

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ
ВАЗИРЛИГИ
ТИББИЙ ТАЪЛИМНИ РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ
АБУ АЛИ ИБН СИНО НОМИДАГИ БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ
ИНСТИТУТИ**

**БАЧАДОН БЎЙНИ ФОН ВА РАК ОЛДИ КАСАЛЛИКЛАРИ:
ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШНИНГ ЗАМОНАВИЙ
ИМКОНИЯТЛАРИ**

Ўқув-услубий қўлланма

Бухоро – 2012

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ
ВАЗИРЛИГИ
ТИББИЙ ТАЪЛИМНИ РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ
АБУ АЛИ ИБН СИНО НОМИДАГИ БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ
ИНСТИТУТИ**

«Тасдиқлайман»
ЎзР ССВ Фан ва ўқув юртлари
бош бошқармаси бошлиғи
_____ **проф. Ш.Э. Атаханов**
2012 й. «_____» _____
№_____ баённома

«Келишилди»
ЎзР ССВ Тиббий таълимни
ривожлантириш маркази
директори в.в.б.
_____ **Ҳ.А.Абдуллаева**
2012 й. «_____» _____
№_____ баённома

**БАЧАДОН БЎЙНИ ФОН ВА РАК ОЛДИ КАСАЛЛИКЛАРИ:
ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШНИНГ ЗАМОНАВИЙ
ИМКОНИЯТЛАРИ**

Тиббиёт олий ўқув юртлари VI-VII курс талабалари учун
ўқув-услубий қўлланма

Бухоро – 2012

Муаллифлар:

РАХМАТУЛЛАЕВА М.М. – т.ф.н., Бухоро тиббиёт институти VI-VII курс акушерлик ва гинекология кафедраси ўқитувчиси

ХАМДАМОВА М.Т. – Бухоро тиббиёт институти VI-VII курс акушерлик ва гинекология кафедраси катта ўқитувчиси

Такризчилар:

ДЖАББАРОВА Ю.Қ. – т.ф.д., Тошкент тиббиёт академияси акушерлик ва гинекология кафедраси профессори

КАРИМОВА Н.Н. – т.ф.н., Бухоро тиббиёт институти 1-сон акушерлик ва гинекология кафедраси катта ўқитувчиси

Ушбу услубий қўлланма олий таълим бакалавр босқичи ўқув режасига киритилган «Гинекология» фани бўйича нашрдан чиққан намунавий дастур асосида ишлаб чиқилган. Услубий қўлланма тиббиёт олий ўқув юртлари талабалари, акушерлик ва гинекология фани бўйича тахсил олаётган клиник ординаторлар учун мўлжалланган. Услубий қўлланмадан акушер-гинекологлар ва умумий амалиёт шифокорлари ҳам фойдаланишлари мумкин.

Услубий қўлланма Бухоро Давлат тиббиёт институти МУК йиғилишида муҳокама қилинган (23 январь 2012 й., 4-сон баённома).

МУК раиси: т.ф.н. Олимов С.Ш.

Услубий қўлланма Бухоро Давлат тиббиёт институти Илмий Кенгаши йиғилишида тасдиқланган (30 январь 2012 й., 5-сон баённома).

Илмий котиб: _____ т.ф.н., доцент Ражабов А.Б.

БАЧАДОН БЎЙНИ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ УЧРАШИ

Бачадон бўйни фон касалликлари гинекологик касалликлар структурасида етакчи ўринлардан бирини эгаллаб, бачадон бўйнининг рак олди ва рак касалликлари ривожланиш хавфини келтириб чиқаради. Маълумки, ҳозирги вақтда жаҳонда бачадон бўйни рак касаллиги онкологик хасталиклар структурасида 5-ўринни, аёл жинсий аъзолари ёмон сифатли ўсмалари орасида 1-ўринни эгаллайди. Онкологик касалликлар натижасида аёллар ўлими сабаблари орасида бачадон бўйни рак касаллиги 2-ўринда туради [5].

Бутун жаҳонда ҳар 100 минг аёлдан 10-40 тасида бачадон бўйни онкологик хасталиги учрайди, касаллик кечикиб аниқланганлиги туфайли дастлабки йилда шу беморларнинг 50% ида ўлим ҳолати қайд этилади [5, 6]. ЖССТ маълумотларига кўра, бачадон бўйни рак касаллиги ривожланмаган давлатларда кўпроқ учрайди. Европа давлатлари мисолида олиб қаралганда, Шарқий Европа мамлакатларида Ғарбий Европа давлатларига нисбатан бачадон бўйни рак касаллиги билан касалланиш (30897 ва 12744 мос ҳолда), шу сабабли ўлим ҳолатлари (17198 ва 5671 мос ҳолда) ва одам папилломавируси билан зарарланиш (29,1 ва 6,1% мос ҳолда) кўпроқ қайд қилинган. Республика онкология илмий-амалий маркази маълумотларига (2009) кўра, Ўзбекистонда ҳар 100 минг аёлнинг 8,6 тасида (Тошкентда-12,4) бачадон бўйни раки учраб, 60-70% ҳолларда касаллик 3-4 босқичларда аниқланади. Шунини айтиб ўтиш лозимки, бачадон бўйни раки билан касалланиш 45-55 ёшдаги аёллар орасида авж олган бўлишига қарамасдан, сўнгги йилларда 30 ёшгача бўлган аёллар орасида ҳам бу касаллик кўп учрамоқда [6].

«Фон жараёнлари» деган термин алоҳида касалликни изоҳламайди, балки шунинг фонида бачадон бўйни раки ва дисплазияси ривожланиш эҳтимоли бўлган, этиологик ва морфологик манзараси ҳар хил касалликларни ўз ичига олади. Фон ва рак олди касалликларини ўз вақтида аниқлаш ва рационал даволаш профилактик онкологик тадбирлар тизимининг муҳим қисми ҳисобланади.

Бачадон бўйни фон ва рак олди касалликларининг учраш фоизи юқори бўлиб, касаллик кўпинча ёш аёлларда учрайди ва уларнинг репродуктив соғлигига салбий таъсир этиб, ҳаёт сифатини пасайтиради. Бачадон бўйни фон ва рак олди касалликларининг учраш фоизи текширилаётган аёллар гуруҳи, уларнинг ёши, касбий зарарли омилларнинг мавжудлиги, шахсий ва жинсий гигиена хусусиятларига боғлиқ бўлади. Кўпчилик муаллифларнинг фикрича, фон касалликлари 38,5% аёлларда учрайди.

Гинекологик касалликлар билан касалланган аёлларда бачадон бўйни фон ва рак олди касалликлари ҳам кўп учрайди. Мисол учун, биз Бухоро вилояти даволаш-профилактика муассасаларига мурожаат қилган аёлларнинг амбулатор карталарини ретроспектив таҳлил қилганимизда, шунини аниқладикки, бактериал вагиноз билан касалланган аёлларнинг 24,4% ида бачадон бўйни фон касалликлари (эктопия-14,6%, эндоцервицит-9,8%) учраб экан.

Рак олди жараёни, кейинчалик эса бачадон бўйни рак касаллиги ҳам кўп қаватли ясси эпителийнинг фон (яхши сифатли) жараёнлари асосида юзага келиши исботланган. ЖССТ маълумотларига кўра, дисплазиянинг рак *in situ* (преинвазив ҳолат) га ўтиши учун 3-8 йил вақт керак, ундан сўнг 10-15 йил давомида микроинвазив рак юзага келади. Бачадон бўйни фон ва рак олди касалликларини эрта аниқлашнинг долзарблиги шубҳасиздир, чунки бачадон бўйнини ҳар томонлама тўлиқ текшириш имкони мавжуд, бачадон бўйни рак касаллиги эса 1968 йилда ЖССТ экспертлари ишлаб чиққан скрининг талабларини қониқтирадиган ягона ёмон сифатли ўсма ҳисобланади. Шунинг учун, фон ва рак олди касалликларини эрта диагностика қилиш ва адекват даволаш бачадон бўйни рак касаллиги билан касалланишни камайтиришга қаратилган муҳим чора саналади.

БАЧАДОН БЎЙНИ ТУЗИЛИШИНING ЎЗИГА ХОС ЖИХАТЛАРИ

Бачадон бўйнининг морфофункционал хусусиятлари бачадон бўйни касалликлари юзага келишида муҳим ўрин эгаллайди.

Бачадон ва бачадон бўйни ҳомила тараққиётининг 12-16 ҳафталарида мюллер каналларининг қўшилишидан ҳосил бўлади. Қин гумбазлари бириккан жойда бачадон бўйни 2 қисмга: қин усти ва қин қисмларига бўлинади. Репродуктив ёшда бачадон бўйни цилиндрик шаклда, қиз болалар ва инфантил аёлларда конуссимон шаклда бўлади. Қин тирқишининг узунлиги 2-3 см, деворининг қалинлиги 1-1,2 см га тенг. Бачадон бўйни канали урчуқсимон шаклда бўлиб, узунлиги 4 см га тенг. Ташқи бўғиз айлана ёки кўндаланг тирқиш кўринишида бўлади.

Мушак тўқимаси асосан бачадон бўйнининг юқори 1/3 қисмида бўлиб, коллаген толалар аралашган циркуляр йўналишдаги мушак толаларидан иборат ва унинг функционал фаолияти симпатик ва парасимпатик нерв системаси орқали бошқарилади. Мушак тўқимаси овуляция бўлмаган пайтда ва ҳомиладорлик даврида бачадон бўйнини беркитиб турувчи вазифани бажаради, туғруқ вақтида эса туғруқ каналининг пастки қисмини ҳосил қилади. Строма бир-бирига ўралашиб кетувчи эластик, коллаген толалар ўрамадан иборат бўлиб, қон ва лимфа томирларини сақлайди.

Цервикал канал шиллиқ қавати эндоцервикс деб юритилиб, бир қаватли цилиндрик эпителийдан иборат. Бачадон бўйни қин қисмини қопловчи шиллиқ қават эса кўп қаватли ясси эпителийдан иборат ва экзоцервикс деб юритилади. Кўп қаватли ясси эпителийнинг қалинлиги 150-200 мкм бўлиб, ҳужайралар катталиги, шакли, ядроси, ядро-цитоплазма нисбати ва функционал хусусиятларига қараб фарқланади. Базал, парабазал, оралик ва юза қаватлар тафовут қилинади. Кўп қаватли ясси эпителий юза қаватларининг тўхтовсиз кўчиши оқибатида янгиланиб туради (янгиланиш цикли-4 кун).

Кўп қаватли ясси эпителийнинг базал қавати уни стромадан ажратиб турувчи базал мембранада жойлашган. У бир қатор хроматинга бой, йирик

базофил ядроли кичик хужайралардан иборат. Цитоплазмасида гликоген йўқ, мембранасида эстрогенлар ва гестаген концентрациясига таъсирчан специфик оксил рецепторлари мавжуд.

Парабазал қават 2-3 қатор йирик ядроли, базофил цитоплазмали, гликоген сақламаган йирик хужайралардан иборат бўлиб, бу хужайраларнинг митотик бўлиниши ҳисобига кўп қаватли ясси эпителийнинг ўсиши ва регенерацияси таъминланади.

Оралик қават 6-12 қатор йирик полигонал хужайралардан иборат бўлиб, ядроси майда ва донадор хроматинли, цитоплазмасида эса гликоген ва кератин сақлаган.

Юза қават 12-18 қатор пикнозга учраган, хроматинсиз майда ядроли хужайралардан иборат бўлиб, цитоплазмасида гликоген ва кератин сақлайди. Оралик хужайраларнинг қаторлар сони ва уларда гликоген тўпланиши эстрогенлар миқдорига боғлиқ бўлиб, репродуктив даврда яққолроқ ифодаланган, гипоэстрогения ҳолатида (препубертат ва постменопауза даврларида) эса кучсиз ифодаланган бўлади. Постменопауза даврида қин ва бачадон бўйни кўп қаватли ясси эпителий қавати фақат базал ва парабазал хужайралардан иборат бўлади. Бачадон бўйни қин қисмининг кўп қаватли ясси эпителийси мугузланмайди.

Цервикал канал нормада базал мембранада ётган бир қаватли цилиндрик эпителий билан қопланган. Ундаги бипотент резерв хужайралар ҳисобига цилиндрик ва ясси эпителий хужайралари доимий янгиланиб туради. Цервикал канал ва экзоцервиксда найсимон безлар бўлмайди. Цилиндрик эпителийнинг сохта без ёки крипта хужайралари шиллиқ ажратади, шунинг учун кўрув пайтида цилиндрик канал нам кўринишда бўлади. Кўп қаватли ясси эпителий экзоцервикснинг цилиндрик эндоцервиксга ўтиш жойи муҳим аҳамиятга эга, чунки кўпинча шу жойда хужайраларнинг атипик трансформацияси юзага келади. Туғиш ёшидаги соғлом аёлларда кўп қаватли ясси ва цилиндрик эпителий чегараси аслида ташқи бачадон бўғзи соҳасида жойлашади. Қиз болалар ва туғмаган аёлларда бу чегара бачадон бўйнининг қин қисмида жойлашиши мумкин. Ҳомиладорлик даврида ҳам худди шундай манзара кузатилади. Ёш ўтган сари 2 хил эпителийнинг туташган жойи цервикал канал томон силжийди ва кўз билан кўриб бўлмайди.

БАЧАДОН БҮЙНИ КАСАЛЛИКЛАРИ ТАСНИФИ

Охирги йиллар мобайнида бачадон бўйни патологияси ва гистофизиологияси бўйича кўплаб маълумотлар йиғилган. Бачадон бўйни патологик жараёнларининг бир нечта морфологик таснифи мавжуд.

1979 йилда ЖССТ бачадон бўйни патологик жараёнларининг морфологик таснифини тасдиқлаган, унга асосан:

1. Фон ҳолатлари
2. Рак олди ҳолатлари (дисплазия)

3. Преинвазив рак

4. Инвазив рак фарқ қилинади.

