

O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI
AKUSHERLIK VA GINEKOLOGIYA KAFEDRASI



«GINEKOLOGIYA FANIDAN O‘QUV QO‘LLANMA»
(bakalavriat talabalari uchun)

Ta’lim sohasi:

510000 – Sog‘liqni saqlash

Ta’lim yo‘nalishi:

60910200 – Davolash ishi

Toshkent – 2025

Mualliflar:

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

Taqrizchilar

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

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

“Ginekologiya fanidan o'quv qo'llanma” tibbiyot oliy ta'lim muassasalari bakalavriat bosqichi talabalari uchun mo'ljallangan bo'lib, fanning asosiy yo'nalishlarini qamrab oladi: ayol reproduktiv tizimining anatomik-fiziologik xususiyatlari, ginekologik kasalliklarning diagnostikasi va davolash usullari, reproduktiv salomatlik va kontratsepsiya masalalari. Alohida e'tibor talabalarda klinik tafakkurni shakllantirish va amaliy ko'nikmalarni rivojlantirishga qaratilgan. Mazkur material test topshiriqlari, nazorat savollari, ochiq savollar hamda illyustratsiyalar bilan boyitilgan bo'lib, mavzularni chuqurroq o'zlashtirishga, shuningdek, yakuniy nazorat va imtihonlarga tayyorgarlik ko'rishga yordam beradi. Qo'llanma amaldagi klinik tavsiyalar va ta'lim standartlariga muvofiq tuzilgan bo'lib, talabalar uchun asosiy o'quv vositasi sifatida, shuningdek, ordinatorlar va o'qituvchilar uchun qo'shimcha metodik material sifatida ham foydalanilishi mumkin.

MUNDARIJA

QISQARTMALAR VA SHARTLI BELGILAR RO'YXATI.....	4
KIRISH.....	6
Bob №1. Normal hayz sikli va uning regulyatsiyasi	8
Bob №2. Menstrual sikl buzilishlari.	18
2.1. Amenoreya	18
2.2. Gipomenstrual sindrom.....	33
2.3. Qizlar va yosh ayollarda jinsiy va funksional rivojlanishning kechikishi....	35
Bob №3. Bachadondan anomal qon ketishi.	42
Bob №4. Homiladorlikning birinchi yarmidagi qon ketishlar	57
4.1. Spontan abort (o'z-o'zidan tushish).....	60
4.2. Ektopik homiladorlik	62
4.3. Gestatsion trofoblast kasalligi. Pufaksimon shish	70
Bob №5. Nospesifik etiologiyali ayollar jinsiy a'zolari yallig'lanish kasalliklari.	77
Bob №6. Ayollarning jinsiy a'zolarining spetsifik yallig'lanish kasalliklari	102
Bob №7. Bachadon miomasi.....	124
7.1. Endometrioz	129
Bob №8. Tuxumdonlarning o'smalari: Yaxshi sifatli va yomon sifatli.	143
8.1. Epitelial o'smalar	145
8.2. Jinsiy stroma o'smalari (gormonal faol)	150
8.3. Ikkilamchi (metastatik) tuxumdon o'smalari.....	156
8.4. Tuxumdonlarning o'smaga o'xshash jarayonlari	158
Bob №9. Ayol jinsiy a'zolarining rivojlanish anomaliyalari va noto'g'ri joylashuvi	164
9.1. Ayol jinsiy a'zolarining rivojlanish anomaliyalari	164
9.2. Ayollarning jinsiy a'zolarining noto'g'ri joylashuvi	165
9.3. Tug'ma anomaliyalar umumiy jihatlari	167
TESTLARGA JAVOBLAR.....	173
GLOSSARIY	174
ADABIYOTLAR RO'YXATI	176

QISQARTMALAR VA SHARTLI BELGILAR RO‘YXATI

AB — arterial bosim

PTKS — polikistoz tuxumdonlar kasalligi (Shteyn–Levental sindromi)

KYAYK — kichik chanoq a‘zolarining yallig‘lanish kasalliklari

IITV — inson immunitet tanqisligi virusi

BIKV — bachadon ichki kontratseptiv vosita

BST — Butunjahon sog‘liqni saqlash tashkiloti

IPV — inson papilloma virusi

GChG — gonadotropin chiqaruvchi gormon (gonadoliberin, lyuliberin)

DBK — disfunksional bachadon qon ketishi

OGD — o‘rnini bosuvchi gormonal davolash

TVI — tana vazni indeksi

JYBI — jinsiy yo‘l bilan yuqadigan infeksiyalar

KOKV — kombinatsiyalangan og‘zaki kontratseptiv vositalar

KPI — kariopiknotik indeks

KT — kompyuter tomografiyasi

LG — lyuteinlashuvchi gormon

MRT — magnit-rezonans tomografiyasi

HD — hayz davri

NYQD — nosteroid yallig‘lanishga qarshi dorilar

HOS — hayz oldi sindromi

EJY — erta jinsiy yetilish

PZR — polimer zanjir reaksiyasi

RT — reproduktiv tizim

SQM — sanitariya qoidalari va me‘yorlari

| An A.V.

OITS — orttirilgan immunitet tanqisligi sindromi

PTSS — polikistoz tuxumdonlar sindromi

TTG — tireotrop gormon

UTT — ultratovush tekshiruvi

FAP — feldsher-akusherlik punkti

FSG — follikulostimullovchi gormon

IXGG — inson xorionik gonadotropini

BBIN — bachadon bo‘yni intraepitelial neoplaziya

TMSH — tuman markaziy shifoxonasi

TTU — tanadan tashqari urug‘lantirish

KIRISH

Ginekologiya tibbiy ta’lim tizimidagi eng muhim fanlardan biri hisoblanadi, chunki ayol salomatligi — oila, jamiyat va kelajak avlodlar farovonligining asosi sanaladi. Zamonaviy ginekologiya nafaqat kasalliklarni davolashni, balki oldini olish, reproduktiv salomatlikni ta’minlash, oila rejalashtirish hamda ayolning hayot sifatini oshirish kabi keng ko‘lamli masalalarni ham o‘z ichiga oladi. Bu yo‘nalish ayol hayotining barcha bosqichlarini — o‘smirlik davridan tortib, to klimaksgacha bo‘lgan davrni qamrab oladi.

Mazkur o‘quv qo‘llanma tibbiyot oliy o‘quv yurtlari talabalari, internlar hamda ginekologiya sohasi bo‘yicha bilimlarini chuqurlashtirishni istagan yosh shifokorlar uchun uslubiy yordam ko‘rsatish maqsadida tuzilgan. Unda zamonaviy ilmiy ma’lumotlar, klinik tavsiyalar va kundalik tibbiy amaliyotda qo‘llaniladigan amaliy yondashuvlar asos qilib olingan. Qo‘llanma ayollar salomatligining asosiy jihatlarini qamrab oladi — xususan, hayz davrining fiziologiyasi va patologiyasi, uning gormonal boshqaruv mexanizmlari hamda eng ko‘p uchraydigan funksional buzilishlar bayon etilgan. Shuningdek, ginekologik amaliyotda qo‘llaniladigan tekshiruv usullari — klinik, laborator va instrumental yondashuvlar ham keng yoritilgan bo‘lib, o‘quvchiga tashxislash jarayoni haqida to‘liq tasavvur hosil qilish imkonini beradi.

Shuningdek, qo‘llanmada akusher-ginekolog amaliyotida eng xavfli asoratlardan biri hisoblangan bachadondan tashqari homiladorlik masalalariga alohida e’tibor qaratilgan. Bundan tashqari, kontratsepsiya, jinsiy tarbiya, shuningdek, jinsiy va reproduktiv salomatlikka oid mavzular ham yoritilgan bo‘lib, ular zamonaviy tibbiy profilaktika nuqtayi nazaridan ayniqsa muhim ahamiyatga ega.

Mazkur qo‘llanmaning yaratilishi O‘zbekiston Respublikasi Prezidentining 2022-yil 28-yanvardagi **PQ–60-sonli “2022–2026 yillarda Yangi O‘zbekistonni rivojlantirish strategiyasi to‘g‘risida”**gi Farmonida belgilangan vazifalar bilan ham bevosita bog‘liqdir. Ushbu hujjatda reproduktiv yoshdagi ayollar, homiladorlar va bolalar uchun tibbiy yordamning sifati va uning aholiga yetkazilish darajasini oshirish, perinatal muassasalarni modernizatsiya qilish, shuningdek, yuqori texnologiyalarga asoslangan yordam ko‘rsatishga qodir malakali tibbiyot xodimlarini tayyorlash zarurligi alohida ta’kidlangan.

Qo‘llanma materialini qisqa va tushunarli shaklda bayon etilgan bo‘lib, uni o‘zlashtirish va takrorlashni osonlashtiradi. Shu bilan birga, uning mazmuni

| An A.V.

zamonaviy tibbiyot bilimlari darajasiga to'liq mos keladi va nafaqat nazariy ta'lim jarayonida, balki klinik sharoitdagi amaliy mashg'ulotlarda ham qo'llash uchun qulaydir.

Biz chin dildan ishonamizki, mazkur o'quv qo'llanma bo'lajak mutaxassislariga ginekologiya fanining asoslarini puxta egallashda ishonchli bilim manbai bo'lib xizmat qiladi, ularning ayollar salomatligini saqlash sohasidagi kelgusi kasbiy rivojlanishiga mustahkam poydevor yaratadi.

Bob №1. Normal hayz sikli va uning regulyatsiyasi

Menstrual sikl — bu ayol organizmini homiladorlikka tayyorlaydigan ritmik takrorlanuvchi biologik jarayondir.

Menstruatsiya — bu oyma-oy yuzaga keladigan bachadon ichki qon ketishi bo‘lib, u tsiklik xarakterga ega. Birinchi hayz (menarxe) odatda 12–13 yoshda boshlanadi, bunda 1,5–2 yil atrofida farqlar kuzatilishi mumkin. Hayz ko‘rishning tugashi (menopauza) esa, aksariyat hollarda, 45–50 yosh oralig‘ida sodir bo‘ladi.

Menstrual sikl odatda oldingi hayzning birinchi kunidan keyingi hayzning birinchi kunigacha bo‘lgan davr sifatida hisoblanadi.

Fiziologik menstrual siklning asosiy xususiyatlari:

- **Ikki bosqichli tuzilish.** Menstrual sikl follikulyar va lyuteal fazalarga bo‘linadi, har bir faza ayol organizmida muayyan gormonal va morfologik o‘zgarishlar bilan kechadi.
- **Davomiyligi 22 dan 35 kungacha.** Aksariyat ayollarda (taxminan 60%) sikl 28–32 kunni tashkil etadi. Agar sikl 22 kundan kam bo‘lsa — **anteponirlangan**, 35 kundan ortiq bo‘lsa — **postponirlangan** deb hisoblanadi.
- **Doimiylik va muntazamlik.** Normal holatda menstrual sikllar aniq davriylik bilan sodir bo‘ladi.
- **Menstrual qon ketishining davomiyligi.** Normal hayz 2 dan 7 kungacha davom etadi. Juda qisqa yoki aksincha, haddan tashqari uzoq davom etadigan hayzlar alohida e‘tibor va baholashni talab qiladi.
- **Fiziologik qon yo‘qotish.** O‘rtacha hisobda ayol bir menstrual davr mobaynida 50 dan 150 ml gacha qon (shu jumladan, shilliq ajralmalar) yo‘qotadi.
- **Og‘riq va umumiy holatning buzilishi yo‘qligi.** Normal menstrual sikl og‘riqsiz kechishi va ayolning umumiy ahvolini o‘zgartirmasligi kerak.

Menstrual siklning regulyatsiyasi

Menstrual sikl murakkab neyroendokrin tizim orqali boshqariladi. Bu tizim beshta asosiy bo‘g‘indan iborat: **bosh miyaning po‘stloq qismi, gipotalamus, gipofiz, tuxumdonlar bachadon.**

I. Ekstragipotalamik serebral tuzilmalar — regulyatsiyaning birinchi darajasi

| An A.V.

Menstrual sikl regulyatsiyasining birinchi darajasida markaziy asab tizimining yuqori bo'limlari ishtirok etadi. Bular qatoriga **miya po'stlog'i, limbik tizim** va **retikulyar formatsiya** kiradi. Ushbu tuzilmalar tashqi muhitdan (yorug'lik, stress, ijtimoiy va iqlimiy omillar) hamda ichki muhitdan — **interoretseptorlar** orqali organizm holatiga oid signallarni qabul qiladi. Axborot uzatish **neyromediatorlar** (neurotransmitterlar) — nerv impulslerini boshqaruvchi kimyoviy moddalar yordamida amalga oshiriladi.

Reproduktiv tizimga ta'sir qiluvchi asosiy neurotransmitterlar quyidagilardir:

- **Dofamin,**
- **Noradrenalin,**
- **Serotonin,**
- **Indollar,**
- Hamda **opioid neuropeptidlar**, ular tarkibiga **endorfinlar, enkefalinlar** va **donorfinlar** kiradi.

Bu moddalar **gipotalamusning neyrosekretor yadrolariga ta'sir qilib**, ularning **faollashuvi** va **rilizing-gormonlar sintezini** ta'minlaydi. Shunday qilib, **miya yuqori bo'limlari** organizmning umumiy holati va atrof-muhit sharoitlari bilan **reproduktiv funksiyani muvofiqlashtirishda muhim rol o'ynaydi**.

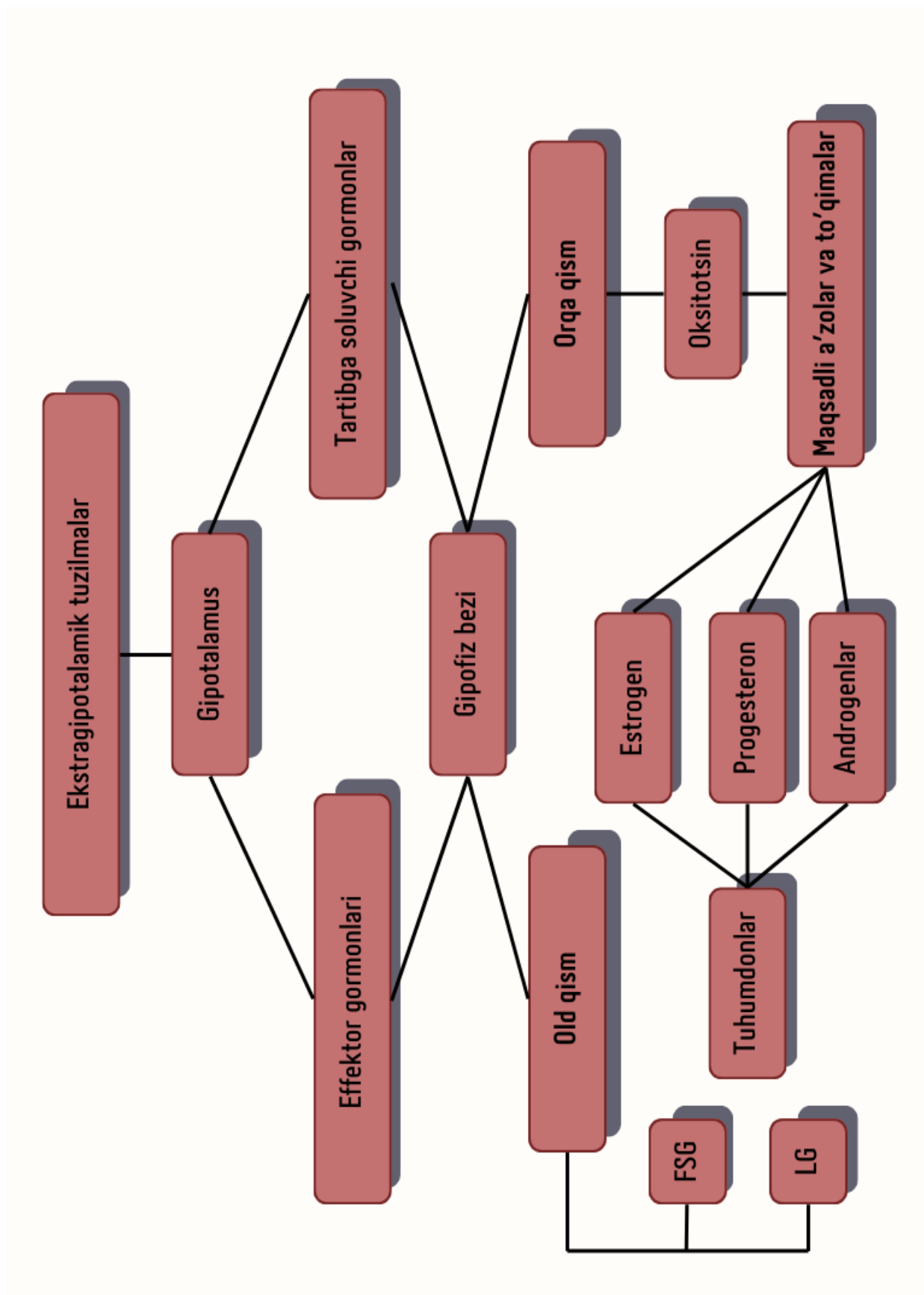
II. Gipotalamus — regulyatsiyaning ikkinchi darajasi

Gipotalamus hayz siklining regulyatsiyasi ierarxiyasida markaziy bo'g'in bo'lib, neyroendokrin o'qning ishga tushirish mexanizmi sifatida harakat qiladi. Uning neyrosekretor yadrolarida rilizing-gormonlar (liberinlar) sintezlanadi, ular esa adenogipofiz gormonlarining sekretsiasini nazorat qiladi.

Ularning orasida asosiy hisoblangan gormon — gonadotropin-rilizing-gormoni (GnRH, yoki lyuliberin, RGLG) bo'lib, uning o'zi va sun'iy analoglari quyidagi ikki asosiy gonadotropinlarning ajralishini rag'batlantiradi:

- Luteinlashuvchi gormon (LG),
- Follikulostimullovchi gormon (FSG).

RGLG sekretsiasini pulsatsion tarzda sodir bo'ladi, bu esa gipofizning normal faoliyati uchun nihoyatda muhimdir.



Jadval 1.1. Reproktiv tizimning funksional tuzilmasi

| An A.V.

Bu **rilizing-gormonlar gipotalamo-gipofizar yo‘lining portal tomir tizimi orqali gipofizning old qismina (adenogipofiz) yetkaziladi** va u yerda **keyingi gormonal reaksiyalar zanjirini ishga tushiradi**.

Shunday qilib, **gipotalamus asab tizimi va endokrin tizim ta’sirini muvofiqlashtirib, hayz (menstrual) siklining murakkab regulyatsiya mexanizmining asosini shakllantiradi**.

III. Gipofiz — regulyatsiyaning uchinchi darajasi

Gipofiz — neyroendokrin tizimning eng muhim komponentlaridan biri — ikki asosiy bo‘limdan iborat: **adenogipofiz (old qism)** va **neyrogipofiz (orqa qism)**. Hayz siklining regulyatsiyasi, asosan, adenogipofiz tomonidan ajratiladigan trop gormonlar orqali amalga oshadi.

Ulardan asosiy gonal gormonlar quyidagilardir:

- **FSG (follikulostimullovchi gormon)** — yumurtalikda follikulaning o‘sishi, rivojlanishi va yetilishiga yordam beradi.
- **LG (luteinlashuvchi gormon)** — ovulyatsiyani ishga tushiradi va sariq tanachaning hosil bo‘lishiga ko‘maklashadi. Shuningdek, yetilgan follikula tomonidan estrogenlar sintezida zarurdir.
- **PRL (prolaktin)** — laktatsiyani (emizishni), sut bezlarining o‘sishi va rivojlanishini nazorat qiladi, hamda LG bilan birgalikda sariq tanacha faoliyatini saqlashda, progesteron sintezini rag‘batlantirishda ishtirok etadi.

Adenogipofizning boshqa trop gormonlari:

- **STG (samatotrop gormon)** — umumiy jismoniy rivojlanishga javobgar.
- **ACTG (adrenokortikotrop gormon)** — buyrak usti bezlari po‘stlog‘i faoliyatini boshqaradi.
- **TTG (tireotrop gormon)** — qalqonsimon bez faolligiga ta’sir ko‘rsatadi.

Fiziologik jihatdan muhim jihat shuki, **FSG sekretyasining cho‘qqi darajasi hayz siklining taxminan ettinchi kuniga to‘g‘ri keladi, LG esa taxminan o‘n to‘rtinchi kunda ovulyatsion cho‘qqiga chiqadi**, bu esa yetilgan follikulaning yorilishiga olib keladi.

IV. Tuhumdonlar — regulyatsiyaning to‘rtinchi darajasi

Tuhumdonlar ikki asosiy funksiyani bajaradi:

1. **Generativ funksiyasi** — follikulalarning yetilishi va ovulyatsiya.
2. **Endokrin funksiyasi** — steroid gormonlar — estrogenlar va progesteronning sintezi.

Qiz bola tug'ilganida, uning har ikkala **tuxumdonida taxminan 500 million primordial follikula** mavjud bo'ladi.

Pubertat davrining boshlanishiga kelib, ularning soni **tabiiy atrezya jarayoni natijasida taxminan ikki baravarga kamayadi**. Ayolning butun reproduktiv davrida o'rtacha 400 ga yaqin follikula ovulyatsiyaga uchraydi.

Tuxumdon sikli ikki bosqichga bo'linadi:

1. **Follikulin fazasi** — hayz tugagan zahoti boshlanadi va ovulyatsiyagacha davom etadi.
2. **Lyutein fazasi** — ovulyatsiyadan keyin boshlanadi va urug'lanish bo'lmasa, keyingi hayzning boshlanishi bilan yakunlanadi.

Menstrual siklning yettinchi kunidan boshlab tuxumdonida bir nechta follikulalarning o'sishi bir vaqtda faollashadi. Biroq ulardan biri tez orada boshqalaridan rivojlanishda ilgari boshlaydi va ovulyatsiya vaqtida diametri 20–28 mm ga yetadi. Bu follikula — **dominant follikula** deb ataladi, chunki u kuchliroq kapillyar to'rga ega bo'ladi. Uning ichida tuxum hujayra joylashgan bo'lib, bo'shliq follikulyar suyuqlik bilan to'lgan bo'ladi.

Ovulyatsiya vaqtiga kelib, follikulyar suyuqlik hajmi 100 barobarga oshadi, va shu bilan birga **estradiol (E₂)** gormoni kontsentratsiyasi ham keskin oshadi. Ushbu gormon gipofiz tomonidan **lyuteinlashtiruvchi gormon (LG)** ajralishini rag'batlantiradi, bu esa yetilgan follikulaning yorilishiga — ya'ni **ovulyatsiyaga**, odatda siklning 14-kuniga to'g'ri keladigan hodisaga olib keladi.

Ovulyatsiya jarayonida hosil bo'lgan teshik orqali follikulyar suyuqlik tashqariga oqadi va u bilan birga nurlangan toj hujayralari bilan o'ralgan oosit ham chiqadi. Agar tuxum hujayrasi urug'lanmasa, u 12–24 soat ichida nobud bo'ladi. Oosit chiqqandan so'ng kapillyarlar tezda follikula bo'shlig'iga kirib boradi va granulyoza hujayralar lyuteinizatsiyaga uchrab, **sariq tana (corpus luteum)** hosil qiladi, bu esa **progesteron** sintezini boshlaydi.

Agar homiladorlik yuz bermasa, sariq tana teskari rivojlanishga uchraydi va **oq tana (corpus albicans)** ga aylanishi boshlanadi. Uning faoliyati taxminan 10–12 kun davom etadi, undan keyin esa regressiya yuz beradi.

Tuxumdonning gormonal faolligi

Follikulaning granulyoza hujayralari quyidagi **estrogenlarni** sintez qiladi:

- **Estron (E_1)**,
- **Estradiol (E_2)**,
- **Estriol (E_3)**.

Sariq tana esa **progesteron** — siklning ikkinchi bosqichidagi asosiy gormonni ishlab chiqaradi, u quyidagi funksiyalarni bajaradi:

- urug‘langan tuxum hujayrasining implantatsiyasiga endometriyni tayyorlaydi,
- homiladorlikning rivojlanishiga ko‘maklashadi,
- sut bezlarini laktatsiyaga tayyorlaydi,
- miometriyning qisqaruvchan faolligini bostiradi,
- anabolik ta’sirga ega,
- siklning ikkinchi bosqichida bazal (rektal) haroratni oshiradi.

Bundan tashqari, tuxumdonda quyidagi androgenlar sintezlanadi:

- **Androstendion** (testosteronning oldingi shakli, sutkada 15 mg gacha),
- **Degidroepiandrosteron (DEA)**,
- **Degidroepiandrosteron sulfat (DEA-S)**.

Shuningdek, **granulyoza hujayralar ingibin** — gipofiz tomonidan FSG (follikulostimullovchi gormon) sekretsiyasini bostiruvchi oqsilli gormonni ishlab chiqaradi. Bundan tashqari, mahalliy ta’sirga ega bo‘lgan oqsilli moddalar — **oksitotsin** va **relaksin** ham sintezlanadi. Tuxumdon tomonidan ishlab chiqariladigan **oksitotsin** sariq tananing regressiyasini (teskari rivojlanishini) tezlashtiradi. **Ovulyatsiyada** tuxumdonda sintezlanadigan **prostaglandinlar** ham ishtirok etadi.

V. Bachadon — tuxumdon gormonlari uchun nishon organ

Bachadon tuxumdonlarda ishlab chiqariladigan gormonlarga sezgir bo‘lgan asosiy nishon organlardan biridir. **Estrogenlar** va **progesteron** ta’sirida **endometriyda** tsiklik o‘zgarishlar sodir bo‘ladi, bu o‘zgarishlar **bachadon (hayz) sikli** deb ataluvchi jarayonni shakllantiradi.

U quyidagi **to‘rt bosqichni** o‘z ichiga oladi:

Deskvamatsiya fazasi — endometriyning funksional qatlamining ajralib chiqishi va qon ketishi (hayz ko‘rish) bilan kechadi.

Rejeneratsiya fazasi — bachadon shilliq qavatining bazal qatlam hujayralaridan tiklanishi.

Proliferatsiya fazasi — endometriy, uning bezlari va qon tomirlarining faol o‘sishi va qalinlashuvi.

Proliferatsiya fazasi hayz qon ketishi tugashi bilan boshlanadi.

FSH (follikulostimullovchi gormon) ta’sirida tuxumdonda sintezlanadigan **estrogenlar** ta’siri ostida endometriyning funksional qatlamini tiklash va faol o‘sh jarayoni sodir bo‘ladi.

Ushbu faza 28 kunlik menstrual siklning **14-kuniga** qadar — ya’ni **ovulyatsiyaga** qadar davom etadi.

Sekretsia fazasi siklning o‘rtasidan boshlanadi va keyingi hayz boshlanishigacha davom etadi.

Bu faza **sariq tana** tomonidan ishlab chiqariladigan **progesteron** ta’sirida sodir bo‘ladi.

Bu davrda **endometriy** embrionning implantatsiyasiga maksimal tayyor holatga keladi.

Agar homiladorlik yuz bermasa, **sariq tana regressiyaga** uchraydi, natijada **progesteron** va **estrogen** darajasi pasayadi.

Bu esa endometriy to‘qimalarida qon quyilishiga, nekrozga va uning funksional qatlamining ajralib chiqishiga olib keladi — ya’ni **hayz (deskvamatsiya fazasi)** boshlanadi.

Sekretsia fazasi — endometriyning funksional yetilishi va urug‘langan tuxum hujayrasining implantatsiyasiga tayyorgarligi.

Jinsiy gormonlar ta’sirida tsiklik o‘zgarishlar nafaqat **endometriyda**, balki boshqa **nishon organlarda** ham sodir bo‘ladi. Ular quyidagilardan iborat:

- **bachadon naychalari,**
- **qin (vagina),**
- **tashqi jinsiy a’zolar,**
- **sut bezlari,**
- **soch follikulalari,**
- **teri,**
- **suyaklar,**

| **An A.V.**

- **yogʻ toʻqimalari.**

Ushbu organ va toʻqimalarning hujayralari **estrogenlar** va **progesteronga** nisbatan maxsus retseptorlarga ega boʻlib, bu ularning **gormonal oʻzgarishlarga sezgirligini** taʼminlaydi va **reproduktiv tizimning umumiy ishlashida** faol ishtirok etishiga imkon yaratadi.

Bobga savollar

I. Yopiq test savollari (bitta toʻgʻri javobni tanlang)

1. Qaysi gormon ovulyatsiyaning asosiy regulyatori hisoblanadi?

- A) Prolaktin
- B) Lyuteinlashtiruvchi gormon (LG)
- C) Estrogen
- D) Kortizol

2. Menstrual siklning qaysi bosqichida endometriy oʻsadi?

- A) Follikulyar
- B) Ovulyator
- C) Lyutein
- D) Postovulyator

3. Gonadotropin-rilizing-gormon (GnRG) sekretsiasini nima ragʻbatlantiradi?

- A) Estrogenlarning past darajasi
- B) Progesteronning yuqori darajasi
- C) Kortizolning barqaror darajasi
- D) Prolaktin sekretsiasini

4. Normal menstrual siklning davomiyligi qaysi oraliqda fiziologik hisoblanadi?

- A) 20–25 kun
- B) 21–35 kun

C) 28–40 kun

D) 30–45 kun

5. Tuxumdonda qaysi tuzilma lyutein fazasida progesteron ishlab chiqarish uchun javobgar?

A) Graaf follikulasi

B) Sariq tana

C) Teka-follikulalar

D) Follikulyar hujayra

6. Sikl boshida FSG darajasi oshganda ayol organizmida nima sodir bo‘ladi?

A) Dominant follikulaning yetilishi

B) Ovulyatsiyaning to‘xtatilishi

C) Progesteron ishlab chiqarilishi

D) Endometriy qalinlashuvining kuchayishi

7. Ovulyatsiya vaqtida tana bazal haroratida qanday o‘zgarish kuzatiladi?

A) Pasayadi

B) Keskin ko‘tariladi

C) Asta-sekin ko‘tariladi

D) O‘zgarmaydi

8. Quyidagilardan qaysi biri estrogenlarning asosiy funksiyasi hisoblanadi?

A) Progesteron darajasini barqarorlashtirish

B) Ovulyatsiyani ta’minlash

C) Endometriy o‘sishini boshqarish

D) FSG sekretsiyasini bostirish

9. Lyuteinlashtiruvchi gormon (LG)ning eng yuqori darajasini nima rag‘batlantiradi?

A) Ovulyatsiya

| **An A.V.**

- B) Endometriy rezorbsiyasi
- C) Follikula yetilishining to'xtashi
- D) Prolaktin sekretsiyasi

II. Ochiq savollar (batafsil javob talab qilinadigan topshiriqlar)

1. Menstrual siklning gormonal boshqaruv mexanizmlarini tavsiflang, bu jarayonda gipotalamus, gipofiz va tuxumdonlarning rolini kiritgan holda.
2. Normal menstrual sikl davomida endometriyda yuz beradigan asosiy bosqichlarni ayting. Ularning funksional ahamiyatini izohlang.
3. Ayol organizmida ovulyatsiya davrida qanday o'zgarishlar yuz beradi? Ushbu davrning fiziologik belgilarini va aniqlash usullarini tushuntiring.
4. FSH va LG gormonlarining reproduktiv funksiyani boshqarishdagi rolini bayon eting. Ularning darajasi buzilganda menstrual siklga qanday ta'sir ko'rsatadi?
5. Sariq tananing menstrual sikldagi ahamiyati nimada? Uning yetishmovchiligi qanday oqibatlarga olib keladi?

Barcha qo'shimcha materiallar uchun o'z-o'zini tekshirish Telegram-kanalida mavjud:

<https://t.me/+UIFVjMi2x6oxZGEy>

Yoki QR-kodni skanerlashingiz mumkin:



Bob №2. Menstrual sikl buzilishlari.

2.1. Amenoreya

Amenoreya — bu reproduktiv yoshdagi (16 yoshdan 45 yoshgacha bo'lgan) ayollarda **olti oy va undan ko'proq vaqt davomida hayz ko'rmaslik** holatidir.

I. Fiziologik amenoreya — bu hayotning quyidagi davrlarida normal holat hisoblanadi:

- homiladorlik davrida,
- laktatsiya (emizish) davrida,
- jinsiy balog'at boshlanishidan oldin,
- postmenopauza davrida.

II. Patologik amenoreya — bu turli **ginekologik va ekstragenital kasalliklar** bilan kechadigan simptom hisoblanadi.

Gormonal va tsiklik jarayonlarning mavjudligiga yoki yo'qligiga qarab, quyidagi turlari farqlanadi:

- **Haqiqiy amenoreya** — organizmda na hayz ko'rish, na tsiklik gormonal o'zgarishlar mavjud.
- **Yolg'on (kriptomenoreya) amenoreya** — organizmda tsiklik jarayonlar va gormonal faollik saqlanadi, lekin **hayz qon ketishi kuzatilmaydi**, chunki anatomiya jihatidan to'siqlar mavjud (masalan, qizlik pardasining atreziyasi, bachadon bo'yni kanali, qin yoki boshqa tug'ma nuqsonlar).

Xulosa qilib aytganda, amenoreya **fiziologik** va **patologik** shakllarga bo'linadi.

Haqiqiy amenoreya

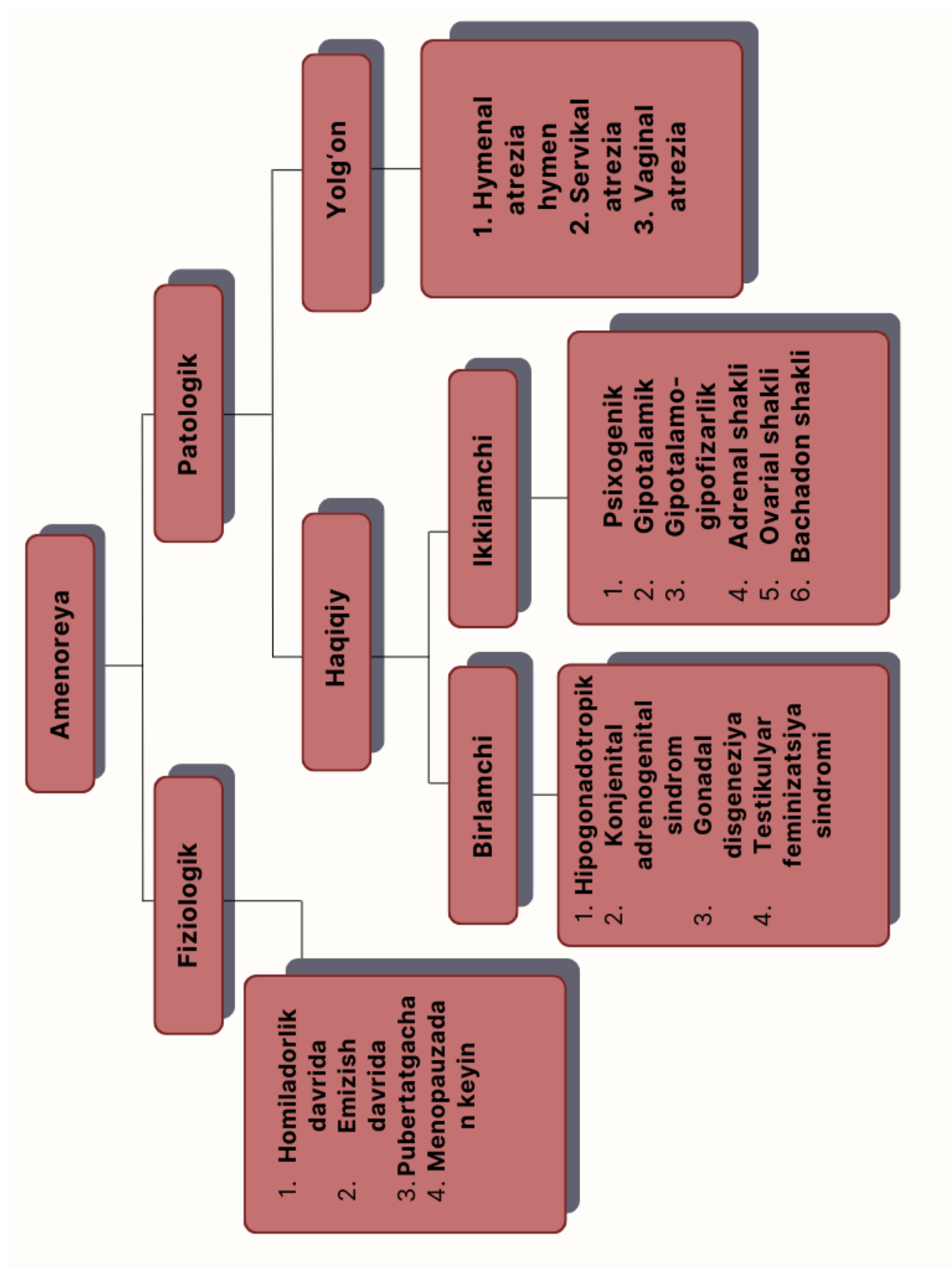
I. Birlamchi amenoreya

Birlamchi amenoreya — bu 16 yosh va undan katta qizlarda **hech qachon hayz ko'rmagan** holat.

1. Gipogonadotrop amenoreya

Gipogonadotrop amenoreya — bu **gonadotropinlar**, ya'ni **lyuteinlashtiruvchi gormon (LG)** va **follikulostimullovchi gormon (FSG)** yetishmovchiligi bilan bog'liq bo'lgan holatdir.

Ushbu gormonlar **gipofizning old bo'limi** tomonidan ishlab chiqariladi.



Jadval 2.1. Amenoreya tasnifi

Ushbu gormonlarning yetishmovchiligi **tuxumdonlarning yetarlicha stimulyatsiya qilinmasligiga** olib keladi, natijada **jinsiy steroidlar sintezi buziladi, follikulalarning yetilishi, ovulyatsiya** va mos ravishda **menstrual sikl boshlanmaydi**.

Klinik belgilar:

- **Evnuxoid gavda tuzilishi:** bo‘y baland, qo‘l-oyoqlar nisbatan uzun, mushaklar yetarlicha rivojlanmagan,
- **Sut bezlarining gipoplaziyasi:** yog‘ to‘qimasi ustun bo‘lib, bezli to‘qima kam rivojlangan,
- **Ichki jinsiy a‘zolarining yetishmovchiligi:** bachadon va tuxumdonlar o‘lchami 2–7 yoshdagi bolalar darajasida,
- **Hayz ko‘rmaslik,** ikkilamchi jinsiy belgilar yo‘qligi.

Davolash:

- **Terapiyaning maqsadi** tuxumdonlar faoliyatini stimulyatsiya qilish va jinsiy rivojlanishni induktsiya qilishdan iborat.
- Dastlabki bosqichda **gonadotropinlar (odatda LG va FSG)** preparatlari bilan **gormonal terapiya** belgilanadi — bu **follikulalar o‘rishini** va **estrogenlar ishlab chiqarilishini** boshlash uchun amalga oshiriladi.
- Ikkilamchi jinsiy belgilar shakllana boshlaganidan so‘ng, **tsiklik almashtiruvchi terapiyaga** o‘tiladi — **kombinatsiyalangan og‘zaki kontratseptivlar** 3–4 oy va undan ko‘proq muddat davomida qo‘llaniladi, bu **doimiy menstrual siklni saqlab turish** uchun zarur.

Davolashning maqsadi — faqat hayz ko‘rishni chaqirish emas, balki jinsiy tizimning normal rivojlanishini ta‘minlash va agar istak bo‘lsa, kelajakda **fertillikni tiklashdir**.

2. Virilizatsiya belgilariga ega birlamchi amenoreya

Ushbu turdagi amenoreya ****tug‘ma adrenogenital sindrom (AGS)****da rivojlanadi — bu **irsiy kasallik** bo‘lib, u **buyrak usti bezlari po‘stlog‘ining ferment tizimidagi genetik jihatdan belgilangan nuqson**, ko‘pincha **21-gidroksilaza fermenti yetishmovchiligi** bilan bog‘liq bo‘ladi.

Kortikosteroidlar sintezining buzilishi natijasida **androjenlar to‘planadi**, bu esa organizmning **maskulinizatsiyasiga** olib keladi.

AGS quyidagi xususiyatlar bilan tavsiflanadi:

- **Androgenlarning ortiqcha ishlab chiqarilishi**,
- Shu bilan birga **glyukokortikoidlar** va ba’zida **mineralokortikoidlar sintezi pasaygan** bo‘ladi

Klinik ko‘rinish:

- **Birlamchi amenoreya** (ya’ni hayz hech qachon bo‘lmagan),
- **Virilizatsiya belgilarining mavjudligi**: klitorning kattalashuvi, tovush tembrining pasayishi, erkaklarga xos mushak massasining rivojlanishi,
- **Erkaklardagi kabi tuklanish**: qin atrofida va qo‘ltiq ostida tuklarning o‘sishi, erta mo‘ylov chiqishi, akne (ugri),
- **Sut bezlarining yetarlicha rivojlanmaganligi**,
- **Tuz yo‘qotuvchi shaklda** elektrolit muvozanati buzilishi mumkin: **giponatriemiya** (qonda natriy yetishmasligi), **giperkaliemiya** (qonda kaliy ortiqcligi).

Davolash:

- **Asosiy davolash** — bu uzoq muddatli **glyukokortikoidlar bilan almashtiruvchi terapiya**, u **androjenlar ishlab chiqarilishini kamaytirishga** yordam beradi.
- Agar **tashqi jinsiy a’zolar virilizatsiyasi** bolalikda ancha kuchli bo‘lsa, **plastik jarrohlik yo‘li bilan tuzatish** amalga oshirilishi mumkin.
- O‘smirlik va reproduktiv yoshda davolashning maqsadi — **gormonlar muvozanatini normallashtirish, menstrual siklni tiklash va fertillikni ta’minlash** (zarurat bo‘lsa, **yordamchi reproduktiv texnologiyalar** orqali).

3. Normal ayol fenotipida kuzatiladigan birlamchi amenoreya

Ushbu turdagi amenoreya **tashqi ko‘rinishdan ayolga xos gavdaga ega** bo‘lgan bemorlarda uchraydi, lekin ularning **ichki jinsiy a’zolar rivojlanishida nuqsonlar mavjud**.

Eng ko‘p uchraydigan sabablardan biri — bu:

- **Tug‘ma bachadon va qinning yo‘qligi (ageneziyasi yoki aplaziyasi),**
- Kamdan-kam hollarda esa — **testikulyar feminizatsiya sindromi** (bu androgen retseptorlarining inaktivatsiyasi bilan bog‘liq).

Testikulyar feminizatsiya sindromi (yoki androgenlarga to‘liq ta’sirsizlik sindromi) — bu monogen kasallik bo‘lib, to‘qimalarning androgenlarga bo‘lgan sezgirligi buzilishiga olib keluvchi mutatsiya bilan bog‘liq. U taxminan har 12–15 ming yangi tug‘ilgan o‘g‘il boladan 1 tasida uchraydi.

Klinik xususiyatlari:

- Kariotip — 46, XY,
- Tashqi jinsiy a’zolar ayollarnikiga o‘xshab rivojlangan,
- Qin qisqa va ko‘r (yopiq) tugaydi,
- Gonadalar (tuxumdonlar) qorin bo‘shlig‘ida, chov kanallarida yoki jinsiy lablarda joylashgan bo‘lishi mumkin,
- Ko‘pincha bir tomonlama chov churrasi aniqlanadi, va uning tarkibida tuxumdon bo‘ladi,
- Sut bezlari shakllangan, lekin sos va areola gipoplaziyaga uchragan,
- Qin atrofida va qo‘ltiq ostida tuklanish yo‘q, bu esa to‘qimalarning androgenlarga nisbatan sezmasligi bilan bog‘liq.

Garchi bu bemorlar ayol fenotipiga ega bo‘lishsa-da, bachadon va funksional tuxumdonlar yo‘q, bu esa hayz ko‘rish va homiladorlikni imkonsiz qiladi.

Davolash:

- Gonadalarni (tuxumdonlarni) jarrohlik yo‘li bilan olib tashlash tavsiya etiladi, chunki malignizatsiya (o‘sma rivojlanishi) xavfi mavjud.
- Operatsiya ikkilamchi jinsiy belgilar shakllanib bo‘lgach, ya’ni 16–18 yosh oralg‘ida bajariladi.
- Kelgusida zarurat tug‘ilganda qinni plastik rekonstruksiya qilish mumkin.

4. Gonada disgeneziyasi — bu **jinsiy xromosomalarning miqdoriy va sifat jihatdan nuqsonlari** bilan bog‘liq **tug‘ma anomaliya** hisoblanadi.

Ushbu buzilishlar natijasida **normal tuxumdon to‘qimasi shakllanmaydi**: faoliyat yurituvchi gonadalar o‘rniga **gormonal faollikka ega bo‘lmagan biriktiruvchi to‘qimalar (cho‘zilmalar)** hosil bo‘ladi.

Bu esa **jinsiy steroidlar yetishmovchiligiga** va mos ravishda **jinsiy rivojlanishning buzilishiga** olib keladi.

