Patologik jaraenning ogiriligiga karab uzgaradi

30. Shershevskiy-Terner sindromi nima

*gonadlar disgeneziyasining tipik shakli

jaroxtadan keyin jinsiy a`zolar rivojlanishining defekti

gonadli disgeneziyasining toza/xakikiy/shakli

yalliglanish natijasida jinsiy a`zolar rivojlanishining defekti

31. Shershevskiy-Terner sindromida xromosom analizdagi uzgarishlar

*45 xo

46 xu yeki 46 xx

40 xu

30 xu

32. Shershevskiy-Terner sindromida yangi tugilgan va chakaloklarda nima kuzatiladi

*kalta bo`yin, terisining kalin-kalin burmalar bo`lishi

gidrotsifoliya

tanasining uzun bo`lishi

oegining kalta bo`lishi

33. Shershevskiy-Terner sindromi da sutkalik siydikdagi 17 KS miqdori

*normal/

oshgan

20mg

50 mg

34. Homiladorlikning qaysi muddatida ovogoniy ovotsitga aylanadi

*15 xaftalikda

20 xaftalikda

30 xaftalikda

35 xaftalikda

35. Kichik yetilgan follikul (ikkilamchi follikul) kachon paydo bo`ladi

*Homila tugilgandan keyin

Bolalik davrida

Jinsiy yetilish davrida

Homila tugilgo`ngacha paydo bo`ladi

36. Infantil bachadon bo`yni va tanasi orasidagi nisbatni kursating

*1:2

1:3

2:1

3:2

37. Bachadon tushishi ko`pincha kuzatiladi:

*yumshok tug`ruq yullarining travmatizmi

xayoti davomida ko`p utiradiganlarda

genitaliyning yalliglanish kasalligi bilan kiynalganlarda

tugmagan ayollarda

38. Bachadonning tushishi nima

*Bachadon bo`yni spinal chiziqdan pastda va jinsiy yerikdan chiqadi

Bachadon bo`yni spinal chiziqda, leqin jinsiy yerikdan chikmaydi

Bachadon bo`yni spinal chiziq ustida bo`ladi

39. Bachadon notulik tushganda kuzatiladi

*Bachadon bo`yni jinsiy yerikdan chiqadi, tanasi yuqorida qoladi

Bachadon va bo`yni jinsiy yerikdan pastda

Bachadon bo`yni spinal chiziqdan pastda, leqin jinsiy yerikdan kurinmaydi

40. Bachadon tulik tushishini nima bilan izoxlash mumqin

*barcha javoblar to`g`ri

siydik kiyinlashuvi

sistotsele

rektotsele

41. antiversio nima

*bachadon tanasi oldinga karagan
chanoqning yon devoriga karagan
orqaga karagan

42. retroversio nima

*bachadon tanasi orqaga karagan
oldinga karagan
chanoqning yon devoriga karagan

43. lateroversio nima

*chanoqning yon devoriga karagan
bachadon tanasi orqaga karagan
oldinga karagan

44. bachadonning patologik ogishini kursating

*barcha javoblar to'g'ri
o'smalar, infantilizm
yalliglanish jarayonlari
bachadonni ushlab turuvchi apparatning utarli
taraqqiy etmasligi

45. Descensus uteri nima

*bachadonning pastga tushishi
bachadonning tashqariga chikishi
bachadonning oldinga egilishi
to'g'ri javob yo'q

46. Prolapsus uteri nima

*bachadonning tashqariga chikishi
bachadonning pastga tushishi
bachadonning oldinga egilishi
to'g'ri javob yo'q

47. Qizlik parda atreziyasida kuzatiladigan klinik belgilar

*barcha javoblar to'g'ri
hayz bulmayotgani, qorin pastida og'riq
bel soxasida kuchayib borayotgan og'riq
tana xaroratining 37,2-37,8 S ga kutarilishi

10- Mavzu test savollari

1. Ikklamchi bepustlik nima

*tukkandan yeki abort kildirgandan keyin
bo'lgan bepustlik
muntazam jinsiy aloka bo'lishiga karamasdan bir
yil davomida homilador bulmasa
muntazam jinsiy aloka bo'lishiga karamasdan 2
yil davomida homilador bulmasa
anamnezida 3 marotaba uz-uidan bo'lgan abortni
kechirgan bulsa

2. Suniy uruglantirish qaysi xolda kullanadi

*erida impotensiya, gipoazoospermiya

bachadon naychasidagi bepustlik

endokrin bepustlik

bachadon rivojlanishining nuksonlari

3. Ayollardagi bepustlikni sabablari vujudga keltirmaydi

*yurak - tomir sistemasining kasalliklari
ayollar jinsiy organlaridagi kasalliklar
ichki sekresiya bezlarining kasalliklari
infantilizm va jinsiy organlarning gioplaziyasi

4. Bepustlikni diagnoz kuyishda kandy tekshirish usullari axamiyatga ega emas

*Kukrak kafasi rentgenografiyasi

kolposkopiya

qindan va bachadon bo'yni kanalidan olingan
surtma

gonokokk bor yo'qligini aniqlash

5. Bepustlik nima

*muntazam ravishda jinsiy mulokatda
bo'lishlariga karamasdan bir yil davomida erkak
yekni ayolda bo'ladigan bepustlik
jinsiy mulokat boshlanganiga 6 oy utgan
bo'lishga karamasdan homilador bo'lmagan
oilada tirik bolalar yo'q

6. Gonadalar disgeneziyasi kelib chikishiga sabab

*jinsiy bezlar rivojlanishidagi tugma xromosom
yetishmovchiliklar,
erta tug'ruqlar
jinsiy bezlar rivojlanishidagi tugma xromosom
yetishmovchiliklar
toksik faktorlarning homilaga ta'siri

7. Birlamchi bepustlik kandy belgilanadi

*ayol turmush kurgandan beri biror marotaba
homilador bo'lmagan
bir marotaba tukkan
bir marotaba abort kildirgan
agar ayolda ikki marotaba uz-uzidan abort
bo'lgan

8. Immunologik bepustlikda perspektiv usul

*Donor spermasi bilan suniy uruglash
Erining spermasi bilan suniy uruglash
Gormonal terapiya
Operativ davo

9. Astenospermiya nima

*ko'p spermatozoidlar xarakatchanligining sust
bo'lishi

Aktiv-xarakatchan spermatozoidlarning
yetishmovchiligi

Patologik spermatozoidlarning bo'lishi

Eyyakulyatda spermatozoidlarning kam bo'lishi

10. Nekrospermiya nima

*Tirik spermatozoidlarning bulmasligi

Aktiv xarakatchan spermatozoidlarning bulmasligi

eyyakulyatda spermatozoid xujayralarining bulmasligi

Spermatogenez xujayralaribo`lib, spermatozoidlarning bulmasligi

11. Teratospermiya nima

*Spermatozoidlarning patologik formalarining bo'lishi

Spermatogenez xujayralarining bulmasligi

eyyakulyatda spermatozoidlarning bulmasligi

Aktiv xarakatchan spermatozoidlarning bulmasligi

12. Oligospermiya nima

*Eyyakulyatda spermatozoidlar miqdorining yetishmasligi

Aktiv xarakatchan spermatozoidlarning bulmasligi

Patologik formalarining bo'lishi

Spermatogenez xujayralarining bulmasligi

13. Azoospermiya nima

*Spermatogenez xujayralarining bulmasligi

Aktiv xarakatchan spermatozoidlarning bulmasligi

Tirik spermatozoidlarning bulmasligi

Ko'p miqdorda patologik formalarining bo'lishi

14. Aspermiya nima

*Eyyakulyatda spermatozoidlarning bulmasligi

Spermatogenez xujayralarining bulmasligi

Aktiv xarakatchan spermatozoidlarning bulmasligi

Tirik spermatozoidlarning bulmasligi

15. Endrokrin bepushtlikda FDT lari normal bo`ladimi

*Yo`q

Xa

16. Nay bepushtligida FDT lari normal bo`ladimi

*Xa

Yo`q

17. Plastik operatsiyalardan keyin homiladorlik bo`lish chastotasi

*50-60%

30-60%

10-15%

20-25%

18. Nay bepushtligini aniqlash uchun qo`llaniladi

*GSG

FDT

kuldoskopiya

kolposkopiya

19. GSG dan kanchadan keyin bepushtlikda laparoskopiya kilinadi

*15 kundan keyin

1-3 oydan keyin

6 oydan keyin

darrov xam qilish mumkin

20. Funktsional nay bepushtligida kuyidagilarning bitasidan tashqari xam-masi ishlatiladi

*trankvilizatorlar

psixoterapiya

prostaglandinlar antogonistlari

balneoterapiya

21. Bepushtlikda endometriy biopsiyasi kachon kilinadi

*siklga bog`liq emas

hayzga 2-3 kun kolganda

hayzdan 5 kun keyin

hayz siklinig o`rtasida

22. Bepushtlikda laparoskopiya kachon kilinadi

*Hayz siklidan keyin

10 kunida

18 kunida

25 kunida

23. GSG bepushtlikda kachon kilinadi

*Siklning 6-8 kunida

13-14 kunida

18-19 kunida

24-25 kunida

24. Bepushtlik deb?

*homiladorlikning 12 oy va undan ortik bulmasligi

homiladorlikning 24 oy bulmasligi

homiladorlikning 6 oy bulmasligi

homiladorlikning 12 oy homiladorlikdan saklanish usullaridan foydalanib bulmasligi

