

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИКНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

7 КУРСАКУШЕРЛИК ВА

ГИНЕКОЛОГИЯ КАФЕДРАСИ

МАЪРУЗА МАВЗУСИ:
ГИНЕКОЛОГИЯДА БАЧАДОНДАН
КОН КЕТИШИ

(даволаш ва тиббий-педагогика факультети
талабалари учун)

маърузачи: катта ўқитувчи М.Т.Хамдамова

БУХОРО

**Маъруза мавзуси: Гинекологияда бачадондан қон кетиш.
ЎҚИТИШ ТЕХНОЛОГИЯСИ**

Талабалар сони- 25-26	Вақт – 2 соат
Ўқув машғулоти шакли	Маъруза - презентация
Маъруза режаси	1. Ҳайз цикли бузилишлари таснифини бериш 2. Ҳайз цикли бузилишларида ташхислаш ва олиб боришнинг замонавий усуллари муҳокама қилиш 3. Қиндан қон кетиши билан кузатиладиган гинекологик касалликлар ҳақидаги билимларни шакллантириш 4. Бачадондан дисфункционал қон кетишини ташхислаш ва даволашни ўргатиш
<i>Мақсад:</i> ҳайз цикли бузилишига олиб келадиган ўзгаришлар, функционал ташхислаш тестлари, ҳайз цикли бошқарилиши хусусиятлари ҳақидаги билимлар асосида талабалар - бўлажак умумий амалиёт шифокорларига ташхислаш хусусиятлари, даволаш асослари, профилактика ва реабилитациясини ўргатиш	
<i>Ўқитувчининг вазифалари:</i> 1. Ҳайз цикли бузилишлари ҳақида билимларни шакллантириш 2. Ҳайз цикли бузилишларида функционал ташхислаш тестларини ўтказишни ўргатиш 3. Талабаларга ҳайз цикли бузилишларини ташхислашни ўргатиш 4. қиндан қон кетишда шошилиш тиббий ёрдам кўрсатиш.	<i>Ўқув фаолияти натижаси:</i> Талаба билиш лозим: 1. Ҳайз цикли бузилишларига олиб келувчи омиллар 2. функционал ташхислаш тестларини ўтказиш усуллари 3. Ҳайз цикли бузилишларини ташхислаш ва шошилиш ёрдам кўрсатиш 4. Бачадондан дисфункционал қон кетишида гормонал ва хирургик гемостаз ўтказишни билиш
Ўқитиш усул ва техникаси	Маъруза – визуализация, презентация, техника: блиц-сўров, фокусловчи саволлар, техника «ҳа-йўқ»
Ўқитиш воситалари	Лазерли проектор, визуал материаллар, ахборот воситалари
Ўқитиш шакли	Коллектив
Ўқитиш шароити	Аудитория, ўқитиш техник воситалари

МАЪРУЗА МАШГУЛОТИНИНГ ТЕХНОЛОГИК ХАРИТАСИ

[illegible]

Бачадондан кон кетиши. УАШнинг тактикаси.

Кон кетиши ва хайз цикли бузилиши – 4%да УАШга мурожаат қилишга сабаб бўлади.
Асосий маълумотлар

! 20% туғиш ёшидаги аёллар куп хайз келишига шикоят қиладилар, бироқ уларнинг ярмида хайз циклининг бузилиши аникланади.

! Хайз кунларида нормада 30-40мл кон йукотилади

! Гиперполименорея – 80 мл

! Кон кетишлар:

- Дисфункционал
- Органик (миома, кон касалликлари)

Кон кетиш сабаблари

! Бачадондан ташкари хомиладорлик

! Уз-уздан хомила тушиши

! Трофобластик касаллик

Кон кетиш анемияга олиб келади.

Хайз цикли бузилиши. Хайз цикли давомийлиги узгариши.