Gonada disgeneziyasining uchta klinik shakli farqlanadi:

1. Shereshevskiy–Turner sindromi

Bu **gonada disgeneziyasining eng ko‘p o‘rganilgan shakli** bo‘lib, quyidagi **kariotip variantlari** bilan tavsiflanadi:

- **45,X**
- **45,X/46,XY**
- **45,X/47,XXX**

Jinsiy xromatin yoki umuman aniqlanmaydi, yoki juda past bo‘ladi.

Qon tahlillarida tuxumdon gormonlari darajasi keskin pasaygan, garchi **gonadotropinlar darajasi yuqori** bo‘lsa ham.

Klinik belgilar:

- Tug‘ilishda tana vaznining past bo‘lishi,
- **Bo‘yinning yon tomonlarida qanotsimon teri burmalari,**
- **Yurak, qon tomirlar va buyraklarning rivojlanish nuqsonlari,**
- Bo‘y o‘sishining keskin orqada qolishi,
- Skelet deformatsiyalari, osteoporozi,
- Quloq supralari past joylashgan,
- Og‘izning yuqori qavati — baland va tor (svodchatyy),
- Soch o‘sish chizig‘i bo‘yinning past qismida joylashgan,
- Tizza va tirsak bo‘g‘imlarining **valgus deformatsiyasi,**
- **Sindaktiliya** (barmoqlarning birikib ketishi),

- Ikkilamchi jinsiy belgilar yo‘qligi (sut bezlari, tuklanish va boshqalar).

2. “Toza” gonada disgeneziyasi shakli

Bu shakldagi bemorlar **ayol fenotipiga ega** bo‘ladi va odatda **bo‘yi normal yoki hatto baland** bo‘ladi.

Biroq ular **sut bezlari rivojlanmagan yoki sust rivojlangan, ikkilamchi jinsiy belgilar (tuklanish)** kam rivojlangan bo‘ladi, shuningdek, **tashqi va ichki jinsiy a‘zolar yetarlicha rivojlanmagan** bo‘ladi.

Genetik xususiyatlar:

- **Kariotip** — 46,XX yoki 46,XY
- **Jinsiy xromatin** — manfiy (yo‘q)
- **Gonadalar** — faqat **biriktiruvchi to‘qima cho‘zilmalaridan** iborat

3. Aralash gonada disgeneziyasi shakli

Bu shakl uchun **aniq somatik (tana tuzilishidagi) nuqsonlar yo‘qligi**, ammo **virilizatsiya belgilari** (masalan, erkaklardagi kabi tashqi ko‘rinish, **klitorning kattalashuvi**)ning paydo bo‘lishi xosdir.

Genetik jihatdan ko‘pincha quyidagi **mozaik kariotip** aniqlanadi:

- **45,X/46,XY,**
- **yoki mozaitsizmning boshqa variantlari.**

Jinsiy xromatin — manfiy.

Gonadalarda bir tomonda **biriktiruvchi to‘qima cho‘zilmalar**, boshqa tomonda esa **disgenetik tuxumdon** aniqlanadi.

Davolash:

Gonada disgeneziyasi shakliga qarab terapevtik taktika quyidagicha:

- **13–14 yoshdan boshlab estrogenlar bilan almashtiruvchi gormonal terapiya** boshlanadi, bu **sut bezlarining rivojlanishi va menstruatsiyaga o‘xshash reaksiya** paydo bo‘lishigacha davom ettiriladi.
- So‘ngra **kombinatsiyalangan og‘zaki kontratseptivlar** uzoq muddatga buyuriladi — bu **reproduktiv yoshdagi gormonal fonni saqlash** uchun kerak.

| An A.V.

- **Aralash shaklda gonadalarni jarrohlik yo‘li bilan olib tashlash shart, chunki malignizatsiya (o‘sma rivojlanishi) xavfi yuqori bo‘ladi.**

II. Ikkilamchi amenoreya

Ikkilamchi amenoreya — bu ilgari **doimiy hayz sikliga ega bo‘lgan ayollarda 6 oydan ortiq muddat davomida hayz ko‘rishning to‘xtashi** holatidir. Bu holatning asosi bo‘lib **neuroendokrin boshqaruvning turli darajalarida yuz beradigan funksional yoki organik buzilishlar** xizmat qilishi mumkin.

1. Psixogen amenoreya (stress-amenoreya)

Bu holat **psixoemotsional zo‘riqishlar, o‘tkir yoki surunkali stresslar** natijasida yuzaga keladi, bu esa **markaziy asab tizimining yuqori bo‘limlari**, ayniqsa **bosh miya po‘stlog‘i** faoliyatini buzadi.

Stress ta’sirida qon oqimiga **adrenokortikotrop gormon (AKTG), endorfinlar va neyrotransmitterlar** ko‘p miqdorda ajraladi. Bu esa gipotalamusda **gonadotropin-rilizing gormon (GnRG)** ishlab chiqarilishini bostiradi, hamda gipofiz tomonidan **FSH va LG sekretsiasining kamayishiga** olib keladi.

Klinik ko‘rinishlar:

- Hayz ko‘rmaslik,
- **Astenonevrotik, astenodepressiv va astenogipoxondrik sindromlar** belgilarining paydo bo‘lishi:
 - tez charchash,
 - xavotir,
 - yig‘loqilik,
 - uyqusizlik,
 - kayfiyatning tushib ketishi.

Davolash quyidagilarni o‘z ichiga oladi:

- **Psixoterapiya,**
- Zarurat bo‘lsa — **antidepressantlar va neyroleptiklar qabul qilish,**
- **Umumiy mustahkamlovchi terapiya** — B, A, E guruhidagi vitaminlar,

- **Gomeopatik vositalar va adaptogenlar** (shaxsiy ko'rsatmalarga binoan).

2. Gipotalamik amenoreya

Bu holat **gipotalamus faoliyatining buzilishi** bilan bog'liq bo'lib, u **menstrual siklni boshqaruvchi muhim bo'g'in** hisoblanadi.

Quyidagi klinik variantlar ajratiladi:

a) Tana vazni yetishmovchiligi bilan bog'liq amenoreya

Ko'pincha **oqsil, yog' va kaloriya miqdori kam bo'lgan qat'iy dietalarni tutuvchi** qizlarda uchraydi.

Keskin vazn yo'qotilishi organizmda **leptin sintezining pasayishiga** va **energetik muvozanatning buzilishiga** olib keladi, bu esa **gipotalamo-gipofizar faoliyatni bloklaydi**.

b) Asabiy anoreksiya bilan bog'liq amenoreya

Bu holat ko'proq **o'smir qizlar** va **emotsional beqarorlikka moyil yosh ayollarda** rivojlanadi.

Ular orasida **tana qiyofasini noto'g'ri qabul qilish, og'irlikni patologik darajada kamaytirishga intilish** holatlari uchraydi.

Amenoreya — **asabiy anoreksiya diagnostikasining asosiy belgilaridan biridir**.

v) Soxta homiladorlik fonida amenoreya

Bu **kam uchraydigan psixosomatik holat** bo'lib, **homilador bo'lishni juda istagan ayolda homiladorlik belgilari** (sut bezlarining og'rishi va kattalashuvi, ko'ngil aynishi, qorin kattalashuvi) paydo bo'ladi, lekin **haqiqiy homiladorlik yo'q**. Shu fon asosida **ikkilamchi amenoreya rivojlanadi**.

Gipotalamik amenoreyani davolash quyidagilarga qaratiladi:

- **Psixoterapiya,**
- **Ovqatlanishni tiklash va ratsion kaloriyasini oshirish,**
- Zarurat bo'lsa — **tsiklik gormonal terapiya** orqali menstrual siklni qayta tiklash,
- **Soxta homiladorlik holatida — tinchlantiruvchi vositalar (sedativlar).**

Ko'pchilik holatlarda **psixoemotsional yengillikdan so'ng 1–3 oy ichida menstrual sikl o'zi tiklanadi**.

3. Gipotalamo-gipofizar amenoreya

Ushbu turdagi amenoreya **gonadotropinlar va prolaktin ishlab chiqarilishini tartibga soluvchi gipotalamo-gipofizar tizim faoliyatining buzilishi** bilan bogʻliq.

Ikki asosiy shakl ajratiladi:

- **Giperprolaktinemiya asoslangan amenoreya,**
- **Tugʻma gipogonadotrop amenoreya.**

1. Giperprolaktinemiya

Giperprolaktinemiya — bu **gipofiz tomonidan prolaktin gormonining ortiqcha ishlab chiqarilishi** natijasida qon plazmasida uning darajasining oshishi.

Quyidagi turlari farqlanadi:

- **Fiziologik giperprolaktinemiya** — **homiladorlik va laktatsiya (emizish)** davrida kuzatiladi.
- **Patologik giperprolaktinemiya**, u esa ikki shaklda boʻlishi mumkin:
 - **Funksional** — bu holat **qaytar (reversiv) tartibga solish buzilishlari** bilan bogʻliq,
 - **Organik** — **tuzilma oʻzgarishlari**, masalan, **prolaktinoma** (gipofiz oʻsmalari) mavjudligida.

Funksional giperprolaktinemiya quyidagi holatlarda rivojlanishi mumkin:

- Gipotireoz (qalqonsimon bez faoliyatining pasayishi),
- Psixotrop dori vositalari, neyroleptiklar, gormonal preparatlarni uzoq muddat qabul qilish,
- Kombinatsiyalangan ogʻzaki kontratseptivlardan foydalanish,
- Surunkali stresslar,
- Baʼzi giperandrogeniya shakllari,
- Laktatsiya tugagan davr,
- Abortlardan keyingi davr.

Klinik koʻrinishlar:

- Ikkilamchi amenoreya,
- Spontan galaktoreya (sut bezlaridan o‘z-o‘zidan sut ajralishi),
- Bezorlik (infertillik),
- Jinsiy xohishning kamayishi (libido pasayishi),
- Bachadon gipoplaziyasi (kichik o‘lchamda rivojlanishi),
- Sut bezlarining og‘rishsiz kattalashuvi mumkin.

Organik giperprolaktinemiya

Bu holat **prolaktinoma** — **gipofizning prolaktin ishlab chiqaruvchi yaxlit (benign) o‘smasi** paydo bo‘lganida yuzaga keladi.

Asosiy klinik belgilar:

- **Amenoreya-galaktoreya sindromi,**
- **Bezorlik (infertillik).**

Bir necha klinik sindromlar ajratiladi:

- **Kiari–Frommel sindromi** — tug‘ruqdan keyingi amenoreya va galaktoreya,
- **Argons–del Kastilo sindromi** — etiologiyasi noma’lum bo‘lgan idiopatik shakl,
- **Forbs–Olbrayt sindromi** — o‘smaga bog‘liq giperprolaktinemiya shakli.

Davolash:

- **Gipofizning katta adenomalarida** — **neyroxirurgik aralashuv,**
- **Funksional buzilishlarda** — **medikamentoz terapiya:**
 - **Bromkriptin (Parlodel),**
 - **Kabergolin (Dostinex),**
- **Gipotireoz bo‘lgan holatlarda** — **qalqonsimon bez gormonlari** tayinlanadi.

2. Gipogonadotrop amenoreya

Bu **gipotalamo-gipofizar yetishmovchilikning tug‘ma shakli** bo‘lib, **amenoreyasi bor ayollarning 15–20% ida** aniqlanadi.

| **An A.V.**

Xarakterli belgilari:

- **Gonadotrop gormonlar (FSH, LG) darajasining pastligi,**
- **Estradiol miqdorining kamayganligi,**
- **Prolaktin, testosteron va kortizol darajalari — normal.**

Davolash:

Menstruatsiyaga o‘xshash reaksiyani tiklash uchun kombinatsiyalangan og‘zaki kontratseptivlar qo‘llaniladi.

Ular ikkilamchi jinsiy belgilar shakllanishiga va gormonal fonni barqarorlashtirishga yordam beradi.

Ikkilamchi amenoreyaning boshqa shakllari

3. Tug‘ruqdan keyingi gipopituitarizm (Shixan sindromi)

Shixan sindromi — bu tug‘ruq vaqtida yuzaga kelgan kuchli qon yo‘qotish natijasida gipofizning ishemik nekrozi rivojlanishiga olib keladigan holatdir. Bu holatda gipofizning trop gormonlari, jumladan gonadotropinlar sintezi buziladi, natijada ikkilamchi amenoreya rivojlanadi.

Klinik belgilari quyidagicha bo‘lishi mumkin:

- Galaktoreya (sut bezlaridan sut ajralishi),
- Libido (jinsiy xohish) yo‘qolishi,
- Holsizlik,
- Arterial bosimning pasayishi (gipotoniya),
- Teri qurishi,
- Soch to‘kilishi,
- Tug‘ruqdan keyin laktatsiyaning yo‘qligi.

4. Akromegaliya va gigantizm fonidagi amenoreya

Bu holat gipofiz adenomasi sababli yuzaga keladigan samatotrop gormonining (STG) ortiqcha ishlab chiqarilishi bilan bog‘liq.

- **Agar kasallik jinsiy balog‘atgacha rivojlansa — gigantizm (tanadagi nomutanosib, haddan tashqari o‘sish) shakllanadi.**

- **Agar kasallik o‘rish yakunlangandan so‘ng paydo bo‘lsa** — akromegaliya rivojlanadi, bu holat:
 - qo‘l-oyoqlarning yiriklashishi,
 - yuz tuzilmasining qo‘pol va kattalashgan shakllari bilan tavsiflanadi.

Davolash:

- **Estrogenlarning katta dozalarini buyurish** — haddan tashqari o‘rishni bostirish uchun,
- **Menstrual siklni tiklash maqsadida** — 3–4 oy davomida kombinatsiyalangan og‘zaki kontratseptivlar qo‘llaniladi.

5. Itsenko–Kushing kasalligida amenoreya

Bu holat **kortikotropin (AKTG)** sekretsiasining ortishi bilan bog‘liq bo‘lib, u **bazofillar adenomasi, bosh miya jarohati** yoki **ensefalit** oqibati bo‘lishi mumkin.

Klinik belgilari:

- **Yog‘ to‘planishining o‘ziga xos taqsimlanishi bilan kechuvchi semizlik:** oy shaklidagi, qip-qizil tusli yuz, bo‘yin, gavdaning yuqori qismi va qorin sohasida yog‘ yig‘ilishi (oyoq-qo‘llar esa oriq qoladi),
- **Giperandrogeniya belgilari va menstrual siklning buzilishi** mumkin.

Davolash:

- **21 kunlik rejimda** qo‘llaniladigan **estrogen–gestagenli preparatlar** (kombinatsiyalangan og‘zaki kontratseptivlar) buyuriladi.
- **Kurs 4–5 oy** davomida olib boriladi — **gormonlar muvozanatini tiklash va siklni qayta tiklash** uchun.

6. Buyrak usti bezlariga bog‘liq (adrenal) amenoreya shakli

U quyidagi sabablarga ko‘ra yuzaga keladi:

- **Postpubertal adrenogenital sindrom** — bu buyrak usti bezi po‘stlog‘ining tug‘ma ferment yetishmovchiligi, natijada **androjenlarning ortiqcha ishlab chiqarilishi** va **virilizatsiya simptomlari** paydo bo‘ladi.
- **Buyrak usti bezining virilizatsiyalovchi o‘smalari**, ya‘ni **androjen ishlab chiqaruvchi o‘smalar**.

| An A.V.

Davolash shakliga qarab belgilanadi:

- **Giperplaziya bo'lsa — medikamentoz davolash,**
- **O'sma bo'lsa — jarrohlik aralashuvi tavsiya etiladi.**

7. Tuxumdonlarga bog'liq amenoreya shakli

a) Tuxumdonlar yetishmovchiligi sindromi (erta klimaks)

Bu holat 38 yoshgacha bo'lgan ayollarda rivojlanadi. Belgilari:

- **Ikkilamchi amenoreya,**
- **Gipoestrogeniya simptomlari,**
- **Bezorlik.**

Davolash:

- **Past dozali estrogen–gestagenli preparatlar bilan tsiklik gormonal terapiya,**
- **Estrogen miqdori kam bo'lgan og'zaki kontratseptivlardan foydalanish.**

b) Tuxumdonlarning rezistentlik sindromi

Bu holatda tuxumdonlar morfologik jihatdan saqlanadi, ammo gonadotropinlarga javob bermaydi.

Klinik belgilari:

- **Ikkilamchi amenoreya,**
- **Bezorlik,**
- **FSG va LG darajasi normal, lekin ularga javob yo'q.**

Davolash:

- **Uzoq muddatli estrogen–gestagenli gormonal terapiya,**
- **Odatda past dozalarda qo'llanadi — kuniga 0,5 yoki 0,25 tabletka,**
- **Kombinatsiyalangan og'zaki kontratseptivlar, estrogen miqdori 0,03 mg dan oshmasligi kerak.**

8. Bachadon shaklidagi amenoreya

Bachadon shaklidagi amenoreya — bu endometriydagi patologik o'zgarishlar natijasida yuzaga keladi, ular **uning normal faoliyati va regeneratsiyasiga to'sqinlik qiladi**. Bu holatda **menstrual sikl saqlanadi**, ammo **endometriyning funksional qatlaminin ajralishi va menstrual qon ketishi** imkonsiz bo'ladi.

Eng ko'p uchraydigan sabab — **Asherman sindromi**. Bu holatda **bachadon bo'shlig'ida sinexiyalar (yopishmalar)** hosil bo'ladi, ular **endometriyning ajralishiga yoki tiklanishiga to'sqinlik qiladi**.

Davolash:

- **Sinexiyalarni jarrohlik yo'li bilan yo'qotish** — bu **gisteroskopiya** usulida, **qirqib olib tashlash** orqali amalga oshiriladi,
- So'ngra **tsiklik gormonal terapiya** belgilanadi — **bachadon shilliq qavatini tiklashni rag'batlantirish uchun**,
- **Gomeopatik vositalar** — **qo'shimcha davolash** sifatida, **individual ko'rsatmalar bo'yicha**.

Yolg'on amenoreya (kriptomenoreya)

Kriptomenoreya — bu **yolg'on amenoreya turi** bo'lib, unda ayol organizmida **gormonlar va tsiklik jarayonlar saqlanadi**, lekin **menstrual qon jinsiy yo'llar orqali chiqmaydi**.

Qon quyidagi joylarda to'planadi:

- **Bachadon bo'shlig'ida** — (**gematometra**),
- **Qinda** — (**hematokolpos**),
- **Yoki kichik chanoq bo'shlig'ida**, **orqaga oqib tushish (retrograd oqim)** natijasida,
- Bu holat odatda **og'riqli simptomlar bilan** kechadi.

Asosiy sabablar:

- **Qizlik pardasining atreziyasi (yopiq bo'lishi)**,
- **Bachadon bo'yni kanalining atreziyasi (zaroshishi)**,
- **Qin atreziyasi**,

| An A.V.

- Jinsiy a'zolarining boshqa tug'ma rivojlanish nuqsonlari.

Davolash:

- Faqat jarrohlik yo'li bilan amalga oshiriladi,
- Maqsad — jinsiy yo'llarning o'tkazuvchanligini tiklash va menstrual qonning normal chiqishini ta'minlash.

2.2. Gipomenstrual sindrom

Gipomenstrual sindrom — bu menstrual sikl buzilishi bo'lib, hayz ko'rishning zaiflashuvi bilan namoyon bo'ladi. Klinik amaliyotda ushbu atama orqali menstrual qon hajmining va/yoki davomiyligining kamayishi, shuningdek hayzlar orasidagi intervallarning uzayishi bilan kechuvchi holatlar nazarda tutiladi.

Gipomenstrual sindromning asosiy shakllari:

- **Gipomenoreya** — menstrual qon miqdorining 25 ml yoki undan kam bo'lishi,
- **Oligomenoreya** — hayz ko'rish muddati 2 kun yoki undan kam,
- **Opsomenoreya (bradimenoreya)** — kechikuvchi hayzlar, sikllar oralig'i 5 haftadan 8 haftagacha,
- **Spaniomenoreya** — juda kam hayz ko'rish, yilda atigi 2–4 marta.

Ko'p hollarda **gipomenstrual sindromning aralash shakllari** kuzatiladi: masalan, **gipo- va oligomenoreya, gipo- va opsomenoreya** va boshqalar. Ba'zi bemorlarda bu holatlar **amenoreyaning boshlanishi** (ya'ni xabarchisi) bo'lishi mumkin.

Yuzaga kelish vaqtiga ko'ra klassifikatsiya:

- **Birlamchi gipomenstrual sindrom** — hayz ko'rish boshlanishidan boshlab zaif bo'ladi. Ko'pincha jinsiy rivojlanish anomaliyalari, gipoplaziya yoki infantilizm fonida kuzatiladi.
- **Ikkilamchi gipomenstrual sindrom** — ilgari normal menstrual sikl bo'lgan, lekin keyinchalik rivojlangan.

Odatda **endokrin buzilishlar, surunkali kasalliklar** yoki **jinsiy tizimga oid jarohatlardan so‘ng** paydo bo‘ladi.

Etiologiya va patogenez:

Gipomenstrual sindrom rivojlanishiga sabab bo‘luvchi omillar quyidagilardir:

- Organizmning umumiy holsizlanishi, og‘ir hayot sharoitlari,
- Surunkali infeksiyalar, intoksikatsiyalar (zaharli ta’sirlar),
- Ichki sekretsia bezlari kasalliklari (masalan, qalqonsimon bez),
- Tuberkulyoz yoki kichik chanoqda yallig‘lanish jarayonlari,
- Bachadonda o‘tkazilgan operatsiyalar (kuretaj, defundatsiya),
- Jinsiy a’zolar gipoplaziyasi, endometriyning past sezuvchanligi,
- Markaziy asab tizimi – gipofiz – tuxumdonlar tizimidagi regulyatsiya buzilishi.

Klinik shakllari va menstrual sikl xususiyatlari:

- **Gipomenoreyada** hayzlar faqat **qon izlari yoki tomchilari** ko‘rinishida bo‘ladi.
Menstrual sikl **ikki fazali saqlanishi** mumkin, ba’zida **to‘liq lyutein fazasi** mavjud bo‘ladi.
- **Oligomenoreya** ko‘pincha **gipomenoreya bilan birga** uchraydi va **amenoreyadan oldingi bosqich** sifatida qaraladi.
- **Opsomenoreya** bir nechta klinik variantlarga ega:

1. Uzoq davom etuvchi follikulin fazali sikl:

- Lyutein fazasi normal,
- **Ovulyatsiya 17–30-kunlar orasida** sodir bo‘ladi,
- Sababi — follikulalarning sekin yetilishi va **FSG sekretsiasining pasayganligi**.

2. Qisqa lyutein fazali sikl va kechikkan ovulyatsiya:

- Lyutein yetishmovchiligi rivojlanadi,
- **Endometriyning bezli-kistoz giperplaziyasi** (o‘sishi) kuzatilishi mumkin.

| **An A.V.**

3. Uzoq davom etuvchi lyutein fazali sikl (follikulin fazasi normal):

- Juda kam uchraydigan variant.

Diagnostika:

Gipomenstrual sindrom tashxisi quyidagilarga asoslanadi:

- **Anamnez (kasallik tarixi),**
- **Umumiy va ginekologik ko‘rik,**
- **Laboratoriya tekshiruvlari (gormonlar profili),**
- **Funktsional testlar:**
 - **bazal tana harorati,**
 - **kichik chanoq a‘zolarining UTT (ultratovush tekshiruvi) va boshqalar.**

Davolash:

Davolash taktikasi — buzilishning sababiga va og‘irligiga qarab belgilanadi. Quyidagilarni o‘z ichiga oladi:

- **Umumiy mustahkamlovchi tadbirlar,**
- **Fizioterapiya muolajalari** — kichik chanoq a‘zolarida qon aylanishini yaxshilashga qaratilgan,
- **Gormonal terapiya** (zarurat bo‘lsa — **tsiklik tarzda**),
- **Immunostimulyator vositalar** — **individual ko‘rsatmalarga binoan.**

2.3. Qizlar va yosh ayollarda jinsiy va funksional rivojlanishning kechikishi

Jinsiy rivojlanishning kechikishi (JRK) — bu holat bo‘lib, unda **15–16 yoshdagi qizlarda hayz ko‘rish (menarx) va ikkilamchi jinsiy belgilar (sut bezlari rivojlanishi, qin va qo‘ltiq osti tuklanishi)** yo‘q bo‘ladi. Bu holat jinsiy balog‘atni boshqaruvchi **neyrondokrin tizim bo‘g‘inlarining uyg‘un faoliyati buzilishi** bilan bog‘liq bo‘lishi mumkin.

Kechikish quyidagicha namoyon bo‘lishi mumkin:

- **Ikkilamchi jinsiy belgilar to‘liq yo‘qligi,**
- Yoki faqat **menarxning bo‘lmasligi**, boshqa belgilar esa saqlanadi.

JRKning reproduktiv tizim zararlanish darajasiga ko‘ra klassifikatsiyasi:

a) Markaziy kelib chiqishli jinsiy yetilmaslik

1. Gipotalamik kelib chiqish

Bu holat **gipotalamusning zararlanishi** bilan bog‘liq bo‘ladi:

- **o‘sma,**
- **yallig‘lanish jarayonlari,**
- **neyroendokrin buzilishlar.**

Klinik variantlar:

Semizliksiz shakl:

- **Qizlar o‘shida orqada qoladi,**
- **Ko‘pincha soma (jismoniy) nuqsonlar mavjud,**
- **Nevrologik simptomlar bo‘lishi mumkin:**
 - **gemiplegiya,**
 - **ko‘z tubi o‘zgarishlari,**
 - **ko‘rishning buzilishi.**
- **Gonadotropinlar, estrogenlar va 17-ketosteroidlar darajasi keskin past bo‘ladi.**
- **Erta tashxis qo‘yilib, sabab bartaraf etilsa — davolash samarali bo‘ladi.**

Semizlik bilan kechuvchi shakl:

- **Somatik rivojlanish normal yoki tezlashgan** (uzun oyoq-qo‘llar, keng chanoq, rivojlangan mushaklar),
- Shu bilan birga **tuklanish yo‘q, teri silliq,**
- **Aqliy rivojlanish saqlanadi,**
- Bu holat **Pexrantz–Babinskiy–Frelix sindromi** deb ataladi.

2. Gipofizar kelib chiqish

Bu holat **gipofiz yetishmovchiligi** fonida yuzaga keladigan **gonadotropinlar yetishmovchiligi** bilan bog‘liq.

- **Sut bezlarining gipoplaziyasi** (kam rivojlanganligi),
- **Amenoreya** yoki **kamdan-kam uchraydigan anovulyator qon ketishlar** kuzatiladi.

Vaqtinchalik gipofizar evnuxoidizm (masalan, asabiy anoreksiya fonida):

- **Ikkilamchi jinsiy belgilar rivojlangan bo‘lishi** mumkin,
- Ammo **menstrual funksiyaning buzilishi** yuz beradi:
 - **keskin vazn yo‘qotish,**
 - **qorin va qo‘ltiq ostidagi tuklarning to‘kilishi.**
- Bu holat ko‘pincha **psixosotsional stresslar** natijasida rivojlanadi.

Davolash:

- **Sababchi omillarni yo‘qotishga,**
- **Gormonal regulyatsiyani tiklashga** qaratiladi.

b) Idiopatik jinsiy rivojlanish kechikishi

Bu holat **konstitutsiyaviy, irsiy** yoki **og‘ir somatik kasalliklar** bilan bog‘liq bo‘lib, ular organizmning umumiy holatiga salbiy ta‘sir ko‘rsatadi.

Agar **13–15 yoshgacha** bo‘lgan qizlarda **ikkilamchi jinsiy belgilar rivojlanmasa**, quyidagi tekshiruvlar zarur:

- **Antropometrik o‘lchovlar,**
- **Tuxumdon va buyrak usti bezlari gormonlari darajasini aniqlash,**
- **Suyak yoshini** baholash uchun rentgenologik tekshiruv,
- **Endokrin va boshqa tizimlarni tekshirish.**

Agar hech qanday **organik (jismoniy) nuqsonlar aniqlanmasa**, quyidagilar tavsiya etiladi:

- **Xorionik gonadotropin** yoki **jinsiy steroidlar** bilan **gormonal terapiya,**

- Umumiy mustahkamlovchi muolajalar,
- Salbiy tashqi omillarni yo‘qotishga qaratilgan tadbirlar.

v) Periferik kelib chiqishli jinsiy yetilmaslik (tuxumdon shakli)

Bu **JRK shakli**, tuxumdonlardagi destruktiv o‘zgarishlar yoki gonada disgeneziyasi bilan bog‘liq bo‘lib, ko‘pincha tug‘ma bo‘ladi va jinsiy xromosomalarning anomaliyalari bilan bog‘liq.

Gonadal jinsiy rivojlanish kechikishi shakllari (JRK) quyidagilarni o‘z ichiga oladi:

- **Tipik shakl** — Shereshevskiy–Turner sindromi (kariotip: 45,X),
- **“Toza” shakl** — Svyayer sindromi (kariotip: 46,XY),
- **Aralash shakl** — mozaik karyotiplar yoki qisman xromosoma anomaliyalari bilan.

Barcha shakllar uchun umumiy belgilar:

- Ifrat darajadagi gipoestrogeniya (estrogenlar yetishmovchiligi),
- Hayz ko‘rishning yo‘qligi (amenoreya),
- Jinsiy a‘zolarining yetarlicha rivojlanmasligi,
- Ko‘pincha bepustlik (infertillik).

Bobga savollar

I. Yopiq test savollari (bitta to‘g‘ri javobni tanlang)

1. Quyidagi qaysi holatlar birlamchi amenoreyaga mos keladi ?

- A) 3 oy davomida hayz siklining bo'lmasligi
- B) ikkilamchi jinsiy belgilarning bo'lmasa, 16 yoshgacha hayz siklining yo'qligi
- C) 35 kundan ortiq vaqt oralig'ida hayz ko'rish
- D) asiklik bachadondan qon ketish

2. Gipergonadotropik amenoreyaga nima sabab bo'ladi?

- A) gonadoliberin sekretsiasining yetishmasligi
- B) tuxumdonlar polikistozi

| An A.V.

C) tuxumdonlarning charchash sindromi

D) Asherman Sindromi

3. O'smirlarda yog ' to'qimalarining yetishmasligi nimaga olib keladi?

A) Gipergonadizm

B) gipogonadotropik amenoreya

C) Giperestrogeniya

D) balog'at yetishishning tezlashishi

4. Quyidagi qaysi holt soxta amenoreyaga tegishli?

A) Asherman Sindromi

B) gonadalar disgeneziyasi

C) qin atreziyasi

D) Kallmann sindromi

5. Jinsiy rivojlanish kechikishining qanday tasnifi mavjud?

A) organik, funktsional, gormonal

B) Markaziy, periferik, somatogen

C) birlamchi va ikkilamchi

D) chin va soxta

6. Quyidagi qaysi genetik sindrom anosmiya va ikkilamchi amenoreyaga xos?

A) Kallmann Sindromi

B) Asherman Sindromi

C) Shereshevskiy-Tyorner Sindromi

D) Lorens-Mun-Bardet-Biddlya Sindromi

7. Quyidagi qaysi holat gipomenstrual sindromga oid emas?

A) Oligomenoreya

B) Menorragiya

C) Gipomenoreya

D) Opsomenoreya

8. Qanday sindrom gipofiz bezining tug'ma gipoplaziyasi bilan namoyon bo'ladi?

A) Asherman Sindromi

B) Lorens-Mun-Bardet-Biddly Sindromi

C) Shixan Sindromi

D) Bo'sh turk egar sindromi

9. Quyidagi qaysi holat ikkilamchi jinsiy belgilarining yetishmasligi va rivojlanmaganligi ifodalaydi?

A) anoreksiya

B) Asherman Sindromi

C) Semirib Ketish

D) Giperestrogeniya

II. Ochiq savollar (batafsil javob talab qilinadigan topshiriqlar)

1. Birlamchi va ikkilamchi amenore o'rtasidagi farqlarni tasvirlab bering. Har bir tur uchun sabablarga misollar keltiring.
2. Gipomenstrüel sindromning rivojlanish mexanizmlarini va uning asosiy klinik ko'rinishini tushuntiring.
3. Jinsiy rivojlanishning kechikishining sabablari va patogenezi qanday? Ushbu shartlar qanday tasniflanadi?
4. Asherman sindromini tashxislash va davolash haqida gapiring. Qanday tasvirlash usullari qo'llaniladi?
5. Stressli vaziyatlar qanday qilib gipogonadotropik amenoreyaga olib kelishi mumkinligini tushuntiring.

III. Vaziyat vazifalari

Masala №1

16 yoshli qiz hayz siklining yo'qligiga shikoyat qildi. Tekshirilganda: bo'yi 152 sm, vazni 38 kg, sut bezlari gipoplaziyasi belgilari, qov va qo'ltiq osti sohasida

| An A.V.

tuklanishning yo'qligi kuuzatiladi. Ultratovush tekshiruvda bachadon va tuxumdonlarning gipoplaziyasini kuzatildi.

1. Qanday tekshiruv usullari amenoreya sababini aniqlashga yordam beradi?
2. Taxminiy tashxis nima?
3. Qanday davolash prinsipini tanlash kerak?

Masala №2

Anamnezida regulyar hayz sikli kuzatilgan 32 yoshli ayol 8 oy davomida hayz ko'rmaganidan shikoyat qiladi. Anamnezda — spontan abortdan keyin bachadon bo'shlig'ining kuretaji qilingan. Ultratovush tekshiruvda endometriyning ingichkalashganligi va bachadon ichi sinexiyasi kuzatildi.

1. Qanday diagnostik usullar yordamida tashxisni tasdiqlash mumkin ?
2. Ushbu holatda kuzatilishi mumkin bo'lgan asoratlari qanday?
3. Bu holda qanday davolash usullari tavsiya etiladi?

Masala №3

14 yoshli qiz hayz siklining yo'qligiga shikoyat qiladi. Tekshiruvda: TVI(tana vazn indeksi) normalligi, qomatning normalligi, aniq ikkilamchi jinsiy belgilarning rivojlanganligini kuzatish mumkin . Ultratovush tekshiruvda bachadonning mavjudligini ko'rish mumkin, ammo bemorda qinning obstruktsiyasi kuzatiladi.

1. Taxminiy tashxis nima?
2. Qanday diagnostika va davolash usullaridan foydalanish kerak?
3. Bemorga qanday tavsiyalar berish mumkin?

Barcha qo'shimcha materiallar uchun o'z-o'zini tekshirish Telegram-kanalida mavjud:

<https://t.me/+UIFVjMi2x6oxZGEy>

Yoki QR-kodni skanerlashingiz mumkin:



Bob №3. Bachadondan anomal qon ketishi.

Bachadondan anomal qon ketishi (BAQK) — bu normal hayz ko'rishdan farq qiluvchi, jinsiy yo'llardan kuzatiladigan qon ketish bo'lib, u chastotasi, davomiyligi, hajmi yoki boshlanish vaqti bilan ajralib turadi. Ushbu holatlarning eng ko'p uchraydigan sababi — gipotalamo-gipofizar-tuxumdon o'qi faoliyatidagi nosozliklar natijasida rivojlanadigan disgormonal buzilishlardir.

Etiologiyasi va patogenezi

Qizlarda menstrual siklning shakllanishi gipotalamus tomonidan gonadoliberin (GnRG) sekretsiasining ritmik tarzda shakllanishi bilan bog'liq. Premenarxe davrida GnRG sekretsiasini yo'q yoki juda past darajada bo'ladi. Vaqt o'tishi bilan uning impulsli ajralishi chastotasi va amplitudasi ortadi. Bu esa gipofizda gonadotropinlar — follikulostimullovchi gormon (FSH) va lyuteinlashtiruvchi gormon (LH) ishlab chiqarilishini rag'batlantiradi. Ushbu gormonlar to'liq ovaryal sikl — follikul yetilishi, ovulyatsiya va sariq tanachaning shakllanishi uchun zarurdir.

Jinsiy balog'atning dastlabki bosqichlarida gonadotropinlar darajasi birinchi navbatda menarxening boshlanishi, so'ngra esa muntazam ovulyatsiya va barqaror lyutein fazaning yuzaga kelishi uchun yetarli bo'lmaydi. Natijada menstrual siklning ikkilamchi buzilishlari: anovulyatsiya, sariq tanachaning yetishmovchiligi, gipomenoreya, oligomenoreya va amenoreya rivojlanadi. Ushbu holatlar, o'z navbatida, bachadondan disfunktsional qon ketish — BAQKning eng keng tarqalgan shakli sifatida namoyon bo'lishi mumkin.

Gonadotropinlar sekretsiasini tuxumdon jinsiy steroidlari bilan orqa aloqada boshqariladi:

- **Salbiy orqa aloqa:** siklning boshida estradiol darajasining pasayishi FSH sekretsiasini rag'batlantiradi.
- **Ijobiy orqa aloqa:** preovulyator follikuldagi yuqori estradiol darajasi LH va FSH sekretsiasining cho'qqisiga olib keladi, bu esa ovulyatsiyani yuzaga keltiradi.

FSH quyidagi jarayonlarni stimulyatsiya qiladi:

- Follikulalarning o'sishi va yetilishi,
- Granuloza hujayralarining proliferatsiyasi,

| An A.V.

- Aromataza fermentlari va LH retseptorlarining sintezi.

LH quyidagilarni ta'minlaydi:

- Teka hujayralarda androgenlar sintezi,
- Dominant follikulda estradiol ishlab chiqarilishi,
- Ovulyatsiya,
- Granuloza hujayralarining lyuteinizatsiyasi va progesteron sintezi.

Ovulyatsiya LH (lyuteinlashtiruvchi gormon) cho'qqisidan **10–12 soat** o'tib yoki **estradiol cho'qqisidan 24–36 soat** o'tib yuzaga keladi. Ovulyatsiyadan so'ng **sariq tanacha (corpus luteum)** hosil bo'ladi, u **7-kuniga kelib funksional yetuklikka erishadi** va **progesteron hamda estradiolni** faol sintez qila boshlaydi. Menstrual siklning ikkinchi fazasi **progesteron konsentratsiyasining 10 baravargacha oshishi bilan** xarakterlanadi — bu esa **endometriyni blastotsista implantatsiyasi uchun tayyorlaydi**.

Shuningdek, **jinsiy steroidlarni bog'lovchi globulinlar (JSSBG / PSSG)** sekretsiyasi ham muhim rol o'ynaydi. Ularning sintezi **insulin, testosteron va estradiol** darajasiga bog'liq. Ushbu globulinlarning disbalansi, **endometriydagi tsiklik o'zgarishlarda ishtirok etuvchi faol gormon shakllarining taqsimlanishini buzishi** mumkin.

Reproduktiv funksiyaning buzilishlarini, ayniqsa **disfunksional bachadon qon ketishlari (BAQK)**da aniqlashda **gormonlarning oqsillar bilan bog'lanmagan (erkin) shakllarini aniqlash uchun immunologik metodlar** qo'llaniladi.

Bachadondan anomal qon ketishlarning (BAQK) klassifikatsiyasi

Zamonaviy FIGO tavsiyalariga ko'ra, BAQK etiologik tamoyil asosida tasniflanadi — bu tasnif **PALM–COEIN tizimida** jamlangan:

Struktural sabablari (PALM):

- **P (Polyp)** – endometriy poliplari,
- **A (Adenomyosis)** – adenomioz,
- **L (Leiomyoma)** – bachadon miomasi (submukozal yoki boshqa lokalizatsiya),

- **M (Malignancy and hyperplasia)** – bachadon ichki qavati (endometriy)ning yomon sifatli o‘smalari yoki giperplaziyasi.

Funktsional sabablar (COEIN):

- **C (Koagulopatiya)** — qonning ivish tizimidagi buzilishlar,
- **O (Ovulyator disfunktsiya)** — ovulyatsiya jarayonining buzilishi,
- **E (Endometriyal)** — endometriyning birlamchi (birlamchi) patologiyasi,
- **I (Iatrogen)** — dori vositalari yoki tibbiy aralashuvlar bilan bog‘liq holatlar,
- **N (Not yet classified)** — hali aniqlanmagan, tasniflanmagan sabablar.

BAQK shakllari va ularning klinik ko‘rinishlari

Bachadondan anomal qon ketishi (BAQK) — bu homilador bo‘lmagan ayollarda hayz qonining hajmi, davomiyligi, chastotasi yoki ritmining har qanday buzilishidir.

Zamonaviy tibbiy adabiyotlarda yagona terminologiyadan foydalanish tavsiya etiladi, ya’ni eski atamalardan voz kechib, ularning barchasini "BAQK" tushunchasi ostida birlashtirish kerak.

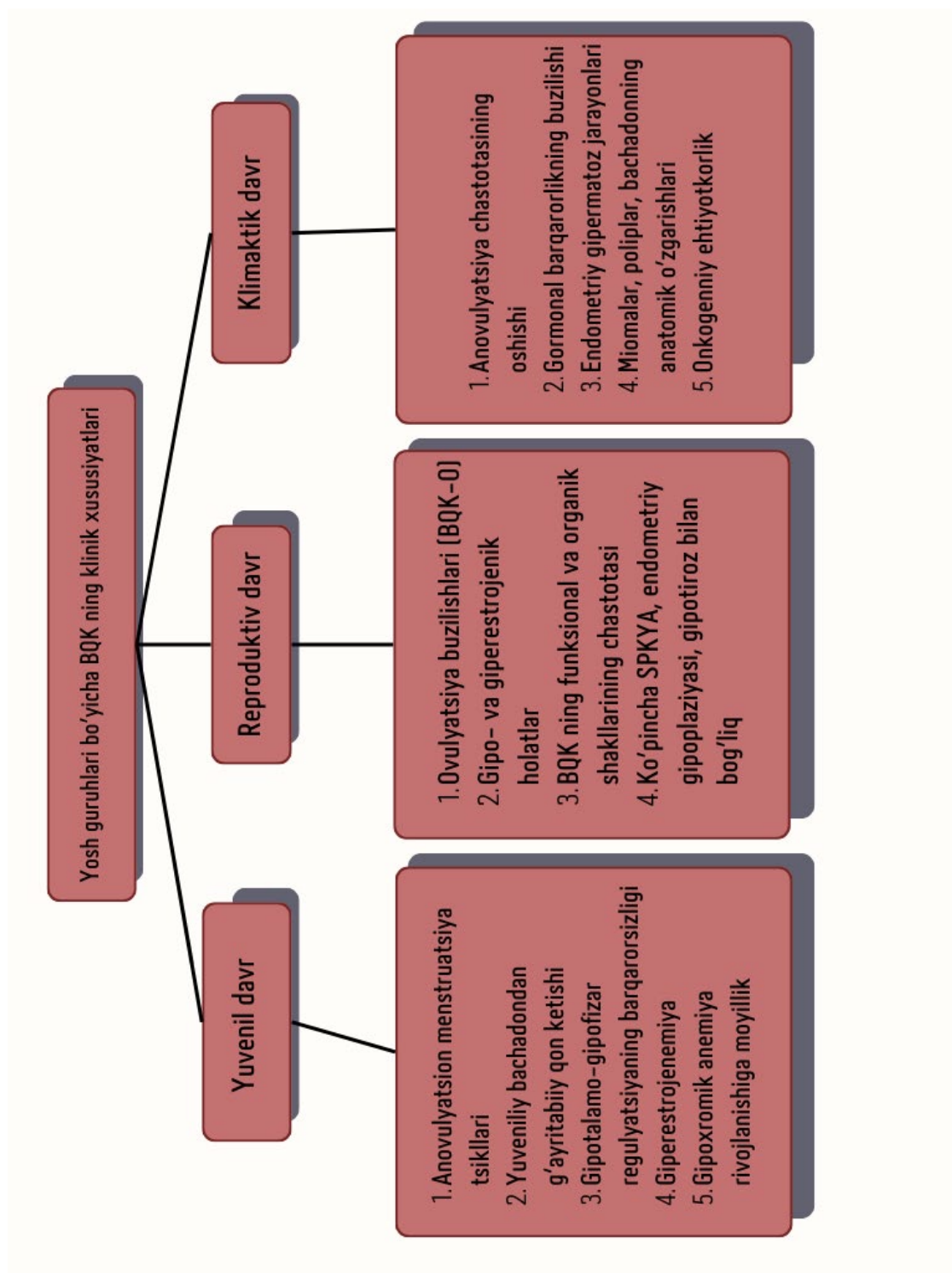
Eskirgan, lekin hali-hanuz amaliyotda uchraydigan atamalar (FOYDALANILMASLIGI kerak):

- **Menoragiya** — hayz paytidagi ko‘p va uzoq davom etuvchi qon ketishlar (tsiklik),
- **Metroragiya** — hayz oralig‘ida qon ketish (atsiklik),
- **Menometroragiya** — tsiklik va atsiklik qon ketishlarning birgalikda kuzatilishi,
- **Gipermenoreya** — hayz qonining me’yordan ortiq bo‘lishi (80 ml dan ko‘p),
- **Gipomenoreya** — juda oz hayz ko‘rish (5 ml dan kam),
- **Opsomenoreya** — kamdan-kam hayz ko‘rish (intervalli 38 kundan ortiq),
- **Proyomenoreya** — juda tez-tez hayz ko‘rish (intervalli 24 kundan kam),

BAQKning klinik xususiyatlari yosh guruhlariga qarab

| An A.V.