ЖССТ Халқаро касалликлар таснифига асосан бачадон бўйни яхши сифатли касалликларининг қуйидаги гуруҳлари фарқланади:

- яллиғланиш касалликлари (цервицит, эндоцервицит, экзоцервицит эрозия, эктропион билан биргаликда ёки уларсиз);
- яллиғланишсиз касалликлар (эндометриоз, полиплар, лейкоплакия, йиртилишлар, стриктуралар ва б.);
- рак олди касалликлар (дисплазиялар).

Ҳозирги пайтда чет эл адабиётларида бачадон бўйни рак олди касаллигини ифодаловчи «дисплазия» термини ўрнига «цервикал интраэпителиал неоплазия» (cervical intraepithelial neoplasia – CIN) термини қўлланилади. I даражали CIN кучсиз ифодаланган дисплазияга, II даражали CIN ўртача ифодаланган, III даражали CIN кескин ифодаланган дисплазияга ёки преинвазив карциномага мос келади.

Бачадон бўйни касалликларини цитологлар ва клиницистлар орасида тўғри талқин қилиш мақсадида АҚШ Рак касалликлари Миллий институти томонидан «Bethesda system» (1989, 1991, 2001 йй.). деб аталувчи тасниф таклиф этилди. Бу таснифга биноан, дисплазия ва преинвазив карциномага хос ўзгаришлар енгил ва оғир даражали «ясси хужайрали интраэпителиал зарарланишлар» (squamous intraepithelial lesions - SIL) номини олган.

БАЧАДОН БЎЙНИ ФОН ВА РАК ОЛДИ КАСАЛЛИКЛАРИ ЭТИОПАТОГЕНЕЗИ

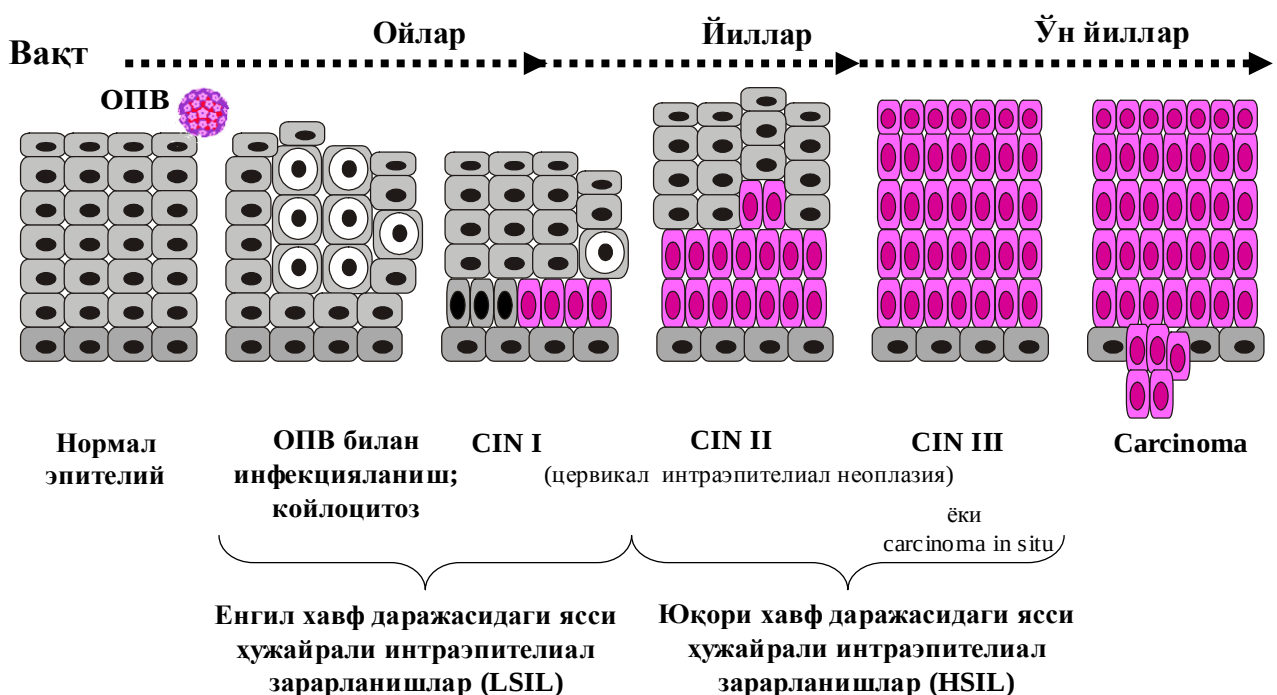
Бачадон бўйни рак ва рак олди касалликларининг юзага келиш сабаблари ва патогенези борасида кўп изланишлар олиб борилганига қарамасдан, ҳалигача уларнинг баъзи томонларини ўрганиш давом этапти. Ҳозирги пайтда бачадон бўйни патологияси юзага келишига таъсир этувчи ташқи ва ички муҳит омилларининг ўрни аниқ ўрганилган. Эрта менархе, жинсий ҳаётнинг эрта бошланиши, пала-партиш жинсий ҳаёт, жинсий ҳамкорларни тез-тез алмаштириш, жинсий йўл билан юқадиган инфекциялар, бачадон бўйнининг туғруқ ёки абортдан кейинги травмалари оқибатлари, кичик чанок аъзолари яллиғланиш жараёнлари, гормонал гомеостазнинг бузилиши, иммун статуснинг ҳолати, тамаки чекиш, ишлаб чиқаришнинг зарарли омиллари бачадон бўйни раки ривожланишига хавф омиллари ҳисобланади.

Охирги йиллар адабиётларида кўрсатилишича, цервикал канцерогенезнинг асосий экзоген омили сифатида одам папилломавируси тан олинган. Деярли 100% ҳолларда одам папилломавируси бачадон бўйни раки юзага келиш сабабчиси саналади. Ҳозирги вақтда одам папилломавирусининг 100 хил серотипи маълум бўлиб, уларнинг 80 хили тўлиқ ўрганиб чиқилган, 34 хили аногенитал соҳани зарарлаши аниқланган. Одам папилломавируси серотиплари канцерогенлик хусусияти, яъни бачадон бўйни эпителийсида диспластик

Ўзгаришлар ва рак келтириб чиқариш хусусиятига қараб, шартли равишда юқори ва қуйи хавф гуруҳларига бўлинади. Қуйи хавф гуруҳига мансуб одам папилломавируси турлари (6, 11, 42, 43, 44) экзофит кондиломалар, респиратор папилломатоз, сурункали цервицит ва гениталийнинг субклиник кечувчи инфекцияларини келтириб чиқаради ва кўпинча енгил ҳамда ўрта даражали дисплазияга учраган тўқималарда топилади. Юқори хавф гуруҳидаги одам папилломавируси серотиплари (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 50, 51, 53, 55, 56, 58, 59, 64, 68) ўрта ва оғир даражадаги дисплазия ва карциномаларга сабаб бўлиб, 70% ҳолларда 16- ва 18-серотиплар, 30% ҳолларда қолган серотиплар аниқланади. Цервикал интраэпителиал неоплазия аниқланган барча ҳолатларнинг 1/4 ида қуйи хавф гуруҳига мансуб одам папилломавируси турлари, 3/4 ҳолатларда юқори хавф гуруҳидаги одам папилломавируси серотиплари аниқланган.

Кўпчилик аёллар ҳаёти давомида папилломавирус инфекцияси билан зарарланади. Мисол учун, дастлабки жинсий алоқадан 2 йил кейин 82% аёллар инфицирланган ҳисобланади.

Одам папилломавируси жинсий алоқа пайтида юзага келган микротравмалар орқали эпителийнинг базал қаватига кириб боради (1-расм).



1-расм. Касалликнинг авж олиши.

Вирус ДНКси оксил қобиғини ташлаб, хужайра ичига киради ва ядрога қўшилади. Базал қаватда бир неча нусхада бўлган вирус ДНКси топилмаслиги мумкин (латент давр). Вақт ўтиши билан вирус ўз-ўзидан элиминацияланиши

мумкин, лекин кўпинча унинг персистенцияси кузатилади. Вирус кўпайгандан сўнг касалликнинг субклиник ва клиник босқичлари кузатилади. Папилломавирус таъсирида юза қават эпителий хужайралари койлоцитозга учрайди, яъни уларнинг ядроси нотўғри шаклни олиб, вирионлар тўпланиши ҳисобига гиперхром бўялади, цитоплазмаларида вакуоллар тўпланади. Зарарланган хужайраларда вирус геноми 2 хил: эписомал (хромосомадан ташқари) ва хужайра геноми билан қўшилган (интеграциялашган) кўринишларда бўлиши мумкин. Яхши сифатли жараёнларда вирус геноми эписомал шаклда, карциномаларда эса рак хужайрасининг геномига қўшилган ҳолатда бўлади. Эписомал фазада вирус репликацияси ва вирионнинг шаклланиши амалга ошади. Бу фаза гистологик жиҳатдан енгил даражали цервикал интраэпителиал неоплазия (CIN I) га мос келади. Неоплазия атипик ўзгаришга учраган хужайраларининг интенсив кўпайиши ва бу патологик жараёнга эпителий юза қават хужайраларининг қўшилмаслиги билан характерланади. Хужайралар атипияси ва эпителиал қаватнинг шикастланиши чуқурлиги бўйича дисплазиянинг 3 даражаси фақланади. Агар эпителий структурасининг бузилиши, хужайраларнинг полиморфизми, митозларнинг кўпайиши ва ядролар дискариози эпителиал қопламнинг пастки 1/3 қисмида кузатилса, енгил даражали дисплазия, пастки ва ўрта қисмларида аниқланса, ўрта даражали дисплазия ва ўзгаришлар бутун қопламни қамраб олган бўлса, оғир даражали дисплазия дейилади ва бу CIN I, II, III га мос келади.

Оғир даражали дисплазия ва преинвазив рак орасидаги фарқ бу патологик жараёнга эпителий юза қаватининг жалб қилиниши ҳисобланади. CIN III тушунчасига бир вақтнинг ўзида ҳам оғир даражали дисплазия, ҳам преинвазив карцинома терминлари бирлаштирилган, чунки бу жараёнлар ультраструктур ва цитогенетик хусусиятлари, ҳамда даволаш йўналиши жиҳатдан ўхшаш ҳисобланади. Ҳозирги вақтда CIN I паст хавф даражасидаги ясси хужайрали интраэпителиал зарарланишлар (LSIL), CIN II ва III юқори хавф даражасидаги ясси хужайрали интраэпителиал зарарланишлар (HSIL) деб ҳам номланади.

Кўп ҳолларда жараён 10 йилдан 40 йилгача давом этади, баъзи ҳолларда 1-2 йилгина давом этиши мумкин.

Папилломавирус инфекцияси ва орттирилган иммунтанқислик вирусининг қўшилиб келиши малигнизация хавфини оширади. Бундан ташқари, оддий герпес вируси, хламидия ва цитомегаловирус инфекцияларининг қўшилиши неоплазия юзага келишини тезлаштиради.

Кўпчилик тадқиқотчиларнинг фикрича, бачадон бўйни эпителийси малигнизацияси юзага келиши учун папилломавирус инфекцияси юқишининг ўзи етарли бўлмай, бошқа омиллар ҳам муҳим ўринга эга.

Канцерогенез жараёни юзага келишида эндоген омил саналган иммун системанинг ҳолати, хусусан, хужайра иммунитети муҳим ўринга эга. Охириги йилларда ўтказилган тадқиқотларга биноан иммунодефицит ҳар қандай вирусли инфекциянинг шартли таркибий қисми ҳисобланади. Папилломавирус

инфекциясига чалинган беморлар қонида лимфоцитлар миқдорининг камайганлиги, иммунорегулятор индекснинг пасайганлиги, лейкоцитларнинг интерферон ишлаб чиқариш қобилятининг сўниши, маҳаллий гуморал омилларнинг ўзгариши қайд қилинди. Т-хужайралар миқдорининг камайиши маҳаллий иммунитет тизимида нуқсон борлигини тахмин қилишга асос ҳисобланади. Папилломавирус инфекцияли беморларда маҳаллий иммунитетнинг кескин пасайиб кетиши цервикал шиллиқда IgA ва IgG миқдорининг пасайиши ва IgM концентрациясининг ошиши билан намоён бўлади. Маҳаллий иммун тизимдаги бузилишлар туфайли бачадон бўйни папилломавирус инфекцияси даволангандан сўнг қайталаниш даражаси юқори бўлади [10].

Ҳозирги пайтда илмий адабиётларда бачадон бўйни рак олди касалликлари ривожланишида гормонал омилларнинг аҳамияти кенг муҳокама қилиняпти. 1947 йилда онкоморфолог М.Ф. Глазунов бачадон бўйни эктопияси дисгормонал этиологияга эга эканлигини кўрсатиб ўтган. XX асрнинг 50-йилларида Н. Burrows ва Е. Horing эстрогенларнинг (шу жумладан, физиологик концентрацияларда) ўсмага таъсири митогенез жараёнини кучайтириб юбориши билан боғлиқ деб тахмин қилишган. Ўтган асрнинг 90-йилларида бачадон бўйни лейкоплакияси юзага келишида абсолют ва нисбий гиперэстрогениянинг аҳамиятини тасдиқлайдиган тадқиқотларнинг натижалари эълон қилинган. Гиперэстрогения натижасида бачадон бўйни дисплазиясининг авж олиши қайд қилинган [3]. Бундан ташқари узок муддатли гиперэстрогения ҳолатида эстроген рецепторлар сифат жиҳатдан ҳам ўзгариб, эстрогенларга сезувчанлиги ошади [11].