25. bepushtlikning uchrashi

*10-15%

10-20%

25-30%

30-40%

26. VOZ bo'yicha bepushtlikning necha turi tafovut kilinadi

*5 formasi

3 formasi

2 formasi

6 formasi

27. bepushtlikda (LG FSG prolaktin) gormonlar tekshirishi kachon kili nadi

*siklning 3-5 kunida

siklning o`rtasida

ikqinchi fazada

siklning 3-5 kunida, o`rtasida, ikqinchi fazada

siklning kuniga bog`liq emas

28. Norplantning ta'sir mexanizmini tushuntiring

*tuxumdonga ta'sir qiladi

bachadonga ta'sir qiladi

gipotalamus va gipofizga ta'sir qiladi

kalqonsimon bezga ta'sir qiladi

29. Norplantning necha yil effektivligi bor

*5 yil

2 yil

3 yil

4 yil

30. Kontusdan keyingi kontrasepsiyani (gormonal) effektivligi kancha

*40 /

98 /

38 /

48 /

31. Kontusdan keyin (jinsiy alokadan keyin) kontraseptiv preparatlar kanday ishlatiladi

*jinsiy alokadan k-n darhol 2 tabletka va yana 12 soat utgach 2 tab-ka

hayznin 5 kundan boshlab 1 tabletkadan 21 kun

hayzning 1 kundan boshlab 28 kun

jinsiy alokadan oldin 2 tabletka

32. Kombinatsiyalangan KOK (ichishga beriladigan kontraseptiv moddalar)

-Ovulen, regividon, bisikurin, non-ovlon qaysi urovenda ta'sir qiladi

*tuxumdon bosh miya po'stlog`i

gipotalamus

gipofiz

bachadon

33. OKP beriladigan kursatmalar

a. ayol 25 yil oldin bachadondan tashqarigi homiladorlik diagnozi b-n

operatsiya qilishgan

b. ayol 35 yeshdan katta, semizlik b-n, xozir laktatsiya davrida

v. ayol 20 yeshda sababi aniqlanmagan ginetal qon ketish b-n

g. ayol jigar adenomasi b-n

d. ayol 1 oy oldin "el bugoz" o`tkazgan

*v

a

b

d

34. 40 yeshgacha ayollarda OKPni kabul qilish davomiyligi kancha

*3 yilgacha

2 yilgacha

4 yilgacha

5 yilgacha

35. Bachadon nayi sili bepushtligini davolashda maxsus preparatlarini ayting

*tubazid

pennisellin

ampisillin

eritromisin

tetrotsiklin

36. Yeshlikdagi qaysi kasallik bepushtlikni keltirib chiqaradi

*difteriya

apendisit

tonzilit

anemiya

37. Bachadon bo`yni va oraliqni 3-chi darajasi yirtilishida rektovaginal

va veziko-vaginal yerik bo`lganda, bepushtlikni davolashda taktikan giz kanaka

*fizioterapiya

garmonal terapiya

funksional diagnostika testlari (FDT)

organlarni tiklash u-n xirurgik davolash

38. Qaysi xolatda ko`pincha bepushtlik uchraydi

*bachadon naylari berk bulsa

bachadonning orqaga kayrilishi

o`ng bachadon nayining utkir yalliglanishi

chap tomonlama saktosalpinks

39. Bepushtlik sababini aniqlashda quyidagi anamnezlardan qaysi biri yerdam beradi

a.yashash sharoitining yamonligi
b.eshligida va jinsiy yetilish davrida infeksiyon kaslliklar o'riganda
v.hayz sikli 12 yeshdan 3-4 kun keladi,regulyar,og`riqsiz
g.regulyar jinsiy xaet
*b

a,b

v

g

40. Nikoxda necha foyiz bepustlik uchraydi

*4-3%

10-15%

7-5%

5-6%

41. Qaysi paytda nikox bepust xisoblanadi

*nikoxdan keyin 1 yil homilador bumasa

6 oy utgach bulmasa

3 yil utgach bulmasa

4 yil utgach bulmasa

42. Ayollar bepustligi necha foyiz uchraydi

*60-70%

20-30%

10-20%

50-60%

43. Erkaklar bepustligi necha foyiz uchraydi

*30-40%

10-20%

40-50%

50-60

44. Bepushtlikka olib keluvchi 2 tomonlama naylar zararlanishini qaysi kuzgatuvchi ko`prok keltirib chiqaradi

*tuberkulez

stafilaqong

streptoqong

gonokok

45. Bepushtlik kachon 1-chi xisoblanadi

a.ayolda nikoxdan keyin 2 yil ichida umuman homiladorlik bulmasa

b.bir marta homilador va 2 yil ichida boshqa homilador bulmasa

v.bir yil ichida homilador bulmasa

g.ikki yil ichida bir marta homila tashlash bulsa

d.ikki yil ichida bir marta abort kildirgan bulsa

*a

b,a

v

g,d

46. Bepushtlikning bachadon bo`yni faktorini davolashda ishlatilmaydi

*Bachadon ichida uruglantirish

Estrogenlarni berish

Gidrotubatsiyalar

Suniy ekstrakorporal uruglantirish

47. Nay bepustligini aniqlash uchun qo`llaniladi

FDT

*GSG

kuldoskopiya

kolposkopiya

48. Yurak qon tomir kasallangan ayollarda KOK kanda juda ogir asoratga olib kelishi mumqin

*Tromboembolik asoratlar

Polimenoreya

Amenoreya

Ko`rishning yemonlashishi

49. Depo-proveraning kontraseptiv effektivligi kancha

*3oy

1yil

30kun

5yil

50. Birinchi tug`uvchi ayollarda tug`ruqdan keyin qaysi kontrasepsiya usuli kulay

a)BIS

b)IJS

v)KOK

g)MLA

d)Teri osti implantati

*a g

a,v

v,g

g,d

51. Kayta tukkan, 35eshdan utgan ayollarga kulay kontrasepsiya usuli

*IJS

Postkoital

KOK

Barer metodi

52. Norplantning nojuya tasirlari

a) Kamqonlikning rivojlanishi

b)Kapsulaning ajralishi

v)Homiladorlik
g)Tikkan joyning infeksiyalanasha
d)Jinsiy azolar yalliglanish kasalliklari
*b,g
a,b
a,d
v,d
53. Teri osti implantati tarkibida kanda y gormon saklanadi
*Levonorgestrel
XG
Estradiol
FSG
54. Sinestrol qaysi guruxga mansub
*Natural estrogenlarga
Natural estrogenlar hosilotlar
Steroid bo`lgan estrogenlarga
gestagenlarga
55. Mikrofolin qaysi guruxga mansub
*Natural estrogenlar hosilotlariga
Gestagenlarga
Nesteroid estrogenlarga
Sintetik progestinlarga
56. 17-OPK qaysi guruxgu mansub
*Gestagenlarga
Androgenlarga
Estrogenlarga
Sintetik progestinlarga
57. Postkoital kontrasepsiya qaysi ayollarga kulay
*Jinsiy xaet bilan kam yashaydiganlarga
Muntazam jinsiy xaet bilan yashaydigan ayollarga
Tug`ruqdan keying ayollarga
Kesar kesish bo`lgan ayollarga
58. Prezervativlarning afzalliklari
*Jinsiy yul bilan yo`qadigan kasalliklarini oldini oladi
NVning kutarilishi
Bachadon o`sma kasalliklarini oldini oladi
Hayz siklini normallashtiradi
59. KOK ni muntazam kabul kilmaganda nima kuzatiladi
a)Kamqonlir
b)Jinsiy azolar yalliglanishi
v)Homiladorlik
g)Bachadon raki
d)Hayz siklining buzilishi
*v,d

a,b
g,d
a,g
60. Vazektomiyaning tasir mexanizmi
*Aspermiya
Azoospermiya
Potensiyaning pasayishi
Yuqoridagilarning xamma
61. Kontrasepsiyaning qaysi usulida ovulyatsiya tuxtatiladi
*KOK
Barer metod
Ximik usul
IJS
62. Barer kontrasepsiyasining nojuya va yemon tasirini kursating
a)Toksik shok sindromi
b)Anemiya
v)Homiladorlikning 15% xollarda bo`lishi
g)Salpingitlar
d)Yuqoridagilarning xammasi
*g,v
a,v
a,b,v
g,d
63. Spermisidlar tasir mexanizmi
*Spermatozoidlar membranasini buzadi
Ovulyatsiyani tuxtatadi
Aseptik yalliglanish chakiradi
Bachadon bo`yni kanali shilligini kuyo`qlashtiradi
64. Spermisidlar effektivligi davomiyligi
*1-2soat
24 soat
12soat
32soat
65. Spermisidlar nojuya tasirlari
a)Tromboembolik asoratlar
b)Jigar yetishmovchiligi
v)Vaginal tasirlanish (razdrajenie)
g)Jinsiy olatning tasirlanishi
d)Bachadon o`smalarining paydo bo`lish xavfi
*v,g
a,b,v
a,d
g,d

XII. TALABANING ILMIY VA O`QUV ISHLAR MAVZULARI

Акушерлик ва гинекология кафедрасининг талабаларнинг илмий ва уқув ишлари

№	Мавзунинг номи	Иктидорли талабалар И.Ф.О.	Гурух	Илмий рахбар
1.	Анкетирование женщин после перенесших различных видов аборт	Рахимова Машхура	601-гурух	Ихтиярова Г.А.
2.	Течение беременности и родов у женщин с варикозной болезнью	Саидов Шавкат	705-гурух	Саркисова Л.В.
3.	Особенности течения преэклампсии на фоне хронической гипертензии	Узокова Нигора	606-гурух	Туксанова Д.И.
4.	Роль изучения почечного кровотока и концентрации мочевой кислоты в крови и моче в диагностике преэклампсии	Болтаева Нигора	603-гурух	Ахмедов Ф.К.

XIII. INNOVATION TA`LIM TEXNOLOGIYALARI

Fanni o`qitishda zamonaviy axborot va pedagogik texnologiyalar

Mazkur fanni o`qitish jarayonida ta`limning zamonaviy ilg`or interfaol usullaridan, pedagogik va axborot-kommunikatsiya texnologiyalarining prezentatsiya (taqdimot), multimedia va elektron-didaktik texnologiyalardan foydalaniladi. Amaliy mashg`ulotlarda aqliy hujum, qora quti, o`rgimchak ini, klaster, blist-so`rov, guruh bilan ishlash, insert, taqdimot kabi usul va texnikalardan keng foydalaniladi.

”Rotatsiya” usuli

Guruhni kichik guruhlarga bo`lib ularga bir nechta muammoli savol yoki vaziyatli masala beriladi. Har bir kichik guruh 10 dakika davomida uz javobini yozib keyingi savolga o`tadi. Oxirigacha barcha savollarga javob yoziladi. Yozilgan javoblar muhokama qilinib to`g`ri javob tanlanadi. Ko`rgazmali plakatlardan foydalanadi

3. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi

4. Davolash ishlarini olib boradi

5. Mavzular asosida berilgan ma`lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag`batlantiradi va umumiy baholaydi

”Miya shturmi” usuli.

Usulning asosiy koidalari:

- fikrlarni tuzishga xalakit beradigan xech kanakangi ogoxlantirish ishlari va kritikalar bulmasligi
 - agar fikr kanchalik gayritabiiy bulsa, shuncha yaxshiligini inobatga olish
 - ko`prok takliflar olishga harakat qilish
 - fikrlarni kombinatsiyalash va rivojlantirish
 - keng asoslab bermay, kiska ta`rif berish
 - guruhning fikrlarini aytadigan va kayta ishlaydiganlarga bo`lish
- Ushbu metod talabalarga uz fikrlarini asoslash, ximoya qilish, mustakil fikrlash kobiliyatini oshirish .
2. Ko`rgazmali plakatlardan foydalanadi
 3. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi
 4. Davolash ishlarini olib boradi
 5. Mavzular asosida berilgan ma`lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag`batlantiradi va umumiy baholaydi

«Zaif xalka» usuli

Guruhdagi talabalar doira hosil kilib utirishadi. Talabalarga navbat bilan mavzu yuzasidan tez va kiska javoblar talab kilinadigan savollar beriladi. Savolga javob bera olmagan talaba uyindan chiqadi. Eng oxirida kolgan talaba ko`p savollarga to`g`ri javob bergan bo`ladi.