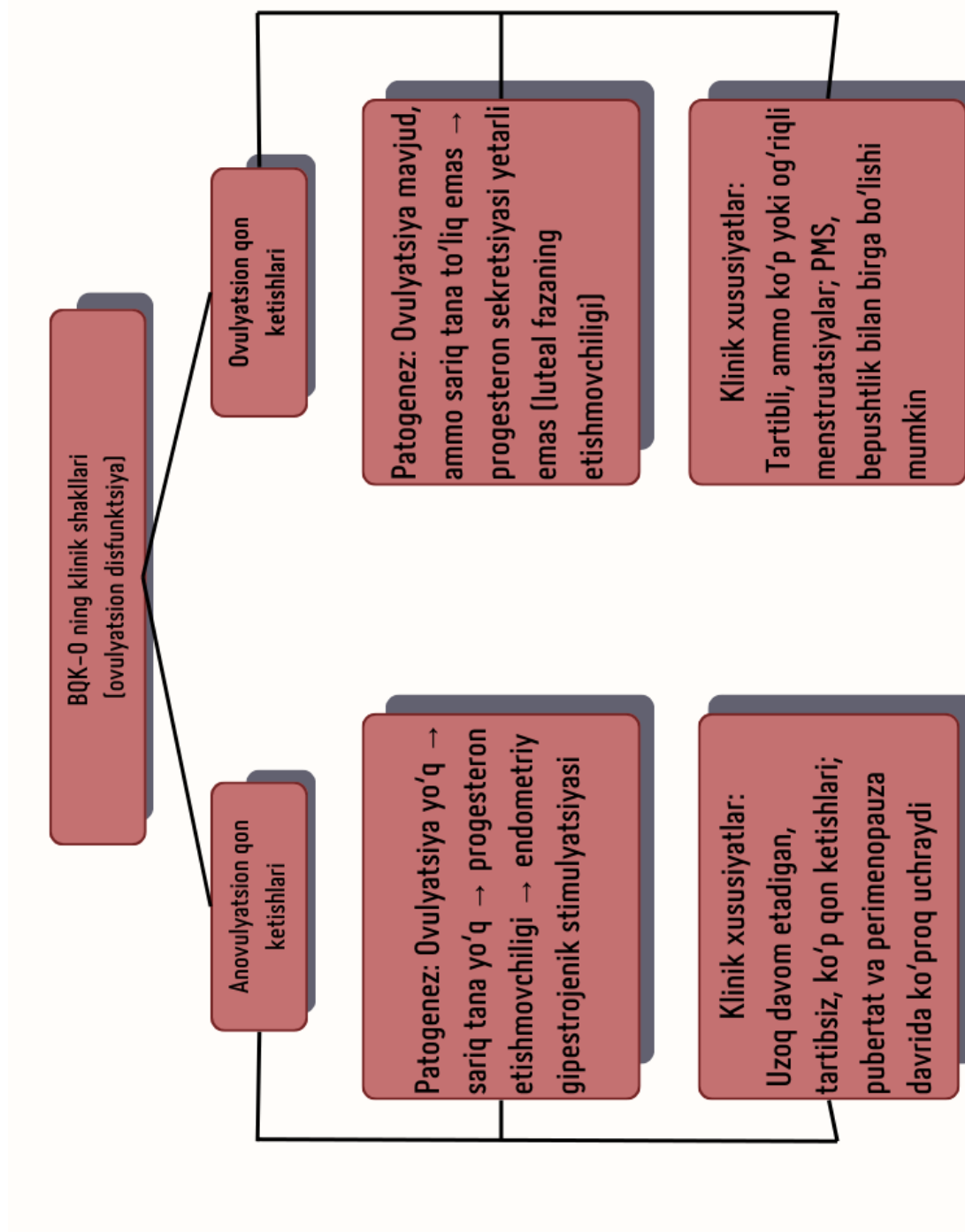
Bachadondan anomal qon ketishlarning (BAQK) yoshga oid shakllari patogenez va klinik ko‘rinishlarning ifodalanish darajasi bo‘yicha farqlanadi. Baholashda quyidagilar hisobga olinadi: Gormonal fon xususiyatlari, Ovaryal zaxira holati, Ovulyatsiyaning mavjudligi yoki yo‘qligi, Shuningdek, organik patologiya ehtimoli.



Jadval 3.1. BQKning yosh guruhlari bo'yicha klinik xususiyatlari

BAQK-O (ovulyator disfunktsiyaga oid) klinik shakllari

FIGO tasnifiga ko'ra, barcha organik sabab bilan bog'liq bo'lmagan, gormonal kelib chiqishli bachadondan qon ketishlar BAQK-O (Ovulyator disfunktsiya) turiga mansub hisoblanadi. Ular buzilishlarning xarakteriga ko'ra quyidagicha guruhlariga bo'linadi (3.3-jadval).



Jadval 3.2. BQK-O ning klinik shakllari

Bachadondan anomal qon ketishlarni (BAQK) diagnostikasi

BAQK diagnostikasi bosqichma-bosqich, **tizimli** tarzda olib borilishi kerak va quyidagi **asosiy tamoyillarga asoslanadi**:

Homiladorlik, onkopatologiya va organik buzilishlarni istisno qilish.

Shuningdek, **bemorning yoshi** va **ehtimoliy patogenetik mexanizmi** muhim rol o'ynaydi.

I. BAQK diagnostikasining umumiy bosqichlari (barcha yosh toifalari uchun)

1. Anamnez yig'ish:

- Menstruatsiyalar xarakteri (hajmi, davomiyligi, muntazamligi),
- Menarxe (birinchi hayz) boshlangan yoshi,
- Qon ketishlarning dori vositalari, jismoniy yuklama yoki stresslar bilan bog'liqligi,
- Reproduktiv rejalari,
- Giperestrojeniya, androgeniya yoki gipotireoz simptomlari.

2. Ob'yektiv ko'rik:

- Tana vazni indeksi (BMI), teri holati, ikkilamchi jinsiy belgilarni baholash,
- Ginekologik ko'rik: ajralmalar hajmi, bachadon bo'yni va qin holatini baholash.

3. Homiladorlikni istisno qilish — ayniqsa reproduktiv yoshdagi ayollarda birinchi va majburiy qadam:

→ **β -XGCh (β -horionik gonadotropin) testi.**

4. Instrumental tekshiruvlar:

- **Kichik chanoq a'zolarining UTT (ultratovush tekshiruvi) —** transabdominal / transvaginal:
→ endometriy tuzilmasi, M-Echo qalinligi, miometriy holati, poliplar, miomalar mavjudligi,
- **Gisteroskopiya + endometriy maqsadli biopsiyasi —**
→ giperplaziya yoki rak shubhasida "oltin standart" hisoblanadi.

5. Gormonal tadqiqotlar:

- FSG, LG, estradiol, progesteron (21-kun), prolaktin, TSH, testosteron,
- Menstrual sikl buzilishlarida **jinsiy steroidlarni bog‘lovchi globulinlar (JSSBG / PSSG)**.

6. Koagulogramma —

→ ayniqsa **yoshlar davrida kuzatiladigan BAQK-C (koagulopatiya)** holatlariga shubha bo‘lganda qo‘llaniladi.

Bachadondan anomal qon ketishlarni (BAQK) fiziologik davrlarga ko‘ra diagnostikasi

I. Yuvenil davr (balog‘atga yetish davri)

Menstrual sikl shakllanish davrida (menarxedan keyingi dastlabki 1–2 yil ichida) **BAQKning asosiy sababi — anovulyator qon ketishlar** bo‘lib, bu holat **gipotalamo-gipofizar-tuxumdon tizimining yetilmaganligi** bilan bog‘liq. Shuningdek, ayrim qizlarda bu holat **koagulopatiyalar** (ayniqsa, **Villebrand kasalligi**) kabi **sistemali kasalliklar** bilan ham bog‘liq bo‘lishi mumkin.

◆ Yuvenil yoshdagi diagnostika bosqichlari:

- Batafsil anamnez: qon ketish xarakteri, davomiyligi, hamroh simptomlar,
- Kichik chanoq a‘zolarining UTT (odatda transabdominal),
- Gormonal profil: FSG, LG, estradiol, prolaktin, TSH,
- Koagulogramma (ayniqsa, menarxedan boshlab hayzlar juda kuchli bo‘lsa),
- Menstrual kundalik yuritish (hayz chastotasi, davomiyligi, hajmi),
- Bolalar ginekologi ko‘rigi, kerak bo‘lsa — gematolog konsultatsiyasi.

II. Reproduktiv davr

Reproduktiv yoshdagi ayollarda BAQK sabablari ancha kengaygan bo‘ladi. **Ovulyator disfunktsiyadan tashqari**, quyidagilar ko‘p uchraydi:

- Organik sabablari: **miomalar, poliplar, endometriy giperplaziyasi**,
- Endokrinopatiyalar: **SPKY (polikistoz tuxumdon sindromi), gipoprolaktinemiya, gipotireoz**,
- Dori vositalarining nojo‘ya ta’siri (BAQK-I),

| An A.V.

- **Homiladorlik** (shu jumladan: **bachadondan tashqari, to'liq bo'lmagan abort, gestatsiya asoratlari**).

Majburiy diagnostika bosqichlari:

- Homiladorlikni istisno qilish: **β -XGCh testi** — **birinchi qadam**,
- Ginekologik ko'rik: bachadon bo'yni va qinni baholash,
- Kichik chanoq a'zolarining transvaginal UTT,
- Gormonal skrining: FSG, LG, progesteron (siklning 21-kuni), estradiol, prolaktin, TSH, testosteron, JSSBG,
- Qonning biokimyoviy tahlili: glyukoza, insulin, lipidlar (agar metabolik sindromga shubha bo'lsa),
- SPKYga shubha bo'lsa: **follikulyar xarita, LG/FSH indeksi**,
- Endometriy patologiyasiga shubha bo'lsa: **paypel-biopsiya** yoki **gisteroskopiya**.

III. Klimakterik davr

Perimenopauza va ayniqsa postmenopauzada jinsiy yo'llardan qonli ajralmalar har qanday holatda **patologik** hisoblanadi va bu holatda **giperplaziya va onkopatologiyalarni istisno qilish zarur**. Bu yosh davri — **endometriy poliplari, miomalar, giperplaziya va bachadon tanasi saratoni** holatlarining **eng yuqori ko'rsatkichiga ega bo'lgan** davrdir.

Ushbu davrda diagnostika onko-ogohlikka yo'naltiriladi:

- Kichik chanoq a'zolarining UTT: **endometriy qalinligiga alohida e'tibor** beriladi (postmenopauzada **M-Echo > 5 mm** — **shubhali** hisoblanadi),
- Gisteroskopiya va endometriyning maqsadli biopsiyasi — **“oltin standart”**,
- Paypel-biopsiya — poliklinik sharoitdagi muqobil usul,
- Bachadon bo'yni ko'rigi, kolposkopiya (ajralmalar bo'lsa),
- Onkomarkerlarni aniqlash: **CA-125** (tuxumdon o'smalariga shubha bo'lsa),
- Gormonal testlar — **perimenopauza bosqichidagi sikl tebranishlarida** (kerak bo'lsa).

Bachadondan anomal qon ketishlarni (BAQK) fiziologik davrlarga ko‘ra davolash

BAQK bilan murojaat qilgan bemor ayollarni davolash taktikasi qat’iy individual yondashuvga asoslanishi lozim va klinik holatning kompleks bahosiga tayanishi kerak.

Terapiya tanlashda quyidagilar hisobga olinadi:

- Ayolning yoshi,
- Qon yo‘qotish darajasi,
- Anemiyaning mavjudligi yoki yo‘qligi,
- Menstrual sikl va ovulyator statusning xarakteri,
- Reproduktiv rejalar.

Davolashni belgilashda asosiy ahamiyatga ega omil — bu **PALM–COEIN** klassifikatsiyasi asosida aniqlangan **taxminiy yoki tasdiqlangan sabab**, ya’ni **struktural yoki funksional BAQK shakli**.

I. Yuvenil davr

Asosiy vazifalar:

- Qon ketishni to‘xtatish,
- Menstrual siklni barqarorlashtirish,
- Anemiyaning va qaytalanishlarning oldini olish.

Yengil va o‘rtacha shakllarda:

- **Kombinatsiyalashgan og‘zaki kontratseptivlar (KO‘K)** — uzluksiz yoki tsiklik tartibda (masalan, 20–30 mkg etinilestradiol bilan),
- **Sof gestagenlar** (didrogesteron, noretisteron) — siklning 2-fazasida,
- **NSPBV** (ibuprofen, naproksen) — qon yo‘qotishni kamaytirish uchun,
- **Traneksamat kislota** — ko‘p, lekin hayotga xavf solmaydigan qon ketishlarda.

Og‘ir shakllarda:

- **Stasionar davolash,**

| An A.V.

- **Gemostatik terapiya:** etamsilat, aminokapron kislota,
- **Yuqori dozali gormonal terapiya** (masalan, bir necha kun davomida ikki martalik KO‘K qabul qilish),
- **Qaytalanuvchi qon ketishlarda — gematologik tekshiruv** (koagulopatiyaga shubha bo‘lsa).

Qo‘shimcha choralar:

- **Temir preparatlari** — agar gemoglobin kamaygan bo‘lsa,
- **Psixologik yordam, hayot tarzini to‘g‘rilash.**

II. Reproduktiv davr

Davolash taktikasi **etiologiya, qon ketish darajasi va reproduktiv rejalarga bog‘liq.**

BAQK–O (ovulyator disfunktsiya) holatida:

- **KO‘K** — barqaror sikl va qarshi ko‘rsatmalar bo‘lmaganda birinchi tanlov,
- **Sof gestagenlar** — siklning 2-fazasida yoki uzluksiz rejimda (didrogesteron, medroksiprogesteron),
- **Levonorgestrel o‘z ichiga olgan bachadon ichi tizimi** (masalan, **Mirena**) — ko‘p hayzlar bo‘lsa va qarshi ko‘rsatma bo‘lmasa.

Endometriy giperplaziyasida (atipiyasiz):

- **Tsiklik yoki uzluksiz progestin terapiyasi** (3–6 oy davomida),
- **UZT / biopsiya bilan monitoring.**

BAQK–P, BAQK–L (poliplar, miomalar):

- **Gisteroskopik polipektomiya,**
- **Miomektomiya yoki bachadon arteriyalarini embolizatsiya qilish,**
- **Mioman konservativ yuritish** — agar o‘shish bo‘lmasa va simptomlar o‘rtacha bo‘lsa.

Qo‘shimcha choralar:

- O‘rtacha qon ketishda **NSPBV** va **antifibrinolitiklar,**

- **Endokrin buzilishlarni korreksiya qilish** (SPKY, gipyerprolaktinemiya, gipotireoz),
- **V gruppada vitaminlari, foliy kislota, metabolik buzilishlarda tana vaznini tuzatish.**

III. Klimakterik davr

Davolash quyidagilarga qaratilgan:

- Onkopatologiyani istisno qilish,
- Simptomlarni yengillashtirish,
- Anemiyaning oldini olish.

Birinchi bosqich — to‘liq diagnostika!

Postmenopauzadagi qon ketish — har doim onkologik ogohlik bilan baholanadi!

Agar yomon sifatli (malign) patologiya istisno qilinsa:

- Levonorgestrel o‘z ichiga olgan bachadon ichi tizimi (masalan, Mirena) — atipiyasiz giperplaziyani to‘xtatishda juda yuqori samarali,
- Og‘iz orqali qabul qilinadigan gestagenlar — kursli yoki uzluksiz rejimda,
- Endometriy ablatsiyasi — reproduktiv rejalari yo‘q va qaytalanuvchi qon ketishlar bo‘lgan bemorlarda,
- Simptomatik terapiya (NSPBV, traneksamat kislota) — engil shakllarda.

Jarrohlik davolash:

- Gisteroskopiya + maqsadli biopsiya — diagnostika va poliplarni olib tashlash uchun,
- Gisterekтомиya (bachadonni olib tashlash) — qaytalanuvchi BAQK, mioma, atipiyali giperplaziya yoki onkologik shubha bo‘lsa.

Bobga savollar

I. Yopiq test savollari (bitta to‘g‘ri javobni tanlang)

1. Yuvenil bachadondan qon ketishining asosiy mezon nima?

| An A.V.

- A) endometriydagi tuzulishida o'zgarishlarning mavjudligi
- B) qon ketishining davomiyligining 2 kundan kamligi yoki 7 kundan ortiqqligi
- C) siklning 20 kunga qisqarishi
- D) sariq tananing doimiyliigi

2. Anovulyatsion qon ketishini tashxislash uchun qanday diagnostik usullardan qo'llaniladi?

- A) Laparoskopiya
- B) ultratovush va progesteron darajasini aniqlash
- C) Kolposkopiya
- D) Gisteroskopiya

3. Endometriyning giperplaziyasi quyidagi qaysi holatga bog'liq?

- A) esterogen yetishmasligi
- B) mutloq gipoestrogeniya
- C) progesteron yetishmovchiligi
- D) Giperfibrinoliz

4. Quyidagi qaysi holat follikulaning persistensiyasi bilan bog'liq bo'lgan qon ketishiga xos?

- A) siklning qisqarishi
- B) og'ir va uzoq muddatli qon ketish
- C) giperplastik o'zgarishlarning yo'qligi
- D) o'rtacha intensivlikdagi qon ketish

5. Ovulyator qon ketishida qondagi qaysi gormonlarni aniqlash kerak?

- A) estradiol va progesteron
- B) LG va FSG
- C) testosteron va progesteron
- D) prolaktin va progesteron

6. Giperplaziyaga shubha qilinganida endometriy holatini baholash uchun qanday instrumental usullardan foydalaniladi ?

- A) Rentgenografiya
- B) tos a'zolarining ultratovush tekshiruvi
- C) tos a'zolarining KT
- D) qin ajralmalarini tahlil qilish

7. Yuvenil qon ketishining asosiy sababi nima?

- A) Giperprolaktinemiya
- B) follikula atreziyasi
- C) Asherman Sindromi
- D) Lutein fazasining yetishmovchiligi

8. Reproduktiv yoshdagi anomal bachadon qon ketishini davolashning asosiy usuli nima?

- A) gormonal gemostaz va anemiyaning oldini olish
- B) endometriyni to'liq olib tashlash
- C) ovulyatsiyani istisno qilish
- D) jarrohlik yo'li bilan davolash

9. Menopauza davrida kuzatiladigan bachadon anomal qon ketishining sababini tanlang?

- A) Asherman Sindromi
- B) Endometriy giperplaziyasi
- C) FSG yetishmasligi
- D) Giperprolaktinemiya

II. Ochiq savollar (batafsil javob talab qilinadigan topshiriqlar)

1. Ovulyatsiya va anovulyatsion bachadondan qon ketish o'rtasidagi farqlarni tushuntiring.

| An A.V.

2. Giperplaziyada endometrium holatini baholash uchun qanday diagnostika usullari qo'llaniladi?
3. Voyaga etmagan bachadondan qon ketishining asosiy sabablarini va ularning klinik ko'rinishini tasvirlab bering.
4. AMCDA gormonal gemostaz uchun qanday yondashuvlar qo'llaniladi?
5. Follikulyar turg'unlikdagi giperestrogenizm mexanizmlarini va uning endometriumga ta'sirini tushuntiring.

III. Vaziyat vazifalari

Masala №1

15 yoshli qiz hayz siklining 2 oyga kechikganidan keyin uzoq vaqt davomida qon ketishidan shikoyat qildi. Ultratovush tekshiruvida preovulyatsion follikulaning yo'qligi kuzatildi, progesteron darajasi 6 nmol / l ni tashkil qiladi.

1. Qanday tashxis qo'yish mumkin?
2. Qanday qo'shimcha tekshiruv usullarini o'tkazish kerak?
3. Qanday davolanishni tavsiya qilasiz?

Masala №2

38 yoshli ayol ko'p va tartibsiz hayz ko'rishiga shikoyat qiladi. Ultratovush tekshiruvida endometriyning qalinlashishi kuzatiladi,shu bilan birgalikda lutein fazasining qisqarganligi kuzatiladi.

1. Dastlabki tashxis nima?
2. Qanday diagnostika usullarini qo'llash kerak?
3. Qanday davolash usullari maqsadga muvofiqdir?

Masala №3

45 yoshli ayol hayz siklida ko'p miqdordagi qonli ajralmalarga va hayz siklining noregulyarligiga shikoyat qiladi. Ultratovush tekshiruvida : Endometriyning giperplaziya hamda submukoz mioma kuzatildi.

1. Qanday tashxis qo'yish mumkin?
2. Diagnostika va davolash bosqichlari qanday?

3. Qanday profilaktika usullarini tavsiya etish mumkin?

Barcha qo‘shimcha materiallar uchun o‘z-o‘zini tekshirish Telegram-kanalida mavjud:

<https://t.me/+UIFVjMi2x6oxZGEy>

Yoki QR-kodni skanerlashingiz mumkin:



Bob №4. Homiladorlikning birinchi yarmidagi qon ketishlar

Homiladorlik, tugʻruq va erta tugʻruqdan keyingi davrda kuzatiladigan qon ketishlar akusherlik amaliyotida eng koʻp uchraydigan va eng xavfli asoratlardan biri hisoblanadi.

Ular onalar oʻlimi sabablari orasida yetakchi oʻrinlardan birini egallaydi. Bundan tashqari, bunday holatlar perinatal yoʻqotishlar xavfini sezilarli darajada oshiradi.

Epidemiologik maʼlumotlarga koʻra:

- Akusherlik qon ketishlari barcha tugʻruqlarning ****3–8%****ida kuzatiladi,
- Homiladorlik davrida qon ketishlar **taxminan 2–3% homilador ayollarda** uchraydi.

Akusherlik qon ketishlarining xos xususiyatlari:

- **Toʻsatdan boshlanish,**
- **Kuchli qon yoʻqotish,**
- **Yuzaga keladigan ogʻriq sindromi,**
- **Organizmning kompensator mexanizmlarining tezda zaiflashuvi.**

Bunday ogʻirlik homilador, tugʻayotgan va yangi tugʻgan ayollarning **gemodinamikasi va gemostaz tizimining fiziologik oʻziga xosligi bilan bogʻliq.**

Akusher-ginekologlar tomonidan ushbu muammoga doimiy eʼtibor qaratilishiga va diagnostika hamda davolash usullarining takomillashib borishiga qaramay, homiladorlik davridagi qon ketishlar hanuzgacha ona va bola hayoti uchun jiddiy xavf tugʻdiradi.

Homiladorlikning birinchi yarmidagi qon ketishlarning asosiy sabablari

Gestatsiyaning 20-haftasiga qadar yuzaga keladigan qon ketishlar — bu diagnostik va prognostik jihatdan muhim belgilar boʻlib, ular akusherlik yoki noakusherlik tabiatdagi patologik holatlarning mavjudligiga ishora qiladi.

Bunday holatlar **zudlik bilan eʼtibor talab qiladi**, chunki ular:

- **Ayol hayoti uchun xavfli,**
- **Homiladorlikni saqlab qolishga tahdid soluvchi boʻlishi mumkin.**

Etiologik tamoyil asosida homiladorlikning birinchi yarmidagi qon ketishlar shartli ravishda 2 asosiy guruhga bo'linadi:

- 1. Homiladorlik bilan bog'liq bo'lmagan qon ketishlar,**
- 2. To'g'ridan-to'g'ri homiladorlik bilan bog'liq qon ketishlar.**

1. Homiladorlik bilan bog'liq bo'lmagan qon ketishlar

Bu guruhga gestatsiyaga bog'liq bo'lmagan, lekin **reproduktiv organlar kasalliklari** yoki **qon ivish tizimidagi buzilishlar** tufayli yuzaga keladigan qon ketishlar kiradi.

Eng keng tarqalgan sabablari:

- **Bachadon bo'yni eroziyasi yoki ektopiyasi** – jinsiy aloqa yoki vaginal tekshiruv paytida **kontaktli qon ketishga olib kelishi** mumkin.
- **Servikal kanal poliplari** – mazkalanuvchi yoki **kontaktli qonli ajralmalar** keltirib chiqaradi.
- **Vaginit yoki servitsit** – yallig'lanishli jarayonlar bo'lib, ular **shilliq qavatning giperemiyasi** va **tomir o'tkazuvchanligining ortishi** bilan kechadi.
- **Gemostaz buzilishlari** (tug'ma yoki orttirilgan koagulopatiyalar) – bu holatlar **bachadonda hech qanday struktur o'zgarish bo'lmasa ham** o'z-o'zidan qon ketishlarga olib keladi.

Bunday bemorlarda **buzilgan homiladorlikni istisno qilish** va quyidagi **chuqurlashtirilgan tekshiruvlar** o'tkazilishi zarur:

- Ginekologik ko'rik,
- **Majburiy kolposkopiya,**
- **Gemostaz laborator tekshiruvlari,**
- **Infeksiyalarga skrining.**

2. Homiladorlik bilan bog'liq qon ketishlar

Ushbu toifaga **gestatsion jarayonning o'zi yoki uning buzilishi bilan bog'liq** holatlar kiradi.

Ular homiladorlikning birinchi uch oyligida eng ko'p uchraydigan **akusherlik qon**

| An A.V.

ketishlari sabablari hisoblanadi va **zudlik bilan klinik baho berilishini talab qiladi** (4.1-rasmga qarang).

Buzilgan bachadon homiladorligi

Klassik variant — bu **spontan abort** boʻlib, u quyidagi bosqichlardan oʻtishi mumkin:

1. **Tahdidli tushish (ugrozhayushchiy abort),**
2. **Boshlangan tushish (nachavshiysya abort),**
3. **Jarayonda boʻlgan tushish (abort v khodu),**
4. **Toʻliq boʻlmagan tushish (nepolniy abort),**
5. **Toʻliq tushish (polniy abort).**

Qon ketish darajasi **yengil mazkalanuvchi ajralmalardan** tortib, **ogʻriq sindromi va bachadon boʻyni ochilishi** bilan kechadigan **kuchli qon ketishlargacha** oʻzgarishi mumkin.

Bosqichga qarab quyidagilar hal qilinadi:

- **Homiladorlikni saqlab qolish imkoniyati,**
- Yoki aksincha, uni **toʻxtatish zarurati** va **bachadon boʻshligʻini evakuatsiya qilish** masalasi.

Bachadondan tashqari homiladorlik (ektopik homiladorlik)

Ektopik homiladorlik — bu **homila tuxumining bachadon boʻshligʻidan tashqariga** (odatda bachadon nayiga) **notoʻgʻri birikishi** bilan kechadigan patologik holatdir.

Maʼlum bir muddatga yetgach (odatda **5–7 haftalikda**), bu homiladorlik:

- **Tubaning yorilishi** yoki
- **Tubaning aborti** bilan yakunlanadi,
bu esa **ichki va/yoki tashqi qon ketishga** olib keladi.

Bu holat **oʻta xavfli, gemorragik shok** bilan kechishi mumkin va **zudlik bilan kasalxonaga yotqizish va jarrohlik aralashuvini talab qiladi.**

Bachadondan tashqari homiladorlikka shubha quyidagilarda yuzaga keladi:

- Homiladorlik testi **ijobiy**,
- **Qorin pastida og‘riqlar**,
- UTTda **bachadon bo‘shlig‘ida homila tuxumi ko‘rinmasligi**.

Homila tuxumiga oid kasalliklar

Ularga birinchi navbatda **pufakli kista (pufakli yallig‘lanish)** kiradi — bu **trofoblastik kasallikning** shakli bo‘lib, unda **xorio villuslari patologik proliferatsiyasi** ro‘y beradi va **kistoz tuzilmalar** hosil bo‘ladi.

Klinik ko‘rinishlari:

- **Bachadondan qon ketish**,
- **Bachadon o‘lchamlari homiladorlik muddatiga mos kelmasligi** (odatda kattaroq),
- **Og‘ir toksikoz**,
- **XGCh darajasining me‘yordan bir necha baravar yuqori bo‘lishi**.

4.1. Spontan abort (o‘z-o‘zidan tushish)

Bu — **homilaning yashovchanlik yoshiga yetmasdan** (ya’ni **22 haftagacha**) **to‘xtab qolishi** bo‘lib, **homiladorlikning birinchi yarmida qon ketishlarning eng keng tarqalgan sabablaridan biridir**.

Spontan abortning klinik shakllari

Klinik nuqtai nazardan, o‘z-o‘zidan tushish **quyidagi ketma-ket bosqichlardan** o‘tadi:

- **Tahdidli tushish** (ugrozhayushchiy abort),
- **Boshlangan tushish** (nachavshiysya abort),
- **Jarayonda bo‘lgan tushish** (abort v khodu),
- **To‘liq bo‘lmagan tushish** (nepolniy abort),
- **To‘liq tushish** (polniy abort).

Barcha shakllar uchun asosiy simptomlar:

- **Og‘riq sindromi,**
- **Jinsiy yo‘llardan qonli ajralmalar.**

Ushbu belgilar, shuningdek **bachadon bo‘ynining holati** va **bachadon o‘lchami** turli bosqichlar orasidagi **differensial diagnostikani** o‘tkazishga yordam beradi.

Tahdidli va boshlangan tushish

Tahdidli tushish holatida homila tuxumi bachadon devoriga hali ham birikkan bo‘ladi. Bachadon hajmi homiladorlik muddatiga mos keladi, bachadon bo‘yni yopiq. Og‘riq va qonli ajralmalar mo‘tadil darajada bo‘ladi. Bu bosqichda homiladorlikni saqlab qolish ehtimoli yuqori bo‘lganligi sababli, asosiy maqsad — jarayonni to‘xtatish va homiladorlikni davom ettirishga yordam berishdir. Bemor tinchlikda bo‘lishi lozim, unga tinchlantiruvchi dorilar, spazmolitiklar (masalan, gangleron, drotaverin, metamizol) va qon to‘xtatuvchi vositalar (etamzilat) buyuriladi. Agar gormonal yetishmovchilik aniqlansa, maxsus davo chorasi ko‘riladi. Biroq, agar homilani o‘rab turgan suyuqlik sizib chiqa boshlasa, homiladorlikni davom ettirish odatda tavsiya etilmaydi.

Boshlangan tushish holatida homila tuxumi ajrala boshlagan bo‘ladi, lekin bu ajralish hali to‘liq emas. Bemor qisqarishsimon og‘riqlardan va qonli ajralmalardan shikoyat qiladi. Ginekologik ko‘rikda bachadon bo‘yni biroz ochilgan bo‘ladi, lekin bachadon hajmi homiladorlik muddatiga mos holda qoladi. Bu holatda ham homiladorlikni saqlab qolish imkoniyati bo‘lishi mumkin, ammo ehtiyotkorlik bilan kuzatuv va davo talab etiladi.

Tushish jarayonida va to‘liq bo‘lmagan tushish

Tushish jarayonida homila tuxumi faol tarzda bachadon bo‘shlig‘idan chiqib ketadi. Bu holat kuchli qisqarishsimon og‘riqlar va ko‘p qon ketish bilan kechadi. Ginekologik tekshiruvda bachadon bo‘yni ochilgan, homila tuxumi esa ba‘zan bachadon bo‘yni kanalida ko‘rinadi. Bu bosqichda homiladorlikni saqlab qolish imkonsiz hisoblanadi va bemorga zudlik bilan tibbiy yordam ko‘rsatish zarur.

To‘liq bo‘lmagan tushishda homila tuxumi chiqqan bo‘lsa-da, uning ayrim qismlari — yo‘ldosh yoki qobiq qismlari — bachadon bo‘shlig‘ida qolib ketadi. Bemor hali ham qisqarishsimon og‘riqlarni va davom etayotgan qon ketishni boshdan kechiradi. Bimanual tekshiruvda bachadon yumshoq, hajmi homiladorlik muddatidan kichik bo‘ladi, bo‘yni esa ochiq va barmoq o‘tadi.

Bunday hollarda birinchi yordam sifatida bemorga jismoniy va emotsional tinchlik, qorin pastiga sovuq qo‘yish, mushak ichiga oksitotsin va qon to‘xtatuvchi vositalar (etamzilat, kalsiy, askorbin kislotasi) yuborish lozim. Shundan so‘ng uni kasalxonaga yetkazish kerak. Stasionar sharoitda klinik va laborator tekshiruvlar (qon tahlili, guruh va rezus-faktor, OIV va sifilis testlari) o‘tkaziladi. Asosiy davo — bu bachadon bo‘shlig‘ini asbob yordamida tozalash va yo‘qotilgan qon hajmini tiklashdir.

4.2. Ektopik homiladorlik

Ektopik (yoki bachadondan tashqari) homiladorlik — bu homila tuxumining bachadon bo‘shlig‘idan tashqarida joylashishi va rivojlanishi bilan kechadigan homiladorlik turidir. Eng ko‘p uchraydigan lokalizatsiya — **bachadon naylari** bo‘lib, barcha holatlarning 98 foizdan ortig‘i shu joyda qayd etiladi. Kam hollarda homiladorlik **tuxumdon, bachadonning rudimentar (qo‘shimcha) shoxi, bachadon bo‘yni** yoki **qorin bo‘shlig‘ida** rivojlanadi.

Klassifikatsiya: Ektopik homiladorliklar homila tuxumining joylashishiga ko‘ra quyidagilarga bo‘linadi:

- **Nay (trubali) homiladorlik** — eng keng tarqalgan shakl bo‘lib, o‘z navbatida joylashuviga ko‘ra **ampulyar, istmik** va **interstitsial** turlarga ajraladi. Oqimi bo‘yicha — **rivojlanayotgan** va **buzilgan** (nay aborti yoki nay yorilishi) shakllarga bo‘linadi.
- **Tuxumdon homiladorligi** — homila tuxumi tuxumdon sirtiga yoki ichiga birikadi.
- **Qorin homiladorligi** — **birlamchi** holatda homila tuxumi to‘g‘ridan-to‘g‘ri qorin bo‘shlig‘i a‘zolariga birikadi, **ikkilamchi** holatda esa naydan chiqarilgan tuxum keyinchalik qorin bo‘shlig‘iga birikadi.
- **Rudimentar shox, bachadon bo‘yni yoki istmusda** joylashgan homiladorliklar.

Xavf omillari:

Vaqtidan oldin bachadondan tashqariga joylashgan homiladorlik rivojlanishiga olib keluvchi omillar ikki asosiy guruhga bo‘linadi.

| An A.V.

Birinchisi — **urug‘lanishdagi anomaliyalar**, shu jumladan **sun‘iy urug‘lantirish texnologiyalari (IVF va boshqa ART)** fonida yuzaga keladigan holatlar. Bunday vaziyatlarda bachadon tashqarisiga joylashish ehtimoli 4 baravar yuqori bo‘ladi.

Ikkinchisi — **bachadon naylari orqali transport funksiyasining buzilishi**. Bunga quyidagilar kiradi: kichik chanoq a‘zolarining yallig‘lanish kasalliklari, oldingi sun‘iy abortlar oqibatlari, naylarning anatomik nuqsonlari, bachadon ichi kontratseptiv vositalar (spirallar), endometrioz, bitishmalar, jarrohlik amaliyotlari va travmalar. Bundan tashqari, gormonal va funksional o‘zgarishlar, masalan, **progesteron yoki nikotin ta’sirida nay peristaltikasining buzilishi** ham sabab bo‘lishi mumkin. Ayniqsa bu holat **chekuvchi ayollarda** ko‘p uchraydi.

Patogenezi:

Bachadon bo‘shlig‘idan tashqarida homila tuxumining birikishi u yerda to‘g‘ri qon bilan ta‘minlanish va ovqatlanish bo‘lmagan sharoitda rivojlanishini anglatadi. Trofoblast joylashgan a‘zo to‘qimalarini yemirib, qon tomirlarni shikastlaydi. Homila tuxumi kattalashgani sari atrofdagi to‘qimalar cho‘zila boshlaydi, bu esa ularning yorilishiga va ichki qon ketishga olib kelishi mumkin. Bunday buzilishlar odatda homiladorlikning **4–6 haftaligida** sodir bo‘ladi.

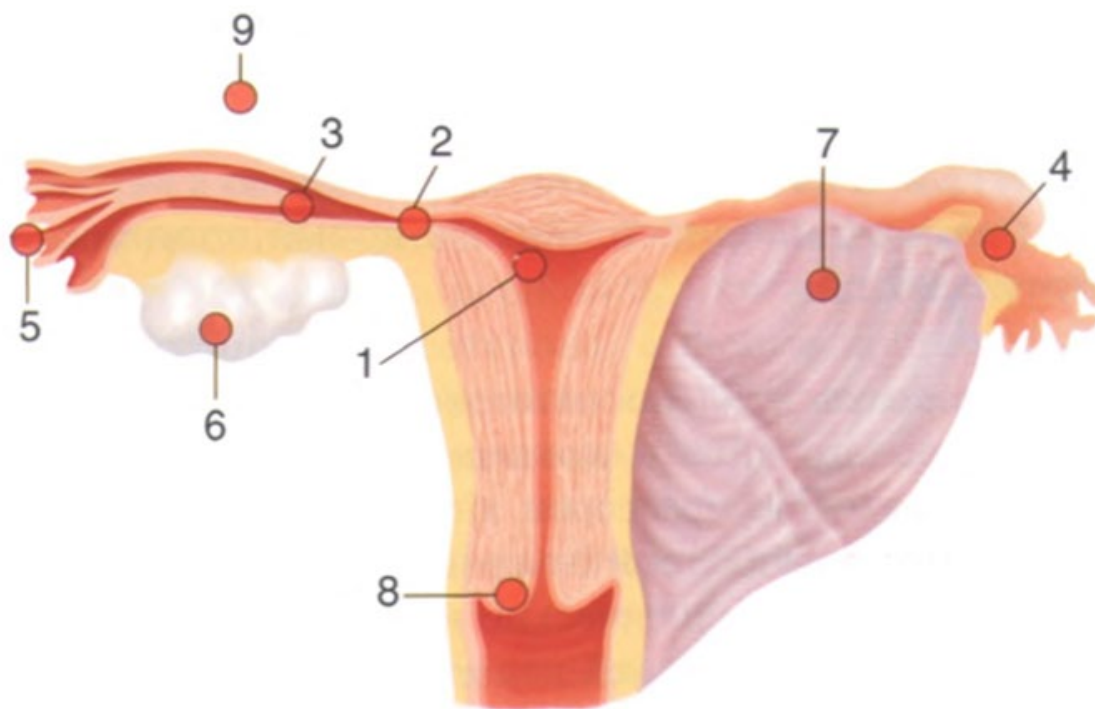
Klinik ko‘rinishi:

Ektopik homiladorlikning belgilari uning bosqichiga bog‘liq bo‘ladi — ya’ni rivojlanayotgan yoki buzilgan holatda, shuningdek buzilishning turiga — **nay aborti** yoki **nay yorilishiga** qarab o‘zgaradi.

Klassik belgilar quyidagilardan iborat: **hayz ko‘rishning kechikishi, sut bezlarining sezgirliги va og‘rishi, ta‘m sezishdagi o‘zgarishlar, ko‘ngil aynishi**, shuningdek, **qorin pastida og‘riq va mazkalanuvchi qonli ajralmalar**.

Ginekologik ko‘rikda **vagina va bachadon bo‘yni shilliq qavatlarining ko‘karishi (siyanoz), bachadonning yumshashi, hajmining kattalashishi va bachadon qo‘shimchalari (nasa va tuxumdonlar) sohasida shakl hosil qiluvchi massa aniqlanishi** mumkin.

Eng muhim belgilardan biri — **homiladorlik muddatiga nisbatan bachadon hajmining mos kelmasligi** bo‘lib, shu bilan birga **bachadon naylari yoki tuxumdon sohasida o‘simtaga o‘xshash tuzilma** aniqlanadi.



Rasm 4.2. Bachadondan tashqari homiladorlikning mumkin bo‘lgan joylashuv sxemasi: 1 — Homiladorlikning bachadon bo‘shlig‘ida normal rivojlanishi; 2 — Nayning interstitsial (bachadonga yaqin) qismida; 3 — Nayning istmik (tor) qismida; 4 — Nayning ampulyar (kengaygan) qismida; 5 — Nayning fimbriya (sochilsimon) uchida; 6 — Tuxumdon yuzasida; 7 — Bachadon bo‘yinbog‘lari orasida; 8 — Bachadon bo‘ynida; 9 — Qorin pardasida (peritoneumda)

Ko‘pincha bachadon yonida **g‘ayritabiiy hosilalar** yoki **uning shaklidagi deformatsiyalar** kuzatiladi. Agar homiladorlik bachadon bo‘ynida joylashgan bo‘lsa, **bachadon kolba (shisha) shaklini oladi**, qorin bo‘shlig‘ida joylashganda esa **turli joylashuvdagi zich hosilalar** aniqlanadi.

Gormonal va gemostatik davolash samara bermasa, bemorning ahvoli **tez yomonlashayotgan bo‘lsa**, bu **shoshilinch aralashuv zarurligini bildiradi**. Har bir hayz kechikishi, og‘riqli holat va **bachadondan qon ketish** holatida, ayniqsa **UTT bo‘yicha bachadon bo‘shlig‘ida homila tuxumi aniqlanmasa**, **ektopik homiladorlikka shubha qilish zarur**.

Buzilgan bachadondan tashqari homiladorlik

| An A.V.

Ektopik homiladorlikning buzilishi — bu **inson hayotiga xavf soluvchi holat** bo‘lib, **zudlik bilan tibbiy aralashuvni talab qiladi**. Eng ko‘p uchraydigan shakllar:

- **Bachadon nayining yorilishi,**
- **Nay aborti,**
kamroq hollarda — **tuxumdon yorilishi yoki qorin bo‘shlig‘ida joylashgan homila qutisining yorilishi.**

Barcha bu holatlar **ichki qon ketish** bilan kechadi, bu esa klinik belgilarni shakllantiradi va bemorning holatining og‘irligini belgilaydi.

Bachadon nayining yorilishi

Bachadon nayining yorilishi kuchli ichki qon ketishi bilan kechadi. Xorion villuslari nay devorining ingichka qatlamlarini yemirib, qon tomirlarni shikastlaydi, natijada qon qorin bo‘shlig‘iga to‘kiladi. **Bunday holatda “o‘tkir qorin” klinikasi rivojlanadi va simptomlar tezda kuchayadi.** Og‘riq to‘satdan boshlanadi, unga qadar esa nayning peristaltikasi tufayli qisqarishsimon og‘riqlar (tubal kolikalar) paydo bo‘lishi mumkin. Og‘riq avj olgan paytda hushdan ketish ehtimoli mavjud.

Bemorning holatiga ko‘ngil aynishi, bosh aylanishi, terining oqarishi, sovuq terlash, arterial bosimning tushishi, kuchsiz va tez puls, ba’zida diareya hamrohlik qilishi mumkin. Qorin shishgan, tarang va og‘riqli bo‘ladi. Perkussiya vaqtida pastki qismlarda tovushning pasayishi — qorin bo‘shlig‘ida to‘plangan qon natijasida aniqlanadi.

Ginekologik tekshiruvda vagina va bachadon bo‘yni shilliq qavatining ko‘karishi (siyanoz), yumshagan, harakatchan va kattalashgan bachadon aniqlanadi. Bachadon qo‘shimchalari (nasa va tuxumdonlar) sohasida yumshoq yoki shishsimon hosila seziladi. Orqa vaginal tonus bo‘rtgan bo‘ladi, bachadon bo‘ynini siljitganda og‘riq kuchli bo‘ladi.

Tubal abort

Tubal abort — bachadon nayining yorilishidan farqli ravishda — asta-sekin rivojlanadi. Homila tuxumi nay devoridan sekin ajralib, qorin bo‘shlig‘iga chiqadi, bunda qon ketish uzilishli (intermittent) bo‘ladi. Bu nayning ritmik qisqarishlari bilan bog‘liq.

Klinik jihatdan bemor qorin pastida qisqarishsimon og'riqlardan va jinsiy yo'llardan qora yoki qoramtir qonli ajralmalardan shikoyat qiladi. Ushbu ajralmalar jinsiy gormonlar darajasining keskin pasayishi fonida detsiduaning ajralishi bilan bog'liq. Bemor holsizlik, bosh aylanishi, sovuq terlash, qusish va hushdan ketish epizodlarini boshdan kechiradi.

Tekshiruvda shilliq qavatlarning siyanozi, bachadon bo'yni kanalidan oz miqdordagi ajralmalar aniqlanadi. Bachadon yumshoq, biroz kattalashgan va homiladorlik muddatiga mos kelmaydi. Bachadon qo'shimchalari sohasida aniqlanmagan chegaraga ega, harakatsiz, shishsimon hosila aniqlanadi. Yon va orqa vaginal tonuslar yassilashgan yoki bo'rtgan, paypaslanganda og'riqli bo'ladi.

Ektopik homiladorlikning kam uchraydigan shakllari

1. Tuxumdon homiladorligi — bu homila tuxumining **tuxumdon sirtiga yoki ichkarisiga** birikishi bilan tavsiflanadi. Bu holat **endometriozi** yoki **ovulyatsiya buzilishi** bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Bunday joylashuv trofoblastning to'liq rivojlanishiga imkon bermaydi, shu sababli homiladorlik **erta bosqichda to'xtaydi**. Klinik ko'rinish **tubal shaklga o'xshash**: qorin og'rig'i, ichki qon ketish, qorin pardasi bezovtalanishi belgilari, ahvolning keskin yomonlashuvi.