2004 йилда И.И. Фролова ва И.И. Бабиченко томонидан гиперэстрогениянинг клиник белгилари эктоцервикснинг дисплазияга хос морфологик ўзгаришлари билан қўшилиб келиши аниқланган [11]. Муаллифлар бачадон бўйни дискератозлари ривожланиш хавф гуруҳига гиперэстрогения билан характерланадиган гинекологик касалликлари (бачадон миомаси, эндометриоз, эндометрийнинг гиперпластик жараёнлари) бор беморларни киритишнинг зарурлиги тўғрисида хулосага келишган. Бу тадқиқотда бачадон бўйни лейкоплакияси ва дисплазиясида хужайраларнинг эстрогенларга рецепторлари миқдорининг кескин ошганлиги ва хужайра ядроларида эстрогенлар экспрессиясининг ортганлиги қайд қилинган.

Папилломавирус инфекцияси фаоллашувида гормонал дисбаланс муҳим ўрин эгаллайди. Одам папилломавирусининг кўпайиши инфекцияланган хужайраларда эстрадиолнинг канцерогенлик хусусиятига эга агрессив метаболитлари ҳосил бўлишини тезлаштиради, натижада вирус сақловчи хужайралар рак хужайраларига айланиши учун қўшимча шароит яратилади. Эстрадиолнинг агрессив метаболитлари таъсирида патологик пролиферация жараёнларини бошқаришда иштирок этадиган ва иммун ҳимоя механизмларини тўсuvчи «онкооксиллар» ҳосил бўлади. Гиперэстрогения хужайраларнинг интенсив бўлинишига, ҳамда папилломавирус ва эстрогенларнинг

биргаликдаги генотоксик таъсири кучайишига олиб келади. Бу жараёнлар патологик жараённинг дастлабки клиник кўринишлари намоён бўлишидан анча илгари (3-5 йил ва ундан кўпроқ) бошланади. Гиперэстрогения папилломавирус инфекциясининг латент шаклдан фаол шаклга ўтишига олиб келувчи механизм бўлиб хизмат қилиши мумкин.

Шундай қилиб, цервикал канцерогенезнинг асосий экзоген омил одам папилломавируси ҳисобланиб, бачадон бўйнининг рак олди, кейинчалик эса рак касаллиги юзага келишида иммун системанинг ҳолати ва гормонал гомеостаз етакчи ўринларни эгаллайди.

БАЧАДОН БЎЙНИ ПАТОЛОГИЯСИ ТУРЛАРИ

Эктопия – тўқиманинг ўзига хос бўлмаган жойда жойлашиши. Эктопия (эрозия) бачадон бўйни қин қисмидаги патологик жараён бўлиб, бошланғич босқичда кўп қаватли ясси эпителийнинг дистрофияси ва десквамацияси, кейинроқ эса эрозияланган юзада цилиндрик эпителийнинг ривожланиши билан характерланади.

Эктопиянинг қуйидаги турлари фарқланади: туғма эрозия, чин эрозия, псевдоэрозия.

Она қорнида ва эрта постнатал даврда экзоцервикснинг кўп қаватли ясси эпителийси ва эндоцервикснинг цилиндрик эпителийси орасида чегара аниқ намоён бўлади, чунки цилиндрик эпителий ташқи бўғиз чегарасидан кўриниб туради. Вақт ўтиши билан бу икки эпителий орасидаги чегара кўринмасдан кетади, аммо цилиндрик эпителийнинг экзоцервиксдаги чегараси репродуктив ёшгача ҳам сақланиши мумкин. Бу ҳолат туғма эрозия дейилади, даволанишни талаб этмайди ҳамда малигнизация хавфини туғдирмайди.

Бачадон бўйнининг чин эрозияси – бачадон бўйни қин қисмининг кўп қаватли ясси эпителий қаватининг шикастланиши ва десквамацияси билан характерланадиган орттирилган патологик жараён ҳисобланиб, яллиғланиш белгиларига эга ярали юза (эпителий нуқсони) кўринишида бўлади. Чин эрозия одатда бачадон бўйни орқа лабида ёки ташқи бўғиз атрофида жойлашган, оч-қизил рангда нотўғри айлана шаклида бўлади ва тегилганда қонайди. Баъзида эрозия юзаси цервикал каналдан келувчи шиллиқ-йирингли ажралмалар билан қопланган бўлади. Бу ажралмалар эндоцервицит туфайли ҳосил бўлади, эндоцервицитнинг ўзи эса чин эрозияларга олиб келувчи асосий сабаблардан бири саналади.

Чин эрозия 1-2 ҳафтадан ортиқ давом этмайди, чунки унинг асосида псевдоэрозия шаклланади. Кўп қаватли ясси эпителийнинг нуқсони цервикал канал шиллиқ қаватидан ярали юзага томон силжувчи цилиндрик эпителий билан қопланади (2-расм, а). Цилиндрик эпителий юқори регенератив хусусиятга эга бўлиб, бачадон бўйни тўқимаси ичкарисига кириб боради ва тармоқланган йўллар ҳосил қилади, улар эса кўп қаватли ясси эпителий билан қопланиб, ретенцион кисталар (набот кисталари) ни ҳосил қилади.

Гистологик жиҳатдан псевдоэрозияларнинг қуйидаги турлари фарқланади:

- фолликуляр (безли) – без йўллариининг кескин ривожланиши билан характерланади.

- папилляр – цилиндрик эпителий билан қопланган папилляр ўсишмалар билан фарқланади.

- ясси хужайрали метаплазияга учраган эрозия.

Метаплазия – резерв хужайраларнинг ясси эпителийга айланиш жараёнидир. Псевдоэрозия битиши жараёнида кўп қаватли ясси эпителий эрозион безларнинг остига ўсиб кириб, уларнинг кўчиб тушиши ва нормал эпителиал қопламнинг тўлиқ регенерациясига олиб келади. Ясси хужайрали метаплазияда резерв хужайралардан ҳосил бўлаётган ясси эпителий цилиндрик эпителийни устидан қоплаб олади. Натижада эпителийнинг базал ва парабазал қавати хужайраларида юқори пролифератив активлик, яъни базал хужайрали гиперактивлик билан намоён бўладиган патологик ўзгаришлар юзага келиши мумкин. Базал хужайрали гиперактивлик баъзида хужайралар атипияси билан асоратланади, бу эса дисплазиядан алолат беради. Шунинг учун ясси хужайрали метаплазияга учраган эрозия рак олди касаллиги саналади.

Цервикал канал шиллиқ қаватининг полиплари бачадон бўйни яхши сифатли патологик жараёнлари орасида биринчи ўринлардан бирида туради ва кўпроқ 40 ёшдан катта ёшдаги аёлларда кузатилади.

Полиплар ташқи бўғиз соҳасида, эндоцервикснинг ўрта ва юқори қисмларида ривожланади. Полиплар оёқчада бўлиб, цервикал каналнинг ўрта ёки юқори қисмидан чиққан полиплар чўзилганда ташқи бўғиз чегарасига ёки ундан ташқарига чиқиши мумкин (2-расм, б).

Полиплар оёқча эмас, кенг асосга ҳам эга бўлиши мумкин. Безли ва бириктирувчи тўқимали компонентлар нисбатига қараб, полиплар юмшоқ ёки зич консистенцияли, юзаси силлиқ ёки нотекис, ранги оч-пушти, оқиш, иккиламчи ўзгаришларда эса (қон қуйилиши, яллиғланиши) қизил ёки тўқ-қизил рангларда бўлади.

Безли (бир қаватли цилиндрик эпителий билан қопланган) ва эпидермизацияланган (метапластик кўп қаватли эпителий билан қопланган) полиплар фарқланади, уларнинг охиргиси кўпроқ малигнизацияга учрайди.

Бачадон бўйни эндометриози бачадон бўйни ярали юзасига эндометрий трансплантацияси натижасида юзага келади. Кўпинча эндометриоз диатермокоагуляция, туғруқ ва абортлар пайтида бачадон бўйнининг травматик шикастланишлари, бачадон бўйнидаги пластик операциялардан сўнг келиб чиқади.

Бачадон бўйни эндометриози пушти ингичка йўлакча ёки кичик ўлчамли, тўқ-бинафша рангли юмалоқ ҳосилалар кўринишида бўлади. Ҳосилаларнинг ранги уни қоплаб турувчи эпителий хусусиятларига боғлиқ бўлади. Эндометриоз ҳосилалари цилиндрик эпителий билан қопланган бўлса оч-пушти рангли, кўп қаватли ясси эпителий билан қопланган бўлса, тўқ-бинафша рангли олади (2-расм, в).

Бачадон бўйни эндометриози учун ҳайздан олдин ва кейин оз миқдорда қонли ажралмалар келиши хос белги саналади.

Носпецифик этиологияси цервицит цервикал канал яллиғланиш жараёнларининг 70% ини ташкил этади. Эндоцервицит – бачадон бўйни канали шиллиқ пардасининг яллиғланиши, уни стафилококklar, стрептококklar, ичак таёқчалари келтириб чиқариши мумкин.

Эндоцервицитнинг келиб чиқишида организмнинг умумий қувватини пасайтирувчи касалликлар, туғруқ пайтида бачадон бўйнининг, оралиқнинг йиртилиши, ички жинсий аъзоларининг тушиши, кимёвий, термик жиҳатдан таъсирланиш ва куйишнинг аҳамияти катта.

Эндоцервицит ўткир, ўртача ўткир ва сурункали босқичларда ўтиши мумкин. Ўткир даврида бачадон бўйни атрофида қизариш, шиш кузатилади. Бачадон бўйни каналдан йирингли ёки шиллиқ-йирингли ажратма келиб туради. Ўртача ўткир ва сурункали босқичларга ўтганида қизариш ва шиш камаёди, ажралма шиллиқ-йирингли, кейинчалик шиллиқли бўлади.

Эндоцервицит кўпинча бошқа фон касалликларидан олдин ёки уларга қўшилиб келади. Цервицит биопсия, фракцион диагностик кириш, диатермокоагуляция ва диатермоконизацияга қарама-қарши кўрсатма ҳисобланади. Касаллик тез-тез қайталаниб, узок давом этади, даволанишга қийин берилади, чунки касаллик сурункали босқичга ўтганда микроб омили кейинги ўринга ўтиб, касаллик мураккаб мезенхимал реакция кўринишини олади.

Эктропион бачадон бўйни циркуляр мушак толаларнинг йиртилиши натижасида цервикал канал шиллиқ қаватининг бачадон бўйни қин қисмига тўнкарилиши ёки осилиб тушишидан ҳосил бўлади.

Кўпинча, эктропион туғруқдан сўнг, абортлар ва диагностик киришларда бачадон бўйнини травматик кенгайтириш натижасида юзага келади. Беморларда касалликка хос шикоятлар бўлмаслиги мумкин.

Гинекологик кўрув вақтида деформацияланган бачадон бўйнининг кенгайиб турган ташқи бўғзида цилиндрик эпителий билан қопланган қизил майдонлар ёки псевдоэрозияли соҳаларни кўриш мумкин.

Лейкоплакия (грекчадан таржима қилганда «оқ доғ» деган маънони билдиради) – пастки жинсий аъзолар териси ва шиллиқ қаватлар эпителийсининг турли даражада мугузланиши ва қалинлашиши билан характерланади. Лейкоплакиялар оқ ёки оқиш-кулранг пиллакчалар шаклида, ясси ёки атрофдаги шиллиқ қават юзасидан биров бўртиб туради, чегаралари аниқ, тишсимон ёки суркалгансимон бўлиши мумкин (2-расм, д, е). Лейкоплакиялар нафақат бачадон бўйни қин қисмида, балки қин девори шиллиқ қавати ва вульвада ҳам ривожланиши мумкин. Баъзи ҳолларда лейкоплакия цилиндрик эпителий ясси ҳужайрали метаплазияси фонида цервикал канал шиллиқ қаватига ҳам тарқалиши мумкин.

Бачадон бўйни фон ва рак олди касалликлари: а) бачадон бўйни эктопияси; б) цервикал канал полипи; в) бачадон бўйни эндометриози; г) эритроплакия.

Бачадон бўйни фон ва рак олди касалликлари: д) оддий лейкоплакия; е) атипияли лейкоплакия; ж, з) бачадон бўйнининг орқа лабидаги ясси кондиломалар. (Бауэр Г. Цветной атлас по кольпоскопии. – М., ГЭОТАР МЕДИА, 2002. –288 бет, 188 ил.).

- оддий – кўп қаватли ясси эпителий юзасидан кўтарилмаган юпка қоплам кўринишида бўлади.

- тангачасимон – эпителий юзасидан кўтарилиб турувчи, зич, базал хужайрали гиперактивлик белгилари мавжуд лейкоплакия бўлиб, рак олди касаллик ҳисобланади. Лейкоплакиянинг бу тури билан касалланган беморларнинг 15-75% ида преинвазив рак ривожланади.

Эритроплакия (грекчадан таржима қилганда «қизил доғ» деган маънони билдиради) – экзоцервикс кўп қаватли ясси эпителий қаватининг дискератоз ва атрофияга учраши натижасида юзага келиб, эпителий қопламининг кескин юқалашиши ёки оралиқ қават хужайраларининг бўлмаслиги, патологик жараён атрофида нормал эпителиал қопламнинг сақланганлиги билан намоён бўлади (2-расм, г).

Эритроплакия тўқ-қизил, юмалоқ ёки нотўғри шаклда бўлиб, нормал шиллиқ қават юзасидан бироз бўртиб туради. Унинг қизил ранги юқалашган (атрофияланган) эпителий қавати орқали кўриниб турадиган қон томир тўри билан изоҳланади.

Папиллома бачадон бўйни патологиясини кам учрайдиган тури бўлиб, экзоцервикс юзасида папилломатоз ўсмалар кўринишида бўлади. Папиллома пушти ёки оқ рангда, атроф тўқималардан кескин чегараланган бўлиб, малигнизацияланиш хавфи ўта юқори бўлади.