2. Ko`rgazmali plakatlardan foydalanadi
3. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi
4. Davolash ishlarini olib boradi
5. Mavzular asosida berilgan ma`lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag`batlantiradi va umumiy baholaydi

“Stol ustida ruchka” usuli.

Butun guruhga topshirik beriladi (masalan, revmatoidli artrit belgilari, tizimli qizil volchankada qo`llaniladigan dori preparatlari, glyo`qokartikoid preparatlarinig nojuya ta`siri va xokazo). Xar bir talaba uz variantini yozadi va yonidagi talabaga uzatadi, ruchkani stol o`rtasiga kuyadi. Assistent talabalarni tekshiradi va talabalar to`g`ri javoblarni uz daftarlariga kuchiradilar. Bunda talabalarning nazariy bilimlari sinaladi.

2. Ko`rgazmali plakatlardan foydalanadi
3. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi
4. Davolash ishlarini olib boradi
5. Mavzular asosida berilgan ma`lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag`batlantiradi va umumiy baholaydi

“Aylanma stol” usuli.

Bu usulda mavzuga oid yozilgan savollar yozma usulda tarkatiladi, har bir talaba o`z javob variantini yozib, keyingi talabaga uzatadi, shu usulda xamma uz javobini yozadi, shundan so`ng javoblar assitent tomonidan tekshiriladi, noto`g`ri javoblar uchiriladi va to`g`ri javoblar xisoblanadi va talaba baxolanadi

2. Ko`rgazmali plakatlardan foydalanadi

3. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi
4. Davolash ishlarini olib boradi
5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi

“Ari uyasi” usuli

Muammo butun guruh bilan, yoki ikkita kichik guruhlar bilan tahlil kilinadi .Vazifa turli xil bo'lishi mumqin yoki birta butun guruhga .10-15 minut davomida guruhlar muammoni yechib ,xamkorlariga eshittiradilar .Eng yaxshi variant ajratib olinadi .

2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi
3. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi
4. Davolash ishlarini olib boradi
5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi

Fanni o'qitishda zamonaviy axborot va pedagogik texnologiyalar

Mazkur fanni o'qitish jarayonida ta'limning zamonaviy ilg'or interfaol usullaridan, pedagogik va axborot-kommunikatsiya texnologiyalarining prezentatsiya (taqdimot), multimedia va elektron-didaktik texnologiyalardan foydalaniladi. Amaliy mashg'ulotlarda aqliy hujum, qora quti, o'rgimchak ini, klaster, blist-so'rov, guruh bilan ishlash, insert, taqdimot kabi usul va texnikalardan keng foydalaniladi.

”Rotatsiya” usuli

Guruhni kichik guruhlariga bo'lib ularga bir nechta muammoli savol yoki vaziyatli masala beriladi. Xar bir kichik guruh 10 dakika davomida uz javobini yozib keyingi savolga o'tadi. Oxirigacha barcha savollarga javob yoziladi. Yozilgan javoblar muhokama qilinib to'g'ri javob tanlanadi. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi

3. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi
4. Davolash ishlarini olib boradi
5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi

”Miya shturmi” usuli.

Usulning asosiy koidalari:

- fikrlarni tuzishga xalakit beradigan xech kanakangi ogoxlantirish ishlari va kritikalar bulmasligi
- agar fikr kanchalik gayritabiiy bulsa, shuncha yaxshiligini inobatga olish
- ko`prok takliflar olishga harakat qilish
- fikrlarni kombinatsiyalash va rivojlantirish
- keng asoslab bermay, kiska ta'rif berish
- guruhning fikrlarini aytadigan va kayta ishlaydiganlarga bo'lish

Ushbu metod talabalarga uz fikrlarini asoslash, ximoya qilish, mustakil fikrlash kobiliyatini oshirish .

2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi
3. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi
4. Davolash ishlarini olib boradi
5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi

«Zaif xalka» usuli

Guruhdagi talabalar doira hosil kilib utirishadi. Talabalarga navbat bilan mavzu yuzasidan tez va kiska javoblar talab kilinadigan savollar beriladi. Savolga javob bera olmagan talaba uyindan chiqadi. Eng oxirida kolgan talaba ko'p savollarga to'g'ri javob bergan bo'ladi.

2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi
3. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi
4. Davolash ishlarini olib boradi
5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi

“Stol ustida ruchka” usuli.

Butun guruhga topshirik beriladi (masalan, revmatoidli artrit belgilari, tizimli qizil volchankada qo'llaniladigan dori preparatlari, glyo'qokartikoid preparatlarinig nojuya ta'siri va xokazo). Xar bir talaba uz variantini yozadi va yonidagi talabaga uzatadi, ruchkani stol o'rtasiga kuyadi. Assistent talabalarni tekshiradi va talabalar to'g'ri javoblarni uz daftarlariga kuchiradilar. Bunda talabalarning nazariy bilimlari sinaladi.

2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi
3. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi
4. Davolash ishlarini olib boradi
5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi

“Aylanma stol” usuli.

Bu usulda mavzuga oid yozilgan savollar yozma usulda tarkatiladi, har bir talaba o'z javob variantini yozib, keyingi talabaga uzatadi, shu usulda xamma uz javobini yozadi, shundan so'ng javoblar assistent tomonidan tekshiriladi, noto'g'ri javoblar uchiriladi va to'g'ri javoblar xisoblanadi va talaba baxolanadi

2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi
3. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi
4. Davolash ishlarini olib boradi
5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi

“Ari uyasi”usuli

Muammo butun guruh bilan, yoki ikkita kichik guruhlar bilan tahlil kilinadi .Vazifa turli xil bo'lishi mumqin yoki birta butun guruhga .10-15 minut davomida guruhlar muammoni yechib ,xamkorlariga eshittiradilar .Eng yaxshi variant ajratib olinadi .

2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi

3. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi

4. Davolash ishlarini olib boradi

5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi

XIV. O`QUV-USLUBIY MAJMUA MUALLIFI TOMONIDAN YARATILGAN DARSLIKLAR, O`QUV QO`LLANMA, O`QUV USLUBIY QO`LLANMA

O`quv – uslubiy qo`llanmalar

№	Ukuv – uslubiy kullanma	Nashr yili	Muallif
1	«Xomiladorlikning muddatiga etmasligi va muddatidan utib ketishi»	Buxoro 2015 y	Ixtiyarova G.A.
2	«Normal xayz sikli. Amenoreya. Neyroendokrin sindromlar »	Buxoro 2014 y	Ixtiyarova G.A.
3	«Rivojlanmay kolgan xomiladorlik va uni zamonaviy tushirish usullari»	Buxoro 2015 y	Ixtiyarova G.A.
4	«Xomiladorlikning birinchi yarmida kon ketishlar. Bachadondan tashkari xomiladorlik. Rivojlanmay kolgan xomiladorlik.»	Buxoro 2015 y	Ixtiyarova G.A.
5	«Diagnostika i lechenie ektopicheskoy beremennosti»	Buxoro 2006 y	Ixtiyarova G.A.
6	«Jelezodeefitsitnaya anemiya beremenny »	Buxoro 2006 y	Ixtiyarova G.A.
7	«Ektopik xomiladorlik diagnostika va davolash prinsiplari»	Buxoro 2006 y	Ixtiyarova G.A.

8	«Sovremennyye aspekty infuzionnoy terapii u beremennykh i rodilnits s preeklampsiey tyazhely stepeni»	Buxoro 2006 y	Ixtiyarova G.A. Negmatullaeva M.N.
9	«Differentsirovannyye metody preryvaniya beremennosti pri gibeli ploda v razlichnykh slokax gestatsii »	Buxoro 2011 y	Ixtiyarova G.A.
10	«Ayollar jinsiy a'zolarining anatomiyasi ginekologik kasalliklar propedevtikasi»	Buxoro 2014 y	Ixtiyarova G.A.
11	«Disfunktsional bachadon kon ketishlari»	Buxoro 2014 y	Ixtiyarova G.A.
12	«Xomiladorlikning muddatiga etmasligi va muddatidan utib ketishi, tugruk induksiyasi. Xomila pufagining maddutidan oldin yorilishi.»	Buxoro 2014 y	Ixtiyarova G.A.
13	«Krovotexeniya v pervoy polovine beremennosti. Xronologicheskaya karta zanyatiya.»	Buxoro 2014 y	Ixtiyarova G.A.
14	«Bolezni pochek u beremennykh i rodilnits»	Buxoro 2006 y	Ixtiyarova G.A. Negmatullaeva M.N.
15	«Xomiladorlik davridagi va tugrukdan keyingi buyrak kasalliklari»	Buxoro 2006 y	Ixtiyarova G.A.
16	«Xomiladorlik davridagi va tugrukdan keyingi buyrak kasalliklari»	Buxoro 2006 y	Ixtiyarova G.A.
17	«Xomilador ayollarda temir tankisligi anemiyasi»	Buxoro 2006 y	Ixtiyarova G.A.
18	«Preeklampsiya i gipertenzivnyye rasstroystva beremennosti »	Buxoro 2006 y	Ixtiyarova G.A.
19	«Bepushtlik »	Buxoro 2010 y	Ixtiyarova G.A.

O'quv qo'llanmalar

№	Ukuv kullanma	Nashr yili	Mualliflar
1	«Setrinskoe delo v akusherstve»	Toshkent 2011 yil. Uzbekiston Respublikasi Vazirlar Maxkamasi tomonidan litsenziya berilgan nashryotlarda nashrga ruxsat birildi. № 234-103	Ixtiyarova G.A. Negmatullaeva M.N., Karimova N.N., Sarkisova L.V.
2	«Setrinskoe delo v ginekologii »	Toshkent 2011 yil. Uzbekiston Respublikasi Vazirlar Maxkamasi tomonidan litsenziya berilgan nashryotlarda nashrga ruxsat birildi. № 234-103	Ixtiyarova G.A. Negmatullaeva M.N. Karimova N.N., Sarkisova L.V.

