

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI
AKUSHERLIK VA GINEKOLOGIYA KAFEDRASI



«GINEKOLOGIYADAN O‘QUV QO‘LLANMA»

(bakalavr talabalari uchun)

Ta’lim sohasi: 140000- Sog‘liqni saqlash

Ta’lim yo‘nalishi: 60910200- Davolash ishi

Toshkent-2024

Tuzuvchilar:

Toshkent tibbiyot akademiyasi akusherlik va ginekologiya kafedrası dotsenti, t.f.d.
An A.V.

Toshkent tibbiyot akademiyasi akusherlik va ginekologiya kafedrası magistri
Amanboyeva F.B.

Taqrizchilar:

Oilaviy tibbiyotda akusherlik va ginekologiya kafedrası mudiri, t.f.n. professor
Najmutdinova D.K.

TXKMRM «Akusherlik va ginekologiya-2» kafedrası mudiri t.f.d. professor
Karimova F.D.

Ushbu ginekologiya fani bo'yicha o'quv qo'llanmasi — tibbiyot universitetlari talabalari uchun mo'ljallangan kompleks resurs bo'lib, unda ayol reproduktiv tizimining anatomiyasi va fiziologiyasi, ginekologik kasalliklarni diagnostikasi va davolash usullarini, homiladorlikni boshqarish va profilaktika masalalarini, shuningdek, reproduktiv salomatlikka oid zamonaviy yondashuvlarni o'z ichiga oladi. Qo'llanma klinik tavsiyalar, illyustratsiyalar va amaliyotdan misollarni o'z ichiga olgan holda, bakalavr talabalriga nazariy bilimlarini oshirishda hamda tibbiy faoliyatda amaliy qo'llanilishi uchun foydali bo'ladi.

Mundarija:

Qisqartmalar va shartli belgilar ro'yxati.....

Kirish

Bob №1. Normal hayz sikli va uning boshqarilishi

Bob №2. Hayz sikli buzilishlari.....

2.1. Amenoreya

2.2. Gipomenstrual sindrom

2.3. Qizlar va yosh ayollarda funksional va jinsiy rivojlanishning
kechikishi.....

Bob №3. Bachadondan anomal qon ketishi.....

Bob №4. Homiladorlikning birinchi yarmida qon ketish

4.1. Abortlar

4.2. Ektopik homiladorlik

4.3. Yelbug'oz

Bob №5. Ayollar jinsiy a'zolarining nospetsifik etiologiyali yallig'lanish
kasalliklari

Bob №6. Ayollar jinsiy a'zolarining spetsifik yallig'lanish
kasalliklari

Bob №7. Bachadon miomasi

7.1. Endometrioz

Bob №8. Tuxumdonning yaxshi va yomon sifatli
o'smalari.....

8.1. Tuxumdon kistasi va kistomasi.....

Bob №9. Ayollar jinsiy a'zolarining noto'g'ri joylashib qolishi va rivojlanish
nuqsonlari.....

9.1. Ginekologik kasalliklarni medico-genetik tashxislash
usullari

9.2. Yosh qizlar, balog‘at yoshidagilar va yosh ayollardagi genital anomaliyalar	
9.3. Kyustner-Rokitanskiy sindromi.....	
Testlar.....	
Glossariy.....	
Adabiyotlar ro‘yxati.....	

Kirish

Ginekologiya bo'yicha qo'llanma ayollarning sog'lig'iga qiziqqan va ushbu sohadagi bilimlarini rivojlantirishga intilayotgan har bir kishi uchun ajralmas vositadir. Ushbu ginekologiya bo'yicha qo'llanma talabalar va yosh shifokorlarga ayollar sog'lig'ining murakkab masalalarini tushunishga yordam berish maqsadida yaratilgan. O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2022-yil 28-yanvardagi "Yangi O'zbekistonning 2022-2026 yillarga mo'ljallangan rivojlanish strategiyasi to'g'risida" gi PF-60-son farmoni bilan reproduktiv yoshdagi ayollar, homilador ayollar va bolalarga yuqori texnologiyali tibbiy yordam ko'rsatish tizimini takomillashtirish, perinatal markazlarni zarur tibbiy texnika va uskunalar bilan jihozlash, ularni malakali kadrlar bilan ta'minlash bo'yicha vazifalar belgilandi.

Biz siz uchun ginekologik kasalliklar, tashxislash va davolash usullari, reproduktiv kasalliklarni oldini olish va reproduktiv salomatlikni saqlash bo'yicha eng dolzarb ma'lumotlarni to'pladik. Birgalikda biz ayol hayotining barcha bosqichlarini - o'spirinlikdan menopauzagacha, homiladorlik va tug'ruqning o'ziga xos xususiyatlari bilan tanishamiz, shuningdek kontratsepsiya va jinsiy salomatlikning muhim masalalarini muhokama qilamiz.

Tavsiya etilgan o'quv qo'llanmasiga odatdagi hayz sikli, uning boshqarilishi, boshqarish mexanizmlarining funksional buzilishi; ginekologik amaliyotda va ektopik homiladorlikda qo'llaniladigan tadqiqot usullari haqidagi mavzular kiritilgan. Material zamonaviy ma'lumotlardan foydalangan holda qisqa shaklda taqdim etilgan.

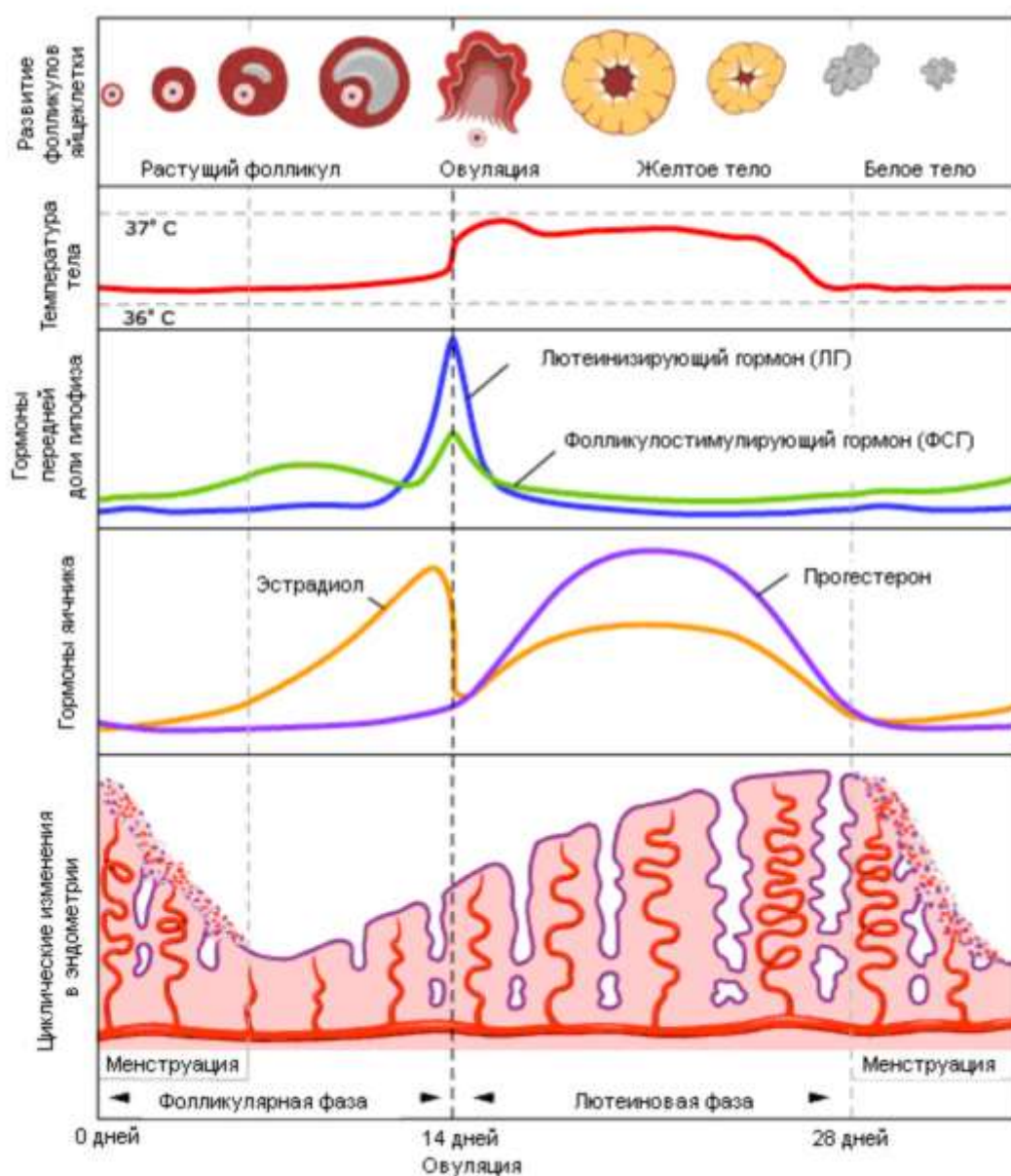
Umid qilamizki, ushbu darslik ginekologiyaga qiziqqan va ushbu sohada malaka oshirishga intilayotgan har bir kishi uchun ishonchli bilim manbai bo'lib xizmat qiladi.

BO‘LIM № 1 Normal hayz sikli va uning boshqarilishi

Hayz sikli– bu ritmik takrorlanuvchi biologik jarayon bo‘lib, ayol organizmini homiladorlikka tayyorlaydi.

Hayz – bu har oyda, siklik bachadondan qon ketishi bilan namoyon bo‘ladi. Birinchi hayz (menarche) ko‘pincha 12-13 yoshda sodir bo‘ladi (+/- 1,5-2 yil). Hayz ko‘pincha 45-50 yoshgacha davom etadi.

Hayz sikli mazkur hayzning 1-kunidan keyingi hayzning 1-kuniga qadar bo‘lgan davrni o‘z ichiga oladi.



Rasm 1.1. Hayz sikli

Fiziologik hayz sikli quyidagilar bilan xarakterlanadi:

1. Ikkifazali
2. 22 kundan kam va 35 kundan ko'p davom etmasligi (60% ayollarda 28-32kun davom etadi). Hayz sikli davomiyligi 22 kundan kam bo'lsa- antiponik, 35 kundan ko'p bo'lsa- postponik hayz sikli deb ataladi.
3. Doimiy sikl takrorlanishi.
4. Hayz davomiyligi 2-7 kun.
5. Hayz davrida yo'qotilgan qon hajmi-50-150ml.
6. Hayz vaqtida organizm umumiy holatida buzilishlar va og'riq hissi kuzatilmasligi.

Hayz sikli boshqarilishi.

Hayz sikli boshqaruvida 5ta pog'ona ishtirok etadi:

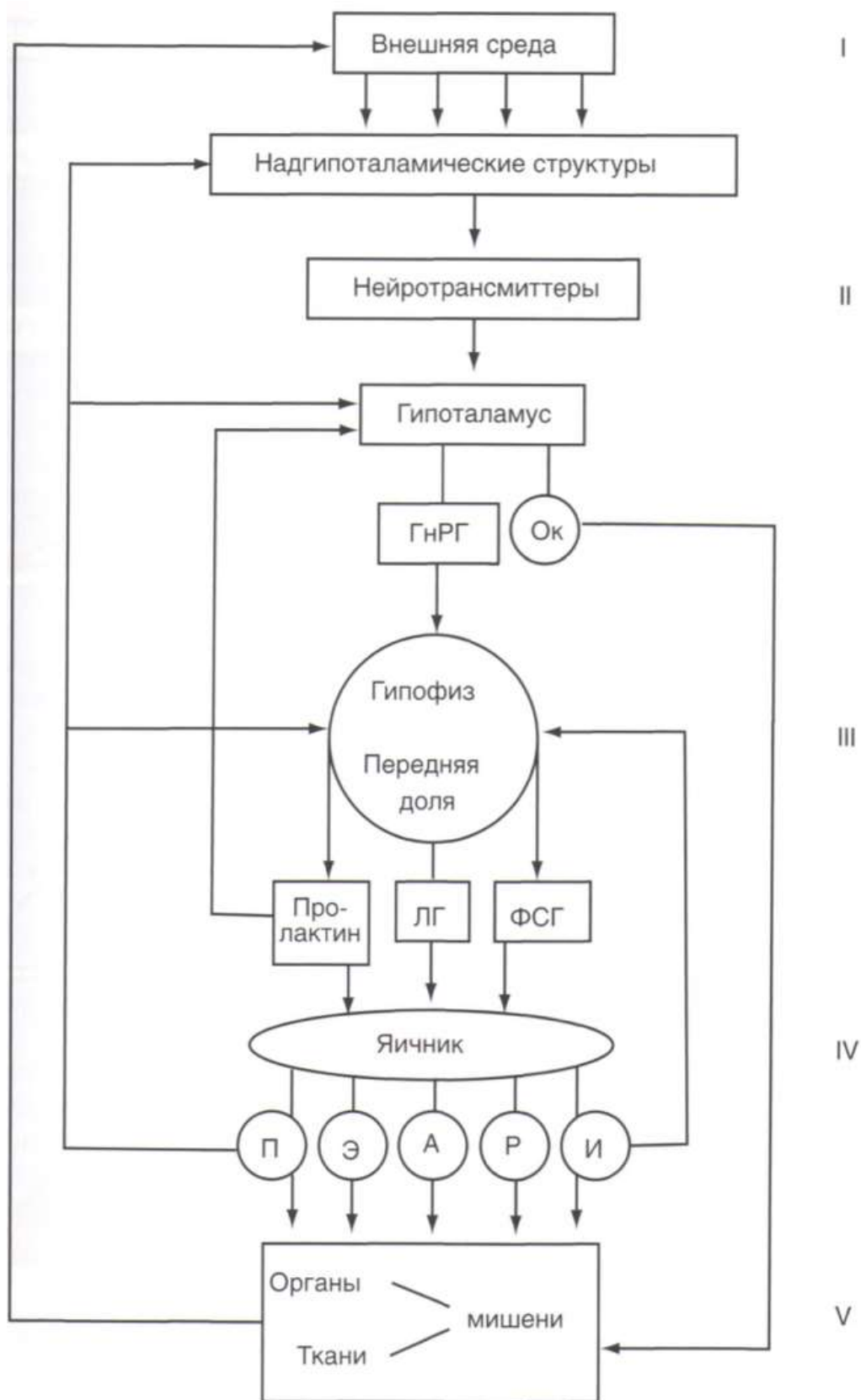
- Bosh miya po'stlog'i
 - Gipotalamus
 - Gipofiz
 - Tuxumdonlar
 - Bachadon
- I. Ekstragipotalamik miya tuzilmalari impulsni tashqi muhitdan va interoreseptorlardan qabul qiladi va ularni neyrotransmitterlar (nerv impulslarini uzatuvchi tizim) yordamida gipotalamusning neyrosekretor yadrolariga uzatadi.

Neyrotransmitterlarga quyidagilar kiradi: dofamin, noradrenalin, serotonin, indol va morfinga o'xshash opioid neyropeptidlarning yangi sinfi – endorfinlar, enkefalinlar, donorfinlar.

- II. Gipotalamus boshqaruvchi rolini o'ynaydi. Gipotalamus yadrolari gipofiz gormonlarini (Rilizing- gormonlari) - liberinlarni ishlab chiqaradi.

Gipotalamusda sintezlangan Rilizing gormon gipofizda lyuteinlovchi gormonning ajralishini stimullaydi, shu bilan bir qatorda RGLG va uning analoglari follikul stimullovchi gormonni (FSG) sintezini ham rag'batlantiradi. Gipotalamusdan ajralgan bu gormonni yagona nom bilan rilizing-gormon lyuteinlovchi gormon (RGLG) deb ataymiz.

Rilizing- gormonlari qon aylanish tizimining maxsus qon tomir (Portal)i orqali gipofizning oldingi qismiga kiradi.



Рasm1.2. Reproductive tizimning funksional tuzilishi: neurotransmitterlar-dofamin, noradrenalin, serotonin; opioid peptidlar; β -endorfinlar, enkefalinlar; Ок-oksitotsin; П-progesteron; Э-esterogen; А-androgenlar; Р-relaksin; И-ingibin; I – V – reproduktiv tizimning boshqarilish pog‘onalari.

III. Gipofiz – bu boshqarilishning 3-pogʻonasi.

Gipofiz adenogipofiz (oldingi boʻlak) va **neyrogipofiz** (orqa boʻlak)dan tashkil topgan.

Adenogipofiz trop gormonlarni ishlab chiqaradi:

Gonadotrop gormonlar:

- LG – lyuteinlovchi gormon
- FSG –follikul stimullovchi gormon
- PL - prolaktin

Trop gormonlar

- STG – somatotrop gormon
- AKTG – adrenokortikotrop gormon
- TTF – tirotrop gormon.

FSG tuxumdonlarda follikulaning oʻsishi, rivojlanishi va yetilishini stimullaydi. LG yordamida esa follikula esterogen sintezlashni boshlaydi, LGsiz ovulyatsiya ham sodir boʻlmaydi va sariq tana ham hosil boʻlmaydi. Prolaktin LG bilan birgalikda sariq tanada progesterone sintezini ragʻbatlantiradi, ammo uning asosiy biologik vazifasi – sut bezlarining oʻsishi va rivojlanishi, laktatsiyani boshqarish. FSGning qondagi eng yuqori konsentratsiyasi hayz siklining 7-kuniga, LGning qondagi eng yuqori konsentratsiyasi esa hayz siklining 14-kuniga toʻgʻri keladi.

IV. Tuxumdon 2xil vazifani bajaradi:

1) **generativ** (follikula yetilishi va ovulyatsiya).

2) **endokrin** (steroid gormonlar ishlab chiqarish- esterogenlar va progesteron).

Qiz bola tugʻilganida ikkala tuxumdonida tahminan 500 mln.ga yaqin primordial follikulalar boʻladi. Balogʻatga yetish davrining boshiga kelib, follikulalar soni 2 marta kamaygan boʻladi. Ayol hayotining reproduktiv davrida faqatgina 400taga yaqin follikula yetiladi xolos.

Tuxumdon sikli 2 fazadan iborat:

1 faza – follikulyar

2 faza – lyuteal

Follikulyar faza hayz tugashi bilan boshlanib, ovulyatsiya bilan yakunlanadi.

Lyuteal faza ovulyatsiyadan keyin boshlanadi va keying hayz sodir bo'lishi bilan oq yakunlanadi.

Hayz siklining 7-kunidayoq tuxumdonlarda bir vaqtning o'zida bir nechta follikulalar yetila boshlaydi. 7-kundan boshlab follikulalardan biri boshqalariga nisbatan tezroq o'sa boshlaydi, diametri 20-28 mmga yetganda ovulyatsiya sodir bo'ladi., hammasidan tez o'sgan follikula yaqqol kapillarlar to'riga ega bo'ladi va dominant follikula deb ataladi. Dominant follikula tuxum hujayra saqlaydi, ichi esa follikulyar suyuqlik bilan to'lgan. Ovulyatsiyagacha follikulyar suyuqlik hajmi 100 baravar oshadi, tarkibidagi estradiol (E_2)ning konsentratsiya ham gipofizdan LG ajralishini stimullaydigan darajagacha oshadi. Follikula rivojlanishi hayz siklining 1-fazasida sodir bo'ladi, ya'ni hayz siklining 14-kunigacha davom etadi, so'ngra yetilgan follikulaning yorilishi – ovulyatsiya sodir bo'ladi.

Ovulyatsiya paytida follikulyar suyuqlik hosil bo'lgan teshikdan oqib chiqadi va nurlil toj hujayralari bilan o'ralgan oositni chiqaradi. Urug'lanmagan tuxum hujayra 12-24 soatdan keyin nobud bo'ladi. Tuxum hujayra chiqarilgandan so'ng, follikula bo'shlig'ida hosil bo'lgan kapillyarlar tezda o'sib chiqadi, granuloz hujayralari luteinizatsiyaga uchraydi – sariq tanasi hosil bo'ladi, uning hujayralari progesteronni sintez qiladi. Homiladorlik kuzatilmasa, sariq tanasi oq tanaga aylanadi. Oq tananing ishlash bosqichi 10-12 kunni tashkil qiladi, so'ngra teskari rivojlanish, regressiya sodir bo'ladi.

Follikulaning granulyar hujayralari esterogenlarni ishlab chiqaradi:

- estron (E_1)
- estradiol (E_2)
- estriol (E_3)

Sariq tana progesteron ishlab chiqaradi:

Progesteron endometriyni va bachadonni urug'langan tuxum hujayra implantatsiyalanishi va homiladorlikning rivojlanishiga tayyorlab beradi, sut bezlarini esa laktatsiya davriga tayyorlaydi; miyometriyning qo'zg'aluvchanligini susaytiradi. Progesteron anabolik ta'sirga ega va hayz davrining ikkinchi bosqichida rektal haroratning oshishiga olib keladi.

Tuxumdonlarda androgenlar sintezlanadi:

- androstendion (testosteron shu maxsulotdan hosil bo'ladi) 15mg/kun miqdorda.
- degidroepianrosteron
- degidroepianrosteron sulfat

Follikulalarning granulyoz hujayralarida gipofiz bezi tomonidan FSGning ishlab chiqarilishini tormozlovchi oqsil tarkibli gormon ingibin va mahalliy ta'sir qiluvchi

oqsil moddalari – oksitotsin va relaksin hosil bo'ladi. Tuxumdondagi oksitotsin sariq tananing regressiyasiga yordam beradi. Tuxumdonda ovulyatsiyada ishtirok etadigan prostaglandinlar ham hosil bo'ladi.

V. Bachadon – bu tuxumdon gormonlarining nishon a'zosi.

Bachadon sikli 4 fazaga bo'linadi:

1. Deskvamatsiya fazasi
2. Regeneratsiya fazasi
3. Proliferatsiya fazasi
4. Sekretsia fazasi

Proliferatsiya bosqichi endometriyning funksional qatlamini tiklanishi bilan boshlanadi va endometriumning to'liq shakllanishi bilan yakunlanadi, ya'ni 28 kunlik hayz siklining 14-kuniga mos keladi. Bu FSG va tuxumdon estrogenlarining ta'siri bilan bog'liq.

Sekretsia bosqichi hayz davrining o'rtasidan keyingi hayz boshlanishigacha davom etadi. Agar homiladorlik ushbu hayz davrida ro'y bermasa, unda sariq tana teskari rivojlanish (regressiya)ga uchraydi, bu estrogen va progesteron darajasining pasayishiga olib keladi. Endometriumda qon ketish paydo bo'ladi; nekrozlanadi va funksional qavat ko'chib tusha boshlaydi, ya'ni hayz ko'rish boshlanadi (deskvamatsiya bosqichi).

Jinsiy gormonlar ta'siri ostida siklik jarayonlar boshqa nishon-organlarda, ya'ni bachadon naylari, qin, tashqi jinsiy a'zolar, sut bezlari, soch follikulalari, teri, suyaklar, yog ' to'qimalarida ham sodir bo'ladi. Ushbu organlar va to'qimalarning hujayralarida jinsiy gormonlarga sezgir retseptorlar mavjud.

Bo‘lim №2 Hayz sikli buzilishlari.

2.1 Amenoreya.

Amenoreya – bu 16-45 yoshdagi ayollarda 6 oy va undan ko‘p vaqt mobaynida hayznining umuman sodir bo‘lmasligi.



Rasm 2.1.Amenoreya

Fiziologik amenoreya:

- Homiladorlik vaqtida
- Laktatsiya vaqtida
- Balog‘atga yetish davrigacha
- Menopauzadan keyingi davrda

Patologik amenoreya ko‘plab genital va ekstragenital kasalliklarning simptomi hisoblanadi.

- Chin amenoreya – bu organizmda hayz va hayz siklining umuman kuzatilmasligi.
- Yolg‘on amenoreya (kriptomenoreya) – organizmda siklik jarayonlar kechishiga qaramasdan hayz qonining tashqariga chiqib ketmasligi: bu qizlik

pardasi, bachadon bo'yni kanali, qin atreziyalari va boshqa jinsiy a'zolarida rivojlanish nuqsonlari mavjud bo'lganda kuzatiladi.

Chin amenoreya

Birlamchi amenoreya: — bu 16 va undan katta yoshdagi qizlarda hayz bo'lmashligi (hayz umuman bo'lmagan).

Birlamchi amenoreya

1. Gipogonadotrop amenoreya.

Klinikasi:

- Bemorlarning tana tuzilishida yevnuxoid belgilarning mavjudligi
- Sut bezlari gipoplaziyasi, bez to'qimasini yog' to'qimasi bilan almashganligi
- Bachadon va tuxumdon o'lchamlari 2-7 yoshga mosligi

Davosi: Gormonoterapiya (gonadotrop gormonlar bilan) va Siklik terapiya (kombinatsiyalangan oral kontraseptivlar bilan) 3-4 oy mobaynida.

2. Virilizatsiya belgilari fonidagi birlamchi amenoreya – bu ***tug'ma adrenogenital sindrom (AGS)*** hisoblanadi. Ushbu sindromda buyrak usti bezi po'stloq qismida androgen sintezining genetik jihatdan buzilishi mavjud.
3. Normal fenotip bilan birlamchi amenoreya bachadon, qinning rivojlanish nuqsonlarida kuzatiladi va bu ***moyak feminizatsiyasi sindromi*** bilan bog'liq bo'lishi mumkin.

Moyak feminizatsiyasi sindromi kam uchraydigan patologiya hisoblanadi(12000-15000 yangi tug'ilgan chaqaloqqa 1 ta holat). Monogen mutatsiyalar qatoriga kiradi (bitta genning o'zgarishi) va bu testosteronni faol degidrotosteronga aylantiradigan 5 α -reduktaza fermentining tug'ma etishmasligiga olib keladi.

- Bemorlar kariotipi – 46 XY.
- Tug'ilganda tashqi jinsiy a'zolar tuzilishi ayollik jinsiy a'zolaridek bo'ladi.
- Qin qisqa, yopiq.
- Bemorlarning 1/3 qismida jinsiy bezlar qorin bo'shlig'ida, 1/3 qismida inguinal (chov) kanallarda, qolganlarida esa jinsiy lablarda joylashgan. Ba'zida moyakni o'z ichiga olgan tug'ma inguinal churrallari bilan tug'iladi.
- Katta yoshli bemorlar fenotipi (tashqi ko'rinishi) – ayollarga xos.
- Sut bezlari yaxshi rivojlangan. So'rg'ichlari va areola zaif ifodalangan. Jinsiy va qo'ltiq osti tuklanish aniqlanmaydi.

Davolash: xirurgik (noto‘liq rivojlangan moyaklarni olib tashlash) – 16-18 yoshda (ikkilamchi jinsiy belgilar rivojlanishi tugagandan so‘ng).

4. **Gonadal disgeneziya** (genetik jihatdan aniqlangan tuxumdon malformatsiyasi)

Jinsiy xromosomalarning miqdoriy va sifat jihatidan nuqsoni tufayli tuxumdon to'qimalarining normal rivojlanishi sodir bo'lmaydi va tuxumdonlar o'rnida biriktiruvchi to'qima hosil bo'ladi va bu jinsiy gormonlarning keskin etishmovchiligiga olib keladi.

Gonadal disgeneziyaning 3ta klinik shakli mavjud:

1. Shershevskiy-Terner sindromi
2. Gonadal disgeneziyaning «sof» shakli
3. Gonadal disgeneziyaning aralash shakli

Shershevskiy-Terner sindromi

- Kariotip 45 X;
- 45 X/ 46 Y;
- 45 X/ 47 XXX.

Jinsiy xromatin aniqlanmaydi yoki keskin kamayadi. Qonda gonadotrop gormonlar darajasi sezilarli darajada kamayadi va tuxumdon gormonlari miqdori kamayadi.

Клиника:

- Kam vazn bilan tug‘ilish
- Bo‘yindagi qanotsimon burmalar
- Yurak rivojlanishidagi nuqsonlar, yirik tomirlar va buyraklar
- O‘sishdan ortda qolish
- Skelet tuzilishidagi bir qancha buzilishlar
- Osteoporoz
- Quloqlarning past joylashishi
- Baland va do‘ng peshonalar
- Soch o‘sadigan sohaning pastki chizig‘i bo‘yinda ham davom etishi (normada bo‘yin va bosh chegarasida bo‘ladi)
- Tizza va tirsak bo‘g‘imlarida Valgus deformatsiyasi (X simon)
- Sindaktiliya va boshqalar.
- Ikkilamchi jinsiy belgilar rivojlanmaydi.

Gonadal disgeneziyaning «sof» shakli

Bu ayol fenotipi, normal yoki baland bo'yli, sut bezlari yo'qligida yoki kam rivojlanganida, ikkilamchi sochlarning kam o'sishi bilan tavsiflanadi. Tashqi va ichki jinsiy a'zolar rivojlanmagan.

Kariotip 46XX yoki 46XY yoki jinsiy xromatin yo'q. Gonadalar o'rnida biriktiruvchi to'qima iplari mavjud.

Gonadal disgeneziyaning aralash shaklida somatik anomaliyalar mavjud emas; virilizatsiya belgilari qayd etilgan. Tuxumdonlar o'rnida bir tomondan biriktiruvchi to'qima iplari, boshqa tomondan disgenetik moyak topiladi. Kariotip ko'pincha 45X / 46Y yoki mozaitsizm, jinsiy xromatin yo'qligi kuzatiladi.

Davolash:

13-14 yoshdan boshlab sut bezlari kattalashguncha va hayz ko'rishga o'xshash reaksiya paydo bo'lguncha estrogen bilan davolash doimiy ravishda boshlanadi. Keyin kombinatsiyalangan oral kontratseptivlar bilan davolash boshlanadi va hatto reproduktiv yoshda ham davom ettiriladi.

Gonadal disgeneziyaning aralash shaklida xavfli o'smalar rivojlanishini oldini olish maqsadida jarrohlik usuli bilan davolanadi (gonadlarni olib tashlash).

Ikkilamchi amenoreya.

1. **Psixogen amenoreya** (stress-amenoreya) bosh miya po'stlog'idagi buzilishlar bilan bog'liq.

Stress ta'sirida ko'p miqdorda AKTG, endorfinlar, neyrotransmitterlar ajraladi va bu gonadoliberin va gonadotropinlar hosil bo'lishini nafaqat kamaytiradi hatto bloklab qo'yadi.

Klinikasi:

- Amenoreya
- Astenonevrotik, astenodepressiv, astenoipoxondik sindromlar

Davolash:

- Antidepressantlar
- Neyroleptiklar
- A, B, E guruh vitaminlari
- Gomeopatik preparatlar.

2. **Gipotalamik amenoreya**

1. Oqsilga boy bo'lmagan parhezga o'tish oqibatida ayol va qizlarda tana vaznining yo'qotishi hisobiga yuzaga keladigan amenoreya
2. Yosh ayollarda, asab tizimi beqaror bo'lgan o'spirin qizlarda, og'ir ruhiy to'qnashuvlardan keyin uchraydigan psixik anoreksiya vaqtidagi amenoreya.

Davolash: Psixoterapiya, kaloriyaga boy ovqatlanish, siklik gormonoterapiya.

3. Yolg'on homiladorlik vaqtidagi amenoreya – farzandli bo'lishni juda xohlagan ayollarda kuzatiladi, va bu ayolda homiladorlik ayrim simptomlari paydo bo'ladi.

Davolash: psixoterapiya, sedativ dori vositalar. Hayz sikli 1-3 oydan so'ng o'zi mustaqil tiklanadi.

3. **Gipotalamo-gipofizar amenoreya**

1. Giperprolaktinemiya – gipofizda prolaktin hosil bo'lishi ko'payadi va qonda uning miqdori oshadi.

2 turga bo'linadi:

- Fiziologik giperprolaktinemiya Физиологическ (homiladorlik, laktatsiya)
- Patalogik giperprolaktinemiya:

a) funksional

б) organik

Funksional giperprolaktinemiya:

- Prolaktin sintezini boshqaruvchi tizimdagi funksional buzilishlarda;
- Gipoteriozda;
- Psixotrop preparatlar, neyroleptiklar, gormonlar, kombinatsiyalangan oral kontratseptivlar bilan uzoq muddat davolanganda;
- Stress bo'lganda;
- Giperandrogeniyaning bir qancha shakllarida;
- Uzoq muddatli laktatsiyadan keyin;
- Abortdan so'ng.

Klinikasi:

- Ikkilamchi amenoreya
- Spontan galaktoreya
- Bepushtlik

- Libidoning susayishi
- Bachadon gipoplaziyasi va ab'zida sut bezlari qattiqlashishi kuzatiladi.

Organik giperprolaktinemiya shartli prolaktinemiya bilan xarakterlanadi (gipofizning prolaktin sintezlaydigan o'smasida).

Bu turdagi amenoreyada galaktoreya va bepushtlik kuzatiladi.

Klinikasida quyidagi sindromlar ajratiladi:

1. Amenoreya-galaktoreya, homiladorlik va tug'ruq bilan a'loqador (Kiari-Frommelya sindromi)
2. Idiopatik amenoreya-galaktoreya (Argonz-del Castillo)
3. Amenoreya-galaktoreya o'sma genezli (Forbes-Albright sindromi)

Davolash:

- Katta hajmli gipofiz adenomasida – xirurgik davo
- Funksional giperprolaktinemiya da pardolel(bromkriptin), dostineks qabul qilinad.
- Gipoterioz bilan birga kechadigan bo'lsa tireoid gormonlar bilan davolanadi.

2. **Gipogonadotrop amenoreya** – bu tug'ma gipotalamo-gipofizar sistema yetishmovchili hisobiga (15-20 % bemorlarda).

O'ziga xos xususiyatlari:

- Gonadotrop gormonlar va estradiolning qondagi past konsentratsiyasi bilan ifodalanadi.
- Prolaktin, testosteron, kortizolning esa qondagi normal konsentratsiyada bo'lishi kuzatiladi.

Davolash:

-hayz siklini tiklash uchun kombinatsiyalangan oral kontraseptivlardan foydalanish.

3. **Tug'ruqdan keyingi gipopituitarizm (Shixan sindromi).**

4. **Akromegaliya va gigantizmdagi amenoreya** (somatotropinning ko'p ishlab chiqarilishi sababli).

Agarda bu kasallik jinsiy yetilish davrigacha kuzatilsa – gigantizmdai amenoreya; tugallangandan keyin kuzatilsa – akromegaliyadagi amenoreya deb nomlanadi.

Davolash:

- Yuqori dozadagi estrogenlar bilan gormonal terapiya, haddan tashqari o'sishni to'xtatish uchun;
- 3-4 oy davomida hayz siklini tiklash uchun kombinatsiyalangan oral kontraseptivlar bilan davolash.

5. **Itsenko-Kushing kasalligidagi amenoreya**- kortikotrop gormonning ortiqcha ishlab chiqarilishi bilan bog'liq (gipofizning bazofil adenomasida, bosh miya travmalarida, ensefalitda)

Xususiyatlari:

- Yuz sohasida yog ' to'planishi bilan semirish (qirmizi-qizil rangdagi oy shaklidagi yuz), bo'yin, magistral va qorinning yuqori yarmi, nomutanosib ravishda ingichka oyoq-qo'llar. Ожирение с отложением жира в области лица (лунообразное лицо багрово-красного цвета), шеи, верхней половины туловища и живота, непропорционально худые конечности.

Davolash: Hayz faoliyatini normallashtirish uchun 21 kunlik rejimda 4-5 oy oral kontraseptivlarga o'xshash kombinatsiyalangan estrogen-gestagenli preparatlar qabul qilish buyuriladi.

6. **Amenoreyaning buyrakusti shakli:**

1. Postpubertat androgenital sindrom.
2. Virilizatsiyalanuvchi buyrak usti o'smasi.

7. **Amenoreyaning tuxumdon shakli:**

1. Tuxumdonlarning charchash sindromi (yoki erta klimaks, erta menopauza). Bu 38 yoshdan kichik ayollarda uchraydi.

Davolash: Siklik gormonoterapiya, kam miqdorda estrogenli oral kontraseptivlar.

2. Tuxumdonlar rezistentligi sindromi

Klinikasi:

- Ikkilamchi amenoreya
- Bepushtlik

Davolash: siklik gormonoterapiya estrogen-gestagenli preparatlar bilan. $\frac{1}{2}$ yoki $\frac{1}{4}$ tabdan 1maxal uzoq muddatga buyuriladi.

8. **Amenoreyaning bachadon shakli:**

- Endometriydagi patologik jarayonlar natijasida.
- Asherman sindromi – bachadon ichi bitishmalar mavjudligi

Davolash:

- xirurgik (gisteroskop nazorati ostida qirish olish orqali bitishmalarni ajratish),
- Siklik gormonoterapiya,
- Gomeopatik preparatlar.

Yolg'on amenoreya.

Kriptoamenoreya – organizmda siklik jarayonlar kechishiga qaramasdan hayz qonining tashqariga chiqib ketmasligi.