! Хайз цикли узайиши (35 кундан куп) – опсоменорея

! Хайз цикли қисқариши (21 кундан кам) - пройоменорея

Хайз давомида кетган кон микдорининг узгариши

! Куп микдорда хайз келиши (>80 мл) – гиперменорея

! Кам микдорда хайз келиши (<20 мл) - гипоменорея

Хайз давомийлигининг узгариши

! Хайз узайиши – полименорея

! Хайз қисқариши – олигоменорея

! Хайз микдори ва куни узайиши – гиперполименорея

! - опсоменорея

Меноррагия

➤ Сабаби:

- Функционал (Ановуляция)
- Органик (миома матки, кон касалликлари, эндометриоз, эндометрий полипи)

➤ Шикоят:

• куп микдорда кон кетиши

• Огрик - альгоменорея (эндометриоз, яллигланиш касалликлари)

Ташхислаш

! Анамнез

! Менограмма (календар)

! Чекиши (чекувчи аёлларда ХЦБ 5 марта куп учрайди

! Гинекологик курик

• Бачадон буйини кузгуда (цервицит, эрозия, псевдоэрозия, полип)

• Бимануал текшириш

• Цитологик текширишга суртма олиш

• Кон тахлили

• Гистероскопия, диагностик кириш, биопсия

• УТТ

• Лапароскопия

Таккослама ташхис

! Хомиладорлик

! АОКларнинг асорати

! Жинсий аъзолар жарохати

! Кон касалликлари

! Эндокрин касалликлар

! Хавфли усмалар

Бачадондан дисфункционал кон кетиш (БДК)

БДК – жинсий аъзолардаги органик узгаришлар билан боглик булмаган кон кетиш булиб, гонадотроп ва тухумдон горионларининг ишлаб чикилиши ва ритми билан боглик кон кетиши

Учраш сони – 10-15% (гинекологик касалликлар ичида)

Этиологияси

! Рухий омиллар

! Аклий ва жисмоний чарчаш

! Уткир ва сурункали инфекция

! Бачадон ортиклари яллигланиши

! Бошка безлар фаолиятининг бузилиши

! Етарли овкатланмаслик ва витаминлар етишмаслиги

Патогенези

! Фолликула ривожланиш жараёни бузилади

! Организмга узок вакт эстрогенлар таъсир килади

! Овуляция бузилади

! Сарик тана булмайди

БДК хар хил ёшда учрайди

! Ювенил – жинсий етилиш даврида 20 ёшгача – 20-25%

! Жинсий етилган даврда – 20-40 ёшда -15-20%

! Климактерик даврда – 40 ёшдан менопаузагача – 50-60%

Клиник турлари

➤ **Циклик:**

• Овулятор

• Ановулятор

➤ **Ациклик**

• Гипергормонал

• Гипоэстроген

• Атипик

Ановулятор БДКда фолликулалар етилиши 2 хил куринишда бузилади

! Фолликулалар персистенцияси

! Фолликулалар атрезияси

Клиникаси

➤ **Персистенция:**

! хайз 1-2 хафтадан 8 хафтагача кеч колади

! Куп имкдорда кон кетади

! Киска вакт кон кетади

➤ **Атрезия:**

! Хайз 3-4 хафтага кеч колади

! Кам микдорда кон кетади

! Узок вакт давом этади (1-2 ой)

Ташхислаш

	Персистенция	Атрезия
Базал харорат	монофазали	монофазали
«Корачик» симптоми	++	+
«Папоротник» симптоми	+++	++; ++
Шиллик чузилиши	10-12 см	3-4 см
Эндометрий гистологияси	Гиперплазия, мутлак гиперэстрогения	Безли-кистоз гиперплазия, нисбий гиперэстрогения

Ювенил БДКни даволаш (фолликула атрезияси)

➤ Консерватив:

- Утеротониклар (окситоцин)
- Кальций хлор 10%-10,0
- Викасол 2,0 м\о
- Гемотрансфузия, альбумин
- Антианемик воситалар
- Витаминлар

Гормонал гемостаз

Фолликулин 10000дан хар 2-3 соатда м\ога суткасига 50000, хар куни дозаси камайтирилиб, 10000, 5000га туширилади ва хайзнинг 14 кунигача давом эттирилади.