Бачадон бўйни рак олди касалликлари гуруҳига дисплазия киради. Кўп қаватли ясси эпителий дисплазияси бачадон бўйнидаги трансформация зонасида, ясси хужайрали метаплазия фонида юзага келади ва хужайралар тузилиши, дифференцировкаси ва етилишининг бузилиши, яъни хужайралар атипияси билан ифодаланади. Дисплазия ва преинвазив рак симптомсиз кечади ва 10% ҳолларда визуал ўзгармаган бачадон бўйнида, 90% ҳолларда бачадон бўйнидаги фон жараёнлари асосида юзага келади.

**«Бачадон бўйни онкологик патологияси
айсбергга монанддир – жараённинг кам қисми
юзада жойлашган бўлиб, оддий кўз
билан аниқланмаслиги мумкин»
L. Koss (1979 й.)**

БАЧАДОН БЎЙНИ КАСАЛЛИКЛАРИ ДИАГНОСТИКАСИ

Бачадон бўйни патологияларининг диагностикаси ва даволаш масаласи ушбу касалликларнинг ягона таснифи мавжуд эмаслиги сабабли беморларни олиб бориш тактикасининг турли-туманлиги билан бир қатор қийинчиликларга олиб келади. Бу эса беморларни радикал даволашнинг асосланмаганлиги ёки аксинча узоқ вақт консерватив олиб борилиши билан намоён бўлади.

Адабиёт маълумотларига кўра, ҳозирги вақтда бачадон бўйни касалликлари диагностикасида янги технологиялар кенг қўлланилмоқда, аммо бачадон бўйни касалликларини эрта аниқлаш учун янги усулларнинг зарурияти деярли йўқлиги аниқланган.

Қуйида кўрсатиб ўтилган текширишлар кетма-кетлиги бачадон бўйни патологияси бор аёлларни олиб бориш босқичларига мос келади.

I босқич. Бирламчи текшириш.

Текширишдан мақсад: I босқич пухта анамнез йиғиш, физикал текшириш, гинекологик кўзгулар ёрдамида кўриш, бимануал текшириш, кольпоскопия, суртмаларни цитологик текшириш, қин суртмасини флорага текшириш каби усулларни ўз ичига олди.

Шуни айтиб ўтиш жоизки, анамнез йиғиш вақтида бачадон бўйни патологияси бор аёллар ҳеч қандай шикоят қилмаслиги мумкин. Фақат бачадон, бачадон ортиқлари ёки қинда яллиғланиш жараёнлари мавжуд бўлса, беморлар турли интенсивлик ва характердаги оғриқларга, қиндан ажралмалар келишига шикоят қилиши мумкин.

Бачадон бўйни фон касалликларининг субъектив белгиларидан бири қиндан оз миқдорда шиллиқ ажралмаларнинг келишидир. Дисплазия ва преинвазив рак учун қиндан кўп миқдор оқчил ажралмаларининг келиши хосдир. Шиллиқ ости лимфатик ва қон томирларининг механик шикастланиши натижасида контакт қон кетишлари ҳам мумкин. Умуман олганда, ҳайз кўриш билан боғлиқ бўлмаган, жинсий йўллардан келадиган ҳар қандай қонли ажралмалар бачадон бўйни раки борлигига шубҳали саналади.

Анамнез йиғишда қуйидаги хавф омилларига эътибор бериш керак:

- ҳайз функциясининг шаклланиш хусусиятлари (эрта менархе ва эрта жинсий етилиш бачадон бўйни патологияси хавфини 5-7,5 марта оширади);
- сексуал анамнез хусусиятлари (жинсий ҳаётнинг эрта бошланиши, ҳаддан ортиқ жинсий фаоллик, пала-партиш жинсий ҳаёт, жинсий ҳамкорларни тез-тез алмаштириш жинсий аъзолар инфекцияланиши учун шароит яратади, бу эса фон касалликлари кечишини оғирлаштириб, малигнизация хавфини оширади);
- организмнинг банал микрофлора ва вируслар (оддий герпес вируси, одам папилломавируси) билан инфекцияланиши бачадон бўйни яллиғланиш жараёнларига олиб келади;
- аёлнинг ёши, ҳомиладорлик, туғруқ ва абортлар сони (бачадон бўйни рак касаллиги ривожланиш хавфи репродуктив фаоллиги баланд, яъни кўп

маротаба ҳомиладор бўлган ёш аёлларда (30 ёшгача) ва менопауза барвақт бошланган аёлларда (45 ёшгача) ортади;

- гормонал гомеостазнинг бузилишлари.

Қин кўзгулари ёрдамида бачадон бўйнини кўришда бачадон бўйнининг катталиги, шакли, ранги, рельефи, ташқи бўғизнинг шакли, бачадон бўйнининг йиртилишлари, деформациялари, шиллиқ қаватининг турли патологик жараёнлари (эрозия, лейкоплакия, ўсма ва б.) аниқланади ҳамда қин тозалик даражаси ва флорага суртма олинади.

Кольпоскопия – кольпоскоп ёрдамида 8-40 марта катталаштирилган ҳолда бачадон бўйни қин қисми ва ташқи жинсий аъзоларни текшириш усули. Кольпоскоп ёрдамида текширишдан асосий мақсад – бачадон бўйни рак олди жараёни ва раkning эрта босқичларини аниқлашдир.

Бундан ташқари, кольпоскопия:

- фон касалликлари (эктопия, эктропион, чин эрозия, полип, эндометриоз, яллиғланиш жараёнлари) ни ўрганишнинг диагностик имкониятлари кенгайишига;

- даволаш усуллари самарадорлигини объектив баҳолашга (диатермокоагуляция, криотасир, лазердеструкция, маҳаллий консерватив муолажалар);

- кўп қаватли ясси эпителийнинг физиологик ҳолатлари (ҳомиладорлик, менопауза, контрацепция) да ўзгаришлар характерини аниқлашга ёрдам беради.

Кольпоскопия оддий ва кенгайтирилган бўлиши мумкин. Оддий кольпоскопияда бачадон бўйнининг юзаси медикаментоз воситаларни қўлламасдан, ажралмалардан тозаланиб кўрилади. Оддий кольпоскопия текширишнинг бошланишида қўлланилади.

Кенгайтирилган кольпоскопия бачадон бўйнининг қин қисмига 3% ли сирка кислота эритмаси, 2% ли Люголь эритмаси, гематоксилин ёки адреналин суртилгандан кейин олиб борилади.

Нормал шиллиқ қават пушти рангда, юзаси силлиқ ва ялтироқ бўлади, эпителий остидаги томирлар кўринмайди. Ўзгармаган эпителий 3% ли сирка кислота эритмаси таъсирида оч ранг, 2% ли Люголь эритмаси суртилганда (Шиллер синамаси) тўқ жигар ранг тус олади, кўп қаватли ясси ва бир қаватли цилиндрик эпителий орасидаги чегара аниқ тўғри чизик кўринишида намоён бўлади. Шиллер синамаси нормал эпителий хужайралари таркибида гликоген борлиги туфайли уларнинг йод таъсирида тўқ-қўнғир рангга бўялишига асосланган. Йоднегатив соҳалар кўп қаватли ясси эпителий хужайраларида гликогеннинг кескин камайганлигига ишора қилади.

Цилиндрик эпителий эктопияси оч-қизил рангдаги шарсимон ёки узунчоқ сўрғиччалар кўринишида намоён бўлади. Эктопия юзасига 3% ли сирка кислота суртилганда, сўрғиччалар оқариб, шишасимон кўринишни олади ва узум шингилини ўхшатади (3-расм, а, б).

Трансформация зонаси:

а) *тугалланмаган* – етилмаган ясси эпителийнинг алоҳида оролчалари кўринишида бўлиб, унинг силлиқ юзасида ташқи бўғизни ўраб олган эктопия фрагментларини ва очик безларнинг чиқарув йўллари қорамтир нуқталар кўринишида кўриш мумкин. Шиллер синамаси ўтказилганда етилмаган ясси эпителий жигар рангга бўялмайди.

б) *тугалланган* – экзоцервикс юзаси кўп қаватли ясси эпителий билан тўлиқ қопланган бўлиб, унда очик безлар ва ретенцион кисталар сарғимтир тусдаги пуфакчалар кўринишида намоён бўлади. Сирка кислота эритмаси таъсирида эпителий остидаги қон томирлар қисқаради.

Чин эрозия – туби гомоген қизил рангга бўлади.

Бачадон бўйни патологияларининг кольпоскопик манзараси: а) ацето-оқиш эпителий – мозаика – пунктация (CIN II); б) бачадон бўйнининг орқа лабида ацетооқиш эпителий аниқ ифодаланган (CIN III); в) трансформация зонасидаги дағал мозаика; г) мозаика – йоднегатив соҳа.

3-расм (давоми). Бачадон бўйни патологияларининг кольпоскопик манзараси: д) мозаика ва пунктацияли папиллома; е) атипик томирли папиллома; в), г) дағал пунктация, дағал мозаика. Бачадон бўйнининг орқа лабида атипик ўзгарган эпителий. Ракнинг бошланғич босқичи. (Бауэр Г. Цветной атлас по кольпоскопии. – М., ГЭОТАР МЕДИА, 2002. –288 бет, 188 ил.).

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

Лейкоплакия оқиш доналар кўринишида, юзаси ғадир-будур, бурмали ёки тангачасимон, чегаралари аниқ кўринади. 3% ли сирка кислота эритмаси таъсирида лейкоплакия структураси ўзгармайди. Шиллер синамаси ўтказилганда йоднегатив соҳалар ҳосил бўлади.

Пунктация (нуқтачалар) лейкоплакия асоси деган эски терминга мос келади. Лейкоплакиянинг оддий асоси экзоцервикс юзасидан кўтарилиб турмайдиган, чегараланган оқиш ёки оч-сарик соҳалар фонида тўқ-қизил рангли, майда мономорф нуқталар кўринишида намоён бўлади. Лейкоплакиянинг папилляр асоси экзоцервикс юзасидан кўтарилиб турувчи сўрғичли тўқимага эга бўлиб, полиморф тўқ-қизил нуқталар кўринишида аниқланади. Иккала асос ҳам йоднегатив ҳисобланади.

Мозаика (майдончалар) нотўғри кўпбурчак шаклидаги оқиш ёки сарғимтир майдонлар кўринишида бўлиб, ингичка қизил чизиклар (капилляр томирлари) билан бўлинган. Мозаика йоднегативдир (3-расм, в,г).

Папиллома томир ўрамини сақловчи алоҳида сўрғичлардан иборат. Қон томирлар бир маромда тақсимланган ва буйрак шаклини эслатади. 3% ли сирка

кислота эритмаси таъсирида қон томирлар қисқаради ва шиллик қават оқариб кўринади. Папиллома Люголь эритмаси билан бўялмайди (3-расм, д, е).

Атипик трансформация зонаси – трансформация зонасида лейкоплакия, мозаика, пунктация ва атипик томирларнинг бўлиши (3-расм, ж, з).

Атипик томирлар – бир-бири билан анастомоз ҳосил қилмайдиган турли хил шаклдаги хаотик жойлашган томирлар. 3% ли сирка кислота эритмаси таъсирида атипик томирлар қисқармайди, балки аниқ чегараланиб кўринади.

Кольпомикроскопия – кин орқали бачадон бўйни қин қисмини гистологик текшириш усули бўлиб, бунда бачадон бўйни тўқимаси гематоксилиннинг 0.1% ли сувли эритмаси билан бўялиб, тушиб турувчи ёруғлик остида 160-280 марта катталаштирилган ҳолда ўрганиб чиқилади.

Цитологик текшириш усули бачадон бўйни юзасидан олинган суртмаларни микроскоп остида атипик ҳужайраларга текширишга асосланган. Усул бачадон бўйнидаги ўсма жараёнларини 90-95% ҳолларда аниқлашга имкон беради. Бачадон бўйнидаги яллиғланиш жараёнлари цитологик текшириш вақтида қиёсий диагностика ўтказишда қийинчилик туғдириши мумкин, чунки яллиғланиш пайтида олинган суртмаларда бактериял флора ва лейкоцитларнинг кўп бўлиши, эпителий ҳужайраларининг кам ёки умуман бўлмаслиги натижасида атипик ҳужайралар аниқланмай қолиши мумкин. Яллиғланиш жараёни бачадон бўйнининг деярли барча касалликлари асосида ётади, шунинг учун аввал яллиғланиш сабабини топиш ва даволаш керак, ундан сўнг эса цитологик текшириш мақсадга мувофиқ бўлади. Суртмалар Эйр шпатели ёрдамида 3 та соҳадан: экзоцервиксдан, кўп қаватли ясси эпителий ва цервикал канал цилиндрик эпителийси орасидаги чегарадан, эндоцервикснинг пастки 1/3 қисмидан олинади ва тоза предмет ойначаларга алоҳида юпқа, бир текис қилиб суртилади. Суртма биров босим остида, ҳужайра қаватлари қирилган ҳолда олинади, чунки дисплазия жараёни, дастлаб эпителийнинг пастки қаватларидан бошланиб, аста-секин юқорига, юзага қараб авж олади. Шунинг учун, суртмага бачадон бўйни эпителийсининг юза қавати тушса, касаллик аниқланмай қолиши мумкин. Суртмалар натив ҳолатда ёки бўялгандан сўнг ўрганиб чиқилади. Папаниколау бўйича бўяшда суртмалар дастлаб 30 дақиқа давомида 95% ли этил спирти ва эфирнинг тенг миқдорларидан иборат Никифоров аралашмасида фиксация қилинади. Сўнг .15 сутка оралиғида лабораторияга жўнатилиши керак. Суртмаларни Романовский-Гимза, Паппенгейм усулларида ҳам бўяш мумкин.