Sababi – ayollik jinsiy a'zolarining rivojlanish nuqsonlari.

- Qizlik pardasi atreziyasi
- Bachadon bo'yni kanalining atreziyasi
- Qin atreziyasi

Yuqoridagi nuqsonlarning davosi – xirurgik.

2.2. Gipomenstrual sindrom.

Gipomenstrual sindrom-bu hayz sikli buzilishining bir ko'rinishi bo'lib, hayz xususiyatlarining susayishi bilan ifodalanadi. Gipomenstrual sindromning quyidagi turlari mavjud:

–**gipomenoreya** (hayz qoni miqdorining kamayishi - 25 ml va undan kam);

–**oligomenoreya** (hayz kunining kamayishi - 2 va undan kam davom etishi);

–**opsomenoreya, yoki bradimenoreya** (hayzning kechikib kelishi 5-8 hafta enterval bilan, ya'ni ikkita hayz orasi 5-8 hafta)

–**spaniomenoreya**(haddan tashqari kam hayz ko'rish - yilda 2-4 marta).

Gipomenstrual sindromning turli shakllarining eng keng tarqalgan kombinatsiyasi: gipo-va oligomenoreya; gipo - va opsomenoreya va boshqalar. Ko'pincha gipomenstrual sindrom amenoreyaga o'tib ketadi.

Birlamchi gipomenstrual sindrom(agar hayz ko'rish boshidanoq zaiflashgan bo'lsa), va **ikkilamchi** (ilgari normal hayz bo'lgan, keyinchalik turli sabablarga ko'ra zaiflashgan bo'lsa) mavjud.

Hayz ko'rishning zaiflashishiga olib keladigan omillar-bu organizmning umumiy holatini yomonlashtiradigan noqulay yashash sharoitlari, infantilizm, endokrin bezlarning disfunktsiyasi, o'tkir va surunkali yuqumli kasalliklar, intoksikatsiya va tuxumdonlarning gipofunksiyasiga olib keladigan boshqa omillar, jinsiy gormonlar

sekretsiyasining pasayishi esa bachadonda qon aylanish yetishmovchiligiga va endometriyda siklik o'zgarishlarni noto'liq kechishiga sabab bo'ladi.

Kam (gipomenoreya) va qisqa (oligomenoreya) hayz ko'rishning sababi mahalliy retseptivlikning yetarli emasligi; jinsiy organlarning gipoplaziyasi, ayniqsa tuxumdonlar yetishmovchiligi bilan birga bo'lsa; yallig'lanish jarayonlaridan keyin (masalan, sil kasalligi) yoki endometriy maydonini kamaytiradigan (bachadon defundatsiyasi) yoki uni yo'q qiladigan (haddan tashqari ko'p qirib tozalash-kyuretaj) jarrohlik aralashuvlaridan keyin rivojlanadigan endometriyning noto'liqligi kabilari bo'lishi mumkin.

Kam uchraydigan, kechiktirilgan hayz ko'rishning sababi (opso - yoki bradimenoreya) markaziy asab tizimi - gipofiz - tuxumdonlar tizimidagi korrelyatsiyaning buzilishi bo'lib, uning mexanizmi yetarlicha o'rganilmagan. Follikular fazasining uzayishi bir nechta follikullarning ketma-ket yetilishiga sabab bo'ladi, ular ovulyatsiyaga yetib bormasdan atrezeyalanadi va oxirida follikulalardan birida ovulyatsiya sodir bo'ladi.

Birlamchi gipomenstrual sindrom, jinsiy ixtisoslanishning yetarli emasligi, virilizatsiya (erkaklarga xos belgilarning paydo bo'lishi) hodisalari, jinsiy a'zolar gipoplaziyasi, infantilizm, asteniya va boshqalar bilan bog'liq bo'lgan jinsiy a'zolarining rivojlanishidagi anomalialar bilan namoyon bo'ladi.

Ikkilamchi gipomenstrual sindrom ko'pincha endokrin bezlarning disfunksiyasi, yuqumli kasalliklar va uzoq muddatli charchash, yurak-qon tomir tizimi va qon hosil qiluvchi organlar kasalliklari, jinsiy apparatning yallig'lanish kasalliklari, shuningdek tuxumdonlar va bachadon shikastlanishidan keyin (haddan tashqari kuretaj) rivojlanadi. Gipomenstrual sindrom ko'pincha balog'at davrida, shuningdek preklimakterik va klimakterik davrda kuzatiladi.

Gipomenoreyada hayz qon "izlar"i yoki qon tomchilari ko'rinishida keladi. Menstrual sikl normal, ikki fazali bo'lishi va ko'pincha aniq luteal faza bilan kechishi mumkin. Biroq, ko'pincha gipomenoreya oligomenoreya bilan birga keladi (hayz ko'rish davomiyligi 1-2 kundan kam).

Gipo-va oligomenoreya ko'pincha amenoreyadan oldin bo'ladi.

Opsomenoreya odatda quyidagi shakllarda kechadi:

1. Uzaygan follikular va normal luteal fazalar bilan kechadigan ikki fazali hayz sikli. Follikulaning yetilish bosqichlari va ovulyatsiya sekinlashadi, bu FSG sekretsiyasining sekinlashishiga sabab bo'ladi. Ovulyatsiya 17-30 kunlar orasida sodir bo'ladi.
2. Uzaygan follikular va qisqargan luteal fazalar bilan kechadigan ikki fazali hayz sikli. Ovulyatsiya kech sodir bo'ladi, sariq tanasi to'liq shakllanmagan, yaqqol

luteal faza yetishmovchiligi belgilari mavjud, endometriy bezli-pufakli giperplaziyasi aniqlanadi.

3. Normal follikular va uzaygan luteal fazalar bilan kechadigan ikki fazali hayz sikli. Sikl buzilishining bu shakli kamdan-kam uchraydi.

Tashxis. Gipomenstrual sindromning tashxisi puxta klinik tadqiqotlar, laboratoriya ma'lumotlari va funksional tekshiruvlar natijalariga asoslangan holda qo'yiladi. Kasallikning og'irligiga qarab, davolash rejasi tuziladi: kichik chanoq a'zolarining qon bilan ta'minlanishini yaxshilash, gormonal va immunostimulyatsion dori vositalarni qo'llash, umumiy quvvatlantiruvchi va fizioterapevtik muolajalarni o'z ichiga olishi mumkin.

2.3. Yosh ayollar va qizlarda funksional va jinsiy rivojlanishning kechikishi.

Jinsiy rivojlanishning kechikishi (JRK) – bu barcha ikkilamchi jinsiy belgilar mavjud bo'lmasligi yoki aniq rivojlanmaganligi va 15-16 yoshda ham hayz ko'rmasligi holatidir. Bu odatda balog'atga etish jarayonini boshqaruvchi tizimning turli pog'onalari o'rtasidagi o'zaro to'g'ri munosabatlarning buzilishining natijasidir. Bu holat barcha asosiy ikkilamchi jinsiy belgilarning rivojlanmaganligi yoki yo'qligi (sut bezining rivojlanishi, chov va qo'ltiq ostidagi tuklar, hayz ko'rish) yoki faqat menarxening yo'qligi tavsiflanadi.

JRKning reproduktiv tizimning zararlangan pog'onasiga ko'ra tasnifi:

a) Markaziy genezli jinsiy rivojlanmaganligi:

1) gipotalamik - o'simta yoki yallig'lanish tufayli gipotalamusning shikastlanishi bilan bog'liq bo'ladi.

a. Jinsiy rivojlanmaganlikning semizliksiz turida qizlar ko'pincha o'sishdan orqada qoladilar va boshqa somatik kasalliklarga ega bo'ladilar, ko'pincha miya shishi (gemiplegiya, ko'z tubida o'zgarishlar, ko'rish buzilishi) uchun xos bo'lgan alomatlar mavjud. Jinsiy rivojlanmaganlik gonadotrop gormonlar, 17-ketosteroidlar va estrogenlarning umuman ishlab chiqarmasligiga yoki miqdorining keskin kamayishiga olib keladi. O'z vaqtida sababini aniqlash davo muolajalarining samaradorligini kafolatlaydi.

b. Jinsiy rivojlanmaganlikning semizlik bilan kechadigan turida tana tuzilishida o'ziga xosliklar (normal tana uzunliga oyoq-qo'llarining yirik bo'lishi, rivojlangan mushaklar, keng chanoq suyagi, tuklarsiz teri va boshqa rivojlanish nuqsonlari) mavjud bo'lib, aqliy rivojlanishdan ortda qolmagan bo'ladi (Pehkarts-babinskiy-Frolich sindromi).

2) gipofizar - gonadotrop gormonlar yetishmovchiligiga sabab bo'ladi yoki gonadotrop gormonlar yetishmovchili tufayli kelib chiqadi. Bu shaklida sut bezlarining gipoplaziyasi va ko'pincha hayz ko'rishning to'liq yo'qolishi kuzatiladi (agar hayzga o'xshash qon ketish bo'lsa, unda ular anovulyatsion xususiyatga ega). Vaqtinchalik gipofiz evnuxoidizmi (anoreksiya nervoza) bilan, agar balog'at yoshida gipofiz bezining gonadotrop funktsiyasi to'xtasa, ikkilamchi jinsiy xususiyatlar va umumiy somatik rivojlanish allaqachon ifodalanishi mumkin. Shu bilan birga, hayz ko'rish yo'q, pubik va aksillar sohasidagi sochlar qisman yo'qoladi, keskin vazn yo'qotadi. Bunday holat ko'pincha ziddiyatli vaziyatlarda rivojlanadi. Sababchi omillarni yo'q qiladigan maqsadli terapiya yaxshilanishga olib kelishi mumkin.

b) og'ir kasalliklar tufayli idiopatik JROQ - konstitutsiyaviy yoki irsiy tabiatning sabablari, shuningdek butun organizmning holatiga salbiy ta'sir ko'rsatadigan turli xil kasalliklar bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Agar qizda ikkilamchi jinsiy xususiyatlar 13-15 yoshgacha paydo bo'lmasa, uni diqqat bilan tekshirish kerak (antropometrik tadqiqotlar, qondagi tuxumdon va buyrak usti gormonlari tarkibini aniqlash, suyaklarning rivojlanishi, boshqa organlar va tizimlarning holatini o'rganish zarur). Agar jinsiy rivojlanishning boshqa shakllari aniqlanmasa va ichki sekretiya bezlari yoki boshqa organlarda ma'lum o'zgarishlar topilmasa, xorial gonadotropin yoki jinsiy steroid gormonlari bilan davolash amalga oshiriladi. Shu bilan birga, umumiy qo'llab quvvatlovchi terapiya ko'rsatiladi va eng muhimi, ushbu patologiyani keltirib chiqargan omillarni yo'q qilishdir.

C) periferik genezning jinsiy rivojlanmaganligi (tuxumdon) - tuxumdon genezisining jinsiy rivojlanishining yo'qligi tuxumdonlarning destruksiya yoki ko'pincha gonadal disgineziyaning turli shakllari bilan bog'liq

Jinsiy rivojlanishning kechikishining gonadal shakllari, qoida tariqasida, jinsiy xromosomalarning tug'ma defekti tufayli gonadal disgineziyaning natijasidir, gonadal disgineziyaning tipik shakli (Shereshevskiy-Tyorner sindromi), gonadal disgineziyaning sof shakli (Svayer sindromi) va aralash shakl.

Bo'lim №3. Bachadondan anomal qon ketishi.

Hayz siklining birlamchi va ikkilamchi buzilishlariga asoslanib, asosiy rol gipotalamus omillariga tegishli bo'lib, sxema bo'yicha: balog'at yoshida –bu patologiya luliyberin sekretsiyasi ritmini uning to'liq shakllanmaganligidan (premenarxda) , so'ngra kattalar ayolining ritmini o'rnatgunga qadar impulslarning chastotasi va amplitudasining asta-sekin o'sishi bilan bog'liq. Dastlabki bosqichda RG-GT sekretsiyasi darajasi menarxning boshlanishi, keyin ovulyatsiya va keyinchalik to'liq sariq tananing shakllanishi uchun yetarli emas.

BDQK ning ikkilamchi shakli asosan sariq tananing yetishmovchiligi, anovulyatsiya, oligomenoreya, amenoreya kabi ayollarda hayz ko'rish buzilishining ikkinchi darajali shakllari bitta patologik jarayonning bosqichlari sifatida yuzaga keldi, uning namoyon bo'lishi luliberin sekretsiyasiga bog'liq. GT sekretsiyasi ritmini saqlashda estradiol va progesteron yetakchi rol o'ynaydi.

Shunday qilib, gonadotropinlar (GT) sintezi gipotalamus GnRG va periferik tuxumdon steroidlari tomonidan manfiy va musbat teskari aloqa mexanizmi orqali boshqariladi. Manfiy teskari bog'lanishga misol qilib, estradiol darajasining pasayishiga javoban hayz davrining boshida FSG sekretsiyasining ko'payishi kiradi. FSG ta'siri ostida follikulaning o'sishi va yetilishi sodir bo'ladi: granuloza hujayralarining ko'payishi; granuloza hujayralari yuzasida LG retseptorlari sintezi; androgenlarning estrogenlarga metabolizmida ishtirok etadigan aromatazalarning sintezi; LG bilan birgalikda ovulyatsiyani yuzaga kelishi. LG ta'siri ostida follikulaning teka hujayralarida androgen sintezi sodir bo'ladi; dominant follikulaning granuloza hujayralarida estradiol sintezi; ovulyatsiyani stimullash; luteinlangan granuloza hujayralarida progesteron sintezi amalga oshadi.

Ovulyatsiya preovulyatsion follikulada estradiolning maksimal darajasiga yetganda amalga oshiriladi, bu musbat teskari aloqa mexanizmiga ko'ra gipofiz bezi tomonidan LG va FSG ning preovulyatsion chiqarilishini stimullaydi. Ovulyatsiya LG sekretsiyasining cho'qqisidan 10-12 soat o'tgach yoki estradiol ajralishining cho'qqisidan 24-36 soat o'tgach sodir bo'ladi. Ovulyatsiyadan so'ng granuloza hujayralari luteinizatsiya qilinib, sariq tanani hosil qiladi, bu esa progesteron sinteziga qatnashuvchi LG ta'siri ostida amalga oshadi.

Sariq tananing tarkibiy shakllanishi ovulyatsiyadan keyingi 7 - kunga qadar tugaydi, bu davrda qonda jinsiy gormonlar konsentratsiyasining doimiy o'sishi kuzatiladi.

Siklining II bosqichida ovulyatsiyadan so'ng qonda progesteron konsentratsiyasining dastlabki darajaga (hayz davrining 4-5-kuni) nisbatan 10 baravar ko'payishi kuzatiladi. Reproduktiv funktsiya buzilishlarini tashxislash uchun siklining II bosqichida qondagi gormonlar konsentratsiyasi aniqlanadi: progesteron va estradiol, bu gormonlarning birgalikdagi ta'siri endometriyni blastosist implantatsiyasiga tayyorlashni ta'minlaydi; jigarda insulin, testosteron

va estradiol ta'siri ostida jinsiy steroidni bog'laydigan globulinlar (PSSG) sintezi amalga oshadi. Jinsiy steroidlarni bog'lashda albuminlar ishtirok etadi. Qon gormonlarini tekshirishning immunologik usuli oqsil bilan bog'lanmagan steroid gormonlarining faol shakllarini aniqlashga asoslangan. Menstrual funktsiyaning buzilishlari reproduktiv tizim faoliyatining buzilishining eng keng tarqalgan shakli hisoblanadi.

Anormal bachadon qon ketishi (BDQK) - hayz ko'rish har qanday patologik turi bo'lib menstruatsiyadan tashqari yoki menstruatsiya vaqtidagi patologik bachadon qon ketishi sifatida tushuniladi (hayz ko'rishning butun davrida qon yo'qotish hajmi bo'yicha 80 ml dan ortiq hamda davomiylik bo'yicha 7-8 kundan ortiq davom etgan holatlar).

BDQK reproduktiv tizimning turli patologiyalari yoki somatik kasalliklarning alomatlari bo'lishi mumkin. Ko'pincha bachadondan qon ketish quyidagi kasalliklar va holatlarning klinik ko'rinishidir:

1. *Homiladorlik (bachadon va ektopik, shuningdek trofoblastik kasallik).*
2. *Bachadon miomasi (tugunning sentripital o'sishi bilan submukoz yoki interstitsial mioma).*
3. *Saraton (bachadon saratoni).*
4. *Jinsiy organlarning yallig'lanish kasalliklari (endometrit).*
5. *Giperplastik jarayonlar (Endometriyal va endoserviks poliplari).*
6. *Endometrioiz (adeiomiyoiz, tashqi genital endometrioiz)*
7. *Kontratseptiv vositalardan foydalanish (spiral).*
8. *Endokrinopatiyalar (surunkali anovulyatsiya sindromi - PCOS)*
9. *Somatik kasalliklar (jigar kasalliklari).*
10. *Qon kasalliklari, shu jumladan koagulopatiya (trombotsitopeniya, trombotsitopatiya, Villebrand kasalligi, leykemiya).*
11. *Disfunktsional bachadon qon ketishi.*

Bachadondan disfunktsional qon ketish (BDQK) - bachadondan qon ketish (menorragiya, metrorragiya) bilan namoyon bo'ladigan hayz ko'rish funktsiyasining buzilishi, unda jinsiy a'zolarida aniq o'zgarishlar topilmaydi. Ularning patogenezi menstrual siklning gipotalamus-gipofiz regulyatsiyasining funktsional buzilishlariga asoslanadi, buning natijasida gormonlar chiqishi ritmi va darajasi o'zgaradi, anovulyatsiya va endometriyning siklik o'zgarishlarining buzilishi hosil bo'ladi.

Shunday qilib, BDQK gonadotropik gormonlar va tuxumdon gormonlarining ritmi va ishlab chiqarilishining buzilishiga asoslangan. BDQK har doim bachadondagi morfologik o'zgarishlar bilan birga keladi.

BDQK - har doim istisno tashxisi

Ginekologik kasalliklarning umumiy tarkibida BDQK 15-20% ni tashkil qiladi. BDQK holatlarining aksariyati menopauzadan 5-10 yil oldin yoki reproduktiv tizim beqaror bo'lgan menarxiyadan keyin sodir bo'ladi.

Menstrual funktsiya miya yarim sharlari po'stlog'i, gipotalamus usti tuzilmalar, gipotalamus, gipofiz, bachadon tuxumdonlari tomonidan tartibga solinadi. Bu ikki tomonlama aloqa bilan murakkab tizim bo'lib, uning normal ishlashi uchun barcha bo'g'inlarning bog'langan ishlashi kerak.

Menstrual siklni tartibga soluvchi endokrin tizimning ishlash mexanizmidagi asosiy nuqta bu-ovulyatsiya, BDQKlarning aksariyati anovulyatsiya fonida sodir bo'ladi.

BDQK hayz ko'rish funktsiyasining eng keng tarqalgan patologiyasi bo'lib, takroriy kechishi bilan tavsiflanadi, reproduktiv funktsiyaning buzilishiga, bachadon va sut bezlarida giperplastik jarayonlarning rivojlanishiga olib keladi. Takroriy BDQK ijtimoiy faollikning pasayishiga va ruhiy (nevroz, depressiya, uyqu buzilishi) va fiziologik o'zgarishlarga (bosh og'rig'i, zaiflik, anemiya tufayli bosh aylanishi) hamroh bo'lgan ayolning hayot sifatining yomonlashishiga olib keladi.

BDQK lar polietnologik kasallik bo'lib, reproduktiv tizimning zarar yetkazuvchi omillar ta'siriga javob berishning o'ziga xos turi hisoblanadi.

Bachadondan qon ketish ayolning yoshiga qarab farqlanadi:

1. Balog'atga yetmagan yoki balog'at yoshidagi qon ketish – balog'at yoshidagi qizlarda.
2. 40-45 yoshdagi preklimakterik qon ketish.
3. Klimakterik-45-47 yosh;
4. Postmenopozal-menopauzadan bir yil yoki undan ko'proq vaqt o'tgach, menopauza yoshidagi ayollarda qon ketish, eng ko'p uchraydigan sabab bachadon o'smalari.

Hayz siklining shakliga ko'ra:

- Menorragiya
- Metrorragiya
- Menometrorragiya

BDQK etiologiyasi va patogenezi polietnologik bo'lib ular quyidagilar .

BDQK sabablari:

- * psixogen omillar va stress
- * aqliy va jismoniy zo'riqish

- * o'tkir va surunkali intoksikatsiya va kasb kasalliklari
- * tos suyagi yallig'lanish jarayonlari
- * endokrin bezlarning disfunktsiyasi.

Bachadondan qon ketishining patogenezi quyidagi mexanizmlar ishtirok etadi:

1. *Mioma, endometrioz, yallig'lanish kasalliklarida bachadonning qisqarish faolligini buzish;*
2. *Endometriyning qon bilan ta'minlashidagi buzilishlar, ularning sabablari endometriyning giperplastik jarayonlari, gormonal kasalliklar bo'lishi mumkin;*
3. *Gemostaz tizimining nuqsonlari bo'lgan bemorlarda, ayniqsa mikrosirkulyatsiya-trombotsitlarda, normal endometriy bilan taqqoslaganda, shuningdek fibrinolitik tizimning faollashishi natijasida kamroq tromblarning shakllanishi bilan trombozning buzilishi;*
4. *Tuxumdonlarning gormonal faolligi pasayganda yoki bachadon ichi sabablarga ko'ra Endometriyal regeneratsiyaning buzilishi.*

Bachadondan qon ketishining 2 ta katta guruhi mavjud:

I. Ovulyatsion (progesteronning pasayishi tufayli). Tuxumdonlardagi o'zgarishlarga qarab BDQKning quyidagi 3 turi ajratiladi:

- a. siklning birinchi bosqichining qisqarishi;
- b. siklning ikkinchi bosqichining qisqarishi-gipoluteinizm;
- B. siklning ikkinchi bosqichining uzayishi giperluteinizmdir.

II. Anovulyatsion bachadon qon ketishi - estrogenlarning pasayishi (follikullarning turg'unligi va follikullarning atreziyasi) tufayli bachadondan qon ketish.

Bachadondan qon ketish har doim steroid gormonlar darajasining pasayishi fonida yuzaga keladi.

Ovulyator BDQK	Anovulyator BDQK
1 . lyuten fazasining qisqarishi – gipoprogesteronemiya	1 . Yetilmagan follikulalar persistensiyasi.
2. Sariq tananing persistensiyasi-giperluteinizm.	2. Yetilgan follikulalar persistensiyasi.
3. Siklning follikulyar fazasi qisqarishi.	3. Follekulalar atreziyasi.

Ovulyatsion bachadondan qon ketish klinikasi:

- ehtimol, qon ketishi anemiyaga olib keladi;
- hayz ko'rishdan oldin qon ketishi mumkin;
- hayzdan keyin qonli ajralmalar ;
- siklning o'rtasida qonli ajralmalar paydo bo'lishi mumkin;
- homiladorlikning erta to'xtashi va bepushtlik

4-bob.Homiladorlikning birinchi yarmida qon ketishlar .

Dolzarbligi.

Homiladorlik, tug'ruq va tug'ruqdan keyingi davrning eng keng tarqalgan va jiddiy asoratlardan biri qon ketishdir. Onalar o'limining sabablari tarkibida qon ketish birinchi o'rinlardan biridir. Perinatal yo'qotishlar ham katta qismdir. Akusherlik qon ketishining ko'rsatkichi tug'ilishning umumiy soniga nisbatan 3 dan 8% gacha. Homiladorlik paytida qon ketish ayollarning 2-3 foizida kuzatiladi.

Akusherlik qon ketishi quyidagilar bilan tavsiflanadi

- 1.To'satdan paydo bo'lishi,
- 2.Qon yo'qotishining massivligi,
- 3.Kuchli og'riq sindromi bilan tez-tez kombinatsiya,
4. Homilador ayollar, tug'ruqdagi ayollar va tug'ruqdan keyingi ayollarning qonining gemodinamik va koagulyatsion xususiyatlari bilan bog'liq kompensatsion mexanizmlarning tez susayishi.

Ushbu omillar, akusherlarning ushbu patologiyaga doimiy e'tiboriga qaramay, ona va homilaning o'limiga olib kelishi mumkin.

Homiladorlikning birinchi yarmida qon ketishining asosiy sabablari.

Patologik holatlarning ushbu guruhiga 20 haftagacha homiladorlik paytida qon ketish belgilari bilan kechadigan barcha kasalliklar kiradi.

Homiladorlikning birinchi yarmida qon ketishini etiologiyasiga ko'ra 2 guruhga bo'lish mumkin:

- I. Homiladorlik bilan bog'liq bo'lmagan.
- II. Homiladorlik bilan bog'liq.

1. Homiladorlik buzilishlari:

- bachadondagi
- bachadondan tashqari

2. Homila pufagi kasalligi:

- yelbug'oz.

4.1. Abortlar

O'z-o'zidan homila tushish. Homilaning yashash qobiliyatiga ega bo'lgunga qadar qadar homiladorlikning o'z-o'zidan tugashi, homiladorlik 22 haftagacha.

Klinik kartinasiga ko'ra :

1. Xavf soluvchi
2. Boshlangan
3. Yo'ldagi abort
4. Noto'liq

Diagnostika. Homiladorlikning shubhali, ehtimoliy belgilarini aniqlashga asoslangan: hayz ko'rishning kechikishi, injiqliklarning paydo bo'lishi, sut bezlarining shishishi, og'iz suti paydo bo'lishi.

Bimanual tekshiruv ma'lumotlari: bachadon hajmining oshishi, istmus sohasidagi yumshash, bu bachadonni istmus sohasida yanada harakatchan qiladi, bachadonning assimetriyasi (bachadon burchaklaridan birining shishishi).

O'z-o'zidan homila tushishi ikkita yetakchi alomatlar og'riq sindromi va qon yo'qotish belgilari bilan namoyon bo'ladi.

O'z-o'zidan homila tushishi bosqichma-bosqich kechishi bilan tavsiflanadi: homila tushish xavfi, boshlangan , yo'ldagi abort , to'liq bo'lmagan va to'liq.

Ushbu holatlar orasidagi differensial tashxis qon ketish belgilarining og'irligiga va bachadon bo'yni va bachadon kattaligidagi tarkibiy o'zgarishlarga asoslanadi.

Boshlangan tushish. Abort boshlanganida, bachadonning qisqarishi fonida, homila pufagining bachadon devoridan qisman ajralishi sodir bo'ladi.

Shu bilan birga, og'riq kuchayadi, ko'pincha dardsimon xarakteriga ega bo'ladi va qindan qon ketishi paydo bo'ladi.

Homila pufagi kichik bir joydan uziladi , shuning uchun bachadonning kattaligi homiladorlik davriga to'g'ri keladi. Bachadon bo'yni saqlanib qoladi, uning kanali biroz ochiladi.

Boshlangan abortda taktika

Abort boshlanganida, davolanish asosan homila tushish xavfidagi davolash bilan bir xil bo'ladi:

1. tinchlik yaratish;

2. *sedativ dorilarni qo'llash,*
3. *mushak ichiga spazmoliyiklarni kiritish mumkin (gangleron, no-shpa, baralgin),*
4. *etamzilat (ditsinon) buyuriladi,*
5. *gormonal disfunktsiya bo'lganda tegishli davo amalga oshiriladi.*

Kasalxonada homiladorlikni saqlab qolish masalasi hal qilinadi. Agar amniotik suyuqlik oqib chiqsa, homiladorlikni saqlab qolish maqsadga muvofiq emas.

To'liq bo'lmagan abort. To'liq bo'lmagan abortda , homila pufagi chiqarib yuborgandan so'ng, uning qoldiqlari bachadon bo'shlig'ida qolib ketadi . Homilalik membranalar, platsenta yoki uning qismlari odatda bachadonda qoladi.

Homila pufagi bachadon bo'shlig'idan chiqarilganda, qorinning pastki qismida dardsimon og'riq va har xil intensivlikdagi qon ketish kuzatiladi.

Bachadon bo'yni kanali barmoqni erkin o'tkazadi. Bachadon yumshoq konsistensiyali bo'ladi . Kattaligi esa homiladorlikning taxmin qilingan davrida bo'lishi kerak bo'lganidan kichikroq.

"Yo'ldagi abort " va to'liq bo'lmagan abortda taktika. "Yo'ldagi abort" va to'liq bo'lmagan abort ko'pincha o'tkir qon ketish bilan birga bo'lganligi sababli, homilador ayolga shoshilinch yordam ko'rsatish kerak.

Kasalxonagacha bo'lgan bosqichda: tez yordam chaqiring, qorinning pastki qismiga sovuq, mushak ichiga bachadon qisqartiruvchi moddalar kiriting – oksitotsin 1 ml (5 T.B.), askorbin kislotasi bilan vena ichiga glyukoza, kaltsiy glyukonat 10% - 10 ml, mushak ichiga etamzilat, tinchlantirish.

Kasalxonaga yotqizilganida qon analizlari tekshiruvi o'tkaziladi, qon guruhi va RH, OIV aniqlanadi va Vasserman reaksiyasi amalga oshiriladi.

Shoshilinch yordam bachadon bo'shlig'ini kuretaj qilish, xomila pufagi qoldiqlarini olib tashlashdan iborat; qon yo'qotilishini uning hajmi va ayolning holatiga qarab qoplash.

4.2.Ektopik homiladorlik

Agar implantatsiya bachadon bo'shlig'idan tashqarida sodir bo'lsa, homiladorlik ektopik (bachadonda tashqari) deb ataladi. Implantatsiyaning eng keng tarqalgan joyi fallopiy naychalari (98%), kamdan – kam uchraydigan joylar – tuxumdon, bachadonning rudimentar shoxi, qorin bo'shlig'i.

Tasnifi.

1. Qorin bo'shlig'i:
 - birlamchi-homila pufagi ichak tutqichiga, bachadonning keng boylamiga yoki qorin bo'shlig'ining boshqa organlarida joylashadi;
 - ikkilamchi qorin bo'shlig'idagi homiladorlik homila pufagining bachadon nayidan qorin bo'shlig'iga itarish natijasida hosil bo'ladi.
2. *Tuxumdondagi*: tuxumdon yuzasiga, tuxumdon ichiga.
3. *Naydagi*:

-joylashuvi bo'yicha: ampulyar, istmik, interstitsial.

-kasallik kechishi bo'yicha: progressiv va buzilgan (naydagi abort va fallop naychasining yorilishi kabi) naydagi homiladorlik.

4. *Servikal-istmus homiladorlik.*
5. *Servikal homiladorlik.*
6. *Bachadonning qo'shimcha shoxida homiladorlik (rudimentar).*

Ektopik homiladorlikka olib keluvchi xavf omillari.

Ektopik homiladorlik paydo bo'lishiga yordam beradigan ikki guruh omillar mavjud:

- urug'lantirish anomaliyalari
- urug'langan tuxum hujayraning bachadon bo'shlig'iga harakatining buzilishi.

Urug'lantirish anomaliyalari Bachadondan tashqari homiladorlik xavfini 4 baravar oshiradigan yordamchi reproduktiv texnologiyalardan foydalanish holatlarini o'z ichiga oladi. Shu bilan birga, umumiy bachadon va ektopik homiladorlikning chastotasi bir necha bor oshadi.

Urug'langan tuxum hujayraning harakatini buzadigan omillar:

- chanoq a'zolarining yallig'lanish kasalliklari;
- sun'iy abortlar;
- infantilizm;
- ektopik homiladorlik chastotasini 4,5 baravar oshiruvchi ba'zi kontratseptivlar: progesteronni o'z ichiga olgan yoki progesteron ta'sirida fallop naychalarining peristaltikasini kamaytiradigan kontraseptivlar, bachadon ichi kontratseptivlari (BIV);

- tug'ma nuqsonlar, yaxshi sifatli o'smalar yoki naydagi kistalar, naycha burchagi sohasidagi bachadon miomasi, bitishmalar bilan kechuvchi endometrioz tufayli bachadon naychalarining torayishi;
- bachadon naychalarida o'tkazilgan operatsiyalar ektopik homiladorlik chastotasini oshiradi, surunkali salpingit bilan ektopik homiladorlik xavfi ortadi;
- tuxum hujayraning implantatsiya xususiyatlarining o'zgarishi: muddatidan oldin paydo bo'lishi ;
- spermadagi prostaglandinlar darajasidagi anomaliyalar, prostaglandinlarning fallop naychalariga ta'sir qilish mexanizmining asosini urug'lantirilgan tuxumning tashilishini tartibga soluvchi tuxum yo'llarining mushak tolalarining qisqarishi va bo'shashishi jarayonlari tashkil etadi,;
- chekuvchi ayollarda ektopik homiladorlik boshqalarga qaraganda 2-3 baravar ko'p rivojlanadi, bu nikotinning bachadon naychalarining kirpikli epiteliysiga zararli ta'siri va naycha peristaltikasining buzilishi bilan bog'liq.

Patogenezi. Tuxum hujayraning oziqlanishi va rivojlanishi uchun etarli sharoitlar mavjud emas. Progressiv ektopik homiladorlik homila joylashgan to'qimani va xorion vorsinkalari esa asosiy to'qimalarni cho'zadi , shu jumladan qon tomirlarini jaroxatlaydi , so'ngra homila joylashgan to'qima yorilishi sodir bo'ladi. Ushbu jarayon lokalizatsiya joyiga qarab har xil tezlikda sodir bo'lishi mumkin va ko'proq yoki kamroq aniq qon ketish bilan birga keladi. Ko'pincha ektopik homiladorlikning buzilishi 4-6, kamdan-kam hollarda 8 xaftada sodir bo'ladi.

Ektopik homiladorlik klinikasi.

Klinik ko'rinish bachadondan tashqi homiladorlikning rivojlanish bosqichiga (progressiv yoki buzilgan), uning buzilish turiga (nayning yorilishi yoki naydagi abort), umumiy qon yo'qotish va organizmning javob reaksiyasiga bog'liq.

Progressiv naydagi homiladorlik quyidagilar bilan xarakterlanadi: hayz ko'rishning kechikishi; sut bezlarining shishishi; ko'ngil aynish, ta'm sezgisi o'zgarishi. Bimanual va ko'zgularda: qin va bachadon bo'yni shilliq pardalarining sianozi; bachadon yassilangan va istmus sohasida qisman yumshoqlik aniqlanadi; bachadon yumshagan , mushak devorining qalinlashishi va detsidual membrananing rivojlanishi tufayli biroz kattalashgan, Gegar, Piskachek va boshqa alomatlar zaif ifodalangan yoki aniqlanmaydi; tuxumdonda homiladorlikning sariq tanasi hosil bo'ladi.

Sekretor fazada endometriyning ko'chishi tufayli bachadondan qonli ajralmalar kelishi xarakterli. Shu bilan birga, gemostazning gormonal usullarini o'z ichiga olgan terapiyaning ta'siri bo'lmaydi . Ektopik homiladorlikning ushbu shaklining asosiy belgisi-bu tuxum hujayra joylashgan joyida o'simtaga o'xshash hosila

aniqlanishi va bachadon hajmining homiladorlikning taxminiy muddatiga mos bo'lmashligidir .

Tuxum hujayraning joylashishiga qarab, bachadonning deformatsiyasi yoki o'simtaga o'xshash hosilalarning aniqlanishi kuzatiladi (bachadon va tuxumdonlarda — bachadon ortiqlari sohasida; keng boylam qavatlari orasida — bachadonning yon tomonida; rudiment shoxda — bachadon tanasi yonida; bachadon bo'yni — kolbasimon bachadon bo'yni; qorin bo'shlig'ida — turli xil lokalizatsiyalarda o'simtaga o'xshash hosilalar).

Ektopik homiladorlikning buzilishi.

Bachadon naylarining yorilishi turli xil og'irlikdagi ichki qon ketish belgilari bilan tavsiflanadi (homila pufagi vorsinkalari bachadon naychasining ingichka devori butunligini butunlay yo'q qiladi va shikastlangan tomirlardan qon qorin bo'shlig'iga quyiladi) -patologik qon yo'qotish, massiv qon yo'qotish sindromi, gemorragik shok, shuningdek qorin parda ta'sirlanish simptomlari : qorin dam bo'lishi, og'riq, qorin old devorining taranglashishi, peritoneal simptomlar.

Qorin bo'shlig'ida o'tkir og'riq paydo bo'ladi, undan oldin naycha peristaltikasi bilan bog'liq kuchsiz dardsimon og'riq paydo bo'lishi mumkin ("naycha kolikasi"). Kuchli og'riqli xuruj paytida ba'zida hushni yo'qotish mumkin . Ko'ngil aynish, bosh aylanishi, terining oqarishi, ba'zida ich kelishi kuzatiladi. Sovuq ter paydo bo'ladi, qon bosimi pasayadi, puls tez-tez va zaif bo'ladi . Qorin bo'shlig'i perkussiyasida tovushning zararlangan joylarda to'mtoqlashishi aniqlanadi .