Сунг прогестерон 1%-1,0 м\ога хайзнинг 26 кунигача.

Кейинги боскичда:

1-фазада эстроген, витамин В1 ёки рух

2-фазада прогестерон, витамин С ёки мис.

Репродуктив ёшдаги БДКни даволаш (Фолликула персистенцияси)

! Бачадон бушлигини кириш

! Хайзнинг 5-кунидан АОКлар 2-3 ой давомида

Климактерик БДКни даволаш (фолликула атрезияси)

! Бачадон бушлигини кириш

! Хайзнинг 5-кунидан АОКлар 1 ой давомида

! Соф гестагенлар ва андрогенлар

Хайзлараро контакт кон кетишлар

➤ Сабаби:

! Бачадон раки

! Бачадон буйни раки

! Псевдоэрозия

! Бачадон буйни полипи

! Гормонал контрацепция

! Бачадон ичи воситалари

Постменопаузада кон кетиши

Сабаблари:

- Бачадон ва бачадон буйни полипи
- Эндометрий полипи, бачадон буйни полипи
- Вульва ва кин атрофияси
- Эндометрий гиперплазияси

Тактика

Бачадонни кириш ва гистологик текшириш учун стационарга юбориш

Амалий маслахатлар

! Киндан кон кетганда биринчи навбатда хавфли усмалар йуклигини аниклаш лозим

! Контактли кон кетганда – бачадон буйни раки!

! Посменопаузада кон кетишда – бачадон танаси раки!

! Гормонал ва БИВ контрацепциялари кон кетишига сабаб булиши мумкин

! Гистерскопия – энг информатив текшириш усули хисобланади, чунки бунда кузланган биопсия килиш мумкин.

Хайз циклини бузилишлари ва бачадондан дисфункционал қон кетишига қўшунча жинсий йўл орқали юқадиган касалликлар, эндокрин бузилишлар, модда алмашинуви жараёнидаги номуносивбликлар сабаб бўлади. Шу сабабли урганилаётган патологиянинг хусусиятларини билиш учун турли билимлар, гистология, микробиология, эндокринология ват ери ва таносил касалликлари кафедраларида олиган маълумотлар захираси бўлиши лозим.

4. Машгулот мазмуни

4.1. Назарий қисм

Репродуктив системада тухумдонлар гормонал активлиги ва анатомик ўзгаришларсиз гипоталамо-гипофизар тизимда (ГГТ) функционал бузилишлар натижасида бачадондан қон кетиши, дисфункционал бачадондан қон кетиш дейилади. БДҚК жараёнида эндометрийнинг морфологик ўзгаришлари натижасида қон кетади. Овуляциянинг бўлиши ёки бўлмаслигига қараб БДҚК овулятор ва ановулятор турларига бўлинади.

Ановулятор БДҚК ациклик бўлиб, 1,5-6 ой оралиғида 10 кун давом этади. Ушбу жараён жинсий етилаётганда ва климактерияда ГГТ ва жинсий безлар функцияси шаклланаётганда, ёки тухумдонлар функцияси пасайганда содир бўлади.

Ановулятор БДҚК фолликуллар персистенцияси ва атрезиясидир.

Персистенцияда фолликуллар етилиш босқичига келади, лекин овуляция содир бўлмайди. Персистирланган фолликул эстрогенларни кўп миқдорда узок вақт ажратиб туради, бу эса эндометрий гиперплазиясига, кейин эса қон айланишининг бузилиши натижасида тартибсиз кўчиши ва некроз ўчоқларининг пайдо бўлишига олиб келади.

Фолликуллар атрезиясида етилмаган фолликулларнинг орқага қайтиши, эстрогенлар секрециясининг пасайиши, бу эса “қайтар ҳолат” қонунига асосланиб гонадотропинлар ажралишига ва янги фолликул ўсишига олиб келади. Атрезия натижасида фолликуллар етилмай ўлиши, фолликуллар етилиши ва овуляциянинг бўлишига йўл қўймади.