Бачадон бўйнидан олинган суртмаларнинг Папаниколау бўйича цитологик таснифи (PAP-smear test):

I тип суртма – нормал цитологик манзара, атипик ҳужайралар бўлмайди.

II тип суртма – қинда ёки бачадон бўйнидаги яллиғланиш жараёни сабабли эпителий ҳужайраларининг ўзгариши.

III тип суртма – цитоплазма ва ядро нисбатлари ўзгарган санокли ҳужайраларнинг бўлиши.

IV тип суртма – ёмон сифатлилик белгилари (ядроларнинг катталашиши, базофил цитоплазма, хужайралар атипияси) бор алоҳида хужайраларнинг топилиши.

V тип суртма – кўп сонли атипик хужайраларнинг борлиги.

Люминесцент микроскопия цитологик текширишнинг бир тури бўлиб, хужайра ДНК ва РНКсининг акридин саригини қабул қилишига қараб, хужайраларнинг ранги ва морфологияси ўрганиб чиқилади. Ёритилиш диапазони сарғиш-яшил рангдан (нормал хужайра ва ядролар) то сарғиш-қизил ранггача (рак хужайралари) бўлиши мумкин.

Бирламчи текшириш натижаларига асосан аёллар 3 гуруҳга ажратилади:

I гуруҳ – деярли соғлом аёллар.

II гуруҳ – бачадон бўйни инвазив ракига чалинган аёллар (онкодиспансерга даволанишга юборилади).

III гуруҳ – бачадон бўйни патологияси мавжуд аёллар (чуқурроқ текширилиш ва дастлабки даволанишга муҳтож аёллар).

II босқич. Дастлабки даволаниш ва чуқурроқ текшириш.

Текширишнинг мақсади ва вазифаси – аниқ диагнозни қўйиш. Бунинг учун кенгайтирилган кольпоскопия, ўзгарган соҳалардан йўналтирилган ҳолда цитологик суртма олиш, йўналтирилган биопсия қилиниб, биоптатни текшириш, бачадон ва цервикал канал шиллиқ қаватини алоҳида диагностик қириш ва қириндини гистологик текшириш, гормонал текширишлар, жинсий йўл орқали юқадиган инфекция кўзғатувчиларини аниқлаш каби текшириш усуллари қўлланилади.

Нормал кольпоскопик манзарада (оригинал сквамоз эпителий, трансформация зонаси, ясси хужайрали метаплазия) 100% ҳолларда морфологик жиҳатдан яхши сифатли деб баҳоланади. Бундай ҳолларда биопсия ўтказилмайди, кольпоскопия цитологик текшириш билан тўлдирилади.

Патологик кольпоскопик манзарада (мозаика, пунктация, дискератозлар, йоднегатив зона, атипик хужайралар), шунингдек, инвазив ракка шубҳа қилинганда ҳамда III, IV, V тип цитологик суртмалар олинганда йўналтирилган биопсия ва олинган биоптатни гистологик текшириш мақсадга мувофиқдир.

Шуни қайд қилиб ўтиш керакки, кольпоскопик ва цитологик текшириш усуллари эпителийнинг чуқур қаватларидаги морфологик ўзгаришларни баҳолаш имконини бермайди, шунинг учун морфологик ўзгаришларни баҳолашда гистологик текшириш усули ҳал қилувчи аҳамиятга эга бўлади.

Гистологик текшириш усули текширишнинг яқунловчи босқичи бўлиб, унинг ёрдамида яқуний клиник диагноз қўйилади.

Биопсия ўтказишга кўрсатмалар:

1. Малигнизацияга шубҳа қилинаётган кольпоскопик манзаралар.
2. Патологик кольпоскопик манзаралар (ацето-оқиш эпителий, пунктация, мозаика, трансформация зонасида даволашдан сўнг ҳам сақланиб қолган атипик томирлар).
3. Кератоз соҳалари (ясси папиллома, лейкоплакия).

Патологик соҳа биопсияси кольпоскоп назорати остида йўналтирилган ҳолда олинади. Гистолог патологик жараённинг ривожланиш босқичи ҳақида тўғри хулосага келиши учун патологик тўқима бачадон бўйнининг ўзгармаган, нормал тўқимаси қамраб олинган ҳолда кесиб олинади.

Патологик жараён цервикал каналга ўтиб кетган бўлса ва кольпоскопик текширув вақтида унинг чегараларини аниқлаб олиш имконияти бўлмаса, гистероскопик текшириш усулини қўллаб, цервикал канал ва эндометрийдан йўналтирилган биопсия олинади ва гистологик текширилади (ёки бачадон ва цервикал канал шиллиқ қавати алоҳида диагностик қирилади). Текшириш натижаларига асосан клиник диагноз қўйилади.

Нормал кольпоскопик манзара цитологик текширишда 2 тип (яллиғланиш сабабли ҳужайралар морфологиясининг ўзгариши) ва 3 тип (ядро ва цитоплазма нисбати ўзгарган санокли ҳужайраларнинг бўлиши) суртмалар билан қўшилиб келса, жинсий йўл билан юқадиган инфекциялар қўзғатувчиларини аниқлаш ва қин ажралмаларини бактериологик текшириш усуллари қўлланилади. Яллиғланишга қарши даво олиб борилгандан кейин кенгайтирилган кольпоскопия ва суртмаларни такрорий цитологик текшириш тавсия этилади.

Текширишнинг қўшимча усуллари:

1. Қин ва цервикал канал ажралмаларини бактериоскопик ва бактериологик текшириш.

2. Генитал инфекцияларнинг молекуляр-биологик диагностикаси.

Полимераза занжир реакцияси усули ДНК-нишоннинг комплементар қисмига нуклеотидларнинг танлаб бирикишига асосланган. Полимераза занжир реакциясининг хусусияти шундаки, ДНК-полимераза таъсирида қўзғатувчининг ДНКси дупликацияланади, натижада унинг кўплаб нусхалари ҳосил бўлади. Реакцион эритмада нуклеозид фосфатлар (улардан ДНК иплари ясалади) ва реакция буфери бўлади. Реакция ҳарорати автоматик ўзгариб турувчи термоциклерларда ўтади. Реакция натижаси электр майдонга жойлаштирилган агар гелидаги электрофорез ёрдамида ҳисобланади. Гелга флюорофор – этидин бромид эритмаси юборилади, унинг таъсирида ҳосил бўлган ДНК кўш занжири бўялади. Текширишнинг мусбат натижаси ультрабинафша ёруғликда нурланиш йўлакчасига қараб баҳоланади.

Липаза занжир реакцияси. Қўзғатувчи ДНКсини аниқлаш липаза ёрдамида олиб борилади. Натижалар ҳисоби қўшимча иммунолюминесцент реакция ёрдамида ўтказилади.

3. Гипофизнинг гонадотроп гормонлари ва жинсий гормонлар миқдорини аниқлаш.

4. Кичик чанок аъзоларини ультратовуш текшириш (эндоцервикс қалинлигини ва структурасини баҳолаш, бачадон бўйнининг ўлчамлари, қон билан таъминланиш хусусиятлари (доплерометрияда), параметрий ҳолати ва баъзида чанок лимфа тугунлари ҳақида қўшимча маълумотлар беради).

5. Радиоактив фосфор билан текшириш усули интенсив ҳужайра пролиферацияланиш жойида фосфорнинг тўпланишига асосланган.

6. Оптик когерент томография (ОКТ) – яқин инфрақизил диапазонда биотўқималарнинг кўндаланг кесимида ички микроструктураси тасвирини олиш усули.

Бачадон бўйнини ОКТ-текшириш учун ихчам кўчиб юрувчи оптик томограф ишлатилади. У ташки диаметри 0,2 мм бўлган ва стандарт эндоскопларнинг ишчи каналларига мос тушадиган универсал микрозонд билан жиҳозланган.

Оптик зонд кольпоскоп назорати остида бевосита бачадон бўйни шиллиқ қавати юзасига йўналтирилади. Турли кольпоскопик манзараларга эга нуқталардан 2-3 та такрорий томограмма олинади ва уларнинг ён-атрофидаги нормал шиллиқ қаватлар ҳам кўздан кечирилади. Томографик текшириш учун кетган умумий вақт 10-20 дақиқани ташкил этади.

Бачадон бўйнининг ўзгармаган шиллиқ қаватларининг ОКТ-белгилари: иккита контрол горизонтал йўналган қават ва улар орасидаги текис узлуксиз чегара кўринишидаги оптик тасвир. Юқори қават кўп қаватли ясси эпителийга, пасткиси бириктирувчи тўқимали стромага мос келади. Пастки ва устки қаватлар орасидаги чегара аниқ, бир текис ва узлуксиз бўлади.

Эндоцервицитнинг ОКТ-белгилари: эпителий атрофияси (томограммада юқори қават бўйнининг пасайганлиги), строма гиперваскуляризацияси (пастки қаватда кўп миқдордаги айлана ёки узунчоқ шаклдаги, паст ёритиладиган оптик тузилмаларнинг пайдо бўлиши ва строманинг лимфоцитар инфильтрацияси).

Экзоцервицитнинг ОКТ-белгилари: тасвир икки қаватли тузилишга эга. Юқори қаватнинг бўйи пасайган, пастки ва юқори қаватлар орасидаги чегара аниқ ва текис, пастки қаватда кўп миқдорда контраст, айлана ва узунчоқ, нурни сушт тарқатувчи турли ўлчамдаги соҳалар мавжуд.

Чин эрозиянинг ОКТ-белгилари: иккита контраст қаватнинг бўлмаслиги, бир жинсли, структурасиз, баланд рангли тасвир.

Бачадон бўйни раки ОКТ-белгилари: бир жинсли бўлмаган, структурасиз, баланд рангли (нурни кучли таратувчи) тасвир, сигнал тез сўнади, тасвир чуқурлиги камайган.

Чуқур текшириш натижаларига асосан клиник диагноз қўйилади. CIN III аниқланган беморлар онкодиспансерга даволанишга юборилади. Бачадон бўйнининг фон ва рак олди касалликлари (CIN I-II) аниқланган беморлар III босқич – даволашга ўтилади.

БАЧАДОН БҲЙНИ ФОН ВА РАК ОЛДИ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ДАВОЛАШ

Бачадон бўйни касалликларини даволаш кўп таркибли бўлиб, кўпинча патологик жараённинг давомийлиги ва хусусиятларига боғлиқ бўлади. Бачадон бўйни касалликларини даволашдан мақсад – зарарланиш ўчоғини бартараф этиш, унга сабаб бўлган ва жараённинг узоқ давом этишига шароит яратиб берган касалликларни даволашдан иборатдир. Бачадон бўйни яхши сифатли

жараёнлари ёки онкологик патологияси мавжуд беморларни даволашнинг дастлабки босқичларида, яъни даво усулини танлаш вақтида 2 та асосий қоидага амал қилиш керак: биринчидан, даволаш усули ишончли бўлиши керак; иккинчидан, эрта репродуктив ёшдаги аёлларда, имкони борича аъзо сақловчи амалиётларни олиб бориш керак. Шифокор олдида турган мураккаб вазифаларнинг ечими даволаш муваффақиятини белгилаб беради. Булар:

- патология турини тўғри аниқлаш;
- жараён авж олиши мумкинлигини тахмин қилиш (онкологик ҳушёрлик қоидасига биноан консерватив даволашнинг давомийлиги 3-4 ҳафтадан ошмаслиги керак, яъни бу давр мобайнида даволаш самара бермаса, радикал усуллардан бирини танлаш керак);
- юқоридагиларни эътиборга олиб, ҳар бир аёлга индивидуал даво усули танланиши керак;
- аъзо сақловчи усулларни қўллаш доимо хавфли ҳисобланади ва фақат ёш аёлларда қўлланилиши мумкин; радикал муолажаларни қўллаш онкологик нуқтаи назардан доимо асосланган бўлади, аммо бу усуллар ҳамма вақт ҳам ёш аёлларга тўғри келавермайди.

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

Жарроҳлик усули деганда бачадон бўйнининг маҳаллий деструкцияси ёки радикал оператив муолажа назарда тутилади.

Бачадон бўйни касалликларини даволаш барча ҳолларда босқичма-босқич амалга оширилиши ва олиб борилаётган муолажа хусусияти ва вақти аниқлаштирилган бўлиши керак.

Биринчи босқичда тўғри диагноз қўйиш, адекват даво усулини танлаш, даволашга тайёргарлик кўриш олиб борилиши керак. Бу босқичда бачадон бўйни патологиясига олиб келувчи касалликлар (жинсий аъзоларнинг сурункали яллиғланиш касалликлари, дисгормонал бузилишлар ва б.) ни даволаш керак.

Иккинчи босқичда қин микробиоценози коррекцияси ўтказилади.

Учинчи босқичда касаллик нозологияси, преморбид фон ва даво усули имкониятларини инобатга олиб, бачадон бўйнидаги патологик ўчоққа таъсир этишнинг оқилона усулини танлаб олиш керак. Бунда ҳар бир беморга индивидуал ёндашиб, даволаш давомийлигини белгилашда онкологик ҳушёрликни ёдда тутиш керак.

Тўртинчи босқичда (жарроҳлик амалиёти ва аралаш даво усуллари қўлланилган ҳолларда) операциядан кейинги реабилитация олиб борилади. Операциядан кейинги даврда олиб борилган муолажалар қўлланилган даво усуллари самарадорлигини оширади, тўлиқ тузалиб кетишга ва аёл ҳаёти сифатининг яхшиланишига имкон беради.

Бешинчи босқичда касаллик қайталанишининг олдини олиш ва нормал гомеостазни сақлаб туришга йўналтирилган диспансеризация олиб борилади.

Шуни таъкидлаб ўтиш керакки, бачадон бўйни патологияларини даволашда фақат бирта усулни қўллаш етарли самара бермайди, шунинг учун даволаниш, албатта, комплекс тарзда босқичма-босқич олиб борилиши керак.