№	Monografiya	Mualliflar	Nashr yili
1	«Gemodinamicheskie izmeneniya u rodilnits pereneshix tyajeluyu preeklampsiyu i ee reabilitatsiya »	Ixtiyarova G.A.	Buxara 2015 y
2	«Beremennost i rody pri porokax serdca »	Ixtiyarova G.A. Negmatullaeva M.N.	Toshkent 2009 y

XV. TALABALAR MUSTAQIL ISHINING USLUBIY ISHLANMALAR BILAN TA`MINLANGANLIGI

Мустакил иши мавзуларига хос 10 та услубий кулланма мавжуд

XVI. AMALIY KO`NIKMALAR

1. GINEKOLOGIK KASALLARNI BIMANUAL TEKSHIRISH USULI

Talabalar bilimini baxolash mezonlari

86-100 a'lo	Bimanual tekshirish uchun kursatmalar, kerakli asboblarni yigadi, amaliy kunikmalarni boskichlarini navbatma-navbat tugri bajaradi, amaliy kunikmani tugri namoyish etadi. Kerakli tavsiyalarni tugri beradi. Umumlashtiradi, baxolaydi, taxlil kiladi, kullaydi, tushunadi, biladi. Ijod kilish darajasi :4
71-85 yaxshi	Bimanual tekshirish uchun kursatmalar, kerakli asboblarni yigadi, amaliy kunikmalarni boskichlarni navbatma-navbat tugri bajaradi, amaliy kunikmani namoyish etishda biroz xatoga yul kuyadi. Kerakli tavsiyalarni tugri beradi. Taxlil kiladi kullaydi, tushunadi, biladi, umumlashtirishda bir oz kiynaladi. 3 - daraja : bilim va kunikmalar darajasi
55-70 konikarli	Bimanual tekshirish uchun kursatmalar, kerakli asboblarni yigadi, amaliy kunikmalarni boskichlarni navbatma-navbat tugri bajargan xolda, amaliy kunikmalarni namoyish etishda ancha xatoga yul kuyadi, kullay olmaydi. Tushunadi, biladi. 2- daraja bilim va kunikmalar darajasi.
0-54 konikarsiz	Bimanual tekshirish uchun kursatmalar, kerakli asboblarni yigishni, amaliy kunikmalarni boskichlarni navbatma-navbat tugri bajarishni amaliy kunikmalarni namoyish etishni yomon biladi. 1-daraja : tasavvur etish darajasi.

Maksad: Asosiy tekshirish usuli bulib, ginekologik kasalliklarni diagnostika kilish

Kursatma: Barcha ginekologik kasalliklarni tekshirish

Jixozlar: kreslo, kulkop

1. Ayolga kandy muolaja bajarilishini tushuntirish, uni kiziktirayotgan savollarga javob berish.
2. Ayol ginekologik kresloda oyoqlari chanoq-son va tizza suyaklari bukilgan xolatda yotadi.
3. Muolaja steril ko'loqlar bilan o'tkaziladi.
4. CHap qo'lining ko'rsatkich va katta barmog'i bilan katta jinsiy lablar ochiladi.
5. O'ng qo'lining o'rtanchi barmog'i qinga kiritilish bilan birga orqa devorini pastga bosiladi va o'ng qo'lining ko'rsatkich barmog'i kiritiladi.
6. Qorinning oldingi devoriga qovuq ustiga chap qo'lni qo'yiladi
7. O'ng qo'l yordamida bachadon bo'ynining shaklini, konsistensiyasini, uzunligini va tashqi bo'g'iz xolatini aniqlaydi.
8. Keyin barmoqlarni qinning oldingi gumbaziga qo'yib, ichki va tashqi qo'l yordamida bachadon tanasini paypaslab: o'ng xolatini, konsistensiyasini aniqlaydi.
9. Undan so'ng bachadon ortiqlarini paypaslashga o'tiladi: tashqi va ichki qo'llarni bachadon burchagidan chanoqning yon devorlariga o'tkaziladi.
10. So'ng parametriylarni xolati tekshiriladi

Maksad: bachadon buyni, kin, gumbazlar fiziologiya va patologiyasini aniklash.

Jixozlar: kreslo, Simpson, Kusko kuzgusi

1. Ayolga kandy muolaja bajarilishini tushuntirish, uni kiziktirayotgan savollarga javob berish.
2. Ayol ginekologik kresloda oyoqlari chanoq -son va tizza suyaklari bukilgan xolatda yotadi.
3. Tekshirish uchun qoshiqsimon Simpson ko'zgusi yoki Kusko ko'zgusi qo'llaniladi
4. Ko'zgularni qinga kirg'izishdan oldin jinsiy teshikni ochilishi uchun ayol kuchanishi iltimos qilinadi
5. Pastki kuzgu kiritilgandan so'ng, tepadagi kuzguni kiritish uchun chot pastga tortiladi va unga paralel qilib tepa ko'zgu kiritiladi va bachadon bo'yni ochiladi

- 6.Qinning shilliq qavati, gumbazlar va bachadon bo'yni ko'riladi.
- 7.Bachadon bo'yni shakli va unda patologik o'zgarish bor yo'qligi ko'riladi
- 8.Qin ajralmasini rangi va xarakteri (shilimshiq, yiringli, qonli, shilimshiq-qonli) aniqlanadi.

4.BACHADON ICHINI ZOND BILAN TEKSHIRISH

Talabalar bilimini baxolash mezonlari

86-100 a'lo	Bachadon ichini zond bilan tekshirish uchun kursatmalar, kerakli asboblarni yigadi, amaliy kunikmalarni boskichlarini navbatma-navbat tugri bajaradi, amaliy kunikmani tugri namoyish etadi. Kerakli tavsiyalarni tugri beradi. Umumlashtiradi, baxolaydi, taxlil kiladi, kullaydi, tushunadi, biladi. Ijod kilish darajasi: 4
71-85 yaxshi	Bachadon ichini zond bilan tekshirish uchun kursatmalar, kerakli asboblarni yigadi, amaliy kunikmalarni boskichlarni navbatma-navbat tugri bajaradi, amaliy kunikmani namoyish etishda xatoga yul kuyadi Kerakli tavsiyalarni tugri beradi. Kullaydi, tushunadi, biladi. 3 - daraja: bilim va kunikmalar darajasi
55-70 konikarli	Bachadon ichini zond bilan tekshirish uchun kursatmalar, kerakli asboblarni yigadi, amaliy kunikmalarni boskichlarni navbatma-navbat tugri bajargan xolda, amaliy kunikmalarni namoyish etishda ancha xatoga yul kuyadi, kullay olmaydi. Tushunadi, biladi. 2- daraja bilim va kunikmalar darajasi.
0-54 konikarsiz	Bachadon ichini zond bilan tekshirish uchun kursatmalar, kerakli asboblarni yigishni, amaliy kunikmalarni boskichlarni navbatma-navbat tugri bajarishni amaliy kunikmalarni namoyish etishni yomon biladi. 1-daraja: tasavvur etish darajasi

Maksad: Bachadon tanasining uzunligini ulchash.

Jixozlar: kulkop, zond, ginekologik stol, koshiksmon kuzgular, pulevka, spirt, paxta.

1. Ayolga kandy muolaja bajarilishini tushuntirish, uni kiziktirayotgan savollarga javob berish.
2. Ayol ginekologik kresloda oyoklari chanok-son va tizza suyaklari bukilgan xolatda yotadi.
3. Kulni sovun bilan yuvib, kuritib steril kulkoplarni kiyish.
4. Ayolning tashki jinsiy a'zolarini antiseptik eritmalar bilan ishlov berish.
5. CHap kul bilan kata lablar ochilib ung kul bilan avval pastki koshik kiritiladi.
6. CHap kul bilan pastki koshik ushlanib, ung kul bilan yukori koshik kiritiladi va yordamchiga ushlashga beriladi.
7. Pulevka orkali bachadon buyninning yukori kismi kistiriladi va yukoridagi kuzgu olinadi.
8. CHap kul bilan pulevka ushlanib, ung kul bilan bachadon zondlanadi.
9. Zondning ulchamiga e'tibor beriladi u bachadonning uzunligini bildiradi (usmada, xomiladorlikda).
10. Kulkop echiladi va germetik konteynerga tashlanadi.
11. Kul tozalab yuviladi.

5. KINNING ORKA GUMBAZI ORKALI KICHIK CHANOK BUSHLIGINI PUNKSIYA KILISH

Talabalar bilimini baxolash mezonlari

86-100 a'lo	Kinning orka gumbazi orkali kichik chanok bushligini punksiya kilish uchun kursatmalar, kerakli asboblarni yigadi, amaliy kunikmalarni boskichlarini navbatma-navbat tugri bajaradi, amaliy kunikmani tugri namoyish etadi. Kerakli tavsiyalarni tugri beradi. Umumlashtiradi, baxolaydi, taxlil kiladi, kullaydi, tushunadi, biladi. Ijod kilish darajasi :4
71-85 yaxshi	Kinning orka gumbazi orkali kichik chanok bushligini punksiya kilish uchun kursatmalar, kerakli asboblarni yigadi, amaliy kunikmalarni boskichlarni navbatma-navbat tugri bajaradi, amaliy kunikmani namoyish etishda biroz xatoga yul kuyadi. Kerakli tavsiyalarni tugri beradi. Taxlil kiladi kullaydi, tushunadi, biladi, umumlashtirishda bir oz kiynaladi. 3 - daraja : bilim va kunikmalar darajasi
55-70 konikarli	Kinning orka gumbazi orkali kichik chanok bushligini punksiya kilish uchun kursatmalar, kerakli asboblarni yigadi, amaliy kunikmalarni boskichlarni navbatma-navbat tugri bajargan xolda, amaliy kunikmalarni namoyish etishda ancha xatoga yul kuyadi, kullay olmaydi. Tushunadi, biladi. 2- daraja bilim va kunikmalar darajasi.
0-54 konikarsiz	Kinning orka gumbazi orkali kichik chanok bushligini punksiya kilish uchun kursatmalar, kerakli asboblarni yigishni, amaliy kunikmalarni boskichlarni navbatma-navbat tugri bajarishni amaliy kunikmalarni namoyish etishni yomon biladi. 1-daraja : tasavvur etish darajasi.

Maksad: Kichik chanok bushligida transsudat yoki eksudat xarakterini aniklash.

Jixozlar: kreslo, pulevoy kiskich, probirka, punksiya igna, kuzgular.