Ko'zgular yordamida ginekologik tekshiruvda qin va bachadon bo'yni shilliq qavatining sianozi aniqlanadi, bachadon biroz kattalashadi, yumshaydi, harakatchan ("suzuvchi"), bachadon ortiqlarilari sohasida xamirsimon konsistensiyali mustahkam o'simtasimon xosila seziladi; orqa va lateral gumbazlardan biri bo'rtib chiqadi; bachadon bo'ynini old tomonga siljitishga urinayotganda va qin orqa gumbazini palpatsiya qilganda to'satdan og'riq kuzatiladi , og'riq to'g'ri ichakka tarqaladi.

Tubal abort turi bo'yicha naydagi homiladorlikning tugatilishi sekinroq kechadi (bir necha kundan bir necha haftagacha). Buning sababi shundaki, tubal abortda xomila pufagi, rivojlanish uchun tegishli sharoitga ega bo'lmagan holda, fallopiy naychasining devorlaridan ko'chadi va qorin bo'shlig'iga chiqariladi. Fallopiy naychasining ritmik qisqarishi tufayli qon vaqti-vaqti bilan qorin bo'shlig'iga kiradi.

Asosiy shikoyatlar: qorinning pastki qismida xurujsimon og'riqlar, genital traktdan dog'simon , surkalmali, to'q jigarrang yoki deyarli qora ajralmalar (qindan qonli ajralmalar xomila pufagining homila o'rnashgan joyi bilan aloqasi buzilganda paydo bo'ladi. Bu holat asosan steroid gormonlar darajasining pasayishi natijasida

desidual membrananing ko'chishi bilan bog'liq). Takroriy qisqa muddatli hushdan ketish, zaiflik, bosh aylanishi, sovuq ter, qusish ham kuzatilishi mumkin.

Ginekologik tekshiruvda-shilliq pardalarning sianozi, bachadon bo'yni kanalidan kam qon kelishi aniqlanadi. Bachadonning kattalashishi homiladorlik davriga to'g'ri kelmaydi, u istmus sohasida yumshagan bo'ladi. Bachadon ortiqlari sohasida o'simga o'xshash hosila palpatsiya qilinadi, konturlari noaniq cheklangan-harakatchan. Orqa va mos keladigan lateral gumbazlar tekislangan yoki bo'rtib chiqqan, ular yengil og'riqli bo'ladi.

Tuxumdon homiladorligida homila pufagi tuxumdon yuzasiga implantatsiyalanishi mumkin, bu ba'zan endometrioz bilan bog'liq yoki follikul ichida rivojlanishi mumkin. Ushbu homiladorlik erta bosqichlarda to'xtatiladi va naydagi homiladorlikning tugashi bilan kuzatiladigan alomatlar bilan birga keladi.

Qorin bo'shlig'idagi homiladorlik ham birlamchi, ham ikkilamchi bo'lib, juda kam uchraydi. Homila pufagi ichakdan tashqari qorin bo'shlig'ining turli organlariga birikishi mumkin. Juda kamdan-kam hollarda qorin bo'shlig'idagi homiladorlik uzoq muddatlarga yetadi. Qoida tariqasida, u erta bosqichlarda homila kapsulasining yorilishi, og'ir qon ketishi va peritoneal shok bilan tugaydi. Bu qorin bo'shlig'ida takroriy og'riq xurujlari, ba'zida hushni yo'qotish bilan tavsiflanadi. O'tkir og'riq homila harakatlanayotganda paydo bo'ladi. Bimanual tekshiruvda homiladan alohida joylashgan biroz kattalashgan bachadon palpatsiya qilinadi. Xomilaning qismlari qorin devori ostida aniqlanadi.

Ektopik homiladorlikning diagnostikasi.

1. Anamnezidan:

- homiladorlikning shubhali va ehtimoliy belgilari paydo bo'ladi;
- ektopik homiladorlik uchun xavf omillari aniqlanadi;

2. Obyektiv ko'rik.

- **O'tkir qon yo'qotishning simptomokompleksi:** zaiflik, hushni yo'qotish, terining va shilliq pardalarning oqarishi qon bosimining pasayishi, kuchsiz, tez-tez puls.
- **O'tkir qorinning simptomokompleksi:** palpatsiya paytida qorinning yorilish tomonida og'riqli, Shotkin-Blumberg simptomi ijobiy bo'ladi. Perkussiyada -qorin bo'shlig'ida erkin suyuqlik belgilari.

3. **Bimanual ko'rik.** Bachadon biroz kattalashgan, yumshoq; odatdagidan ko'proq harakatchan (suzuvchi bachadon). Bachadon ortiqlari sohasidagi og'riq, noxushlik. Qinning orqa gumbazi tekislangan yoki bo'rtib chiqqan, palpatsiya paytida keskin og'riqli (Duglas qichqirig'i). Bachadon bo'ynini oldinga siljitishga harakat qilganda, o'tkir og'riq paydo bo'ladi.

4. **Inson xorionik gonadotropini (IXG) uchun qon tekshiruvi**, bunda gormon miqdori bachadon homiladorligining ushbu davriga mos kelmasligi aniqlanadi.
5. **Ultratovush tekshiruvi** (transvaginal) bachadon bo'shlig'ida trofoblast yo'qligini aniqlaydi va uni bo'shliqdan tashqarida aniqlaydi.
6. **Kuldosentez** (qin orqa gumbazi punksiyasi) qorin bo'shlig'i ichidagi qon ketishini tashxislash, shuningdek, keyingi sitologik tahlil uchun astitik suyuqlikni aspiratsiya qilish uchun ishlatiladi. Exografiya metodologiyasining paydo bo'lishi bilan kuldosentezga oid bir qator pozitsiyalar qayta ko'rib chiqildi. Gemorragik shokning mavjudligi kuldosentezni amalga oshirishga qarshi ko'rsatma hisoblanadi.
7. **Endometriy biopsiyasi**. Hozirgi vaqtda bachadon shilliq qavatining diagnostik kuretaji, agar ektopik homiladorlik shubha qilingan bo'lsa, laparoskopiya va exografiya kirib kelgunga qadarki kabi tez-tez ishlatilmaydi. Bundan tashqari, ushbu protsedura faqat ektopik homiladorlik tashxisi noto'liq o'z -o'zidan homila tushishi va yoki disfunktsional bachadondan qon ketishi bilan differensial diagnostikasida qo'llaniladi. Qirib olinganda-xorion vorsinkalari yo'qligida desidual to'qimalarning mavjudligi aniqlanadi.
8. **Laparoskopiya** - ektopik homiladorlikni tashxislashning eng informatsion usuli hisoblanadi, ammo ektopik homiladorlikni erta muddatlarda aniqlashga imkon bermaydi.

Davolash.

- *1 – bosqich-operatsiya. Zarur bo'lganda gemorragik shok bilan bir vaqtning o'zida kurashish .*
- *2 – bosqich-operatsiyadan keyingi davrni boshqarish.*
- *3 – bosqich-reproduktiv funksiyani tiklash.*

1 – bosqich-operatsiya.

Buzilmagan ektopik (naydagi) homiladorlik bilan laparoskopik usulda 2 turdagi jarrohlik aralashuvni amalga oshirish mumkin:

1. Fallopiy naychasini olib tashlash (tubektomiya);
2. Homila pufagini olib tashlash va fallopiy naychasini saqlash (tubektomiya).

Laparotomiya, fallopiy naychasini olib tashlash. Agar kerak bo'lsa, gemorragik shok bilan bir vaqtning o'zida kurash. Massiv qon ketishi bilan gemorragik shokga qarshi kurashish uchun reanimatsiya choralari qabul qilingandan so'ng darhol boshlanadi va operatsiya xonasida holat barqarorlashguncha davom etadi:

1. qon o'rnini bosuvchi moddalarni quyish,

2. bemorning qon guruhi va rezusini aniqlash, gemoglobin, gematokrit, koagulogramma.

2-bosqich-operatsiyadan keyingi davrni boshqarish.

1. 2-4 kun davomida infuzion terapiyani davom ettirish.
2. Jismoniy mashqlar terapiyasi. Nafas olish mashqlari.
3. Antibakterial terapiya.
4. Dastlabki 3 kun davomida og'riqni yo'qotish.
5. Operatsiyadan keyingi davrning 4-5 kunidan boshlab fizioterapiya va gidrotubatsiya.

3-bosqich. Reproduktiv funksiyani tiklash.

Ektopik homiladorlikni boshdan kechirgan ayollar rehabilitatsiya va yashash joyida dispanser kuzatuviga muhtoj. Operatsiyadan 1 oy o'tgach boshlash:

1. - fizioterapiya,
2. - fermentlar
3. - gormonal kontrasepsiya,
4. - sanator-kurortda davolanish.

Takroriy rehabilitatsiya kurslari operatsiyadan 3, 6, 12 oy o'tgach amalga oshiriladi.

Shoshilinch tibbiy yordam.

1. Qorinning pastki qismiga sovuq qo'yish.
2. Ayolni gorizontal holatda katalkada venada igna bilan har qanday qulay transportda (yoki operatsiya xonasida) tashish.
3. Qon guruhi va RH omilini ko'rsatib, ratsiya orqali xabar bering.
4. Kasalxonadan oldingi bosqichda og'riq qoldiruvchi vositalarni kiritish taqiqlanadi.
5. Qorin bo'shlig'ida qon ketishi bilan kasalxonaga yotqizilgunga qadar qon o'rnini bosuvchi eritmalar (dekstran eritmaları, gidroksietil kraxmal preparatlari) kiritilishi ko'rsatiladi.

Servikal homiladorlik. Bachadon bo'yni va istmusdagi homiladorlik-homiladorlikning nisbatan kam uchraydigan asoratidir. Haqiqiy servikal homiladorlikda homila pufagi faqat servikal kanalda rivojlanadi. Servikal-istmusli homiladorlikda homila pufagi bachadon bo'yni va istmus sohasida joylashgan hisoblanadi.

Klinik ko'rinishi. Bemorning umumiy holati qon yo'qotish hajmiga to'g'ri keladi.

Ko'zgular yordamida tekshirilganda quyidagilar aniqlanadi: bachadon bo'yni bochkasimon shaklda ko'rinadi, tashqi bo'g'iz joyidan chiqib ketgan, aniq sianoz

bilan, tekshiruv paytida osongina qon ketadi, tashqi bo'g'izning eksentrik joylashishi va bachadon bo'yni vaginal qismida bir qator bemorlarda kengaygan venoz tomirlar tarmog'i seziladi.

Bimanual tekshiruvda bachadon bo'yni sharsimon kattalashgan, yumshoq konsistensiyali va "qalpoq" shaklida bachadonning kichik, zichroq tanasi aniqlanadi, bachadon bo'yni devorlari bilan mahkam bog'langan xomila pufagi darhol tashqi bo'g'iz orqasida seziladi; barmoq yoki instrument yordamida uni ajratishga urinish qon ketishining ko'payishiga olib keladi.

Servikal homiladorlik paytida qon ketish har doim juda ko'p miqdorda bo'ladi, chunki bachadonning qon tomir tuzilmalari tuzilishi buziladi – bu yer bachadon arteriyasining pastki shoxi, pudental arteriya mos keladi. Trofoblast, so'ngra bachadon bo'yni va bachadon istmusiga joylashgan xomila pufagi xorionining vorsinkalari shilliq qavatni penetratsiya qiladi va mushak qatlamiga kiradi. Mushak elementlari va qon tomirlarining erishi qon ketishiga va homiladorlikning rivojlanishi buzilishiga olib keladi. Ba'zi hollarda bachadon bo'yni devori butunligi butunlay buzilishi mumkin va xorion vorsinkalari parametriyga yoki qinga birikishi mumkin.

Bachadon bo'yni qalinligi bachadon tanasi qalinligidan sezilarli darajada kam, keyin tomirlar buziladi va qon ketishini jarrohlik aralashuviz to'xtatish mumkin bo'lmaydi. Agar bachadon bo'shlig'ini kuretaj qilish bilan yordam berish boshlansa, keyin qon ketish kuchayadi.

Bachadon bo'yni homiladorligi tashxisi qo'yilgach, uni ultratovush ma'lumotlari bilan tasdiqlash mumkin- bu holatda bachadon bo'shlig'ini kuretaj qilish mumkin emas, bu qon ketishini bachadon ortiqlarisiz ekstirpatsiyasi orqali to'xtatish kerak. Servikal va istmiko -servikal homiladorlik bilan og'rigan bemorlarni davolash hozirda faqat jarrohlik usuli orqali bo'lishi mumkin. Tashxis qo'yilgandan so'ng darhol operatsiyani boshlash kerak. Shifokorning harakatlaridagi eng kichik kechikish bemorning profuz qon ketishidan o'lish xavfini keltirib chiqaradi.

Bachadonning rudimentar shoxidagi homiladorlik. Uning progressivlanishi bilan homiladorlik uchun xos bo'lgan alomatlardan tashqari hech qanday alomatlar kuzatilmaydi, ammo bachadonni palpatsiya qilish paytida burchaklardan birida yumshoq konsistentsiyaning o'simtaga o'xshash hosila aniqlanadi. Homiladorlikning tugashida klinik ko'rinish og'ir ichki qon ketish va shok bilan tavsiflanadi. To'g'ri tashxisni aniqlashda ultratovush va laparoskopiya katta yordam beradi.

Qorin bo'shlig'idagi homiladorlik. Qorin bo'shlig'idagi homiladorlik klinik jihatdan naydagi homiladorlik bilan bir xil tarzda davom etadi, ko'pincha homila kapsulasining erta muddatda yorilishi bilan tugaydi va bu og'ir ichki qon ketish, shok bilan tugaydi. Abortdan oldin ba'zida tashxis qo'yish qiyin. Shu bilan birga, ultratovush ham muhim rol o'ynaydi.

Tuxumdon homiladorligi. Tuxumdon homiladorligining tugashi naydagi homiladorlikning buzilishi bilan bir xil alomatlar bilan birga keladi. Tuxumdon homiladorligi ko'pincha 6-8 xaftada qorin bo'shlig'iga qon ketishi bilan homila pufagi yorilishi turi bo'yicha to'xtaydi. Klinik ko'rinishda ichki qon ketish, peritonit va gemorragik shok belgilari ustunlik qiladi. Tashxis odatda operatsiya paytida aniqlanadi.

Xomila pufak kasalligi: homiladorlik trofoblastik kasalligi

Homiladorlik trofoblastik kasalligi xorionik to'qimalarda proliferativ o'zgarishlar bilan tavsiflanadi, bu esa xorionik gonadotropinning ko'payishiga olib keladi.

Trofoblastik kasallik yelbug'oz va trofoblastik o'smalarni o'z ichiga oladi, ular o'z navbatida quyidagilarga bo'linadi

* invaziv yelbug'oz

* buzuvchi yelbug'oz

* xoriokarsinoma.

Invaziv yelbug'oz sezilarli proliferativ faollik bilan tavsiflanadi, lekin odatda xoriokarsinomadan farqli o'laroq metastazga olib kelmaydi.

4.3.Yelbug'oz.

Yelbug'oz-trofoblastning ko'payishi bilan kechadigan holat, unda xorion vorsinkalari bachadon bo'shlig'ini to'ldiradigan turli shakl va o'lchamdagi shoda shaklida ko'plab hosilalarga aylanadi.

Yelbug'ozning to'liq va qisman yelbug'oz turlari farqlanadi . Bachadonda qisman yelbug'oz bilan homila elementlari topiladi. Ushbu kasallik xromosoma anomaliyalari tufayli yuzaga keladi va kamdan-kam hollarda trofoblastning xavfli o'smalariga aylanadi.

Klinik ko'rinishi. Yelbug'oz uchun quyidagi belgilar xarakterlidir:

1. Odatda hayz ko'rishning kechikishi, homiladorlikning shubhali belgilarining paydo bo'lishi qayd etiladi, shuning uchun ayol o'zini homilador deb hisoblaydi.
2. Homiladorlikning birinchi uch oyligida bachadondan qon ketishi tez-tez uchraydi. Uning tabiati va intensivligi har xil bo'lishi mumkin: qizil yoki to'q jigarrang, kam yoki ko'p, gemostatik va qon o'rnini bosuvchi terapiyani talab qiladi.
3. Ba'zida qon bilan birga yelbug'oz pufakchalari ajralib chiqadi.

4. *Xomilaning qismlari, yurak urishi va harakatlarini aniqlash kabi homiladorlikning ishonchli belgilari yo'q, bachadonda ultratovush tekshiruvi paytida homila yo'qligi faqat mayda-kistoz to'qimasi aniqlanadi.*
5. *Bachadonning kattalashishi homiladorlik davriga to'g'ri kelmaydi, bu yelbug'oz vorsinkalari kattaligi, ular va bachadon devori o'rtasida qon to'planishi bilan bog'liq.*
6. *Homiladorlikning birinchi uch oyligida arterial gipertenziya, proteinuriya, shish shaklida gestoz belgilari paydo bo'lishi mumkin, ammo eklampsiya juda kam uchraydi.*
7. *Kuzatishlarning 50 foizida tuxumdonlarning tekalutein kistalari aniqlanadi.*

Diagnostika. Klinik ko'rinishlar va qo'shimcha tadqiqotlar natijalari-ultratovush, gistologik, organizm biologik suyuqliklarida xorionik gonadotropinning yuqori konsentratsiyasini aniqlash.

Yelbug'oz homila tushishi, ko'p homilalilik va xoriokarsinomadan farqlanishi kerak.

Ultratovush tekshiruvida normal homila pufagi yoki homila belgilari bo'lmaydi.

Davolash. Yelbug'oz tashxisi qo'yilgandan so'ng kasalxonaga yotqizish, uni olib tashlash ko'rsatiladi. Agar yelbug'oz olib tashlaganidan keyin 1-2 oy ichida qondagi xorionik gonadotropin titrining ko'rsatkichlari pasaymasa, xoriokarsinomani istisno qilish uchun qo'shimcha tadqiqotlar buyuriladi.

Yelbug'oz olib tashlaganidan keyin bir yil ichida ayolni qon yoki siydikdagi xorionik gonadotropin darajasini aniqlash bilan muntazam ravishda kuzatib borish, o'pkaning rentgenologik tekshiruvini o'tkazish zarur.

Ayol 2 yil davomida o'zini homiladorlikdan himoya qilishi kerak.

5-bob. Nospesifik etiologiyali ayollar jinsiy a'zolari yallig'lanish kasalliklari.
Neytral davrda qizlarda vulvovaginit va kolpit.

Yallig'lanish jarayonlari ginekologik kasalliklarning 60-65 foizini tashkil qiladi (ayollar maslahatxonalariga murojaat qilish ma'lumotlariga ko'ra).

Nospesifik va spesifik etiologiyali yallig'lanish jarayonlari farqlanadi. Birinchi guruhga stafilokokklar, E. coli, streptokokklar, ko'k yiring tayoqchasi, ikkinchisiga trixomonada, gonokokklar, kandidoz, viruslar, mikoplazmalar, xlamidiya sabab bo'lgan yallig'lanish jarayonlari kiradi.

Pastki jinsiy a'zolarining yallig'lanish kasalliklari

I. Vulvit.



5.1.Rasm. Vulvit.

Vulvit- ayol tashqi jinsiy a'zolarining yallig'lanishi. Birlamchi va ikkilamchi vulvit farqlanadi. Birlamchi vulvit shikastlanish natijasida, so'ngra shikastlangan joylarni infisirlanishi natijasida yuzaga keladi. Ayollarda ikkilamchi vulvit ichki jinsiy a'zolarida yallig'lanish jarayoni mavjud bo'lganda paydo bo'ladi. Vulvitning rivojlanishiga olib keluvchi omil tuxumdondarning gipofunksiyasidir. Bemorlar tashqi jinsiy a'zolarining achishishi va qichishi, ayniqsa siyishdan keyin, yiringli ajralmalar, harakat paytida og'riqdan shikoyat qiladilar. Surunkali vulvit qichishish, achishish , giperemiya bilan tavsiflanadi. Davolash keng qamrovli bo'lib, mahalliy va umumiy quvvatlovchi vositalardan foydalanishni o'z ichiga oladi. Yondosh kasalliklarni davolash (diabet, yiringli kasalliklar, gelmintozlar, servitsit) ko'rsatiladi, ularning fonida vulvit ko'pincha rivojlanadi.

II. Bartolinit.

Bartolinit-bu qin daxlizining katta bezining yallig'lanishi. Stafilokokklar, esherixia, gonokokklar va boshqalar sabab bo'lishi mumkin. Patogen turidan qat'i nazar, jarayon bezning chiqaruvchi kanalida boshlanadi - kanalikulit paydo bo'ladi, keyin yallig'lanish jarayoni parenximani (seroz, yiringli yallig'lanish) qoplaydi. Yiringli ekssudat bezning bo'laklarini to'ldirib, o'z-o'zidan ochilishi mumkin bo'lgan soxta absess hosil qiladi.



5.2 rasm. Bartolinit.

Bartolinitning paydo bo'lishi jinsiy a'zolar gigienasiga rioya qilmaslik, tananing zaiflashishi, qinning o'z-o'zini tozalash buzilishi, jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklar sabab bo'lishi mumkin. Bartolin bezining bir tomonlama shikastlanishi ko'proq uchraydi. Yallig'lanishli shish bezning kanalini to'sib qo'yishi mumkin, bu yiringli sekretiya chiqarilishiga to'sqinlik qiladi, u kanalda qolib, uni cho'zadi va kista (soxta absess) hosil qiladi. Kanal tiqilib qolsa va unda yiring ushlanib qolsa, bartolin bezi og'riqli, kattalashadi, ba'zida tovuq tuxumining hajmiga etadi. Kamdan kam hollarda yallig'lanish jarayoni bez to'qimasini to'g'ridan-to'g'ri qoplashi mumkin, bez va uning atrofidagi to'qimalarning yiringli yallig'lanishi bilan haqiqiy absess paydo bo'ladi. Yiringli hosila quyuq sariq-yashil tarkibning chiqishi bilan o'z-o'zidan ochilishi mumkin, shundan so'ng bemor axvoli yaxshilanadi. Yallig'lanish jarayoni yiringlashsiz o'z-o'zidan susayishi mumkin. Bunday holda, bezning qattiqlashishi va biroz kattalashishi kuzatiladi. Biroq ,

ko'pincha, bir muncha vaqt o'tgach, yallig'lanish jarayoni qayta boshlanadi va murakkablashadi. Dastlab, kasallik jiddiy tashvishga olib kelmasligi mumkin: qinning kirish qismida kichik bir bo'lak biroz og'riqli, ba'zida oraliqda yengil achishish, og'riq hissi kuzatilishi mumkin. Vaziyat yomonlashganda, tashqi jinsiy a'zolar hududida o'tkir og'riq paydo bo'ladi, harakat va jinsiy aloqa paytida kuchayadi, harorat 38 - 39°C va undan yuqori darajaga ko'tariladi, titroq yuzaga keladi.

Klinika. Bemorlar umumiy holsizlik tashqi jinsiy a'zolar hududida noxushlik, noqulaylikdan shikoyat qiladilar. Tana harorati ko'tariladi. Bartolin bezlarida shish va giperemiya kuzatiladi; palpatsiya paytida – o'tkir og'riq, mahalliy harorat ko'tarilishi va yumshoq to'qimalarning shishishi aniqlanadi. Agar yiringli eksudat bezning barcha bo'laklarini to'ldirsa, psevdabsess hosil bo'ladi. Ayolning ahvoli keskin yomonlashadi: tana harorati gektik darajaga ko'tariladi, titroq, kuchli bosh og'rig'i paydo bo'ladi. Tekshiruvda keskin og'riqli o'smasimon hosila aniqlanadi. Absess ochilib yiring chiqarilgandan so'ng, bemorning ahvoli yaxshilanadi: tana harorati pasayadi, bartolin bezi hududida shish va giperemiya kamayadi. Agar davolanish yetarli bo'lmasa va chiqish kanali yana berkilib qolsa, retsidiylar va retensiya kistasining shakllanishi kuzatiladi, bu tashqi jinsiy a'zolarining yaxshi yoki hatto xavfli o'smasi deb noto'g'ri xulosaga borish mumkin.

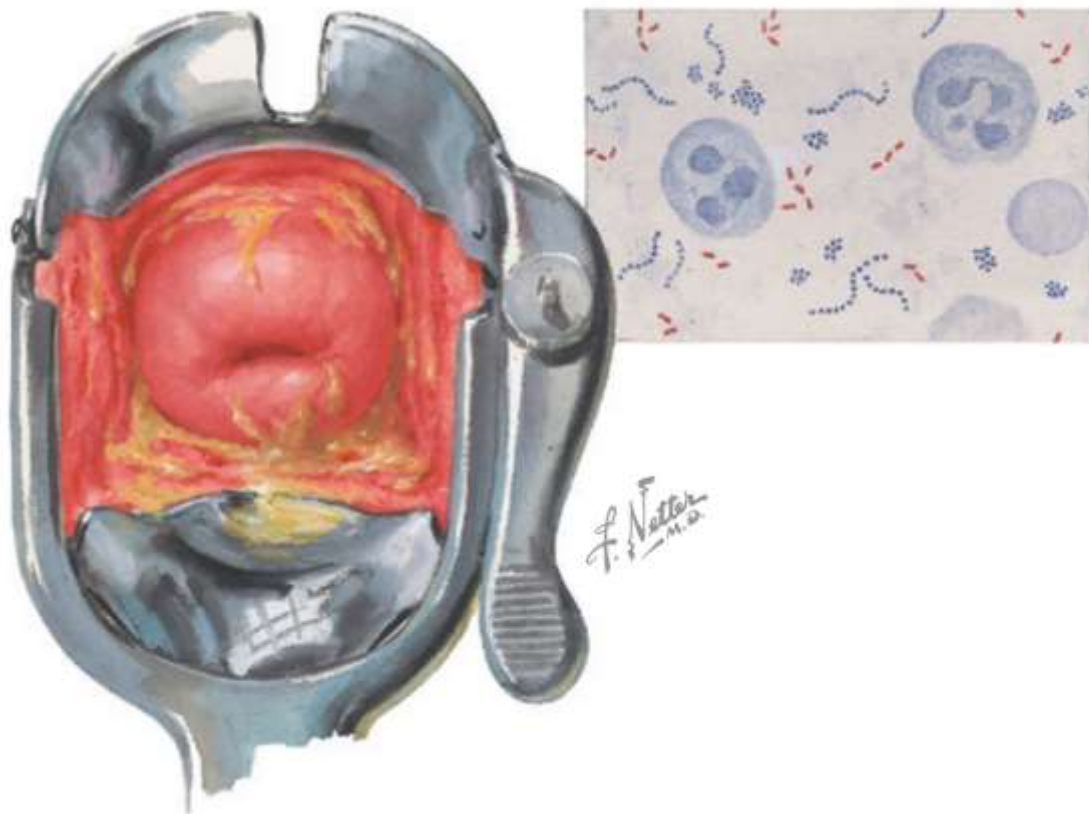
Differensial diagnostika. O'tkir bartolinit odatda quyidagi kasalliklardan farqlanadi:

- katta jinsiy lablar furunkuli;
- bo'ylama kanal kistalari (Gartner kanali);
- qov suyak yoyi tuberkulyozi;
- bartolin bezi saratoni.

Davolash. Mikroorganizmlarning sezgirligiga muvofiq antibiotiklar, sulfanilamid preparatlari bilan davolanadi. Kaliy permanganat eritmasi (1:6000) bilan iliq o'tiradigan vannalar, termal protseduralar (grelka, solluks) bilan birgalikda malham shaklidagi (ixtiol, Vishnevskiy malhami) simptomatik vositalar qo'llaniladi. Psevdabsess yoki retension kista shakllanishi bilan - jarrohlik usulida ochish, takroriy bartolinit bilan-bezning ekstirpatsiyasi amalga oshiriladi. Yara zonasini infraqizil yarimo'tkazgichli lazer bilan terapevtik dozalarda magnit maydon bilan birgalikda nurlantirish ham qo'llaniladi. Davolash kursi 5-6 protsedura. Gonoreya etiologiyasi bilan kasallik kuzatilganda -o'ziga xos davolash olib boriladi. Jinsiy hayot sherikning infitsirlanishi mumkinligi yoki bezning yiringlashi xavfi bo'lganligi tufayli to'xtatiladi. Oldini olish shaxsiy gigiena qoidalariga rioya qilish, tasodifiy jinsiy aloqani istisno qilish, vulvit, kolpit, uretritni davolashdan iborat.

III.Kolpit.

Kolpit-bu qin shilliq qavatining yallig'lanishi. Nospesifik kolpitga stafilokokk, E. coli, streptokokk va boshqalar sabab bo'lishi mumkin. Ko'pincha kolpit aralash infeksiya, shuningdek trixomonadalar tufayli yuzaga keladi. Kolpit rivojlanishiga olib keluvchi omillar tuxumdonlarning endokrin funksiyasining pasayishi bo'lishi mumkin.



5.3-rasm. Kolpit.

Klinikasi. Kolpitning asosiy belgisi kasallikning o'tkir va surunkali bosqichiga xos bo'lgan seroz-yiringli ajralmalardir. O'tkir kolpitda bemorlar qin, vulva sohasida qichishish va achishish, surunkali bosqichda siyish paytida og'riq va achishish hissi kuchayishidan shikoyat qiladilar.

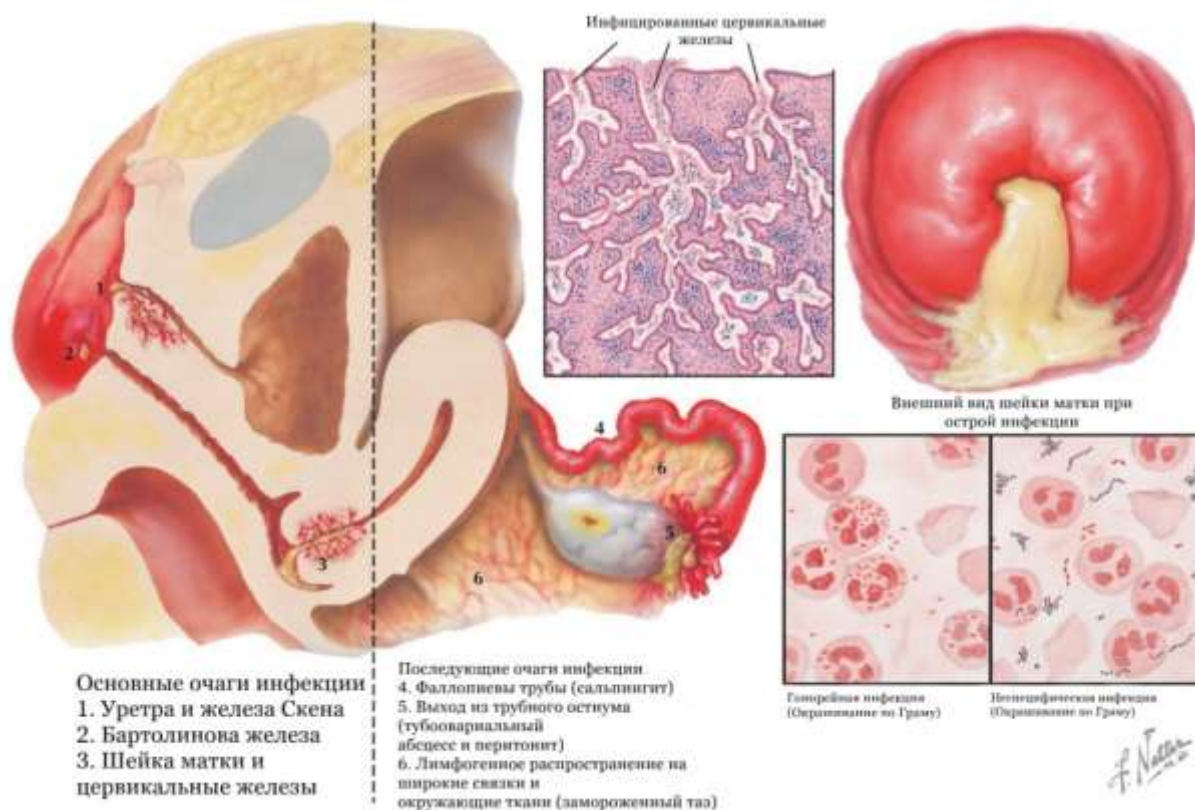
Nospesifik kolpit mavjud bo'lganda umumiy va mahalliy davolash amalga oshiriladi. Mahalliy davolash asosida tashqi jinsiy a'zolar va qinni yuvish yotadi. Antibiotiklarni lokal ravishda qo'llash mumkin, ammo ularga mikrob florasining sezgirligini oldindan aniqlangandan keyingina fizioterapiya bilan birgalikda qo'llaniladi. Yondosh ginekologik kasalliklarni ham to'liq davolash kerak bo'ladi;

shu tufayli qin epiteliysidagi glikogen miqdori normallashadi va normal vaginal flora rivojlanadi.

IV. Servisit.

Endoservisit-bachadon bo'yni kanalining shilliq qavatining yallig'lanishi.

Qo'zg'atuvchilari patogen stafilokokklar, streptokokklar, E. coli, enterokokklar, gonokokklar, viruslar, kandidozlardir. Endoservitsitning paydo bo'lishi tug'ruq paytida yuzaga kelgan bachadon bo'ynining yirtilishi bilan osonlashadi.



5.4-rasm. Servisit.

Klinika. O'tkir bosqichda bemorlar shilliq-yiringli ajralmalarning paydo bo'lishidan shikoyat qiladilar, ba'zida qorinning pastki qismida va belda tortuvchi og'riqlar kuzatiladi. Surunkali bosqichda bemorlar shikoyat qilmaydilar, kamdan-kam hollarda jinsiy yo'llardan shilliqli ajralmalar keladi. Kasallik uzoq davom etganda bachadon bo'yni gipertrofiyalanadi, ko'pincha psevd-eroziya paydo bo'ladi.

Davolash. O'tkir bosqichda antibiotiklar yoki sulfanilamid preparatlari, qin sanatsiyasi buyuriladi. Agar bachadon bo'yni yirtilishi fonida endoservitsit paydo bo'lsa, yallig'lanishga qarshi davolanishdan so'ng bachadon bo'yni plastik jarrohligi ko'rsatiladi.

Kichik chanoq a'zolarining yallig'lanish kasalliklari.

I. Endometrit.

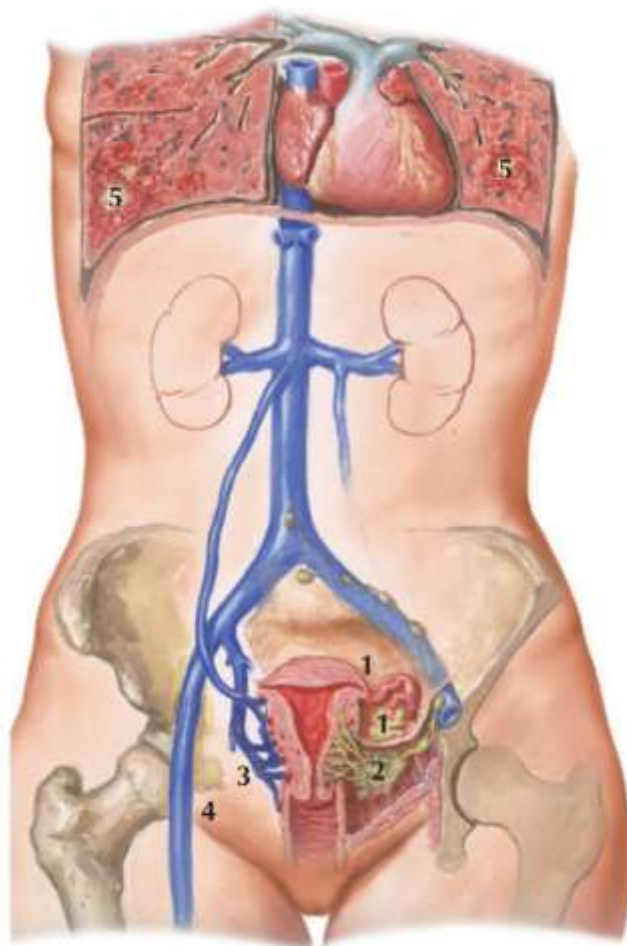
Endometrit-bu stafilokokklar, streptokokklar, E. coli va shunga o'xshash chaqiruvchilar keltirib chiqaradigan bachadon shilliq qavatining yallig'lanishidir. Uning paydo bo'lishiga abort va tug'ruq asoratlari, bachadonning diagnostik kuretaji, gisterosalpingografiya va boshqa bachadon ichi aralashuvlari olib keladi. Yallig'lanish jarayoni bachadon shilliq qavatining butun funksional va bazal qatlamlariga tarqaladi yoki o'choqli xarakterga ega bo'ladi.