Қин инфекцияларини даволашда қуйидаги қоидаларга амал қилиш керак:

1. Бир вақтнинг ўзида ҳам бемор аёл, ҳам унинг жинсий ҳамроҳи даволаниши зарур.

2. Даволаниш мобайнида жинсий ҳаёт таъқиқланади.

3. Организмнинг иммун қаршилигини сусайтирувчи омиллар (экстрагенитал касалликлар, гиповитаминозлар ва б.) ни бартараф этиш.

4. Этиотроп воситаларни қўллаш.

5. Ҳайзнинг 1-кунидан антибактериал давони бошлаш.

6. Ҳайзнинг 7-11 кунларида бачадон бўйни патологиясини радикал даволаш.

7. Антибактериал даволаш билан биргаликда иммунитетни кўтарувчи терапияни олиб бориш.

Операциядан олдинги даврда қин флораси тозалик даражасини тиклаш муҳим аҳамиятга эга, чунки даво натижалари бачадон бўйни эпителийсининг репаратив хусусиятларига боғлиқ бўлади. Қин «Цитеал» эритмаси билан тозалаб ювилади. Маҳаллий даволаш учун замбуруғли кольпитларда «Полижинакс» қин шамча, «Тержинан», «Кандибене» қин шамча ва таблеткалари, менстан ёки клотримазол креми, «Метрогил-плюс гель» дан фойдаланилади. Бактериал вагинозда далацин крем 1 марта 3 кун давомида ишлатилади.

Хламидиозни даволаш учун макролидлар гуруҳидан азитромицин 0,1 мг дан 1 маҳал 3 кун, вибрамицин (доксциклин) 0,1 г дан 2 маҳал 7 кун, рокситромицин- 150 мг дан 2 маҳал 5 кун, эритромицин 0,5 г дан 2 маҳал 7 кун, абактал 400 мг дан 2 маҳал 10 кун давомида берилади.

Генитал герпес инфекциясини даволашда ациловир, зовиракс, виroleкс, улкарил 200 мг дан ҳар 3 соатда 5 маҳал (кечасидан ташқари) 7-12 кун давомида, циклоферон 2 млдан мушак орасига, иммуномодуляторлардан иммуномодулин, тимоген, тималин, виферон шамчалари икки маҳал ректал 10 кун давомида қўлланилади.

Антибактериал терапиядан сўнг қин микробиоценозини тиклаш мақсадида эубиотиклар (тирик микроорганизмларни сақловчи препаратлар – бифидумбактерин, лактобактерин, ацилакт, бификол ва б.) берилади.

Гормонал препаратлар аёлнинг ёши ва гормонал гомеостаз кўрсаткичларига қараб белгиланади. Бунинг учун қонда гормонлар миқдори, сийдикда экскрецияланган метаболитлар миқдори аниқланади ва функционал диагностик тестлар баҳоланади.

Бачадон бўйни фон ва рак олди касалликларини даволашда иммун система бузилишларини коррекциялаш мақсадида иммуномодуляторлардан

фойдаланилади. Хужайра имунитети (Т-лимфоцитлар, Т-супрессорлар активлиги ва микдорининг камайиши) ва гуморал имунитетдаги нуксонлар (В-лимфоцитлар фаолиятининг сустлиги, Т-хелперлар ва иммуноглобулинлар микдорининг пасайиши) иммунокорректорлар билан даволашга кўрсатма бўлади. Бунинг учун, левамизол, ликопид, метилурацил, Т-активин, тимоген, диуцирон каби препаратлардан фойдаланилади. Иммуномодуляторларни қўллаш доимо асосланган бўлиши, яъни имун статус баҳолангандан сўнг олиб борилиши керак, чунки уларни асоссиз қўллаш ген мутацияларига сабаб бўлиши мумкин.

Бачадон бўйнининг яхши сифатли ўсма касалликларида интерлейкин (одам интерферони препарати) қўлланилади. У вирусга қарши ва имунитетни кўтарувчи хусусиятга эга бўлиб, 10000 МЕ дан, кун оралаб 5 та инъекция, 3 кун оралаб яна 5 та инъекция қилинади. Вирусларга қарши таъсир этувчи ва имунитетни кўтарувчи хусусиятга эга препаратлардан инозин пранобекс (гроприносин, изоприназин) 500 мг дан кунига 3 маҳал, глюкозамурамилдепептид (гликопин) 0,01 г дан 10 кун давомида ичишга буюрилади.

Патологик ўчоқ радикал даволангандан 6 ой сўнг, имунитетни кўтарувчи даво такрорланади, чунки бу вақтга бориб гуморал ва хужайра имунитети кўрсаткичлари даволанишдан олдинги давр кўрсаткичларига мос келади.

Антибактериал, гормонал ва иммунокоррекцияловчи даво билан бир қаторда седатив, антигистамин ва десенсибиловчи терапия ўтказилади.

Барча медикаментоз усуллар дори моддаларининг бачадон бўйнидаги патологик ўчоққа умумий ёки маҳаллий таъсирига асосланган. Шу мақсадда шиллиқ қават регенерациясига ёрдам берувчи малҳам ёки мойли препаратлар (хлорофиллиптнинг спиртли ёки мойли эритмаси), яллиғланишга қарши эмульсиялар, кимёвий коагулянтлар (Гордеев, Карчаули суюқлиги, ваготил) қўлланилган. Аммо ретроспектив тадқиқотлар шуни кўрсатдики, биологик фаол моддаларнинг қўлланилиши ҳамма вақт ҳам самара бермаслиги, баъзи ҳолларда эса канцерогенез жараёнини кучайтириши ҳам мумкин. Юқорида қайд қилинган кимёвий коагулянтлар патологик тўқимага ҳам, нормал тўқимага ҳам бирдек таъсир этиб, унинг некрозига ва репаратив жараёнларнинг фаоллашувиغا олиб келади.

Шунга қарамасдан, медикаментоз усул ўзининг оддийлиги, мақбуллиги билан фарқланади. Ҳозирги вақтда танлаб таъсир этувчи кимёвий коагулянтлардан «Солковагин» препарати кўп қўлланилмоқда. Эритманинг маҳаллий таъсири бир неча дақиқа ичида цилиндрик эпителийнинг коагуляцияси ва некрозига олиб келади, натижада сарғиш-оқ ёки кулранг қоплам ҳосил бўлиб, у 3-5 кундан сўнг кўчади. Регенерация жараёни 3-4 ҳафтада тугайди. Усулнинг яхши томонлари кўп бўлишига қарамасдан, унинг қўлланилиши эктопияларни даволашда асосли саналади. «Солковагин» атипик гистологик манзара аниқланганда қўлланилиши мумкин эмас.

Номедикаментоз даво усулларига физиотерапевтик муолажалар (ультратовуш, магнит таъсирлари, бальнеотерапия), рефлексотерапия и фитотерапия киради. Улар орасида паст частотали лазер нурланиши, НО-терапия усуллари кенг тарқалган. Уларнинг биологик таъсири метаболик жараёнларни кучайтириш, микроциркуляцияни яхшилаш, антибактериал таъсир этишга асосланган.

Аммо, кўп ҳолларда юқорида санаб ўтилган даво усуллари радикал жарроҳлик муолажаларига тайёрлов босқичи бўлиб хизмат қилади.

Бачадон бўйни фон ва рак олди касалликларини жарроҳлик усули билан даволаш

Диатермокоагуляция – бачадон бўйни касалликларини анъанавий даволаш усулига киради. Биполяр моноактив усулда 2 та электроддан фойдаланилади. Юзаси 150-200 см бўлган кўрғошин пластинка кўринишидаги ноактив электрод беморнинг сон соҳасига фиксация қилинади ёки думғаза остига қўйилади. Иккинчи актив электрод эса (тугма, игна, ковузлок кўринишидаги) ишчи электрод ҳисобланади. Юқори частотали ток таъсирида тўқималарда эндоген иссиқлик ҳосил бўлиб, ҳарорат 60-100°C гача кўтарилади. Бу тўқима оксилларининг қайтмас коагуляциясига олиб келади.

Диатермокоагуляцияни қўллашга кўрсатмалар:

- бачадон бўйни деформациясига олиб келмаган яхши сифатли фон касалликлари (гистологик текширишда тасдиқланган безли-папилляр эрозиялар);

- енгил ва ўрта даражали дисплазиялар;

- бачадон бўйни эндометриози.

Диатермокоагуляцияни олиб бориш услуби. Операцион майдон тозалангандан сўнг тугмасимон электрод бачадон бўйни қин қисмининг аввал олдинги, кейин орқа лабларининг зарарланган юзаларига зич қўйилади. Кейин айлана ҳаракатлар билан цервикал каналнинг пастки 1/3 қисми коагуляция қилинади.

Бачадон бўйни қин қисми юзасида оқ рангли струп ҳосил бўлади, у 10-12 кундан сўнг кўчиб тушади. Ярали юзанинг эпителизацияси 1,5-2 ойдан сўнг тугайди.

Эндометриоз профилактикаси мақсадида диатермокоагуляцияни ҳайздан 5-7 кун олдин ўтказиш керак. Монополяр электродларнинг ишлатилиши бачадон бўйни шиллиқ ости эндометриози юзага келишини камайтиради.

Диатермокоагуляциядан кейин қўшимча ишлов шарт эмас. Кўп миқдор се-роз-конли ажралмалар ажралганда бачадон бўйни қин қисми 3-5 кун давомида 7% ли калий перманганат эритмаси билан ювилади. Струп кўчгандан сўнг бачадон бўйнига наъматак ёки зайтун мойи суртилади. Диатермокоагуляция усули қонсизлиги, абластиклиги, инфекция тарқалиш хавфининг камлиги билан фарқланади. 93-97% беморлар тўлиқ соғайиб кетади.

Бу усулнинг яна бир афзаллиги шундаки, босқичма-босқич олиб ташланган тўқималар гистологик текширилиши ва интраэпителиал рак аниқланиши мумкин.

Усулнинг барвақт юзага келадиган асоратлари:

- қон кетиш;
- ҳайз циклининг бузилиши;
- яллиғланиш жараёнининг кўзғалиши.

Кечки асоратлар:

- «Коагуляцияланган бачадон синдроми»;
- эндометриоз;
- ҳайз циклининг бузилиши;
- цервикал канал стенози;
- цервикал канал битиши.

Диатермоэлектроэксцизия (конизация) - электрожарроҳлик йўли билан бачадон бўйнидаги патологик ўчоқларни ички бўғизга томон конуссимон кесишдан иборат. Кесиб олинган конуссимон тўқима бактериологик текширилади.

Электроэксцизияни олиб бориш услуби. Бачадон бўйни қин қисми Куско кўзгулари ёрдамида очилиб, кесиладиган соҳа чегарасидан ташқарида қисқичларга олинади. Операцион майдонга этил спирти билан ишлов берилиб, Шиллер синамаси ёрдамида зарарланиш чегаралари аниқлангандан сўнг, цервикал каналнинг 5-15 мм ичкарасига электроднинг йўналтирувчи стержени киритилади. Токнинг коагуляцион зичлиги кесувчи зичликка алмаштирилади. Керакли чуқурликда куч ишлатмасдан кесиш учун оптимал кучланиш танлаб олинади ва кесувчи сим билан ўзгарган тўқималарни камраб олувчи айлана кесим ўтказилади. Электрод соат стрелкаси бўйича айлантирилиб, цервикал каналнинг 2/3 қисми кесиб ташланади.

Эпителизация жараёни диатермоэлектроэксцизия ўтказилганидан сўнг 2-3 ойда тугалланади.

Ҳозирги пайтда бачадон бўйни фон касалликларини даволашда юқори энергетик (юқори интенсив лазер, радиожарроҳлик, электрожарроҳлик, плазмали жарроҳлик) ва паст ҳароратли (криожарроҳлик) таъсиротларидан самарали фойдаланилмоқда.

Бачадон бўйни касалликларини лазер даволаш узлуксиз таъсир этувчи лазер мослама ёрдамида амалга оширилади. Бунда нурланиш тутами патологик ўчоққа уч текисликда эркин ҳаракатланишга имкон берувчи призмали-кўзгули нур узатувчи ёрдамида йўналтирилади. Лазер минимал генерацияда ишлатилади. Шунинг учун, ўчоқ юзасига 2-6 Вт қувватга эга нурланиш таралади. Нурланиш давомийлиги дисплазия юзасининг катталигига боғлиқ ва ўртача 2-7 дақиқани ташкил этади.

Ўзгарган тўқималар атрофидан 1-2 мм кенгликда соғлом тўқима ҳам нурлантирилиши керак. Нурланган юза оқиш рангда бўлади. Муолажадан сўнг 10-

15 кун давомида кинга 0,1 г борат кислота, 0,3 г глюкоза, 0,5 г дан стрептоцид ва сулфадимезин, 10 ТБ лидаза шимдирилган тампонлар қўйилади.

Нурланиш вақтида оғриқ кузатилмайди, струп ҳосил бўлмайди, муолажа пайтида ва ундан кейин ҳам нурланган соҳадан қон кетмайди. Эпителизация 3-4 ҳафтада тугайди.

Лазер даволаш услуги. Лазервапоризация (коагуляция) ни амбулатор шароитларда дастлабки оғриқсизлантиришсиз ўтказиш мумкин. Бачадон бўйни махсус кўзгулар ёрдамида очилиб, патологик ўчоқ чегарасини аниклаш учун кенгайтирилган кольпоскопия ўтказилади. Аввал лазер нури билан ўзгарган тўқима белгилаб олинади, бунда чегара соғлом тўқимадан 1-2 мм қамраб олинади. Лазер даволаш цервикал каналдан бошланиб, концентрик ҳаракатлар билан периферияга томон ҳаракат қилинади. Қин ва вульвадаги ўткир учли кондиломаларни лазер даволашда 0,5% ли новокаин эритмаси билан инфильтрацион анестезия ўтказилиши керак.