1. Ayolga kandy muolaja bajarilishini tushuntirish, uni kiziktirayotgan savollarga javob berish.
2. Ayol ginekologik kresloda oyoklari chanokson va tizza suyaklari bukilgan xolatda yotadi.
3. Kinga kin kuzgusi kuyiladi.
4. Kin va gumbazlar 70° spirt bilan artiladi
5. Bachadon buyni orka labi pulevoy kiskichlarga olinadi
6. Kinniig orka gumbazining burtib turgan joyiga punksiya ninasi 1-2 sm chukurlikda kiritiladi
7. Olingan suyuklikni probirkaga yigib, uning xarakteriga karab kasalni olib borish taktikasi xal kilinadi
8. Pulevoy kiskichlar echiladi
9. Kin antiseptik suyuklik bilan artiladi
10. Kuzgular olinadi

7.QINNING TOZALIK DARAJASI ANIQLASH

Talabalar bilimini baxolash mezoni

86-100 a'lo	Kinning tozalik darajalarini aniklash uchun kursatmalar, kerakli asboblarni yigadi, amaliy kunikmalarni boskichlarini navbatma-navbat tugri bajaradi, amaliy kunikmani tugri namoyish etadi. Kerakli tavsiyalarni tugri beradi. Umumlashtiradi, baxolaydi, taxlil kiladi, kullaydi, tushunadi, biladi. Ijod kilish darajasi :4
71-85 yaxshi	Kinning tozalik darajalarini aniklash uchun kursatmalar, kerakli asboblarni yigadi, amaliy kunikmalarni boskichlarni navbatma-navbat tugri bajaradi, amaliy kunikmani namoyish etishda biroz xatoga yul kuyadi. Kerakli tavsiyalarni tugri beradi. Taxlil kiladi kullaydi, tushunadi, biladi, umumlashtirishda bir oz kiynaladi. 3 - daraja : bilim va kunikmalar darajasi

55-70 konikarli	Kinning tozalik darajalarini aniklash uchun kursatmalar, kerakli asboblarni yigadi, amaliy kunikmalarni boskichlarni navbatma-navbat tugri bajargan xolda, amaliy kunikmalarni namoyish etishda ancha xatoga yul kuyadi, kullay olmaydi. Tushunadi, biladi. 2- daraja bilim va kunikmalar darajasi.
0-54 konikarsiz	Kinning tozalik darajalarini aniklash uchun kursatmalar, kerakli asboblarni yigishni, amaliy kunikmalarni boskichlarni navbatma-navbat tugri bajarishni amaliy kunikmalarni namoyish etishni yomon biladi. 1-daraja : tasavvur etish darajasi.

Maksad: Kin tozalik darajalarini baxolash

Jixozlar: Kreslo, folkman koshikchasi, buyum oynasi, mikroskop, kulkop.

1. Ayolga kandy muolaja bajarilishini tushuntirish, uni kiziktirayotgan savollarga javob berish.
2. Buning uchun 3 nuqtadan surtma olish kerak, uretradan, servikal kanaldan va qin orqa gumbazidan.
3. 1- daraja- nordon reaksiya RN=4,0-4,5 mikroskopda epiteliy ho'jayralari va Dederleyn tayoqchalari ko'rinadi.
4. 2- daraja-nordon reaksiya rN 5,0-5,5 qin ho'jayralari va tayoqchalari I darajaga nisbatan kamroq, comma tariabill bakteriyalari ko'p, epiteliy ho'jayralari ko'p, leykotsitlar uchraydi.
- 5.3-daraja-kuchsiz, ishqoriy reaksiya rN-6,0-6, bakteriyalar va anaerob streptokoklar, leykotsitlar ko'p.

2. 4-daraja-kuchsiz ishkoriy reaksiya Dederleyn tayokchalari yo'q. comma
3. tariabill kamroq. Anaerob koklar, batsillalar ko'p, trixomonadalar bor va leykotsitlar sanoqsiz

2. Santimetrli tasma bilan ayolni oldindan kindik sohasida, orqadan bel sohasini o'rtasidan aylantirib qorin aylanasi o'lchanadi. Homiladorlik oxirida bu o'lcham 100 sm.ga teng.
3. Bachadon tubi balandligini o'lchash uchun, tasma bir uchini qov ravog'i yuqori qirrasini o'rtasiga qo'l bilan qo'yib, bachadon tubi yuqori chegarasigacha aniqlanadi, bachadon tubi ikkinchi qo'lni kaft qirrasini bilan aniqlanadi. Homiladorlik ohirida bu o'lcham 32 sm.ga teng.
4. Odatda bachadon tubi balandligiga qarab homiladorlik muddatini ham aniqlash mumkin. Qorin aylanasi o'lchamini bachadon tubi balandligiga ko'paytirib homilaning taxminiy vaznini aniqlaymiz. Masalan : KA -100 sm, BTB – 32 sm .XTV=3200 . 100 x 32 = 3200 gr.

Izox: Bu usul amalga oshirilaetganda ayol vazni yukori, semizlik darajalari bulsa, xomilaning taxminiy ogirligida 200,0 grammga kup yoki kam fark kilishi mumkin.

XVII. FAN BO`YICHA ADABIYOTLAR

Asosiy adabiyotlar:

1. Jabbarova YU.K. , Ayupova F.M. – Akusherlik , Toshkent , 2009 y.
2. Кадырова А.А. , Kattaxodjaeva M.X. - Akusherlik amaliyeti, Toshkent, 2000 y.
3. Kodirova A.A. , Kattaxodjaeva M.X. – Akusherlikdagi jarroxlik amaliyeti, Toshkent , 1999 y.
4. Zakirov I.Z., Badriddinova M.S.. Normal akusherlik. Samarkand, 1991.- 116
5. Zakirov IZ., Badriddinova M.S. Patologik akusherlik. Samarkand. 1992].
6. Djabbarova YU.K., Paxomova JE. Profilaktika akusherskix oslojneniy v jenskoy konsultatsii i poliklinike, - Tashkent 1994,-143s
7. Zakirov IZ.Akusherstvo. Uchebnoe posobie. Samarkand, 1992.-235s

8. Semeynaya meditsina /Pod red. A.F.Krasnova. - Samara, 1996.
9. Spravochnik vracha obshchey praktiki. - Merta. Angliya, 1998.
10. Aylamazyan EK. Akusherstvo- S.Peterburg, 2002 g.
11. Klinicheskie lektsii po akusherstvu i ginekologii. A.N. Striyakova. M.Meditsina 2000.
12. Prakticheskoe akusherstvo. Kadirova A.A., Kattaxodjaeva M.X., Najmutdinova D.K. Tashkent. 2001
13. Neotlojnaya pomoshch pri ekstragenitalnykh sostoyaniyax v akusherskoy praktike E.K. Aylamazyan. SPb, 2002.
14. Akusherstvo. Saveleva G.M. Moskva. 2002
15. Akusherstvo. Uchebnik dlya meditsinskix vuzov. E.K. Aylamazyan. SPb. SpetsLit. 2003, 528 s.
16. Akusherstvo Bodyajina V.I., Semenchenko. M. 2004
17. Kratkoe rukovodstvo po profilaktike infektsii. Pervoe izdanie. Tashkent. 2004 g. 236 s.
18. Neotlojnaya pomoshch v akusherskoy praktike. VOZ 2004
19. Akusherstvo i ginekologiya. Pod redaksiyey G.M. Savelevoy M. 2008
20. Klinicheskoe rukovodstvo po vedeniyu bolnykh s krvotekheniyami v rodax i poslerodovom periode. T 2008
21. Klinicheskoe rukovodstvo po vedeniyu bolnykh s sepsisom/septicheskim shokom vo vremya beremennosti i poslerodovom periode. T 2008
22. Klinicheskoe rukovodstvo po vedeniyu bolnykh s gipertenzivnym sindromom pri beremennosti. T 2008.

Qo'shimcha adabiyotlar:

1. Reshenie problem novorozhdennykh Rukovodstvo dlya vrachey, medsester i akusherok. Rukovodstvo VOZ. UNFPA 2007
2. Effektivnaya perinatalnaya pomoshch i uxorod. Rukovodstvo VOZ. UNFPA 2007
3. Teplovaya zashchita novorozhdennogo. Prakticheskoe rukovodstvo VOZ. UNFPA 2007
4. Neonatologiya. Rukovodstvo VOZ. UNFPA 2007
5. Integrirovannoe vedenie beremennosti i rodov. Okazanie pomoshchi pri oslojnennom techenii beremennosti i rodov. Rukovodstvo dlya vrachey i akusherok VOZ.
6. Akusherstvo. Rukovodstvo VOZ. UNFPA 2007
7. Ekstragenitalnaya patologiya i beremennost. SHextman M.M. Meditsina. 2005.
8. Perinatalnaya infektsiya. Voprosy patogeneza, morfologicheskoy diagnostiki i kliniko-morfologicheskix sopostavleniy. Rukovodstvo dlya vrachey. V.A Sinzerling, V.F. Melnikova «ELBI- SPb Sankt-Peterburg 2002
9. Rukovodstvo po effektivnoy pomoshchi pri beremennosti i rojdenii rebenka Perevod s angl. Pod redaksiyey A.V Mixaylova. Izdatelstvo «Petronolis» CPb. 2003.
10. 8. Gynecology in Primary Gare ROGER P .SMITH, M.O. Williams et Wilqins A. Waverly company 1996.
11. 9. WILLAM OBSTETRICS. 1999 g. SSHA
12. 10. [Pelvis and Perineum](#). Brather's Williams. University of Philadelphia.2004.
13. 11. Ratsionalnaya farmakoterapiya v akusherstve i ginekologii Kulakov, Serov, Moskva. 2006.
14. 12.Laboratornaya diagnostika v akusherstve i ginekologii. A.G. Taranov. Moskva. 2004.s 13-40.
15. Ginekologiya po Eshelyu Novaku. Dj. Berek, I. Adashi, P. Xillard. Moskva, 2002.
16. Dj. Merta. Spravochnik vracha obshchey praktiki. Moskva. 1998.
17. Merrey Enkin, M. Kitre, Dj. Neylson. (per s angl. Pod red. Mixaylova A.V.) Rukovodstvo po effektivnoy pomoshchi pri beremennosti i rojdenii rebenka. SPb, 2003.
18. Profilaktika infektsiy. Ruk-vo dlya meduchrejdeniy s ogranichennymi resursami L. Tindjer, D. Bosmetr, N. Makintosh. JHPIEGO, 2004.

19. Osnovnaya dorodovaya, perinatalnaya i postnatalnaya pomoc. Uchebnyy seminar. VOZ. Evropeyskoe regionalnoe byuro.
20. Meditsinskie kriterii priemlemosti dlya ispolzovaniya metodov kontratsepsii. Izdanie trete UNFPA 2004.
21. Svod prakticheskix rekomendatsiy po primeneniyu sredstv kontratsepsii Izdanie vtoroe UNFPA 2004.
22. SHextman T.K. Ekstragenitalnaya patologiya i beremennost - Tashkent 1991.
23. SHEvchenko T.K. Krupnyy plod v sovremennom akusherstve. Tashkent1991.
24. Magzumov B.X., Rassadina M.V. «Kesarevo sechenie»/ Metod. rekomendatsii. // T., 2002.
25. 4 .Mavlyanova SH.K., Saidkariev B.K. Perenashivanie beremennosti / Metod. rekomendatsii. // T., 2001.
26. E.A. CHernuxa. Rodovoy blok. M., 2001.
27. Saveleva G.M. Akusherstvo-M: Meditsina 2000 .
28. Saveleva G.M. Akusherstvo i ginekologiya .Rukovodstvo dlya vrachey–M: Meditsina. 1997.