Ушбу турдаги хайз циклининг бузилиши БДҚК нинг ҳосилалар шаклланиши, яллиғланиш ва жинсий аъзоларнинг бошқа касалликлари билан боғлиқмас гуруҳига киради.

Ювенил қон кетиш (ЮҚК). Балоғатга етиш давридаги қизларда бачадондан қон кетиш тухумдонлар функциясининг бузилиши билан боғлиқ. ЮҚК 10%ни ташкил қилади.

Этиология ва патогенези. ЮҚК ривожланаётган организмга салбий таъсирларнинг бўлиши билан боғлиқ. Бу ҳаётнинг ёмон шароити, нотўғри овқатланиш, ўткир ва сурункали инфекциялар ва интоксикациялар, физик ва асабнинг зўриқиши, чарчаш, кўркув, чўчиш, бир пайтнинг ўзида психик ўзгаришлар, доимий психик жароҳатлар, юрак, ўпка ва бошқа аъзоларнинг патологик ҳолатлари бўлиши мумкин. Турли касалликлар ва зарарли таъсирлар организмнинг адаптацион ҳолатларини пасайтириши, жинсий аъзоларнинг фаолиятини бузилишини, шунингдек гормонал баланс ва эндометрий ҳолатини ўзгартиришига олиб келади.

ЮҚК га ановулятор типдаги қон кетиш характерлидир, яъни фолликуллар овуляция босқичига етмай етилади. Фолликуллар шаклланади, лекин етилмай регрессияга учрайди. Атрезияланган фолликуллар эрийди ва уларда узок вақт фолликуляр суюқлик (кистоз атрезия) сақланади. Доимий тухумдонларда кўп атрезияланган фолликуллар тўпланади. Фолликуллардаги тўпланган гормонлар эндометрийдаги пролиферация процессини стимуляция қилади, шунинг учун гиперплазия содир бўлади, лекин эндометрий секретор трансформацияси содир бўлмайди.

Клиникаси. ЮҚК клиника белгиси давомий, кўп, ациклик қон кетиш билан характерланади. Қон кетиш хайзнинг 1,5-4 ой ичида содир бўлиши билан характерланади. Шикоятлари ҳолсизликка, иштаханнинг йўқолиши, чарчаш, бош оғриғи, тахикардияга.

Таъхислаш. Бемор шикоятларига, умумий кўрик, ректал текширув, ультратовуш текширув, лаборатор анализ белгиларига асосланади. Пубертат даврда бачадондан қон кетиш қон касалликлари билан, тухумдон поликистози билан, бачадон миомаси билан, жинсий аъзолар ёмон сифатли ҳосилалари билан қиёсланади.

Даволаш. ЮҚК билан беморларни даволаш 2 босқичга бўлинади: 1босқич гемостаз; 2 босқич қон кетиш профилактикаси. Гемостаз усулини танлашда бемор умумий ахволини ва қон кетиш характериini инобатга олган ҳолда бўлиши лозим. Яққол бўлмаган камқонли беморларда (гемоглобин 100 г/л дан кам бўлмаганда, гематокрит 30%дан кўп) симптоматик гемостатик терапия ўтказилади. Утеротониклар (окситоцин), гемостатик препаратлар (децинон, викасол, аминакапрон, аскорутин) тавсия этилади. Симптоматик гемостатик терапия ноэфектив бўлса, гормонал гемостаз ўтказилади. Гемостаз учун эстрогенлар: микрофоллин (этинилэстрадиол) 0,5 мгдан ҳар 2-4 соатда, ёки прогестин 2 мг дан қон кетиш тўхтагунча. Суткасига 6 таблеткадан кўпайиб кетмаслиги керак. Гемостаз асосан 24 ичида намоён бўлади. Қон кетиш тўхтагач, препарат дозаси кунига 1 таблеткагача камайтирилади ва 8-10 кун давом этилади. Шундан сўнг бир ҳафта мобайнида гестагенларга ўтказилади. Норколут кунига 10 мг дан 10 кун мобайнида, дюфастон 20 мг тавсия этилади. Шундай циклик терапия 3-4 ой давом этилади.