Etiologiyaga qarab quyidagi endometritlar farqlanadi:

1. *gonoreyali*
2. *sil kasalligili*
3. *aktinomikotik*
4. *nospesifik chaqiruvchilar.*

Endometrit rivojlanishining xavf omillari: abort, asoratli tug'ruq , bachadon ichi manipulyatsiyalari (diagnostik kuretaj, gisteroskopiya, bachadonni zondlash, bachadon naychalarini o'tkazuvchanligini aniqlash), bachadon ichi vositalaridan foydalanish, mahalliy va umumiy immunitetning pasayishi, shaxsiy gigiena qoidalariga rioya qilmaslik kabilardir.

Klinikasi. Endometrit belgilari abort, tug'ruq yoki bachadon ichi manipulyatsiyalarida sodir bo'lgan infeksiyalanishdan bir necha kun o'tgach paydo bo'ladi. O'tkir endometrit taxminan 7-10 kun davom etadi, agar bemor o'z vaqtida shifokorga murojaat qilgan bo'lsa, unda kasallik butunlay yo'qoladi.



5.5.-rasm. Septik endometritning tarqalishi: 1-peritonit; 2-parametrit (limfa yo'llari orqali); 3-chanoq vena tomirlari tromboflebiti; 4-son suyagi tromboflebiti; 5-o'pka infarkti yoki absessi (septik emboliya)

O'tkir endometritning asosiy belgilari: isitma, umumiy xolsizlik , qorinning pastki qismida og'riq,suyuq yiringli ajralmalar (ba'zan qon bilan), EChTning oshishi, vaginal tekshiruvda bachadon hajmining biroz kattalashgani, uning og'riqliligi, yumshoq konsistensiyasi aniqlanadi.

Qon tekshiruvi neytrofilli chapga siljish bilan leykotsitozni ko'rsatadi, palpatsiya paytida kattalashgan, og'riqli bachadon aniqlanadi. Tegishli davo choralarisiz kasallik surunkali shaklga o'tishi mumkin.

Diagnostika. Tashxis bachadon bo'shlig'i bakteriologik tekshiruvi, ultratovush tekshiruvi yordamida tasdiqlanadi.

Endometritni davolash-bu tekshiruv va bir qator tadqiqotlar o'tkazilgandan so'ng faqat shifokor buyurishi mumkin bo'lgan terapiya hisoblanadi. O'z-o'zini davolash bepushtlikning sababi bo'lgan kasallikning og'ir shakliga olib kelishi mumkin. Endometritni davolash (ayniqsa o'tkir) quyidagi terapiya turlarini qo'llashdan iborat:

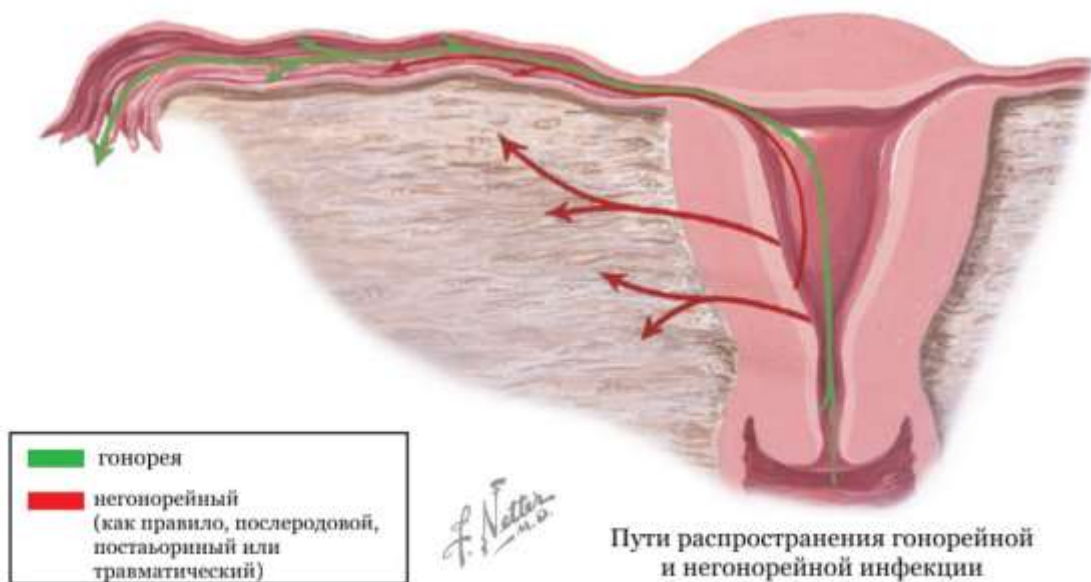
- antibakterial
- desensibilizatsiyalovchi
- infuzion
- umumiy quvvatlovchi

Umumiy davolash uchun patogenga ta'sir qiluvchi antibiotiklar qo'llaniladi. Preparat bemor tanasi xususiyatlarini hisobga olgan holda patogenning sezgirligiga qarab tanlanadi. Antibiotik terapiya turg'un terapevtik effektga erishgunga qadar amalga oshiriladi. Endometritning o'tkir bosqichida antibiotiklar patogenning sezgirligini hisobga olgan holda quyidagilar qo'llaniladi, ko'pincha doksisisiklin, klatsid, sefobid, tsifran, klaforan, yarim sintetik penitsilin, unazin, metronidazol.

Davolash noto'g'ri olib borilishi sepsis va bitishma kasalliklarining sababi bo'lgan infeksiyaning tarqalishiga olib keladi. Chanoq a'zolarida hosil bo'lgan bitishma kasalliklari nafaqat og'riq keltiradi, balki bepushtlikning sababi hamdir.

II. Salpingit, salpingooforit.

Salpingooforit (adneksit) - yuqoridagilarga o'xshash patogenez va klinikaga ega bo'lgan bachadon naylari va tuxumdonlarning yallig'lanish kasalligi. Adneksitning qo'zg'atuvchisi gonokokklar, sil mikobakteriyalari, stafilokokklar, streptokokklar, eserixia, enterokokklar, xlamidiya va boshqalar bo'lishi mumkin.



5.5.-rasm. Infeksiya tarqalish yo'llari

Adneksit klinikasiga ko'ra : o'tkir va surunkali adneksit farqlanadi.

O'tkir salpingitning klinik ko'rinishida 2 bosqich ajratiladi: birinchisi toksik, klinik kechish aerob floraning ta'siri bilan bog'liq; ikkinchi bosqichda anaerob flora qo'shiladi, bu kasallik belgilarining og'irlashishiga va asoratlarning rivojlanishiga

olib keladi. Ushbu bosqichda yiringli tarkibga ega bo'lgan tuboovarial hosilalar hosil bo'ladi, ular teshilishga xavf soladi. Tana haroratining ko'tarilishi, umumiy holatning yomonlashishi, qorinning pastki qismida kuchli og'riq, titroq, dizurik belgilar haqida bemor shikoyat qiladi. Kasallikning dastlabki kunlarida qorin og'riqli, palpatsiya paytida taranglashadi, mushaklarni himoya qilish refleksi paydo bo'lishi mumkin. Vaginal tekshiruvda : servikal kanaldan ko'p moqdorda seroz yiringli ajralma , palpatsiya paytida og'riq, biroz kattalashgan bachadon ortiqlari, ularning harakatchanligi cheklangan, konturlari yetarlicha aniq emasligi aniqlanadi. Qon analizlari tekshiruvda-leykotsitlar formulasining chapga siljishi, leykotsitoz, EChT oshishi kuzatiladi.

Surunkali adneksit klinikasi. Sovuqotganda, qo'shimcha kasalliklarda, hayz ko'rishdan oldin yoki hayz paytida kuchayadigan siquvchi og'riqlar asosiy shikoyatlardir . Og'riqning tarqalishi visserosensor va visserokutan reflekslar mexanizmi bilan tavsiflanadi. Og'riq, albatta, qorinning pastki qismida, yonbosh sohalarida, dumg'azada , qinda, chanoq nervlari bo'ylab seziladi. Menstrual funksiyaning buzilishi bemorlarning 40-55 foizida kuzatiladi (polimenoreya, oligomenoreya, algodismenoreya). Fallopiy naychalaridagi anatomik va funksional o'zgarishlar va tuxumdonlarning gipofunktsiyasi ko'pincha bepustlikning sababi hisoblanadi. Homiladorlikning patologik tugashi ham kuzatiladi-o'z-o'zidan homila tushishi, ektopik homiladorlik kabilar. Jinsiy funksiyaning buzilishi (og'riqli coitus, libidoning pasayishi) bemorlarning 35-40% tomonidan qayd etilgan. Ko'pincha ajralmalarning mavjudligi kuzatiladi, bu kolpit va endoservitsit bilan bog'liq. Asab tizimidagi o'zgarishlar ko'pincha nevroitik holatlarning rivojlanishiga, ish qobiliyatining pasayishiga olib keladi. Surunkali salpingo-ooforitning kuchayishida ikkita variant qayd etilgan: - patologik sekretsia ko'payadi, bachadon ortiqlarida ekssudativ jarayon, leykotsitlar soni ko'payadi, EChT tezlashadi; - og'riqning kuchayishi, bemor axvoli yomonlashishi, ish qobiliyatining pasayishi, kayfiyatning labilligi kabi obyektiv ko'rsatkichlar haqida shikoyatlar ustunlik qiladi.

Diagnostika.

O'tkir adneksit (salpingooforit) tashxisi anamnez ma'lumotlari va odatdagi klinikaga asoslanadi, ultratovush tekshiruvi tashxisni tasdiqlashi mumkin.

Surunkali adneksit tashxisi quyidagilar asosida qo'yiladi: anamnez (abortedan keyin o'tkir adneksit, asoratlangan tug'ruq , gipotermiya), klinik tekshiruv ma'lumotlari, vaginal tekshiruvda biroz og'riq, ultratovush tekshiruvi(exokartina ekspresivligi, gidrosalpinks), gisterosalpingografiya (bachadon naychalarining anatomik o'zgarishini aniqlash uchun).

Davolash

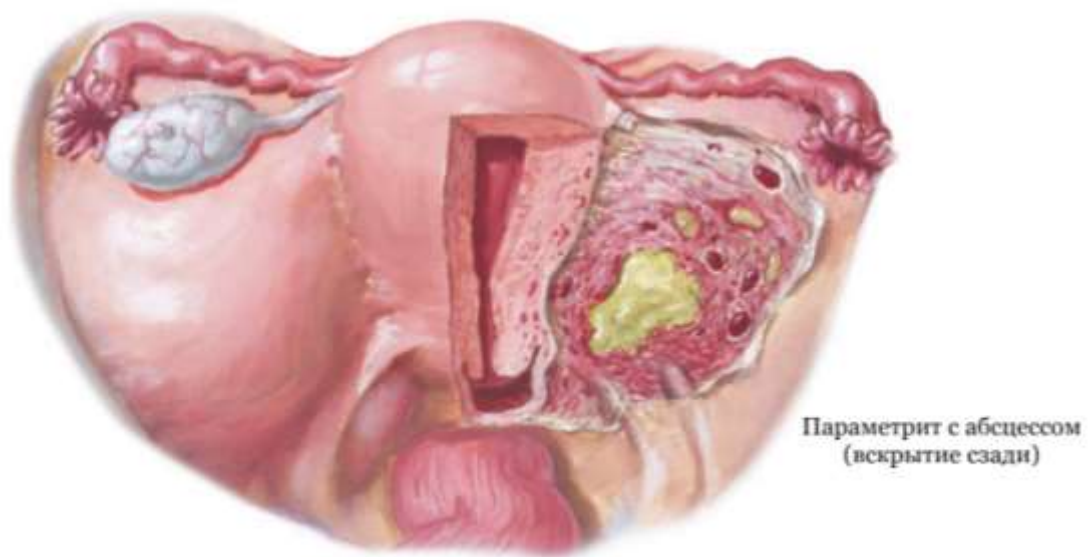
O'tkir adneksitni (salpingooforit) davolash faqat kasalxonada amalga oshiriladi. Bemorlarga to'liq tinchlik , yotoq rejimi, og'riq sindromining og'irligiga qarab

og'riq qoldiruvchi vositalar, keng spektrli antibiotiklar yoki ftorxinolonlar guruhidan mikroblarga qarshi vositalar, yallig'lanishga qarshi va desensibilizatsiyalovchi vositalar tavsiya etiladi . O'tkir yallig'lanish holati susaygandan so'ng, biostimulyatorlar va fizioterapiya davo muolajalari ko'rsatiladi (kaliy, magniy, rux bilan elektroforez, qorinning pastki qismida ultratovush, vibromassaj).

Adneksitning surunkali bosqichini (salpingooforit) davolashda fizioterapiya va balneoterapiya ustunlik qiladi. Antibiotik terapiyasidan foydalanish ko'rsatma emas , chunki hatto qo'zish davrida ham avtoinfeksiya yoki qayta infeksiyalanish kuzatilmaydi . Anestetik, desensebilizatsiyalovchi va yallig'lanishga qarshi terapiya har bir bemorda ustun belgilarga qarab turli xil kombinatsiyalarda qo'llaniladi. Mahalliy davolanish choralari vaginal vannalar, ginekologik massaj kabi shakllarda albatta qo'llanilishi kerak. Bundan tashqari, bemorlarga umumiy quvvatlovchi terapiya, vitaminlar, immunostimulyatorlar buyuriladi, psixoterapiya yaxshi samara beradi.

III. Parametrit

Parametrit- bachadon atrof to'qimasining yallig'lanishidir. Bu ko'pincha bachadondagi turli xil aralashuvlardan (patologik tug'ruq, abort, ginekologik operatsiyalar) keyin sodir bo'ladi. Patogen yoki shartli-patogen flora bachadonga shikast yetganda yoki , kamroq , limfogen yoki gematogen yo'l bilan qo'shni infeksiya o'choqlaridan (adneksit, endoservitsit, kolpit) parametriyga kiradi. Infeksiya kirgandan so'ng, parametriyda diffuz yallig'lanish infiltrati hosil bo'ladi, u yiringlashi ham mumkin (zamonaviy davolash usullarida bu juda kam uchraydi), surunkali holatga o'tishi ham mumkin . Infiltrat odatda ma'lum sohalardan aniq joylarga tarqaladi: bachadon bo'ynining old qismidan siydik pufagining lateral qirralari bo'ylab qorin old devoriga, bachadon bo'ynining oldingi yon qismlaridan — **pupartiya boylamiga** va qorinning lateral qismlariga, bachadon bo'ynining orqa yon qismlaridan — chanoq devorlariga, bachadon bo'yni orqa qismidan — to'g'ri ichakka.



5.5-rasm. Parametrit

Klinikasi

Parametritning birinchi va erta namoyon bo'ladigan belgilariga quyidagilar kiradi febril tana harorati (tananing t° 38-39 $^{\circ}\text{C}$), doimiy, tez-tez pichoq sanchgan kabi yoki keskandaka qorin og'rig'i kuzatiladi va bu og'riq dumg'aza va belga tarqaladi. Parametriy yiringlashi bilan bemorning ahvoli yomonlashadi: gektik xarakterga ega bo'lgan harorat , taxikardiya, titroq, chanqoqlik, bosh og'rig'i qayd etiladi.

Quvuq yoki to'g'ri ichak infiltrati kuzatilganda tenezm bilan sistit yoki proktit klinikasi kuzatiladi. Parametrit bel-yonbosh mushaklariga tarqalganda, uning yallig'lanishi rivojlanadi-psoit, bu shikastlanish tomonida sonning bukilish kontrakturasi bilan tavsiflanadi.

Surunkali parametritda og'riq pasayadi va faqat jinsiy aloqada kuchayadi; yurak-qon tomir va asab tizimidagi funksional o'zgarishlar qayd etilishi ; hayz ko'rish funksiyasining buzilishi ham yuzaga kelishi mumkin .

Diagnostika

Bemorlarning qonida odatda EChTning doimiy o'sishi kuzatiladi. Infiltratning yiringlashi rivojlanishi bilan neytrofillar chapga siljishi bilan leykositoz , disproteinemiya va boshqalar paydo bo'ladi, bimanual tekshiruvda qinning orqa yoki lateral gumbazlari qisqarishi va tekislanishi aniqlanadi, bu zararlanish bo'lgan tomonda aniqroq seziladi (yoki teng ravishda — umumiy infiltratda). Bachadon to'liq konturlanmagan, chunki u yallig'lanish infiltratiga qisman yoki to'liq kirgan bo'ladi.

Keyin bachadonning yon tomonida infiltrat aniqlanadi, avval yumshoq, keyin qattiq konsistensiyali. Qorinparda tirnash xususiyati belgilari yo'q. Kasallikning boshida qorinni palpatsiya qilish og'riqsiz yoki biroz og'riqli, agar yiring paydo bo'lsa, palpatsiya paytida qorin sezuvchan bo'lib qoladi. O'z vaqtida tashxis qoya olmaslik va infiltratni yiringlashI rivojlanishi bilan turli asoratlar paydo bo'lishi mumkin-yiringni (xo'ppozni) qorin bo'shlig'iga, to'g'ri ichakka, siydik pufagiga kirib borishi.

Diagnostika jarayonida parametrit naycha-tuxumdon xo'ppozi, o'smalar, pelvioperitonit bilan farqlanadi.

Davolash

Davolashni keng spektrli antibiotiklar yoki ftorxinolon (siprofloksatsin) preparatlarini metronidazol bilan birgalikda keng 5-7 kun davomida buyurish bilan boshlash kerak. Ayol qattiq yotoq rejimida bo'ladi, qorinning pastki qismida sovuq qo'yiladi, kaltsiy xloridni 3% eritma 150 ml gacha tomir ichiga tomchilatib yuborish. Yiringlash bilan xo'ppoz qinni orqa gumbazi orqali yoki qorin old devorining yon tomonidan(ekstraperitoneal) ochiladi. Jarayonni xronizatsiya qilishda prednizolonni 10 kun davomida 20 mg sutkalik dozada qo'llash mumkin, so'ngra nosteroid yallig'lanishga qarshi vositalarga o'tish, qon ko'rsatkichlarini normallashtirish bilan qorinning pastki qismida ultratovush tekshiruvi, engil issiqlik, indometasinli shamlar qo'llash kerak. Kasallik uzoq muddatli teskari rivojlanish bilan ajralib turadi. 4-6 oydan keyin loy vaginal tamponlar, vodorod sulfidli sug'orish yoki vannalar, ginekologik massaj yordamida kurortda davolanish ko'rsatiladi.

5.1 Neytral davrda Qizlar vulvovaginiti va kolpiti

Vulvovaginit –bu turli sabablarga ko'ra qin vestibulasi (vulvit) va qin shilliq qavatining yallig'lanishi (kolpit) bilan tavsiflanadigan keng tarqalgan kasallik.

Qizlarda vulvovaginitni o'rganishning dolzarbligi ushbu kasallikning tez-tez qayd etilishi, kursning torpidligi va resedivlar tendentsiyasi bilan izohlanadi. Kelajakda bu bemorlarda reproduktiv funktsiya bilan bog'liq muammolarga duch keladi: nay bepushtlik, homila tushishi, atonik homiladorlik.

Kasallikning yuqori chastotasi siydik va jinsiy organlarning anatomofiziologik tuzilishining o'ziga xos xususiyatlari bilan izohlanadi: shilliq pardalarning haddan tashqari katlanishi, pastki qismlarda uyatsiz lablarning etarli darajada yopilmasligi: organizmning past estrogen to'yinganligi, glikogenning etarli darajada ishlab chiqarilmasligi, jinsiy yo'l endoteliyasining yupqalashishi va sekin ko'payishi, neytral yoki zaif gidroksidi qin muhiti, qibda kokk florasining ustunligi, mahalliy immunitetning pasayishi, ingichka qatlamli tekis vagina vestibulasining epiteliyasi, qizlik pardasi mavjudligi..

Vaginal biotsenlarning holati muhim ahamiyatga ega, bu tuxumdonlarning funktsiyasi va laktoflora konsentratsiyasi bilan belgilanadi. Vulvovaginit ko'pincha 3-7 yoshda sodir bo'ladi, balog'atga etishning neytral davri (yordam so'ragan bemorlarning 85 foizi 8 yoshgacha), chunki bu vaqtda vaginani o'z-o'zini tozalash jarayonlari amaldayo'q.

Qizlarda vulvovaginitning o'sish omillaridan biri bu nazoratsiz o'sish, ayniqsa kattalar populyatsiyasida asemptomatik va torpid bilan kechadigan urogenital infeksiyalar.



Rasm 5.5. Vulvovaginit

Etiologiya va patogenez. Vulvovaginit o'ziga xos, gonokokklar, trichomonas va xlamidiya, viruslar va qo'ziqorinlar keltirib chiqaradigan va o'ziga xos bo'lmaganlarga bo'linadi. Nonspesifik vulvovaginit birlamchi va ikkilamchi bo'lishi mumkin, bu umumiy kasallikning natijasidir; yuqumli va yuqumli bo'lmagan

Nonspesifik birlamchi vulvovaginit jinsiy a'zolarning shikastlanishi, shaxsiy gigiena qoidalarining buzilishi va aksincha, gigiena protseduralarini suiiste'mol qilish (tez-tez yuvish, yuvish), siydik pufagining toshib ketishi, ich qotishi, qizning changli xonada bo'lishi, onanizm, hayajonli adabiyotlarni o'qish natijasida yuzaga kelishi mumkin..

Qizlarda ikkilamchi nospetsifik vulvovaginitning sabablari quyidagilar bo'lishi mumkin: gelmintik invaziyalar, uretrovaginal reflyuks, atopik dermatit, allergik kasalliklar (bunday bolalarda vulvovaginitning kuchayishi oziq-ovqat allergenlarini iste'mol qilish natijasida yuzaga keladi, allergik kasalliklarning

kuchayishi e-patogenlar sonining ko'payishi - e. smearlarda topilgan); ekstraktiv moddalar va ziravorlarga boy, shokolad, bolalar alkogolizmi, LOR a'zolarining surunkali kasalliklari, yuqori nafas yo'llari, siydik tizimi, anemiya, tizimli qon kasalliklari, qandli diabet, glomerulonefrit, pielit, sistit, infantilizatsiya, immunosuppressiv holatlar, yoshga bog'liq immunologik o'zgarishlar, rudimentar shakllanishlarda qon tiqilishi, uzoq muddatli bachadon qon ketishi..

Nonspesifik birlamchi vulvovaginit qizning genitouriya organlarining shartli patogen florasining faollashishi natijasida yuzaga kelishi mumkin. Saprofitik floraning faollashuviga antibiotiklar, kortikosteroidlar va vitaminlarni irratsional foydalanishdan keyin disbiyoz rivojlanishiga olib keladi.

Stafilokokklar va streptokokklar birlamchi nonspesifik vulvovaginitning yuqumli sabablari hisoblanadi. Vulvovaginit E. coli, enterokokklar va ichak florasining boshqa vakillarini kiritish natijasida rivojlanishi mumkin. Escherichia coli va ichak mikroflorasining boshqa vakillarini aniqlash bilan mikrobiologik tekshirish bizga vulvovaginitning sababini tasdiqlash imkonini beradi..

Ko'p hollarda yuqumli vulvovaginitning sababi bakteriyalar va zamburug'lar (70%), 20% da bu viruslar, 10% da patogenni aniqlash mumkin emas.

Bemorlarning yarmida aralash infektsiyaga ega - har bir patogenning patogenligi kuchayadigan infektsiya.

Klinik ko'rinish. Kasallikning davomiyligiga qarab, vulvovaginitlar quyidagilarga bo'linadi: o'tkir (kasallikning davomiyligi 1 oydan oshmaydi, subakut (1 oydan 3 oygacha) va surunkali (3 oydan ortiq).

Nospesifik vulvovaginitlar. Turli xil etiologiyalarga qaramay, o'ziga xos bo'lmagan vulvovaginitlarning klinik ko'rinishlari bir-biriga o'xshashdir. Jarayon nafas olish kasalliklari fonida kuchayadi, sulfanilamid preparatlari va metranidazol preparatlari bilan yaxshi davolanadi. Bolalarning umumiy holati, qoida tariqasida, buzilmaydi. Siydik chiqarishdan keyin yonish, qichishish va tashqi jinsiy a'zolarining engil og'rig'i haqida shikoyatlar mavjud, ba'zida og'riq inguinal burmalarga tarqalishi mumkin. 4-5 yoshli yosh bolalar og'riq manbasini aniqlay olmagan uchun son yoki tizza og'rig'idan shikoyat qilishlari mumkin. Kattaroq bolalarning uyatchanligini his qilish sizni jinsiy a'zolar o'rniga qorin og'rig'ini ko'rsatishga majbur qiladi.

Ko'pgina hollarda nospesifik vulvovaginit kam simptomlar bilan yuzaga keladi, o'ziga xos belgilarga ega emas, interkurrent kasalliklar, hipotermiya bilan kuchayadi va terapiya (odatda penitsillin qatori antibiotiklari) vaqtincha yaxshilanishga olib keladi.

Tashqi jinsiy a'zolarining giperemiyasi va shishishi deyarli barcha turdagi vulvovaginitlarda uchraydi. Keyingi doimiy simptom- leykoreya (suv-sariq yoki seroz-yiringli). Leykoreya nafaqat siydikva jinsiy organlarning o'ziga xos va o'ziga xos bo'lmagan infektsiyalari, balki umumiy yuqumli kasalliklar, intoksikatsiyalar, yurak va buyrak kasalliklari, anemiya va o'smalar bilan ham kuzatilishi mumkin.

Vulvovaginitning namoyon bo'lishi bilan bolani tekshirish bir qator xususiyatlarga ega. Bolalar ko'pincha tibbiy xodimlarning harakatlariga jismoniy qarshilik ko'rsatadilar, shuning uchun siz bolani tekshirishga oldindan tayyorgarlik ko'rishingiz kerak. Bolaga qo'pol munosabatda bo'lish va zo'ravonlik choralari qo'llash mutlaqo qabul qilinishi mumkin emas. Qizni mehr-muhabbat bilan chalg'itishi, tekshirish uchun tayyorlangan asboblarni yashirishi va sevimli o'yinchoqlari va kitoblarini saqlashiga ruxsat berish kerak. Tekshiruv uchun ishlatiladigan asboblarning eng kam shikastli va kerakli o'lchamdagi bo'lishi kerak. Qizni tizza bo'g'imlarida egilgan oyoqlari yoki oshqozoniga olib kelishi bilan yotg'on holatida tekshirish mumkin. Ohirgi holda, tibbiy xodimlarning yordami talab qilinadi. Agar sizda bolalar ginekologik kresosi bo'lsa, uni ishlatishingiz mumkin. Avval qorin bo'shlig'i, keyin tashqi jinsiy a'zolar va qizlik pardasi tekshiriladi. Surtmaga namuna qin vestibulasi, siydik yo'llari, parauretral yo'llar, katta vestibulyar bezlar va to'g'ri ichakning chiqarish yo'llaridan olinadi. Materialni yig'ish uchun bolalar kateterlari, pipetkalar, yivli prob va turli shakldagi qoshiqlar ishlatiladi. Agar biron sababga ko'ra vaginadan material to'plashning iloji bo'lmasa, ertalab siydikni sentrifuga qilish orqali surtma tayyorlash mumkin. Kichkina barmoq yordamida 6 yoshgacha bo'lgan bolalarda bimanual (rektal-abdominal) tekshiruv o'tkaziladi. Istisno hollarda, bir barmoq bilan rektal-vaginal tekshiruvga ruxsat beriladi. Bunday hollarda, tekshirish uchun ota-onaning roziligi talab qilinadi va amaldagi protsedura davomida ofisda uchinchi shaxs bo'lishi kerak. Ba'zida tekshirish uchun ingalatsiyon narkoz qo'llaniladi. Ko'rsatmalarga muvofiq vaginoskopiya, kolposkopiya va servikoskopiya amalga oshiriladi.

Vulvovaginit diagnostikasi mikrofloraning mavjudligi uchun vaginal surtma olishni, bakteriologik tekshiruvni, nefrolog bilan maslahatlashishni, disbakterioz uchun axlatni tekshirishni, gastroenterolog bilan maslahatlashishni va ichki genital organlarning ultratovush tekshiruvini o'z ichiga oladi.

Nonspesifik vulvovaginitni davolash. Davolash ambulatoriya sharoitida amalga oshiriladi, faqat torpid va tez-tez takrorlanadigan holatlarda statsionar davolanish ko'rsatiladi. Engil holatlarda gigiena talablariga rioya qilish va dietani sozlash kifoya. Ikkilamchi sabab bo'lgan vulvovaginitni keltirib chiqaradigan kasalliklarni davolash amalga oshiriladi. Patogenni aniqlash va unga sezgirlikni aniqlashda umumiy antimikrobiyal terapiya kamdan-kam hollarda buyuriladi. Allergik kelib chiqadigan vulvovaginit uchun penitsillin preparatlari buyurilmaydi, chunki ular aniq allergen ta'siri tufayli jarayonni kuchaytirishi mumkin. Qin mahalliy ravishda furatsilin - 1:10 000, rivanol - 1: 5000, 3% vodorod periks eritmalari, romashka, evkalipt barglari infuzioni bilan o'tiradigan vannalar bilan yuviladi. Ushbu

protseduralar glikogenning yuvilishi va mahalliy himoya omillarining pasayishi, Dederlein tayoqchalarining sekin kolonizatsiyasi sodir bo'lishi, tufayli 3-5 kundan ortiq bo'lmagan muddatga buyuriladi; Antibiotiklarni mahalliy qo'llash, shuningdek, torpid va takroriy holatlarda antibiotiklarni o'z ichiga olgan suppozitoriyalarni buyurish yoki qinni antibiotikli eritmalar bilan yuvish orqali amalga oshiriladi.

Siydik yo'llarini o'ziga xos bo'lmagan vulvovaginitlardan sanatsiya qilish uchun uroseptiklar ishlatiladi. Laktobakterin, bifidumbakterin, Baktisubtil qin va vulvani qayta tiklashdan keyin qin mikroflorasini tiklash uchun 10 kun davomida mahalliy va og'iz orqali yosh dozalarida qo'llaniladi. Immunomodulyator sifatida dibazol yoshning har yili uchun 1 mg miqdorida bir oy davomida kuniga 1 marta ishlatilishi mumkin. Bir yoshdan oshgan bolalarda vulvovaginitni davolash uchun kelib chiqishi mikrobgaga ega immunostimulyatorlar va kimyoviy toza dorilar qo'llaniladi.

Qizlarda vulvovaginitning sababi enterobioz ham bo'lishi mumkin. Bunday hollarda, bolaning uyqusi yomon bo'ladi, qiz kechasi tashqi jinsiy a'zolar hududida og'riqqa, oraliq soxasidagi terisining qichishidan shikoyat qilishi mumkin. Ba'zida bolaning axlatida, oraliq hududdagi terida yoki hatto vaginal ajralmalarda ostritsalarni aniqlash mumkin. Tekshiruvda anus burmalarining giperemiyasi, ularning qalinlashishi va tirnalgan izlari aniqlanadi. Bunday hollarda perianal burmalardan ostritsalar tuxumlari aniqlash uchun perianal burmalardan qirib olish namunasini olish kerak. Enterobiozni davolash uchun 1 kg bola vazniga 10 mg pirantel ishlatiladi. Davolash bir oydan keyin takrorlanadi. Oila a'zolari ham anthelmintik terapiyadan o'tishlari va shaxsiy gigiena qoidalariga rioya qilishlari kerak. Aniqlangan mikrofloraga sezgir bo'lgan antibiotiklar qo'llaniladi. Tizimli va mahalliy antibiotiklar bilan kompleks davolash samaraliroq hisoblanadi.

Qinda begona jismning mavjudligi vulvovaginitning sabablaridan biri bo'lishi mumkin. Bemorlar qindan qonli yiringli ajralmalarga shikoyat qilishadi, oraliq soxasidagi terida va sonlarning terisida pyoderma namoyon bo'lishi mumkin-bu makeratsiya natijasidir. Ushbu turdagi vulvovaginitni tashxislashda rektoabdominal tekshiruv, vaginoskopiya yoki bolalarning vaginal oynalarida tekshirish etakchi rol o'ynaydi. Ushbu tadqiqotlar davomida begona jism atrofida o'sgan granulyatsiyalarning shikastlanishi tufayli sekretsiyalar kuchayadi. Ushbu tadqiqotlarni amalga oshirayotganda, begona jismni qinning kirish qismiga surishga harakat qilish mumkin, bu erda uni qisqich bilan ushlash mumkin. Kichik begona jismlar: paxta, matoni bo'laklari suyuqlik bosimi ostida ustiga 20 mm³ shprits qo'yilgan rezina kateter orqali chiqarib olish mumkin. Begona jismni olib tashlaganidan so'ng, qin antiseptik eritma bilan yuviladi, so'ngra bu protsedura 2-3 kun davomida takrorlanadi.

Bob №6 Ayol jinsiy a'zolarining spetsifik yallig'lanish kasalliklari.

I. Gonoreya

Etiologiyasi.

Kasallik gonokokk tufayli yuzaga keladi; gonokokklar yuqori haroratga ta'sirchan (ular 56 darajadan yuqori haroratda nobud bo'ladi), quritish va kimyoviy birikmalarning (kumush tuzlari, simob) ta'siriga sezgir. Sulfanilamidlar va antibiotiklar bilan davolashda gonokokkning L-shakllari paydo bo'lishi mumkin, ular odatdagi morfologik va biologik xususiyatlardan farq qiladi, bu dorilarning dozasi etarli bo'lmaganda sodir bo'ladi; Gonokokk ularning shakllanishiga sabab bo'lgan dori-darmonlarga ta'sirchanligi yo'qolib qoladi (ular sezgir gonokokklardan minglab marta kattaroq dozaga chidamli bo'ladi). Ular turli o'lchamlarga ega, ko'pincha sharsimon shaklga ega. So'nggi paytlarda penitsillinaz ishlab chiqaradigan shtammlar keng tarqaldi. Gonoreya uchun inkubatsiya davri 3-5 dan 14-15 kungacha.

Patogenezi.

Yuqtirish yo'li ko'pincha jinsiy, maishiy (ichki kiyim, yuvinish, sochiq orqali). Bu juda kam uchraydi (ko'pincha qizlarda). Gonokokklar reproduktiv tizimning bir qatorli epiteliy bilan qoplangan qismlarini zararlaydi: silindrsimon (uretra, parauretral yo'llar, qin vestibulasi katta bezlarining chiqarish yo'llari, bachadon bo'yni kanali, bachadon tanasi, bachadon naylari). Va endoteliy (sinovial membranalar, qorin parda, germinal endoteliy, tuxumdonlar), shuningdek, siydik pufagi va to'g'ri ichak. Orofaringeal gonoreya, gonoreyali stomatit, burun oqishi va ko'z gonoreyasi holatlari tasvirlangan.

Qo'p qavatli yassi epiteliy bilan qoplangan qin shilliq qavati gonokokklarga chidamli. Gonokokk ko'pincha shilliq qavat orqali "kanallar" bo'ylab to'g'ridan-to'g'ri o'tish orqali tarqaladi (kanalikulyar tarqalish - uzunlik bo'ylab). Gonokokklar qonga kirishi mumkin, bu siydik va jinsiy organlarida qon tomirlarining ko'p tarmog'i bilan osonlashadi. Gonoreya uchun orttirilgan immunitet yo'q. Qayta infektsiya birlamchi infektsiya kabi o'tkirdir. Tug'ma immunitet ham mavjud emas.

Tasniflash.

I. Klinik ko'rinishiga ko'ra.

1) *Yangi gonoreya* - kasallikning 2 oygacha davom etishi:

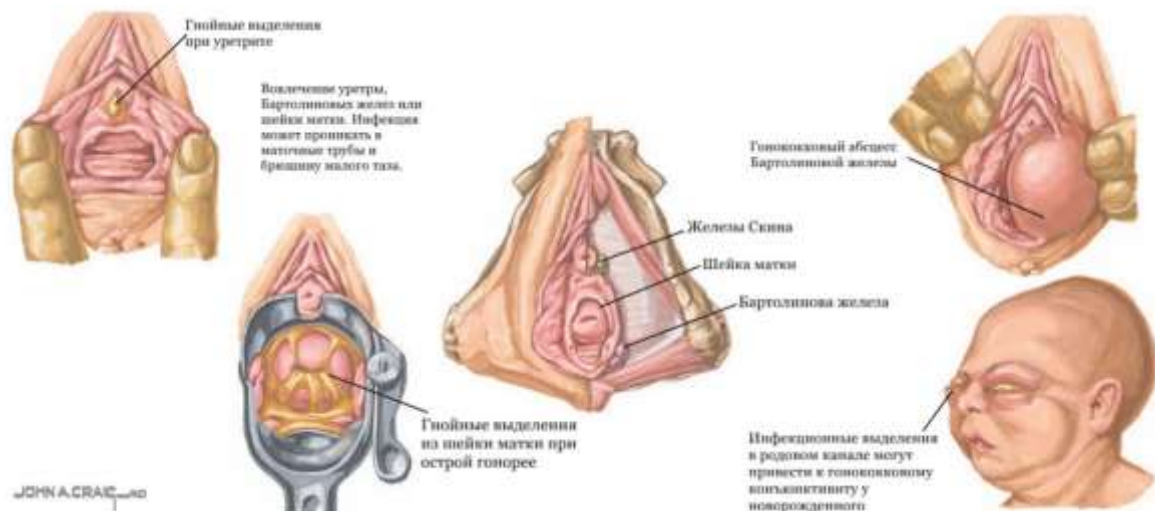
- *o'tkir gonoreya* - 2 haftadan ortiq bo'lmagan muddatda paydo bo'lgan yallig'lanish jarayonlari;
- *subakut gonoreya* - yallig'lanish jarayonlari, davomiyligi 2-8 hafta tashkil etuvchi;
- *torpid* (kamsimptomli) gonoreya – kasallikning kechishining kichik klinik ko'rinishlari yoki ularning yo'qligi bilan gonokokklar aniqlanishi mumkin bo'lgan variant;

2) *Surunkali gonoreya*-sust2 oydan ortiq davom etadigan kasallik turidir.