Monografiyalar ruyxati

№	Monografiya	Mualliflar	Nashr yili
1	«Gemodinamicheskie izmeneniya u rodilnits perenesshix tyajeluyu preeklampsiyu i ee reablitatsiya »	Ixtiyarova G.A.	Buxara 2015 y
2	«Beremennost i rody pri porokax serdsa »	Ixtiyarova G.A. Negmatullaeva M.N.	Toshkent 2009 y

Internet saytlar manzillari:

buxdti.uz

ziyonet.uz

@vicenna.uz

Akusherlik va ginekologiya kafedrasi sayti

www.obgynbuxmi.narod.ru

www.medi.ru, www.medlinks.ru, www.obgyn.net, www.medscape.com,
www.medland.ru, www.med-lib.ru, www.speclit.spb.ru, www.cochrane.org,
www.ksmed.ru/pat/gynecology, www.medsan.ru, www.medtm.ru/gyn.html,
www.dir.rusmedserv.com/index/speciality, www.healthua.com/parts/gynaecology

XVIII. ANNOTATSIYA

Ginekologiya kursi quyidagilarni mustaqil bajarishni o`rgatishdan iborat: asosiy ginekologik kasalliklarni tashxislash va profilaktikasi; gospitalgacha bo`lgan etapda shoshilinch yordam berish,

ambulator davolash prinsiplari; gospitalizastiyaga ko`rsatma, mutaxassisga yo`llanma berish prinsiplari; vrachgacha bo`lgan jabxada ayol xolati og`irligini uz vaqtida baxolash, ekstragenital patologiyali bor ayollarni shifokor bilan birgalikda parvarishlash. Dispanser xisobiga olish;

Ginekologiya fanining maqsadi talabalarning pastki kurslarda o`rganilgan bilimlarini oshirish, kengaytirishdir.

Talaba ginekologiya kursida ayollardagi ginekologik kasalliklarning diagnostikasini, ularni oldini olish tjora tadbirlarini statsionargacha bo`lgan birinchi yordam choralarini o`rganishi zarur. Buning uchun talaba bemor anamnezini tugri yiga olishi, umumiy va maxsus ginekologik tekshirish usullarini utkaza olishi, laborator – bioximik tekshirishlar natijasida taxlil kilishni bilishi kerak.

Talabalar tugri tashxis kuyish, ekstremal xolatlarida birlamchi erdamni kursata olishi kerak, kasallar tarkibini aniklash, kerakli bulimlarga etkazishni bilishi lozim.

Ginekologiya fani ayol organizmida ro`y beradigan fiziologik va patologik o`zgarishlarni, shu bilan birga patologik xolatlarda birinchi yordam ko`rsatishni, patologik o`zgarishlarning oldini olishni o`rganadigan fandir. Bu fan pastki kurslarda o`tilgan darslarni o`zlashtirishda va mustahkamlashda, akusher – ginekolog tayyorlashda fundamental bilim bo`lib xizmat qiladi.

XIX. MUALLIF HAQIDA MA'LUMOT

MA'LUMOTNOMA

Ixtiyarova Gulchexra Akmalovna

2013 yil 17 oktyabrdan:

Buxoro davlat tibbiyot institutining “Akusherlik-ginekologiya” kafedراسى mudiri

Tug`ilgan yili:

05.09.1972

Millati:

o`zbek

Ma`lumoti:

Tug`ilgan joyi:

Buxoro shahri

Partiyaviyligi:

yo`q

Tamomlagan:

oliy	1996 y.Buxoro davlat tibbiyot instituti (kunduzgi)
Ma'lumoti bo'yicha mutaxassisligi:	vrach
Ilmiy darajasi:	Ilmiy unvoni:
tibbiyot fanlari nomzodi	yo'q
Qaysi chet tillarini biladi:	
rus tili	
Davlat mukofotlari bilan taqdirlanganmi (qanaqa):	
yo'q	
Xalq deputatlari, respublika, viloyat, shahar va tuman Kengashi deputatimi yoki boshqa saylanadigan organlarning a'zosimi (to'liq ko'rsatilishi lozim)	
yo'q	

MEHNAT FAOLIYATI

1987-1990 yy.- Buxoro shahar poliklinikasi kichik tibbiy xodimi

1990-1991 yy.- Toshkent davlat tibbiyot instituti talabasi

1991-1996 yy.- Buxoro davlat tibbiyot instituti talabasi

1996-1998 yy.- Buxoro davlat tibbiyot instituti "Akusherlik va ginekologiya" mutaxassisligi klinik-ordinatori

1998-2000 yy.- Buxoro shahar 7-son poliklinikasi vrach akusher-ginekologi

2000-2004 yy.- Buxoro davlat tibbiyot instituti "Akusherlik - ginekologiya" kafedrası assistenti

2004-2013 yy. -Buxoro davlat tibbiyot instituti "Akusherlik va ginekologiya" kafedrası katta o'qituvchisi

2013 y.- h.v. -Buxoro davlat tibbiyot institutining "Akusherlik va ginekologiya" kafedrası mudiri

2005-2015 йилларда 50 дан ортик илмий маколалар, 60 дан ортик тезислар, 2 та уқув қулланма, 20 та услубий қулланма чоп этилган.2015 йилда республика босқичида енг яхши педагог конкурсида фахрли 2 уринни эгаллаган.

XX. OLIY VA O`RTA MAXSUS TA`LIM VAZIRLIGI VA SOG`LIQNI SAQLASH VAZIRLIGINING NORMATIB HUJJATLARI

O'zbekiston respublikasi hukmati qaror va farmonlari:

1. Postanovlenie Kabineta Ministrov № 46 ot 15 fevralya 2000 goda «Zdorovoe pokolenie»;
2. Postanovlenie Kabineta Ministrov № 68 ot 5 fevralya 2001 goda «Mat i rebyonok»;
3. Postanovlenie Kabineta Ministrov №32 ot 25 fevralya 2002 goda «O dopolnitelnykh merax po ukrepleniyu zdorovya jenuin i podrastayushchego pokoleniya»;
4. Postanovlenie Kabineta Ministrov №242 ot 5 iyulya 2002 goda «O merax po realizatsii prioritetnykh napravleniy povysheniya meditsinskoy kultury v seme, ukrepleniya zdorovya jenuin, rojdeniyu i vospitaniyu zdorovogo pokoleniya»;
5. Postanovlenie Kabineta ministrov № 365 ot 25 avgusta 2003 goda « O meditsinskom osvidetelstvovanii lits, vstupayushix v brak»;
6. Postanovlenie Kabineta ministrov №515 ot 2 noyabrya 2004 goda «O merax po realizatsii proekta “Ukreplenie zdorovya jenuin i detey” s uchastiem ABR»
7. Postanovlenie Prezidenta №153 ot 11 avgusta 2005 goda “O merax realizatsii proekta Natsionalnoy Programmy fortifikatsii muki»
8. Ukaz Prezidenta Respubliki Uzbekistan ot 19.09.2007 goda №UP-3923 «Ob osnovnykh napravleniyax dalneyshego uglubleniya reform i realizatsii Gosudarstvennoy programmy razvitiya zdravooxraneniya»
9. Postanovlenie Prezidenta Respubliki Uzbekistan ot 2 oktyabrya 2007 g. № 700 «O merax po sovershenstvovaniyu organizatsii deyatelnosti meditsinskix uchrejdений respublik».
10. Postanovleniem Kabineta Ministrov Respublika Uzbekistan №48 ot 18 marta 2008 goda «O merax po sovershenstvovaniyu organizatsionnoy struktury i deyatelnosti territorialnykh uchrejdений zdravooxraneniya»
11. Programma po obespecheniyu blagopoluchiya detey Respubliki Uzbekistan na 2007-2011gg.».
12. Postanovlenie Prezidenta Respubliki Uzbekistan PP-1046 ot 26 yanvarya 2009g. «O Gosudarstvennoy programme «God blagoustroystva i razvitiya sela»,
13. Postanovlenie Prezidenta №892 ot 18 iyunya 2008 g. “O Gosudarstvennoy programme rannego vyuyavleniya vrojdennykh i nasledstvennykh zabolevaniy dlya preduprejdeniya rojdeniya invalidov s detstva”
14. Postanovlenie Prezidenta Respubliki Uzbekistan ot 13 aprelya 2009 goda №PP-1096 “O dopolnitelnykh merax po ohrane zdorovya materi i rebyonka, formirovanie zdorovogo pokoleniya”
15. Postanovlenie Prezidenta Respubliki Uzbekistan ot 1 iyulya 2009 goda №PK-1144 «2009-2013 yillarda axolining reproduktiv salomatligini mustaxkamlash, soglom bola tugilishi, jismoniy va ma’naviy barkamol avlodni voyaga etkazish borasidagi ishlarni yanada kuchaytirish va samaradorligini oshirish chora-tadbirlari Dasturi tugrisida».