Эстрогенлар гемостатик эффекти ГГТ таъсирини блоклайди, эндометрийда пролифератив процессларни активлаштиради ва регенерацияни тезлаштиради.

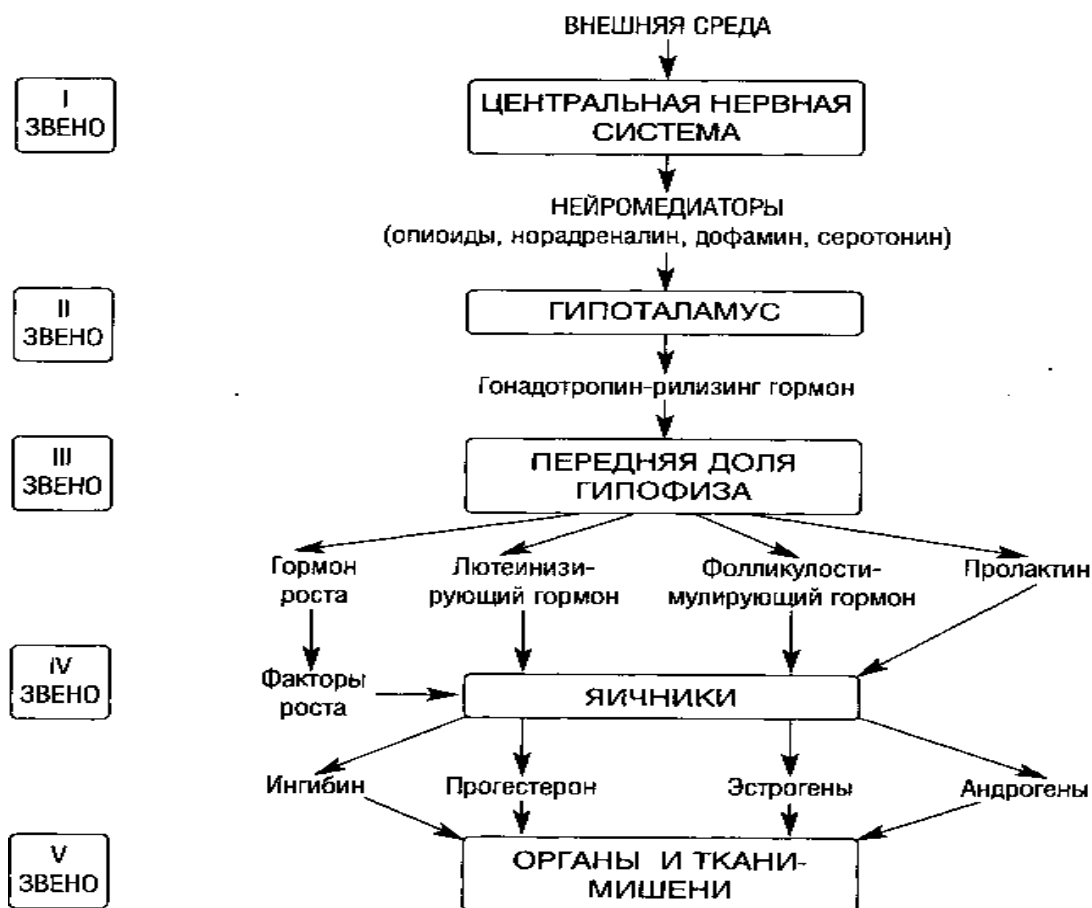
Гемостатик мақсадда монофаз эстрогенларни қўллаш мумкин – гестаген препаратлар (ригевидон, микрогинон, регулон). Ушбу препаратларни 1 таблеткадан 2 соатда, овқатдан сўнг қон кетиш тўхтагунча ичиш лозим, лекин 6 таблеткадан ошмаслиги керак. Сўнгга дозаси 1 таблеткагача пасайтирилади, 21 кун давом этирилади.