II.Joylashuvi bo'yicha

A. Jinsiy a'zolar pastki qismida

b. jinsiy a'zolar yuqori qismida



Rasm6.1. Gonoreya

Pastki jinsiy a'zolarning gonoreyasi.

1.Gonoreal uretrit.

Klinikasi: siyishning boshida (oldingi uretrit) yoki uning oxirida (posterior uretrit, ortgi uretrit) og'riq va qichishish hissi.

Ob'ektiv: siydik yo'llari lablari shishishi va giperemiyasi, siydik yo'llaridan yiringli, sarg'ish ajralma

2. Gonoreal endoservitsit (85-98%).

Klinikasi: .shikoyatlari yiringli leykoreya , qorinning pastki qismida qichitqi og'riqlariga

Ob'ektiv: bachadon bo'yni shilliq qavatining shishishi va giperemiyasi, bachadon bo'yni kanalining tashqi ochilishi atrofida chin eroziyasi.

3. Gonoreal bartolinit

4. Gonoreyali kolpit va vulvovaginit.

Klinikasi: ko'p miqdordagi ajralmalarga, yonishga va qichishishga shikoyatlari. Jarayon ko'pincha kandidoz va trichomonas kolpiti bilan birlashtiriladi.

5. **Gonoreal proktit** (30-47%). Odatda jinsiy va siydik organlarning shikastlanishi bilan birlashtiriladi va genital traktdan yiringning ajralma natijasida ikkilamchi rivojlanadi

Klinika tenezma, yonish va qichishish va anusdaozgina oqindi bilan tavsiflanadi.

Ob'ektiv: anus atrofidagi teri giperemik, burmalar shishgan, yoriqlar va yiringli oqmalar mavjud, vaqti-vaqti bilan polipli o'smalar kuzatiladi.

Yuqori jinsiy a'zolarining gonoreyasi.

1. Gonoreal endometrit.

Klinikasi: qorinning pastki qismida og'irlik hissi, bezovtalik, bosh og'rig'i, ko'p miqdordagi seroz-yiringli, qonlajralma, tana haroratining ko'tarilishi.

Ob'ektiv: ikki qo'lda ginekologik tekshiruvda yumshoq konsistensiyaga ega bo'lgan kattalashgan, og'riqli bachadon aniqlanadi.

2. Gonoreal salpingo-ooforit.

Odatda bu ikki tomonlama (septikdan farqli o'laroq). Kasallik tez-tez uzoq vaqt davom etuvchi qaytalanishlar bilan , yallig'lanishli tubovarial o'smalar , piyosalpinx shakllanishi mumkin.

3. Gonoreal pelvioperitonit.

Yangi gonoreya bilan og'rigan bemorlarning 16,4% va surunkali gonoreya bilan 2,2% da kuzatiladi. Jarayon odatda bachadon naychalarining qorin parda qoplamidan rivojlanadi, perimetri, kichik tos bo'shlig'i qorin pardasi va qorin bo'shlig'iga tarqaladi va bitishma hosil qilish tendentsiyasi bilan tavsiflanadi. To'satdan paydo bo'lishi bilan tavsiflanadi - qorinning pastki qismida o'tkir og'riq, ko'ngil aynishi, qusish, axlat va gazni tutilishi, tana haroratining 40 darajaga ko'tarilishi. Tekshiruvda qorin keskin og'riqli, qorin pardaning tirnash xususiyati ijobiy belgilari

Diagnostika

Bakterioskopiya (bachadon bo'yni kanali, siydik yo'llari, qin va kerak bo'lganda to'g'ri ichakdan olingan material).

Bakteriologik usullar - ko'rsatilgan sekretsialarni tabiiy oqsil va vitaminlar qo'shilgan muhitga ekish.

Surunkali va torpid gonoreya uchun bu tadqiqotlar provokatsiyadan keyingi dastlabki 3 kun ichida amalga oshiriladi.

Provokatsiya usullari:

Bakterioskopiya (bachadon bo'yni kanali, siydik yo'llari, vagina va kerak bo'lganda to'g'ri ichakdan olingan material).

Bakteriologik usullar - ko'rsatilgan sekretsialarni tabiiy oqsil va vitaminlar qo'shilgan muhitga ekish.

Surunkali va torpid gonoreya uchun bu tadqiqotlar provokatsiyadan keyingi dastlabki 3 kun ichida amalga oshiriladi.

Provokatsiya usullari:

- kimyoviy - uretrani kumush nitrat eritmasi bilan moylash
- biologik - gonovaktsinni mushak ichiga yuborish (500 million mikrob tanasi)
- fiziologik - hayz ko'rish, eng og'ir qon ketish kunlarida smear olinadi

- fizioterapevtik muolajalar - induktotermiya, ultratovush

Davolash.

Antibakterial davo.

- Benzilpenitsillin natriy 1 mln dan kuniga 4-6 marta mushak ichiga 5 kun davomida.
- Oksatsillin 1,0 kuniga 4 marta mushak ichiga 1 hafta davomida.
- Sefazolin 1,0 kuniga 2-4 marta mushak ichiga 5-7 kun.
- Tetratsiklin 0,25 dan kuniga 4 marta og'iz orqali 5-7 kun davomida.
- Levomitsetin 0,25 dan kuniga 4 marta og'iz orqali 5-7 kun davomida.
- Sulfadimetoksin 1,0 dan kuniga 4 marta 5-7 kun.

Immunoterapiya -o'ziga xos gonokokk vaktsinasi va nonspesifik immunoterapiya - pirogenlar, prodigiosan, autohemoterapiya (AGT) dan foydalaniiladi.

Gonoreyani davolash mezoni - hayz davrining 3 kunida murakkab provokatsiyadan so'ng surtmalardalarda gonokokklarning yo'qligi.

II. Trichomoniasis (Trichomoniaz)

Trichomoniaz (trichomoniasis) jinsiy yo'l bilan yuqadigan eng keng tarqalgan kasalliklardan biridir. Trichomoniasisning qo'zg'atuvchisi - trichomonada. Trichomonadalar ko'pincha ayollarda genital organlarning yallig'lanish kasalliklarining sababi hisoblanadi trichomonadlar ko'pincha xlamidiya, gonokokklar va viruslar bilan birga taxlil natijalarida aniqlanadi. Patogen asosan qin shilliq qavatiga ta'sir qiladi. Organizimda trichomonadalarga qarshi immunitetni rivojlantirmaydi, shuning uchun u bilan takroriy kasallanish mumkin. Trichomonias infektsiyasi asosan jinsiy aloqa orqali yuqadi , garchi uy sharoitida boshqa birovning ichki kiyimida yoki umumiy sochiqni ishlatganda ham yuqishi mumkin. Bundan tashqari, kasal onadan tug'ish paytida homila trichomonias bilan kasallangan bo'lishi mumkin. Trichomonias uchun inkubatsiya davri (infektsiyadan boshlab simptomlar boshlanishigacha bo'lgan vaqt) odatda 5-15 kun.

Ayollarda trichomoniasisning asosiy belgisi jinsiy a'zolarining qichishi va yonishi bilan kechadigan *qin ajrilmalari*, odatda suyuq, ko'pikli, sarg'ish yoki sariq rangga ega.

Trichomoniasisning rivojlanishiga immunitetning pasayishi, gormonal kasalliklar va ayollarda vaginal mikrofloraning buzilishi sabab bo'ladi. Trichomonadlar hayz paytida faol ravishda ko'payadi.

Kasallikning davomiyligini va uning belgilarini hisobga olgan holda trichomoniasisning uchta shakli ajratiladi:

:

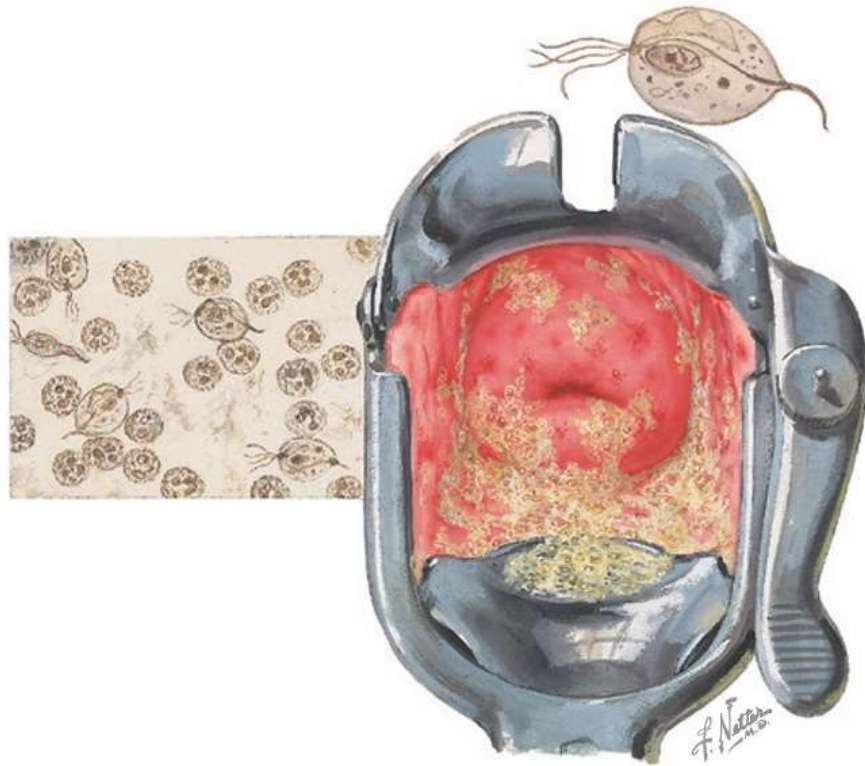
- O'tkir trixomonoz
- Surunkali trixomonoz (kasallikning davomiyligi 2 oydan ortiq)
- Trixomonoz tashuvchi (qindan trixomonoz ajralma borligida trixomonoz belgilari yo'qligi)

So'nggi paytlarda simptomsiz kechadigan ginekologik kasalliklar, shu jumladan jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklar juda keng tarqalgan. Hatto patologik vaginal ajralmalar ham har doim ham bunday kasalliklar bilan yuzaga kelmaydi.

Taxlillarsiz ularni oddiy ajralmadan ajratish qiyin. Ayol kasalliklarining yashirin turi kechganda qorin og'rig'i, qon ketishi, hayz davrining buzilishi va boshqa alomatlar yo'q bo'ladi. Shuning uchun har bir ayol yiliga kamida ikki marta ginekolog tomonidan profilaktik tekshiruvdan o'tishi kerak.

Ayollarda o'tkir trichomoniasisning belgilari- tashqi jinsiy a'zolar hududida ko'p miqdordagi qin ajralmalari , qichishish va yonishdir. Ajralma odatdasuyuq , ko'pikli, sarg'ish yoki sariq rangga ega. Uretra shikastlangan bo'lsa, siyish paytida yonish hissi va og'riq paydo bo'ladi.

Surunkali trixomonoz uzoq davom etishi va yuqoridagi belgilarning paydo bo'lishi bilan davriy qaytalanishi bilan tavsiflanadi. Surunkali trixomonozning kuchayishi turli qo'zg'atuvchi omillar - stress, kasallik, hipotermiya va yomon gigiena ta'siri ostida sodir bo'ladi..



6.2-rasm. Trichomoniasis

Ginekolog tomonidan urogenital infektsiyalarni, shu jumladan trichomoniasisni tashxislash uchun qo'llaniladigan tadqiqot usullari:

- anamnez yegish - ayolda jinsiy a'zolarning surunkali yallig'lanishi, bepushtlik, homiladorlik, oldingi homiladorlikning patologik kursi, jinsiy sherikda siydik va jinsiy tizimning yallig'lanishi.
- siydik yo'llari va vulva shilliq qavatining yallig'lanish belgilarini (shishishi, giperemiyasi), patologik ajralmani aniqlash uchun
- ayolning tashqi jinsiy a'zolarini tekshirish

Trichomoniasisni tekshirish uchun ko'rsatmalar:

- o'tkir yallig'lanish yoki surunkali urogenital infektsiyalar belgilarining mavjudligi
- bepushtlik
- spontan abortlar, homiladorlik patologiyasi
- ayolning urogenital infektsiyalari bo'lgan jinsiy sherigi bor

Shubhali urogenital infektsiyalar, shu jumladan trichomoniasis uchun test:

- I. Umumiy qon tekshiruvi
- II. umumiy siydik tahlili
- III. sekretsialarni bakterioskopik tahlil qilish (surtma)
- IV. PCR diagnostikasi
- V. Antibiotiklar va zamburlarga qarshi preparatlarga sezgirlikni aniqlash bilan



6.3-rasm. Trichomoniasis uchun status localis

Trichomoniasisni tashxislashning asosiy usuli - ginekolog tomonidan ginekologik tekshiruv paytida trichomoniasis belgilari va vaginal surtma tahlilining natijasini baholash. Trichomoniasis bilan birga keladigan opportunistik florani aniqlashga disbakterioz uchun vaginal ajralmanatijasi yordam beradi va bir vaqtning o'zida floraning antibiotiklarga sezgirligini aniqlashga yordam beradi. Kasallikni umumiy baholash uchun, shuningdek, trichomoniasis bilan tez-tez aniqlanadigan xlamidiya, mikoplazma, OIV, gepatit va boshqa jinsiy yo'l bilan yuqadigan infeksiyalar uchun testlarni o'tkazish tavsiya etiladi.

Sinovning noto'g'ri-salbiy natijalari urogenital infektsiyaning aniq belgilari mavjud bo'lganda ham mavjud bo'lishi mumkin. Ushbu tahlil natijasining mumkin bo'lgan sabablari:

- tahlil uchun material olingan yoki muvaffaqiyatsiz tekshirilgan
- sinovdan bir oy oldin ayol antibiotiklar qabul qilgan yoki sham, dush ishlatgan.
- siydik yo'llaridan material yig'ishdan oldin 1 soat davomida siydik chiqarmaslik kerakligi hisobga olinmagan
- yallig'lanish jarayoni reproduktiv tizimning chuqur qismlarida (tuxumdonlar, bachadon naychalari, prostata bezi)
- lokalizatsiya qilinganda material namunasida (sekretlarda) mikroorganizm genomining yo'qligi.

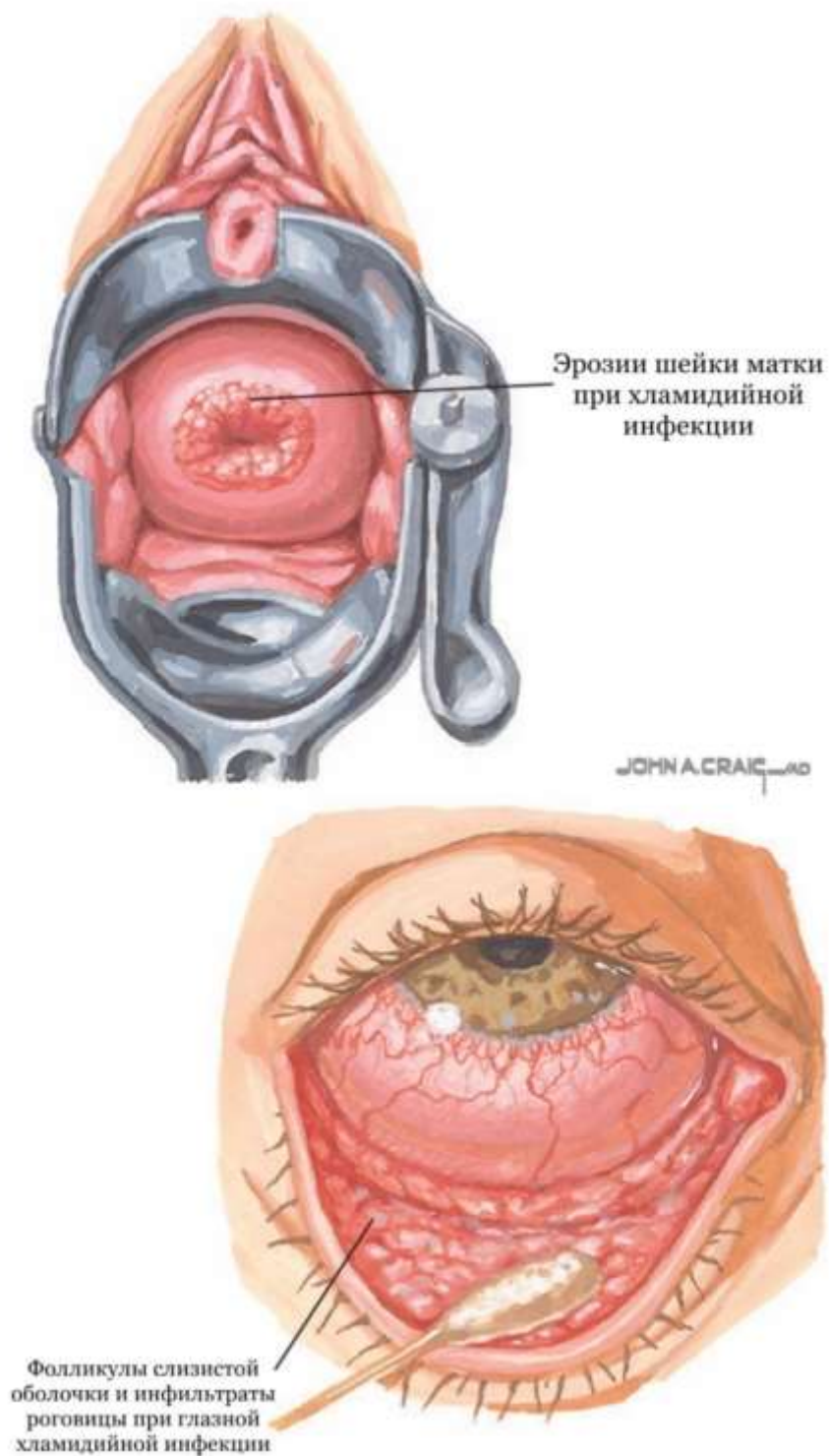
Trichomoniasisni davolashda quyidagi qoidalarga rioya qilish kerak:

1. uning jinsiy sherigini ayol bilan birga davolash kerak
2. davolash davrida jinsiy aloqa qilish taqiqlanadi
3. trichomoniasisni davolash kasallikning barcha shakllari uchun zarur (shu jumladan trichomonas tashish)

Davolash natijasi davolanishdan 7-10 kun o'tgach, keyin yana 3 hayz davrida kuzatiladi. Hayz ko'rish tugagandan so'ng vaginal ajralma trichomonas bo'lmasa, davolanishni muvaffaqiyatli deb hisoblash kerak. Trichomonas tashishni majburiy davolash zarurati ko'p hollarda Trichomonas erkaklar va ayollarda bepushtlikning sababi bo'lganligi bilan bog'liq. Trichomonas chiqindilari sperma hayotiylikni pasaytiradi va ularni harakatsizlantiradi. Ayolning genital traktida topilgan trichomonaslar xuddi shunday ta'sirga ega. Homiladorlik davrida trichomonas membranalarining infektsiyasini keltirib chiqaradi, bu esa erta tug'ilishga va homilaning infektsiyasiga olib keladi. Surunkali trichomoniasis uchun davolash immunitetni tuzatish usullari bilan to'ldiriladi. Miks infektsiyalar uchun antitrichomonas preparatlari tegishli dorilar bilan birlashtirilad.

III. Xlamidiya

Xlamydia (Chlamydia trachomatis)- qozgotuvchisi obligat, hujayra ichidagi mikroorganizmlardan kelib chiqadi. Jinsiy aloqada bo'lgan reproduktiv davrdagi ayollarning 12-18 foizida va hech qachon jinsiy aloqada bo'lmagan ayollarning taxminan 5 foizida xlamidiya genital traktidan ajratilgan. Yuqish yoli jinsiy aloqa orqali yoki homila davrida sodir bo'ladi



Rasm 6.4.Xlamidioz

Yuqish yo'llari: jinsiy aloqa orqali; oral jinsiy aloqa paytida;

Maishiy yuqtirish kamdan-kam hollarda bo'lishi mumkin.

Homiladorlikning kechishi va uni boshqarish.

Homilador ayollarda xlamidia ham ko'pincha asemptomatik yoki serviksin yallig'lanish jarayoni (servitsit) shaklida namoyon bo'ladi.

Asoratlar: erta tug'ilish xavfi, ko'psuvlilik, tug'ruqdan oldin homila pardasi yertilishi yorilishi, platsenta etishmovchiligi, homiladorlik vaqtida va intranatal zararlanish.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda 40-50% hollarda klinik jihatdan aniq intrauterin infektsiya mavjud: kon'yunktivit va pnevmoniya, faringit, otit, vulvovaginit, uretrit. Pnevmoniyadan keyin erta tug'ilgan chaqaloqlarda xlamidiyal meningit va ensefalitning umumiy infektsiyasi va spetsifik miokardit rivojlanishi mumkin;

Homiladorlik xlamidiya infektsiyasining chastotasi va kursiga ta'sir qilmaydi. Xlamidiya infektsiyasi homiladorlikka ta'sir qiladimi yoki yo'qmi aniqlanmagan.

Davolash:

1. Xlamidiyani davolash xlamidiya infektsiyasining klinik ko'rinishi bo'lgan homilador ayollarga buyuriladi.
2. Davolash, shuningdek, jinsiy sheriklari gonokokk bo'lmagan uretrit bilan og'rigan ayollarga ham buyuriladi.
3. Eritromitsin 250 mg dan kuniga 4 marta 14-21 kun yoki 500 mg dan kuniga 4 marta 7 kun davomida buyuriladi. Tetratsiklin homilador ayollarga mumkin emas.

IV. Mikoplazmoz.

Mikoplazmalar tabiatda juda keng tarqalgan yuzlab turlar va kichik turlar bilan ifodalangan kichik bakteriyalardir. Ulardan ba'zilari odamlar uchun patogendir. Mikoplazmozga mikroorganizmlar (mikoplazmalar) sabab bo'ladi, ular patogenlarning umumiy qabul qilingan tasnifida bir hujayrali tirik mikroorganizmlar va virusli yoki bakterial infektsiyalarning ko'p hujayrali patogenlari o'rtasida joy egallaydi.

Mikoplazma turlarining xilma-xilligiga qaramasdan, ularning faqat ba'zilari, ma'lum sharoitlar paydo bo'lganda, inson kasalliklarini keltirib chiqarishi mumkin.

Bularga quyidagilar kiradi:

- mycoplasmahominis,
- mycoplasmagenitium,
- ureaplasmaurealyticum,

- mikoplazma neumoniyasi,

Mikoplazmalar parazitlik orqali mustaqil yashashga moslashmagan, bu mikroorganizmlar o'zlarining mavjudligi uchun zarur bo'lgan ozuqa moddalarini oladilar. Ushbu bosqichning viruslardan farqi hujayrasiz muhitda mavjud bo'lish qobiliyatidir. Mikoplazmaning odatiy yashash joyi ichak nafas olish vasiydaik va jinsiy yo'llarini qoplaydigan epiteliya hujayralari bo'lib, ular o'rtasida "vidalanish" orqali bu mikroorganizmlar ularning faoliyatini buzadi.

Ushbu mikroorganizmlarning ko'payishi avtonom tarzda sodir bo'ladi, bu mikoplazmalarni virus va bir hujayrali organizm o'rtasidagi mavjudlikning oraliq shaklini belgilashga asos beradi. Atrof-muhitdagi mikoplazmalarining barqarorligi unchalik katta emas, ularning umri juda qisqa va shuning uchun infektsiya jarayoni himoyalangan jinsiy aloqa orqali va juda kamdan-kam hollarda maishiy usullar bilan sodir bo'ladi.

Urogenital mikoplazmoz

Mikroorganizmlar mycoplasmahominis, mycoplasmagenitalium, ureaplasmaurealiticum genitouriya tizimiga zarar etkazish jarayonida ishtirok etib, siydik jva jinsiy a'zolar mikoplazmozga (ayollarda ham, erkaklarda ham) olib keladi.

Ko'pgina hollarda infektsiya jinsiy aloqa orqali (himoyalangan) sodir bo'ladi va kamdan-kam hollarda maishiy xarakteriga ega Yashirin muddati ikki hafta bo'lishi mumkin, ammo uning uzunligi 3 oydan 5 oygacha bo'lgan holatlar ham mavjud. Faqat 10% asemptomatikdir.

Bakteriyalarning faollashishi homiladorlik, stressli vaziyatlar, hipotermiya holatlari va immunitet tizimining noto'g'ri ishlashi rivoshlanishga sabab bo'ladi.

Ayollarda siydik mikoplazmozi qin shilliq qavatning yallig'lanishi (vaginit) yoki siydik yo'llarining yallig'lanishi (uretrit) sifatida namoyon bo'ladi, ularning belgilari:

- jinsiy a'zolarining qichishi va yonishi;
- och sariq yoki kulrang tusli, shilimshiq tabiatli oqindi;
- siydik chiqarish kanalining tashqi teshigi sohasida engil qizarish;
- pastki bel og'rig'i;
- qorinning pastki qismida og'riqli og'riqlar mavjudligi;

- bezovtalik hissi, shuningdek, jinsiy aloqa paytida og'riq.

Asoratlarda pielonefrit, eng xavfli holatlarda esa bepushtlik bo'lishi mumkin.

Ayollarda mikoplazmoz. Ayollarda ushbu kasallikning klinik ko'rinishi ko'p hollarda asemptomatikdir. Organizmda yashovchi infektsiyaning yashirin holati doimiy remissiya bilan surunkali shaklga yoki o'tkir infektsiyaga o'tishi mumkin. Bundaylarning rivojlanishi sistit, vaginit, salpingit kabi kasalliklarning rivojlanishi ko'p hollarda mikoplazmoz bilan kasallanganida sodir bo'ladi. Xlamidiya, zamburug'lar, ba'zi viruslar va bakteriyalar kabi turli infektsiyalar mikoplazmozning rivojlanishiga sabab bo'ladi. Bundan tashqari, homiladorlik, gormonal darajadagi o'zgarishlar (follikula yetilishi vaqtida) va boshqa fiziologik o'zgarishlar bakteriyalarni faollashtirishga xizmat qiladi. Mikoplazma ko'pincha tashqi jinsiy a'zolarga ta'sir qiladi (qinning vestibulasi, Bartolin bezi, uretra). Ushbu zararlangan joylar aniq alomatlariga ega emas, simptomlarning namoyon bo'lishi qisqa muddatli va bundan tashqari, ular tabiatan zaifdir. Ichki genital organlar ta'sirlanganda, boshida adneksit va salpingit ko'p hollarda rivojlanadi. Mikoplazmaning bachadon bo'shlig'iga bachadon bo'yni orqali kirishi endometritning rivojlanishiga sabab bo'ladi. Tibbiy abortlar, shuningdek, o'z-o'zidan abortlar va o'lik tug'ilishlar holatlarida, tekshiruv paytida mikoplazmalar juda tez-tez aniqlanadi. Mikoplazma endometritlari odatdagi endometrit bilan bir xil klinik ko'rinishga ega bo'lib, uning asosiy belgilari qon ketishi va hayz davridagi tartibsizliklardir. Ushbu kasallikning asoratlari homiladorlik va bepushtlikni o'z ichiga oladi. Mikoplazma infektsiyasi fonida adneksit kasalligi tuxumdonlarning yallig'lanishiga olib keladi (xo'ppoz holatlari mumkin, bu tuxumdonning fallop naychasiga yopishishiga olib keladi). Alomatlar orasida bel soxasidagi o'tkir og'riqlar, hayz davrining tartibsizliklari, jinsiy aloqa paytida noqulaylik va og'riqlar mavjud.

Homiladorlik paytida mikoplazmoz

Homiladorlik davrida tanadagi infektsiyalar yomonlashadi, bu ko'p hollarda turli xil asoratlarni rivojlanishiga olib keladi. Tadqiqotlarga ko'ra, bu mikoplazmaning mavjudligi abortlar va "rivojlanmagan homiladorlik" holatlariga sezilarli ta'sir ko'rsatadi. Xomila pardasi yorilishi tufayli erta tug'ilish ham mumkin. Bu holat yallig'lanish jarayoni vaginal devordan xomila pardasiga o'tganda paydo bo'ladi. Yangi tug'ilgan chaqaloq tug'ruq paytida, infektsiyalangan bachadon naychalari orqali o'tayotganda yuqishi mumkin (qizlar tez-tez infektsiyalanadi). Tug'ilgandan keyin (tabiiy yoki kasarcha kesish bilan) yoki abortdan keyin o'tkir endometrit (o'tkir tug'ruqdan keyingi infektsiya) rivojlanishi mumkin. Homiladorlik davrida mikoplazmoz aniqlansa, utuqlanishdan keyingi dastlabki 3

oy ichida emas, balki undan so'ng davolanishni amalga oshirish kerak. Axir, bu davrda barcha organlar to'liq shakllanadi va dori-darmonlarni qabul qilish ularga ham ta'sir qilishi mumkin, bu kelajakda tuzatib bo'lmaydigan asoratlarni olib keladi.

Mikoplazmoz: sabablari

Mikoplazmalar shartli patogen mikroorganizmlardir, ya'ni ular organizmning mutlaqo sog'lom holatiga ega bo'lgan odamlarning tanasida bo'lish, patogen xususiyatlarning yo'qligi sababli yuqumli kasalliklarga olib kelmasligi mumkin. Shunga qaramay, inson tanasida mikoplazmalar mavjudligi sababli kasalliklar paydo bo'lgan holatlar mavjud. Ushbu mikroorganizmlarning o'zlari zararsiz degan fikr bor, ammo tanada biron bir infektsiya (patogen bakteriyalar) mavjud bo'lsa, ular kasallikka olib keladi. Bu fikr mutlaqo sog'lom odamlarning tanasida mikoplazmani aniqlash holatlari bo'lganligiga asoslanadi. Ushbu infektsiya himoyalangan jinsiy aloqa orqali yoki tug'ruq paytida bolaga yuqadi.

Laboratoriya diagnostikasi usullariga quyidagilar kiradi:

I. *Bakterioskopik usul* - mikroskop yordamida surtmadagi mikroorganizmlarni aniqlash imkonini beradi. Ammo mikoplazma mikroskop ostida ko'rish uchun juda kichik, shuning uchun bu usul bilan, parazitlar aniqlanganda, mikoplazmoz tashxisi chiqarib tashlanadi;

II. *PCR* (polimeraza zanjiri reaksiyasi) usuli inson organizmidagi mikoplazmani aniqlashning eng samarali usullaridan biridir. Tahlil qilish uchun material nazofarenkning balg'ami yoki shilimshiq (agar mikoplazmozning o'pka shakliga shubha qilingan bo'lsa) yoki ayollarda qin va bachadon bo'yni, erkaklarda esa siydik yo'llarining kanalidir. Laboratoriya mutaxassisi mikoplazma DNK parchalarini aniqlaydi, bu esa bemorning kasalligining sababi mikoplazmoz ekanligini tasdiqlaydi;

III. *Madaniy* (bakteriologik) usul eng aniq, lekin ayni paytda eng uzun usuldir. Genitouriya tizimidan yoki balg'amdan surtma maxsus ozuqaviy muhitga qo'llaniladi. Mikroorganizmlarning koloniyalari 4-7 kun ichida o'sadi. Muayyan belgilarga asoslanib, laboratoriya mutaxassisi mikoplazmozning mavjudligini tasdiqlaydi yoki rad etadi;

IV. *Serologik usul* kamroq ma'lumotga ega, ammo shunga qaramay qo'llaniladi. Bemorning qonida mikoplazmaga antikorlar (tananing mikroorganizmlarga javoban ishlab chiqaradigan maxsus qon oqsillari) mavjudligi aniqlanadi;

V. *Immunofloresan usuli* - serologik yaqin. Ammo mikoplazmaga qarshi antikorlar biroz boshqacha tarzda aniqlanadi - bu antikorlarni maxsus bo'yoq bilan bo'yash orqali;

VI. *Juftlangan zardob usuli* - bu usul nafaqat mikoplazmozni tashxislash imkonini beradi, balki davolash sifatini ham tekshirish. Ikkita qon namunasi olinadi: birinchisi kasallikning oltinchi kunidan oldin, ikkinchisi esa ikki hafta o'tgach.

VII. Eng ko'p qo'llaniladigan usul *DNK diagnostikasi*. Uning mashhurligi olingan natijalarning aniqligiga asoslanadi, bu 90-95% ni tashkil qiladi. Yiringli oqim mavjud bo'lganda, bu usul mos kelmaydi, shuning uchun Elishay protsedurasi (faqat 70% aniqlik) yoki madaniyat algoritmi amalga oshiriladi.

Bolalarda mikoplazmoz

Bolaning mikoplazma infeksiyasi bilan infeksiyasi nafaqat tug'ruq paytida, balki bolalar bog'chasiga kirganida ham mumkin. Bunday holda, infeksiya havo orqali uzatiladi va immuniteti past bo'lgan bolalar infeksiyaga moyil bo'ladi. Ko'pgina hollarda bolalarda bu kasallik bronxit va pnevmoniya bilan ifodalanadi. Shuning uchun, agar bolangiz uzoq vaqt davomida doimiy yo'talayotgan bo'lsa va bu infeksiyani yuqtirishi mumkin bo'lsa, shoshilinch ravishda shifokorga murojaat qilishingiz kerak, aks holda kasallik bronxial astmaga aylanishi mumkin.

Mikoplazmozni davolash

- Mikoplazmozni tashxislashda davolovchi shifokor kompleks terapiyadan iborat davolash kursini belgilaydi, jumladan:
- dorilar (mikoplazmaning penitsillinga chidamliligi tufayli tetratsiklin guruhidan mikoplazmoz uchun antibiotiklar qo'llaniladi va makrolidlar ham qo'llaniladi; bu davolash kursi 2 haftagacha);
- mahalliy terapiya (suppozituar, dush);
- fizioterapiya;
- immunomodulyatorlar (bu preparatlar dori vositalarining ta'sirini kuchaytiradi; davolashda sikloferon yoki likopid ishlatiladi);
- to'g'ri ovqatlanishga riyo qilish.

Asoratlari: abort; membranalar buzilmaganda paydo bo'ladigan xorioamnionit; platsenta; homilaning intranatal infeksiyasi - homila rivojlanishining kechikishi,

pnevmoniya, infektsiyaning gematogen tarqalishi (nevrologik alomatlar, gemorragik va hepatolienal sindromlar, o'tkir gidrosefali).

Mikoplazmalar va ureaplazmalar bilan infektsiya yangi tug'ilgan chaqaloqlarning 1-3 foizida aniqlanadi.

Kechiktirilgan diagnostika va IUI davolash bilan yangi tug'ilgan chaqaloqlarning 37-51 foizida asoratlar paydo bo'ladi va o'z vaqtida etiotropik terapiya bilan ular 6 marta kamroq kuzatiladi.

Davolash. Mikoplazma infektsiyasiga qarshi samarali antibiotiklar gentamitsin va linkomitsindir.

V. Genital herpes.

Etiologiya: 2-turdagi herpes simplex virusi.

Klinika

a) *mahalliy simptomlar:* zararlangan hududdagi giperemik, shishgan shilliq qavat fonida ko'p pufakchalar; vesikulalar paydo bo'lganidan 2-3 kun o'tgach ochiladi va sarg'ish qoplamali yaralar hosil qiladi, 2-3 haftadan keyin tuzaladi. Ikkilamchi infektsiyalar yuzaga kelsa, yarasi kattalashadi va uzoqroq davom etadi. Ta'sir qilingan hududda - qichishish, yonish, og'riq. Maxallay limfa tugunlar kattalanishi mumkin.

b) *umumiy simptomlar:* bosh og'rig'i, miyalgiya, ko'ngil aynishi, past darajadagi isitma, asabiylashish, uyqu buzilishi.