2. Qorin (abdominal) homiladorlik — ektopik homiladorlikning **eng noyob shakli** bo'lib, bunda homila tuxumi **qorin bo'shlig'i a'zolariga** (ko'pincha **qon parda (salk)** yoki **qorin pardasi**) birikadi. Odatda bunday holat **erta muddatlarda aniqlanadi**, chunki homilani o'rab turgan kapsula tezda yoriladi. Klinik jihatdan **takrorlanuvchi og'riqlar, harakat paytida to'satdan kuchli og'riq, hushdan ketish va shok holatlari** bilan kechadi. Bimanual tekshiruvda **bachadon hajmi bilan homila joylashgan tuzilma o'rtasidagi nomuvofiqlik** aniqlanadi, **bachadondan alohida ravishda, qorin old devori ostida homila qismlari sezilishi** mumkin.

3. Bachadon bo'yni va bo'yin-pereshik homiladorligi — juda kam uchraydigan, lekin **juda xavfli shakllar** bo'lib, ular **kuchli qon ketish** bilan namoyon bo'ladi. Klinik jihatdan **bochkaga o'xshash, ko'karib ketgan, engil tegishda qonay boshlaydigan bachadon bo'yni** aniqlanadi, tashqi og'iz esa **eksentrik joylashgan** bo'ladi. Tashxis **ultratovush tekshiruvi (UZI)** bilan aniqlanadi. Har qanday **bachadonni tozalashga urinish qon ketishni yanada kuchaytiradi**. Davolash faqat **jarrohlik yo'li bilan amalga oshiriladi** — **bachadonni (ilovalarsiz) butunlay olib tashlash (ekstirpatsiya)** talab qilinadi.

4. Rudimentar bachadon shoxi homiladorligi — bachadon yonida joylashgan zich shakldagi massa palpatsiya qilinishi bilan aniqlanadi. Agar bu homiladorlik uzilsa, bemorda **ichki qon ketish** va **shok** belgilarini ko‘rish mumkin. Bu holatda asosiy diagnostika usullari — **UZI va laparoskopiya**.

Ektopik homiladorlikni tashxislash va davolash

Diagnostika:

Ektopik homiladorlikka shubha qilingan hollarda tashxis bosqichma-bosqich quyidagi ketma-ketlikda o‘tkaziladi:

1. Anamnez yig‘ish.

Bemor odatda **hayz kechikishi** va homiladorlikka xos bo‘lgan **shubhali yoki ehtimoliy belgilarni** qayd etadi. Anamnezda quyidagi **xavf omillari** aniqlanishi mumkin:

- kichik chanoq a‘zolarining yallig‘lanish kasalliklari,
- ilgari o‘tkazilgan jarrohlik amaliyotlari,
- bachadon ichi kontratseptiv vositalardan foydalanish,
- chekish,
- sun‘iy urug‘lantirish yoki boshqa yordamchi reproduktiv texnologiyalarning qo‘llanishi.

2. Umumiy va ginekologik ko‘rik.

Klinik ko‘rinishda ichki qon ketish alomatlari kuzatiladi:

- teri oqarib ketishi,
- sovuq va nam ter,
- arterial bosimning tushishi,
- taxikardiya (tez yurak urishi),
- qorin bo‘shlig‘i bezovtalanishi (qorin shishishi, og‘riq, Shchyotkin–Blumberg belgisi ijobiy).

Bimanual tekshiruvda:

- bachadon biroz kattalashgan va harakatchan,

- bachadon qo‘shimchalari sohasida yumshoq (pastoz) massa,
- orqa vaginal tonus bo‘rtgan va og‘riqli,
- Duglas bo‘shlig‘i sohasida og‘riq — “**Daglas qichqirig‘i**” belgisi ijobiy.

3. Laborator va instrumental usullar:

- **β -XGCh darajasi** (qon tahlilida) homiladorlik muddatiga nisbatan past bo‘ladi.
- **Transvaginal UTT (ultratovush tekshiruvi):**
 - bachadon bo‘shlig‘ida homila tuxumi aniqlanmaydi,
 - ba’zida qo‘shimcha sohada (nasa yoki tuxumdon atrofida) echogen massa ko‘riladi.
- **Kuldosentez** — qorin bo‘shlig‘iga qon to‘kilganini aniqlashda ishlatiladi, lekin hozirda asosan UTT bilan almashtirilgan.
- **Endometriy biopsiyasi** — agar ektopik homiladorlikni **spontan abort**dan ajratish zarur bo‘lsa. Soskobda **chorion villuslarisiz faqat detsidual to‘qima** aniqlanadi.
- **Laparoskopiya** — noaniq klinik holatlarda **eng aniq diagnostik usul** bo‘lib qolmoqda.

Davolash:

Ektopik homiladorlikni davolash **uch bosqichdan** iborat:

1. **jarrohlik aralashuvi,**
2. **operatsiyadan keyingi boshqaruv,**
3. **reabilitatsiya.**

I bosqich — Jarrohlik davolash

Tuba homiladorligida quyidagi jarrohlik usullari qo‘llaniladi:

- **tubotomiya** – ya’ni nayni saqlab qoluvchi operatsiya,
- **tubektomiya** – bachadon nayini butunlay olib tashlash.

Har ikkala operatsiya **laparoskopik** yoki **laparotomiya (ochiq usul)** orqali bajarilishi mumkin (**4.3-rasmga** qarang).

| An A.V.

Agar bemorda **massiv qon ketish** kuzatilsa, zudlik bilan **infuzion-transfuzion terapiya** boshlanadi, bu quyidagilarni o‘z ichiga oladi:

- qon o‘rnini bosuvchi eritmalar yuborish,
- bemorning **qon guruhini** va **gemostaz ko‘rsatkichlarini** aniqlash.



Rasm 4.3. Laparoskopiya nafaqat ektopik homiladorlikni davolash, balki uning tashxisini tasdiqlash uchun ham qo‘llanilishi mumkin.

II bosqich — Operatsiyadan keyingi kuzatuv

Bu bosqich quyidagilarni o‘z ichiga oladi:

- **infuzion terapiya** (suyuqliklar bilan qo‘llab-quvvatlash),
- **og‘riqni kamaytirish** (analgeziya),
- **antibakterial profilaktika**,
- **fizioterapiya**,
- **nafas gimnastikasi**.

4–5-kunlardan boshlab **gidrotubatsiya** (bachadon naylariga dori yuborish) o'tkazish mumkin.

III bosqich — Reproduktiv funksiyani tiklash

Operatsiyadan **bir oy o'tgach**, bemorga **fizioterapevtik va dori vositalari bilan reabilitatsiya** boshlanadi. Quyidagilar tavsiya etiladi:

- **fermentli preparatlar**,
- **gormonal kontratsepsiya**,
- **dispansyer nazorat** (doimiy kuzatuv).

Reabilitatsiya kurslari **3 oy, 6 oy va 12 oy o'tgach qayta takrorlanishi** tavsiya qilinadi.

4.3. Gestatsion trofoblast kasalligi. Pufaksimon shish

Gestatsion trofoblast kasalligi (GTK) — bu **trofoblast to'qimasining g'ayritabiiy ko'payishi** bilan kechadigan patologik holatlar guruhidir. Bu holat **xorion villuslarining haddan tashqari o'sishi, plasentaning normal differensiullanishining buzilishi** va **xGCh (xorionik gonadotropin)** darajasining oshishi bilan xarakterlanadi.

GTK quyidagi shakllarni o'z ichiga oladi:

- **pufaksimon shish (to'liq va qisman)**,
- **invaziv va destruktiv pufaksimon shish**,
- **xoriokarsinoma**.

Invaziv pufaksimon shish — bu **miometriyga o'sish (invaziya)** xususiyatiga ega kuchli proliferativ shakl bo'lib, lekin **kamdan-kam hollarda uzoq metastazlar** beradi. Bunga qarama-qarshi, **xoriokarsinoma** — bu **yuqori darajada metastaz beruvchi, agressiv kechadigan yomon sifatli o'smadir**.

Pufaksimon shish — bu **xorion villuslarining ko'p sonli kista shaklida o'zgarishi** bilan tavsiflanadi, ularning ko'rinishi **uzum boshloqlariga o'xshash** bo'ladi. Bu kistoz tuzilmalar bachadon bo'shlig'ini to'liq yoki qisman egallashi mumkin va ko'pincha yaqqol klinik belgilar bilan kechadi.

Pufaksimon shishning ikki turi mavjud:

| An A.V.

- **To‘liq pufaksimon shish** — bunda **embrion yoki homila elementlari bo‘lmaydi** (qarang rasm 4.4),
- **Qisman pufaksimon shish** — bunda **bachadon bo‘shlig‘ida embrion yoki homila qismlari bo‘lishi mumkin**.

Qisman pufaksimon shish ko‘pincha **xromosomal anomaliyalar** bilan bog‘liq bo‘ladi va odatda **yomon sifatli (zlokachestvennaya) o‘zgarishlarga olib kelmaydi**.

Klinik manzara:

Ayol odatda **hayz kechikishini sezadi** va o‘zini **homilador deb hisoblaydi**. Homiladorlikning birinchi trimestrida ko‘pincha **bachadondan qon ketishi** kuzatiladi. Bu qon ketishlar **turli darajada va rangda** bo‘ladi — **oz miqdordagi iflos-qoramtir ajralmalardan tortib, ko‘p miqdordagi gemostatik davoni talab qiluvchi kuchli qon ketishgacha**. Ba‘zan qon bilan birga **xarakterli pufakchalar (kistalar)** ajralib chiqadi. **Bachadonning kattalashuvi homiladorlik muddatiga mos kelmaydi**, ko‘pincha **me‘yordan ortiq** bo‘ladi. Bu holat xorion villuslarining kuchli proliferatsiyasi va qon to‘planishi bilan bog‘liq. **Homilaning yashovchanligiga oid ishonchli belgilar (yurak urishi, harakatlar)** kuzatilmaydi.

Ultratovush tekshiruvda (UZI) bachadon bo‘shlig‘ida **bir jinsli bo‘lmagan, mayda kistoz to‘qima** aniqlanadi, **homila tuxumi ko‘rinmaydi**. Ko‘pincha **ikkala tuxumdonda ham tekalyutein kistalar** aniqlanadi — ular gormonal overstimulyatsiya (xGCh) fonida rivojlanadi.

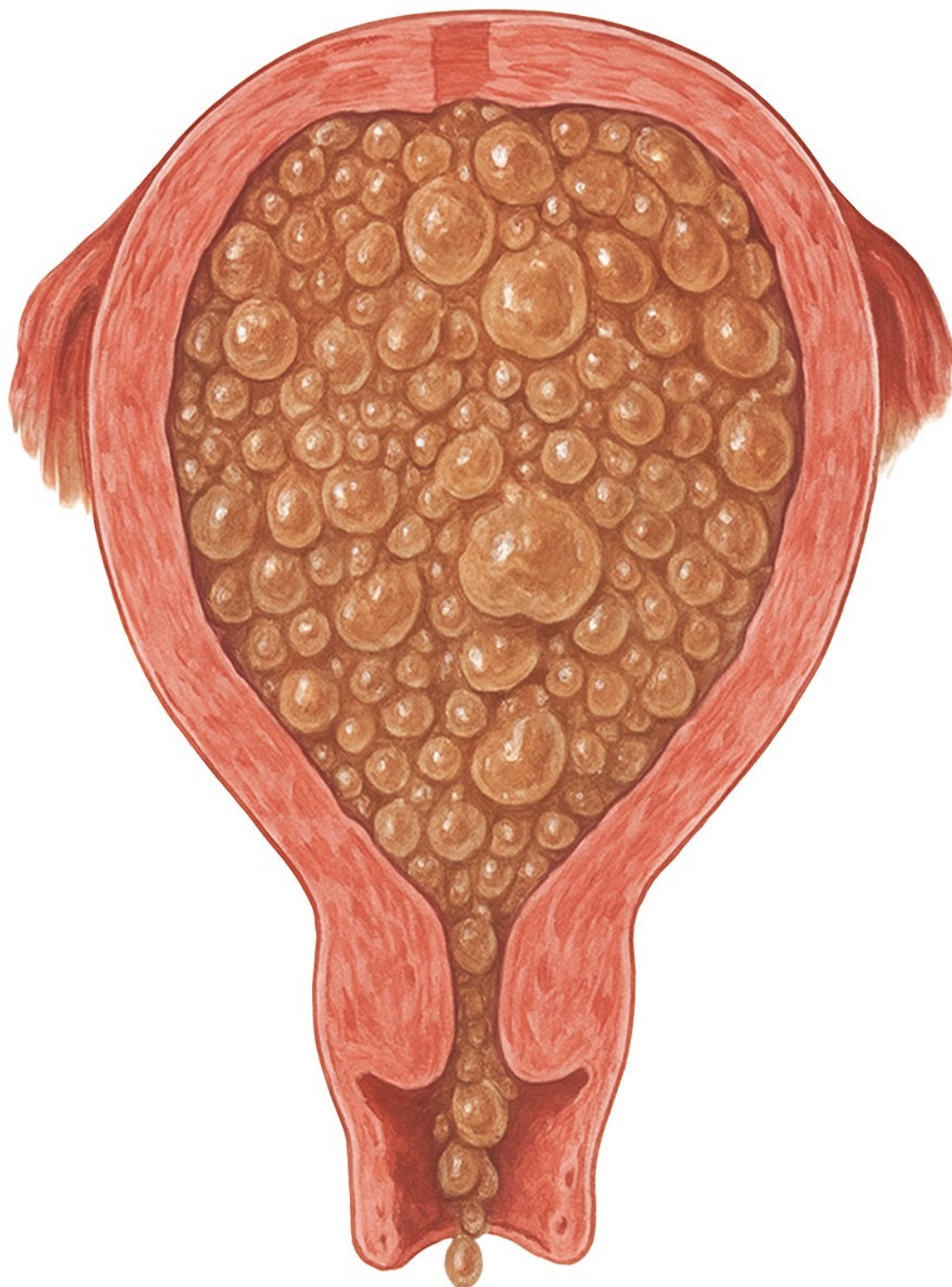
Shuningdek, ayrim hollarda **gearly gestoz** (gipertenziya, proteinuriya, shishlar) rivojlanishi mumkin. **Eklampsiya** esa juda **kam hollarda** uchraydi.

Diagnostika:

Pufaksimon shish (puzirniy zanos) tashxisi quyidagilarga asoslanadi:

- **xarakterli klinik manzaraga;**
- **xorionik gonadotropin (xGCh)** darajasining **homiladorlik muddatiga nisbatan ancha yuqori bo‘lishiga;**
- **ultratovush tekshiruvi (UZI)** natijalariga:
 - **homila va homila tuxumining yo‘qligi,**

- bachadon bo'shlig'ida kistoz tuzilmalar mavjudligi;
- olib tashlangan to'qimaning gistologik tekshiruviga.



Rasm 4.4. To'liq puzirli qonlash

Pufaksimon shishni quyidagi holatlardan farqlash (differensial tashxis) lozim:

- **spontan (o‘z-o‘zidan) abort,**
- **ko‘p homilali homiladorlik,**
- **xoriokarsinoma.**

Davolash va kuzatuv:

Tashxis tasdiqlangandan so‘ng, bemor **zudlik bilan shifoxonaga yotqizilishi va bachadon bo‘shlig‘i tozalanishi (evakuatsiya)** zarur.

Agar pufaksimon shish olib tashlangandan so‘ng **1–2 oy davomida xGCh darajasi pasaymasa, xoriokarsinoma ehtimolini** bartaraf etish uchun **qo‘shimcha tekshiruvlar** o‘tkaziladi.

1 yil davomida dinamik kuzatuv amalga oshiriladi:

- **qon va siydikda xGCh darajasi muntazam nazorat qilinadi,**
- **o‘pka rentgen tekshiruvi** (metastazlarni istisno qilish uchun) o‘tkaziladi.

Ayollarga **kamida 2 yil davomida homiladorlikdan saqlanish** qat’iy tavsiya etiladi.

Bobga savollar

I. Yopiq test savollari (bitta to‘g‘ri javobni tanlang)

1. Bachadon nayida kuzatiladigan homiladorlikning eng keng tarqalgan belgisi nima?

- A) hayz ko'rishning kechikishi
- B) qorinning pastki qismida kuchli og'riqlar
- C) bachadondan ko'p qon ketish
- D) qusish va ko'ngil aynish

2. To'liq yelbug'ozga hos belgi nima?

- A) homilaning to'liq yo'qligi
- B) yo'ldoshning bir qismi o'zgargan holda homilaning mavjudligi

- C) Vorsinkalarda qon tomirlarining mavjudligi
- D) Platsentaning to'liq saqlanishi

3. Bachadondan tashqari homiladorlikni tashxislashning "oltin standarti" qaysi usul hisoblanadi?

- A) ultratovush va p-XG darajasini aniqlash
- B) Laparoskopiya
- C) magnit-rezonans tomografiya
- D) progesteron darajasi tahlili

4. Bachadondan tashqari homiladorlikga xos bo'lgan omil nima?

- A) surunkali endometrit
- B) platsentaning erta qarishi
- C) Giperfibrinoliz
- D) trofoblastning giperaktivligi

5. Xorionkarsinomaga xos bo'lgan belgi nima?

- A) metastazlarning yo'qligi
- B) menopauzada qon ketish
- C) Xorional epiteliyning mavjudligi
- D) Vorsinalarning tuzilishining saqlanishi

6. Bachadondan tashqari homiladorlikning qaysi shakli eng keng tarqalgan?

- A) Qorin Bo'shlig'i
- B) Bachadon nayi
- C) Tuxumdon
- D) Bachadon bo'yni

7. To'liq yelbug'oz uchun qanday davolash usuli tavsiya etiladi?

- A) Kimyoterapiya
- B) Bachadonni olib tashlash

| An A.V.

C) Bachadon ichki bo'shlig'ining tarkibini jarrohlik yo'li bilan olib tashlash

D) Kutish taktikasi

8. Yelbug'oz dinamikasini baholashda qaysi gormonal ko'rsatkich baholanadi?

A) Progesteron

B) XG

C) Estrogen

D) LG

9. Quyidagi qaysi belgi yelbug'oz metastazni ko'rsatishi mumkin?

A) nafas qisilishi va taxipnoe

B) qorinning pastki qismida o'rtacha og'riq

C) ko'ngil aynish va bosh og'rig'i

D) Oliguriya

II. Ochiq savollar (batafsil javob talab qilinadigan topshiriqlar)

1. Ektopik homiladorlikning rivojlanish mexanizmini va asosiy klinik belgilarini tushuntiring.

2. Kist driftini tashxislash va davolash haqida bizga xabar bering. To'liq va qisman driftni qanday ajratish mumkin?

3. Agar o'z vaqtida tashxis qo'yilmasa, tubal homiladorlik bilan qanday asoratlar paydo bo'lishi mumkin?

4. Chorionokarsinoma belgilari va uni davolash usullarini aytib bering.

5. Homiladorlik paytida tashxis qo'yish va kuzatishda p-HCG darajasi nima uchun muhimligini tushuntiring.

III. Vaziyat vazifalari

Masala №1

28 yoshli ayol 6 hafta davomida hayz ko'rishning kechikishi, qorinning pastki qismida og'riq va kam miqdordagi qonli ajralmalarga shikoyat qildi. Ultratovush

tekshiruvida: bachadon kattalashgan, bachadon bo'shlig'ida homila aniqlanmagan, o'ng bachadon nayida — exopozitiv hosila aniqlangan.

1. Qanday tashxis qo'yish mumkin?
2. Qanday tadqiqotlar tashxisni tasdiqlashga yordam beradi?
3. Qanday davolash kerak?

Masala №2

35 yoshli ayol tibbiy abortdan ko'p miqdordagi qonli ajralmalarga va kuchli og'riqlarga shikoyat qiladi. Ultratovush tekshiruvida: bachadon bo'shlig'ida exogen hosilalar mavjud.

1. Qanday tashxis qo'yish mumkin?
2. Qanday asoratlari rivojlanishi mumkin?
3. Qanday davolash kerak?

Masala №3

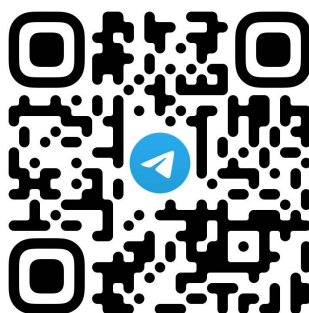
40 yoshli ayol yelbug'ozni olib tashlanganidan 6 oy o'tgach, profuz qon ketishiga shikoyat qildi. p-XG darajasi 120 000 Miu / ml ni tashkil qiladi.

1. Qanday tashxis qo'yish mumkin?
2. Qanday tekshiruv usullari o'tkazish kerak?
3. Qanday davolash kerak?

Barcha qo‘shimcha materiallar uchun o‘z-o‘zini tekshirish Telegram-kanalida mavjud:

<https://t.me/+UIFVjMi2x6oxZGEy>

Yoki QR-kodni skanerlashingiz mumkin:



Bob №5. Nospesifik etiologiyali ayollar jinsiy a'zolari yallig'lanish kasalliklari.

Jinsiy a'zolarining yallig'lanish kasalliklari ginekologik kasalliklar orasida yetakchi o'rinlardan birini egallaydi va ayollar maslahatxonalarining ma'lumotlariga ko'ra, barcha murojaatlarning 60–65 foizini tashkil etadi. Ular noaniq (nospetsifik) va aniq (spetsifik) etiologiyali kasalliklarga bo'linadi.

- **Nospetsifik etiologiyali kasalliklar shartli-patogen mikroflora bilan bog'liq:** *stafilokokklar, ichak tayoqchasi, streptokokklar, sinegnoy tayoqchasi* va boshqalar.
- **Spetsifik etiologiyali kasalliklar esa quyidagi infeksiyalar bilan bog'liq:** *trixomonadalar, gonokokklar, kandida zamburug'lari, viruslar, xlamidiyalar, mikoplazmalar.*

I. Vulvit

Vulvit — bu tashqi jinsiy a'zolarining yallig'lanish kasalligi bo'lib, vulvani qamrab oladi (ya'ni: qov pubisi, katta va kichik jinsiy lablar, qin vestibyuli, klitor). **Vulvit** — qizlar va ayollar orasida eng keng tarqalgan yallig'lanish kasalliklaridan biridir, ayniqsa estrogen darajasi pasaygan davrlarda: bolalik, ppubertat va postmenopauza davrida.

Etiologiya:

Vulvitning ikki shakli farqlanadi:

- **Birlamchi vulvit** — bu tashqi jinsiy a'zolarga to'g'ridan-to'g'ri ta'sir qiluvchi travmatik yoki infeksiyon omillar natijasida rivojlanadi. Ko'proq qiz bolalar va postmenopauza davridagi ayollarda uchraydi, chunki bu davrlarda shilliq qavat yupqaroq va sezuvchan bo'ladi.
- **Ikkinchi vulvit** — qinning, bachadon bo'yni yoki siydik chiqarish yo'lining yallig'lanishi fonida rivojlanadi, bu holatda infeksiya vulvaga tarqaladi.

Eng ko'p uchraydigan qo'zg'atuvchilar:

- *Staphylococcus aureus*
- *Escherichia coli*
- *Streptococcus spp.*

- *Candida* turidagi zamburug‘lar
- ba‘zan *herpes virusi*, *tsitomegalovirus*.

Kasallikka moyillikni oshiruvchi omillar:

- shaxsiy gigiyena qoidalariga rioya qilmaslik;
- begona jismlarning mavjudligi (masalan, hojatxona qog‘ozining qoldiqlari);
- tez-tez sovun bilan chayinish — bu holat mikrobiomaning buzilishiga olib keladi;
- sintetik yoki juda tor ichki kiyim kiyish;
- allergik reaksiyalar (yuqish vositalari, gigiyenik prokladkalarga nisbatan);
- gijjalar bilan kasallanish (masalan, enterobioz);
- umumiy kasalliklar — qandli diabet, immun tanqisligi holatlari;
- bolalik yoshida — orqa chiqaruv teshigining vulvaga yaqin joylashuvi va mahalliy immunitetning sustligi;
- gipoestrogeniya — hayz ko‘rish boshlanmagan qizlarda va postmenopauza davridagi ayollarda.



Rasm 5.1. Vulvitis

Klinik manzara:

O‘tkir davrda bemorlar quyidagilardan shikoyat qilishadi:

- tashqi jinsiy a‘zolarida qichishish, achishish, qizarish;
- og‘riq, ayniqsa siydik chiqarish, hojatga borish yoki yurish paytida kuchayadi;
- shilimshiq-irinli yoki toza irinli ajralmalar;
- vulvada shish, giperemiya (qizarish), qashilgan joylar va shilliq qavatning eroziyasi.

Surunkali kechishda simptomlar ancha yengil bo‘ladi: doimiy noqulaylik, mo‘‘tadil qizarish, quruqlik, tirnash hissi.

Qiz bolalarda quyidagi holatlar kuzatilishi mumkin:

- uyquning buzilishi,
- yuqori xavotirlik,
- siydik chiqarishdan qo‘rquv,
- asabiylik.

Tashxis quyidagilarga asoslanadi:

- shikoyatlar va vizual ko‘rik natijalariga,
- vulva va qindan olingan surtmalarning mikroskopiya,
- bakteriologik ekin (posev),
- **JIYUI (Jinsiy yo‘l bilan yuqadigan infeksiyalar)**ni istisno qilish.

Agar allergik komponentdan shubha bo‘lsa — dermatolog yoki allergolog konsultatsiyasi tavsiya qilinadi.

Davolash kompleks tarzda, ya‘ni simptomlarni yengillashtirish va sababini bartaraf etishga yo‘naltirilgan bo‘lishi kerak:

- Gigiyenik choralar — qaynatilgan suv yoki yengil antiseptik eritmalar (romashka damlamasi, furatsilin, miramistin) bilan chayinish, tirnash xususiyati beruvchi omillarni bartaraf qilish.

- Mahalliy davolash — antiseptik vannachalar, yallig‘lanishga va mikroblarga qarshi kremlar (masalan: dekspantenol, miramistin, klotrimazol asosidagi mazlar, kandidozda — antimikotiklar).
- Tizimli dori vositalari — agar yallig‘lanish kuchli yoki surunkali bo‘lsa, antibiotiklar, antimikotiklar, yoki antigelmint vositalar tavsiya etiladi (ko‘rsatmaga ko‘ra).
- Asosiy kasallikni tuzatish — agar vulvit boshqa kasallik fonida paydo bo‘lgan bo‘lsa (masalan, infeksiya manbalarini yo‘qotish, diabetda glikemiyaning nazorat qilish).

II. Bartolinit

Bartolinit — bu qin vestibulylining katta bezining (Bartolin bezining) yallig‘lanishi bo‘lib, uning chiqaruv yo‘li va/yoki to‘qimasining (parenximasining) zararlanishi bilan kechadi. Kasallik asosan reproduktiv yoshdagi ayollarda uchraydi va ko‘pincha bir tomonlama bo‘ladi.

Etiologiyasi:

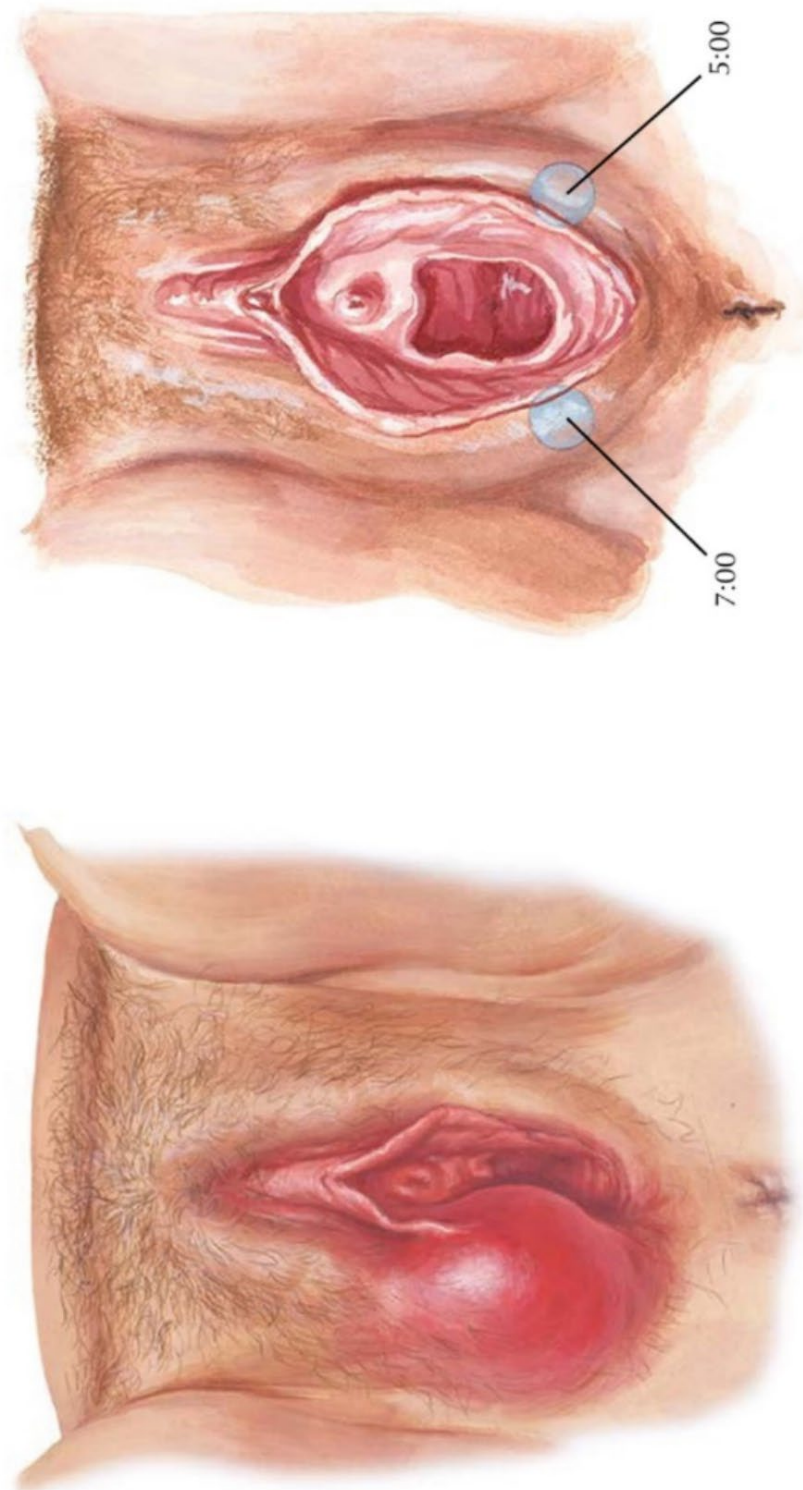
Qo‘zg‘atuvchilar:

- **shartli-patogen bakteriyalar:**
Staphylococcus aureus, Escherichia coli, Proteus, Pseudomonas aeruginosa;
- **spetsifik mikroorganizmlar:**
Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis, Trichomonas vaginalis.

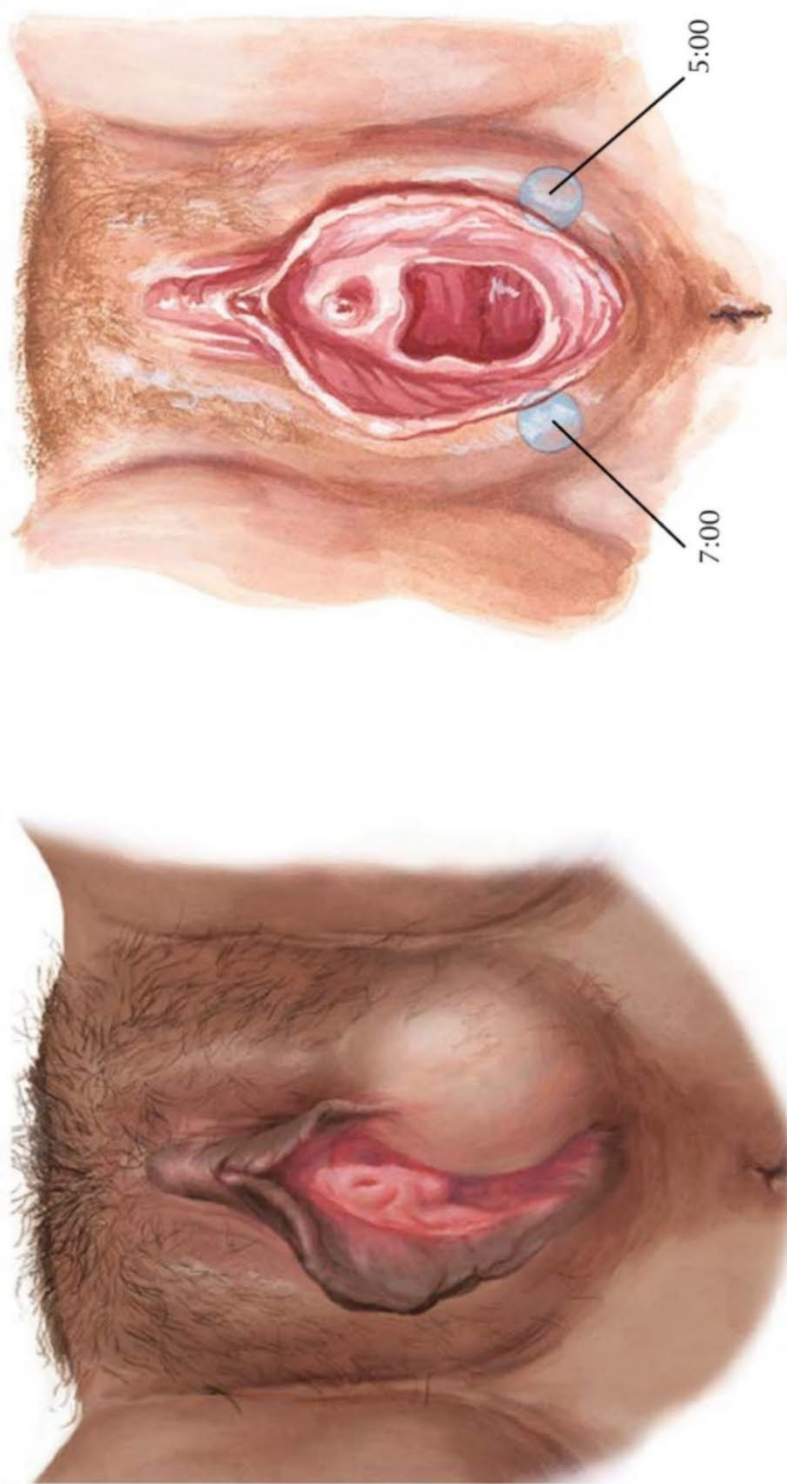
Infeksiyalash odatda yuqoriga ko‘tariluvchi yo‘l bilan sodir bo‘ladi — qindan yoki siydik chiqarish yo‘lidan, ayniqsa kolpit, uretrit yoki mikroflora buzilishi bo‘lsa.

Patogenezi:

Kasallik avval kanalikulit sifatida boshlanadi — bu Bartolin bezining chiqaruv yo‘lining yallig‘lanishidir.



Rasm 5.2. Bartolina bezi absessi/infeksiyasi



Rasm 5.3. Bartolina bezi kisti

Agar infeksiya kuchaysa:

- infeksiya beznining to‘qimasiga tarqaladi,
- seroz yoki irinli yallig‘lanish rivojlanadi,
- soxta abstsess (psevdoabstsess) yoki haqiqiy abstsess hosil bo‘ladi.

Psevdoabstsess (soxta abstsess)

U chiqaruv yo‘lining tiqilib qolishi natijasida yuzaga keladi — bez kengayadi va ichida irin to‘planadi, lekin beznining o‘zi (parenximasi) hali buzilmagan bo‘ladi.

Haqiqiy abstsess

Haqiqiy abstsess — bu bez to‘qimalari va uni o‘rab turgan tuzilmalarning irinli erishi natijasida yuzaga keladi.

Klinik manzara:

Yallig‘lanish bosqichiga qarab, bartolinit quyidagicha ajratiladi:

1. O‘tkir kanalikulit:

- Qinning kirish qismida **engil sanchish yoki noqulaylik** hissi;
- **Chiqaruv yo‘li bo‘ylab yengil shish va og‘riqlilik;**
- **Tana haroratining biroz ko‘tarilishi.**

2. Psevdoabstsess (soxta abstsess):

- **Bez hajmi tovuq tuxumidek bo‘lib kattalashadi;**
- **Og‘riq harakat, jinsiy aloqa yoki o‘tirganda kuchayadi;**
- **Mahalliy qizarish, shish, to‘qimalarning tarangligi;**
- Tana harorati **38–39 °C gacha ko‘tariladi, sovuq urish, holsizlik bo‘lishi** mumkin.

3. Haqiqiy abstsess:

- **Keskin og‘riqlilik va ifodalangan shish;**
- **Gektik harorat, organizmning intoksikatsiyasi, bosh og‘rig‘i;**
- **Palpatsiya (qo‘l bilan tekshiruv) vaqtida — suyuq (fluktuatsiyalanuvchi), kuchli og‘riqli shakl aniqlanadi;**

- **Spontan yorilganda** — qalin irinsimon ajralma chiqadi, shundan so'ng simptomlar tez kamayadi.

Asoratlar:

Agar bartolinit yetarli darajada davolanmasa, yallig'lanish o'z-o'zidan sekinlashishi mumkin, ammo ko'pincha surunkali shaklga o'tadi, bunda tez-tez qaytalanish va Bartolin bezida retension kista (tiqilib qolgan kista) shakllanishi mumkin.

Differensial Diagnostika:

Bartolinitni quyidagilardan farqlash zarur:

- **Katta jinsiy labning furunkuli (chiriy);**
- **Gartner yo'li kistasi;**
- **Vulva (tashqi jinsiy a'zolar) o'smalari;**
- **Chov limfa tugunlarining limfadeniti;**
- **Jinsiy a'zolarining sil bilan zararlanishi.**

Davolash:

Konservativ davolash (boshlang'ich bosqichda):

- **Antibiotiklar** — bakterial flora sezuvchanligiga qarab tanlanadi;
- **Sulfanilamid preparatlari;**
- **O'tirish uchun vannalar** — *kaliy permanganat (1:6000), romashka damlamasi yoki boshqa antiseptik eritmalar;*
- **Mahalliy issiqlik** — *isitgich (grelka), Solyuks chirog'i bilan muolaja;*
- **Mazli aplikatsiyalar** — *ixtiol moyi, Vishnevskiy malhami;*
- **Simptomatik davolash** — *isitmani tushiruvchi va og'riq qoldiruvchi vositalar.*

Psevdoabstsess yoki haqiqiy absstsess shakllanganda:

- **Abstsessni yorish va drenaj qilish** (irinni chiqarish);

| An A.V.

- **Qaytalanadigan bartolinitda** — *Bartolin bezini to'liq olib tashlash (ekstirpatsiya)*;
- **Fizioterapiya** — *UF nur (ultrabinafsha), UHF, lazer terapiya*;
- **JIIYUI aniqlansa** — *spetsifik (yo 'naltirilgan) davolash o'tkaziladi.*

III. Kolpit

Kolpit — bu qinning shilliq qavati yallig'lanishi bo'lib, ayollarda eng ko'p uchraydigan yallig'lanish kasalliklaridan biridir. Ayniqsa reproduktiv va menopauza davrida keng tarqalgan.

Etiologiyasi:

Nospetsifik kolpit quyidagi shartli-patogen mikroorganizmlar bilan chaqirilishi mumkin:

- *Staphylococcus aureus*
- *Escherichia coli*
- *Streptococcus spp.*
- *Proteus*
- shuningdek, *Candida* zamburug'lari.

Ko'p hollarda kasallik aralash mikrofloralar bilan bog'liq bo'ladi. Ba'zida esa *Trichomonas vaginalis* aniqlanadi — bu holatda spetsifik infeksiyani istisno qilish talab etiladi.

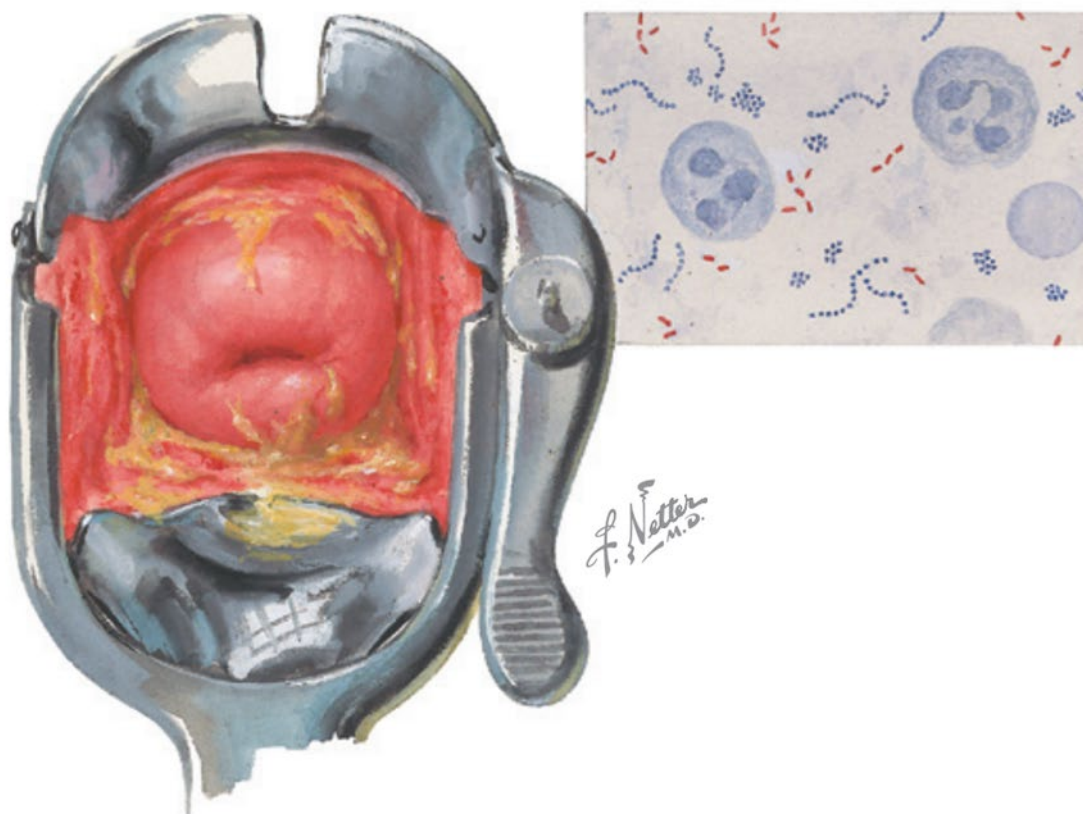
Klinik manzara:

O'tkir kolpit quyidagicha namoyon bo'ladi:

- Qinda va vulvada qichishish, achishish;
- Siydik chiqarishda noqulaylik, achishish hissi;
- Ko'p miqdorda seroz-irinli yoki toza irinli ajralsmalar;
- Ginekologik ko'rikda — qin shilliq qavatining qizarishi va shishishi;
- Kuchli yallig'lanishda — pastki qorin sohasida og'riq.

Surunkali kolpitda:

- Zud va achishish — yengil ifodalangan yoki yo‘q;
- Ajralmalar — ko‘pincha shilimshiq-irinli;
- Qin shilliq qavati ingichka, oqarib qolgan, ba'zida namlanish va yumshash (maceratsiya) zonalari kuzatiladi.



Rasm 5.4. Bakterial vaginit (bakterial tabiatdagi kolpit)

Diagnostika:

Kolpit tashxisi quyidagilarga asoslanib qo‘yiladi:

- bemorning **shikoyatlari**;
- **klinika** ko‘rigi natijalari;
- **maza mikroskopik tekshiruvi**;
- **bakteriologik ekish** va antibiotiklarga sezuvchanlikni aniqlash.

Davolash:

Kolpitni davolash quyidagilarni o‘z ichiga oladi:

| An A.V.

- **Umumiy davolash** — asosiy sabablarni bartaraf etish (*gormonal buzilishlar, gijjalar, diabet va boshqalar*);
- **Mahalliy davolash** — *qinni tozalash (dushlash, antiseptik eritmalar), vaginal shamchalar yoki krem* (antimikrob, zamburuggacha qarshi yoki kombinatsiyalangan ta'sirga ega);
- **Antibakterial terapiya** — faqatgina mikroblarning antibiotiklarga sezuvchanligi aniqlangandan so'ng belgilanadi;
- **Fizioterapiya** — ayniqsa surunkali kolpitda (*masalan, lazer terapiya, UFNurlar bilan muolajalar*);
- **Hamroh kasalliklarni davolash** majburiydir — *servitsit, vulvit va boshqalar*; bu **qinning normal mikroflorasini tiklash** uchun muhimdir.