Биргаликда антианемик препаратлар тавсия этилади (темир препаратлари ичишга ёки вена ичига, витаминлар В12, В6, С, Р), шунингдек утеротониклар, кальция препаратлари тавсия этилади.

ЮҚКнинг иккинчи босқичи қон кетишнинг рецидивини профилактикасидан иборат. Профилактика мақсадида симптоматик ва гемостатик даволаш фонида гемостаздан сўнг циклик витаминотерапия ўтказиш лозим. Хайзнинг 5-кунидан 15-кунигача фолий кислотасини 1 таблеткадан 3 маҳал кунига тавсия этилади, витамин В6 5% эритмасини 1 мл дан мушак орасига, витамин Е 300мг дан кунора тавсия этилиши лозим. 16-кундан 26-кунгача аскорбин кислотаси 0,05г 2-3 маҳал кунига, Вит В1 5% эритмасини 1 мл мушак орасига тавсия этилади. Даволаш 3 ой давомида олиб борилади.

Гормонал гемостаздан кейин қон кетишнинг профилактикасида кам дозали синтетик прогестинлар (новинет, линдинет, логест) 1 таблеткадан хайзнинг 5-25- кунлари 2-3 ой давомида тавсия этилиб, витаминотерапия билан томонланади.

Хайзнинг регуляцияси учун физик факторлар: В1 ёки новокаин билан эндоназал электрофорез, электроуйқу қўлланилади. Игнарефлексотерапия, электропунктура, лазеропунктура ҳам яхши натижа беради.



Репродуктив ёшдаги БДҚК. Репродуктив ёшдаги БДҚК ҳам пубертат ёшдагига ўхшаб ациклик бачадондан қон кетиши ҳисобланиб, 1,5 - 2 ой хайз келмагач бошланади. Гипоталамо-гипофизар-тухумдон тизими функцияси циклик бузилиши гормонал гемостаз (аборт), Иценко-Кушинг касаллиги, туғруқдан кейинги семириш, эмоционал ва психик стресслар, инфекциялар, интоксикациялар, дори препаратларининг (нейролептиклар) қабул қилиш натижасида ановуляциянинг келиб чиқиши сабаб бўлиши мумкин. Репродуктив ёшдаги БДҚК да тухумдонларда фолликуллар персистенцияси содир бўлиб, эстрогенлар миқдори кўпайишига олиб келади. Овуляция бўлмагач, сариқ тана ҳам ҳосил бўлмайди ва прогестерон етишмаслик ҳолати келиб чиқади. Ушбу ҳолат абсолют гиперэстрогенияга олиб келади ва гиперпластик ўзгаришларга (безли гиперплазия) олиб келади. Қайталаниб келаётган ановуляциянинг гиперэстрогения билан бирга келиши гиперплазияга учраган эндометрийнинг атипик ўзгаришлари ва аденоматозга олиб келиши мумкин.

Клиникаси. БДҚК қон кетишнинг 10 - кунгача чўзилиши ва қон кетиш оғирлиги билан, бу эса умумий ҳолсизлик, бош оғриғи, чарчаш, АҚБнинг пасайиши, тахикардия билан намоён бўлади. Беморларнинг асосий шикоятлари хайзнинг узоқ вақт келмасдан қон кетиши, кўпинча меноррагия кузатилиши билан характерланади.

Таъхислаш. Бачадондан кетаётган бошқа қон кетишлар билан фарқлай билиш лозим, яъни бачадон миомаси, полипи, хонила тушиши, ички эндометриоз, хонила қисмларининг қолиб кетиши.