Klinika:

Lezyonning joylashgan joyiga va klinik simptomlarning og'irligiga qarab, genital herpesning 3 bosqichi mavjud:

- 1-chi: tashqi jinsiy a'zolarining shikastlanishi
- 2-chi: gerpetik kolpit va servitsit
- 3-chi: gerpetik endometrit va salpingit.

Jinsiy herpesning klinik ko'rinishlari HSV-1 va HSV-2 viruslari bilan infeksiya turlariga qarab ham farqlanadi:

a) *birlamchi infeksiya* - herpes simplex virusi bilan birinchi marta duch kelgan ayollarda unga antitanachalar bo'lmaganda rivojlanadi; Semptomlar 7-10 kun ichida asta-sekin kuchayadi va 3 haftagacha davom etadi. 1-2 hafta ichida ifodalangan umumiy va mahalliy simptomlar rivojlanadi. 2-3 haftadan so'ng ular yo'qoladi va epiteliyaning asemptomatik desquamatsiyasi yana 2 hafta davom etadi. Birlamchi infeksiyaning umumiy davomiyligi 5-7 hafta.

b) *ikkilamchi infeksiya* - HSV turlaridan biriga (odatda HSV-1) AT ga ega bo'lgan va HSV-2 virusi bilan kasallangan ayollarda kasallikning birlamchi namoyon bo'lishi. Klinik alomatlar kamroq aniqlanadi, 2 haftagacha yoki umuman yo'q.

v) *takroriy infeksiya* - bemorlarning yarmida qichishish, limfa tugunlarining og'rig'i shaklida prodromal simptomlar bilan kamroq og'ir belgilar bilan tavsiflanadi.



6.5-rasm. Genital herpes.

Tashxis: HSV ni aniqlash va aniqlashning virusologik usullari (hujayra madaniyatini, tovuq embrionlarini yuqtirish orqali), sitomorfologiya, Elishay, PCR, immunitet holatini aniqlash usullari.

Davolash:

- 1) o'tkir yoki takroriy davrda mahalliy yoki tizimli dorilar bilan kimyoterapiya: Zovirax, Valtrex, Acyclover 10 kun, Megasin malhami, 5% asiklovir malhami
- 2) remissiyada immunomodulyatsiya: interferon, shamlarda viferon, interferon induktorlari, dibazol, ameksid, keyin timus gormonlari (timalin) kursi va 30-60 kunlik umumiy immunomodulyatorlar (prodigiosan) kursi.
- 3) kasallikning o'tkir bosqichi tugaganidan keyin 2 oy o'tgach, residivlarning oldini olish uchun maxsus vaktsina terapiyasi.

V. Ureaplazmoz.

Ureaplazmalar - bu ko'pchilik viruslarga qaraganda kattaroq bo'lmagan, o'z hujayra membranasi va o'z DNKsiga ega bo'lmagan, inson jinsiy a'zolari va siydik yo'llarining shilliq pardalarida yashaydigan mayda bakteriyalardir. - Bu bakteriyalar turlaridan biridir. Ilmiy adabiyotlarda ginekologlar, urologlar va mikrobiologlar o'rtasida qinda ureaplazmani aniqlashning ahamiyati haqida uzoq vaqt munozaralar mavjud. Bugun bu muhokama asosan tugadi. Zamonaviy tibbiyot fanining ureaplazmaga nisbatan pozitsiyasini quyidagicha ifodalash mumkin: qinda topilgan ureaplazma shartli - patogen mikroblar guruhiga kiradi. Ureaplazma, boshqa jinsiy yo'l bilan yuqadigan infeksiyalar kabi, keng tarqalgan.

Ko'pgina hollarda, ureaplasma, tanada bo'lsa, kasallikka olib kelmaydi. Agar kasallik rivojlansa, u o'zini namoyon qilishi mumkin:

- bachadon va qo'shimchalarning yallig'lanish kasalliklari;
- sistit;
- spontan abortlar va erta tug'ilishlar;
- erkaklarda uretrit.

Ureaplazmozning aniq tashxisi

Eng yaxshi klinikalar ureaplazmoz va mikoplazmozning eng to'liq bakteriologik diagnostikasini amalga oshiradilar:

- Maxsus muhitda ekish.

- Patogenni o'stirish va izolyatsiya qilish.
- Uning turlarga identifikatsiyasi (U.urealiticum)
- PCR (polimeraza zanjiri reaksiyasi)
- Patogen titrini aniqlash bilan miqdoriy qayd etish.
- Antibiotiklarga sezuvchanlikni aniqlash.

Ureaplazmozning bir qator shakllarini tashxislashda har xil turdagi ureaplazmaning antigenlariga antitanachalarni aniqlash qo'llaniladi. Uning yordami bilan tanangiz ushbu mikroblarga qanday munosabatda bo'lishini ko'rishingiz mumkin. Agar reaksiya bo'lsa, ehtimol ular yallig'lanish uchun aybdor.

Jinsiy aloqada bo'lgan odamlarda ureaplasmaning tarqalishi ortadi, bu jinsiy aloqa orqali infektsiya bilan bog'liq. Ayollarning taxminan yarmi tashuvchilardir, ular erkaklarda kamroq uchraydi.

Ureaplazmoz - siydik yo'llarining yuqumli kasalligi. Kasallik leykotsitlar, spermatozoidlar va nafas olish va siydik chiqarish organlarining epiteliy hujayralarida parazitlik qiluvchi ureaplazma tufayli yuzaga keladi.

Ureaplazmozdan erkaklar ham, ayollar ham ko'pincha immuniteti zaif odamlarga ta'sir qiladi;

Ureaplazmozning belgilari. Kasallikning inkubatsiya davri (infektsiya boshlangan paytdan boshlab simptomlar paydo bo'lishigacha) bir necha kundan bir oygacha, ba'zan uzoqroq (bir necha oy) davom etadi. Kasallik belgilari hali paydo bo'lmagan, ammo infektsiya tanada allaqachon mavjud bo'lgan davrda, odamning o'zi ureaplazma tashuvchisi bo'lib, jinsiy sheriklarini u bilan yuqtirishi mumkin. Ko'pincha kasallik yashirin alomatlarga ega, ba'zida kasallik umuman o'zini namoyon qilmaydi. Ayollarda kasallikning asemptomatik turi erkaklarnikiga qaraganda tez-tez uchraydi, shuning uchun ular o'nlab yillar davomida ureaplazmoz bilan yashashlari mumkin va hatto uning tashuvchisi ekanligiga shubha qilmaydilar.

• *Erkaklarda* ureaplazmoz siydik chiqarish kanalidan (uretra) engil tiniq oqmalar, yonish va siyish paytida og'riq bilan namoyon bo'ladi. Agar ureaplasma prostata parenximasiga ta'sir qilsa, u holda prostatit belgilari paydo bo'ladi.

• Ayollarda ureaplazmoz jinsiy a'zolaridan aniq ajralma bilan xarakterlanadi, ammo ureaplazma bachadon va qo'shimchalarning (tuxumdonlar, bachadon naychalari) yallig'lanishiga sabab bo'lsa, qorinning pastki qismida og'riq paydo bo'ladi. Oral orqali jinsiy aloqada bo'lganida, patogenning kirib borishi joyida tomoq og'rig'i

paydo bo'lishi mumkin: tomoq og'rig'i, bodomsimon bezlardagi yiringli blyashka (tomoq og'rig'ining follikulyar, lakunar shakllari).

Ureaplazmozning birinchi alomatlari ko'pincha engildir va tezda yo'qoladi. Ammo ureaplazmalarning o'zi tanada qoladi, ular urogenital organlarning devorlariga yopishadi va o'zlarining alomatlarini to'liq kuch bilan namoyon qilishlarini kutadilar. Immunitet tizimining zaiflashishi (qattiq gipotermiya, og'ir jismoniy faollik, stress, kasallik) bo'lsa, ureaplasma faollasha boshlaydi va kasallik belgilari to'liq namoyon bo'ladi.

Erkaklarda, qoida tariqasida, prostatit yoki uretrit boshlanadi, yallig'lanish jarayoni moyaklar va urug'lik pufakchalariga tarqaladi, natijada bepushtlik bo'lgan kasalliklarning butun "guldastasi" ni keltirib chiqaradi

Ayollarda ureaplazmoz vagina (kolpit), bachadon devori (endometrit), siydik pufagi (sistit) va buyrak parenximasining yallig'lanishini (pyelonefrit) qo'zg'atadi. Jinsiy buzilishlarning paydo bo'lishi ham mumkin - jinsiy aloqa paytida yoqimsiz va og'riqli hislar paydo bo'ladi.

Ureaplazma va homiladorlik. Ureaplazma homiladorlikning erta o'z-o'zidan tugashiga hamda hatto bepushtlikka olib kelishi mumkin. Homiladorlik paytida ureaplazmaning yanada xavfli jihati shundaki, u tug'ruq paytida onadan bolaga tug'ruq yo'llari orqali yuqishi mumkin. Homiladorlik paytida davolanish esa bolaning rivojlanishiga salbiy ta'sir ko'rsatishi mumkin. Shuning uchun homiladorlikni boshlashdan oldin kasallikni tashxislash va malakali davolanishni amalga oshirish juda muhimdir.

Ureaplazmozni davolashda avvalo jinsiy aloqad bo'lgan barcha mavjud sheriklar (jinsiy aloqada bo'lganlar) bir vaqtda amalga oshiriladi. Buning uchun antibakterial preparatlar qo'llaniladi, antibiotiklar bilan davolash kursi 2 hafta davom etadi. Shuningdek, immunomodulyatsion terapiya (immunitetni rag'batlantiruvchi dorilar), mahalliy davolash (siydik yo'liga davo preparatlarini kiritish - installyatsiyalar), fizioterapevtik davolash, agar prostatit bo'lsa, erkak prostata bezi massajini buyuriladi. Davolash davomida bemor jinsiy aloqa taqiqlanadi, hamda parhezga rioya qilishi tavsiya etiladi. Davolanishdan so'ng terapevtik tadbirlarning samaradorligini aniqlash uchun nazorat tadqiqotlari o'tkaziladi. Nazorat bir necha oy davomida amalga oshiriladi (odatda 3-4).

Antibakterial preparatlar mikroorganizmlarning ularga nisbatan sezgirligini hisobga olgan holda tanlanadi. Ureaplazmalar odatda quyidagi guruppa antibiotiklarga sezgir: makrolidlar (oleandomitsin, roksitromitsin, klaritromitsin, eritromitsin), tetratsiklin seriyasi, linkozaminlar (dalatsin, nkomitsin,

klindamitsin), protozoylarda qarshi va zamburug'larga qarshi dorilar. Agar ureaplazmoz asoratlanmagan bo'lsa (uretrit, servitsit, asemptomatik tashish), tetratsiklin kuniga to'rt marta 500 mg dan bir yoki ikki hafta davomida buyuriladi. Doksisisiklin afzalroqdir, chunki u kuniga ikki marta 100 mg dan buyuriladi. Eritromitsin ko'pincha ureaplazmozni davolashda buyuriladi, hamda u sumamedga qaraganda ancha faolroq hisoblanadi, ammo biroz og'irlik hissini paydo qiladi (bu dispeptik buzulishlar bilan bog'liq). Eritromitsin kuniga ikki marta 500 mg dan 10 kun davomida yoki 250 mg dan kuniga to'rt marta 7 kun davomida buyuriladi. Rovamitsin (spiromitsin) 10 kun davomida kuniga uch marta 3 million TB buyuriladi, bu antibiotik yallig'lanish markazida to'planadi va juda xavfsiz hisoblanadi.

Shuningdek, bemorlarga Immunomodulyatorlar (timalin, taktivin, lizozim, dekaris, metiluratsil) buyuriladi. Immunomodulyator sifatida Eleutherococcus ekstrakti va pantokrin ishlatilishi mumkin. Davolash kursining oxirida bemorga B va C vitaminlari, bifidum va laktobakterin, gepatoprotektorlar (jigar va o't pufagi faoliyatini rag'batlantirish maqsadida) buyuriladi.

VI. Jinsiy organlarning sil kasalligi.

Etiopatogenez. Infektsion jinsiy a'zolarga birlamchi sil kasalligi o'choqlaridan gematogen yoki limfogen tarzda tarqaladi.

Ichki jinsiy a'zolarning yallig'lanish kasalliklari bo'lgan bemorlar orasida sil kasalligi 10-11%, bepushtlik bilan og'rigan ayollar orasida - 10-22%, hayz ko'rish buzilishi bo'lgan bemorlar orasida - 8,4% tashxis qilinadi.

Klassifikatsiyasi.

1. Aktivligi mavjud bo'lgan bachadon ortiqlari sil kasalligi (va, VB dispanser guruhi).

Klinik shakllar:

a. kichik anatomik va funktsional o'zgarishlar bilan.

b. aniq anatomik va funktsional o'zgarishlar bilan.

v. tuberkuleoma mavjudligi bilan.

Har bir shaklda kechish tabiati bilan ajralib turadi (o'tkir, o'tkir osti, surunkali); tarqalishi bo'yicha (bachadon, bachadon bo'yni, vulva, qinning zararlanishi, qorin parda va qo'shni organlarning ishtiroki, astsit); fazalar bo'yicha (infiltratsiya, so'rilish, kalsifikatsiya, chandiq); batsillalar ajratishiga ko'ra (VK+ va BK-).

2. Aktivligi mavjud bo'lgan bachadon tuberkulyozi (VA , VB guruhlari)

A. o'choqli endometrit

b. endometriumning to'liq zararlanishi

V. Metroendometrit

3. Bachadon bo'yni, vulva, qin tuberkulyozi

Diagnostika.

* Anamnez ma'lumotlari, shikoyatlar

* rentgenologik usullar

* tuberkulin diagnostikasi

Davolash.

Silga qarshi dorilar (izoniazid, etambutol, etionamid, streptomitsin, PASK), biostimulyatorlar (lidaza, Vitreus tanasi), fizioterapiya (ruh yoki natriy tiosulfat elektroforezi) qo'llaniladi.

Bob. №7. Bachadon miomasi.

Bachadon miomasi-mushak va biriktiruvchi to'qimalardan tashkil topgan ayol jinsiy a'zolarining eng keng tarqalgan yaxshi sifatli o'smasi. Bu to'qimalar nisbati bo'yicha o'simta fibromiyoma (ko'proq biriktiruvchi to'qimadan tashkil topgan bo'lib odatda kam uchraydi) yoki mioma (ko'proq mushak to'qimasi) deb ataladi.

O'simta asosan 20-40 yoshda paydo bo'ladi, uni 30-50 yoshda jarrohlik davolashdan o'tadi. Hozirgi vaqtda bachadon miomasi keskin "yoshargan". Premenopozal yoshdagi ayollarda mioma uchrash darajasi 30-35% ga yetadi.



O'simta rivojlanishida bir qator bosqichlari ajratiladi:

- 1) metabolik jarayonlarning tezlashishi bilan miyometriyada faol o'sish zonasining shakllanishi (ko'pincha bu zona ingichka devorli tomirlar atrofida joylashgan va yuqori metabolizm bilan ajralib turadi)
- 2) differentsiatsiya belgilarisiz o'smaning intensiv o'sishi
- 3) differentsiatsiyasi bilan o'smaning keng o'sishi " yetilishi .

Bachadon miomalarining tasnifi:

- a) to'qima tarkibini hisobga olgan holda: mioma, fibromiyoma, angiomioma

b) metabolik jarayonlarning faolligi bo'yicha:

1. oddiy-sekin o'sishi bilan ajralib turadi, aniq proliferativ jarayonlarsiz
2. proliferatsiya-tez o'sishi bilan ajralib turadi; mitotik faollik oshadi, ammo miyometriyda atipik hujayralari mavjud emas

C) lokalizatsiya bo'yicha: bachadon tanasida (95%), bachadon bo'yni (5%)

D) o'sish tabiati bo'yicha: qorin parda osti (subseroz mioma), miyometri qavati ichida (interstitsial mioma) va miyometriyning chuqur qatlamlarida (submukoz mioma). Ko'pincha o'simta tugunlari bachadonning o'rta chizig'ida, kamdan kam hollarda burchaklar sohasida, kamroq — yon devorlarda (intraligamental mioma) joylashadi.

Etiopatogenez: odatda tanadagi gormonal kasalliklar (gormonga bog'liq o'sma) bilan bog'liq, ammo miomaga xos bo'lgan gormonal gomeostazdagi odatiy o'zgarishlar hali aniqlanmagan (u estrogenlar, qondagi androgenlar va mahalliy bachadon gormonemiyasining ko'payishiga asoslangan deb taxmin qilinadi). Bundan tashqari, quyidagi faktorlar ham muhimdir:

- 1) mioma miyometriyasida steroid gormon retseptorlarining ko'payishi
- 2) konstitutsiyaviy-irsiy omillar, metabolik va immunitetning buzilishi (T-supressorlarning ustunligi, immunoglobulinlar kontsentratsiyasining pasayishi), boshqa organlar va tizimlarning holati

Bachadon miomasi-bu bachadonning giperplastik jarayonlarining bir turi, gormonga bog'liq kasallik bo'lib, uning rivojlanishi va kechishi umumiy belgilar bilan bir qatorda asosan individual xususiyatlar bilan belgilanadi.

Ko'pgina hollarda mioma bir vaqtning o'zida yoki ketma-ket miyometriyaning turli zonalarida ko'p sonli o'simtalar paydo bo'ladi. Miyomatoz tugunlar atrofida mushak, biriktiruvchi to'qima elementlaridan, shuningdek qorin va shilliq pardalardan tashkil topgan psevdokapsula hosil bo'ladi.

Faol o'sish zonalari (proliferatsiyalanuvchi mioma) bachadon devorlarining miyometriyasidan o'sib boruvchi tugun zonasiga o'tishi mumkin, bu esa katta submukoz yoki subseroz (ko'pincha ingichka oyoqda) tugunlarning rivojlanishiga yordam beradi.

Bachadon miomasining klinik ko'rinishi:

a) umumiy simptomlar:

1. **Og'riq** - doimiy og'riqlar o'smaning intensiv o'sishi bilan to'qimalarning cho'zilishi va nerv oxirlarining ta'sirlanishi tufayli kuzatiladi. Hayz paytida og'riq (algodismenoreya) ko'pincha o'simtaning interstitsial lokalizatsiyasi bo'lganda qayd etiladi, bu esa ushbu davrda bachadonning faol qisqaruvchanligi bilan bog'liq. O'simta atrofdagi to'qimalar va organlarni siqib chiqarganda og'riqlar xarakterlidir, ular katta mioma yoki tugunning tegishli lokalizatsiyasi bilan yuzaga keladi. Doimiy va intensiv o'sishi bilan ajralib turadigan miomalar shuningdek oziqlanishning buzilishi va o'sma nekrozi bilan og'riq belgisi yanada aniqroq va kuchliroq namoyon bo'ladi. Dardsimon og'rig'i o'smaning ko'pincha submukoz lokalizatsiyasi bo'lganda yuzaga keladi. Eng kuchli, progressiv og'riqlar subseroz mioma oyog'ining buralishi bilan sodir bo'ladi. Dumg'aza sohasidagi og'riqlar asosan o'simtaning orqa tomoniga qarab o'sishida va uning dumg'aza chuqurchaga tushishi bilan tavsiflanadi, bu holatda og'riq asosan o'smadagi tez rivojlanayotgan shish va boshqa degenerativ o'zgarishlar bilan bog'liq. Og'riq alomati bachadon miomasiga yo'ldosh kasalliklarida ham bo'lishi mumkin (yallig'lanish jarayonlari, endometriozi va boshqalar mavjud bo'lganda.)

2. Hayz sikli bilan bog'liq va bog'liq bo'lmagan **qon ketishi** - ko'pincha gipermenoreya, metrorragiya hayz sikli orasida qonchil ajralmalar kabi davom etadi. Ularning mexanizmi ko'pincha anovulyatsiya va endometriyidagi giperplastik o'zgarishlar bilan bog'liq bo'lib, ular ko'pincha bachadon miomasi bilan birga keladi. Ko'pincha juda katta o'lchamdagi o'smalar ham qonli ajralmalarsiz davom etadi. Shu bilan birga, kichik mioma miyometriyani qon bilan ta'minlaydigan tomirlarni deformatsiya qilishi, uning nekroziga olib kelishi va vaqti-vaqti bilan bachadondan qon ketishiga olib kelishi mumkin. Ular qarama-qarshi bachadon devorlarining o'simta tomonidan siqilishi bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Miomalar poliplar shaklida o'sishi mumkin, bachadon bo'yni kanali orqali o'sib chiqishi mumkin ("tug'ilgan mioma") va to'liq bo'lmagan abortga o'xshash simptomlar bilan birga ya'ni bachadonning qisqarishi tufayli dardsimon og'rig'iqlar va qon ketishi bilan harakterlanadi. Gipermenoreya asosan endometriy maydonining o'zgarishi bilan bog'liq bo'lib, bunda mioma bi sababli endometriyning 10-15 baravargacha o'sishi ko'zatiladi, shuningdek o'smaning ma'lum bir lokalizatsiyasi va o'sishi bilan bachadonning qisqaruvchanligi buziladi (sentripetal o'sish, orqa devorda lokalizatsiyasi). Sumukoz lokalizatsiyali miomaning yallig'lanish jarayonlari bilan qo'shilishi holatlarida bachadon qon ketishiga olib keladi. Va nihoyat, bachadon miomasi bilan qon ketish tomirlarning siqilishi, tomirlarning

kengayishi tufayli mahalliy gemodinamikaning buzilishi, shuningdek o'smaning o'sishi tufayli bachadonning qon tomir tizimining moslashishi tufayli yuzaga keladi.

3. Umumiy anemiya sindromi-anemiya dastlab qizil qon tanachalari va gemoglobin miqdorining tez tiklanishi bilan qoplanadi, so'ngra subkompensatsiya va dekompensatsiyalangan kechish bilan davom etib, turli xil gemodinamik buzulishlar bilan birga kechadi.

4. hayz funktsiyaning o'ziga xosligi -ko'pincha og'riq bilan kechadigan hayz ko'rish davomiyligi uzayadi, keyinchalik menopauza davrining kech boshlanishi (50-55 yoshdan keyin), perimenopozal davrda patologik o'zgarishlar tez-tez qayd etiladi.

b) o'ziga xos simptomlar - miomaning lokalizatsiyasiga va uning o'sish xususiyatiga qarab:

1. Submukoz mioma - deyarli har doim meno-va metrorragiya shaklida bachadondan qon ketishi, tez-tez og'riq hissi bilan birga keladi. Miomaning ushbu shakli bilan giperplastik jarayonlar ko'pincha atipik giperplaziya bilan asoratlanadi. Endometriyning yaralanishi, endometriyning regeneratsiyalanishining kechikishi hamda yallig'lanish jarayonlarining ushbu kasallikka qo'shilishiga yordam beradi. Submukoz tugunlarning oylarda o'sishi ko'pincha ularning "tug'ilishi" jarayoni bilan asoratlanadi. Bunday holda, xarakterli klinik ko'rinish mavjud bo'lib bu bachadon kanalining ochilishi, bachadonning keskin og'riqli qisqarishi, qon ketishi va infektsiya bilan zararlanish. "Tug'ilish" yoki bunday o'smani olib tashlashdan so'ng, abortda bo'lgani kabi, qaytariladigan (involuytiv) o'zgarishlar yuz beradi. Ushbu turdagi mioma degeneratsiya va nekrozga moyil hisoblanadi.

2. Mushaklararo (intramural, interstitsial) miomalar-bachadonning har qanday devorida mushak qatlamining qalinligida joylashgan bo'lib u katta o'lchamlarga yetadi, assimetrik yoki sharsimon shaklga ega bo'ladi. Endometriy maydonining ko'payishi tufayli hayz ko'rish davomiyligi uzayadi va qon yo'qotish hajmi oshadi. Ko'pincha ular degenerativ o'zgarishlar (shish, infarkt, aseptik nekroz) bilan birga isitma va kuchli og'riq sindromi bilan kechadi. Ko'pincha degeneratsiya homiladorlik paytida yoki tug'ruqdan keyingi davrda sodir bo'ladi.

3. Servikal mioma - bachadon bo'yining bo'g'iz yoki qin qismida rivojlanadi, tezda qo'shni organlarning disfunktsiyasi bilan namoyon bo'ladi (dizurik belgilar, defekatsiyaning qiyinlashuvi). Bachadon bo'yining jiddiy deformatsiyasi hamda atrofdagi to'qimalar va organlarning siqilishi tufayli og'riq sindromi qayd etiladi.

Mioma hayz davrining fazalarida va menopauzaning boshlanishi bilan hajm jihatdan o'zgarmaydi.

Bachadon miomasidagi ekstragenital organlar va tizimlarning buzilishlaridan quyidagi o'zgarishlarni qayd etish mumkin:

a) siydik tizimi - mioma tufayli siydik pufagining siqilishi tez - tez siyish, siydik tutaolmaslik, siydik chiqarish yo'llari-gidronefrozga olib keladi.

b) oshqozon-ichak trakti va boshqalar.

Diagnostika : anamnez, klinik ko'rinish va ginekologik tekshiruv ma'lumotlari ko'p hollarda tashxis qo'yish imkonini beradi. Tashxisni aniqlashtirish yoki tekshirish uchun quyidagilar ham qo'llaniladi: rentgenologik tadqiqotlar, ultratovush, endoskopik tadqiqotlar - laparoskopiya, gisteroskopiya, kolposkopiya, qin va bachadon bo'yni kanalining sitologik tekshirish.

Bachadon miomasini konservativ davolash.

Konservativ davo mushaklararo va qorin osti tugunlarining lokalizatsiyasi bilan, o'rtacha menorrhagiya bilan, shuningdek, operatsiya qarshi ko'rsatma bo'lgan og'ir ekstragenital patologiyasi bo'lgan bemorlarda o'smaning kichik o'lchamda bo'lgan ayollar uchun ko'rsatiladi.

Davolashning asosiy tamoyillari:

1. Vujudga kelgan buzilishlarni tuzatish uchun premorbid fonni har tomonlama o'rganish.
2. Yo'ldosh ginekologik va ekstragenital kasalliklarni davolash.
3. Neyroendokrin, metabolik volemik kasalliklarni normallashtirish va anemiyani davolashga qaratilgan chora-tadbirlar.
4. Gomeostazni saqlash va bemorlarning mehnat qobiliyatini tiklashga qaratilgan rehabilitatsiya choralari.

Gormon terapiyasi: gestagenlar tanlov usuli hisoblanadi. Ular reproduktiv yoshdagi ayollar uchun siklning 16 dan 28 kunigacha 3-4 sikl davomida qo'llaniladi. Premenopozal davrdagi ayollar uchun gestagenlar doimiy rejimda qo'llaniladi.

Bachadon miomasi endometrioizning boshlang'ich bosqichi va Endometriy giperplaziyasi bilan birgalikda kelganda , norkolutdan 6-9 tsikl davomida foydalanish tavsiya etiladi. Antiestrogen va antigonadotrop ta'sirga ega danazol, gestrinondan foydalanish ham samarali hisoblanadi. Ta'siri uzaytirilgan

gestagenlar ham qo'llaniladi: 17-OPK va depo-Provera. Gonadotrop relizing gormonlarning agonistlardan foydalanganda yaxshi ta'sir kuzatiladi: zoladex, dekapeptil.

Gormonal bo'lmagan davo choralari:

1. Mushak ichiga oksitotsin: uterotonik va estrogena qarshi ta'sir ko'rsatadi.
2. Vitamin terapiyasi, o'simlik dori-darmonlari, qon ivishini kuchaytiruvchi vositalar
3. Fizioterapevtik davo choralari: qorinning pastki qismida ruh va yod elektroforezi, kaliy yodid bilan mikroklizmalar, radon vannalari.

Jarrohlik davolash.

Hozirgi vaqtda bachadon miomasini jarrohlik yo'li bilan davolash takomillashgan , ammo jarrohlik aralashuvi uchun ko'rsatmalar har doim ham to'liq aniqlanmagan va operatsiyaning o'zi haqida juda ko'p murozalar mavjud.

Jarrohlik davolashning asosiy ko'rsatmalar:

1. Konservativ terapiyaning ta'siri bo'lmasa, miomaning simptomli kechishi (kuchli og'riq sindromi, menometrorragiya). Qon ketish ko'pincha tugunning submukozal lokalizatsiyasi bilan belgilanadi (lekin har doim ham emas).
2. Shishning tez o'sishi va sarkomaga shubha bo'lganda (1 yil ichida 5 haftadan ortiq homiladorlik).
3. O'simtaning katta hajmi (homiladorlikning 12 yoki undan ko'p haftasi).
4. Mexanik siqilish tufayli qo'shni organlarning (siydik pufagi va to'g'ri ichak) ishlashining buzilishi.
5. Mioma to'qimalarining oziqlanishining buzilishi (shish, tugun nekrozi) va natijada o'tkir qorin belgilarining paydo bo'lishiga yuqori moyillikning bo'lishi.
6. Ko'p tugunli miomaning servikal mioma bilan kombinatsiyasi, bu bachadon bo'yni jiddiy deformatsiyasiga va bachadon oqimining buzilishiga olib keladi.
7. Subseroz tugunning oyoqlarda joylashganligi.
8. Davolash samarasi bo'lmagan taqdirda bachadon miomasi va adenomiyozning kombinatsiyasi.

9. Giperplastik jarayonlar va BAQ kabi holatlarning mioma bilan birgalikda kelib, gormonal terapiya fonida retsidivlanib kechishi .
10. Bachadon miomasi va tuxumdon o'smalarining kombinatsiyasi.
11. Birlamchi homilaning takroriy tushishiga miomaning sababchi ekanligi.
12. Miomani bachadon bo'yni va/yoki Endometriyning rakoldi kasalliklar bilan birga kelishi.

Miomaning jarrohlik davolashda tanlov usullari quyidagilar:

a) radikal operatsiyalar: bachadon bo'yni usti - amputatsiyasi; bachadonning - ektirpatsiyasi

b) konservativ operatsiyalar: konservativ miyomektomiya; bachadon defundatsiyasi; bachadonning yuqori amputatsiyasi.

Bachadon ortiqlarining olib tashlash holati har bir bemorda, ularning tashqi ko'rinishiga, ekspress biopsiya natijalariga, bemorning yoshiga qarab alohida hal qilinadi.

Konservativ operatsiyalar-bachadon va uning o'ziga xos fiziologik funktsiyalari saqlanib qoladigan operatsiyalar (abdominal miyomektomiya, qin orqali tug'ilayotgan va tug'ilgan tugunlarni olib tashlash). Ular yuqori takrorlanish darajasi (40% gacha) bilan bog'liq salbiy tomonlarga ega va tugunlarning bir nechta lokalizatsiyada joylashgan hollarda bu uslublardan foydalanish mantiqsizdir. Bachadon bo'yni saqlangan subtotal amputatsiya o'ziga hos bir xil kamchiliklari mavjud , ammo kamroq darajada. Bachadonni butunlay olib tashlash bilan operatsiyadan keyingi asoratlar soni kamayadi, shuningdek, bachadon bo'yni miomasi va yomon sifatli o'smalarining takrorlanishining oldini olish mumkin.

7.1. Endometrioiz

Genital endometrioiz-endometriyga o'xshash o'choqlarning endometriyning odatiy jolokalizatsiyasi, endometriumning odatiy lokalizatsiyasidan tashqarida joylashuvi.

Etiologiyasi kam o'rganilgan, polietiologik kasallik bo'lib kelib chiqishida rol o'ynaydigan faktorlar :

1. immunologik, gormonal, metabolik va boshqa kasalliklar (reproduktiv yoshdagi, jismoniy zaiflashgan, metabolik kasalliklar va endokrin patologiyasi bo'lgan ayollar ko'proq kasallanadi)
2. irsiyat (nasliy moyillik orqali kuzatiladi)

3. ayolning ijtimoiy-iqtisodiy holati (ijtimoiy-iqtisodiy ahvoli past bo'lgan ayollar guruhida endometrioz bilan kasallanish umumiy aholiga qaraganda yuqori)

Endometriozning rivojlanishiga kamroq sabab bo'ladigan etiologik omillar: semirish, jinsiy hayotning kech boshlanishi va katta yoshdagi tug'ruq, asoratlangan tug'ruq, abort, BIV yordamida homiladorlikdan himoya qilish, menarxning kech boshlanishi.

Patogenez-endometrioz rivojlanishida bir qator nazariyalar mavjud:

1) transport (implantatsiya, transplantatsiya, immigratsiya, limfogen, gematogen, yatrogenik tarqalish, retrograd hayz ko'rish) - endometrioid o'choqlarning shakllanishi hayz paytida bachadonning endometriy qavatidan ajralgan endometriy hujayralarning qorin bo'shlig'iga retrograd chiqishi va ularning atrofdagi to'qimalar va qorin pardaga implantatsiyasi natijasida yuzaga keladi.

2) Selomik metaplaziya - endometriozning rivojlanishi qorin mezoteliyning qayta rivojlanishi (metaplaziya) tufayli yuzaga keladi, buning natijasida endometriozga o'xshash bezlar va stromalarning o'chog'i hosil bo'ladi.

3) embriologik hujayrali hamartiya-Myuller kanallari va birlamchi buyrak qoldiqlaridan endometriozning rivojlanishini nazarda tutadi

4) gormonal va immunologik tushuncha-aksariyat tadqiqotchilar gormonal va immunologik buzilishlar endometrioid o'choqlarning paydo bo'lishining bevosita sababi emasligini, faqat ular endometrioz rivojlanishiga hissa qo'shishini ta'kidlashadi

Retikuloendotelial va immun tizimidagi buzilishlar endometrioz patogenezida muhim rol o'ynaydi.

Endometriozning klassifikatsiyasi:

a) lokalizatsiya bo'yicha:

* Genital-ichki va tashqi jinsiy a'zolarida joylashgan;

* Ichki-bachadon tanasi, bachadon bo'g'zi, bachadon naychalarining interstitsial bo'limi;

* Tashqi-tashqi jinsiy a'zolar, bachadon bo'yni qin va qin qismi, retrotservikal qism, tuxumdonlar, fallopiy naychalari, chanoq bo'shlig'ining bo'shliqlarini qoplaydigan qorin parda.

* Ekstragenital-ayol tanasining boshqa organlari va tizimlarida endometrioid o'choqlarning rivojlanishi.

b) qorin pardaga nisbatan:

* qorin bo'shlig'i, peritoneal endometriozi-tuxumdonlar, bachadon naychalari, chanoq bo'shlig'ining chuqurchalarini qoplaydigan qorin parda.

* ekstraperitoneal endometriozi-tashqi jinsiy a'zolar, qin, bachadon bo'yni qin qismi, retroservikal soha.

Ichki endometriozi darajasi bo'yicha bo'linadi:

* I daraja-mikroskopning kichik kattalashishi bilan shilliq qavatning miyometriyaga bitta ko'rish maydonining chuqurligiga o'sishi

* II daraja-bachadon devorining qalinligining 1/2 qismigacha bo'lgan zararlanish

* III daraja-butun mushak qatlami zararlanganda .

Ichki endometriozi gistologik tasnifi:

1. Bezli-stromalga qaraganda 16 baravar tez-tez uchraydi

2. Stromal:

a) adenomiyoz-bachadon mushak tolalarining giperplaziyasi va gipertrofiyasi bilan kechadigan endometriozi

b) adenomiyoma — adenomiyozdan farqli o'laroq, atrofdagi to'qima bilan tugunlarning an chegaralanishi Endometriyal stromaning bezli ajralmalarning atrofida yo'qligi bilan xarakterlidir.

Tashqi endometriozi bir misol tuxumdonlarning endometrioid kistalaridir.