IV. Servitsit

Servitsit — bu **bachadon bo'yni (servikal) kanali shilliq qavatining yallig'lanishi** bo'lib, u **o'tkir yoki surunkali** kechishi mumkin.

Etiologiyasi:

Kasallik quyidagi patogenlar tomonidan chaqiriladi:

- **bakteriyalar:** *Staphylococcus spp., Streptococcus spp., Escherichia coli, Enterococcus spp., Neisseria gonorrhoeae*;
- **zamburug'lar:** *Candida albicans*;
- **viruslar:** herpesviruslar, inson papilloma virusi (VPH).

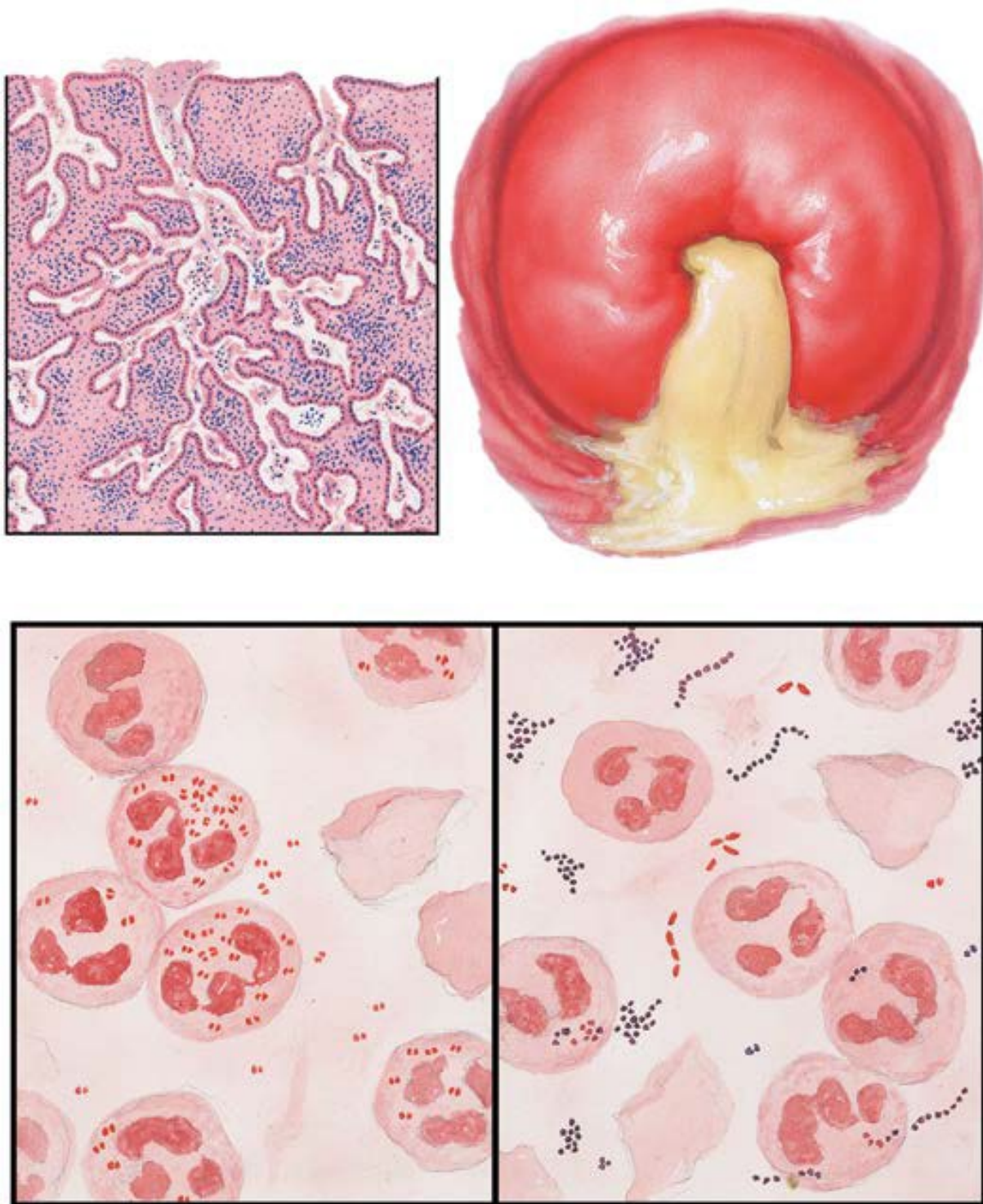
Servikal soha shikastlanishi — ayniqsa **tug'ruq vaqtida** (yirtilishlar, noto'g'ri bitish) kasallikka moyillikni oshiradi.

Klinik ko'rinish:

O'tkir fazada:

- Qindan **shilimshiq-irinli yoki toza irinli ajralmalar**;
- Pastki qorin va bel sohasida **cho'ziluvchi og'riq, noqulaylik**;
- **Yengil harorat ko'tarilishi** (subfebril);

- Ginekologik ko'rikda: **bachadon bo'yni shilliq qavatining qizarishi va shishi**, servikal kanalda irin bo'lishi.



Rasm 5.5. Servitsit

Surunkali fazada:

- **Ko‘pincha simptomlarsiz** kechadi;
- Ajralmalar **shilimshiq yoki shilimshiq-irinli** bo‘lib qoladi;
- Uzoq davom etsa, **bachadon bo‘yni giperplaziyasi** va **soxta eroziya (psvdoeroziya)** yuzaga kelishi mumkin.

Diagnostika:

- Vizual ko‘rik,
- Kolposkopiya,
- Flora va tozalik darajasi uchun surtma,
- YUZTI (IPP) ga PZR (PCR) tahlil,
- Antibiotikogrammalik bakteriologik ekin.

Davolash:

- **O‘tkir bosqichda** — antibakterial terapiya (patogen sezuvchanligiga ko‘ra), sulfanilamidlar, mahalliy sanitatsiya.
- **Surunkali shaklda** — fizioterapiya, yallig‘lanishga qarshi shamchalar, vaginal sanitatsiya.
- **Agar bachadon bo‘ynida travmatik yorilishlar bo‘lsa**, u surunkali endoservitsitga olib kelayotgan bo‘lsa — **yallig‘lanish susayganidan keyin** jarrohlik davosi (bachadon bo‘yni plastikasini bajarish) ko‘rsatiladi.

Kichik chanoq a‘zolarining yallig‘lanish kasalliklari

Ichki jinsiy a‘zolar yallig‘lanish kasalliklariga **bachadon, bachadon naylari** va **bachadon atrofidagi to‘qimalarning** yallig‘lanishi kiradi. Bu kasalliklar ko‘pincha **vaginadan yoki bachadon bo‘ynidan yuqoriga ko‘tariluvchi infeksiya** sifatida yuzaga keladi.

Asosiy patogenlar:

- **Aerob va anaerob bakteriyalar:** *Escherichia coli*, *Staphylococcus spp.*, *Streptococcus spp.*, anaeroblar.

- **Maxsus infeksiyalar:** *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma*, *Ureaplasma urealyticum* va boshqalar.

I. Endometrit

Endometrit — bu bachadon shilliq qavati (endometriy) ning yallig‘lanishidir. U o‘tkir va surunkali shakllarda bo‘lishi mumkin. Ko‘pincha tug‘ruqdan keyin, abortdan so‘ng, diagnostik qirqimlar yoki gisteroskopiyadan keyin rivojlanadi.

Etiologiyasi:

Qo‘zg‘atuvchilar — bu polimikrobli assotsiatsiyalar, ko‘pincha aralash aerob-anaerob flora. Tug‘ruqdan keyingi davrda, ayniqsa, *Streptococcus pyogenes* (A guruhi β -gemolitik streptokokki) xavfli hisoblanadi.

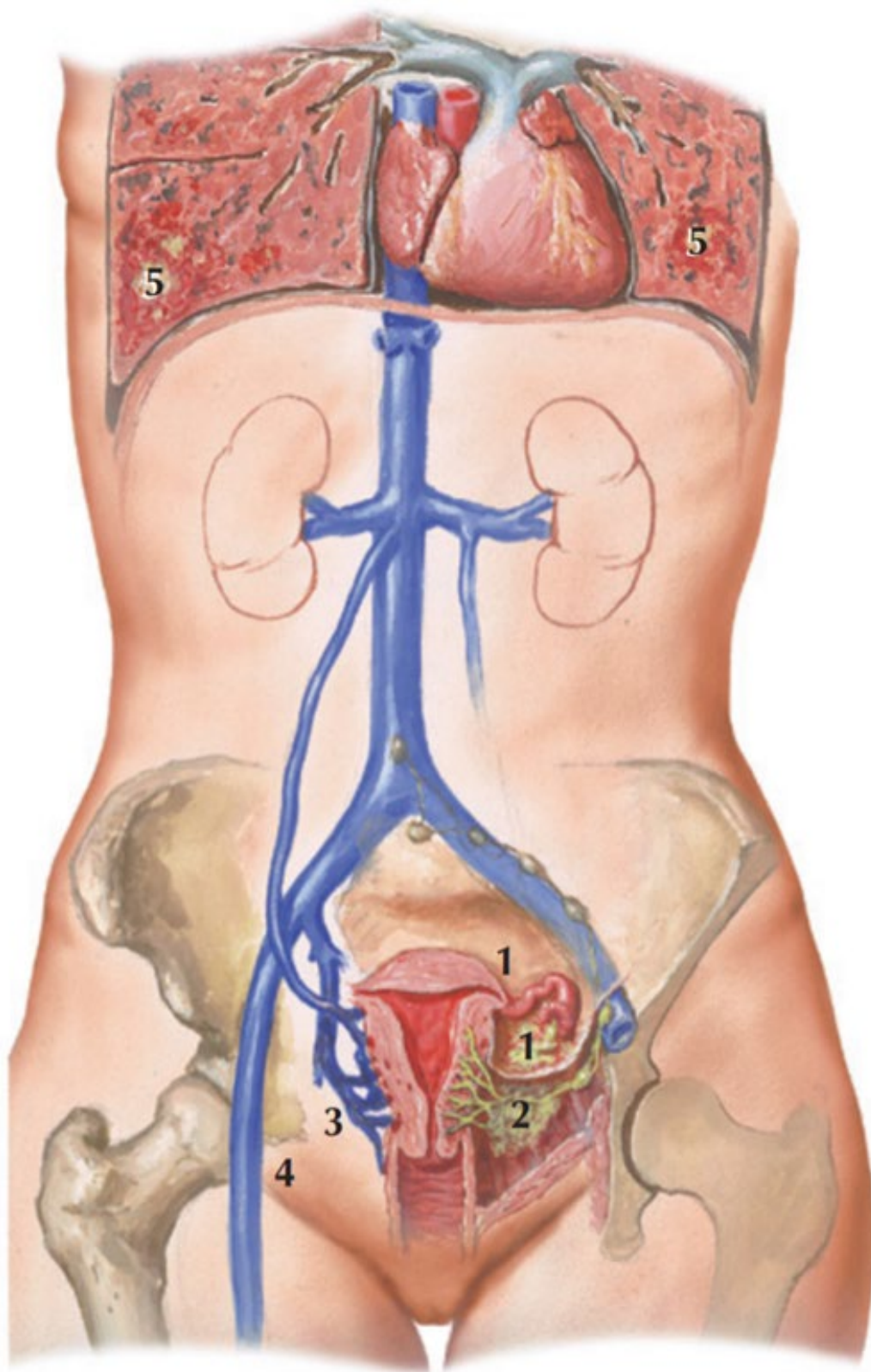
Klinik manzara:

O‘tkir endometrit — bu bachadon shilliq qavatining o‘tkir yallig‘lanishi:

- isitma, sovqotish, holsizlik;
- qorin pastida siqib og‘riydigan (surtma-surtma) og‘riqlar;
- yiringli yoki seroz-yiringli ajralmalar;
- bimanuall tekshiruvda bachadonning og‘rishi;
- ba’zida tug‘ruqdan keyingi davrda bachadonning yetarlicha kichraymasligi (subinvolyutsiya).

Surunkali endometrit — bu endometriyning uzoq davom etuvchi yallig‘lanishi bo‘lib, ko‘pincha be’pushtlikka olib keladi:

- kam yoki uzoq davom etuvchi hayz ko‘rishlar;
- hayzlar orasida qonli ajralmalar;
- bepushtlik;
- qorin pastida kuchsiz og‘riq.



Rasm 5.6. Septik endometritning tarqalishi: 1 - Peritonit; 2 - Parametrit (limfa yo'llari orqali); 3 - Chanoq venalarining tromboflebiti; 4 - Son suyagi venasining tromboflebiti; 5 - O'pka infarkti yoki abssessi (septik emboliya)

Diagnostika:

- klinik belgilar;
- UZI (endometriyning qalinlashuvi, notekisligi);
- surtma (mazoklar), IIPP (infeksiyalarning jinsiy yo‘l bilan yuqadigan shakllari) bo‘yicha PZR;
- endometriyadan olingan gistologik tekshiruv (surunkali jarayonda).

Davolash:

- antibakterial terapiya (keng doirali, kombinatsiyalar);
- NYVQ (nosteroid yallig‘lanishga qarshi vositalar);
- infuzion terapiya (o‘tkir holatda);
- fizioterapiya (surunkali endometritda).

II. Salpingit va salpingooforit

Salpingit — bu bachadon naylarining yallig‘lanishi.

Salpingooforit — bu naylar va tuxumdonlarning bir vaqtning o‘zida yallig‘lanishi. Yallig‘lanish bir tomonlama yoki ikki tomonlama bo‘lishi mumkin.

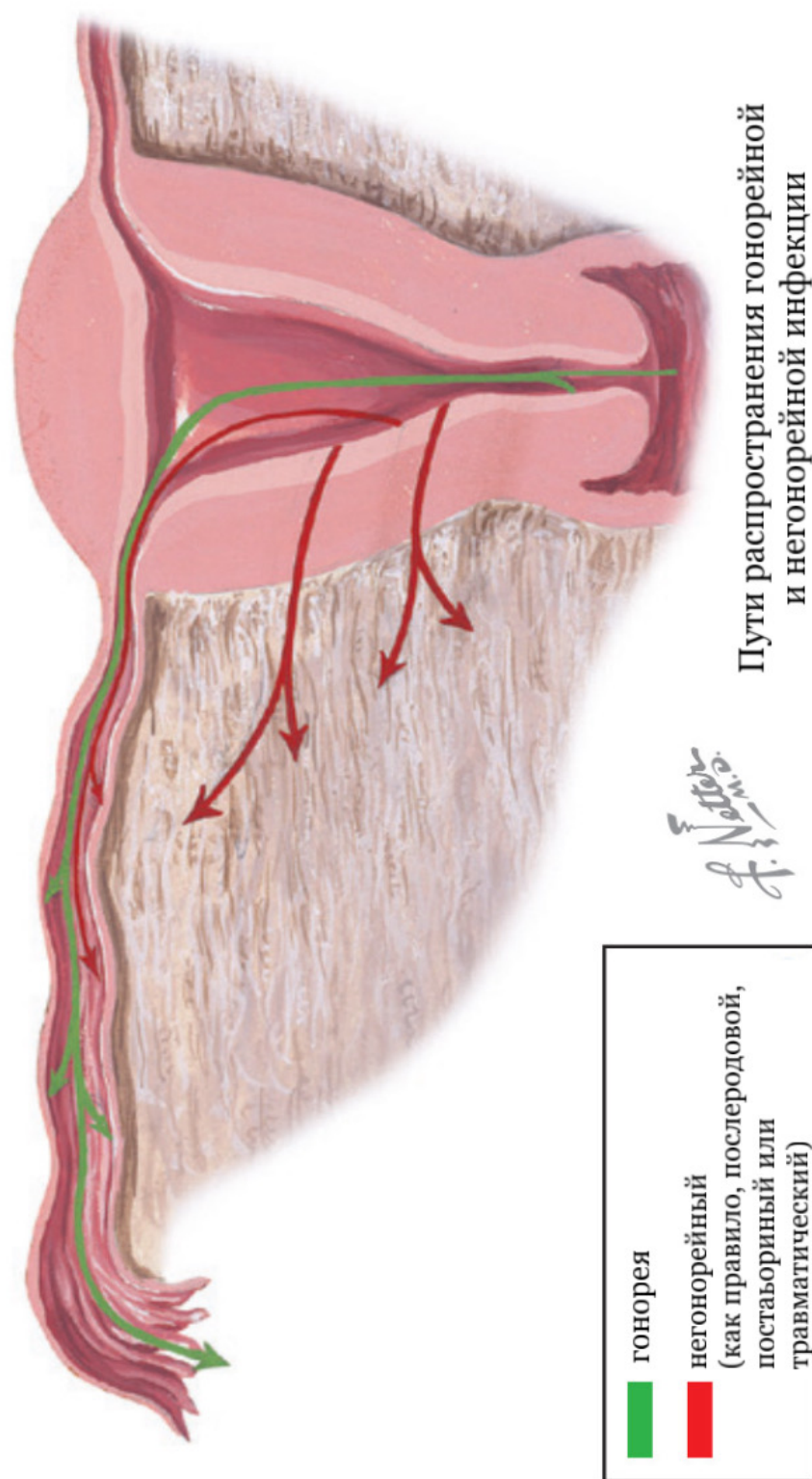
Etiologiyasi:

Endometritdagi kabi, qo‘zg‘atuvchilar polimikrob assotsiatsiyalaridir, jumladan: anaeroblar, xlamidiyalar, gonokokklar.

Klinik manzara:

O‘tkir salpingooforit:

- pastki qorin sohasida og‘riq (bir tomonlama yoki ikki tomonlama);
- tana haroratining ko‘tarilishi;
- titroq, holsizlik;
- oqindi, jinsiy aloqada og‘riq (dispareuniya), siydik chiqarishda og‘riq (dizuriya);
- qo‘shimchalar sohasida palpatsiyada og‘riqlilik va yumshoq shish (pastoznost).



Rasm 5.7. Infeksiyaning tarqalish yo‘llari

Surunkali salpingooforit:

- doimiy yoki vaqti-vaqti bilan bo‘ladigan tortuvchi og‘riqlar;
- hayz siklining buzilishi;
- naysimon bepushtlik (tubal bepushtlik);
- surunkali chanoq og‘rig‘i sindromi.

Asoratlari:

- tuboovarial shakllanish (yiringli jarayonga o‘tish);
- peritonit;
- gidrosalpinx;
- naysimon bepushtlik.

Diagnostika:

- ko‘rik, bimanual tekshiruv;
- kichik chanoq a‘zolarining UTT (ultratovush tekshiruvi);
- laborator diagnostika (mazoklar, PZR);
- laparoskopiya (zarurat tug‘ilganda).

Davolash:

- antibakterial terapiya (o‘tkir holatlarda tomir ichiga yuboriladi);
- og‘riq qoldiruvchi va yallig‘lanishga qarshi vositalar;
- subakut va surunkali bosqichda fizioterapiya;
- abstsesslar va asoratlarda jarrohlik davolash.

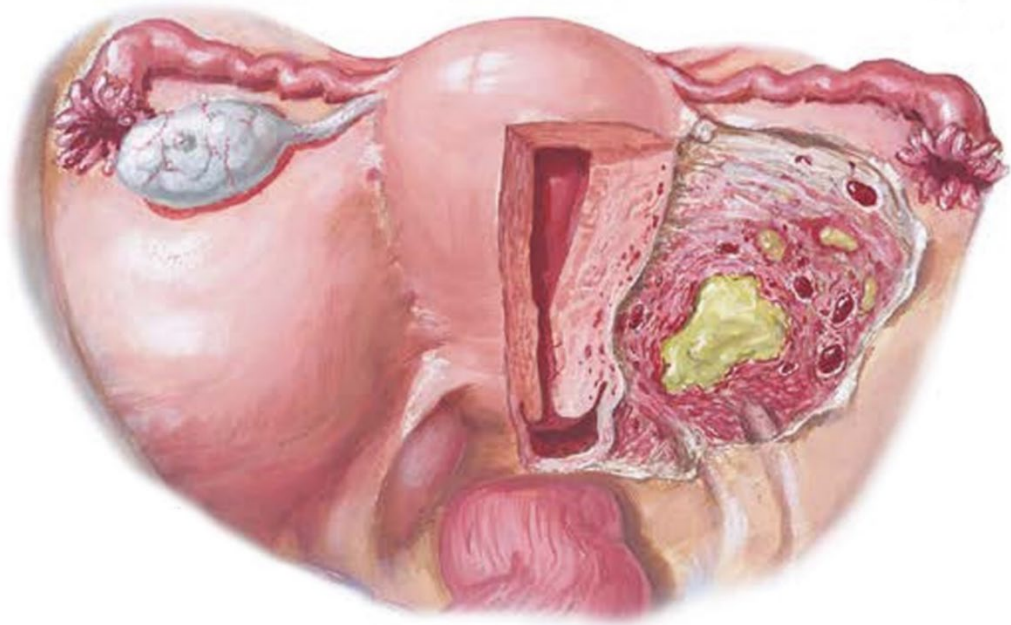
III. Parametrit

Parametrit — bu bachadondan tashqari joylashgan (parametral) to‘qimalarning yallig‘lanishidir. Odatda tug‘ruqdan keyin, homiladorlikni sun‘iy to‘xtatishdan so‘ng yoki bachadon bo‘yni va tanasida o‘tkazilgan jarrohlik aralashuvlardan keyin asorat sifatida rivojlanadi.

| **An A.V.**

Etiologiyasi:

Infeksiya bachadon yoki bachadon bo'ynidan limfa yo'llari orqali tarqaladi. Eng ko'p uchraydigan patogenlar quyidagilar: *Escherichia coli*, *Streptococcus*, *Staphylococcus*, anaerob bakteriyalar.



***Rasm 5.8. Parametrit va gonorey/negonorey infeksiyasi.
Parametritda absess (orqa tomondan ochilgan holatda)***

Klinik ko'rinish:

- Qorin pastki qismida bir tomonlama og'riq, bel sohasiga tarqaladi;
- Harorat ko'tarilishi (febril isitma), sovqotish (oznob);
- Qinning yuqori gumbazida qizarish va og'riqlilik;
- Palpatsiyada bachadon yonida zich infiltratsion shakllanish aniqlanadi;
- Disuriya (siydik chiqarishda buzilish), defekatsiya muammolari (kattalashgan yallig'lanishda).

Diagnostika:

- Klinik belgilar asosida;

- Bimanual tekshiruv (parametral to‘qimalarda infiltrat aniqlanadi);
- Kichik chanoq a‘zolarining UTT (ultratovush tekshiruvi).

Davolash:

- Keng ta’sir doirasiga ega antibiotiklar bilan kuchli antibakterial davolash;
- Deto‘ksikatsiya va infuzion terapiya;
- Og‘riq qoldiruvchi va isitmani tushiruvchi vositalar;
- Yallig‘lanish susaygan davrda fizioterapiya;
- Agar absess shakllangan bo‘lsa — jarrohlik yo‘li bilan ochish va drenaj qilish.

Qiz bolalarda neytral davrdagi vulvovaginit va kolpit

Dolzarbligi va xususiyatlari:

Qiz bolalarda vulvovaginit — bolalar yoshidagi eng ko‘p uchraydigan ginekologik kasalliklardan biridir, ayniqsa shunday ataladigan **neytral gormonal davrda** (1 yoshdan pubertat boshlanishigacha bo‘lgan davr). Bu davrda jinsiy a‘zolar shilliq qavati tabiiy gipoestrogeniya bilan ajralib turadi: yupqa, quruq, himoyasiz va infeksiyon omillarga nisbatan yuqori sezuvchan bo‘ladi.

Gormonal yetishmovchilik tufayli vaginal epiteliy kam rivojlangan, glikogen miqdori past, foydali sut kislotali mikroflora yo‘q va vaginal muhit reaksiyasi kislotali bo‘lmaydi. Bu xususiyatlar hatto engil tashqi ta’sirda ham shartli-patogen va patogen mikroorganizmlarning faolligiga olib keladi.

Etiologiyasi:

Yallig‘lanish quyidagi omillar bilan bog‘liq bo‘lishi mumkin:

- **Shartli-patogen mikroblar** — *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus spp.*, anaeroblar;
- **Candida** zamburug‘lari;
- **Gelmintlar** (ayniqsa enterobioz);
- **Allergenlar** (sovun, sintetik ichki kiyim, gigiyenik vositalar);
- **Begona jismlar** (qog‘oz bo‘lagi, mato tolalari va boshqalar);
- **Viruslar** va kam hollarda **spesifik flora** (safogatsizlik, jinsiy zo‘ravonlik holatlarida).



Rasm 5.9.. Vulvovaginit

Klinik ko‘rinishi:

- Qin yo‘llaridan ajralmalar — seroz, shilimshiq-yiringli yoki yiringli, ko‘pincha yoqimsiz hid bilan;
- Qashish, achishish, chizishlar vulva sohasida;
- Vulva va qin kirish qismining qizarishi, shish;
- Siyish paytida og‘riq (siydik chiqarish teshigining tirnash xususiyati tufayli);
- Uxlamaslik, bezovtalik, yuvinishdan bosh tortish (og‘riq tufayli);
- Ko‘rikda — shilliq qavat yupqa, quruq, oson jarohatlanadi, ko‘pincha eroziyalar, qobiqchalar, nam joylar bilan qoplangan bo‘ladi.

Diagnostika:

Diagnostika quyidagilarga asoslanadi:

- Klinik ko'rik;
- Gram usulida bo'yalgan surtmalar mikroskopiyasi;
- Mikroflo'raga va antibiotiklarga sezuvchanlikka ekish;
- Gelmintlar (enterobioz) uchun tahlil (shubha bo'lsa);
- Maxsus infeksiyalarni istisno qilish (agar gumon bo'lsa).

Davolash:

Qizlardagi vulvovaginitni davolash ehtiyotkorlik bilan, kompleks va individual tarzda olib boriladi:

- Gigiyenik chora-tadbirlar — har kuni issiq qaynatilgan suvda yoki dorivor o'simliklar damlamasida (romashka, kalendula) yuvinish, sovun va xushbo'y vositalardan voz kechish;
- Mahalliy davolash — antiseptik vanna, mikroblarga qarshi yoki zamburug'larga qarshi surtmalar bilan muolajalar (ko'rsatmaga binoan);
- Umumiy terapiya — antibiotiklar, antimikotiklar, gelmintlarga qarshi dori vositalari (tahlil natijalariga ko'ra);
- Tinchlantiruvchi va allergiyaga qarshi vositalar — kuchli qashish va tirnash xususiyati bo'lsa;
- Fizioterapiya — surunkali yoki takrorlanuvchi kechishda.

Shuningdek, qo'zg'atuvchi omillarni bartaraf etish muhim — disbakteriozni davolash, infeksiya manbalarini yo'qotish, ovqatlanish va parvarishni to'g'rilash.

Bobga savollar

I. Yopiq test savollari (bitta to'g'ri javobni tanlang)

1. Quyidagilardan qaysi biri yuqori jinsiy a'zolarining yallig'lanish kasalliklariga taalluqli emas?

- A) Endometrit
- B) Vulvit
- C) Salpingit

| An A.V.

D) Parametrit

2. Nonspesifik bakterial vaginitga qanday ajralmalar xos?

A) Qonli

B) qalin tvorogsimon

C) suyuq kulrang-oqchil

D) hidli yashil rang

3. O'tkir endometritning asosiy qo'zg'atuvchisi nima?

A) inson papillomavirusi

B) Gonokokk

C) Stafilokokklar

D) Sodda hayvonlar

4. Surunkali salpingitda eng ko'p uchraydigan asorat nima?

A) Gidrosalpinks

B) bachadonning yorilishi

C) qin atreziya

D) poliplarning shakllanishi

5. O'tkir parametrit uchun qaysi simptom taalluqli?

A) Qichishish va achishish

B) Bosh Aylanishi

C) Qorinning pastki qismidagi og'riq

D) Kichik jinsiy lablarda shish va yaralar

6. O'tkir endometritda ultratovush tekshiruvida qanday o'zgarishlar aniqlanadi?

A) yiringli qo'shimchalar bilan endometriyning qalinlashuvi

B) Endometriyning ingichkalashuvi

C) Endometrial poliplar

D) O'zgarishlarsiz

7. Qaysi mikroorganizmlar ko'pincha nospetsifik kolpitni keltirib chiqaradi?

A) Gonokokklar

- B) E. coli va stafilokokklar
- C) Sodda hayvonlar
- D) Xlamidiya

8. O'tkir parametrdagi qanday asorat kuzatilishi mumkin?

- A) Pelvioperitonit
- B) Bachadon aplaziyasi
- C) Hidrosalpinks
- D) Kandidoz vulviti

9. Qaysi tekshiruv usuli salpingit tashxisining "oltin standarti" usuli hisoblanadi?

- A) qin ajralmalari tahlili
- B) Laparoskopiya
- C) tos suyagi MRT
- D) siydikni tahlil qilish

II. Ochiq savollar (batafsil javob talab qilinadigan topshiriqlar)

1. Endometritning asosiy etiologik omillari va patogenezini tariflang.
2. O'tkir salpingitga xos bo'lgan belgilar va diagnostika usullarini yozing.
3. Nospetsifik vulvitni davolashning asosiy tamoyillari qanday?
4. Parametritning klinik ko'rinishi va asoratlarini tariflang.
5. Qizlarda kolpitning oldini olish uchun qanday profilaktika choralarini tavsiya etish mumkin?

III. Vaziyat vazifalari

Masala №1

25 yoshli ayol qorinning pastki qismida o'tkir og'riqqa, umumiy holsizlikga, haroratning $38,5^{\circ}\text{C}$ gacha ko'tarilishiga shikoyat qildi. Hayz ko'rish muntazam, ammo oxirgi hayz siklida qonli ajralmalarni ko'payishiga va og'riqli hayz sikliga shikoyat qildi. Anamnezidan ma'lum bo'lishicha: 2 hafta oldin dori vositasi yordamida tibbiy abort qilingan. Tekshiruvda: taxikardiya, bachadonni palpatsiya qilish paytida og'riq, uning hajmining kattalashgan .

1. Qanday tashxis qo'yish mumkin?

| **An A.V.**

2. Tashxisni tasdiqlashga qanday diagnostika usullari yordam beradi?
3. Qanday davolash bosqichlaridan iborat?

Masala №2

10 yoshli qiz tashqi jinsiy a'zolar sohasidagi qichishish va achishishga, siyish paytida noqulaylikning kuchayishiga shikoyat qildi. Onasining ta'kidlashicha, qiz gigiena qoidalariga rioya qilmaydi va ko'pincha iflos qo'llari bilan oraliqqa tegadi. Onasining so'zlariga ko'ra, bir hafta oldin bola O'RI bilan kasallangan. Tekshiruvda: kichik jinsiy lablarning giperemiyasi va shishi, seroz-yiringli ajralmalar kuzatiladi.

1. Dastlabki tashxis nima?
2. Qanday qo'shimcha tadqiqotlar o'tkazish kerak?
3. Qanday davolash kerak?

Masala №3

35 yoshli ayol qorinning pastki qismida surunkali og'riqlarga va bu og'riqlarning hayz ko'rishdan oldin kuchayishiga, hayz siklining noregulyarligi hamda ko'p miqdordagi qon lahtali ajralmalarga shikoyat qildi. Anamnezida: ikki marta homilaning spontan tushishi kuzatilgan. Tekshiruvda: chap bachadon ortiqlari palpatsiya qilinganda og'riq, tana haroratining $37,5^{\circ}\text{C}$ gacha ko'tarilishi. Ultratovush tekshiruvda chap bachadon naylarining kattalashganligi va gidrosalpinks belgilari aniqlandi.

1. Dastlabki tashxis nima?
2. Qanday diagnostika choralarini ko'rish kerak?
3. Qanday davolash bosqichlari zarur?

Barcha qo'shimcha materiallar uchun o'z-o'zini tekshirish Telegram-kanalida mavjud:

<https://t.me/+UIFVjMi2x6oxZGEy>

Yoki QR-kodni skanerlashingiz mumkin:



Bob №6. Ayollarning jinsiy a‘zolarining spetsifik yallig‘lanish kasalliklari
Spetsifik yallig‘lanish kasalliklari — bu asosan jinsiy yo‘l bilan yuqadigan, aniqlangan patogenlar (mikroblar) bilan bog‘liq infeksiyon jarayonlardir. Nospetsifik yallig‘lanishlardan farqli ravishda, ushbu guruhdagi kasalliklarning aniq qo‘zg‘atuvchisi bo‘lib, ularni davolashda albatta etiologik (aniqlangan mikroblarga qarshi) terapiya talab etiladi.

Ushbu guruhga mansub asosiy infeksiyalar quyidagilardir: gonoreya, trixomoniaz, sifilis, xlamidioz, mikoplazmoz, ureaplazmoz, kandidoz, virusli infeksiyalar (shu jumladan, herpes va OPP — odam papilloma virusi).

Ularning xususiyatlari:

- surunkali yoki yashirin kechish ehtimoli yuqori;
- ko‘pincha simptomsiz o‘tadi;
- reproduktiv tizimda og‘ir asoratlar (be‘pushtlik, homila tushishi) keltirib chiqarishi mumkin;
- homiladorlik davrida infeksiya homilaga o‘tishi mumkin.

Statistikaga ko‘ra, bu kasalliklar ayniqsa reproduktiv yoshdagi ayollar orasida keng tarqalgan va ginekologik kasalliklar tarkibida muhim o‘rin egallaydi.

I. Gonoreya

Gonoreya — *Neisseria gonorrhoeae* (gonokokk) nomli grammanfiy diplokokk tomonidan chaqiriladigan, aniq mikroorganizmdan kelib chiqadigan infeksiyon kasallik. Asosan jinsiy aloqa orqali yuqadi, biroq homilador onadan yangi tug‘ilgan chaqaloqqa vertikal yo‘l bilan, ba’zida esa bolalar (ayniqsa qizlar) orasida gigiyena vositalari orqali maishiy yo‘l bilan yuqishi mumkin.

Bu kasallik jinsiy yo‘l bilan yuqadigan infeksiyalar (JYUI) turkumiga kiradi va ko‘pincha surunkali shaklga o‘tadi, yashirin (latent) tarzda rivojlanadi va ayniqsa ayollarda reproduktiv salomatlikka jiddiy tahdid soladi.

Etiologiyasi va epidemiologiyasi

Gonoreya qo‘zg‘atuvchisi — *Neisseria gonorrhoeae* juda yuqumli, shilliq qavatlarining himoya omillariga bardoshli, tez ko‘payadi va urogenital tizimning epiteliy hujayralariga oson kirib boradi. Inkubatsion davri odatda 5–10 kunni tashkil etadi, ammo ba’zida o‘zgaruvchan bo‘lishi mumkin.

| An A.V.

Ko‘plab davlatlarda, ayniqsa 25 yoshgacha bo‘lgan ayollar orasida yuqori darajadagi kasallanish qayd etilgan. Ko‘pincha boshqa infeksiyalar bilan (masalan, xlamidioz, ureaplazmoz, trixomoniaz) birga uchraydi.

Patogenezi

Gonokokklar asosan bachadon bo‘yin kanalining silindrsimon epiteliyasiga, siydik chiqarish yo‘liga, qin bezlari (Bartholin va parauretral) ga kirib boradi. U yerda yallig‘lanish rivojlanadi, ko‘pincha yiringli ajralmalar bilan namoyon bo‘ladi.

Infeksiya yuqoriga qarab tarqalib, bachadon, naylar va qorin bo‘shlig‘iga o‘tishi mumkin — bu esa salpingit, pelvioperitonit, parametrit kabi og‘ir yallig‘lanish kasalliklariga olib keladi.

Agar infeksiya umumlashsa (generallashtirilgan holat), u holda gonokokkli sepsis, artrit, endokardit yoki meningit rivojlanishi mumkin.

Klinik ko‘rinishi

Ayollarda gonoreya ko‘pincha simptomlessiz yoki yengil simptomlar bilan kechadi, bu esa kasallikning surunkali shaklga o‘tishiga va keng tarqalishiga olib keladi.

O‘tkir gonokokkli servitsit — kasallikning eng ko‘p uchraydigan shaklidir:

- jinsiy yo‘llardan ko‘p miqdorda yiringli yoki sarg‘ish ajralmalar;
- bachadon bo‘yni shilliq qavatining qizarishi va shishishi;
- jinsiy aloqadan keyin kuzatiladigan qonli ajralmalar (kontaktli qon ketish).

Gonokokkli uretrit:

- siyish paytida achishish va og‘riq (rez);
- tez-tez siyishga bo‘lgan hojat;
- siydik chiqarish yo‘li ochilishidan ajralmalar.

Yuqoriga tarqaluvchi gonokokkli infeksiya:

- pastki qorin sohasida og‘riqlar;
- isitma va intoksikatsiya belgilari (holsizlik, bosh og‘rig‘i, terlash);
- jinsiy aloqada og‘riq (dispareuniya), hayz ko‘rish siklining buzilishi;
- ba‘zan kichik chanoq sohasida yallig‘lanish (pelvioperitonit) rivojlanadi.

Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarda gonokokkli kon’yunktivit rivojlanishi mumkin, bu esa ko‘r bo‘lib qolishga olib kelishi ehtimoli bor.



Rasm 6.1. Gonoreya

Diagnostika

1. **Mazkalarni mikroskopik tekshirish** — Gram usulida bo‘yalgan, hujayra ichida joylashgan loviyasimon diplokokklarning aniqlanishi (odatda o‘tkir shaklda uchraydi).
2. **Bakteriologik ekish** — surunkali yoki aralash shakllarda asosiy tashxis usuli hisoblanadi.
3. **PTsR-diagnostika** — gonokokk DNKsini aniqlash uchun yuqori sezuvchan usul.
4. **IFA, RIF va madaniyatda yetishtirish** — tashxis qiyin bo‘lsa qo‘llaniladi.
5. **Jinsiy sherikni tekshirish** majburiy, hatto simptomlar bo‘lmasa ham.

Asoratlar

- Yuqoriga tarqaluvchi infeksiya (endometrit, salpingit, salpingooforit);
- Tuba (nay) bilan bog‘liq bepushtlik;
- Bachadondan tashqari homiladorlik;
- Surunkali chanoq og‘riq sindromi;
- Homila va yangi tug‘ilgan chaqaloqning infeksiyalanishi;
- Sepsis, artrit, teri va shilliq qavatda toshmalar (disseminatsiyalangan shaklda).

Davolash

Tanlov dori vositalari — **sefalosporin** qatoriga mansub antibiotiklar, ko‘pincha xlamidiyalar kabi hamrohlik qiluvchi IYUillar bilan birgalikda davolanadi.

- **Tseftriakson** 500–1000 mg, mushak ichiga, bir marta.
- Agar xlamidiya infeksiyasi aniqlansa — **azitromitsin** 1 g, og‘iz orqali, bir marta qo‘shiladi.

Agar bu dori vositalariga allergiya bo‘lsa — **spektinomitsin** yoki **karbapenemlar** qo‘llaniladi. Surunkali shakllarda — **antibakterial terapiya kurslari, fizioterapiya, immunokorreksiya** va **mahalliy sanitatsiya** tayinlanadi.

Oldini olish

- To‘siqli kontratsepsiyadan foydalanish (prezervativ);
- Jinsiy sherik tez-tez almashadigan ayollarda muntazam profilaktik ko‘riklar;
- Har ikkala jinsiy sherikni bir vaqtda davolash;
- Davolashdan 2–4 hafta o‘tib mikrobiologik sog‘ayishni nazorat qilish.

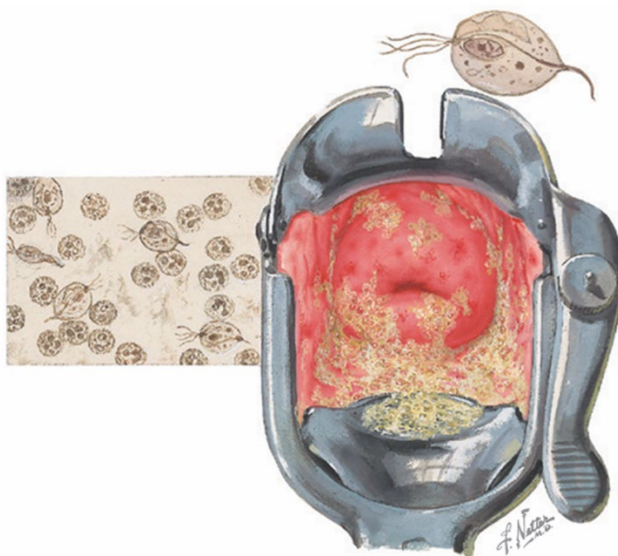
II. Trichomoniaz

Trichomoniaz — bu *Trichomonas vaginalis* nomli sodda parazit tomonidan chaqiriladigan, siydik-jinsiy tizimni zararlovchi, o‘ziga xos infeksiyon-yallig‘lanish kasalligidir. U jinsiy yo‘l bilan yuqadigan infeksiyalar (JYYI) guruhiga kiradi va asosan qin, siydik chiqaruv kanali (uretra), bachadon bo‘yni hamda ayrim hollarda siydik-jinsiy tizimning boshqa bo‘limlarini zararlaydi.

Etiologiyasi va epidemiologiyasi

Kasallik qo‘zg‘atuvchisi — **vaginal trixomonada (*Trichomonas vaginalis*)** — bu anaerob sharoitda yashovchi, harakatlanishga qodir, epiteliyga kirib borib yallig‘lanishni keltirib chiqaradigan jgutli sodda organizmdir. *Trichomonas* nam muhitda uzoq yashay oladi, ammo quriganida yoki 40 °C dan yuqori haroratda tezda halok bo‘ladi.

Infeksiya odatda **jinsiy aloqa orqali yuqadi**. Maishiy yo‘l bilan yuqish holatlari juda kam uchraydi. **Trichomoniaz — eng keng tarqalgan jinsiy yo‘l bilan yuqadigan infeksiyalardan biridir.** Kasallanish darajasi ayollar orasida, ayniqsa 20–45 yosh oralig‘ida, erkaklarga nisbatan ancha yuqori hisoblanadi.



Rasm 6.2. Trichomoniaz

| An A.V.

Jinsiy yo‘llarning shilliq qavatlariga tushgach, trixomonada epiteliy hujayralariga birikadi, fermentlar (gialuronidaza, proteazalar) ajratib, hujayralararo bog‘lanishlarni yemiradi, bu esa yallig‘lanish, shish va tirnashni keltirib chiqaradi. Mahalliy immun reaksiyalar yuzaga keladi, ekssudat ajraladi, va bu holat qinning normal mikroflorasini buzadi.

Infeksiya uzoq vaqt saqlanib qolishi mumkin, ayniqsa boshqa jinsiy yo‘l orqali yuqadigan infeksiyalar (xlamidioz, gonoreya) bilan birgalikda kechsa yoki immunitet pasaygan bo‘lsa.



Rasm 6.3. Trichomoniazda status localis (mahalliy holat)

Klinik manzara

Ayollarda:

- Ko‘p miqdordagi ko‘pikli, kul-yashil yoki sarg‘ish ajralmalar, o‘tkir yoqimsiz hid bilan;
- Qinda va tashqi jinsiy a‘zolarida qichishish, achishish;
- Dizuriya (qattiq sanchiqlar bilan siyish, tez-tez siyishga intilish);
- Dispareuniya (jinsiy aloqada og‘riq);
- Tashqi jinsiy a‘zolarida qizarish va shish;
- Ba’zida bachadon bo‘yni eroziyasi va kontaktli qonli ajralmalar.

Erkaklarda: ko‘pincha simptomsiz kechadi yoki uretrit bilan namoyon bo‘ladi, kam hollarda — prostatit, epididimit kuzatiladi.

Diagnostika

- **Mikroskopiya (ho‘l preparat)** — harakatchan trixomonadalarni aniqlash imkonini beradi;
- **Bo‘yalgan surtmalar** (Gram bo‘yog‘i, Romanovskiy bo‘yog‘i bilan);
- **Madaniy usul (ekish)** — mikroskopiya sezgirligi past bo‘lsa, maxsus muhitlarga ekiladi;
- **PZR-diagnostika** — yuqori aniqlik va sezgirlikka ega, parazit DNKsini aniqlaydi;
- Har doim **ikkala jinsiy sherik** ham tekshiriladi va davolanadi.

Asoratlar

- Surunkali vaginit;
- Servitsit, endometrit;
- Yuqoriga ko‘tariluvchi yallig‘lanishlar: salpingit, ooforit;
- Tuxumdon yo‘llari orqali bepushtlik;
- Surunkali og‘riq sindromi;
- OIV va boshqa jinsiy infeksiyalar bilan kasallanish xavfi ortadi.

Davolash Asosiy dori vositalari — **antiprotozoy** preparatlar:

- **Metronidazol** — 2 g bir martalik ichga qabul qilish yoki 500 mg kuniga 2 mahal 7 kun davomida;
- **Tinidazol, Ornidazol** — muqobil vositalar;
- **Mahalliy davolash** (shamchalar, vaginal tabletkalar) — tizimli davolashga qo‘shimcha sifatida.

Davolanish davrida jinsiy aloqalar man qilinadi, ikkala sherik ham bir vaqtning o‘zida sanitatsiyadan o‘tkaziladi, **alkogol qabul qilish taqiqlanadi** (antabusga o‘xshash ta’sir bo‘lishi mumkin).