Қуйидаги комплекс текширувларни ўтказиш мақсадга мувофиқ:

- Лаборатор текширувлар (қон клиник анализи, коагулограмма)
- Функционал диагностик тестлар (базал ҳароратни ўлчаш, “қорачик” симптоми, шилликнинг чўзилиш симптоми.
- Бош миёя рентгенографияси, ЭЭГ, компьютер томографияси.
- Қон плазмасидаги гормонлар миқдорини аниқлаш,
- УТТ

- Кўрсатмага асосан терапевт, офтальмолог, эндокринолог, невропатолог, гематолог кўригини ўтказиш.

Даволаш. БДҚК билан репродуктив ёшдаги беморларни клиник белгиларига қараб даволаш белгиланади. Қон кетиш билан бемор келганда даволаш ташхислаш мақсадида бачадондан алоҳида қиринди олинади. Ушбу операция қон кетишни тўхтатади, шунингдек қириндини гистологик текшируви хайзнинг меъёрига келтириш учун терапиянинг турини белгилайди.

Даволашнинг кейинги босқичи гормонал терапия бўлиб, эндометрий ҳолати ва тухумдонлар функциясининг бузилишига қараб белгиланади. Гормонал терапиянинг мақсади: Нормал хайз циклини тиклаш, Репродуктив функцияни тиклаш, бепуштлиқда фертиллиқни тиклаш.

Қайта қон кетишни профилактикаси.

Эстроген гестаген препаратлари (регулон, ригевидон, новинет) 1 таблеткадан бачадон кириб бўлгач 5 - кундан бошлаб, 25 - кунгача, кейин 3-4 хайз давомида 5 - кундан 25-кунгача қабул қилинади. БДҚК билан репродуктив ёшдаги аёлларда кўп ҳолларда ановуляция, баъзида эса сарик тананинг етишмовчилиғи кузатилади. Гиперэстрогенияда эса (фолликуллар персистенциясида) гестагенлар билан даволанади: дюфастон 10мг, норколут 5мг кунига 3 хайз давомида 16 - кундан 25 - кунгача тавсия этилади. Шунингдек, кўп миқдорда гестаген сакловчи синтетик прогестинлар (ригевидон, микрогинон) циклнинг 5 - кундан 25- кунгача тавсия этилади. Репродуктив функцияни тиклаш мақсадида овуляцияни кломифен билан стимуляция қилинади. Кломифен эстроген миқдорини камайтиради (гонадотроп гормонлар секрециясини пасайтиради) фолликулстимуляциялайдиган ва лютеинловчи гормон секрециясини оширади. Гипоэстрогенияда (фолликуллар атрезиясида) кўп миқдордаги эстрогенлар (ригевидон, регулон) 3-4 хайз цикли давомида 5 кундан 25 кунгача тавсия этилади. Лютеин фаза нотўлиқ бўлган аёлларда ўрнини босувчи (сарик тана гормон миқдорини етишмовчилиғи) мақсадида гестагенлар: дюфастон 10 мг дан, норколут 5 мг кунига ёки 17 ОПК 1 мл циклнинг 14,17,21 кунда 3 ой мобайнида тавсия этилади.