O‘zbekiston Respublikasi SSV buyruqlari:

1. №500 ot 13 noyabrya 2003g «O reorganizatsii raboty rodilnykh kompleksov (otdeleniy) po povysheniyu effektivnosti perinatalnoy pomoshchi i profilaktike vnutribolnichnykh infektsiy»
2. №425 ot 5 sentyabrya 2005 g. «O vnedrenii sovremennykh texnologiy po povysheniyu effektivnosti okazaniya pomoshchi beremennym v uchrejdенийax pervichnoy mediko-sanitarnoy pomoshchi Respubliki Uzbekistan»
3. № 176 ot 22 aprelya 2005 goda «O programme po dalneyshemu snijeniyu mladencheskoy smertnosti»
4. № 81 ot 19 marta 2006 g. «O dalneyshem rasprostranении IBDOR»
5. №145 ot 30 marta 2007 g. «O vnedrenii sovremennykh texnologiy po povysheniyu effektivnosti okazaniya meditsinskoy pomoshchi detyam na pervichnom zvене zdravooxraneniya»
6. №155 ot 10 aprelya 2007 g. «Ob okazanii statsionarnoy pomoshchi detskomu naseleniyu Respubliki Uzbekistan»

7. № 428 ot 27 sentyabrya 2007 g. «O vnedrenii rassledovaniya kriticheskix sluchaev v akusherskoy praktike v rodovspomogatelnyx uchrejdeniyax sistemy Ministerstva zdravooxraneniya».
8. №74 ot 18 marta 2009g. «O merax po profilaktike peredachi VICH ot materi k rebenku v rodovspomogatelnyx uchrejdeniyax sistemy Ministerstva zdravooxraneniya».
9. № 226 ot 20 iyulya 2009 g. «Osnovy uxoda za zdorovym i bolnym novorodjennym rebenkom».
10. №243 ot 4 avgusta 2009 g. «O vnedrenii konfidentsialnogo issledovaniya sluchaev materinskoy smertnosti v lechebno-profilakticheskix uchrejdeniyax sistemy Ministerstva zdravooxraneniya»
11. Prikaz №600 MZ RUz ot 29.12.2007. O soblyudenii sanitarno-gigienicheskogo, protivoepidemiologicheskogo i dezinfekcionnogo rejima v lechebno-profilakticheskix uchrejdeniyax v Respublike Uzbekistan.
12. Postanovlenie №42 ot 22.12.2004 g. Ob obespechenii bezopasnosti donorskoy krovi i eyo komponentov v Respublike Uzbekistan.
13. Prikaz №88 MZ RUz ot 22.02.2007 g. Ob utverjdenii pokazaniy dlya primeneniya krovi i eyo komponentov v lechebno-profilakticheskix uchrejdeniyax.
14. Prikaz № 480 MZ RUz ot 30.10.2007 g. O sovershenstvovanii profilakticheskix meropriyatiy i organizatsii mediko-sotsialnoy pomoshchi v svyazi s VICH-infektsiy v Respublike Uzbekistan.
15. Buyruq № 185 24.07.2014 "O'zbekiston Respublikasida perinatal tibbiy yordamni hududiyalashtirish to'g'risida"
16. Buyruq № 7 31.05.2014 «Odamning immunitet tanqisligi virusini yuqtirib olgan shaxslar ishlashi man etilgan kasbiy faoliyat turlari ro'yxatini tasdiqlash to'g'risida»
17. Buyruk № 5 31.05.2014 "Odamning immunitet tanqisligi virusiga ibbiy tekshiruvdan o'tkazish qoidalarini tasdiqlash to'g'risida"

XXI. TALABALAR BILIMINI REYTING TIZIMI ASOSIDA BAHOLASH

Reyting ishlanmasi.

Ushbu Nizom O'zbekiston Respublikasi Oliy va o'rta maxsus ta'lim vazirligining 2009 yil 07 avgust № 276-sonli "Talabalar bilimini nazorat ilish va baxolashning reyting tizimi to'risidagi Nizomni amaliyotga joriy etish aida"gi buyrui bilan tasdilangan "Oliy ta'lim muassasalarida talabalar bilimini nazorat ilish va baolashning reyting tizimi to'risida Nizom" va tibbiyot oliy ta'lim muassasalari rektorlari Rayosati tomonidan tavsiya etilgan "Tibbiyot oliy ta'lim muassasalarida talabalar bilimini nazorat ilish va baolashning reyting tizimi to'risida Nizom" va O'zbekiston Respublikasi Oliy va o'rta maxsus ta'lim vazirligining 2010 yil 25 avgustdagi 333 – son buyrui bilan Nizomga o'zgartirish va o'shimchalar kiritilgan amda O'zbekiston Respublikasi Adliya vazirigida 2010 yil 26 avgustda 1981-1 son bilan Davlat ro'yxatidan ayta o'tkazilgan "Oliy ta'lim muassasalarida talabalar bilimini nazorat ilish va baolashning reyting tizimi to'risida Nizom" asosida ishlab childi va Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti Akusherlik va ginekologiya kafedrasida yilishida ko'rib childi va tasdilandi.

I. Umumiy qoidalar

1. Talabalar bilimini nazorat qilish va reyting tizimi orqali baholashdan maqsad ta'lim sifatini boshqarish orqali raqobatbardosh kadrlar tayyorlashga erishish, talabalarining fanlarni o'zlashtirishida bo'shliqlar hosil bo'lishini oldini olish, ularni aniqlash va bartaraf etishdan iborat.

2. Reyting tizimining asosiy vazifalari quyidagilardan iborat:

a) talabalarda Davlat ta'lim standartlariga muvofiq tegishli bilim, ko'nikma va malakalar shakllanganligi darajasini nazorat qilish va tahlil qilib borish;

b) talabalar bilimi, ko'nikma va malakalarini baholashning asosiy tamoyillari:

Davlat ta'lim standartlariga asoslanganlik, aniqlik, haqqoniylik, ishonchlilik va qulay shaklda baholashni ta'minlash;

v) fanlarning talabalar tomonidan tizimli tarzda va belgilangan muddatlarda o'zlashtirilishini tashkil etish va tahlil qilish;

g) talabalarda mustaqil ishlash ko'nikmalarini rivojlantirish, axborot resurslari manbalaridan samarali foydalanishni tashkil etish;

II. Nazorat turlari va uni amalga oshirish tartibi

4. Nazorat turlari, uni o'tkazish tartibi va mezonlari kafedra mudiri tavsiyasi bilan kafedra yig'ilishida muhokama qilindi va tasdiqlandi hamda fanning ishchi o'quv dasturida mashg'ulot turlari bilan birgalikda ko'rsatiladi.

5. Reyting nazorati jadvallari, nazorat turi, shakli, soni hamda har bir nazoratga ajratilgan maksimal ball, shuningdek joriy va oraliq nazoratlarning saralash ballari haqidagi ma'lumotlar fan bo'yicha birinchi mashg'ulotda talabalarga e'lon qilinadi.

6. Talabalarining bilim saviyasi va o'zlashtirish darajasining Davlat ta'lim standartlariga muvofiqligini ta'minlash uchun quyidagi nazorat turlarini o'tkazish nazarda tutiladi:

joriy nazorat – talabaning fan mavzulari bo'yicha bilim va amaliy ko'nikma darajasini aniqlash va baholash usuli. Joriy nazorat fanning xususiyatidan kelib chiqqan holda amaliy mashg'ulotlarda ozaki so'rov, test o'tkazish, subat, nazorat ishi, kollokvium, uy vazifalarini tekshirish va shu kabi boshqa shakllarda o'tkaziladi;

oraliq nazorat – muayyan bulim bo'yicha nazariy bilim va amaliy ko'nikmalarni talabalar tomonidan o'zlashtirish darajasini baolash usuli. Kafedrada yakuniy nazorat test savollari asosida va OTKS (ob'ektiv tizimlashtirilgan klinik sinov) shaklida o'tkaziladi.

yakuniy nazorat – semestr yakunida muayyan fan bo'yicha nazariy bilim va amaliy ko'nikmalarni talabalar tomonidan o'zlashtirish darajasini baolash usuli. Kafedrada yakuniy nazorat test savollari asosida kompyuterda va OTKS (ob'ektiv tizimlashtirilgan klinik sinov) shaklida o'tkaziladi.

III. Baxolash tartibi va mezonlari

9. Talabalarining bilim saviyasi, ko'nikma va malakalarini nazorat ilishning reyting tizimi asosida talabaning ar bir fan bo'yicha o'zlashtirish darajasi ballar orali ifodalanadi.

10. xar bir fan bo'yicha talabaning semestr davomidagi o'zlashtirish ko'rsatkichi 100 ballik tizimda baolanadi.

Ushbu 100 ball nazorat turlari bo'yicha uyidagicha tasimlanadi:

Davolash va tibbiy pedagogika fakultetining 4-kurs talabalari uchun Akusherlik fani bo'yicha
 joriy nazorat- **45 ball**;
 mustail ish- **5 ball**;
 oraliq nazorat – **20 ball**
 yakuniy nazorat – **30 ball**
Jami - 100 ball

№	Baolash turi	Maksimal ball	Saralash bali	Koeffitsiyent
1	Joriy baolash	45	25	0.45
2	T M I	5	2.5	0.05
3.	Oraliq baxolash	20	13	0,2
3	Yakuniy baolash	30	17	0.3
4	Jami	100	55.0	1

11. Talabaning reyting daftarchasiga aloida ayd ilinadigan malakaviy amaliyot, fan (fanlararo) bo'yicha yakuniy davlat attestatsiyasi, magistratura talabalarining ilmiy-tadiot va ilmiy-pedagogik ishlari, magistrlik dissertatsiyasi bo'yicha o'zlashtirish darajasi – 100 ballik tizimda baolanadi.

Talabaning mustakil ishini (TMI) baxolashi joriy baxolash bilan birgalikda buladi.

Talabaning mustakil ishi UzR Oliy va urta-maxsus ta'lim Vazirligining 21.02.2005 yil 34-sonli buyrugi va oliy talim muassasasi rektori buyrugi bilan tasdiklangan «Talaba mustakil ishini tashkil etish, nazorat kilish va baxolash tartibi tugrisida Na'munaviy nizom» asosida tashkil etiladi (1-ilova)

Mustakil ish buyicha belgilangan maksimal reyting balining 55%dan kam ball tuplagan talaba fan buyicha yakuniy nazoratga kuyilmaydi.

TMI auditoriyadan tashkari fanning ukuv dasturiga muvofik, mavzu tanlash yuli bilan bajariladi. Bu referat, TUII ishlab chikish, jadval, slaydlar tayyorlash, videofilmlar ssenariysini tayyorlash, krossvordlar tuzish, vaziyat masalalar komple'xini, testlarni tuzish va x.k. bulishi mumkin. Mavzular tarkibi ishchi dasturga kushimchada keltirilgan.

TMI buyicha xisobot xar semestrda kafedrada ishlab chikilgan va tasdiklangan shakl buyicha ukituvchiga topshiriladi.

TMI ning variantlarini kafedra yil boshida rejalashtiriladi. Talabaga TMI turlari xakida tula axborot beriladi: mavzular va topshiriklar ruyxati keltiriladi va talabaga tanlash imkoni beriladi, ikki yil davomida TMI buyicha ishlar ukituvchida saklanadi.

Oraliq nazorat

Oraliq nazorat kafedra majlisi karori bilan ogzaki usuli buyicha utkaziladi. Oraliq nazorat semestrda 1 marta 100 balli tizim buyicha utkaziladi. Tibbiy pedagogika fakultetining 4-5 kurslarda, stomatologiya fakultetining 4 kursida, OMX bulimining 2-3 kurslarda oraliq nazorat utkaziladi.

Oraliq nazoratga ma'ruzalar va amaliy mashgulotlardan karzi bulmagan talabalar kuyiladi.

Oraliq nazorat ogzaki usuli buyicha utkaziladi.

- semestr yakunida fan buyicha saralash balidan kam ball toplagan talabaning uzlashtirishi konikarsiz (akademik karzdor) xisoblanadi.
- akademik karzdor talabalar ga semestr tugaganidan keyin dekan ruxsatnomasi asosida kayta uzlashtirishi uchun 1oy muddat beriladi. Shu muddat davomida uzlashtira olmagan talaba belgilangan tartibda rektorning buyrug'i bilan talabalar safidan chetlashtiriladi (birinchi kurs talabalariga nisbatan ukuv yili yakunlari buyicha amalga oshirish maksadga muvofikdir).