Лазердеструкция юқори энергетик лазерлар – карбон кислотали, неонли, аргонли, неодимли лазерлар ёрдамида амалга оширилади. Кўпинча карбон кислотали (CO₂) лазер қўлланилади. CO₂-лазер тўлқин узунлиги 10,6 мкм бўлган инфрақизил спектрдаги монохроматик когерент нурланишни ишлаб чиқаради. Лазер нурининг биологик таъсир механизми биологик тўқималарнинг когерент нурланишни етарлича кучли ютиб олишига асосланган. Натижада таъсирот нуқтасида хужайра ичи ва ташқарисидаги суюқликнинг бир лаҳзали қайнаши ҳисобига буғ ҳосил бўлади ва у кенгайиб хужайра элементларининг узилишига, яъни тўқима деструкциясига олиб келади. Нурланиш 0,3 мм гача чуқурликда ютилади.

Муолажа пайтида лазер-кольпоскопнинг қўлланилиши жарроҳлик амалиётини визуал назорат қилиш имконини беради. Тўқимани кесиш фокусланган лазер нури таъсирида қаватма-қават буғланиш билан, юзаки коагуляция эса фокусланмаган нурланиш таъсирида амалга оширилади. Лазер нурининг кириб бориш чуқурлиги 50 мкм дан ошмайди, бу муолажани юқори аниқликда бажариш имконини беради. Лазервапоризациядан сўнг бачадон бўйнига дори моддалар билан ишлов берилмайди.

Бачадон бўйнининг лазердеструкцияси одатда бир маротаба амалга оширилади. Аммо зарарланиш майдони йирик бўлса ва лазердеструкцияни бир босқичда ўтказиш имкони бўлмаса, вапоризация бир неча марта 4-6 ҳафта оралаб ўтказилади.

Радиотўлқинли жарроҳлик – юқори частотали тўлқинлар ёрдамида юмшоқ тўқималарни кесиш ва коагуляция қилишнинг атравматик усулидир. Радиотўлқинли кесим мануал босимсиз ёки хужайралар эзилишисиз амалга оширилади. Юқори частотали тўлқинлар «актив» ёки «жарроҳлик» электродининг учиди жамланади. Тўқима тўлқинлар ўтишига қаршилик кўрсатиб ўзидан иссиқлик ажратади. Натижада тўлқинлар йўлидаги хужайралар буғланади ва тўқималар 2 томонга тарқалади. Усулнинг бир қатор афзалликлари мавжуд. Булар: тўқима анатомик тузилишини бузмасдан, унга

аниқ таъсир этиш, тўқималарнинг муолажадан сўнг тез битиши, қон кетмаслиги ва стерилловчи таъсиридир.

Бачадон бўйни касалликларини криожарроҳлик йўли билан даволаш замонавий даволаш усулларида бири саналади. Паст ҳароратли таъсир кенг спектрдаги биологик таъсирни, яъни тўқима криоконсервациясидан криодеструкциясигача бўлган натижани бериши мумкин. Совутиш таъсирида турли физико-кимёвий, биофизикавий ва биокимёвий мураккаб ўзгаришлар юзага келиб, бу ўз навбатида тўқималарда турли интенсивликдаги структур ва функционал ўзгаришларга олиб келади. Паст ҳароратнинг таъсири тўқима ва хужайраларнинг криосезувчанлиги ва жойлашиш жойига боғлиқ. Енгил даражали дисплазияда бир маротаба, $-125...-170^{\circ}\text{C}$ ҳароратда музлатиш ўтказилади, бунда аппликатор ишчи қисмининг совутиш тезлиги $75-100^{\circ}\text{C}$ дан юқори бўлади. Музлатиш зарарланиш чегарасидан ташқарида 3 мм гача кенгликда давом эттирилади, некроз майдони кўз билан ёки ҳарорат датчиклари ёрдамида белгиланади.

Дисплазиянинг оғир даражаларида кўп маротаба музлатиш олиб борилади. Музлатишлар оралиғида бачадон бўйни кольпоскоп ёрдамида кўрилиб, камраб олинмаган соҳалар аниқланади. Бачадон бўйни оролчали зарарланганда, керакли шакл ва катталиқдаги аппликатор танланиб музлатилади. Криодеструкцияда некрозга учраган тўқималар тезда организмдан чиқиб кетмайди. Бир суткадан сўнг демаркация бошланади, яъни некроз майдони яллиғланиш сабабли гиперемия билан ўралади, қон томирлар беркилиб қолади, шунинг учун қон кетиш кузатилмайди. Ҳосил бўлган грануляцион вал инфекцияга тўсқинлик қилади. 3-5 ҳафталарда некротик тўқималар кўчиб, эпителизация бошланади.

Криожарроҳлик учун махсус криожарроҳлик мосламасидан, криоагент сифатида суюқ азотдан фойдаланилади. Криоген усул бачадон бўйни эндометриози, фон ва рак олди касалликлари (эктропион, узоқ давом этувчи ва бошқа даво усулларида берилмайдиган псевдоэрозиялар, лейкоплакия, эритроплакия, папиллома, неоплазиялар) ва рак касаллигини даволашда қўлланилади.

Криожарроҳлик усулининг афзалликлари:

- атрофдаги соғлом тўқима зарарланмайди;
- крионекроз соҳасидан қон кетмайди;
- цервикал канал стенози бўлмайди;
- ҳайз ва бола туғиш функцияси бузилмайди;
- криодеструкция ўчоқлари тез битади.

Криожарроҳлик амалиёти ўтказишга қарама-қарши кўрсатмалар:

- жинсий аъзоларнинг ўткир ва ўткир ости яллиғланиш касалликлари;
- йўлдош инфекцион касалликлар;
- бачадон бўйнидаги специфик жараёнлар.

Криожарроҳлик амалиёти амбулатория шароитида оғриқсизлантиришсиз ўтказилиши мумкин, бу муолажа беморларнинг иш қобилиятига таъсир этмайди.

Криодеструкциянинг икки тури мавжуд:

1. криокоагуляция (криоконизация)
2. аралаш криодеструкция (криолазер ва криоультратовуш таъсирлар).

Криолазер даволашда биринчи босқичда криоген таъсир, иккинчи босқичда 2-3 кундан сўнг гелий-неонли лазер билан таъсир этирилади. Усул юқори самарали бўлиб, 5-8 кунда струп, 4-6 ҳафтада эпителизация кузатилади.

Криоультратовуш даволаш махсус криоультратовуш аппаратлари ёрдамида бачадон бўйнидаги йирикроқ фон жараёнлари ва оғир даражали дисплазияларини даволашда қўлланилади.

Криоген даволашдан 4-6 ҳафта ва 6 ойдан сўнг, кейинчалик эса ҳар йили цитологик ва кольпоскопик текширишлар ўтказилади. Икки маротаба кетма-кет ўтказилган цитологик текширишнинг манфий натижалари даволаш самарадорлигини баҳолаш кўрсаткичи саналади.

Анъанавий жарроҳлик даволаш усули бачадон бўйнининг посттравматик фон касалликлари (эктропион, бачадон бўйни йиртилишлари, чандикли деформациялари, бачадон бўйни-қин оқма яралари) да қўлланилади. Бунинг учун реконструктив-пластик операциялар (Эммет, Ельцов-Стрелков усулидаги операциялар), бачадон бўйни ампутацияси (Штурмдорф, Шредер бўйича, юқори ампутация), бачадон экстирпацияси операциялари олиб борилади. Санаб ўтилган усуллар қўллашга кўрсатма ва қарама-қарши кўрсатмаларга қатъий амал қилганда самара беради.

Бачадон бўйни рак олди касалликларини жарроҳлик даволаш усулини танлаш индивидуал тарзда олиб борилиши ва қуйидаги омиллар инобатга олиниши керак:

- кольпоскопия натижалари;
- морфологик ўзгаришлар даражаси;
- беморнинг ёши, репродуктив фаолияти;
- бачадон бўйнида олиб борилган муолажалар; диспластик жараённинг жойлашган соҳаси;
- йўлдош генитал ва экстрагенитал касалликлар.

Шубҳасиз, дисплазиянинг оғирлик даражаси даво усулини танлашда ҳал қилувчи омил саналади. CIN I, яъни енгил даражали дисплазияда динамик кузатув ва консерватив даво олиб борилиши мумкин. Ёш аёлларда CIN II, III (ўрта, оғир даражали дисплазия ва преинвазив карцинома) да, ҳамда CIN I консерватив даволангандан сўнг 3 ой давомида регрессияга учрамаса, бачадон бўйнидаги патологик ўчоқ жарроҳлик йўли билан олиб ташланади, яъни конизация қилинади. Электроконизация (конуссимон электроэксцизия) усулини ҳам қўллаш мумкин, аммо бу муолажадан сўнг асоратлар кўп учрайди.

Ҳозирги вақтда CO₂-лазер ёрдамида конизация ўтказилади, чунки бу усул қўлланилганда жароҳат жойи тез битади, қон кетиш ва бошқа асоратлар юзага

келмайди. Радиожарроҳлик усули қўлланилганда конизацияланган соҳа яна ҳам тезроқ эпителизацияланади. Оғир даражали дисплазияда бачадон бўйни конуссимон электроэксцизияси қўлланилиши мумкин:

- 40 ёшгача бўлган аёлларда;
- инвазия белгилари бўлмаса;
- биоптатнинг қуйи қатламларида диспластик ўзгаришлар бўлмаса;
- доимий клиник, цитологик, кольпоскопик назорат олиб бориш имконияти бўлса.

Бошқа ҳолларда, оғир даражали дисплазияда гистерэктомия жарроҳлик усули қўлланилади, чунки кўпинча жараён преинвазив рак ёки микрокарцинома билан асоратланган бўлади.

Даволашнинг асосий босқичи яқунлангандан сўнг аёл диспансер назоратида туриши керак. Бачадон бўйни фон касалликлари дисплазия жараёни билан биргаликда қўшилиб келмаса, 1 йил давомида, бачадон бўйни дисплазияси билан қўшилиб келса, 2 йил давомида, ҳар 3 ойда кольпоцитологик ва ҳар 6 ойда цитологик назорат ўтказиш шарти билан диспансер кузатув олиб борилади.

Дисплазиянинг оғир даражаси билан касалланган аёлларни фақат онколог даволаши ва диспансер назоратини олиб бориши керак.

БАЧАДОН БЎЙНИ РАК ОЛДИ ВА РАК КАСАЛЛИКЛАРИ ПРОФИЛАКТИКАСИ

Бачадон бўйни рак касаллигини олдини олишнинг асосий чора-тадбирларидан бири рак олди жараёнларини барвақт аниқлаш ва даволашдир.

Бачадон бўйни рак касаллигининг бошқа рак хасталикларидан устунлиги шундаки, бу патологияни олдини олишнинг ҳам бирламчи, ҳам иккиламчи профилактика усуллари ишлаб чиқилган бўлиб, уларнинг иккаласи ҳам фаол ташқи аралашувдан иборат.

Бирламчи профилактика бачадон бўйни рак олди касалликларининг олдини олишга қаратилган чора-тадбир бўлиб, унга вакцинопрофилактика мисол бўлади. Маълумки, бачадон бўйни раки аниқланган гистологик препаратларнинг 99,7% ида одам папилломавирусининг ДНКси топилган. Бу эса папилломавируснинг цервикал канцерогенездаги ўрнини яна бир бор тасдиқлаб турибди. Рекомбинант технологиялар асосида дастлаб моновакцина яратилиб, у одам папилломавирусининг 16-серотипидан химоялай олган. Кейинчалик моновакцина асосида иккивалентли (Cervarix™) ва тўртвалентли (Gardasil™) вакциналар тайёрланди. Иккивалентли вакцина одам папилломавирусининг 16- ва 18-генотиплардан, тўртвалентли вакцина 16-, 18- ва кам хавф даражасига эга 6- ва 11- генотипларидан химоя қила олади.

Вакцинанинг таъсир механизми

Вакцинанинг химоя хусусияти амалга ошиши учун папилломавируснинг L1 оксили нишон бўлиб хизмат қилади. Маълумки, вируснинг сферик юзаси 72 пентамердан иборат бўлиб, уларнинг ҳар бири 5 молекула L1 оксили ва 1 молекула L2 оксидидан иборат. Папилломавирус юққанидан сўнг эпителиал тўқималарда кўп миқдорда кечки капсид оксиллари ҳосил бўлади ва улар вирус инфекциясининг бошланғич, продуктив фазасини характерлаб беради.

Вакцинада антиген вазифасини бажарувчи вируссимон бўлақлар турли муҳитларда (ачитқилар, бактериялар, ҳашарот ҳужайраларида) L1 оксилнинг эндоген экспрессияси натижасида яратилади. L1 оксили молекулалари йиғилиб, вируссимон бўлақларни ҳосил қилади. Улар тозаланиб, адъювант (аморф алюминий гидроксифосфатсульфат) га адсорбция қилинади. Вакцина папилломавирус билан зарарланишга олиб келмайди, лекин нейтралловчи антителалар ҳосил бўлишини кучайтиради.