Климактерик қон кетишлар. 45 - 55 ёшдаги аёллар орасида кўп учраб, госпитализациянинг кўп қисмини ташкил этади. Пременопаузал ёшдаги бачадондан қон кетиш климактерик қон кетиш дейилади. КҚК аёл ёшига қараб гипоталамик функционал ҳолатининг ўзгаришидир. Ушбу функцияларнинг қариши гонадотропинларнинг циклик ажралишига олиб келади, яъни марказ билан периферик органларнинг орасидаги муносабатнинг бузилишига олиб келади. Натижада, тухумдонлар функцияси бузилади, фолликуллар етилиши ва ўсиши узаяди, фолликуллар атрезияси ва персистенцияси шаклланиб, сарик тана ҳосил бўлмайди. Ушбу жараён давом этиши натижасида эндометрий пролиферацияси содир бўлади. Бачадон шиллиғи ўсади, қалинлашади, безлар узунлашиб, кистасимон кенгайишлар шаклланади. Бачадон шиллиқ қавати ўсган сари бўшлиқни тамомила эгаллаб олади, бир бирини босиб озиқланиши бузилади, некроз ва эндометрийнинг кўчиши кузатилади ва қон кетиш бошланади. Пременопаузал ёшда репродуктив ёшдагига нисбатан эндометрий гиперплазияси ва унинг турлари без кистоз гиперплазия, без полипи, аденоматоз ва атипик гиперплазия кўпроқ учрайди. Бу ҳақатгина ёш ўтган сари тухумдонлардаги ўзгаришларга қараб эмас, балки ёмон сифатли жараёнларни ривожланиши хавфини оширувчи иммунодепрессия, яъни хужайра иммунитетининг декомпенсация реакцияси содир бўлади. БДҚКни органик ўзгаришлар билан таққослаш лозим: аденокарцинома, бачадон миомаси, ички эндометриоз, тухумдонлар гормон чиқарувчи ўсмаси.

Даволаш. Бачадон бўшлиғини хирургик қириш йўли билан қон кетиш тўхтатилади. Бачадон бўшлиғини диагностик қириш ҳам ташхислаш ҳам даволаш мақсадида қилинади. Қириш шиллиқости миомасини аниқлашга, гистология эса аденокарцинома, атипик гиперплазия, эндометрий рецидив без кистозли гиперплазиясини аниқлашга ёрдам беради. Шунингдек УТТ миоматоз тугунларни жойлашган жойини, эндометрий ҳолатини, аденомиоз ўчоқларини аниқлашга ёрдам беради. Қон кетиш рецидивининг профилактикаси учун қиришдан сўнг гестагенларни кенг қўллаш, пролиферация, секретор трансформация жараёнини

тўхтатишига, децидуал реакциялар ва атрофик процессларни ривожланишига олиб келади. Гестагенлар марказий таъсир кўрсатиб, гонадотропинларни ажралишини тўхтатади.

Эндо метрий гиперплазияси бор 48 ёшгача бўлган аёлларга 17-ОПК 1 млдан, 12,5% эритмаси мушак ичига бачадонни қиргач 14,17,21 кунларида тавсия этилади, кейин шу кунлар 4 - 6 хайз давомида тавсия этилади.

48 ёшдан ошган аёлларга хайзни тўхтатиш учун 17-ОПК 2 мл 12,5% эритма мушак ичига ҳафтасига 2 марта 6 ой давомида узлуксиз тавсия этилади. 50 ёш ва ундан катталарга клима норм билан ўринбосувчи гормонал терапия тавсия этилади.

Илова № 1

«Ромашка уйини.»

Укитувчилар томонидан олдиндан рангли коғоздан ромашка тайёрланади. Хар бир талаба биттадан гулбаргини узади, унинг орқа тарафида мазкур тема бўйича у жавоб бериши лозим бўлган савол булади.

Меноррагия нима?

Бу хайз цикли билан боғлиқ кон кетиши

Метроррагия нима?

Хайз цикли билан боғлиқ бўлмаган кон кетиши

БДКК нима?

Тухумдонларнинг ва ГГС нинг гормонал фаоллигининг анатомик бузилишларсиз функционал бузилиши натижасида кузатиладиган бачадондан кон кетишига БДКК дейилади.

БДКК келиб чиқишига нима мойиллик килади?

Перинатал даврнинг ёмон кечиши; эмоционал и психик стресслар; бош - миёна травмалари; гиповитаминозлар ва алиментар омиллар; абортлар; гормонал гомеостаз бузилишлари; гениталийнинг утказилган яллиғланиш касалликлари ;эндокрин ва нейроэндокрин касалликлар; турли интоксикациялар; касбий зарарли омиллар.

БДКК ёшнинг қайси даврларида учрайди?

Ювенил бачадондан кон кетиши, репродуктив ёшдаги БДКК, пременопауза давридаги БДКК.