Profilaktika

- Jinsiy aloqada prezervativlardan foydalanish;
- Jinsiy sheriklarni muntazam tekshirish va davolash;
- Shaxsiy gigiyena qoidalariga rioya qilish;
- Jinsiy sheriklar sonini cheklash;
- Surunkali trixomoniazda dispanser nazoratini o‘tkazish.

III. Xlamidioz

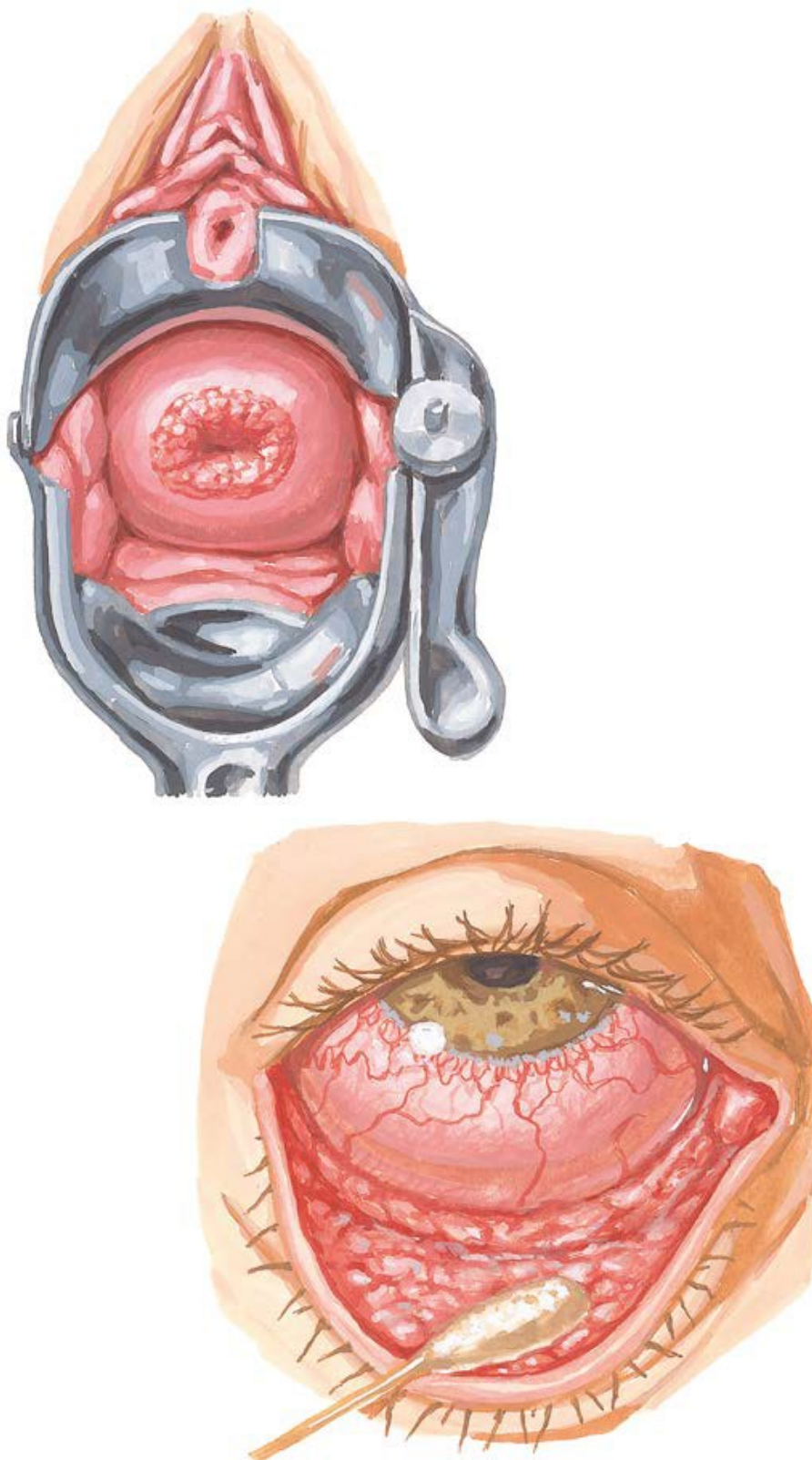
Ta’rif

Xlamidioz — bu siydik-jinsiy tizimning maxsus infeksiyon kasalligi bo‘lib, u hujayra ichida parazitlik qiluvchi **Chlamydia trachomatis** tomonidan chaqiriladi. Bu kasallik jinsiy yo‘l bilan yuqadigan eng ko‘p uchraydigan infeksiyalardan biri hisoblanadi va yashirin yoki simptomsiz kechishi, surunkali shaklga o‘tishga moyilligi hamda reproduktiv salomatlik uchun katta xavf tug‘dirishi bilan ajralib turadi.

Etiologiya va epidemiologiya

Kasallik qo‘zg‘atuvchisi — **Chlamydia trachomatis** — bu faqat tirik hujayra ichida yashab, ko‘payishga qodir bo‘lgan mikroorganizmdir, ya’ni u bakteriyalar va viruslarning ayrim xususiyatlarini birlashtirgan. U siydik-jinsiy tizim epiteliya hujayralariga kirib olib, ularni asta-sekin yo‘q qiladi va yallig‘lanish chaqiradi.

Infeksiya asosan jinsiy aloqalar orqali yuqadi, ammo homilador ayoldan tug'ilish vaqtida bolaga vertikal yo'l bilan ham o'tishi mumkin. Xlamidioz ayniqsa 25 yoshgacha bo'lgan ayollar orasida keng tarqalgan.



Rasm 6.4. Xlamidioz

Patogenez:

Chlamidiyalar bachadon bo'yni (serviks) kanali, siydik chiqarish yo'li (uretra), endometriy, falop naychalari yoki to'g'ri ichak epiteliy hujayralariga kirib olgach, hujayralarni parchalab, yallig'lanishni keltirib chiqaradigan tarzda ko'paya boshlaydi. Chlamidiyalarning asosiy xususiyati — uzoq muddatli saqlanish (persistensiya) va o'tkir hamda surunkali yallig'lanish jarayonlariga sabab bo'lishidir.

Chlamidiyalar organizmning immun to'siqlarini buzadi, infeksiyaning yuqoriga qarab tarqalishiga olib keladi, bu esa bachadon naylarining va qorin bo'shlig'i a'zolarining yallig'lanishiga (salpingit, peritonit), bepushtlikka, bitishmalar shakllanishiga va bachadon tashqarisida homiladorlik xavfining ortishiga sabab bo'ladi.

Klinik manzara:

Ayollarda chlamidioz ko'pincha simptomsiz (70% hollarda) yoki kam belgilarga ega tarzda kechadi:

- oz miqdordagi shilimshiq-gno'ylik yoki sarg'ish ajralmalar;
- qichishish, kuydiruvchi sezgi, qin ichida noqulaylik;
- siydik chiqarishda og'riq, uretrit belgilari;
- pastki qorin sohasida og'riq;
- hayz oralig'ida qonli ajralmalar;
- jinsiy aloqa vaqtida og'riq (dispareuniya).

Kasalik surunkali tus olganda, quyidagi asoratlar rivojlanadi: servitsit, endometrit, salpingit, bepushtlik.

Diagnostika:

- **PZR (polimeraz zanjir reaksiyasi)** — "oltin standart", chlamidiyalar DNKsini yuqori aniqlik bilan aniqlaydi;
- **IFA** — chlamidiyalarga qarshi antitanalarni aniqlash (aksariyat hollarda faqat surunkali shakllarda qo'llanadi);
- **Bakteriologik ekish (bakposev)** — kamdan-kam hollarda, metodik qiyinligi sababli ishlatiladi;

- **Mikroskopiya** — sezgirligi past;
- Har ikki jinsiy sherikni tekshirish shart, chunki kasallik ko‘pincha ikkisida ham simptomsiz kechadi.

Asoratlar:

- surunkali endometrit;
- bachadon naychalari va tuxumdonlarning yallig‘lanishi (salpingooforit);
- surunkali tos sohasidagi og‘riq sindromi;
- naychaviy bepushtlik;
- bachadondan tashqari homiladorlik;
- Reiter sindromi (erkaklarda) — uretrit, kon’yunktivit, artrit;
- yangi tug‘ilgan chaqaloqlarda chlamidiyal infektsiya (kon’yunktivit, pnevmoniya).

Davolash

Tanlov preparatlari:

- **Azitromitsin** – 1 g og‘iz orqali bir marta;
- **Yoki doksisisiklin** – 100 mg kuniga 2 mahal, 7 kun davomida;
- **Muqobil:** ofloksasin, eritromitsin, klaritromitsin.

Ikki jinsiy sherikni ham davolash shart!

Davolanish davomida va nazorat tahlillargacha jinsiy aloqalar taqiqlanadi. Boshqa OITS (ko‘pincha gonoreya, mikoplazmoz bilan birga bo‘ladi) aniqlansa, kompleks davolash o‘tkaziladi.

Profilaktika

- To‘siqli kontratsepsiya usullari (prezervativlar);
- Yangi jinsiy sheriklar bo‘lsa, muntazam tekshiruvlardan o‘tish;
- Ginekolog va dermatovenerolog nazoratida bo‘lish;
- Infeksiya manbalarini o‘z vaqtida aniqlash va davolash;
- Vertikal yo‘l bilan yuqishini oldini olish — homilador ayollarni skrining qilish.

IV. Genital kandidoz

Ta'rifi

Genital kandidoz — jinsiy a'zolar shilliq qavatlarining yallig'lanishi bo'lib, **Candida** turidagi xamirturushga o'xshash zamburug'lar, ko'pincha **Candida albicans** tomonidan chaqiriladi. U opportunistik infeksiyalar turkumiga kiradi va mustaqil kasallik sifatida yoki aralash infeksiyaning bir qismi sifatida namoyon bo'lishi mumkin. Kandidoz odatda mahalliy yoki umumiy immunitet pasayganida rivojlanadi va ayniqsa reproduktiv yoshdagi ayollarda tez-tez qaytalanadi.

Etiologiyasi va epidemiologiyasi

Asosiy qo'zg'atuvchi — **Candida albicans**, biroq boshqa turlari ham uchraydi: **C. glabrata**, **C. tropicalis**, **C. parapsilosis**. Bu zamburug'lar odatda qin shilliq qavatlarida yashaydi, lekin salomatlikka tahdid solmaydi.

Kasallik rivojlanishiga turtki beruvchi omillar:

- antibiotiklar bilan davolash (vaginal mikrofloraning buzilishi),
- gormonal o'zgarishlar (homiladorlik, menopauza),
- endokrin kasalliklar (qandli diabet),
- immun tanqislik holatlari,
- sintetik ichki kiyimlar, agressiv gigiyena vositalari,
- tez-tez ichki yuvinishlar (sprinsevaniye).

Genital kandidoz jinsiy faol ayollarda ko'p uchraydi, lekin u klassik jinsiy yo'l bilan yuqadigan infeksiyalarga kirmaydi.

Patogenez

Mikroflora muvozanati buzilishi va mahalliy immunitetning pasayishi sharoitida **Candida** turidagi zamburug'lar faol ko'payadi, epiteliy yuzaki qatlamlariga kirib boradi va yallig'lanish reaksiyasini keltirib chiqaradi. Yallig'lanish fonida qon tomirlarining o'tkazuvchanligi oshadi, ekssudatsiya kuchayadi, natijada xos ajralmalar va qichishish paydo bo'ladi. To'qimalarda shish, namlanish (masseratsiya), shilliq qavatning himoya funksiyasi buzilishi kuzatiladi.

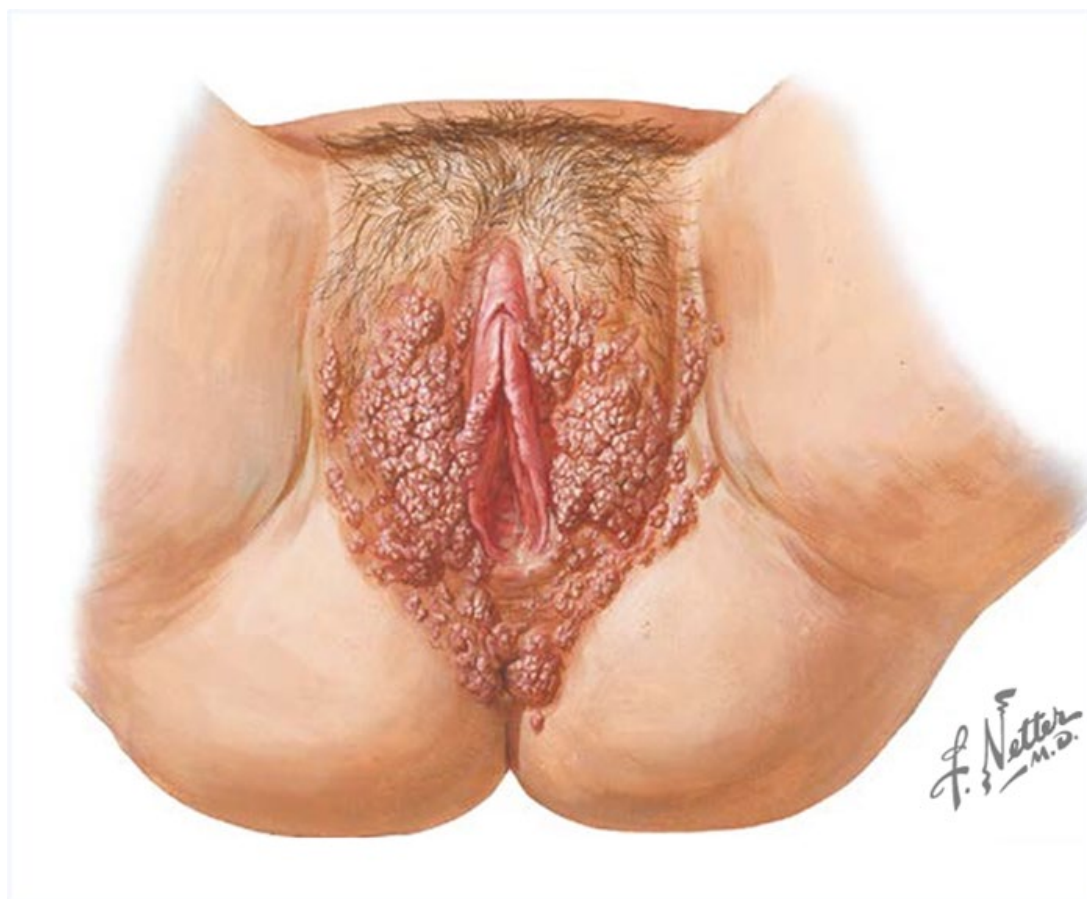
Klinik manzara

O'tkir shakli:

- Vulva va qin sohasida kuchli qichishish va kuydiruvchi hissiyot;
- Ko‘p miqdorda oq, tvorogsimon ajralmalar (hidsiz yoki nordon hid bilan);
- Shilliq qavatda qizarish, shish, ho‘l yallig‘lanish (masseratsiya);
- Jinsiy aloqa vaqtida og‘riq (dispareuniya) va siyish paytida achishish (dizuriya);
- Belgilar hayz oldidan kuchayishi mumkin.

Surunkali (qaytalanuvchi) kandidoz:

- Belgilar kamroq ifodalangan;
- Yiliga 4 martadan ko‘p qaytalanish;
- Ko‘pincha boshqa yallig‘lanish kasalliklari bilan birga kechadi.



Rasm 6.5. Genital kandidoz

Diagnostika:

- **Ko‘rik:** Shilliq qavatning giperemiyasi va tvorogsimon ajralmalar bilan tipik klinik manzara;

| An A.V.

- **Mazokni mikroskopik tekshirish** – zamburug‘larning sporalari va mitseliylarini aniqlash;
- **Flora ekmasi** – antimikotiklarga sezuvchanlikni aniqlash bilan;
- **PZR-dagnostika** – atypik shakllar va noaniq holatlarda qo‘llaniladi;
- **YHITP bilan birga kechuvchi infeksiyalarni tekshirish** – agar aralash infeksiyaga shubha bo‘lsa.

Asoratlar

- Qaytalanuvchi kechish;
- Surunkali vulvovaginit;
- Bakterial infeksiya qo‘shilishi;
- Hayot sifati va jinsiy faoliyatning pasayishi;
- Homiladorlarda — chaqaloqning infeksiyalanish xavfi (kandidozli stomatit, pelenka dermatiti, ko‘z va kindik yarasi kandidozi).

Davolash

Mahalliy davolash:

- Klotrimazol, natamitsin, mikonazol, nistatin tarkibli shamlar, vaginal tabletkalar yoki kremlar.

Sistemali davolash:

- **Flukonazol** 150 mg ichga bir marta (oddiy shakllar uchun);
- **Surunkali kandidozda** – qayta-qayta qo‘llash sxemalari (masalan, 150 mg haftasiga 1 marta, 1 oy davomida);
- **Itrakonazol, ketokonazol** – qaytalanish yoki dori chidamliligi holatlarida.

Qo‘shimcha chora-tadbirlar:

- Hamroh kasalliklar (diabet, gormonal buzilishlar, disbakterioz va h.k.)ni davolash.

Profilaktika

- Intim gigiyena qoidalariga rioya qilish (ortiqcha aralashuvsiz);

- Paxtali ichki kiyim kiyish, ortiqcha qizib ketish va namlikdan qochish;
- Antibiotiklar va gormonlarni faqat zarurat bo‘lsa qabul qilish;
- Fon kasalliklarni tuzatish;
- Antibakterial terapiyadan keyin probiotiklardan foydalanish;
- Qaytalanishni qo‘zg‘atadigan omillarni (stress, allergenlar, ortiqcha shakarli ovqatlar) cheklash.

V. Genital herpes

Ta’rif

Genital herpes — bu surunkali qaytalanib turadigan virusli kasallik bo‘lib, asosan jinsiy aloqa orqali yuqadi va oddiy herpes virusi (ko‘pincha 2-turi — HSV-2, kamroq HSV-1) sabab bo‘ladi. U jinsiy a‘zolar terisi va shilliq qavatlarining pufakchali toshmalar, eroziyalar, qichishish, kuydiruvchi og‘riq va umumiy intoksikatsiya bilan namoyon bo‘lishi bilan xarakterlanadi. Kasallik yuqori darajada yuqumli va uzoq muddat latent holatda saqlanib qolish xususiyatiga ega.

Etiologiyasi

va

epidemiologiyasi

Kasallik qo‘zg‘atuvchisi — oddiy herpes virusi (Herpes simplex virus), asosan 2-turi (HSV-2), kam hollarda 1-turi (HSV-1). Infeksiya manbai — kasallangan odam yoki virus tashuvchisi. Yuqtirish yo‘llari:

- jinsiy aloqa (shu jumladan og‘iz-jinsiy aloqa),
 - vertikal yo‘l (ona homiladorlik yoki tug‘ruq paytida bolaga),
 - maishiy kontakt orqali (kam uchraydi).
- Inkubatsiya davri — 2 dan 12 kungacha. Eng ko‘p holatlar reproduktiv yoshdagi ayollarda uchraydi.

Patogenez

Virus dastlab organizmga tushganidan keyin sezuvchi nervlarga kirib, orqa miya gangliylariga yetib boradi va u yerda butun umr davomida latent (yashirin) shaklda saqlanib qoladi. Immunitet pasayganda yoki stress, sovuqda qolish, hayz ko‘rish, infeksiyalar fonida faollashib, kasallik qayta kuchayadi. Virus hujayralarda ko‘payib, epiteliy hujayralarini yemiradi, yallig‘lanish, og‘riq va to‘qimalar zararlanishiga olib keladi.

Klinik ko‘rinishi

Birinchi epizod:

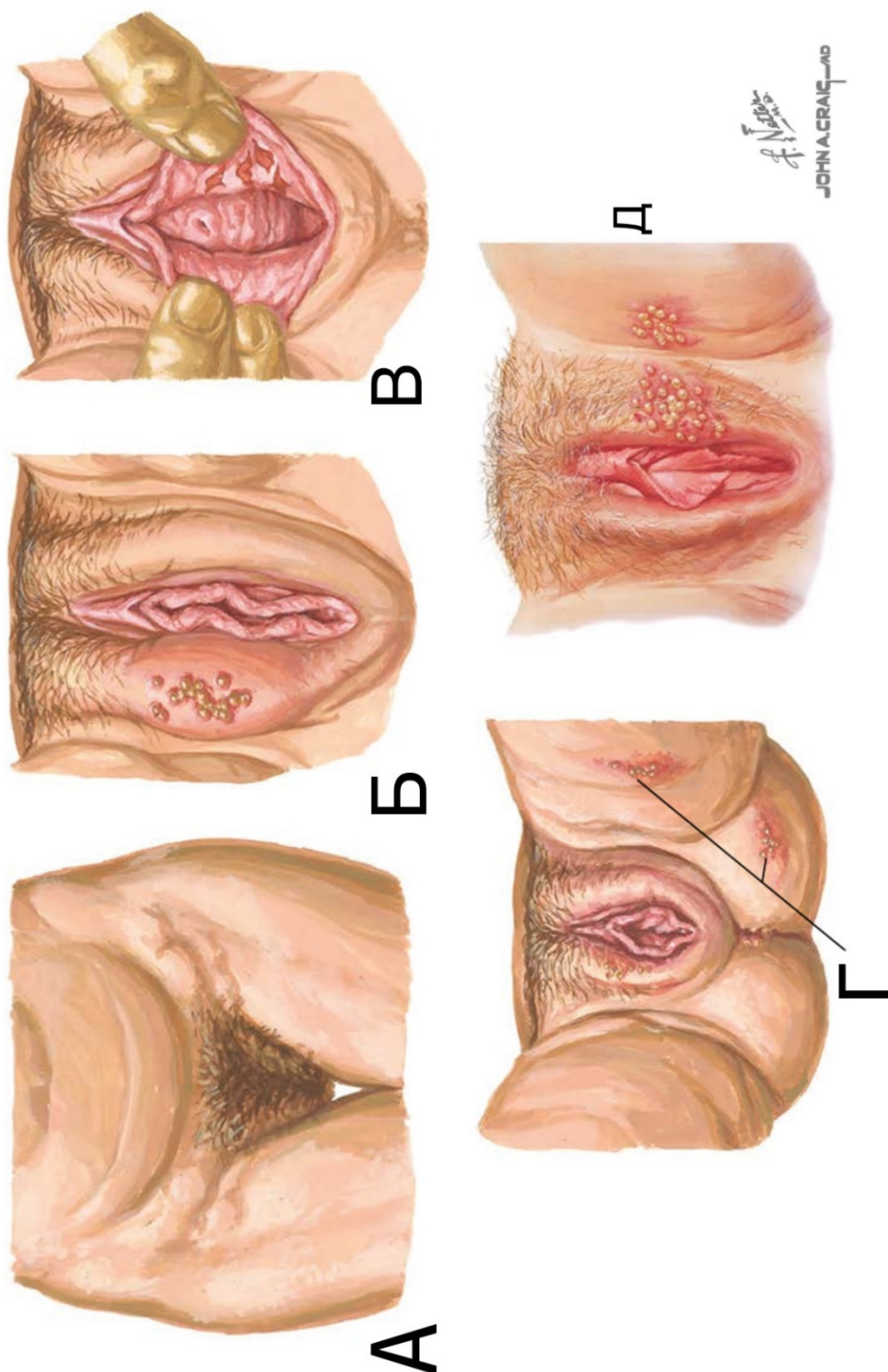
- umumiy holsizlik, isitma, bosh og‘rig‘i;
- jinsiy a‘zolar sohasida og‘riq, shish, qizarish;
- shaffof suyuqlikli guruhlangan pufakchalar (teri va shilliq qavatda), tez yorilib eroziyalar paydo bo‘ladi;
- kuchli qichishish, kuydiruvchi og‘riq, siyganda og‘riq (dizuriya), jinsiy aloqada noqulaylik (dispareuniya);
- qorin pastida limfa tugunlarining kattalashishi va og‘rishi;
- seroz yoki shilliq-yiringli ajralmalar.

Qaytalanib turuvchi shakli:

- simptomlar yengilroq;
- qichishish, sanchish, cheklangan va yolg‘iz toshmalar;
- tez-tez takrorlanish (odatda hayz oldidan, O‘RVI yoki stress fonida).

Tashxis

- **Klinik belgilari** — pufakchali toshmalar, ularning joylashuvi;
- **PZR (polimeraz zanjirli reaksiya)** — virus DNKsini aniqlash (eng ishonchli usul);
- **Serologik testlar (IFA)** — IgM (o‘tkir faza), IgG (o‘tilgan infeksiya) aniqlanadi;
- **Virusologik usul (ekish)** — kam qo‘llaniladi;
- **Sitologik usul** — ko‘p yadroli yirik hujayralar aniqlanishi mumkin (kam informativ).



Rasm 6.6. Oddiy herpesda kuzatiladigan shikastlanishlar: A — Genital herpes uchun xos bo'lgan mintaqaviy limfadenopatiya (limfa tugunlarining kattalashuvi); B — Birlamchi herpesda kuchli shish va pufakchalar hosil bo'lishi; V — Tashqi jinsiy a'zolarining yara bilan shikastlanishi (yarali lezyonlar); G — Avtoinokulyatsiya natijasida yuzaga kelgan zararlanish (ya'ni infeksiya bir joydan boshqa joyga qo'l yoki kontakt orqali ko'chgan); D — Genital herpes.

Asoratlar

- Kasallikning surunkali tus olishi, tez-tez qaytalanishi;
- Ikkilamchi bakterial infeksiyalanish;
- Psixologik va jinsiy disfunktsiya;
- Infeksiyaning boshqa organlarga (ko‘z, markaziy asab tizimi) tarqalishi;
- Homiladorlikda birlamchi epizod yuzaga kelganda homilani bachadon ichi infeksiyalashi;
- Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarda gerpetik neonatal sepsis (ayniqsa, tug‘ruq paytida infeksiya faol bo‘lsa — xavfli).

Davolash

Etiotrop (virusga qarshi) davolash:

- *Atsiklovir* 400 mg, kuniga 3 marta, 7–10 kun davomida;
- *Valatsiklovir* 500 mg, kuniga 2 marta;
- *Famtsiklovir* — muqobil vosita sifatida qo‘llaniladi.

Qaytalanuvchi (retsdiv) herpesda supressiv (oldini oluvchi) davolash mumkin:

- *Atsiklovir* 400 mg, kuniga 2 marta, 6 oyga qadar;
- Immuniteti pasaygan bemorlar uchun qo‘llab-quvvatlovchi davolash.

Qo‘shimcha davolash:

- Mahalliy virusga qarshi malhamlar (*atsiklovir*, *panavir*);
- Og‘riq qoldiruvchi va antiseptik vannalar;
- Immunomodulyatorlar — individual ko‘rsatmalarga binoan.

Profilaktika:

- Prezervativdan foydalanish (to‘liq himoya qilmaydi, ammo xavfni kamaytiradi);
- Kasallik faollashgan davrda jinsiy aloqadan voz kechish;
- Tashqi belgilari (toshmalar) bo‘lgan shaxslar bilan jinsiy aloqa qilmaslik;

- Gerpetik infeksiyali homilador ayollarni alohida nazorat qilish, homila infeksiyalanishining oldini olish;
- HSV virusiga qarshi vaksina hozircha ro‘yxatdan o‘tmagan.

Bobga savollar

I. Yopiq test savollari (bitta to‘g‘ri javobni tanlang)

1. Ushbu patogenlardan qaysi biri gonoreyani keltirib chiqaradi?

- A) *Neisseria gonorrhoeae*
- B) *Trichomonas vaginalis*
- C) *Chlamydia trachomatis*
- D) *Mycoplasma genitalium*

2. Genital herpesni tashxislashning asosiy usulini ko'rsating?

- A) tos a'zolarining ultratovush tekshiruvi
- B) qin surtmasi mikroskopiyasi
- C) herpes virusini aniqlash uchun PCR
- D) qin florasi ekmasi

3. Trichomoniazga xos bo'lgan belgilarni ko'rsating?

- A) ko'pikli sariq ajralmalar
- B) tvorogsimon ajralmalar
- C) hidsiz suvsimon ajralmalar
- D) ajralmalarning yo'qligi

4. Quyidagilardan qaysi biri Urogenital xlamidiyaning asoratiga mansub emas?

- A) Bepushtlik
- B) Fitz-Xyu-Kurtis Sindromi
- C) spontan abort
- D) yomon sifatli o'smalarning rivojlanishi

5. Gonoreya bilan bog'liq bo'lgan qanday kasallik rivojlanishi mumkin?

- A) Servitsit

| An A.V.

- B) Salpingit
- C) Bartolinit
- D) Parametrit

6. Mikoplazmalarning patogenligi nimaga bog'liq?

- A) hujayra devorining mavjudligi
- B) silindrsimon epiteliyga yuqori o'tuvchanlik
- C) membrana oqsillarini o'zgartirish xususiyati
- D) kislotali muhitga chidamlilik

7. Quyidagi qaysi patogen genital tuberkulyozni keltirib chiqaruvchisi hisoblanadi?

- A) *Mycobacterium tuberculosis*
- B) *Neisseria gonorrhoeae*
- C) *Trichomonas vaginalis*
- D) *Chlamydia trachomatis*

8. Quyidagi qaysi belgi gonoreya uchun xos asorat hisoblanadi?

- A) Bachadon nayining perforatsiyasi
- B) Pelvioperitonit
- C) tuxumdon nekrozi
- D) Endometriyal poliplar

9. Qaysi dori Trichomoniaz davolashda eng ko'p ishlatiladi?

- A) Metronidazol
- B) Azitromitsin
- C) Ofloksatsin
- D) Seftriakson

II. Ochiq savollar (batafsil javob talab qilinadigan topshiriqlar)

1. Urogenital xlamidiyaning asosiy klinik ko'rinishlari va diagnostik usullarini tavsiflang.
2. Jinsiy organlarning sil kasalligini davolash qanday bosqichlarini o'z ichiga oladi?

3. Genital herpesning rivojlanish patogenezi va klinik ko'rinishlarini tushuntiring.
4. Surunkali gonoreyada qanday asoratlar paydo bo'lishi mumkin va ularni qanday oldini olish mumkin?
5. Trichomoniazga xos belgilalarni keltiring va uni diagnostik usullari va davolash tamoyillarini yozing.

III. Vaziyat vazifalari

Masala №1

28 yoshli ayol ginekologga siyish paytida achishish va noqulaylik, tashqi jinsiy a'zolar sohasidagi qichishish va yoqimsiz hid bilan sarg'ish rangdagi ko'pikli ajralmalarga shikoyat qiladi. Belgilar taxminan 5 kun oldin paydo bo'lgan. Anamnezidan: hech bir kontratsepsiya usullaridan foydalanmasdan muntazam jinsiy hayot kechirganligini takidladi. Tekshiruvlarda: qin shilliq qavatining giperemiyasi va shishishi, mayda qontalashlarning mavjudligi ("qulupnaysimon bachadon bo'yni").

1. Taxminiy tashxis nima?
2. Tashxisni tasdiqlash uchun qanday qo'shimcha tadqiqotlar o'tkazish kerak?
3. Qanday davolanish usulidan foydalanish kerak?

Masala №2

40 yoshli ayol qorinning pastki qismidagi surunkali og'riqlarga, hayz siklining tartibsizligi va ko'p miqdordagi qonli ajralmalarga, umumiy ahvolining yomonlashishiga shikoyat qildi. Bemor anamnezida ilgari o'pka tuberkulyozi tashxisi qo'yilganligini ta'kidladi. So'nggi 2 oy davomida homilador bo'lishga harakat qilgan ammo homiladorlik yuzaga kelmaganligi kuzatilgan. Ginekologik tekshiruvda: bachadon ortiqlari kattalashgan, palpatsiya paytida og'riqli. Ultratovush tekshiruvi bachadon naychalarining kattalashganligi va qattiqlashganligi hamda kichik kistasimon hosilalarning mavjudligini aniqlandi. Mantu reaksiyasi ijobiy natijani berdi.

1. Qanday taxminiy tashxis qo'yish mumkin?
2. Tashxisni tasdiqlash uchun qanday qo'shimcha tadqiqotlar talab etiladi?
3. Davolash rejasini keltiring.

Masala №3

| **An A.V.**

30 yoshli bemor 5 kun oldin paydo bo'lgan tashqi jinsiy a'zolar sohasidagi og'riqli yaralarga shikoyat qildi. Ayolda yara sohasida qichishish va achishish, shuningdek haroratning o'rtacha ko'tarilishi ($37,8^{\circ}\text{C}$ gacha) bilan birga keladi. Anamnezda: ish joyidagi stressli vaziyatni keltirdi. Tekshiruvda: kichik jinsiy lablarning shilliq qavatida bir nechta og'riqli eroziyalar hamda chov limfa tugunlarining kattalashishi kuzatilgan.

1. Dastlabki tashxis nima?
2. Tashxisni tasdiqlash uchun qanday qo'shimcha tadqiqotlar kerak?
3. Davolash rejasi nima?

Barcha qo'shimcha materiallar uchun o'z-o'zini tekshirish Telegram-kanalida mavjud:

<https://t.me/+UIFVjMi2x6oxZGEy>

Yoki QR-kodni skanerlashingiz mumkin:



Bob №7. Bachadon miomasi.

Ta’rif:

Bachadon miomasi (leyomioma, fibromioma) — bu miometriy silliq mushak hujayralaridan kelib chiqadigan gormonga bog‘liq, xavfsiz o‘sma hisoblanadi. U mushak va biriktiruvchi to‘qimalardan tashkil topgan tugun ko‘rinishidagi hosilani ifodalaydi. Mioma reproduktiv yoshdagi ayollarda eng ko‘p uchraydigan o‘smalardan biridir.

Etiologiya va epidemiologiya:

Mioma rivojlanishining aniq sababi hali to‘liq aniqlanmagan, biroq uning paydo bo‘lishi quyidagi omillar bilan bog‘liq deb hisoblanadi:

- Gormonal disbalans: estrogenlar ko‘pligi va nisbiy progesteron yetishmovchiligi;
- Irsi moyillik;
- Kichik chanoq a’zolarining surunkali yallig‘lanish kasalliklari;
- Abortlar, bachadonning qirilishi va jarohatlari;
- Erta hayz ko‘rish (menarxe) va kech klimaks;
- Homiladorlik yoki emizishning bo‘lmasligi;
- Semizlik, metabolik sindrom, gipertonik kasallik.

Mioma 35 yoshdan oshgan ayollarning 20–40 foizida aniqlanadi, klimaksiga yaqin davrda esa bu ko‘rsatkich oshadi. Ammo bemorlarning 30–50 foizida bu kasallik hech qanday belgilar bermasdan kechadi.

Patogenez:

Bachadon miomasi — bu estrogen va progesteron gormonlariga bog‘liq holda o‘sadigan o‘sma. Patogenez asosida miometriydagi bir yoki bir nechta silliq mushak hujayralarida yuz beradigan mutatsion o‘zgarishlar yotadi. Ular hujayralarning nazoratsiz ko‘payishiga olib keladi.

Asosiy patogenetik mexanizmlar:

1. Gormonal stimulyatsiya:

- Estrogenlar miometriy hujayralarining mitotik faolligini oshiradi.

| An A.V.

- Progesteron estrogenlarning miometriy retseptorlariga ta'sirini kuchaytiradi va o'smali hujayralarning apoptozini (o'z-o'zini yo'q qilishini) susaytiradi.
- Mioma hujayralari yuzasida jinsiy steroidlarga nisbatan retseptorlar ekspressiyasi ortganligi aniqlanadi.

2. Genetik moyillik:

- Miomasi bo'lgan ko'plab bemorlarda o'smalarning oilaviy holatlari qayd etiladi.
- Hujayra siklini tartibga soluvchi genlarda (masalan, **MED12**) somatik mutatsiyalar kuzatiladi.

3. O'smalarning o'sishi:

- O'sma bir yoki bir nechta tugun (uzel) ko'rinishida rivojlanadi va vaqt o'tishi bilan kattalashadi.
- Tugunlarning shakllanishi kuchaygan qon tomirlar tarmog'i (vaskulyarizatsiya) bilan birga boradi, ba'zida distrofik o'zgarishlar, nekroz yoki gialinoz uchrashi mumkin.

4. Hamroh omillarning ta'siri:

- Surunkali yallig'lanish jarayonlari, metabolik buzilishlar, semizlik va gipertoniya gormonal disrégulyatsiyaga olib keladi va mioma o'sishini kuchaytiradi.

Klinik manzara

Belgilarning og'irligi tugunlarning o'lchami, joylashuvi, soni va asoratlarning mavjudligiga bog'liq.

1. Hayz buzilishlari:

- **Menorragiyalar** (ko'p qonli hayz) — eng ko'p uchraydigan simptom bo'lib, ayniqsa submukozal va intramural tugunlar bachadon bo'shlig'ini deformatsiya qilganda kuzatiladi.
- **Metrorragiyalar** — hayzlar orasida qon ketish.
- Bu qon ketishlar **temir tanqisligi anemiyasiga** olib keladi: holsizlik, bosh aylanishi, yurak urish tezlashishi (taxikardiya).

2. Og‘riqlar:

- Qorinning pastki qismida va belda **zerikarli, uvishuvchi og‘riqlar** — bachadon hajmining kattalashuvi bilan bog‘liq.
- **Qisqaruvga o‘xshash og‘riqlar** — submukozal miomada, ayniqsa tugunning qisman nekrozi yoki **servikal kanal orqali “tug‘ilishi”** holatlarida.
- **Keskin og‘riq** — subserozal tugun oyoqchasining burilishi yoki nekrozi bo‘lsa.

3. Qo‘shni organlarga bosim belgilari:

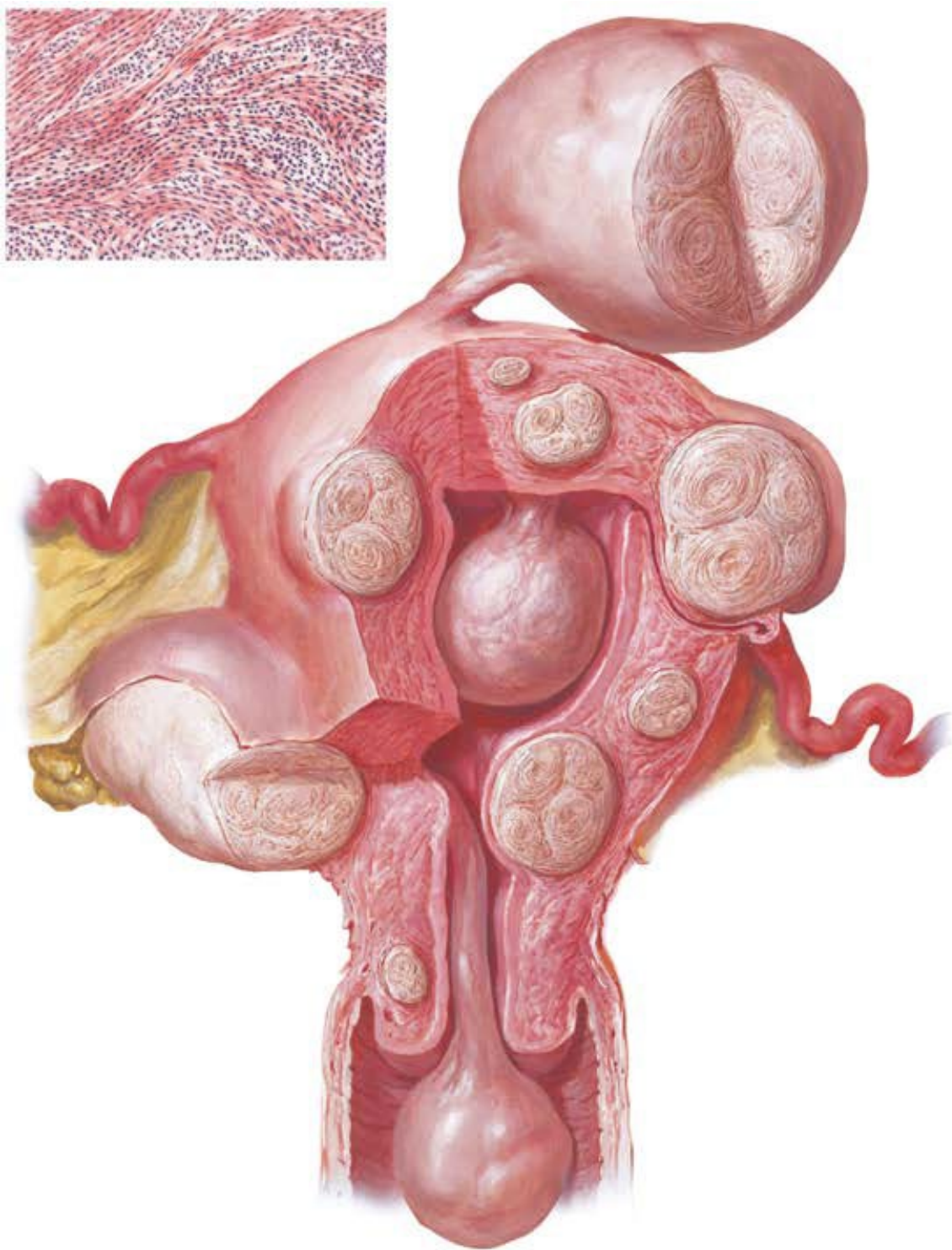
- Siydik chiqishdagi buzilishlar: **dizuriya, siydik ajratish tez-tezligi, qiyin siydik chiqarish** — pufakka bosim bo‘lsa.
- **Qabziyat, to‘g‘ri ichakka bosim hissi** — orqa tomonda joylashgan tugunlar.
- **Og‘irlik hissi, qorin hajmining oshishi** — katta miomalarda.

4. Reproduktiv funksiyaning buzilishi:

- **Be‘pushtlik** — mioma implantatsiyaga xalaqit beradi, tuxum hujayraning chiqishiga to‘sqinlik qiladi, endometriyada surunkali yallig‘lanish chaqiradi.
- **Spontan tushishlar, muddatidan oldin tug‘ruq** — bachadon bo‘shlig‘i deformatsiyasi tufayli.
- **EKU (EKO) urinishlarining samarasizligi** — mioma sun‘iy urug‘lantirishda muvaffaqiyatsizlikka sabab bo‘ladi.

5. Umumiy belgilar:

- **Surunkali anemiya** — qon yo‘qotish natijasida.
- **Tez charchash, ish qobiliyatining pasayishi.**
- **Psixo-emotsional buzilishlar** — surunkali og‘riq va qon ketishlar fonida.



Rasm 7.1. Bachadon leymiasining joylashuv joylari

Tashxis

- **Ginekologik ko‘rik** — bachadon kattalashgan, zich bo‘laklar aniqlanadi;
- **Kichik chanoq a‘zolari UTT** — asosiy tashxis usuli: tugunlarning hajmi, joylashuvi va soni aniqlanadi;
- **Gisteroskopiya** — submukoz tugunlarni baholash uchun;

- **Gisterosalpingografiya (GSG)** — bepushtlik holatlarida;
- **MRT, KT** — miomaning tuzilmasi va qon ta’minotini aniqlashtirish uchun;
- **Endometriy biopsiyasi** — g‘ayritabiiy qon ketishlarda;
- **Gemoglobin va ferritin darajasini baholash** — anemiya gumonida;
- **Sarcoma, adenomioz va tuxumdon kistalari bilan farqli tashxis qo‘yish.**

Asoratlar

- Surunkali anemiya;
- Tugun nekrozi (ayniqsa, oyoqchasi burilgan bo‘lsa);
- Subseroz tugunning burilishi;
- Qo‘shni a‘zolar funksiyasining buzilishi (siydik ushlanib qolishi, qabziyat);
- Reproduktiv funksiyaning buzilishi (bepushtlik, homilani yo‘qotish);
- Malignizatsiya (juda kam hollarda — 1% dan kam);
- Miomaning tez o‘ssishi — yomon sifatli jarayonni yashirishi mumkin.

Davolash

Davolash yoshi, shikoyatlar, tugunlarning hajmi va joylashuvi, reproduktiv funktsiyani saqlash istagiga qarab tanlanadi.

Konservativ davolash:

- **Gormonal terapiya:**
 - Kombinatsiyalangan og‘zaki kontratseptivlar (kichik miomalarda);
 - Gestagenlar (dienogest, norethisteron);
 - GnRG agonistlari — tugunlarni vaqtincha kichraytiradi (6 oydan ortiq emas);
 - GnRG antagonistlari, progesteron retseptori modulyatorlari (masalan, ulipristal atsetat);
- **Yallig‘lanishga qarshi vositalar (NPVS), temir preparatlari** — og‘riq va anemiyada;
- **Diyetoterapiya, tana vaznini kamaytirish, fizioterapiya.**

Jarrohlik davolash:

- **Miomektomiya** — tugunlarni olib tashlash, bachadon saqlanadi (farzand ko‘rish istagi bo‘lsa);
- **Gisterektomiya** — bachadonni olib tashlash (katta, ko‘p sonli tugunlarda yoki simptomlar kuchli bo‘lsa va tug‘ish rejalari bo‘lmasa);
- **Gisterorezektoskopiya** — submukoz miomada;
- **Bachadon arteriyalarini embolizatsiyasi (BAE/EMA)** — kam invaziv usul, tugun nekrozini chaqiradi.