Yakuniy baxolash.

YaB da talabaning bilim, kunikma va malakalari fanning umumiy mazmuni doirasida baxolanadi. YaB fan buyicha ukuv mashg'ulotlari tugaganidan sung utkaziladi.

JB, TMI va OB ga ajratilgan umumiy ballarning xar biridan saralash balini toplagan talabaga YaB ga ishtrok etish xukuki buriladi.

YaB utkazish shakli - test va OSCE usullar kombinastiyasida Ilmiy Kengash karori bilan belgilanadi.

YaB test va OSCE usuli kombinastiyasida utkazilgan xolda ballar nisbati mos ravishda 50%:50% ni tashkil etadi. OSCE va test natijasida toplangan ballar YaBni tegishli balini tashkil etadi. Agar OSCE natijalari buyicha talaba konikarsiz baxo olsa, u test nazoratiga kiritilmaydi.

Talaba mustaqil ishi (TMI) – muayyan fandan o'quv dasturida belgilangan bilim, ko'nikma va malakaning ma'lum bir qismini talaba tomonidan fan o'qituvchisi maslahati va tavsiyalari asosida auditoriya va auditoriyadan tashqarida o'zlashtirishga yo'naltirilgan tizimli faoliyatdir.

Talabalar mustaqil ishlarining shakli va hajmini belgilashda quyidagi jihatlar e'tiborga olinishi lozim:

- o'qitish bosqichi;
- muayyan fanning o'ziga xos xususiyati va o'zlashtirishdagi qiyinchilik darajasi;
- talabaning qobiliyati hamda nazariy va amaliy tayyorgarlik darajasi (tayanch bilimi);
- fanning axborot manbalari bilan ta'minlanganlik darajasi;
- talabaning axborot manbalari bilan ishlay olish darajasi.

Mustaqil ish uchun beriladigan topshiriqlarning shakli va hajmi, qiyinchilik darajasi semestr-dan-semestr ga ko'nikmalar hosil bo'lishiga muvofiq ravishda o'zgarib, oshib borishi lozim. Ya'ni, talabalarning topshiriqlarni bajarishdagi mutaqqilligi darajasini asta-sekin oshirib, ularni topshiriqlarni bajarishga tizimli va ijodiy yondashishga o'rgatib borish kerak bo'ladi.

TMI ni tashkil qilishda talabaning akademik o'zlashtirish darajasi va qobiliyatini hisobga olgan holda quyidagi shakllardan foydalanish mumkin:

- fanning ayrim mavzularini o'quv adabiyotlari yordamida mustaqil o'zlashtirish, o'quv manbalari bilan ishlash;
- amaliy, seminar va laboratoriya mashg'ulotlariga tayyorgarlik ko'rib kelish;

Mavzu bo'yicha testlar, munozarali savollar, vaziyatli masalalar va topshiriqlar tayyorlash. Talabaga muayyan mavzu bo'yicha testlar, qiyinchilik darajasi har xil bo'lgan vaziyatli masalalar va topshiriqlar, munozaraga asos bo'ladigan savollar tuzish topshiriladi.

Bunda o'qituvchi tomonidan talabaga testga qo'yiladigan talablar va uni tuzish qonun-qoidolari, qanday maqsad ko'zga tutilayotganligi, muammoli savollar tuzishda mavzuning munozarali momentlarini qanday ajratish lozimligi, topshiriqlarni tuzish usullari bo'yicha yo'l-yo'riq beriladi. Konsultastiya

paytlarida bajarilgan ishlarning qo'yilgan vazifa va talablarga javob berish darajasi nazorat qilinadi (qayta ishlab kelish, aniqlashtirish yoki to'ldirish taklif etilishi mumkin).

Test, savollar, vaziyatli masala va topshiriqlar majmuasi kafedrada ekspertlar ishtirokida himoya qilinadi.

Talabalar mustaqil ishini samarali tashkil etish:

- tizimli yondoshish;
- barcha bosqichlarini muvofiqlashtirish va uzviylashtirish;
- bajarilishi ustidan qat'iy nazorat qilish;
- tashkil etish va nazorat qilish mexanizmlarini takomillashtirib borish zarur

FANNI URGANISHDAGI YANGI TEXNOLOGIYALAR:

Ukitish tugruksxonalar, biokimyo va ekspres laboratoriyalar, zamonaviy tashxis apparaturalar bilan jixozlangan ayollar salomatligi markazlarida utkaziladi.

Fanni urgatishda katta yoshli odamlarni yangi etakchi texnologiyalar buyicha ukitishning interaktiv uslublari kullanilishi lozim:

- Amaliy va roli uyinlar;
- Miyani ishgoli;
- Rotastiya uslubi va xokazo.
- Xomiladorlarni induvidual tekshirish va olib borish rejalarini tuzish xakida kunikmalarni ishlab chikish;
- EGP kasalliklarni asoratli va asoratsiz shaklida xomiladorlarni olib borish, gospitalizastiya kilish, tashxislash prinstiplari xakida kullanma bilimlarni ishlab chikish;
- Ginekologik kasalliklarni dispanser nazoratiga olish kunikmalarini ishlab chikarish;
- Onkologik va jinsiy yul orkali yukuvchi kasalliklarni aniklash;
- Ginekologik bemorlarni gospitalizastiya kilish prinstiplari va stasionarga evakuastiya kilish vaktida yordam xakida kunikma ishlab chikish;
- Kontrastepstiyaning xamma turi xakida maslaxat berish bilimini xosil kilish;
- Tibbiy xujjatlarni tuldirish va yuritish xakida kunikma ishlab chikish;
- Asosiy laboratoriya va instrumental, funkstional tekshirish.

Utilgan materialni mustaxkamlashni uyinlar yordamida amalga oshirish:

- «Issik kartoshka»;
- «Kor parcha»;
- «Kopdagi mushuk»;
- «Zaif xalka» va x.o.

Materialni bayon kilishda ukitishning texnik vositalaridan foydalanish:

- Video va kinofilmlar;
- Kompyuter dasturlari;
- Elektron pochta;
- Multimedialar;
- Darslikning elektron versiyalari;
- Slaydoskop va kodaskop;
- Slaydlar, videofilmlar, transporastiyalar;
- Flipkartalar va flip-doskalarni kullash.

Talabalarning bilimlarini nazorati reyting tizimi buyicha utkazish, test nazorati, OSKE va suxbatlashish utkazish.

Talabalar bilimini baxolashda quyidagi namunaviy mezonlar inobatga olinadi.

Ball	Baxo	Talabaning bilim darajasi
86-100	A'lo	Xulosa va qaror kabul qilish. Ijodiy fikrlay olish. Mustakil mushoxada yuritish. Amalda kullay olish. Moxiyatini tushuntirish Bilish, aytib berish. Tasavvurga ega bo'lish.
71-85	Yaxshi	Mustakil mushoxada yuritish. Amalda kullay olish. Moxiyatini tushuntirish. Bilish, aytib berish. Tasavvurga ega bo'lish.
55-70	Konikarli	Moxiyatini tushuntirish. Bilish, aytib berish. Tasavvurga ega bo'lish.
0-54	Konikarsiz	Anik tasavvurga ega bo'lmaslik. Bilmaslik.

MUNDARIJA

I. DTS dan ko'chirma (o'quv fani standarti) _____ **b**

II. Na'munaviy dastur (DTSga kiritilgan fanlar uchun) _____ **b**

III. Ishchi dastur (tasdiqlangan shakl bo'yicha) _____ **b**

IV. Amaliy mashg'ulotlar.

1. Ginekologik kasalliklarning diagnostikasi va umumiy simptomatologiyasi _____ **b**
2. Normal hayz sikli va uning regulyatsiyasi. Hayz siklining buzilishi. Amenoreya. Gipomenustral sindrom. _____ **b**
3. Disfunktsional bachadon qon ketishlari. _____ **b**
4. Homiladorlikning I yarmidagi qon ketishlari. _____ **b**
5. Ayollar jinsiy a'zolari spetsifik va nospetsifik yallig'lanish kasalliklari. _____ **b**
6. Bachadon miomasi. Endometrioz. Bachadon yaxshi sifatli o'smalari. _____ **b**
7. Tuxumdon yaxshi va yomon sifatli o'smalari. _____ **b**

8. Ayollar jinsiy organlarining rivojlanish anomaliyalari. Ayollar jinsiy aʼzolarining joylashish anomaliyalari_____ b
 9. Bachadon boʻyni va tanasi fon va rak oldi, rak kasalliklari. _____ b
 10. Bepushtlik. Kontrasepsiyaning zamonaviy va xirurgik usullari_____ b
- V. Muammoli vaziyatlar va amaliy mashgʻulotlar uchun mashgʻulotlar uchun mashgʻulotlar toʻplami _____ b**
- VI. Nazorat turlari uchun savollar (JB,OB, YaB) _____ b**
- VII. Imtixon savollari (umumiy va OSKE, test savollari) _____ b**
- VIII. Tarqatma materiallar_____ b**
- IX. Glossariy_____ b**
- X. Fan bopʻyicha nazorat materiallari**
- XI. Talabaning oʻquv va ilmiy ishlar mavzulari_____ b**
- XII. Innovatsion taʼlim texnologiyalari : texnik vositalar bilan taʼminlanganlik va elektron taʼlim materiallari roʻyxati _____ b**
- XIII. Oʻquv-uslubiy majmua mualliflar tomonidan yaratilgan darsliklar, oʻquv qoʻllanma, oʻquv uslubiy qoʻllanma, maʼruza matnlari_____ b**
- XIV. Talabalar mustaqil ishining uslubiy ishlanmalar _____ b**
- XV. Amaliy koʻnikma_____ b**
- XVI. Fan boʻyicha adabiyotlar_____ b**
1. Asosiy adabiyotlar_____ b
 2. Qoʻshimcha adabiyotlar_____ b
 3. Monografiyalar roʻyxati_____ b
 4. Institut ARM, oʻquv zali va kafedradagi adabiyotlar_____ b
 5. Internet saytlari_____ b
- XVII. Annotatsiya_____ b**
- XVIII. Xulosa va takliflar, foydali maslahatlar_____ b**
- XIX. Muallif haqida maʼlumot_____ b**
- XX. Oliy va oʻrta maxsus taʼlim vazirligi va Sogʻliqni saqlash vazirligining normativ hujjatlari (buyruqlar, farmoyishlar, xatlar va boshqalar) _____ b**
- XXI. Talabalar bilimni reyting tizimi asosida baxolash_____ b**