Genital endometriozi klinik ko'rinishi:

1. Tuxumdon endometriozi:

- yetakchi simptom og'riqdir: bemorlar doimiy , vaqt-vaqti bilan kuchayuvchi qorinning pastki qismidan orqa chiqaruv teshigi hamda belga irradiatsiyalanuvchi og'riqqa ,og'riqlarning hayz ko'rish arafasida va hayz vaqtida maksimal darajaga yetishi

- kista devorining o'z-o'zidan teshilishi va uning suyuqligining qorin bo'shlig'iga quyulishida bachadondan tashqari homiladorlikni eslatuvchi o'tkir qorinning

surati: progressiv algomenoreya, ko'pincha qusish, bosh aylanishi, oyoq-qo'llarning sovishi va umumiy zaiflik bilan birga keladi

- kichik chanoq bo'shlig'i bitishuv jarayoni, bu ichak va siydik pufagining disfunktsiyasiga olib keladi (ich qotishi, dizurik hodisalar)
- subfebril isitma, titroq, ECHTning ko'tarilishi, qonda leykotsitoz
- tez-tez namoyon bo'ladigan jarayonlardan biri bu birlamchi bepushtlik

Bimanual tekshiruvda bachadonning yon tomonida yoki orqasida, bitishuv jarayon tufayli harakatchanligi cheklangan, palpatsiya paytida keskin og'riqli, diametri 8-10 sm gacha bo'lgan ovoid yoki yumaloq shakldagi qattiq elastik konsistensiyali o'simtaga o'xshash shakllanishi aniqlanadi.

b) peritoneal endometrioz-patognomonik alomatlari:

- menstrual funktsiyaning buzilishi (meno - va metrorragiya)
- qorinning pastki qismida va bel dohasidagi turli xil intensivlikdagi og'riqlar
- disparuniya
- bepushtlik (qoida tariqasida, birlamchi, kamroq-ikkilamchi)

C) ***bachadon naychalarining endometriozi***-ko'pincha boshqa lokalizatsiyalarning endometrioid o'choqlari (bachadonning ichki endometriozi va tuxumdonning endometriozi) bilan birgalikda hayz paytida kuchayadigan og'riq bilan namoyon bo'ladi

D) ***Retroservikal endometrioz***-rektovaginal to'qimada to'g'ridan-to'g'ri bachadon bo'ynida mayda tugunli yoki infiltrativ endometriozning ko'payishi:

- jarayonning tarqalishining turli bosqichlarida klinik ko'rinishlarning xilma-xilligi xarakterlidir
- qin, to'g'ri ichak, oraliq, tashqi jinsiy a'zolar, ko'pincha son sohasiga tarqaladigan chanoq sohasidagi kuchli doimiy og'riqlar jinsiy aloqa va najas vaqtida kuchayadi
- hayz ko'rishdan oldin va keyin qonchil ajralmalar.

Vaginal tekshiruv vaqtida retroservikal sohada -har xil o'lchamdagi mayda, zich, harakatsiz, keskin og'riqli endometrioid bezlar paypaslanadi.

Retrotservikal endometrioz bilan kasallangan bemorlarning ko'pchiligida bachadon tanasi normal o'lchamda bo'lib , orqa tomondan egilgan bo'ladi.

Patologik jarayon to'g'ri ichakka tarqalganda, endometrioz o'choqlarining devor qalinligi bo'ylab "o'sganligi" bilan, notekis sirt bilan zich, keskin og'riqli o'sma palpatsiya qilinadi. Ichak bo'shlig'ining sezilarli darajada torayishi mumkin.

e) **Qin endometriozi**-birlamchi bo'lishi mumkin yoki retrotservikal endometriozning tarqalishining natijasi bo'lishi mumkin, klinik kechishi jarayonga qo'shni organlarning qanchalik zararlanganligiga bog'liq

f) **bachadon-tog'ri ichak orasidagi bo'shliq va dumg'aza boylamlarning qorin pardasi endometriozi**: qorinning pastki qismida va bel qismida og'riqlarga, ba'zida jinsiy aloqa paytida bezovtalikga shikoyatlar bo'ladi.

Vaginal tekshiruvda ba'zida qorin parda yoki dumg'aza boylamlarda endometrioz tugunlarini "tasbeh"shaklida paypaslash mumkin. Ularning palpatsiyasi keskin og'riqli.

g) **tashqi jinsiy a'zolarining endometriozi** - katta jinsiy lablarning tez - tez zararlanishi kuzatiladi, kamroq-kichik jinsiy lablar hamda Bartolin bezlarining zararlanishi kuzatiladi.

Tashxislash: anamnez, klinika, ginekologik tekshiruv, yordamchi usullar (endometrioz markyorlarini aniqlash, ultratovush, gisteroskopiya, kolposkopiya, KT, MRT, angiografiya va dopplerometriya yordamida chanoq bo'shlig'i a'zolarining gemodinamikasini o'rganish, laparoskopiya).

Endometriozni davolash-murakkab, kombinatsiyalangan holda olib boriladi:

- achchiq va yuqori kalloriyalı ovqatlarni cheklash;
 - toza havoda bo'lish va terapevtik gimnastika
 - aqliy, jismoniy va hissiy ortiqcha yuklarni istisno qilish
 - sedativ vositalarni tayinlash (valerian), psixoterapiya, kichik trankvilizatorlar (tazepam)
 - immunokorreksiya
 - vitamin terapiyasi (A, B1, B6 vitaminlari)
 - endometrioz o'choqlarini olib tashlash - reproduktiv funktsiyani turli darajalarda tartibga soluvchi antiendometroid dorilar-antigormonlardan foydalanish:
- 1) kombinirlangan estrogengestogen dorilar (og'iz kontratseptivlari): monofazali (Rigevidon, regulon) va ko'p fazali (tiregol) ta'sir bilan

2) progestinlar (gidroksiprogesteron hosilalari-medroksiprogesteron, Megestrol va xlormadinon va 19-nortestosteron hosilalari-norgestrel, levonorgestrel)

3) antiestrogenlar (tamoksifen)

4) antiprogestinlar (gestrinon)

5) gonadotropin ingibitorlari (danazol)

6) gonadoliberin agonistlari (dekapeptil, zoladeks).

- radon suvlaridan foydalanish

- ferment preparatlari: lidaza, ronidaza, ximotripsin, ximopsin

Jarrohlik davolash uchun ko'rsatmalar:

1. Adenomiyozi-miyometriyal giperplaziya bilan birga keladigan kasallikning diffuz yoki o'smali shakli.

2. Ichki endometriozi tuxumdonlarning giperplastik jarayonlari va/yoki Endometriyal rakoldi kasalliklar bilan birgalikda kelganda .

3. Uch oy davomida konservativ terapiyaning ijobiy ta'sirini bermaganda.

4. Gormon terapiyasiga qarshi ko'rsatmalar mavjudligi-tromboemboliyaga moyillik, varikoz tomirlari va tromboflebit, arterial va venoz qon aylanishining buzilishi, o'tkir va surunkali hepatit, sirroz, diabet, psixoz va psixopatiya, epilepsiya, migren, gipertoniya;

5. Bachadon tanasining ichki endometriozi jarrohlik aralashuvni talab qiladigan ichki jinsiy a'zolarning boshqa kasalliklari bilan kombinatsiyasi

Reproduktiv davrda, reproduktiv funktsiyani saqlashga qiziqish bo'lmasa, shuningdek, premenopozal va postmenopozal davrda bachadonning bo'ynini qoldirgan holda amputatsiyasi yoki uning ektirpatsiyasi amalga oshiriladi. Reprodukativ funktsiyani saqlab qolmoqchi bo'lgan yosh ayollarda organ saqlaydigan operatsiya - miyometrektomiya qilinadi.

Jarrohlikdan so'ng fizioterapiya (sinusoidal modulyatsiyalangan yoki oqim-oqim bilan yod va rux elektroforezi, bo'yin -yuz mintaqasini galvanizatsiya qilish, endonazal galvanizatsiya va boshqalar)tavsiya etiladi.

Profilaktika :

- * abortni oldini olish uchun kontratseptiv vositalardan foydalanish;
- * bachadon ichi manipulyatsiyani iloji boricha kamroq tayinlash;
- * tug'ruq kanali shikastlanishining oldini olish yoki ularni to'liq davolash;
- * maxsus parhezga rioya qilish: siz losos, sardalya, Pollok, ikra, zig'ir moyida boy bo'lgan chala to'yingan yog'li kislotalar bilan boyitish kerak.

8-bob.Tuxumdonlarning yaxshi va yomon sifatli o'smalari.

Tuxumdon o'smalarining klinik va gistologik tasnifi.

I. Tuxumdonning epitelial o'smalari:

1. *Seroz kistomalar:*
 - a) silliq devorli (seroz sistadenoma) yoki silioepitelial;
 - b) papilyar (papilyar serozli sistadenoma)
2. *Mutsinoz kistomalar (psevdomutsinoz):*
 - a) silliq devorli;
 - b) papilyar;
 - c) tuxumdonning psevdomiksomasi
3. *Brenner o'smasi.*
4. *Endometrioid o'smalar*
5. *Yorqin hujayrali*

II. Tuxumdonlarning biriktiruvchi to'qimali o'smalari:

1. *Tuxumdon fibromasi.*

III. Gormonal faol tuxumdon o'smalari (jinsiy organlarning stromal o'smalari):

1. *Feminizatsiyalovchi o'smalar: a) granuloz-hujayrali; b) tekak hujayrali (tekomalari); C) granuloza-hujayrali (aralash)*
2. *Erkaklashtiruvchi (virilizatsiya qiluvchi) o'smalar: a) androblastoma; b) arrenoblastoma; C) lipoid hujayrali o'sma*
3. *Ginandroblastoma-aralash tuzilishdagi o'sma*
4. *Gonadroblastoma-birlamchi jinsiy hujayralar gonotsitlaridan o'sma.*

IV. Germinogen o'smalar:

1. *Yetilmagan*
2. *Yetuk (dermoid kist)*

V. Gonadoblastoma:

1. *chin (boshqa shakllar aralashmasisiz);*
2. *aralash (disgerminoma va boshqa germinogen o'smalar bilan).;*

VI. Tuxumdonlarga xos bo'lmagan yumshoq to'qimalarning o'smalari.

VII. Ikkilamchi (metastatik) o'smalar.

VIII. O'simtasimon jarayonlari:

- 1) *homiladorlik luteomasi;*
- 2) *tuxumdon stromasining giperplaziyasi va gipertekozi;*
- 3) *tuxumdonning katta shishishi;*
- 4) *yagona follikulyar va sariq tana kistasi;*
- 5) *ko'p follikulyar kistalar (tuxumdonlar polikistozi);*
- 6) *ko'p luteinlangan follikulyar kistalar va / yoki sariq tanalar;*
- 7) *endometrioz;*
- 8) *yuzaki epiteliya kistalari-qo'shimchalar;*
- 9) *oddiy kistalar;*
- 10) *yallig'lanish jarayonlari;*
- 11) *paraovarial kistalar.*

IX. Tasniflanmagan o'smalar.

1. Tuxumdonlarning yaxshi sifatli o'smalari va o'simasimon jarayonlari.

Tuxumdon epitelial o'smalari o'smalarning eng keng tarqalgan guruhi bo'lib, ular orasida bir nechta turlari mavjud:

- a) seroz epitelial o'smalari - yaxshi sifatli , chegaralangan va yomon sifatli ; makroskopik jihatdan kistalar yoki kapsulali yoki kapsulasiz qattiq o'sma shaklida bo'lishi mumkin. O'smalarda geterogen konsistensiya xarakterlidir. Oxirgi bosqichlarda o'simta massalari nafaqat kapsuladan o'sib chiqadi, balki qo'shni to'qimalar bilan birlashib, charvi, ichak burmalari va boshqalarni o'z ichiga olgan konglomeratlarni hosil qiladi.
- b) mutsinoz epitelial o'smalari-makroskopik jihatdan kistalar shaklida, ko'pincha katta, ko'p kamerali; shilliq ajratuvchi epitelial qobiliyatiga ega shuningdek u yomon sifatli o'smaga aylanganda bu xususiyatini yo'qotadi
- c) endometriod epitelial o'smalari o'xshash tarkibga ega bo'lgan jigarrang yoki qizg'ish rangdagi turli xil o'lchamlarda bo'ladi

g) yorqin hujayrali (mezonefroid) o'smalar-kamdan-kam uchraydi, ular bir tomonlama, katta, qattiq yoki mayda kistali tuzilishga ega

e) Brenner o'smalari - ko'pincha yaxshi sifatli, oval shaklida, notekis yuzali, tosh zichligi, estrogen aktivligiga ega, assit bilan birga keladi. Boshqa kistomalarda Brenner o'smasi elementlarining rivojlanishi ham mumkin.

Jinsiy tizim stromasidan rivojlangan tuxumdon o'smalari:

a) feminizatsiyalovchi:

1) granuloza hujayralari - har qanday yoshdagi ayollarda uchraydi, gormonal faol, estrogen gormonlarini ishlab chiqaradi, yomon sifatli o'smaga aylanishi bilan ularning bu faolligi pasayadi. Ko'pincha ular bir tomonlama, har xil o'lchamlarda kuzatiladi;

2) tekmalalar (teka hujayrali)-gormonal faol, makroskopik jihatdan tuxumdon miomasiga o'xshaydi, ko'pincha yaxshi sifatli, ammo assit bilan birga bo'lishi mumkin

3) aralash (granuloza-hujayra) - faqat gistologik tashxis qo'yilgan.

b) erkaklashtiruvchi-androblastomalar (Sertoli va Leydig hujayralaridan hosil bo'luvchi o'smalar) - ayolning defeminizatsiyasi va erkaklanishiga olib keladigan gormonal faol o'smalar, ko'pincha yaxshi sifatli hisoblanadi.

Germinogen o'smalar: teratomalar-ularni tashkil etuvchi to'qimalar turi va yetilganlik darajasi jihatidan juda xilma-xil bo'lgan o'smalar guruhi. Yetuk (dermoid kist) va yetilmagan (embrional) teratomalar farqlanadi. Yetuk teratomalar malignizatsiya qilinishi mumkin ("dermoid kistdagi saraton") va yetuk bo'lmaganlar turlarida klinik kechishi jihatdan juda xavfliligi bilan ajralib turadi.

Tuxumdon o'smalarining klinik kechishi aniq emas, bu ularning kech tashxis qo'yilishining asosiy sababidir (rivojlangan bosqichlarda):

a) subyektiv belgilar: og'riq, oshqozon-ichak trakti va siydik tizimining disfunktsiyasi, umumiy simptomlar (zaiflik, vazn yo'qotish, bezovtalik, charchoq va holsizlik, tana haroratining ko'tarilishi, uyqu buzilishi, o'zini yomon his qilish).

b) obyektiv belgilar: qorin bo'shlig'ida suyuqlik to'planishi (assit), qorinning kattalashishi, o'smani aniqlash, hayz siklining buzilishi.

v) o'smaning ma'lum bir turiga xos bo'lgan o'ziga xos belgilar: bolalik davridagi granuloz hujayrali o'smalar erta balog'at yoshiga yetish bilan xarakterlanadi,

reproduktiv-meno-va metrorragiyalar bilan, keksa yoshda esa — postmenopozal davrda menstrual qon ketishining paydo bo'lishi, ko'pincha libidoning ko'payishi va boshqalar. qizlarda Androblastomalar yosh qizlarda - erta balog'at yoshiga yetilishiga, katta yoshli ayollarda defeminizatsiya va erkalashishga olib keladi. Astsit tuxumdonlarning xavfli o'smalarining klinik belgisidir, ammo yaxshi sifatli (fibroma, Brenner o'smasi) bilan ham kuzatilishi mumkin.

Diagnostika: so'rovnoma, bimanual tadqiqot, laboratoriya ma'lumotlari, ultratovush, sitologiya bilan kuldosentez, hamda alohida diagnostik kuretaj bilan gisteroskopiya qilinadi, KT va boshqalar.

Davolash: jarrohlik, jarrohlik aralashuv hajmi malignizatsiyani istisno qilgandan keyin aniqlanadi (shoshilinch gistologik tekshiruv, sitologiya yordamida). Bolalik, prepubertal va balog'at yoshida, reproduktiv yoshda ham bir tomonlama, ham ayniqsa ikki tomonlama tuxumdon o'smalari bilan operatsiyalar tuxumdon to'qimasini o'zgarmagan holda (rezektsiya turi bo'yicha) amalga oshirilishi kerak. Shishlarni bir tomonlama olib tashlash holatlarida shoshilinch gistologik tekshiruv bilan ikkinchi tuxumdonni rezektsiya qilish amalga oshiriladi. Perimenopozal davrdagi ayollarda tuxumdon o'smalari kuzatilsa -gisterektomiya ortiqlari bilan birga o'tkaziladi.

Metastatik tuxumdon o'smalari.

Har qanday tuxumdon o'smalari bilan xavfli o'smaning har qanday organlarga (joyga) metastaz berishi mumkin, ko'pincha - oshqozon-ichak trakti va ko'krak saratonida ko'rinishida kuzatiladi. Ko'pincha metastatik tuxumdon saratoni bachadon, uning bo'yni va boshqa jinsiy a'zolarining birlamchi shikastlanishi bilan yuzaga keladi. Metastazlanish limfogen, gematogen va boshqa yo'llar bilan sodir bo'ladi. Oshqozon-ichak trakti metastazlari ko'pincha ikkala tuxumdonga (Krukenberg o'smasi) ko'ribishida zararlaydi.

Diagnostika: anamnez, umumiy ginekologik tekshiruv va maxsus tadqiqot usullari ma'lumotlari:

- a) sitologik usul-seroz bo'shliqlardan suyuqlikni, o'simta punktatlarini, o'simta yuzasidan surtmaolishga asoslangan
- b) rentgenologik tekshirish usullari (limfografiya, kompyuter tomografiyasi)
- C) ultratovush tekshiruvi
- D) diagnostik laparoskopiya

e) o'simta belgilarini aniqlash - o'simta to'qimalari tomonidan ishlab chiqariladigan oqsil tabiatidagi antigenlarni aniqlash.

Tashxis qo'yishdagi qiyinchiliklar kuzatilishi tabiiy, chunki dastlabki bosqichlarda xavfli o'smalarning patognomonik belgilari yo'qligidadir. Saratonning klinik kechishi klinikadan oldingi davrda sodir bo'ladi. Ayollarning profilaktik va boshqa tekshiruvlarida onkologik tushunchaga ega bo'lish har doim mavjud bo'lishi kerak, bu tuxumdon o'smalarini o'z vaqtida tashxislash muvaffaqiyatining kalitidir.

Davolash: taktika jarayonning birlamchi lokalizatsiyasini hisobga olgan holda aniqlanadi:

1. Davolash jarayon bosqichi va gistotipni hisobga olgan holda aniqlanadi. Odatda jarrohlik, nur terapiyasi, kimyoterapiya, gormon terapiyasi va immunoterapiyani o'z ichiga olgan kombinatsiyalangan holda davolash amalga oshiriladi. Ularning kombinatsiyasi variantlari alohida tanlanadi.
2. Tanlov operatsiyasi - bachadon ortiqlari va katta charvini olib tashlash bilan gisterektomiya (Total yoki subtotal). Omentektomiya har doim charvilarda metastaz jarayoni kuzatilganda amalga oshiriladi. Ko'rsatmalarga ko'ra, ichak, limfa tugunlari va boshqalar sohasidagi metastazlar olib tashlanadi. Ba'zi hollarda, jarayonning sezilarli darajada tarqalishi bilan operatsiya faqat asosiy o'sma massalarini olib tashlash bilan cheklanadi. Jarrohlik paytida qorin bo'shlig'i a'zolarini (ichak, oshqozon, jigar, buyraklar va boshqalar) tekshirish majburiydir.
3. Kimyoterapiya jarrohlik amaliyotidan tashqari, xavfli tuxumdon o'smalarida deyarli har doim ko'rsatiladi. Ba'zi hollarda (III-IV bosqich) kimyoterapiya jarrohlik davolashdan oldin bo'lishi mumkin. Hozirgi vaqtda mono yoki poliximoterapiya qo'llaniladi.
4. Yomon sifatli tuxumdon o'smalari uchun nur terapiyasi kamroq qo'llaniladi, asosan kimyoterapiya bilan birlashtirilgan holda qo'llaniladi. I-II bosqichdagi xavfli tuxumdon o'smalari uchun operatsiyadan keyin nur terapiyasi maqsadga muvofiq deb hisoblanadi.
5. Tuxumdon saratonida gormonal terapiya o'simta to'qimalarida estrogen va progesteron retseptorlari mavjudligini hisobga olgan holda estrogen yoki gestagenterapiya turi bo'yicha amalga oshiriladi.
6. Bundan tashqari, immunoterapiya qo'llaniladi.

8.1. Tuxumdon kistasi va kistomasi.

I. Tuxumdonlarning retension kistalari

Tuxumdon kistalari asosan ushlab turiladi. Ular follikullar va sariq tanalardan rivojlanadi.

Tuxumdonlarning retension kistalari paydo bo'lishining ikkita asosiy nazariyasi mavjud.

Birinchi nazariya ularning paydo bo'lishini bachadon ortiqlarining yallig'lanishi bilan bog'liq o'zgarishlar bilan izohlaydi (51,6% holatlar). Bunday holda, chanoq a'zolarining turg'un giperemiyasi va periooforit hodisalarining rivojlanishi katta ahamiyatga ega. Bundan tashqari, giperemiya fiziologik sharoitda hayz tsikli (ovulyatsiya, sariq tana rivojlanish bosqichi), homiladorlik, tug'ish, tug'ruqdan keyingi davr va laktatsiya bilan bog'liq holda kuzatiladi; sabablari jinsiy aloqaning uzilishi, 34,2% hollarda bachadon o'smalari (mioma) sabab bo'lishi mumkin.

Ikkinchi nazariya – gormonal-bemorning tanasida gormonal muvozanatning buzilishi.

Kistalarning rivojlanishi turli yo'llar bilan sodir bo'lishi mumkin. Ba'zi hollarda LG va FSG o'rtasidagi munosabatlarning buzilishi, FSGning ko'payishi, follikulyar kistalarda ovulyatsiya buzilishi (tanadagi luteinizatsiya qiluvchi gormonning yetishmasligi) va luteinizatsiya qiluvchi gipofiz gormonining ortiqcha ishlab chiqarilishi bilan sariq tananing kistalari rivojlanadi. Boshqa hollarda, kistalar turg'un giperemiya fonida paydo bo'ladi, uchinchidan, tuxumdonning oqsil membranasi qalinlashishi sodir bo'ladi, buning natijasida yetilgan follikula yetilmaydi.

Quyidagi turlari farqlanadi:

1. Follikulyar kistalar.
2. Sariq tanadagi kista.
3. Paraovarial kist.
4. Tekalutein kistalari.
5. Endometrioid kist.

II. Tuxumdonning follikulyar kistasi

Bu Graaf follikulasi yorilmasligi sababli paydo bo'lgan bitta kamerali hosila, uning bo'shlig'i granuloza hujayralarining hayotiy faoliyati mahsuloti bo'lgan shaffof suyuqlik bilan to'lgan bo'ladi.

Follikulyar kistaning mavjudligi qolgan follikulalarda tuxumning pishishi va ovulyatsiya jarayonlarini buzmaydi.

Follikulyar kista odatda ko'p kuzatiladi. Kichik o'lchamda u asimptomatik bo'ladi, diametda 10 sm gacha bo'lishi mumkin, yumaloq, bitta kamerali, silliq yuzasi, qattiq elastik konsistensiyasi, ingichka devorli, harakatchan, palpatsiya paytida og'riqsiz, oyog'i bor, o'z-o'zidan yorilib ketishi mumkin va ko'pincha bimanual tekshiruvda yirtilib ketadi.

Tashxis bimanual ultratovush tekshiruvi ma'lumotlariga asoslanadi (3 dan 10 sm gacha bo'lgan ingichka devorli, gipoexogen hosila bo'lib tuxumdonda kuzatiladi).

III. Sariq tana kistasi

Follikulyar kistalardan farqli o'laroq, sariq tana kistalari ancha kam uchraydi. Ularning rivojlanishi ovulyatsiyadan keyin follikulaning bo'shlig'i pasaymasligi va umuman luteyin hujayralar bilan to'lmasligi bilan bog'liq, chunki odatda mavjud bo'ladi, va seroz suyuqlik bilan cho'ziladi. Kista devori bir necha qator lutein va tekalutein hujayralaridan iborat. Kista o'sishi bilan lutein hujayralar va ichki devorning kista elementlari atrofiyasi paydo bo'ladi. Sariq tana kistasi gormonal faol emas.

Kista odatda bir tomonlama bo'ladi, kichik o'lchamlarining-diametri 3-4 sm, elastik konsistensiyali, og'riqsizdir. Bo'linganda sariq yoki to'q sariq ranglarning xilma-xilligi qayd etilgan. Kistaning lutein to'qimasi sariq tana kabi siklik o'zgarishlarga uchraydi. Shu munosabat bilan, sariq tananing qon tomirlanish bosqichida kist bo'shlig'iga qon ketish paydo bo'ladi. Odatda, kista hayz davrining 2-bosqichida paydo bo'ladi va kattalashadi.

Odatda bemorda homiladorlikning dastlabki bosqichlarida belgilari paydo bo'ladi-hayz ko'rishning kechikishi, sut bezlarining shishishi; vaginal tekshiruvda bachadonning kattalashishi, jinsiy yo'llardan qonli ajralmalarning ajralishi qayd etiladi. Ushbu bosqichda bachadon va bachadondan tashqari homiladorlik bilan differentsial tashxis qo'yish kerak. bunda Siydik tarkibidagi XGCH miqdorining tekshirilishi orqali amalga oshiriladi, XGCH miqdori sariq tana kistasida o'zgarish aniqlanmaydi. Tashxis qo'yish uchun, qoida tariqasida, bimanual tekshiruv, ultratovush yetarli.

Bemorni davolashda kutish taktikasi bemor ahvoli nazoratlanadi . Umuman olganda, sariq tana kistalari va follikulyar kistalar teskari rivojlanishga uchraydi. Agar bu 2-3 oy ichida kuzatilmasa yoki kistaning ko'payishi tendentsiyasi mavjud bo'lsa, operatsiya ko'rsatiladi, uning davomida sog'lom to'qimalarda tuxumdonni rezektsiya qilish amalga oshiriladi. Sariq tana kistalari, follikulyar kabi, qaytalanishi mumkin.

9-bob.Rivojlanish anomaliyasi va ayol jinsiy a'zolarining noto'g'ri joylashishi.

Qizlarda jinsiy a'zolarining anatomik va fiziologik xususiyatlari

Jinsiy rivojlanishda qizlar bir necha davrlarni ajratib ko'rsatishadi:

- * bachadon ichi;
- * yangi tug'ilgan chaqaloqlik davri (4 hafta);
- * neytral davr (1 yildan 8 yilgacha);
- * prepubertat davr (8 yoshdan 12 yoshgacha yoki menarxgacha);
- * balog'at yoshi:

1-bosqich (menarx bilan (12 yosh) 16 yoshgacha).

2-bosqich (16 yoshdan 21 yoshgacha).

Bachadon ichi davri

Xomilaning genetik jinsi jinsiy hujayralar birlashishi jarayonida hosil bo'lgan jinsiy xromosomalar to'plami bilan belgilanadi. XX xromosomalar to'plami shaxsning ayol jinsini aniqlaydi.

Xomilaning jinsiy a'zolarining rivojlanishi va differentsiatsiyasi homilaga onaning qonidan, platsentadan keladigan, shuningdek homila tanasida hosil bo'lgan jinsiy gormonlar ta'siri ostida sodir bo'ladi.

Ayol jinsiy a'zolari siydik tizimi bilan yaqin aloqada rivojlanadi. Bachadon ichi rivojlanishining 5-haftasida birlamchi buyrakning medial yuzasida (Volfiya tanasi) jinsiy tizimcha hosil bo'ladi, undan keyinchalik tuxumdon hosil bo'ladi. Jinsiy bez rivojlanishining dastlabki bosqichlarida ikkala jins uchun ham bir xil bo'lgan befarq xarakterga ega.

Tuxumdonning rivojlanishi embrional rivojlanishning 11-12 xaftaligidan boshlanadi. 18 xaftada homila tuxumdonida allaqachon ishlay boshlagan

primordial follikulalar mavjud bo'ladi, ammo homila tuxumdonlarining gormonal funktsiyasi past darajada bo'ladi.

Bachadon, bachadon naychalari va qin siydik-tanosil sinusiga oqib tushadigan Myuller yo'llaridan rivojlanadi va embrional rivojlanish jarayonida, 2- oyidan boshlab, yo'llarning o'rta va pastki qismlarida birlashadi, qin va bachadon hosil bo'ladi (bachadon ichi rivojlanishining 3-oyida). Myuller yo'llarining birlashmagan yuqori uchdan bir qismidan fallop naychalari rivojlanadi. Bachadonning eng intensiv o'sishi bachadon ichi rivojlanishining 21-haftasidan boshlab qayd etiladi.

Tashqi jinsiy a'zolar siydik-tanosil sinusdan rivojlanadi. Ayol tipidagi tashqi jinsiy organlarning rivojlanishi 17-haftada tugaydi.

Neonatal davr

Yangi tug'ilgan chaqaloqning jinsiy a'zolari bachadon ichi hayot davomida olingan onaning jinsiy gormonlariga bog'liq xususiyatlarga ega. Klitor nisbatan kattaroq. Kichik jinsiy lablar faqat qisman katta bilan qoplangan. Vestibulyar bezlar ishlamaydi, qizlik pardasi jinsiy yo'lda chuqurroq joylashgan. Qinga kirish yopishqoq shilimshiq bilan qoplanishi mumkin. Qin vertikal ravishda joylashgan, uning shilliq qavati 30-40 qatlamli yassi epiteliydan iborat bo'lib, u asosan oraliq hujayralar bilan tashkil topgan, Qinda PH muhiti ishqoriyligi yuqori, qinda Doderlein tayoqchalari mavjud bo'lib , tarkibning reaksiyasi kislotali.

Yangi tug'ilgan chaqaloqning tanasidan jinsiy gormonlar chiqarilishi bilan shilliq qavatining morfologiyasi va qinning ajralmalarining tabiati o'zgaradi. Jinsiy gormonlar darajasining sezilarli darajada pasayishi tug'ilgandan keyingi dastlabki 10 kun ichida sodir bo'ladi, buning natijasida ko'p qavatli yassi epitelia qatlamlari soni 2-3 martagacha kamayadi, kislota reaksiyasi neytralga aylanadi, Doderlein tayoqchalari yo'qoladi.

Tug'ilgandan 3-9 kun o'tgach, yangi tug'ilgan chaqaloqning organizmida estrogen darajasining pasayishi tufayli sut bezlarining ko'payishi, qindan qonli ajralmalari — jinsiy inqiroz bo'lishi mumkin.

Yangi tug'ilgan chaqaloqning bachadoni nisbatan katta va qorin bo'shlig'ida joylashgan, bachadon bo'yni va bachadon tanasining nisbati 3:1. Tana va bachadon bo'yni deyarli bir-biri bilan burchak hosil qilmaydi.

IV. Tekalutein kistalari

Tekalutein kistalari follikullarning teka to'qimasiga katta miqdordagi luteinlashtiruvchi gormonni o'z ichiga olgan xorionik gonadotropinning stimullovchi ta'siri ostida hosil bo'ladi. Ular ikki tomonlama, ulkan o'lchamlarga yetadi, trofoblast kasalliklari kabi kasalliklarning sheriklari hisoblanadi. Asosiy kasallik davolanganda, tekalutein kistalari eriydi va shuning uchun jarrohlik yo'li bilan davolanmaydi.

V. Paraovarial kista

Paraovarial kista mezoneftral kanalning qoldig'i bo'lgan epioforon – tuxumdon usti ortiqlardan (paraovariya) hosil bo'ladi.

Kista ko'pincha bitta kamerali, ingichka devorli, interstisial joylashgan, tarkibi shaffof, suyuq, oqsillarga boy bo'lmagan, tarkibida Mutsin yo'q. Hajmi bo'yicha paraovarial kist diametri bir necha santimetrdan yangi tug'ilgan chaqaloqning boshining o'lchamiga qadar bo'lishi mumkin. Shakli sharsimon yoki ovoiddir. Tuxumdon patologik jarayonda ishtirok etmaydi, bachadon naychasi ko'pincha kist yuzasida tarqaladi. Paraovarial kistaning devori biriktiruvchi to'qimalardan iborat bo'lib, ichki yuzasi silliq, bir qavatli silindrsimon yoki yassi epiteliy bilan qoplangan.

Odatda 20-30 yoshda uchraydi va tuxumdonning barcha o'smalari va o'simtasimon hosilalarining taxminan 10% ni tashkil qiladi. Kichik o'lchamlarda kista hech qanday tarzda namoyon bo'lmaydi. Katta hajmda-qorinning pastki qismida va dumg'azada og'riq, dizurik hodisalar kabi belgilar paydo bo'ladi. Kist asta-sekin rivojlanadi, malignizatsiya juda kam uchraydi. Bimanual tekshiruvda intraligamental joylashuvi tufayli harakati cheklangan kista hosilasi aniqlanadi. Kistaning pastki chegarasida ba'zida tuxumdonni paypaslash mumkin. Tashxis ultratovush tekshiruvi bilan aniqlanadi (o'simta gipoexogen (suyuqlik) hosila tuxumdon yaqinida aniqlanadi).

Davolash

Kistani davolash jarrohlik yo'li bilan amalga oshiriladi, chunki parovarial kistalar teskari rivojlanmaydi. Jarrohlik kistani bo'shatishdan iborat. Fallop naychasi va tuxumdon saqlanib qoladi. Paraovarial kistning qaytalanishi kuzatilmaydi.

9-bob.Rivojlanish anomaliyasi va ayol jinsiy a'zolarining noto'g'ri joylashishi.

Qizlarda jinsiy a'zolarining anatomik va fiziologik xususiyatlari

Jinsiy rivojlanishda qizlar bir necha davrlarni ajratib ko'rsatishadi:

* *bachadon ichi;*

* *yangi tug'ilgan chaqaloqlik davri (4 hafta);*

* *neytral davr (1 yildan 8 yilgacha);*

* *prepubertat davr (8 yoshdan 12 yoshgacha yoki menarxgacha);*

* *balog'at yoshi:*

1-bosqich (menarx bilan (12 yosh) 16 yoshgacha).

2-bosqich (16 yoshdan 21 yoshgacha).

Bachadon ichi davri

Xomilaning genetik jinsi jinsiy hujayralar birlashishi jarayonida hosil bo'lgan jinsiy xromosomalar to'plami bilan belgilanadi. XX xromosomalar to'plami shaxsning ayol jinsini aniqlaydi.

Xomilaning jinsiy a'zolarining rivojlanishi va differentsiatsiyasi homilaga onaning qonidan, platsentadan keladigan, shuningdek homila tanasida hosil bo'lgan jinsiy gormonlar ta'siri ostida sodir bo'ladi.

Ayol jinsiy a'zolari siydik tizimi bilan yaqin aloqada rivojlanadi. Bachadon ichi rivojlanishining 5-haftasida birlamchi buyrakning medial yuzasida (Volfiya tanasi) jinsiy tizimcha hosil bo'ladi, undan keyinchalik tuxumdon hosil bo'ladi. Jinsiy bez rivojlanishining dastlabki bosqichlarida ikkala jins uchun ham bir xil bo'lgan befarq xarakterga ega.

Tuxumdonning rivojlanishi embrional rivojlanishning 11-12 xaftaligidan boshlanadi. 18 xaftada homila tuxumdonida allaqachon ishlay boshlagan primordial follikulalar mavjud bo'ladi, ammo homila tuxumdonlarining gormonal funktsiyasi past darajada bo'ladi.

Bachadon, bachadon naychalari va qin siydik-tanosil sinusiga oqib tushadigan Myuller yo'llaridan rivojlanadi va embrional rivojlanish jarayonida, 2- oyidan boshlab, yo'llarning o'rta va pastki qismlarida birlashadi, qin va bachadon hosil bo'ladi (bachadon ichi rivojlanishining 3-oyida). Myuller yo'llarining birlashmagan yuqori uchdan bir qismidan fallop naychalari rivojlanadi. Bachadonning eng

intensiv o'sishi bachadon ichi rivojlanishiningning 21-haftasidan boshlab qayd etiladi.

Tashqi jinsiy a'zolar siydik-tanosil sinusdan rivojlanadi. Ayol tipidagi tashqi jinsiy organlarning rivojlanishi 17-haftada tugaydi.

Neonatal davr

Yangi tug'ilgan chaqaloqning jinsiy a'zolari bachadon ichi hayot davomida olingan onaning jinsiy gormonlariga bog'liq xususiyatlarga ega. Klitor nisbatan kattaroq. Kichik jinsiy lablar faqat qisman katta bilan qoplangan. Vestibulyar bezlar ishlamaydi, qizlik pardasi jinsiy yo'lda chuqurroq joylashgan. Qinga kirish yopishqoq shilimshiq bilan qoplanishi mumkin. Qin vertikal ravishda joylashgan, uning shilliq qavati 30-40 qatlamli yassi epiteliydan iborat bo'lib, u asosan oraliq hujayralar bilan tashkil topgan, Qinda PH muhiti ishqoriyligi yuqori, qinda Doderlein tayoqchalari mavjud bo'lib, tarkibning reaksiyasi kislotali.

Yangi tug'ilgan chaqaloqning tanasidan jinsiy gormonlar chiqarilishi bilan shilliq qavatining morfologiyasi va qinning ajralmalarining tabiati o'zgaradi. Jinsiy gormonlar darajasining sezilarli darajada pasayishi tug'ilgandan keyingi dastlabki 10 kun ichida sodir bo'ladi, buning natijasida ko'p qavatli yassi epitelia qatlamlari soni 2-3 martagacha kamayadi, kislota reaksiyasi neytralga aylanadi, Doderlein tayoqchalari yo'qoladi.