Profilaktika

- Doimiy ginekologik ko‘riklar va UTT;
- Asossiz abort va kavlashlardan saqlanish (ratsional kontratsepsiya);
- Gormonal buzilishlarni tuzatish;
- Kichik chanoq a‘zolari yallig‘lanish kasalliklarini davolash;
- Tana vaznini nazorat qilish, harakatsizlik va stresslardan qochish.

7.1. Endometrioiz

Ta’rif

Endometrioiz — bu gormonga bog‘liq surunkali yallig‘lanish-va-ko‘payish bilan kechuvchi kasallik bo‘lib, unda bachadon ichki qoplamasiga (endometriyga) o‘xshash morfologik va funksional xususiyatlarga ega hujayralar bachadon bo‘shlig‘idan tashqarida joylashadi. Bu o‘choqlar ham xuddi normal endometriy kabi tsiklik o‘zgarishlarga (shu jumladan, hayzga o‘xshash qon ketishga) uchraydi, natijada doimiy yallig‘lanish, bitishmalar (spaykalar) va fibroz o‘choqlari hosil bo‘ladi.

Etiologiya va epidemiologiya

Endometrioizning kelib chiqish sabablari to‘liq aniqlanmagan, ammo bir nechta nazariyalar mavjud:

- **Implantatsiya nazariyasi** — hayz qonining orqaga oqishi (retrograd menstruatsiya) orqali bachadon naylaridan qorin bo‘shlig‘iga tushib qolishi;
- **Metaplaziya nazariyasi** — qorin bo‘shlig‘i epiteliyining endometrioid to‘qimaga aylanishi;

- **Gematojen va limfogen tarqalish** — qon va limfa orqali boshqa a‘zolariga tarqalishi;
- **Genetik moyillik** — oila a‘zolarida uchrashi.

Endometrioiz reproduktiv yoshdagi ayollarning 10–15%ida uchraydi, ayniqsa tug‘magan va bepushtlikdan aziyat chekayotganlarda. Eng ko‘p holatlar 25–40 yosh oralig‘ida aniqlanadi.

Patogenezi

Endometrioiz — bu geterogen kasallik bo‘lib, asosida endometriyga o‘xshash to‘qimalarning bachadon bo‘shlig‘idan tashqariga chiqib, boshqa joylarga joylashuvi, o‘sib kirishi va shu joylarda yallig‘lanish chaqirishi yotadi.

Endometrioid o‘choqlarning tsiklik faolligi:

Endometrioiz o‘choqlari ham gormonlar ta’sirida normal endometriy kabi o‘zgaradi:

- proliferatsiya (o‘sish) fazasi,
- sekretsia (ajralish) fazasi,
- distsidualizatsiya (homiladorlikka tayyorgarlik),
- hayzga o‘xshash qon ketishi fazasi.

Ammo bu qon tashqariga chiqolmaydi va quyidagi oqibatlarga olib keladi:

- qorin pardasi (peritoney)ning bezovtalik va yallig‘lanishi,
- gematoma va yallig‘lanish o‘choqlari hosil bo‘lishi,
- surunkali og‘riq sindromi,
- tuxumdonlarda "shokolad kistalari" (eski qon bilan to‘lgan kistalar),
- tobora kuchayib boruvchi bepushtlik.

Endometrioiz patogenezi hali ham faol o‘rganilmoqda va bir nechta asosiy mexanizmlarni o‘z ichiga oladi:

1. Retrograd menstruatsiya (Sampsonning implantatsiya nazariyasi)

Bu eng ko‘p tan olingan nazariya hisoblanadi. Unga ko‘ra, hayz davridagi qon bachadon naylari orqali orqaga oqib, hayotga qodir endometriyal hujayralar qorin bo‘shlig‘iga tushadi va u yerda peritoney, tuxumdon va boshqa tos a‘zolariga yopishib, implantatsiyalanadi. Biroq shuni hisobga olish kerakki, retrograd

| An A.V.

menstruatsiya deyarli barcha ayollarda uchraydi, ammo endometrioz hamma ayollarda rivojlanavermaydi. Shu sababli, immunitet va genetik moyillik kabi qo'shimcha omillar muhim rol o'ynaydi.

2. Metaplazik nazariya (Meyer nazariyasi)

Bu nazariyaga ko'ra, qorin bo'shlig'idagi peritoneal epiteliy gormonlar va yallig'lanish omillari ta'sirida endometriyga o'xshash to'qimaga aylanishi mumkin. Bu nazariya menarxegacha bo'lgan qizlarda yoki bachadondan tashqari joylardagi (o'pka, chandiqlar, miya) endometrioz holatlarini tushuntiradi.

3. Gematogen va limfogen tarqalish (Holm nazariyasi)

Endometriyal hujayralar qon va limfa tomirlari orqali uzoq organlarga yetib borishi mumkin. Bu esa o'pka, ko'z kon'yunktivasi, markaziy asab tizimi yoki operatsiyadan keyingi chandiqlarda endometrioz paydo bo'lishini izohlaydi.

4. Immun tizimning buzilishi

Endometriozli ayollarda quyidagi o'zgarishlar aniqlangan:

- Tabiiy qotil hujayralar (NK-hujayralar) faolligining pasayishi;
- Fagotsitoz va antigen taqdimoti jarayonining buzilishi;
- Mahalliy immun yallig'lanish — interleykinlar (IL-1, IL-6), TNF- α , prostaglandinlar va metalloproteinazalar (MMP) miqdorining ortishi;
- Retrograd yo'l bilan tushgan endometriyal hujayralarni yetarlicha yo'q qila olmaslik.

Ya'ni, immun tizim bu hujayralarni "tozalay olmagan" sababli ular qorin bo'shlig'ida omon qoladi va rivojlanadi.

5. Gormonga bog'liqlik

- Endometrioz o'choqlarida estrogen va progesteron retseptorlari mavjud, biroq ular o'rtasidagi nisbat buzilgan: estrogenlarga sezuvchanlik ortgan, progesteronga esa — kamaygan. Bu holat "progesteronrezistentlik" deb ataladi.
- Endometrioz o'choqlarida ferment aromataza orqali lokal estrogen sintezi faollashadi — bu esa hujayralar ko'payishini va yallig'lanishni kuchaytiradi.

- COX-2 fermentining yuqori ekspressiyasi va prostaglandinlar ishlab chiqarilishi og‘riq va gipervaskulyarizatsiyani (yangi qon tomirlarning paydo bo‘lishi) chaqiradi.

6. Invaziya va angiogenez

- Endometrioid hujayralar metalloproteinaza fermentlari ishlab chiqarib, atrofdagi to‘qimalarni yemiradi va ularning ichiga kirib boradi.
- Shu bilan birga yangi qon tomirlari (angiogenez) hosil bo‘ladi, bu esa o‘choqlarning oziqlanishini ta‘minlaydi.
- Yallig‘lanish jarayoni natijasida fibroz, bitishmalar, kistalar hosil bo‘ladi va kichik tos a‘zolari anatomiyasi va funksiyasi buziladi.

Lokalizatsiyasiga ko‘ra klassifikatsiya

1. Genital endometrioz

Bu eng keng tarqalgan shakl bo‘lib, unda endometrioid o‘choqlar faqat jinsiy a‘zolar doirasida joylashadi.

A. Ichki genital endometrioz — adenomioz

- **Endometriyal hujayralarning bachadonning muskul qatlamiga (miometriyga) joylashuvi kuzatiladi.**
- Bu o‘choqlarda giperplaziya va hayzga o‘xshash qon ketish sodir bo‘ladi, natijada **kronik yallig‘lanish, fibroz, bachadon giperplaziyasi** rivojlanadi.
- **Klinik belgilari:**
 - og‘riqli hayz (algodismenoreya),
 - kuchli hayz (menorragiyalar),
 - bachadonning kattalashuvi,
 - jinsiy aloqa paytida og‘riq (dispareuniya).
- **Shakllari:**
 - diffuz,
 - tugunli,
 - o‘choqli.

B. Tashqi genital endometrioiz

Endometrioid o'choqlar bachadon tanasidan tashqarida, ammo kichik chanoq doirasida joylashgan.

- **Tuxumdon endometriozi:**
 - “Shokolad” kistalar (endometrioid kistalar) hosil bo'ladi.
 - Ovulyatsiya buziladi, bitishmalar rivojlanadi, **bepushtlikka** olib keladi.
 - Kistalar hayz sikli bilan **siklik kattalashadi**, og'riq bilan kechadi.
- **Tuba (naya) endometriozi:**
 - Bachadon naylari shilliq va seroz qavatlari zararlanadi.
 - Ko'pincha **bevushtlik bilan birga kechadi** — naylarning o'tuvchanligi buziladi.
- **Chanoq peritoneumi endometriozi:**
 - Chanoq peritoniyasi, Duglas bo'shlig'i, sigma ichagi yuzasida o'choqlar.
 - Belgilari: **doimiy chanoq og'rig'i, jinsiy aloqada og'riq, ich kelish paytida og'riq, hayz paytida og'riq.**
- **Qin va vulva endometriozi:**
 - Juda kam uchraydi.
 - Belgilari: **qin kirish qismida ko'kargan og'riqli o'choqlar, hayz vaqtida qonli ajralmalar.**
- **Sakrouterin va keng boylamlar endometriozi:**
 - Ko'pincha jinsiy aloqada og'riq va hayz vaqtida orqaga (to'g'ri ichakka yoki belga) tarqaluvchi og'riqlar bilan namoyon bo'ladi.

2. Ekstragenital endometrioiz

Endometrioid o'choqlar jinsiy tizimdan tashqarida joylashgan bo'lib, ular gormonlarga bog'liq faollikni va tsiklik faoliyatni saqlab qoladi.

Ko'rinishlari:

- **Ichak endometriozi:**

- To'g'ri ichak, sigma yoki ko'r ichak zararlanishi.
- **Belgilari:** axlat chiqarishda og'riq, qabziyat, hayz paytida to'g'ri ichakdan qon ketishi.
- **Siydik pufagi va siydik yo'li (uretra):**
 - Siydik chiqarishda og'riq (dizuriya), hayz vaqtida qon aralash siydik (gematuriya).
 - Ko'pincha **orqaga oqadigan hayz** (retrograd hayz) va chanoq endometriozi bilan birga kuzatiladi.
- **Kindik va operatsiyadan keyingi chandiqlar:**
 - Ko'proq kesarcha kesishdan keyingi choklarda paydo bo'ladi.
 - Belgilari: **dumaloq tugunlar**, hayz davrida **og'riqli va qonli ajralmalar**.
- **O'pka va plevra endometriozi:**
 - Juda kam uchraydi, ko'pincha chanoq endometriozi bo'lgan ayollarda.
 - Belgilari: hayz davrida **yo'talda qon ajralishi (gemoptizis)**, ko'krak og'rig'i, **pnevmotoraks**.
- **Bosh miya va ko'z endometriozi:**
 - Juda noyob holatlar.
 - Belgilar o'choqning joylashuviga bog'liq bo'lib, ko'pincha **tsiklik nevrologik yoki ko'ruv buzilishlari** shaklida namoyon bo'ladi.

Klinik ko'rinishi:

Alomatlar o'choqlarning joylashuvi va tarqalish darajasiga bog'liq.

1. Og'riqli sindrom:

- Pastki qorinda **tsiklik og'riqlar**;
- **Dismenoreya** — hayz davrida og'riq, vaqt o'tishi bilan kuchayadi;
- **Dispareuniya** — jinsiy aloqada og'riq;
- Ich kelish yoki siyish paytida og'riq (tegishli organ zararlangan bo'lsa).



Rasm 7.2. Adenomiozli bachadon



Rasm 7.3. Rektovaginal parda va orqa forniksning endometriozi

2. Hayz siklining buzilishi:

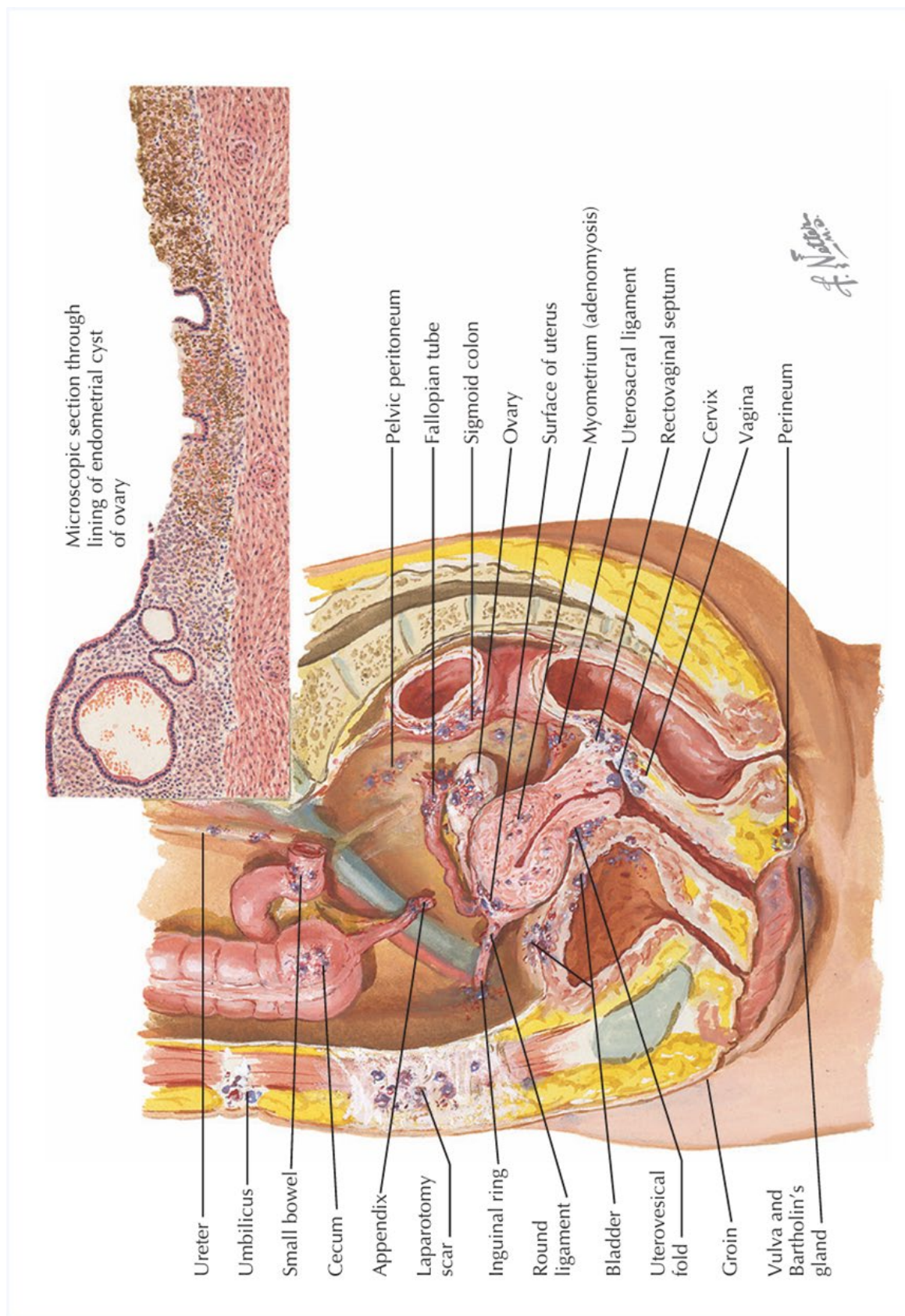
- **Gipermenoreya** (ko‘p va uzoq davom etuvchi hayz qon ketishi),
- **Metorragiyalar** (hayzdan tashqari va o‘rinsiz qon ketishlar).

3. Bezor bo‘lish (bezuglilik):

- Endometrioz **ovulyatsiya va embrionning bachadonga birikishini buzadi**,
- **Sapa hosil bo‘lishi** (spayka) tufayli tuxumdonlar va bachadon naylarining funksiyasi buziladi.

4. Ekstragenital shakllarda kuzatiladigan simptomlar:

- **Ichak zararlanganda:** qabziyat, axlat chiqarishda og‘riq, axlatda qon aralashmalari;
- **O‘pka lokalizatsiyasida:** hayz paytida **qonli yo‘tal** (gemoptizis).



Rasm 7.4. Endometriozning tashqi ko‘rinishi va tarqalish mumkin bo‘lgan joylari

Endometriozni tashxislash

- **Ginekologik ko‘rik** — bachadonning kattalashganligi, qo‘shimchalar sohasida og‘riq, harakatlanishining cheklanganligi aniqlanadi;
- **Kichik chanoq a‘zolarining UTT (ultratovush tekshiruvi)** — ayniqsa tuxumdon shakllari bo‘yicha ma’lumot beradi;
- **MRT, KT** — genitaldan tashqari (ekstragenital) o‘choqlarni aniqlashda qo‘llaniladi;
- **Diagnostic laparoskopiya** — “oltin standart” hisoblanadi: endometrioz o‘choqlarini to‘g‘ridan-to‘g‘ri ko‘rish va gistologik tekshiruv uchun namunalar olish imkonini beradi;
- **Onkomarker CA-125** — ba’zi hollarda endometriozda oshgan bo‘lishi mumkin (lekin spesifik belgisi emas).

Asoratlar

- Doimiy **xronik chanoq og‘rig‘i**;
- **Be’pushtlik**;
- Kichik chanoq a‘zolarida **yopishmalar (spayka jarayoni)**;
- **Endometrioid kistalar** (ko‘pincha tuxumdonlarda);
- **Ichki qon ketishlar**;
- Kam hollarda — **yomon sifatli o‘zgarishlar (malignizatsiya)**.

Davolash

Davolash tanlovi ayolning yoshi, shikoyatlari, o‘choqning joylashuvi, kasallik darajasi va homiladorlik rejasiga bog‘liq.

Konservativ (dori vositalari bilan) davolash:

- **Gormonal terapiya:**
 - Gestagenlar (dienogest, noretisteron);
 - KOK (kombinatsiyalangan og‘zaki kontratseptivlar);
 - GnRH agonistlari (6 oygacha kurs bilan);
 - GnRH antagonistlari;

| An A.V.

- **Levonorgestrel bo'lgan VMS (Mirena spiralasi).**
- **Yallig'lanishga qarshi nosteroid vositalar (NVPZ) — og'riqni kamaytirish uchun;**
- **Fermentoterapiya va immunokorreksiya — individual ko'rsatmalarga asosan.**

Jarrohlik davosi:

- **Laparoskopik yo'l bilan endometrioz o'choqlarini olib tashlash, koagulyatsiya yoki lazer orqali bug'latish;**
- **Adenomiozda — bachadon devorining qisman olib tashlanishi, og'ir holatlarda (homiladorlik rejalari bo'lmasa) bachadonning butunlay olib tashlanishi (gisterektomiya).**

Profilaktika

- **Doimiy ravishda ginekologik ko'riklardan o'tish;**
- **Hayz ko'rishdagi buzilishlarni o'z vaqtida davolash;**
- **Gormonal kontratseptivlarni oqilona qo'llash;**
- **Abortlar va endometriyga zarar yetkazadigan muolajalardan saqlanish;**
- **Stressdan saqlanish va immunitetni mustahkamlash, ayniqsa surunkali kasalliklar mavjud bo'lsa.**

Bobga savollar

I. Yopiq test savollari (bitta to'g'ri javobni tanlang)

1. Bachadon submukoz miomasiga xos bo'lgan asosiy belgi nima?

- A) bepushtlik, qon ketish
- B) chanoq bo'shlig'i sohasidagi og'riq, organlarning siqilishi
- C) anemiya, to'lg'oqsimon og'riqlar

2. Endometrioz tashxisining "oltin standarti"ni ko'rsating?

- A) chanoq bo'shlig'i a'zolarining ultratovush tekshiruvi

B) gistologiya bilan laparoskopiya

C) kontrastli MRT

3. Bachadon miomasining rivojlanishining asosiy mexanizmi qanday?

A) estrogenga bo'lgan sezgirlikning o'zgarishi

B) Miyometriyaning surunkali ishemiyasi

C) yallig'lanish jarayonlarini faollashtirish

4. Endometrioza qanday to'qimalar zararlanadi?

A) faqat reproduktiv organlar

B) har qanday tana to'qimalari

C) epiteliya va biriktiruvchi to'qima

5. Bachadon miomasida qanday asoratlarni ko'proq uchraydi?

A) tugun nekrozi, bepushtlik

B) yomon sifatli o'smalar

C) bachadonning o'z-o'zidan yorilishi

6. Tuxumdon endometriozi qaysi usul bilan davolash afzalroq hisoblanadi?

A) konservativ terapiya

B) o'choqlarni jarrohlik yo'li bilan olib tashlash

C) jarrohlik va gormonlarni davolash kombinatsiyasi

7. Endometrioza xos bo'lgan og'riq sindromini tanlang?

A) perimenstrual davrda og'riqning kuchayishi

B) yuqori intensivlikdagi doimiy og'riqlar

C) sikl bilan bog'liq bo'lmagan davriy og'riqlar

8. Quyidagi qaysi gormon bachadon miomasining o'sishini kuchaytiradi ?

A) Androgenlar

B) Progesteron

C) Estrogenlar

9. Bachadon miomasini davolashda qanday usullar qo'llaniladi?

- A) gormon terapiyasi, bachadon arteriyalarining embolizatsiyasi
- B) radiatsiya terapiyasi
- C) faqat jarrohlik yo'li bilan olib tashlash

II. Ochiq savollar (batafsil javob talab qilinadigan topshiriqlar)

1. Bachadon miomasining patogenezi va asosiy klinik ko'rinishlari haqida yozing.
2. Endometriozi diagnostikasi va davolashda qanday asosiy yondashuvlar mavjud ?
3. Bachadon miomasi bilan qanday asoratlilar paydo bo'lishi mumkin va ularni qanday oldini olish mumkin?
4. Endometriozi va bepustlik o'rtasidagi munosabatni tushuntiring. Ayol reproduktiv salomatligini tiklash uchun qanday davolash usullari qo'llaniladi?
5. Bachadon miomasini jarrohlik yo'li bilan davolash uchun qanday ko'rsatmalar mavjud?

III. Vaziyat vazifalari

Masala №1

35 yoshli ayol qorinning pastki qismidagi to'rg'oqsimon og'riq bilan birga ko'p miqdordagi qonli ajralmalarga va uzoq muddatli hayz ko'rish (10 kungacha) haqida shikoyat qildi. So'nggi 6 oy ichida hayz ko'rish yanada og'riqli va og'irlashdi. Bemor, shuningdek, terining rangparligiga umumiy holsizlik qayd etiladi. Anamnezida: 2 homiladorlik, 1 sun'iy abort. Ginekologik tekshiruvda: bachadon o'lchamining 9 xaftalik homiladorlikga xos kattalashishi. Ultratovush tekshiruvda 4 sm gacha bo'lgan submukoz miyomatoz tugunlar aniqlandi, ulardan biri bachadon bo'shlig'ini deformatsiyasiga olib kelmoqda.

1. Qanday tashxis qo'yish mumkin?
2. Qanday diagnostika usullari tashxisni tasdiqlaydi?
3. Bu holda qanday davolash o'rinli hisoblanadi?

Masala №2

30 yoshli ayol hayz ko'rish boshlanishidan 1-2 kun oldin chanoq bo'shligidagi surunkali og'riqlarning kuchayishiga va tartibsiz hayz sikliga shikoyat qildi. Bemor,

shuningdek, jinsiy aloqadavaqtidagi qiyinchiliklarni (disparuniya) qayd etadi. Anamnezida: 2 yil davomida homiladirlik yuzaga kelmayotganligini takidlab o‘tdi. Ultratovush tekshiruvi: diametri 3 sm gacha bo‘lgan endometrioid tuxumdon kistalari va chanoq qorin parda sohasida endometrioiz kichik o‘choqlari aniqlandi.

1. Qanday tashxis qo'yish mumkin?
2. Qanday qo'shimcha tadqiqotlar tashxisni tasdiqlaydi?
3. Qaysi davolash usuli eng samarali hisoblanadi?

Masala №3

40 yoshli bemor qorinning pastki qismidagi og'irlik hissi, hayz ko'rganda tartibsiz hayz sikli va ko'p qon yo'qotish va surunkali charchoqlarga shikoyat qiladi. Tekshiruvda: bachadonning 12 haftalik homiladorlikga mos o'lchamda ekanligi, palpatsiya paytida og'riq. Ultratovush: diametri 5 sm gacha bo'lgan interstitsial miyomatoz tugunlar, bachadon konturlarini deformatsiya qayd etildi. Umumiy qon tahlilida: o'rta darajali anemiya (gemoglobin 90 g/l).

1. Qanday tashxis qo'yish mumkin?
2. Qaysi diagnostik usullardan foydalanish maqsadga muvofiq?
3. Quyidagi holatda qanday davolash taktikasini tanlash kerak?

Barcha qo‘shimcha materiallar uchun o‘z-o‘zini tekshirish Telegram-kanalida mavjud:

<https://t.me/+UIFVjMi2x6oxZGEy>

Yoki QR-kodni skanerlashingiz mumkin:



Bob №8. Tuxumdonlarning o'smalari: Yaxshi sifatli va yomon sifatli.

Tuxumdonlarning o'smalari ginekologiyada eng murakkab va klinik ahamiyatga ega bo'lgan yangi hosilalar guruhlaridan biridir. Ular morfologik shakllarining xilma-xilligi, klinik kechishi va prognozi bilan ajralib turadi. Tuxumdon o'smalarining o'ziga xosligi shundaki, ular ko'pincha erta bosqichlarda hech qanday simptom bermasligi yoki juda yengil belgilar bilan kechadi, bu esa ayniqsa yomon sifatli o'smalarda kech aniqlanishga olib keladi.

Turli to'qimalardan (epiteliy, stroma, jinsiy hujayralar) rivojlanib, o'smalar yaxshi sifatli ham, yomon sifatli ham bo'lishi mumkin, shuningdek, oraliq — chegaraviy — shakllari ham mavjud. Muhim tomoni shundaki, tuxumdon o'smalari barcha yosh guruhlarida, bolalik davridan to postmenopauzaga qadar uchraydi.

Klinik jihatdan tuxumdon o'smalari og'riq sindromi, hayz sikli buzilishi, bepushtlik, gormonal faollik belgilarida namoyon bo'lishi yoki umuman belgisiz kechib, profilaktik tekshiruvlar yoki UTT (UZI) paytida tasodifan aniqlanishi mumkin.

Tuxumdon o'smalari va o'smaga o'xshash shakllarning klassifikatsiyasi

I. Epitelial o'smalar

Ular tuxumdonning ustki qoplovchi epiteliyasidan kelib chiqadi va quyidagi turlarga bo'linadi:

1. Seroz o'smalar

- **Yaxshi sifatli:** seroz kistadenoma, papillyar kistadenoma, adenofibroma
- **Chegaraviy:** papillyar kistadenoma, chegaraviy adenofibroma
- **Yomon sifatli:** seroz adenokarsinoma, papillyar karsinoma

2. Mutsinoz o'smalar

- **Yaxshi sifatli:** mutsinoz kistadenoma, adenofibroma
- **Chegaraviy:** mutsinoz chegaraviy o'sma
- **Yomon sifatli:** mutsinoz adenokarsinoma

3. Endometrioid o'smalar

- Yaxshi va yomon sifatli shakllari mavjud
- Endometrioid karsinoma yoki sarkomaga o'tish ehtimoli mavjud

4. Yorug‘ hujayrali (sveklökletohnaya) o‘smalar

- Juda kam hollarda yaxshi sifatli
- Ko‘pincha — yorug‘ hujayrali adenokarsinoma

5. Brenner o‘smalari

- Yaxshi, chegaraviy yoki yomon sifatli bo‘lishi mumkin

6. Aralash epitelial o‘smalar

7. Farqlanmagan va klassifikatsiyaga kiritilmagan epitelial o‘smalar

II. Jinsiy arqon stromasining o‘smalari (gormonlarga faol)

Ular estrogenlar, androgenlar ishlab chiqarishi mumkin.

1. Granuloza hujayrali o‘sma

2. Teka-fibroma guruhi

- Tekoma
- Fibroma
- Aralash shakllar

3. Androblastomalar (Sertoli–Leydig hujayrali o‘smalar)

4. Ginandroblastoma

5. Klassifikatsiyalanmagan stromal o‘smalar

III. Germinogen o‘smalar (urug‘ hujayralardan kelib chiqadigan)

Ular asosan yosh yoshdagi ayollarda uchraydi.

- **Disgerminoma**
- **Sariq xalta (sinus) o‘smasi**
- **Xorionepitelioma**
- **Embrional karsinoma**
- **Teratomalar:**
 - Yetilgan (dermoid) — qattiq yoki kistoz
 - Yetilmagan (yomon sifatli)

| An A.V.

- Monodermal (struma, karsinoid)

- **Aralash germinogen o'smalar**
- **Gonadoblastoma**

IV. Tuxumdon uchun noxos o'smalar

- Masalan: **leyomioma, gemangioma, lipoma**

V. Klassifikatsiyalanmagan o'smalar

- Mavjud morfologik guruhlarga kirmaydigan o'smalar

VI. Ikkilamchi (metastatik) o'smalar

- Boshqa organlardan tarqalgan metastazlar (ko'pincha OVJT yoki sut bezidan)
- **Krukenberg o'smasi** — oshqozon adenokarsinomasining metastazi uchun tipik misol

VII. O'smaga o'xshash holatlar

Ular ko'pincha funksional bo'lib, haqiqiy o'sma hisoblanmaydi.

- **Homiladorlik luteomasi**
- **Tuxumdon stromasining gipertrofiyasi**
- **Follikulyar kistalar, sariq tanachaning kistalari**
- **Ko'p sonli follikulyar shakllanishlar**
- **Paraovarial kistalar**
- **Endometrioid kistalar**
- **Oddiy kistalar, inklyuziya kistalari**
- **Yallig'lanish infiltratlari**

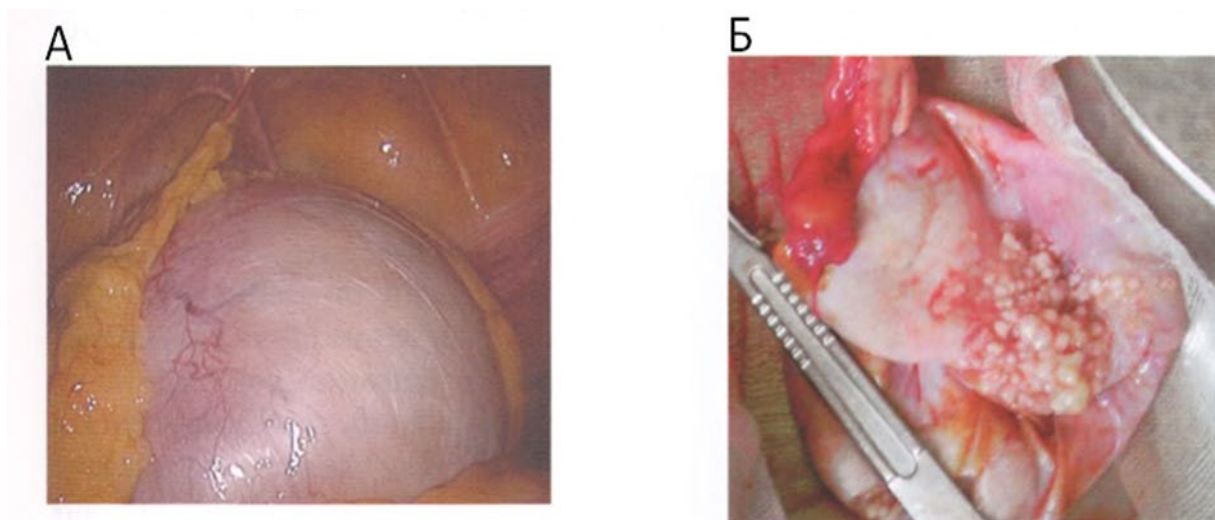
8.1. Epitelial o'smalar

Epitelial tuxumdon o'smalari tuxumdonning yuzasini qoplaydigan (mezotelial) epiteliydan rivojlanadigan yangi hosilalarning muhim qismini tashkil qiladi. Ushbu o'smalar ularning gistologik tuzilishi va yomonlik darajasiga ko'ra **yaxshi sifatli, chegaraviy va yomon sifatli (malign)** shakllarga bo'linadi.

1. Seroz o'smalar

Ta'rifi va morfologiyasi:

Seroz o'smalar tuxumdon epitelial neoplazmalarining eng ko'p uchraydigan turlaridandir. Ular bachadon naychasi epiteliyiga o'xshaydi va ko'pincha tiniq seroz suyuqlikka to'la **ko'p kamerali kistalar** ko'rinishida bo'ladi. O'sma yuzasi silliq bo'lishi yoki **papillyar (so'rg'ichsimon) o'simtalar** bilan qoplangan bo'lishi mumkin.



Rasm 8.1. A – Oddiy seroz kistadenoma (laparoskopiya ko'rinishi); B – Seroz papillyar kistadenoma (kapsula ochilgandan keyingi ko'rinish).

Tasnifi:

- **Yaxshi sifatli:** Seroz kistadenoma, papillyar kistadenoma, adenofibroma. Bunday o'simtalar silliq devorlarga ega, sekin o'sadi va kamdan-kam hollarda qaytalanadi.
- **Chegara holatdagi:** Papillyar seroz o'simtalar — hujayra ko'payishi belgilari bor, lekin stroma ichiga invaziv o'sish kuzatilmaydi.
- **Yomon sifatli:** Seroz adenokarsinoma — kapsulani yorib o'sadi, ya'ni infiltratsion xususiyatga ega, qorin bo'shlig'iga metastazlar tarqalishiga moyil.

Klinik belgilari: Dastlabki bosqichlarda odatda hech qanday belgilar bo'lmaydi. O'simta kattalashgani sari qorin pastida og'riqlar, qorinning hajmi oshishi, yaqin

| **An A.V.**

organlarga bosim belgilari paydo bo'ladi. Ilgarilagan holatlarda — **askit** (qorin bo'shlig'ida suyuqlik to'planishi) kuzatiladi.

2. Mutsinoz o'simtalar

Ta'rif va morfologiyasi: Mutsinoz o'simtalar — bu ko'p kamerali kistalar bo'lib, ichida quyuq, shilimshiqli suyuqlik (mutsin) bo'ladi. Ular ichki devorlari ichak yoki bachadon bo'yni epiteliyaga o'xshash bo'ladi.



Rasm 8.2. Mutsinoz kistadenoma (Makropreparat).

Klassifikatsiya:

- **Yaxshi sifatli:** Mutsinoz kistadenoma, adenofibroma. Ular katta hajmgacha yetishi mumkin, qorin bo'shlig'ining katta qismini egallaydi.
- **Chegaraviy:** Mutsinoz o'sma — epiteliy proliferatsiyasi belgilari mavjud, ammo invaziya yo'q.
- **Yomon sifatli:** Mutsinoz adenokarsinoma — invaziv va metastaz berish xususiyatiga ega.

Klinik ko'rinishlar:

Boshlang'ich bosqichlarda ko'pincha simptomsiz kechadi. O'sma kattalashganida — qorin og'irligi, qorin kattalashuvi, dispeptik buzilishlar kuzatiladi. O'sma yorilishi va psevdomiksoma peritonei rivojlanishi mumkin.

3. Endometrioid o'smalar

Ta'rif va morfologiyasi:

Endometrioid o'smalar morfologik jihatdan endometriy bez to'qimalariga o'xshaydi va ko'pincha endometrioiz bilan bog'liq bo'ladi. Kistoz yoki solid shaklda bo'lishi mumkin.

Klassifikatsiya:

- **Yaxshi sifatli:** Endometrioid kistadenoma, adenofibroma.
- **Chegaraviy:** Proliferatsiya bilan kechuvchi, ammo invaziya qilmaydigan endometrioid o'sma.
- **Yomon sifatli:** Endometrioid adenokarsinoma — invaziv o'sish va metastaz berishga moyil.

Klinik ko'rinishlar:

Hayz sikli buzilishi, pastki qorin sohasida og'riqlar, bepushtlik. Ilg'or holatlarda — metastazlar bilan bog'liq simptomlar yuzaga chiqadi.

4. Yorug' hujayrali (svetlokletchnaya) o'smalar

Ta'rif va morfologiyasi:

Noyob epitelial o'smalar turi bo'lib, tiniq yoki yorug' sitoplazmali hujayralardan tashkil topgan. Ko'pincha endometrioiz bilan bog'liq.

Klassifikatsiya:

- **Yaxshi sifatli:** Yorug' hujayrali adenofibroma.
- **Chegaraviy:** Proliferatsiya mavjud, ammo invaziv emas.
- **Yomon sifatli:** Yorug' hujayrali adenokarsinoma — agressiv kechadi, kimyoterapiyaga chidamli bo'lishi mumkin.

Klinik ko'rinishlar:

| An A.V.

Pastki qorin sohasida ogʻriqlar, assit, kichik tos aʼzolarining bosilishi bilan bogʻliq simptomlar. Koʻpincha kech bosqichda aniqlanadi.

5. Brenner oʻsmalari

Taʼrif va morfologiyasi:

Oʻta noyob boʻlib, uroteliyga oʻxshash oʻtuvchi epiteliydan rivojlanadi. Odatda kichik, zich, aniq chegaralangan boʻladi.

Klassifikatsiya:

- **Yaxshi sifatli:** Brenner oʻsmasi.
- **Chegaraviy:** Proliferatsiyalanuvchi Brenner oʻsmasi.
- **Yomon sifatli:** Yomon sifatli Brenner oʻsmasi (oʻtuvchi hujayrali karsinoma).

Klinik koʻrinishlar:

Koʻpincha simptomsiz va tasodifan aniqlanadi. Katta hajmda — pastki qorinda ogʻriqlar, siyishdagi buzilishlar kuzatilishi mumkin.

6. Aralash epitelial oʻsmalar

Taʼrif va morfologiyasi:

Turli epiteliy turlarini (masalan, seroz va mutsinoz) oʻz ichiga olgan oʻsmalar.

Klassifikatsiya:

- **Yaxshi sifatli:** Proliferatsiya belgilari boʻlmagan aralash epitelial oʻsma.
- **Chegaraviy:** Proliferatsiya mavjud, ammo invaziyasiz aralash epitelial oʻsma.
- **Yomon sifatli:** Invaziv oʻsuvchi aralash adenokarsinoma.

Klinik koʻrinishlar:

Oʻsmaning ustun komponentiga va hajmiga bogʻliq. Ogʻriqlar, qorin kattalashuvi, qoʻshni aʼzolarining siqilishi simptomlarini oʻz ichiga olishi mumkin.

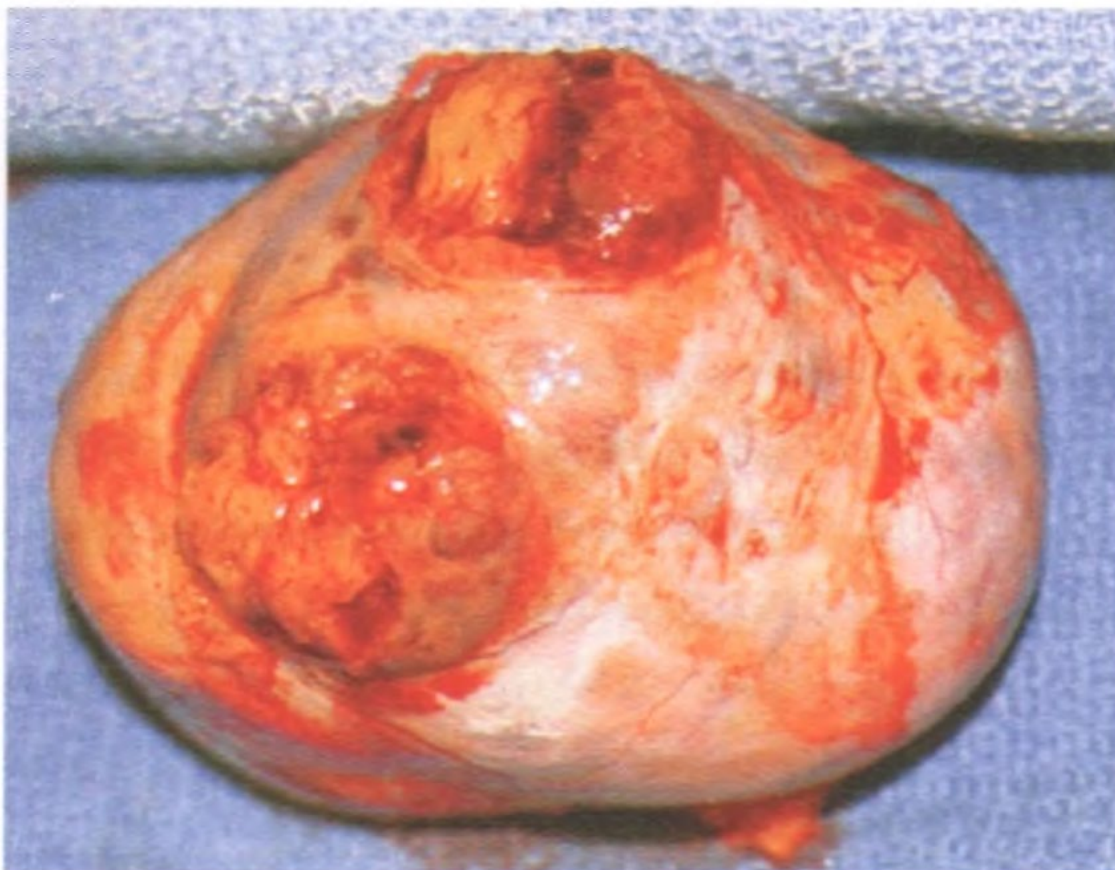
8.2. Jinsiy stroma o'smalari (gormonal faol)

Ushbu guruh o'smalari tuxumdonning stroma va jinsiy arqon (polovoy tyaj) hujayralaridan rivojlanadi — bu elementlar follikulalarni shakllantiradi va gormonal regulyatsiyada ishtirok etadi. Bunday o'smalar ko'pincha jinsiy gormonlar (estrogenlar yoki androgenlar) ishlab chiqaradi, bu esa ularning klinik simptomatikasini kuchaytiradi. Asosan reproduktiv va klimakterik yoshdagi ayollarda uchraydi, kam hollarda — qizlarda.

1. Granulyoz hujayrali o'sma

Ta'rif va morfologiyasi:

Follikulaning granulyoz hujayralariga o'xshash hujayralardan rivojlanadi. Ko'proq perimenopauza va postmenopauza davrida uchraydi, ammo yoshda (yuvenil shakl) ham uchrashi mumkin. Ko'p miqdorda estrogen ishlab chiqarishi mumkin.



Rasm 8.3. Granulezokletkali tuxumdon shishasi

Shakllari:

- **Katta yoshli shakli** (95% holatlarda)
- **Yoshga xos (yuvencil) shakli** (ko‘proq qizlar va o‘smirlar orasida)

Klinik ko‘rinishlar:

- Hayz sikli buzilishi
- Metroorragiyalar, endometriy gipertrofiyasi
- Erta yoshda — muddatidan oldin jinsiy rivojlanish
- Menopauzadagi ayollarda — qayta-qayta qon ketishlar

Onkologik salohiyat:

Aksariyat hollarda yaxshi sifatli o‘tadi, ammo o‘smadan keyin yillar o‘tgach qaytalanishi yoki metastaz berishi mumkin.

2. Teka-fibroma guruhi

Bu guruh bir-biriga yaqin bo‘lgan ikkita gistologik o‘sma variantini o‘z ichiga oladi, ular biriktiruvchi to‘qima va teka-hujayralardan rivojlanadi.

Tekoma

Ta’rifi:

Tekoma — tuxumdonning teka hujayralaridan rivojlangan, gormonal faol, yaxshi sifatli o‘sma hisoblanadi. U estrogenlar, kamroq hollarda — androgenlar ishlab chiqarishga qodir, bu esa uning klinik simptomlarini belgilaydi.

Epidemiologiyasi:

Eng ko‘p perimenopauza va postmenopauza yoshidagi ayollarda uchraydi. Tuxumdon o‘smalarining 2–5% ini tashkil qiladi.

Morfologiyasi:

O‘sma odatda qattiq, zich, sarg‘ish-jigarrang tusda bo‘lib, bir tomonlama joylashadi. Gistologik tekshiruvda sitoplazmasi boy bo‘lgan teka hujayralari tutamlari aniqlanadi, ba’zida ularning ichida lipid inkluziyalar bo‘lishi mumkin.



Rasm 8.4. Tuxumdon tekoma o'smasining kesilgan holati

Klinik ko'rinishlari:

- **Reproduktiv yoshdagi ayollarda** — giperestrogenemiya belgilari: hayz davrining buzilishi, menorrhagiya (ko'p qonli hayzlar);
- **Postmenopauzada** — qayta-qayta bachadon qon ketishlari, endometriy gipergenezi yoki hatto endometriy saratoni xavfi;
- **Qiz bolalarda** — erta jinsiy yetilish;
- **Kam hollarda** — maskulinizatsiya (agar o'sma androgen ishlab chiqarsa).