Tug'ilgandan 3-9 kun o'tgach, yangi tug'ilgan chaqaloqning organizmida estrogen darajasining pasayishi tufayli sut bezlarining ko'payishi, qindan qonli ajralmalari — jinsiy inqiroz bo'lishi mumkin.

Yangi tug'ilgan chaqaloqning bachadoni nisbatan katta va qorin bo'shlig'ida joylashgan, bachadon bo'yni va bachadon tanasining nisbati 3:1. Tana va bachadon bo'yni deyarli bir-biri bilan burchak hosil qilmaydi.

9.1. Ginekologik kasalliklarni tibbiy-genetik tashxislash qilish usullari

Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti ma'lumotlariga ko'ra, genetik anomaliyalar yangi tug'ilgan chaqaloqlarning 5 foizida uchraydi va har yili 5 yoshgacha bo'lgan 3,3 million bolaning o'limiga sabab bo'ladi. Yana 3,2 million chaqaloq nogiron tug'iladi. Ushbu yosh guruhidagi bolalarda nogironlikning asosiy etiologik omillari homilador ayollarning sog'lig'i va teratogen omillarning ta'siridir. Ikkinchisiga yuqumli kasalliklar, ionlashtiruvchi nurlanish, radionuklidlar, o'smaga qarshi dorilar, gormonal dorilar va giyohvand moddalar kiradi. Tug'ma nuqsonlarning irsiy omillari erta chaqaloqlar o'limi va bolalik nogironligining 40-50 foizini

keltirib chiqaradi va insoniyatning 5 foizida namoyon bo'lgan aholining genetik yukini tashkil qiladi.

Xomilada tug'ma anomaliyalarni erta tashxislash uchun diagnostik va prognostik skrining texnologiyalari va usullari to'plami ishlab chiqilgan va qo'llanilgan - prenatal genetik diagnostika (PD) natijalari bolaning ota-onasiga, agar patologiya aniqlansa, homiladorlikni davom ettirish yoki to'xtatish haqida asosli qaror qabul qilishga imkon beradi.

Tibbiy genetik maslahat uchun ko'rsatmalar

1. Ayoldagi ginekologik patologiyani istisno qilgandan keyin, shuningdek, erida aspermiya mavjudligida turmush o'rtoqlarning birlamchi bepushtligi.
2. Ikkilamchi jinsiy xususiyatlarning rivojlanmaganligi bilan birlamchi amenoreya (Shereshevskiy-Terner sindromiga shubha, gonadal disgenez).
3. Jinsiy farqlanishning buzilishi, adrenogenital sindrom.
4. Takroriy spontan abortlar, o'lik tug'ilishlar, rivojlanmagan homiladorlik.
5. Rivojlanish nuqsonlari va Daun kasalligi bilan bolaning tug'ilishi.
6. Er, xotin yoki ularning qarindoshlarida har qanday irsiy kasallik yoki tug'ma nuqsonlarning mavjudligi.
7. 8-10 xaftada bu homiladorlikni to'xtatishning bir nechta tahdidlari.
8. Kontseptsiyadan oldin yoki homiladorlikning birinchi haftalarida turmush o'rtoqlar tomonidan qabul qilingan teratogen ta'sirga ega bo'lgan dori-darmonlarni qabul qilish.
9. Homiladorlik davrida, ayniqsa 18-20 xaftadan oldin kasallangan infeksiyalar: qizilcha, gripp, qizamiq, suvchechak, sitomegaliya, toksoplazmoz, listerioz.
10. Homilador ayol va uning eri uchun xavfli ishlarda ishlash, homilador ayolning rentgenologik tekshiruvi, ayniqsa homiladorlikning birinchi trimestrida.
11. Ushbu homiladorlik davrida ko'psuvlilik yoki kamsuvlilik.
12. Homilador ayol 37 yosh va undan katta.
13. Qarindoshlarning nikohi.

14. Bepushtlik bilan aziyat chekkan, ikkilamchi jinsiy belgilari va jinsiy a'zolar to'liq rivojlanmagan, Kliyenfelter sindromiga shubha qilingan erkaklar maslahat uchun yuboriladi.

15. Aqli zaif, o'sishda kechikish, jismoniy rivojlanish, sudurgik sindrom, rivojlanish nuqsonlari, Daun sindromiga shubha qilingan, skeletning displaziyasi bo'lgan bolalar yuboriladi.

16. Homiladorlikning 1 trimestrida prenatal skrining natijasida xavf ostida bo'lgan homilador ayollar, shuningdek, homiladorlikning istalgan bosqichida homila rivojlanishidagi nuqsonlarga shubha qilingan homilador ayollar yuboriladi.

17. Neonatal skrining natijasida yangi tug'ilgan chaqaloqlarda tug'ma gipotireoz, fenilketonuriya, mukovistsidoz, galaktozemiya, adrenogenital sindromiga shubha bo'lganda yuboriladi.

Maslahat oluvchilar o'zlari bilan tibbiy muassasadan, homilador ayollar shuningdek, homilador ayolning tibbiy kartasini, o'lik tug'ilgan yoki o'lgan bolaning autopsiya xulosasidan ko'chirma (patologoanatomik tashxis), o'z-o'zidan tushish holatlarida bachadon bo'shlig'idan gistologik qirma ma'lumotlari, har ikkala turmush o'rtoqning qon guruhi va Rh faktori to'g'risidagi ma'lumotlar, bepushtlik nikohida urning spermagrammasi to'g'risidagi ma'lumotlar, bolaning ambulatoriya kartasi yoki bolalar poliklinikasidan ko'chirma bo'lishi kerak.

I. Konsultativ maslahatlashuvlar shanba va yakshanba kunlaridan tashqari har kuni soat 8:30 dan 15:30 gacha o'tkaziladi. Sog'liqni saqlash muassasalariga murojaat qilish uchun oldindan ro'yxatdan o'tish bepul; Genetik bilan uchrashuv paytida quyidagilar amalga oshiriladi:

- kompyuter diagnostikasi dasturlari yordamida bolalar va kattalardagi bemorlarda irsiy kasalliklar diagnostikasi:

"Oksford tibbiy ma'lumotlar bazasi", irsiy va tug'ma patologiyalar bo'yicha xalqaro registrlarning ma'lumotlar bazasi.

- klinik va genealogik tahlil (naslchilikni tuzish va tahlil qilish)

neonatal skrining natijalariga ko'ra tashxisni aniqlashtirish uchun bolalarga maslahat berish.

- homilador ayollarga prenatal diagnostika va naslning prognoz qilish maqsadida maslahatlar berish.

- "Astraya" kompyuter dasturidan foydalangan holda homilador ayolda Daun sindromi va boshqa xromosoma kasalliklari bilan bola tug'ilishining individual xavfini hisoblash.

-Fenilketonuriya bilan og'rigan bemorlarni davolash, "FKU Dieta" kompyuter dasturi yordamida parhez ovqatlanishini hisoblash.

-Irsiy sabablarni istisno qilish uchun bepusht nikohlar, rivojlanmagan homiladorlik bo'lgan oilalar bilan maslahatlashish.

- irsiy kasalliklar va tug'ma nuqsonlari bo'lgan bemorlarni tibbiy ko'rikdan o'tkazish, genetik ro'yxatlarni yuritish.

II. Prenatal (tug'ruqqacha) diagnostika tibbiy genetik konsultatsiya asosida amalga oshiriladi va quyidagilarni o'z ichiga oladi:

1 Ultratovush tekshiruvi - homiladorlikning I-III trimestrlarida homilada tug'ma nuqsonlarni tasdiqlash uchun homilador ayollarni o'rganish.

2. Fetoplasentar yetishmovchilikni aniqlash uchun homiladorlikning 24 yoki undan ko'p haftalarida Doppler tadqiqotlarini o'tkazish.

3. Homiladagi xromosoma patologiyasining genetik xavfini hisoblash uchun skrining rejimida homiladorlikning birinchi trimestrida PAPP-A (homiladorlik bilan bog'liq protein A) va beta XGCh (inson xorionik gonadotropini, erkin subbirligi) markerlarini o'rganish.

4. Xomilada xromosoma patologiyasini istisno qilish uchun invaziv prenatal diagnostika (kordosentez, platsentosentez, xorionik biopsiya) - homilador ayol qabul qiladigan genetik mutaxassisning dastlabki maslahatidan so'ng prenatal skrining natijasida xavf ostida bo'lgan homilador ayollar uchun jarayon haqida to'liq ma'lumot olgandan so'ng o'tkaziladi.

Prenatal diagnostika maqsadida tibbiy genetik konsultatsiyada homiladagi tug'ma nuqsonlarni, homila-platsenta yetishmovchiligini aniqlash va ginekologik kasalliklarga tashxis qo'yish uchun yuqori sifatli va malakali uskunalardan foydalaniladi:

1. "VOLUSON-E8" ultratovushli skaner - Volumetrik rekonstruksiya funksiyasi, 4D skanerlash xususiyatiga ega .

2. Ultratovushli skaner "VOLUSON – 730 Pro V" raqamli skaner hajmli rekonstruksiya funksiyasi va 4D skanerlash

III. Laboratoriya tadqiqotlari Moskva shahar klinik kasalxonasida genetiklar, shuningdek, akusher-ginekologlar, pediatriklar va boshqa mutaxassisliklar shifokorlari yo'llanmasiga asosan olib boriladi:

1. Homilador ayollarning qon zardobini homiladagi tug'ma patologiya markerlari uchun o'rganish:

A) PAPP-A (homiladorlik bilan bog'liq protein A) va beta XGCh (inson xorionik gonadotropini, erkin subbirligi) homiladorlikning birinchi trimestrida skrining rejimida aniqlash.

B) Ko'rsatmaga asosan homiladorlikning ikkinchi trimestrida alfafetoprotein (AFP), inson xorionik gonadotropini (XGCh) aniqlash.

2. Bolalar va kattalardagi irsiy kasalliklarni aniqlash bo'yicha tadqiqotlar o'tkazish:

- aminokislotalar va uglevodlarni yupqa qatlamli xromatografiya yordamida aniqlash;

- "Nanodakt" qurilmasi yordamida terdagi natriy va xlorini o'rganish

- siydikdagi glikozaminoglikanlarni o'rganish;

- aminoatsiduriya, ketokislotalar, qaytalanuvchi moddalar uchun siydik tahlili;

- qon zardobida gliadinni o'rganish.

Tekshiruvlar aminokislotalar va uglevodlar almashinuvining buzilishlarini tashxislash, agar biriktiruvchi to'qima displaziyasiga shubha bo'lsa, malabsorbtziya sindromi, mukovistsidoz, seliakiya kasalligini aniqlash uchun o'tkaziladi.

1. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarni irsiy kasalliklar fenilketonuriya, tug'ma gipoterioz, galaktozemiya, mukovistsidoz, adrenogenital sindrom tashxislash uchun ommaviy skrining o'tkaziladi. Tekshiruv barcha yangi tug'ilgan chaqaloqlarda amalga oshiriladi, qon tug'ruqxonada maxsus test shakli yordamida bolaning tovonidan olinadi; Sinov shakli MGK laboratoriyasiga yetkaziladi, u yerda tadqiqot o'tkaziladi. Xavf ostida bo'lgan yangi tug'ilgan chaqaloqlar tashxisni aniqlashtirish uchun genetik mutaxassisni ko'rishga chaqiriladi.

1. Bolalar va kattalardagi infeksiyalar uchun IFA yordamida qon zardobini o'rganish:

- herpes simplex virusi, I, II tip, immunoglobulin M, G

- sitomegalovirus, immunoglobulin M, G, avidlik

- qizilcha virusi, immunoglobulin M, G, avidlik
- Epshteyn-Barr virusi, immunoglobulin M, G
- toksoplazmoz, immunoglobulin M, G, avidlik

1. Bolalar va kattalarda IFA yordamida qon zardobini immuno-allergologik tadqiqotlar.

1.maxsus immunoglobulin E (oziq-ovqat, maishiy, qo'ziqoringa)

2.gelmintlarga, lambliyalarga antitelalar.

3.askaridaga antitelalar

9.2. Qizlar, o'smirlar va yosh ayollarda jinsiy a'zolar anomaliyalari.

Jinsiy organlarning rivojlanishidagi anomaliyalar odatda embrional davrda, kamdan-kam hollarda tug'ruqdan keyingi davrda sodir bo'ladi.

Etiopatogenezi: sabablari embrion, ehtimol homila va hatto tug'ruqdan keyingi davrda ta'sir qiluvchi teratogen omillar:

a) tashqi teratogen omillar: ionlashtiruvchi nurlanish; infeksiya; dorilar, ayniqsa gormonal dorilar; kimyoviy; atmosfera (kislorod yetishmasligi); metabolik jarayonlarni va hujayra bo'linishini buzadigan ozuqaviy (yomon ovqatlanish, vitamin etishmasligi) va boshqalar.

b) ichki teratogen ta'sirlar - ona organizmining barcha patologik holatlari, ayniqsa gormonal gomeostazning, shuningdek, irsiy buzilishiga yordam beradigan omillar.

Jinsiy organlarning rivojlanish anomaliyalarining tasnifi:

a) lokalizatsiya bo'yicha (organga qarab)

b) og'irlik darajasi bo'yicha:

- yengil, jinsiy organlarning funktsional holatiga ta'sir qilmaydigan
- o'rta , jinsiy organlarning faoliyatini buzadi, lekin bola tug'ish imkoniyatini beradi.
- og'ir, bola tug'ish ehtimoli bundan mustasno

Bachadon va qinning tug'ma nuqsonlarning rivojlanish xususiyatlari anomaliya shakliga bog'liq va quyidagilar bilan birga bo'lishi mumkin:

1) hayz ko'rishning yo'qligi va jinsiy faoliyatning mumkin emasligi (bachadon va qin aplaziyasi)

2) gematokolpos, gematometriya (qizlik pardasi, oraliq atreziyasi, funksional bachadon bilan qinning bir qismi yoki to'liq aplaziyasi) hosil bo'lishi bilan hayz ko'rish qonining butunlay kechikishi.

O'smirlik davrida rivojlanish nuqsonlari klinik ko'rinishda namoyon bo'ladi, hayz ko'rish qonining to'liq yoki qisman kechikishi bilan birga keladi. Bunday holda og'riq sindromi xarakterlidir, uning intensivligi va tabiati rivojlanish nuqsoni shakli bilan belgilanadigan xususiyatlarga ega. Qizlik pardasi atreziyasi, qinning bir qismi aplaziyasi va bir qinning qisman aplaziyasi bilan qin va bachadonning dublikatsiyasi bilan vaqti-vaqti bilan takrorlanuvchi, intensivligi kuchayuvchi og'riqlar bilan xarakterli bo'ladi. Funksional bachadon butun qin aplaziyasi bo'lgan qizlar va qo'shimcha ravishda yopiq funksional shoxli bachadoni bo'lgan bemorlar uchun birlamchi dardsimon og'rig'i odatiy bo'lib, tez doimiy bo'lib, intensivligi kuchayib boradi. Eng og'ir klinik ko'rinish funksional bachadon bilan butun qin aplaziyasi bo'lgan qizlarda va qo'shimcha ravishda yopiq funksional shoxli bachadoni bo'lgan bemorlarda kuzatiladi.

3) gematokolpos, gematometra (qo'shimcha yopiq qin, qo'shimcha yopiq shoxli bachadon) shakllanishi bilan hayz qonining kelishining bir tomonlama kechikishi;

4) Birlamchi rivojlanmagan homiladorlikda (bachadon ichi to'sig'i), jinsiy faoliyatdagi qiyinchiliklar (ikkita bachadon, to'liq yoki to'liq bo'lmagan qin to'sig'i).

Tashxis: anamnez, klinika, batafsil ginekologik tekshiruv, qo'shimcha tadqiqotlar (ultratovush, pnevmoperitoneum sharoitida tos a'zolarining rentgenogrammasi, ekskretor urografiya, ekografiya, gisterosalpingografiya, laparoskopiya va boshqalar).

Bachadon va qinning aplaziyasi.

Bachadon aplaziyasi ko'pincha qin aplaziyasi bilan qo'shiladi - Mayer-Rokitanskiy-Kyuster sindromi, bu quyidagi belgilar bilan tavsiflanadi: ikkita rudimentar shoxli bachadon kanalizatsiyasiz, qin aplaziyasi, birlamchi amenoreya bilan ifodalanadi.

Bachadon va qin aplaziyasi bilan asosiy shikoyatlar oddiy jinsiy hayotni davom ettira olmaslik, hayz ko'rishning yo'qligi, ko'pchilik bemorlarda qorinning pastki qismida har oy pastga tortuvchi og'riq, sut bezlarining to'lib ketishi, ba'zida burundan qon ketish, bosh og'rig'i va boshqalar bilan birga keladi.

Tashxis: klinik, ginekologik tekshiruv, ultratovush va laparoskopiya tekshiruvi asosida amalga oshiriladi.

Davolash: sun'iy qin yaratish - kolpopoez: Aleksandrov bo'yicha sigmasimon ichakdan, Gigovskiy bo'yicha sigmasimon ichakning segmentidan, tos qorin pardasidan, kichik lablar to'qimalarining qoldig'idan, qon ketishsiz usulda amalga oshiriladi.

Qinning pastki qismining uchdan ikki qismining aplaziyasi bilan klinik ko'rinish hayz ko'rish boshlanganidan keyin paydo bo'ladi va og'riq bilan xarakterlanadi, rektoabdominal tekshirishda tos suyagining markazida o'simga o'xshash shakllanish aniqlanadi; ba'zida qum soati shaklida. Bachadon bo'yni cho'zilganida hayz ko'rish uchun umumiy to'plovchi (cho'zilgan bachadon, bachadon bo'yni va qin) hosil bo'ladi, u tos bo'shlig'ining markazida oval yoki dumaloq shaklda paypaslanadi.

Davolash: jarrohlik yo'li bilan, to'siqni kesish, odatda cho'zilgan qinning chetlarini tushirish va ularni qin teshigi sohasiga tikish orqali vaginal naychaning o'tkazuvchanligini tiklash uchun qilinadi.

Qinning yuqori uchdan bir qismining aplaziyasi bilan bachadon bo'yni rivojlanmaganligi deyarli har doim kuzatiladi. Menarxiyadan keyin og'riqning erta boshlanishi odatiy holdir. Rektoabdominal tekshiruvda tos bo'shlig'ining markazida dumaloq, og'riqli hosila paypaslanadi.

Davolash: jarrohlik, operatsiya vaqtida bachadon qondan bo'shatiladi, keyin bachadon bo'yni agar (kamdan-kam hollarda) bo'lsa, sun'iy qin yaratiladi; agar bachadon bo'yni bo'lmasa, qondan bo'shatish bachadonda sun'iy ravishda yaratilgan teshik orqali amalga oshiriladi. Keyinchalik, yaratilgan teshik yopilib qolishi mumkin va gematometra yana paydo bo'ladi. Bunday hollarda, agar plastik jarrohlik mumkin bo'lmasa, bachadonni olib tashlashga ko'rsatma hisoblanadi. Ba'zi hollarda sun'iy ravishda yaratilgan bachadon bo'yni kanaliga protektor kiritish amalga oshiriladi, ammo ular odatda muvaffaqiyatsiz tugaydi. Protektor olib tashlangandan so'ng, bachadon devorining chandiqlari paydo bo'ladi va gematometra yana paydo bo'ladi.

Qizlik pardasining atreziyasi.

Qizlik pardasi atreziyasi klinikasi: yetarlicha aniq gematokolpos bilan, tashqi jinsiy a'zolari tekshirilganda, qorinning pastki qismida pastka tortuvchi va dardsimon og'riqlar, ko'k rangdagi qin va qinga kirish qismining shilliq qavatining shishganligi, soxta amenoreya mavjudligi, siydik ajralishi qiyinlashuvi.

Davolash: jarrohlik - qizlik pardasini xoch shaklidagi kesma bilan kesish: Farabef ilgaklari yordamida qinga kirish joyi bir-biridan ajratiladi, qizlik pardasining eng qavariq qismi bo'ylab xochsimon kesma qilinadi va uning ichidagi gematokolpos qindan qatron shaklidagi suyuqlik chiqariladi. Qin furatsilin eritmasi bilan yuviladi, so'ngra kesma chetlari tugunli ketgut bilan tikiladi.

Bachadon rivojlanishining anomaliyalari.

Bachadon anomaliyalarining quyidagi turlari mavjud: ikkilangan bachadon, bachadon bo'yni va qin ; normal rivojlangan qin bilan bir shoxli bachadon; ikkita bachadon bo'yni va ikki shoxli bachadon bilan normal rivojlangan qin ; bir shoxli va ikkinchisi rudimentar shoxli bachadon va normal rivojlangan qin ,bachodon tanasining va bachadon bo'yni to'liq to'sig'i bilan; bachadon tanasining to'liq bo'lmagan to'sig'i.

Bachadonning barcha rivojlanish nuqsonlari uch guruhga bo'linadi:

- 1) hayz ko'rishning yo'qligi va jinsiy faoliyatning mumkin emasligi bilan - bachadon va qin aplaziyasi bilan;
- 2) hayz ko'rish qonining chiqishini (to'liq yoki qisman) buzilishi bilan, gematokolpos, gematometriya shakllanishi;
- 3) hayz ko'rish qonining chiqishini buzilmasdan.

Menstrual qonning chiqishini buzmasdan mavjud bo'lgan nuqsonlar asemptomatikdir va jinsiy aloqada bo'lmagan ayollarda uzoq vaqt davomida tashxis qo'yilmaydi. Ushbu nuqsonlarning asosiy ko'rinishlari jinsiy faoliyatdagi qiyinchiliklar, bepushtlik yoki birlamchi rivojlanmagan homiladorlik.

Agar hayz ko'rish qonining chiqishiga to'sqinlik qiladigan nuqson bo'lsa, kasallikning klinikasi qizning balog'at yoshida, hayz ko'rishning boshida paydo bo'ladi. Amenoreya belgilarida qorinning pastki qismida davriy og'riqlar qayd etiladi. Rektal tekshiruv vaqtida kichik chanoq bo'shlig'ida qattiq elastik hosila mavjudligi aniqlanadi.

Davolash: hayz ko'rish qonining chiqishiga hech qanday to'siq bo'lmasa, nuqson davolanmaydi. Hayz ko'rish qonining chiqishi bir tomonlama to'siq bo'lsa, qo'shimcha qin va bachadonning bir shoxini jarrohlik yo'li bilan davolash amalga oshiriladi. Agar bepushtlikning sababi bo'lgan bachadon ichi to'sig'i yoki ikki shoxli bachadon bo'lsa, tegishli operatsiya o'tkaziladi.

9.3. Mayer-Rokitanskiy-Kyustner-Xauzer sindromi

Ushbu sindrom bilan bemorlarning asosiy shikoyati qizlarning 15-16 yoshida ham hayz ko'rishning yo'qligi hisoblanadi.

Bemorni tekshirish vaqtida tana tuzilishiga va ikkilamchi jinsiy xususiyatlarni rivojlanishiga e'tibor qaratiladi. Tashqi jinsiy a'zolari tekshirganda qin teshigining yo'qligi yoki qizlik pardasida teshik bo'lsa, qizlik pardasi orqasida sayoz chuqurlik borligi aniqlanadi. Rektoabdominal tekshiruv vaqtida bachadon aniqlanmaydi, ultratovush tekshiruvi vaqtida kichik chanoq bo'shlig'ida tuxumdonlar topiladi va bachadon aniqlanmaydi.

Davolash - bu qinni yaratish. Sun'iy qin ko'pincha qorin parda, teri, ichak bo'lagidan yoki sintetik materiallardan foydalangan holda jarrohlik yo'li bilan yaratiladi. Kamroq qo'llaniladigan operativ bo'lmagan usul kolpoelongatsiya usuli hisoblanadi. Mamlakatimizda Sherstnev kolpoelongatsiyasi usuli keng tarqalgan. O'smir ginekologlari qinning asta-sekin uzaytirilishiga imkon beruvchi eng kam shikastli deb kol-elongatsiya usulini afzal ko'radi. Qiz turmushga chiqqan hollarda kolpopoezning jarrohlik usulini tanlash kerak.

Testlar

1. Normal hayz davrining davomiyligi:

- A. 28-29 kun
- B. 28-40 kun
- S. 3-7 kun
- D. 21-35 kun
- E. 14-28 kun

2. Normal hayz ko'rish davomiyligi:

- A. 1-3 kun
- B. 3-5 kun
- S. 3-7 kun
- D. 5 kun
- E. 2-10 kun.

3. Normal hayz paytida o'rtacha qon yo'qotish:

- A. 200-250 ml
- V. 100-150 ml
- S. 20-30 ml
- D. 50-70 ml
- E. 150 – 200 ml

4. Funktsional endometriumning deskvamatsiyasi quyidagi sabablarga ko'ra yuzaga keladi:

- A. Lyuteotropinning "pik"ka chiqishi
- B. qonda estrogen va progesteron darajasini pasayishi
- C. qondagi prolaktin darajasini pasayishi
- D. follitropinning "cho'qqi"ga chiqishi

5. Ikki fazali hayz davrining asosiy mezon:

- A. hayz ko'rishning to'g'ri ritmi
- B. birinchi hayz ko'rish vaqti

C. balog'atga etish davrida hayz ko'rish funksiyasini shakllantirishning o'ziga xosligi yetuklik

D. ovulyatsiya

E. yuqoridagilarning barchasi

6. Ikki fazali hayz siklini funktsional diagnostika testlaridan qaysi biri mavjudligini ko'rsatadi?:

A. ko'z qorachig'i simptomi

B. kariopiknotik indeks

C. bazal termometriya

D. "paporotnik" belgisi

E. Yuqoridagilarning barchasi

7. Bazal haroratni o'lchash testi gipertermiyaga asoslangan ta'siri:

A. estradiol

B. prostaglandinlar

S. progesteron

D. LG

E. FSG

8. Menstrual siklning o'rtasida luteotropinning "cho'qqisi" oqibati:

A. qonda prolaktin darajasining sezilarli darajada oshishi

B. follitropin ishlab chiqarishning kamayishi

C. gonadotropin-relizing gormoni ishlab chiqarishning kamayishi

D. estrogen va progesteron darajasining pasayishi

E. estradiol darajasini sezilarli o'sishi.

9 Lyuteotropin va follitropinning siklik sekretsiyasi quyidagilar bilan ta'minlanadi:

A. har 60-90 daqiqada bir marta gonadotropin lizing gormonining chiqarilishi.

B. Tuxumdonda steroidogenez salbiy va ijobiy almashish mexanizmi

C. follikulyar suyuqliklarda prostaglandinlar tarkibining davriy ortishi

D. neurotransmitterlarning davriy chiqishi

E. gipofiz bezining portal tizimida qon oqimining o'zgarishi

10. Gonadotropinlar sintezi quyidagi hollarda amalga oshiriladi:

- A. gipofiz bezining oldingi bo'lagi
- B. orqa gipofiz bezi
- C. gipotalamusning yadrolari
- D. bosh miya po'stlog'ining neyronlari
- E. miyacha neyronlari

11. Oligodismenoreya - bu:

- a) kamdan-kam va kam miqdorda hayz ko'rish
- b) kam miqdorda va og'riqli hayz ko'rish
- c) hayz paytida qon yo'qotilishini kamaytirish
- d) hayz oralig'ida kam miqdorda qonli ajralma kelishi
- e) yuqoridagilarning hech biri

12. Menorragiya - bu:

- a) asiklik bachadondan qon ketishi
- b) siklik bachadon qon ketishi
- v) og'riqli va kuchli qon ketish
- e) hayzdan oldingi va keyingi qonli ajralma kelishi
- f) hayz davrining davomiyligini qisqarishi

13. Metroragiya - bu:

- a) hayz ko'rish ritmining o'zgarishi
- b) hayz paytida qon yo'qotishning ko'payishi
- c) hayz ko'rish davomiyligining oshishi
- e) asiklik bachadondan qon ketishi
- e) hayz ko'rishning qisqarishi

14. Yuvenil davrida bachadondan disfunktsional qon ketishi rivojlanishning eng keng tarqalgan mexanizmi

- a) gipoluteinizm
- b) follikulyar persistensiya

v) follikulyar atreziya

e) giperprolaktinemiya

e) qon ivish tizimidagi buzilishlar

15. Yetuk follikulning qisqa muddatli barqarorligi bilan anovulyator hayz ko'rish quyidagilar bilan tavsiflanadi:

a) "ko'z qorachig'i" belgisi (++++)

b) bir fazali bazal harorat

c) siklning ikkinchi bosqichida kech proliferatsiyada endometriyni qirib tashlashda

d) yuqoridagilarning barchasi

e) yuqoridagilarning hech biri

16. Anovulyatsion disfunktsional bachadondan qon ketishni

farqlash kerak:

a) homiladorlik bilan (progressiv)

b) spontan tushishning xavfining boshlanishi bilan

v) shilliq osti bachadon miomalari bilan

e) to'g'ri javoblar 2) va 3)

e) barcha javoblar to'g'ri

17. Soxta amenoreya quyidagi sabablarga ko'ra yuzaga kelishi mumkin:

A. bachadon bo'yni kanalining atreziyasi;

b. bachadon tanasining aplaziyasi;

c. jinsiy bezlarning disgenezi;

d) yuqorida sanab o'tilgan barcha kasalliklar;

e. yuqorida sanab o'tilgan kasalliklarning hech biri;

18. Haqiqiy (patologik) amenoreyaga barcha kasalliklar sabab bo'lishi mumkin quyidagi kasalliklar bundan mustasno:

A. gipotiroedizm;

b. neyrogen anoreksiya;

c. testikulyar feminizatsiya sindromi;

d. qizlik pardasining atreziyasi;

e. gipofiz bezining mikro va makroadenomalari

19. Fiziologik amenoreya quyidagilarga xosdir:

- A. bolalik davri;
- b. postmenopauza;
- c. laktatsiya davri;
- d. homiladorlik;
- e.ya'ni barcha javoblar.

20. Ovulyatsiya mavjudligini yuqorida aytilganlarning barchasi natijalariga ko'ra baholash mumkin quyidagi tadqiqotlar bundan mustasno:

- A. bazal harorat jadvalini tahlil qilish
- B. Dominant follikulaning rivojlanishini ultratovush tekshiruv
- C. endometriyani qirib tashlashning gistologik tekshiruv
- D. laparoskopiya (tuxumdon yuzasida stigmallarni aniqlash)
- E. 12-14 hayz davrining kunida qonda jinsiy steroid gormonlar konsentratsiyasini aniqlash

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
D	B	D	B	D	C	C	E	B	A

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
B	B	D	C	D	D	A	D	E	E

Glossariy

1. Abort - homila bachadondan tashqarida yashashga qodir bo'lgunga qadar homiladorlikning tugashi
2. Adenomiyozi - bachadonning keng tarqalgan kasalligi bo'lib bachadonning mushak qavatida endometriy to'qimasi o'sishi .
3. Amenoreya - bir necha sikl davomida ayolda hayz ko'rishning yo'qligi
4. Anemiya - tanadagi qizil qon tanachalari sonining yetarli emasligi
5. Aplaziya - odamda biron bir organ yoki to'qimalarning rivojlanishining to'liq yo'qligi
6. Bartolinit - qindagi Bartolini bezlarining yallig'lanishi
7. Vaginal disbiyozi - vaginal mikrofloraning buzilishi
8. Vaginit - qin shilliq qavatining yallig'lanishi
9. Vulvit - vulvaning yallig'lanishi
10. Endometriyal giperplaziya - bachadondagi endometriyal qatlamning qalinlashishi
11. Bachadonning gipertonikligi - bachadon mushaklarining qisqaruvchanligi kuchayishi.
12. Gormon terapiyasi - gormonlar yordamida davolash
13. Dismenoreya - og'riqli hayz ko'rish
14. Servikal displaziya - bachadon bo'yni yuzasidagi hujayralarning o'zgarishlar
15. Ekskretsiya - suyuqlik yoki moddaning organizmdan chiqishi
16. Estrogenik omillar - ko'krak bezi saratoni rivojlanishiga yordam beruvchi omillar
17. Endometriozi - bu endometriyga o'xshash to'qimalar bachadondan tashqarida o'sadigan kasallik
18. Endometrit - endometriyning yallig'lanishi
19. Jinsiy organlarning kasalliklari - reproduktiv tizim organlari bilan bog'liq patologiyalar.

20. Ko'krak bezi kasalliklari - sut bezlari bilan bog'liq patologiyalar
21. Bachadon bo'yni kasalliklari - bachadon bo'yni bilan bog'liq patologiyalar
22. Tuxumdon kasalliklari - tuxumdonlar bilan bog'liq patologiyalar
23. Jinsiy organlardagi infektsiyalar - yuqumli qo'zg'atuvchilar ta'sirida yuzaga keladigan kasalliklar
24. Infertilnist - homilador bo'la olmaslik
25. Kolpit - qin shilliq qavatining yallig'lanishi
26. Laktatsiya - tug'ilgandan keyin ayollarda sut ishlab chiqarish va ajratish jarayoni.
27. Leykoreya - qin ajralmasi, ko'pincha infektsiya yoki yallig'lanish bilan bog'liq
28. Floradan sutma olish - qin mikroflorasini aniqlash uchun ajralma tahlili
29. Mammografiya - sut bezlarini rentgenologik tekshirish
30. Mastalgiya - ko'krak qafasidagi og'riq yoki noqulaylik
31. Hayz davrining buzilishi - hayz davrining normal siklidan chetga chiqish
32. Ovulyatsiya - tuxumdondan tuxum hujayraning chiqishi jarayoni
33. Pap test (sitologik tekshiruv) - bachadon bo'yni saratonini aniqlashning skrining usuli
34. PMS (premenstrual sindrom) - hayz boshlanishidan oldin jismoniy va hissiy belgilar paydo bo'lishi
35. Jinsiy infektsiyalar - jinsiy yo'l bilan yuqadigan infektsiyalar
36. Postkoital kontratsepsiya (postkoital kontratsepsiya) - jinsiy aloqadan keyin homiladorlikning oldini olish usuli
37. Pregravid tayyorlash - homiladorlikka tayyorgarlik
38. Takroriy abortlar - takroriy erta homiladorlikdagi yo'qotishlari
39. Kontratseptivlar - homiladorlikning oldini olish usullari
40. Jinsiy organlar raki - reproduktiv tizimning onkologik kasalliklari

Adabiyotlar ro'yxati

1. Rojerio A. Lobo, Devid M. Gershenson, Gretchen M. Lentz tomonidan "Kompleks ginekologiya" - 2021-kitob
2. "Uilyams Ginekologiyasi" Barbara L. Xoffman, Jon O. Shorj, Karen D. Bradshou-2020-kitob
3. Govard V. Jons III MD, Jon A. Rok MD-2021 tomonidan "Te Lindening operativ ginekologiyasi" kitobi
4. "Novakning ginekologiyasi" Jonatan S. Berek-2022-kitob
5. "Hozirgi akusherlik va ginekologiyada diagnostika va davolash " Alan H. DeCherney, Lauren Nathan, T. Murphy Goodwin-2022-kitob
6. "Klinik ginekologik endokrinologiya va bepushtlik" Mark A. Fritz, Leon Speroff-2018- kitob
7. "Hacker & Moore's Essentials of akusherlik va ginekologiya" mualliflari Nevil F. Xaker, Jozef C. Gambone, Kalvin J. Xobel-2019- kitob
8. F. Gari Kanningem, Kennet J. Leveno, Stiven L. Bloom, Ketrin Y. Spong tomonidan yozilgan "Uilyams akusherlik"-2018-kitob
9. "Dyuhurstning akusherlik va ginekologiya darsligi" Keyt Edmonds-2018-darslik
10. "Akusherlik va ginekologiya" Charlz R.B. Bekmann, Uilyam Gerbert, Barbara M. Barzanskiy-2019- kitob
11. "Akusherlik va ginekologiya: milliy rahbarlik" - V.I. Kulakov, V.P. Radzinskiy, E.A. Yatsenko-2022 - kitob
12. "Ginekologiya: milliy qo'llanma" - V.I. Kulakov, E.A. Yatsenko, A.V. Kulakov-2022-kitob
13. "Ayollarning reproduktiv tizimi kasalliklari diagnostikasi va davolash" - V.S. Savelyeva, I.A. Lazarev-2018-kitob
14. "Operativ ginekologiya" - L.A. Adamyan, G.G. Korshunov, A.A. Kuznetsov-2016-kitob
15. "Ginekologiya: tibbiyot oliy o'quv yurtlari uchun darslik" - A.P. Rudakova, M.Yu. Baranova-2018 - kitob
16. "Klinik ginekologiya" - A.A. Kuznetsov, L.A. Adamyan-2020-darslik