Fibroma

Ta'rif:

Fibroma tuxumdonning bir hil tolali (biriktiruvchi) to'qimasidan rivojlanadigan, gormonal faollikka ega bo'lmagan (gormon ishlab chiqarmaydigan) xo'jalik o'smasidir.

| **An A.V.**

Epidemiologiyasi: 40–60 yoshli ayollar orasida ko‘proq uchraydi. Tuxumdon o‘smalari orasida taxminan **4%** ni tashkil qiladi.

Morfologiyasi:

- Odatda **bir tomonlama**, zich, silliq, oqish-kulrang tusli o‘sma;
- Kesilgan sathida **ipday cho‘zilgan hujayralar (veretenobraznye)** va **kollagen tolalari** ko‘rinadi;
- Gormon ishlab chiqarmagani uchun ko‘pincha **asosiy belgilar bermaydi** va tasodifan aniqlanadi.



Rasm 8.5. Tuxumdon fibromasi

Klinik ko'rinishlar (Fibroma):

- Ko'pincha **belgilarsiz** kechadi va tasodifan (UZI yoki operatsiya vaqtida) aniqlanadi.
- Yirik o'smalarda: qorin pastida og'riq, og'irlik hissi, yaqin organlarga bosim belgilari (ichak, pufak).
- **40% hollarda** fibroma **assit** (qorin bo'shlig'ida suyuqlik) bilan kechadi, ba'zida esa **gidrotoraks** (o'pka plevrasida suyuqlik) ham kuzatiladi — bu holat **Meigs sindromi** deyiladi.

Meigs sindromi:

- **Assit**
- **Plevrit** (odatda o'ng tomonda)
- **Tuxumdon o'smalari (ko'pincha fibroma) → O'simta olib tashlangandan so'ng assit va plevrit to'liq yo'qoladi.**

3. Androblastomalar (Sertoli – Leydig hujayrali o'smalar)

Ta'rif va morfologiyasi:

Bu kam uchraydigan o'smalar bo'lib, **jinsiy bog'lam** (polovoy tyazh) hujayralaridan — **Sertoli** va **Leydig** hujayralaridan rivojlanadi.

- Ko'proq **yoshlarda** uchraydi.
- Gormonal jihatdan **aktiv** — ko'pincha **androgen** (erkak gormonlari) ishlab chiqaradi.
- Differensiallanish darajasiga ko'ra farqlanadi.

Klassifikatsiyasi:

- **Yaxshi differensiallangan** (Sertoli o'smalari, Lessen o'smalari)
- **O'rtacha differensiallangan**
- **Past differensiallangan (sarkomatoid shakl)** — odatda **agressivroq** bo'ladi.



Rasm 8.6. Androblastoma

Klinik belgilar:

- **Androgenlar ishlab chiqarilishi** → maskulinizatsiya (erkaklarga xos oʻzgarishlar);
- **Hayz siklining buzilishi**, hatto amenoreyagacha;
- **Erkaklardagidek jun bosishi**, ovozning qoʻpol lashuvi, klitorning kattalashuvi;
- **Yuqori differensiallangan shakllarda** gormon faoliyati boʻlmasligi mumkin.

4. Ginandroblastoma

Ta'rifi: Kam uchraydigan oʻsma boʻlib, **granuloza hujayralari** va **Sertoli–Leydig hujayralarini** oʻz ichiga oladi. **Feminizatsiya** (ayollarga xos oʻzgarishlar) va **maskulinizatsiya** alomatlari birgalikda namoyon boʻladi.

Klinik belgilar: Asosan o‘smadagi **gormon komponenti** ustunligiga bog‘liq. Quyidagilar kuzatilishi mumkin:

- **Hayz ko‘rishdagi buzilishlar;**
- **Endometriya gipergeneziyasi;**
- **Androgenga bog‘liq o‘zgarishlar.**

8.3. Ikkilamchi (metastatik) tuxumdon o‘smalari

Ta'rifi:

Ikkilamchi yoki **metastatik tuxumdon o‘smalari** — bu boshqa organlardan tarqalgan yomon sifatli hujayralar sababli tuxumdonlarda rivojlanadigan o‘sma shakllari. Ular tuxumdonlarning barcha yomon sifatli o‘smalari ichida **5–30%** ni tashkil etadi.

Ko‘p uchraydigan metastaz manbalari:

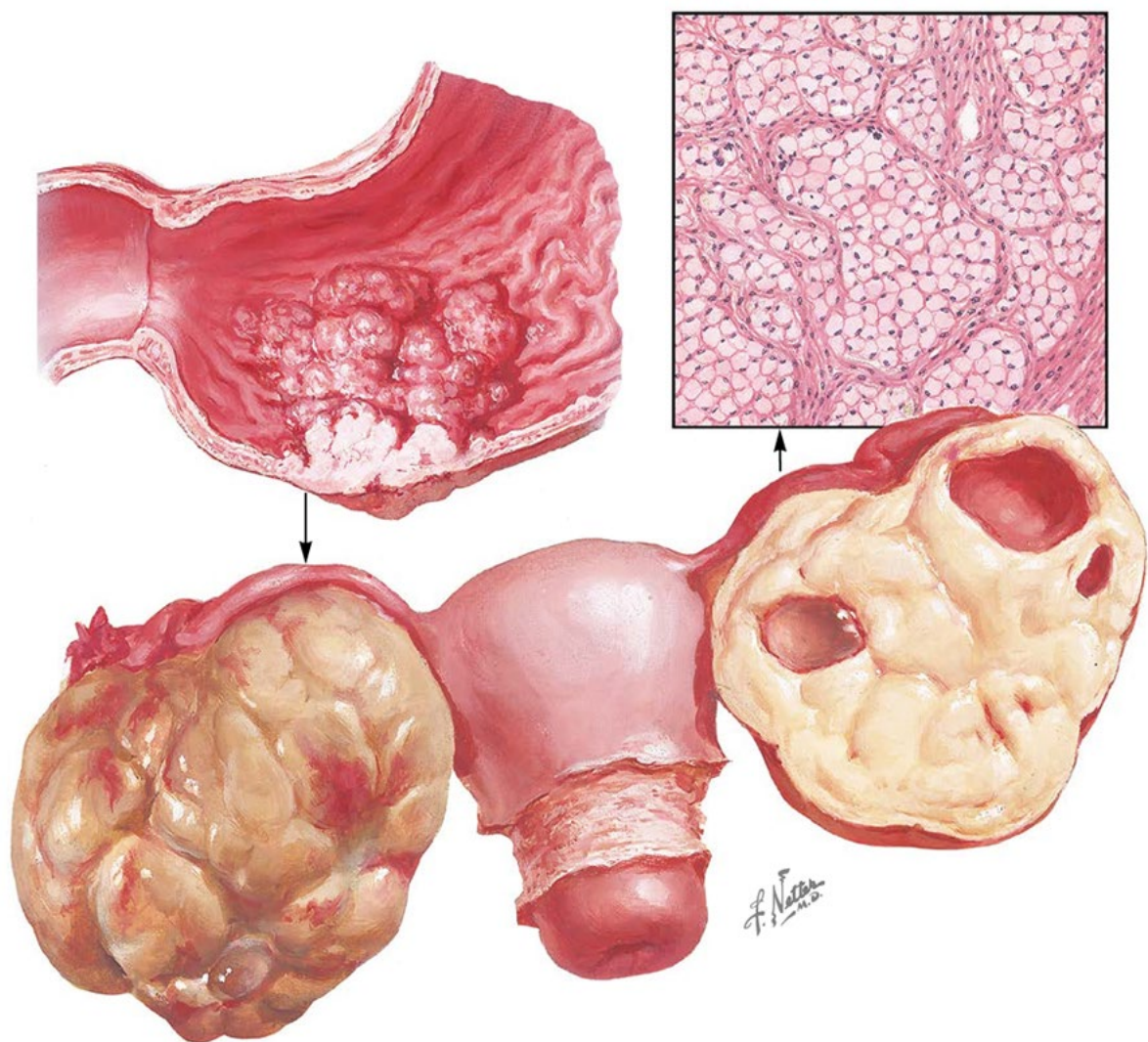
- **Oshqozon** (xususan, halqasimon hujayrali adenokarsinoma);
- **Yo‘g‘on ichak;**
- **Ko‘krak bezi;**
- **Me‘da osti bezi;**
- **Bachadon bo‘yni va tanasi.**

Metastaz yo‘llari:

- **Limfogen** (limfa tomirlari orqali);
- **Gematogen** (qon tomirlari orqali);
- **Implantatsion** (qorin pardasidagi karcinomatozda);
- **Anatomik aloqalar orqali** (masalan, bachadon–tuxumdon bog‘lamasi yoki naylar orqali).

Krukenberg o‘smalari

Ta'rifi: Krukenberg o‘smalari — tuxumdonning klassik metastatik o‘smalaridan biri bo‘lib, **halqasimon hujayrali oshqozon adenokarsinomasining** (kamroq hollarda ichak yoki boshqa a‘zolarining) metastazi sifatida yuzaga keladi.



Rasm 8.7. Krukenberg o'smalari

Morfologiyasi:

- **Tuxumdonlarning ikki tomonlama zararlanishi;**
- **Qattiq, solid o'sma, ayrim joylarida shilimshiq (mutsinli) o'zgarishlar mavjud;**
- **Mutsin saqlovchi xarakterli halqasimon hujayralar aniqlanadi.**

Klinik xususiyatlar:

- **Tez o'sish va agressiv kechish;**

- Belgilar ko'pincha **kech bosqichlarda** paydo bo'ladi: pastki qorinda og'riq, **assit** (qorinda suyuqlik to'planishi), **hayz siklining buzilishi**;
- Ko'pincha **tuxumdonning birlamchi o'smalariga o'xshab ko'rinadi** (yashirin holatda bo'ladi).

Diagnostika:

- **UZI va KT:** tuxumdonlarda **solid-kistoz** yoki **solid o'smalar**, ko'proq hollarda **ikkala tuxumdonni ham qamrab oladi**;
- **Biopsiya va gistologiya:** **halqasimon hujayralarni aniqlash** orqali tashxis qo'yiladi;
- **Immunogistoximiya:** o'smaning **oshqozon-ichak manbali** ekanligini tasdiqlaydi (markerlar: **CK20+, CDX2+**).

Prognoz: **Salbiy.** Krukenberg o'smalari odatda **asosiy kasallikning kech bosqichlarida** aniqlanadi. Tashxis qo'yilgandan keyingi **o'rtacha umr davomiyligi — 2 yildan kam.**

8.4. Tuxumdonlarning o'smaga o'xshash jarayonlari

O'smaga o'xshash jarayonlar — bu klinik ko'rinishi va tashqi ko'rinishi jihatidan tuxumdon o'smalariga o'xshash bo'lgan, ammo haqiqiy neoplaziya (o'sma) belgilari bo'lmagan tuzilmalar hisoblanadi: ular **metastaz bermaydi, atrofdagi to'qimalarga o'sib o'tmaydi** va ko'pincha **funksional hamda qaytuvchan** bo'ladi.

Follikulyar kistalar

- **Ovulyatsiya bo'lmaganda** yuzaga keladi;
- Bu yorilmagan va kattalashgan follikuldan iborat;
- **Reproduktiv yoshdagi ayollarda tez-tez uchraydi**;
- Odatda **belgilarsiz** kechadi yoki **hayz siklining buzilishi, pastki qorin og'rig'i** bilan namoyon bo'ladi;
- **1–2 hayz davri ichida o'z-o'zidan yo'qolishi** mumkin.

Sariq tanachaning kistalari

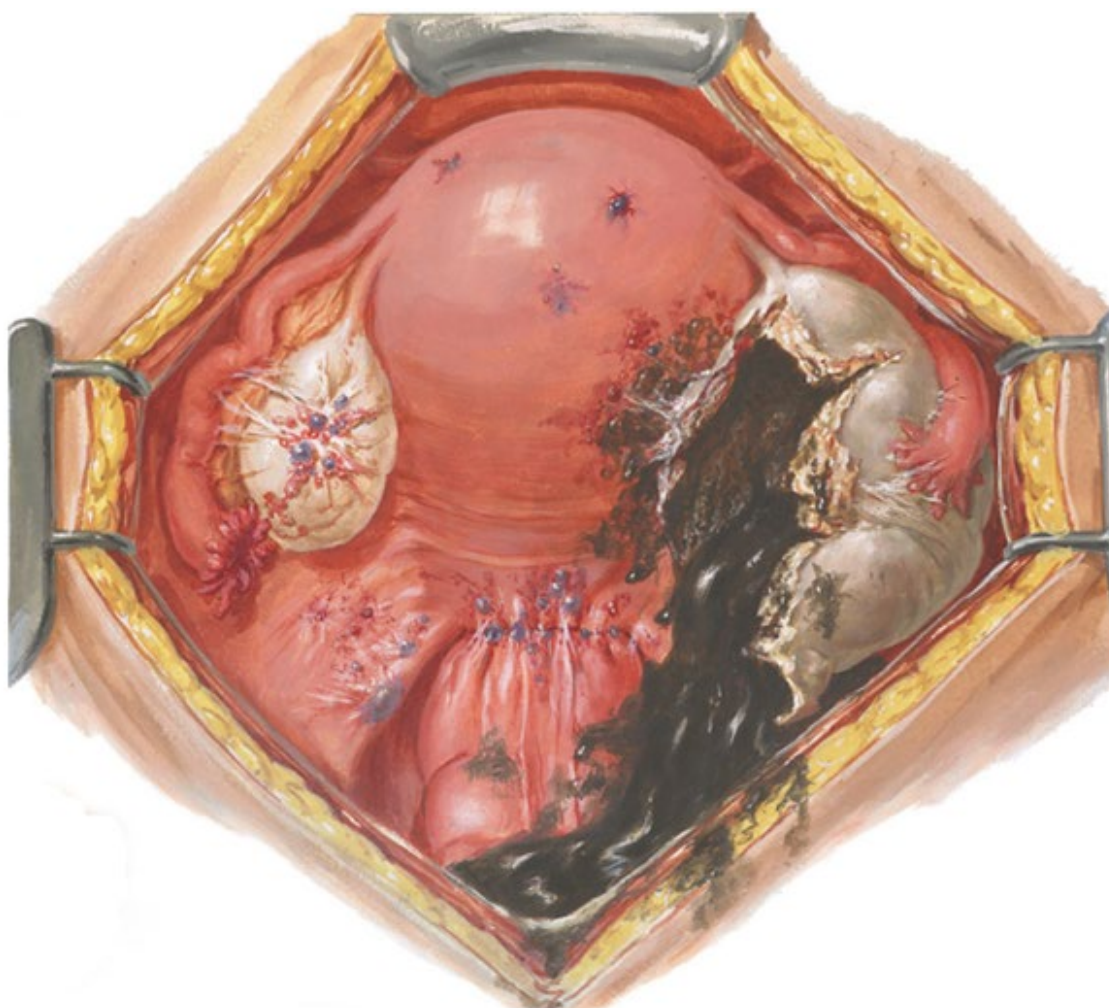
- **Ovulyatsiyadan so'ng sariq tanachadan hosil bo'ladi**;

| An A.V.

- Seroz yoki **gemorragik suyuqlik** saqlaydi;
- **Hayz kechikishi, og‘riq, ba’zida yorilish va ichki qon ketish belgilari** bilan namoyon bo‘ladi;
- Odatda **davolanishsiz o‘tib ketadi**.

Endometrioid kistalar (endometriomalar)

- Tuxumdon shaklidagi endometrioza rivojlanadi;
- Ichida quyuq **“shokoladga o‘xshash”** tarkib bo‘ladi (bu — parchalanib ketgan qon);
- Ko‘pincha surunkali **chanoq og‘rig‘i va bepushtlik bilan kechadi**;
- Agar kattalashgan bo‘lsa yoki dorivor davolash samara bermasa, jarrohlik davolash talab etiladi.



Rasm 8.8. Endometrioid kista yoki shokolad kistasi.

Paraovarial kistalar

- Embrional tuzilmalar (qo‘shimcha nay) qoldiqlaridan kelib chiqadi.
- Bachadonning keng bog‘lamlari orasida, tuxumdon to‘qimasi tashqarisida joylashadi.
- Sekin o‘sadi, hayz sikli bilan bog‘liq emas.
- Katta o‘lchamlarda bo‘lsa, jarrohlik yo‘li bilan olib tashlanishi mumkin.

Teka-lyutein kistalari

- Xorionik gonadotropin tomonidan tuxumdonlarning giperstimulyatsiyasi bilan bog‘liq (masalan, pufaksimon sersuvlik yoki ko‘p homilalik homiladorlikda).
- Ko‘pincha ikki tomonlama va yirik bo‘ladi.
- Asosiy sabab bartaraf etilgach, orqaga qaytishi mumkin.

Polikistoz tuxumdonlar

- Tuxumdon periferiyasida ko‘plab mayda follikulyar kistalar bilan xarakterlanadi.
- Polikistoz tuxumdonlar sindromi (PTSYA) tarkibiga kiradi.
- Hayz siklining buzilishi, giperandrogeniya, bepushtlik bilan kechadi.

Tuxumdon stromasining giperplaziyasi

- Virilizatsiya sindromlari (masalan, postmenopauzada) bilan kuzatilishi mumkin.
- Androgenlar ishlab chiqarilishini kuchaytiradi.
- Diagnostika, odatda, gistologik tekshiruv asosida qo‘yiladi.

Bobga savollar

I. Yopiq test savollari (bitta to‘g‘ri javobni tanlang)

1. Quyidagi omillardan qaysi biri yaxshisifatli tuxumdon o'smalarining rivojlanishida asosiy rolga ega?

- A) Giperestrogeniya
- B) surunkali endometrit
- C) qandli diabet

| An A.V.

2. Quyidagi qaysi belgi yomon sifatli tuxumdon o'smalariga xos bo'lgan belgi hisoblanadi?

- A) qorin hajmining oshishi, assit
- B) to'lg'oqsimon og'riqlar
- C) ko'p qon ketishi

3. Quyidagilardan qaysi biri yomon sifatli tuxumdon o'smalarining onkomarkeri hisoblanadi?

- A) CA-125
- B) Progesteron
- C) HCG

4. Yomon sifatli o'smalarni aniqlash uchun qaysi diagnostika usuli eng aniq ma'lumot beradi?

- A) biopsiya bilan laparoskopiya
- B) chanoq bo'shlig'i MRT
- C) chanoq bo'shlig'i a'zolarining ultratovush tekshiruvi

5. Tuxumdonning jinsiy to'qimalaridan qaysi turdagi o'smalar rivojlanadi?

- A) Teratoma
- B) endometrioid o'simta
- C) seroz sistadenoma

6. Tuxumdonning yaxshi sifatli o'simtasiga xos belgini ko'rsating?

- A) aniq chegaralar bilan cheklangan o'sish
- B) tez metastazlanish
- C) invaziv o'sish

7. Tuxumdonlarning yaxshi sifatli o'smalariga xos qanday asoratlar mavjud?

- A) o'simta oyog'ining buralishi
- B) bachadonning teshilishi

C) qo'shni organlarga o'sib kirishi

8. Xavfli tuxumdon o'smalarining dastlabki bosqichlarida qanday asosiy davolash usuli qo'llaniladi?

A) Jarrohlik

B) Kimyoterapiya

C) Radioterapiya

9. Tuxumdon saratoni metastazlari qaysi to'qimalarga ko'proq ta'sir qiladi?

A) qorin parda, jigar, o'pka

B) limfa tugunlari, buyraklar, ichak

C) yurak, mushaklar, teri

II. Ochiq savollar (batafsil javob talab qilinadigan topshiriqlar).

1. Tuxumdonlarning yaxshi sifatli va yomon sifatli o'smalarining asosiy klinik ko'rinishini tasvirlab bering.

2. Tuxumdon o'smalarining rivojlanishiga qanday xavf omillari ta'sir qiladi?

3. Tuxumdonlarning yaxshi sifatli va yomon sifatli o'smalari o'rtasida differentsial tashxis qanday amalga oshiriladi?

4. Xavfli tuxumdon o'smalarini davolashda qanday bosqichlar mavjud?

5. Tuxumdon o'smalarini tashxislashda CA-125 onkomarkerining rolini tushuntiring.

III. Vaziyat vazifalari

Masala №1

58 yoshli ayol qorinning pastki qismida og'irlik va og'riq hissi, qorin dam bo'lishi, ishtahaning pasayishi, umumiy zaiflikga shikoyat qildi. So'nggi bir oy ichida qorin hajmining oshishi kuzatildi. Anamnezida : menopauza 8 yildan beri . Tekshiruvda: qorinning pastki qismi palpatsiyasida o'simtaga o'xshash hosila seziladi. Rivojlangan assit. Ultratovush tekshiruvda: ikkitomonlama tuxumdonning hajmli hosilalari bo'lib va ularning notekis konturliligi, giperexogen qo'shimchalar bilan birgalikda o'rtacha qon oqimi mavjudligi kuzatildi CA-125 darajasi — 890 Tb/ml.

| **An A.V.**

1. Dastlabki tashxis nima?
2. Tashxis qo'yishda qaysi bosqichlar tashxisni tasdiqlashga yordam beradi?
3. Davolashda asosiy yondashuvlari qanday?

Masala №2

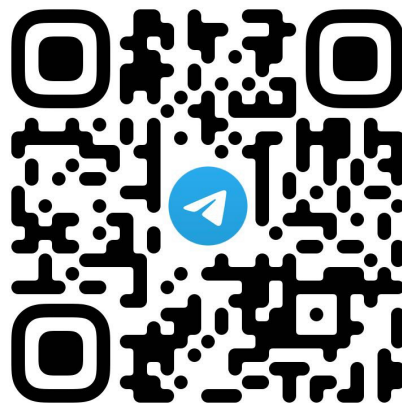
25 yoshli bemor 4 soat oldin boshlangan o'ng yonbosh sohasidagi o'tkir og'riqdan shoshilinch shikoyat qilib keldi. Og'riq ko'ngil aynish, holsizlik va sovuq ter bilan birgalikda kuzatiladi. Anamnezida: hayz siklining tartibsizligi kuzatilgan. Tekshiruvda: taxikardiya, qorinning pastki qismida o'ng tomonda aniq og'riq, qorin old devorining zuriqishi. Ultratovush tekshiruvida: diametri 8 sm bo'lgan o'ng tuxumdonning yumaloq gipoexogen hosilasi mavjud bo'lib, qon oqimining ushbu hosilaga sezilarli darajada kamayishi kuzatiladi.

1. Qanday tashxis qo'yish mumkin?
2. Qanday shoshilinch choralar ko'rish kerak?
3. Davolash usullarini keltiring?

Barcha qo'shimcha materiallar uchun o'z-o'zini tekshirish Telegram-kanalida mavjud:

<https://t.me/+UIFVjMi2x6oxZGEy>

Yoki QR-kodni skanerlashingiz mumkin:



Bob №9. Ayol jinsiy a'zolarining rivojlanish anomaliyalari va noto'g'ri joylashuvi

9.1. Ayol jinsiy a'zolarining rivojlanish anomaliyalari

Rivojlanish anomaliyalari — bu reproduktiv tizim tuzilmalari rivojlanishining tug'ma nuqsonlari bo'lib, ko'pincha embriogenez davrida Müller (paramezonefral) yo'llarining birikishi, rezorbsiyasi yoki differensiasiyasining buzilishi bilan bog'liq. Bu buzilishlar bachadon, qin, naylar va tashqi jinsiy a'zolari qamrab olishi mumkin. Ko'pincha siydik chiqarish tizimi nuqsonlari bilan birga uchraydi.

Klassifikatsiya va shakllar:

1. Aplaziya va agenezya

- **Bachadon va qinning ageneziasi** (Rokitanskiy–Kyuster–Hauzer sindromi) — 46,XX karyotipiga ega bo'lgan, faol ishlaydigan tuxumdonlari saqlanib qolgan holda bachadon va qinning yuqori 1/3 qismining to'liq yo'qligi.
- **Klinikasi:** birlamchi amenoreya, jinsiy aloqaning mumkin emasligi, ko'krak bezlari va soch o'sishining normal rivojlanishi.
- **Davolash:** jinsiy hayot uchun — neovaginoplastika; farzand ko'rish uchun — yordamchi reproduktiv texnologiyalar (surrogat ona).

2. Gipoplaziya (infantilizm)

- Bachadon, bo'yin va qinning yetarlicha rivojlanmasligi; ko'pincha tuxumdon gipofunksiyasi bilan birga keladi.
- **Klinikasi:** amenoreya, bepushtlik, dismenoreya.
- **Davolash:** gormonterapiya, qin plastikasini o'tkazish, davolovchi jismoniy mashqlar (LFK).

3. Müller yo'llarining birikish nuqsonlari

- **Ikki shoxli bachadon (uterus bicornis)** — yo'llarning to'liq birikmasligi, ikki bachadon bo'shlig'i.
- **Egri bachadon (sedlovidnaya matka)** — o'rtacha darajadagi birikish nuqsoni.
- **Bachadon bo'luvchi to'siq (septum)** — yo'llar orasidagi to'siqning rezorbsiyasi buzilishi.

| An A.V.

- **Ikki bachadon va ikki qin (uterus didelphys)** — to‘liq birikmaslik: ikkita bachadon, ikkita bo‘yin, ikkita qin.
- **Klinikasi:** bepushtlik, odatdagi homila tushishi, og‘riqli hayz.
- **Diagnostika:** UZI, MRT, gistérosalpingografiya, laparoskopiya.
- **Davolash:** jarrohlik yo‘li bilan tuzatish (gistéroskopik to‘siq rezeksiyasi, metroplastika).

4. Atreziya (qinning, bachadon bo‘ynining)

- Yo‘llarning shakllanmasligi yoki devorlarining yopishib qolishi natijasida o‘tkazuvchanlikning buzilishi.
- **Klinikasi:** kriptomenoreya (yashirin hayz), siklik og‘riqlar, hematometra (bachadon bo‘shlig‘ida qon yig‘ilishi).
- **Davolash:** o‘tuvchanlikni tiklash uchun jarrohlik.

9.2. Ayollarning jinsiy a‘zolarining noto‘g‘ri joylashuvi

Ayollarning jinsiy a‘zolarining noto‘g‘ri joylashuvi — bu bachadon va qin (vagina)ning kichik chanoq bo‘shlig‘ida normal anatomik holatidan og‘ishi bilan tavsiflanadigan holatlar bo‘lib, ular tug‘ma yoki orttirilgan bo‘lishi mumkin. Klinik jihatdan eng muhim holatlar bu bachadonning siljishi va chanoq a‘zolarining prolapsidir.

1. Bachadonning siljishlari

Retroflexia (bachadonning orqaga egilishi)

Bachadon tanasining bo‘yin qismiga nisbatan orqaga og‘ishi. Tug‘ma bo‘lishi mumkin yoki yallig‘lanish kasalliklari, operatsiyalar, tug‘ruqlardan so‘ng paydo bo‘ladi.

Belgilar:

- Bel va pastki qorin sohasida og‘riq;
- Og‘riqli hayz ko‘rish (dismenoreya);
- Dispareuniya (jinsiy aloqa vaqtida og‘riq);
- Homilador bo‘lishda muammolar.

Davolash: Ko‘pincha davolash talab qilinmaydi. Agar simptomlar bo‘lsa — fizioterapiya, terapevtik gimnastika; og‘riqli sindrom yoki bepushtlikda — jarrohlik muolajalar.

Anteflexia va giperoanteflexia

Bachadonning oldinga haddan tashqari egilishi. Ko‘pincha normaning bir varianti hisoblanadi, ayniqsa ozg‘in ayollarda.

Taktika:

Simptomsiz holatda — faqat kuzatuv. Davolash shart emas.

Lateroflexia (yon tomonga og‘ish)

Bachadonning bir tomonga og‘ishi. Odatda, bitishmalar, o‘smalar yoki rivojlanish nuqsonlari bilan bog‘liq.

Ko‘rinishlar:

Odatda simptom bermaydi, aksariyat holatlarda UTT paytida tasodifan aniqlanadi.

2. Bachadon va qinning tushishi yoki to‘liq chiqib ketishi

(Chanoq a‘zolari prolapsi)

Bu holat bachadon, oldingi va/yo orqa qin devorlari fiziologik holatga nisbatan pastga siljib, og‘ir hollarda jinsiy yoriqdan tashqariga chiqib ketishidir.

Prolaps darajalari:

- **I daraja:** bachadon bo‘yni qin kirishiga yaqinlashadi, lekin tashqariga chiqmaydi.
- **II daraja:** bachadon bo‘yni zo‘riqishda jinsiy yoriqdan tashqariga chiqadi.
- **III daraja:** bachadon va qin devorlarining to‘liq chiqib ketishi.

Hamroh holatlar:

- **Tsistocele** – qin old devorining pufak bilan birga chiqib ketishi;
- **Rektocele** – qin orqa devorining to‘g‘ri ichak bilan birga chiqib ketishi;
- **Enteroccele** – ichak ilgaklari bilan birga qinning chiqib ketishi.

Klinik belgilari:

- Qin ichida bosim, “begona tana” hissi;

| An A.V.

- Yurganda va jinsiy aloqada og‘riq va noqulaylik;
- Siydik chiqarishda buzilishlar (dimlanish yoki siydik ushlay olmaslik);
- Ichakda chiqish muammolari;
- Surunkali vaginitlar va uretritlar.

Sabablari:

- Chanoq mushaklarining zaifligi;
- Ko‘p marta tug‘ruq (ayniqsa jarohatli);
- Menopauzada estrogen yetishmovchiligi;
- Semizlik, og‘ir jismoniy mehnat;
- Surunkali yo‘tal, qabziyat.

Davolash:

Konservativ:

- Kegel mashqlari (chanoq tubi mushaklarini mustahkamlash);
- Pessariylar qo‘llash (mexanik qo‘llab-quvvatlash);
- Menopauzada gormonal o‘rinbosar davolash.

Jarrohlik:

- Chanoq tuzilmasini tiklash (kolpoperineolevatoroplastika);
- Gisteropeksiya yoki histerektomiya (agar prolaps og‘ir bo‘lsa va farzand ko‘rish rejalari bo‘lmasa);
- Hozirgi zamonda kam invaziv usullar qo‘llaniladi (laparoskopiya, vaginal kirish, to‘r implantlari).

9.3. Tug‘ma anomaliyalar umumiy jihatlari

Jinsiy a‘zolar rivojlanishining anomaliyalar etiologiyasi va patogenezi

Tug‘ma anomaliyalar quyidagi omillar natijasida rivojlanadi:

- Müller (paramezoneftral) kanallari rivojlanishining buzilishi;

- Ularning birlashish yoki to‘siq (pergoda) rezorbsiyasi (so‘rilish)dagi nuqsonlar;
- Embrional rivojlanishning to‘xtashi yoki kechikishi;
- Genetik va xromosomal buzilishlar (masalan, Shereshevskiy–Turner sindromi, androgenital sindrom);
- Homiladorlik davrida intrauterin infeksiyalar;
- Gestatsiyaning kritik bosqichlarida teratogen omillar (dori vositalari, toksinlar, radiatsiya) ta’siri.

Ko‘pchilik tug‘ma anomaliyalar patogenezi bachadon, qin (vagina) va siydik chiqarish tizimi a‘zolari rivojlanishidagi koordinatsiya buzilishi bilan bog‘liq. Shu sababli bu a‘zolar anomaliyasi ko‘pincha birgalikda uchraydi.

Klinik ko‘rinishlari va xususiyatlari

Simptomlarning og‘irligi anomaliyaning turiga bog‘liq:

- Yengil formalar (masalan, sedlovid bachadon, retroflexia) simptomlarsiz kechishi mumkin.
- Hayz sikli buzilishlari: birlamchi amenoreya, kriptomenoreya, dismenoreya.
- Bepushtlik, doimiy ravishda homila yo‘qotish — bu odatda pergoda (pergoda bilan ajralgan), ikki shoxli yoki bir shoxli bachadonlarda kuzatiladi.
- Pastki qorin sohasida og‘riqlar — retroflexia yoki obstruktiv anomaliyalarda.
- Jinsiy aloqada qiyinchilik — qinning ageneziasini yoki qo‘pol pergoda mavjudligida.
- Homiladorlik va tug‘ruqdagi asoratlari: noto‘g‘ri joylashuv (predlejanie), erta tug‘ruq, kesarcha kesish zaruriyati.

Diagnostika

- **UTT (USI)** — kichik chanoq a‘zolari (transabdominal va transvaginal) — asosiy skrining usuli.
- **Kichik chanoq MRT** — bachadonning ichki tuzilishini aniqlashda "oltin standart".

| An A.V.

- **Gisterosalpingografiya (GSG)** — bachadon bo'shlig'i shakli va naylarning o'tkazuvchanligini aniqlash.
- **Gisteroskopiya va laparoskopiya** — tashxis va jarrohlik davolash maqsadida qo'llaniladi.
- **Kariotiplash** — xromosoma anomaliyalari gumon qilinganda tavsiya etiladi.
- **Buyraklar UTT** — barcha muller anomaliyalarida shart, chunki siydik tizimi bilan bog'liq anomaliyalar ko'p uchraydi.

Davolash

Davolash yondashuvi quyidagilarga bog'liq: nuqson turi, bemor yoshi, simptomlar darajasi va reproduktiv rejalari.

- **Konservativ yondashuv** — simptom bermaydigan hollarda.
- **Jarrohlik korreksiya:**
 - Gisteroskopik usulda bachadon ichki pergodasini rezeksiya qilish;
 - Ikki shoxli bachadonda metropastika (Strassman usuli va boshqalar);
 - Qinning aplaziyasi bo'lsa — neovaginoplastika (Adamyman, McIndoe, sigmaplastika usullari).
- **Reproduktiv texnologiyalar:**
 - **EKO (in vitro urug'lantirish), surrogat onalik** — bachadon ageneziasini va sog'lom tuxumdonlar mavjud bo'lsa.

Bobga savollar

I. Yopiq test savollari (bitta to'g'ri javobni tanlang)

1. Bachadon aplaziyasi qanday rivojlanish anomaliyasiga mansub?

- A) bachadonning to'liq yo'qligi
- B) ikki shoxli bachadon
- C) bachadon bo'yni torayishi

2. Bachadon retroversiyasiga xos bo'lgan belgi nima?

- A) bachadon tanasining orqaga burilishi

B) bachadonning uzunlamasına o'qi atrofida aylanishi

C) bachadon tushushi

3. Vaginal aplaziya uchun xos eng maqul diagnostika usuli nima?

A) chanoq bo'shlig'i a'zolarining ultratovush tekshiruvi

B) Laparoskopiya

C) chanoq bo'shlig'i a'zolarining MRI

4. Bachadonning ikkilanishi qanday rivojlanish anomaliyasi hisoblanadi?

A) paramesonefral kanallarning birlashishining buzishi

B) bachadon bo'yni kanalining torayishi

C) endometriyning rivojlanmaganligi

5. Ikki shoxli bachadonga qanday asoratlar kuzatiladi?

A) bepushtlik va homila tutaolmaslik

B) Endometrit

C) chanoq bo'shlig'i a'zolarining tushishi

6. Qanday tug'ma nuqson hayz ko'rganda qonining qinda to'planishi bilan birga kechadi?

A) Gematokolpos

B) bachadon bo'yni aplaziyasi

C) qinning ikkilanishi

7. Ayollarda bachadon retrofleksiyasining asosiy sababi nima hisoblanadi?

A) surunkali yallig'lanish kasalliklari

B) tug'ma rivojlanish nuqsoni

C) ortiqcha vazn

8. Bachadonning oldingga egilishi nima deb ataladi?

A) Giperantefleksiya

B) Giperretrofleksiya

| **An A.V.**

C) Retroverziya

9. Qin ageneziasini uchun qanday asosiy davolash usuli qo'llaniladi?

A) plastik jarrohlik

B) dori-darmonlar bilan davolash

C) Fizioterapiya

II. Ochiq savollar (batafsil javob talab qilinadigan topshiriqlar).

1. Ayol jinsiy a'zolarida uchraydigan asosiy anomaliyalarni yozing va ularning sabablari nimada?
2. Bachadonning noto'g'ri joylashishini aniqlashning asosiy usullarini aytib bering.
3. Bachadon retrofleksiyasining klinik ko'rinishini va uni davolash usullarini tavsiflang.
4. Bachadon va qinning tug'ma anomaliyalari bilan qanday asoratlarni paydo bo'lishi mumkin?
5. Bachadon va qin aplaziasini bo'lgan bemorlarni davolashning hozirgi zamonaviy usullari qanday?

III. Vaziyat vazifalari

Masala №1

19 yoshli bemor hayz siklining yo'qligi, qorinning pastki qismidagi og'riqlar va jinsiy aloqa qila olmasligiga shikoyat qildi. Ikkilamchi jinsiy belgilar odatdagidek rivojlangan: sut bezlari ayollarga xos rivojlangan, chov va qo'ltiq ostidagi tuklanishlar odatdagidek. Tekshirilganda tashqi jinsiy a'zolar to'g'ri shakllangan. Chanoq bo'shlig'i ultratovush tekshiruvida bachadon va qinning yuqori uchdan bir qismining yo'qligi aniqlandi. KT tekshiruvida: ikkala tuxumdon ham normal o'lcham va tuzilishga ega.

1. Qanday tashxis qo'yish mumkin?
2. Qanday tadqiqotlar tashxisni tasdiqlashga va boshqa patologiyalarni istisno qilishga yordam beradi?
3. Davolashning asosiy bosqichlari, shu jumladan qanday psixologik berish mumkin?

Masala №2

28 yoshli ayol qorinning pastki qismidagi siklik to'rg'oqsimin og'riqga va hayz sikliga mos kelmaydigan surtiluvchi qonli ajralmalarga shikoyat qildi. Anamnezida: birlamchi bepushtlik. Chanoq bo'shlig'i ultratovush tekshiruvida: bachadonning ikkillanishi aniqlandi, o'ng shoxda endometriyning qalinlashishi, suyuqlik to'planish belgilari (gematometra) mavjud. Chap shox esa qin bilan bog'langan bo'lib, uning tuzilishi va endometriy tuzulishida hech qanday patologik o'zgarishlarsiz.

1. Qanday tashxis qo'yish mumkin?
2. Qanday diagnostika usullari vaziyatni aniqlashga yordam beradi?
3. Belgilarni bartaraf etish va reproduktiv funksiyani tiklash uchun davolash bosqichlarini ayting?

Masala №3

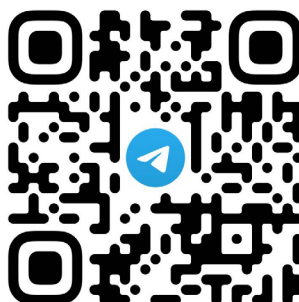
34 yoshli ayol hayz ko'rganda va jinsiy aloqa vaqtidagi kuchayib borayotgan surunkali chanoq bo'shlig'i sohasidagi og'riqlarga shikoyat qildi. Shuningdek, tog'ri ichakdagi og'irlik hissi va qabziyat qayd etiladi. Anamnezida: ikki marotaba bachadondan tashqari homiladorlik, o'ng tuxumdonning jarrohlikdan keyingi holati. Ginekologik tekshiruvda: retrofleksiya holatidagi bachadon, harakatsiz, palpatsiya paytida og'riqli. Chanoq bo'shlig'i ultratovush tekshiruvida: bachadon va bachadon ortiqlaridagi giperexogen hosilalar, qorin parda orqa ravoqining qalinlashishi.

1. Taxminiy tashxis?
2. Qanday diagnostik usullar vaziyatni aniqlashga yordam beradi?
3. Davolash bosqichlarini sanang?

Barcha qo‘shimcha materiallar uchun o‘z-o‘zini tekshirish Telegram-kanalida mavjud:

<https://t.me/+UIFVjMi2x6oxZGEy>

Yoki QR-kodni skanerlashingiz mumkin:



TESTLARGA JAVOBLAR

Bob №1. Normal hayz sikli va uning regulyatsiyasi

Testlar: 1 — b; 2 — a; 3 — a ; 4 — b; 5 — b; 6 — a; 7 — b; 8 — c; 9 — a;

Bob №2. Menstrual sikl buzilishlari.

Testlar: 1 — b; 2 — c; 3 — b; 4 — c; 5 — b; 6 — a; 7 — b; 8 — d; 9 — a;

Bob №3. Bachadondan anomal qon ketishi.

Testlar: 1 — b; 2 — b; 3 — c; 4 — b; 5 — a; 6 — b; 7 — d; 8 — a; 9 — b;

Bob №4. Homiladorlikning birinchi yarmidagi qon ketishlar

Testlar: 1 — b; 2 — a; 3 — a; 4 — a; 5 — c; 6 — b; 7 — c; 8 — b; 9 — a;

Bob №5. Nospesifik etiologiyali ayollar jinsiy a'zolari yallig'lanish kasalliklari.

Testlar: 1 — b; 2 — c; 3 — c; 4 — a; 5 — c; 6 — a; 7 — b; 8 — a; 9 — b;

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

Testlar: 1 — a; 2 — c; 3 — a; 4 — d; 5 — b; 6 — b; 7 — a; 8 — b; 9 — a;

Bob №7. Bachadon miomasi.

Testlar: 1 — c; 2 — b; 3 — a; 4 — b; 5 — a; 6 — c; 7 — a; 8 — c; 9 — a;

Bob №8. Tuxumdonlarning o'smalari: Yaxshi sifatli va yomon sifatli.

Testlar: 1 — a; 2 — a; 3 — a; 4 — a; 5 — a; 6 — a; 7 — a; 8 — a; 9 — a;

Bob №9. Ayol jinsiy a'zolarining rivojlanish anomaliyalari va noto'g'ri joylashuvi

Testlar: 1 — a; 2 — a; 3 — c; 4 — a; 5 — a; 6 — a; 7 — a; 8 — a; 9 — a;

GLOSSARIY

- 1. Abort** - homila bachadondan tashqarida yashashga qodir bo'lgunga qadar homiladorlikning tugashi
- 2. Adenomiyo**z - 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 disbiyo**z - 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. Ekskretsia** - suyuqlik yoki moddaning organizmdan chiqishi
- 16. Estrogenik omillar** - ko'krak bezi saratoni rivojlanishiga yordam beruvchi omillar
- 17. Endometrio**z - 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. "Comprehensive Gynecology" by Rogerio A. Lobo, David M. Gershenson, Gretchen M. Lentz-2021-book
2. "Williams Gynecology" by Barbara L. Hoffman, John O. Schorge, Karen D. Bradshaw-2020-book
3. "Te Linde's Operative Gynecology" by Howard W. Jones III MD, John A. Rock MD-2021-book
4. "Novak's Gynecology" by Jonathan S. Berek-2022-book
5. "Current Diagnosis & Treatment Obstetrics & Gynecology" by Alan H. DeCherney, Lauren Nathan, T. Murphy Goodwin-2022-book
6. "Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility" by Marc A. Fritz, Leon Speroff-2018- book
7. "Hacker & Moore's Essentials of Obstetrics and Gynecology" by Neville F. Hacker, Joseph C. Gambone, Calvin J. Hobel-2019- book
8. "Williams Obstetrics" by F. Gary Cunningham, Kenneth J. Leveno, Steven L. Bloom, Catherine Y. Spong-2018-book
9. "Dewhurst's Textbook of Obstetrics and Gynaecology" by Keith Edmonds-2018- textbook
10. "Obstetrics and Gynecology" by Charles R.B. Beckmann, William Herbert, Barbara M. Barzansky-2019- book
11. "Акушерство и гинекология: национальное руководство" - В.И. Кулаков, В.П. Радзинский, Е.А. Яценко-2022- книга
12. "Гинекология: национальное руководство" - В.И. Кулаков, Е.А. Яценко, А.В. Кулаков-2022-книга
13. "Диагностика и лечение заболеваний женской репродуктивной системы" - В.С. Савельева, И.А. Лазарева-2018-книга
14. "Оперативная гинекология" - Л.А. Адамян, Г.Г. Коршунов, А.А. Кузнецов-2016-книга
15. "Гинекология: учебник для медицинских вузов" - А.П. Рудакова, М.Ю. Баранова-2018- книга

O'QUV ADABIYOTINING NASHR RUXSATNOMASI

O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi
Toshkent tibbiyot akademiyasi rektorining 2025 -yil
5-fevral dagi 251 -sonli buyrug'iga asosan

A.V.An

(umumiy (lar) familiyasi, ismi, shartli)

60910200 - Davolash ishi

(ta'lim yo'nalishi (mutaxassisligi))

ta'lim yo'nalishi _____ **ning**

talabalari uchun tavsiya etilgan

Ginekologiya

(o'quv adabiyotining nomi va turi: darslik, o'quv qo'llanma)

O'quv qo'llanma _____ **ga**

O'zbekiston Respublikasi Vazirlar Mahkamasi
tomonidan litsenziya berilgan nashriyotlarda nashr
etishga ruxsat berildi.



Rektor _____ **A.K.Shadmanov**

Ro'yxatga olish raqami
2025-028



O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI
SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI

NASHR RUXSATNOMASI