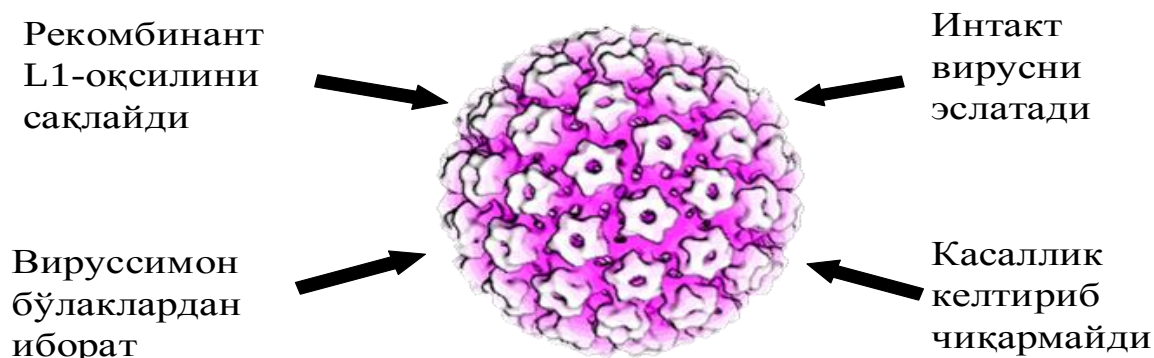
Маълумки, вакцинация тамойиллари иммунитетнинг 2 та асосий хусусиятига таянади: булар спецификлик ва ҳужайра хотирасидир. Одам папилломавирусига қарши иммунитет типоспецифик ва орттирилган бўлади.

Вакцинага жавобан В-лимфоцитлар томонидан нейтралловчи антителалар ишлаб чиқарилади, аммо В-лимфоцитларнинг ҳаёт давомийлиги чегараланган бўлади. Шунинг учун, вакцинанинг ҳужайра хотирасига таъсир этиши жуда муҳим хусусият ҳисобланади.

Ҳужайра хотираси туфайли узоқ муддатли иммунитет шаклланиб, кейинчалик кўзгатувчи антиген билан қайта тўқнашганда нейтралловчи антителалар янгидан ишлаб чиқарилади.

Антиген билан контакт натижасида антиген-антитело комплекси ҳосил бўлади. Цитотоксик ҳужайралар (макрофаглар ва б.) зарарланган ҳужайрани лизисга учратиб парчалайди ва папилломавируснинг ген материални организмдан чиқарилишига олиб келади.

Cervarix™ вакцинаси таркибида вируссимон L1 бўлақлар ва AS04-адъювант системаси бўлади (4-расм). Адъювант – вакцина антигенлари билан биргаликда вакцинацияланган одамда иммун жавобни яхшилайдиган, яъни вакцинага жавобан кучли ва давомли иммунитет шаклланишига олиб келадиган модда саналади. Алюминий гидроксид стандарт адъювант ҳисобланиб, ҳамма вақт ҳам одам папилломавирусига қарши юқори иммунитетни таъминлай олмайди. AS04-адъювант системаси иммуностимулятор – монофосфорил липид А (MPL) ва унга адсорбцияланган алюминий гидроксид ($Al(OH)_3$) дан иборат. Вакцина антигенлари билан боғланган алюминий гидроксиднинг бир ўзига қараганда Cervarix™ вакцинаси таркибидаги AS04-адъювант системаси яна ҳам кучли ва узоқ давом этувчи иммун жавобни юзага келтиради.



Таркиби:

20 мкг 16-генотипнинг L1-оқсилени
 20 мкг 18-генотипнинг L1-оқсилени
 500 мкг $Al(OH)_3$
 50 мкг MPL } *AS04 - адъювант системаси*

4-расм. Церварикс вакцинасининг таркиби

Шуни айтиб ўтиш жоизки, вакцинация одам папилломавируси юқишигача бўлган даврда, яъни 11-13 ёшдаги қизларда ўтказилиши мақсадга мувофиқ бўлади. Вакцинация 3 маротаба 6 ой оралаб 0,5 мл дан мушак орасига инъекция тарзида амалга оширилади. Вакцинациядан сўнг деярли барча аёллар қон зардобиди одам папилломавирусига қарши антителолар титри юқори даражаларга етади. Папилломавируснинг айнан шу генотиплари билан инфекцияланиш белгилари бўлмаган ва вакцинация ўтказиш даврида инфекцияланмаган аёлларда вакцина шу генотиплар чақирадиган персистирловчи инфекциядан 90% дан кўп ҳолларда ҳимоя қила олади. Вакциналарнинг ҳимоя қила олиш давомийлиги тўғрисида маълумотлар етарли эмаслигига қарамадан, уларнинг таъсири 5,5 йилга етиши аниқланган.

Тўртвалентли (Gardasil™) вакцинанинг юқори клиник самарадорлиги ва хавфсизлиги 3,6 йил давомида 16 ёшдан 26 ёшгача бўлган 20887 та қиз ва аёлларда ўтказилган тадқиқот натижалари орқали тасдиқланган. Тўртвалентли вакцина папилломавируснинг 16- ва 18-серотипларидан 100% ҳолларда ҳимоя қила олган. 24-45 ёшда вакцинацияланган аёллар орасида 3,8 йил давомида олиб борилган тадқиқотларда тўртвалентли вакцинанинг CIN га қарши юқори – 95,7% самарадорлиги, ташқи аногенитал зарарланишлардан 89% ҳолларда ҳимоя қила олиши кўрсатилган [8].

Одам папилломавируси билан зарарланган аёлларда вакцинанинг самарадорлиги зарарланмаган аёлларга қараганда паст бўлади. Одам папилломавирусининг муайян серотипи билан зарарланган аёллар тўртвалентли вакцина бўйича ўтказилган тадқиқотларда иштирок этганда, уларда вакцина таркибидаги қолган уч хил папилломавирусдан ҳимояланишнинг юқорилиги

қайд этилган. Вакцинациянинг бирламчи курси мавжуд инфекцияга таъсир этмаган.

Иккиламчи профилактика – рак олди жараёнларини эрта аниқлаш ва даволаш бўлиб, ташкиллаштирилган скрининг орқали амалга оширилади. Цитологик скрининг бачадон бўйни рак олди ўзгаришларини аниқлашнинг энг кенг тарқалган ва самарали усули саналиб, 100% ҳолларда тўғри диагноз қўйишга имкон беради.

ЖССТ тавсияларига кўра, ҳар бир аёл 25 ёшдан бошлаб доимий тарзда скринингдан ўтиши керак. Скрининг даврийлиги борасида ЖССТ 25-45 ёшлардаги аёллар ҳар 3 йилда, 50 ёшдан ошган аёллар ҳар 5 йилда скринингдан ўтиб туришини тавсия этади. 65 ёшдан ошган аёллар олдинги 2 та суртмалар натижаси манфий бўлса, скринингдан ўтиши шарт эмас. Шунини таъкидлаб ўтиш керакки, скрининг концепцияси вакцинацияланган 25 ёш ва ундан катта ёшдаги аёллар учун ҳам сақланиб қолади, чунки мавжуд вакциналар одам папилломавирусининг барча онкоген турларидан ҳимоялай олмайди. Цитологик тестларга асосланган скрининг дастурлари туфайли ривожланган давлатларда цервикал ракдан ўлим ҳолатлари кескин пасайди. Чунки, бачадон бўйни раки эрта инвазив босқичларда аниқланганда ҳам, юқори самарадорликка эга замонавий даволаш усуллариининг қўлланилиши кўп аёлларнинг тўлиқ соғайиб кетишига имкон бермоқда.

Илова

Амалий машғулотни олиб боришда тавсия этиладиган интерфаол ўйинлар

1-ЎЙИН

Фикрлаш машқи: «Цитомегаловирус» сўзидан ҳар бир талаба сўз тузади. Кўп сўз тузган талаба ғолиб саналади.

2-ЎЙИН

Интерфаол ўйин: «Стол ўртасида ручка»

Гуруҳни 1, 2, 3 санаш йўли билан 3 та кичик гуруҳга бўлинади. Қуръа ташлаш йўли билан топшириқ танланади: «Бачадон бўйни патологик ҳолатларининг турлари, келиб чиқиш сабаблари», «Бачадон бўйни фон ва рак олди касалликларини ташхислаш мезонлари», «Бачадон бўйни фон ва рак олди касалликларини даволаш усуллари».

Ҳар бир талаба ўзининг жавобини стол устидаги қоғоз варағига ёзиб, уни қўшнисига узатади. Ручкани эса стол ўртасига қўяди, сўнг жавобларни муҳокама қилиб, тўғрисида дафтарга ёзиб олишади.

Тайёрланишга 10 дақиқа вақт берилади Тайёр бўлишгандан сўнг ҳар бир гуруҳдан вакил чиқиб жавобни айтади ва муҳокама қилинади. Тўғри жавоб берган гуруҳ рағбатлантирилади ва ғолиб деб эълон қилинади.

ЎРГАТУВЧИ ТЕСТЛАР

1. Бачадон бўйни қин қисмини қопловчи кўп қаватли ясси эпителий қайси қаватлардан иборат:

- базал
- парабазал
- оралик
- юза.

2. Бачадон бўйни фон ва рақ олди касалликларини келтириб чиқарувчи асосий сабаблар:

- туғруқ ва аборт пайтидаги бачадон бўйни травмалари
- генитал инфекциялар (оддий герпес вируси-2, папилломавирус, трихомониаз, хламидиоз)

- гормонал бузилишлар.

3. Бачадон бўйни рақи ривожланишига хавф омилларига қиради?

- эрта менархе
- жинсий ҳаётнинг эрта бошланиши
- пала-партиш жинсий ҳаёт, жинсий ҳамкорларни тез-тез алмаштириш
- жинсий йўл билан юқадиган инфекцияларга чалиниш
- бачадон бўйнининг туғруқ ёки абортдан кейинги травмалари
- кичик чанок аъзолари яллиғланиш жараёнлари
- гормонал гомеостазнинг бузилиши
- иммунитетнинг пасайиши
- тамаки чекиш
- ишлаб чиқаришнинг зарарли омиллари.

4. Бачадон бўйни рақи ривожланишида етакчи омиллар ҳисобланади:

- папилломавирус билан зарарланиш
- иммунитетнинг сусайиши
- гиперэстрогения.

5. Бачадон бўйни фон касалликларига қайси касалликлар қиради?

- псевдоэрозия
- эктропион
- полип
- лейкоплакия
- эритроплакия

- папиллома.

6. Бачадон бўйни фон ва рак олди касалликларига чалинган беморлар учун хос шикоятлар:

- бачадон бўйни патологияси бор аёллар ҳеч қандай шикоят қилмаслиги мумкин

- бачадон, бачадон ортиклари ёки кинда яллиғланиш жараёнлари мавжуд бўлса, беморлар турли интенсивлик ва характердаги оғрикларга, киндан ажралмалар келишига шикоят қилиши мумкин.

7. Цервикал канал полипи нима?

- цервикал канал шиллиқ қаватининг ҳосиласи
- бачадон бўйнининг яхши сифатли патологик жараёни
- оёқча ёки кенг асосга эга
- безли ёки эпидермизацияланган полиплар фарқланади.

8. Лейкоплакияларнинг қуйидаги турлари фарқланади:

- оддий – кўп қаватли ясси эпителий юзасидан кўтарилмаган юпқа қоплам кўринишидаги лейкоплакия

- тангачасимон – рак олди касаллик ҳисобланиб, эпителий юзасидан кўтарилиб турувчи, зич, базал ҳужайрали гиперактивлик белгилари мавжуд лейкоплакия.

9. Бачадон бўйни фон ва рак олди касалликлари билан оғриган беморларни текшириш босқичлари:

- бирламчи текшириш
- дастлабки даволаш ва чуқур текшириш.

10. Бачадон бўйни фон ва рак олди касалликлари диагностикасида қўлланиладиган асосий текшириш усуллари:

- кўзгуларда кўриш
- кольпоскопия (оддий ва кенгайтирилган)
- цитологияга суртма олиб текшириш
- шубҳали жойни биопсия қилиш
- биоптатни гистологик текшириш
- цервикал каналдан олинган қириндини гистологик текшириш.

11. Бачадон бўйни фон ва рак олди касалликлари диагностикасида қўлланиладиган қўшимча текшириш усуллари:

- қин ва цервикал канал ажралмаларини бактериоскопик ва бактериологик текшириш

- генитал инфекцияларнинг молекуляр-биологик диагностикаси
- гипофизнинг гонадотроп гормонлари ва жинсий гормонлар миқдорини аниқлаш

- кичик чанок аъзоларини ультратовуш текшириш
- радиоактив фосфор билан текшириш усули
- оптик когерент томография усули.

12. Цитологик суртмаларнинг Папаниколау бўйича таснифи:

- I тип суртма – нормал цитологик манзара, атипик ҳужайралар бўлмайди.
- II тип суртма – қинда ёки бачадон бўйнидаги яллиғланиш жараёни сабабли эпителий ҳужайраларининг ўзгариши.
- III тип суртма – цитоплазма ва ядро нисбатлари ўзгарган санокли ҳужайраларнинг бўлиши.
- IV тип суртма – ёмон сифатлилик белгилари (ядроларнинг катталашиши, базофил цитоплазма, ҳужайралар атипияси) бор алоҳида ҳужайраларнинг топилиши.
- V тип суртма – кўп сонли атипик ҳужайраларнинг борлиги.

13. Шиллер синамасининг моҳияти нимада?

- экзоцервиксдаги ясси эпителий ҳужайралари гликоген сақлаганлиги сабабли Люголь эритмасидаги йод таъсирида тўқ-қўнғир рангга бўялади
- дисплазияга учраган ясси эпителий ҳужайраларида гликоген бўлмаганлиги туфайли йод таъсирида рангини ўзгартирмайди ва тўқ-қўнғир рангга бўялмайди.

14. Бачадон бўйни фон ва рак олди касалликларини даволашнинг қандай усуллари биласиз?

- консерватив усуллар: фармакотерапевтик (яллиғланишга қарши, иммунокоррекция, гормонал, кимёвий усуллар)
- номедикаментоз (физиотерапевтик)
- жарроҳлик усуллари
- ноанъанавий усуллар.

15. Бачадон бўйни фон ва рак олди касалликлари билан оғриган касалларни даволаш босқичлари:

- 1-босқичда тўғри диагноз қўйиш, адекват даво усулини танлаш, даволашга тайёргарлик кўриш олиб борилади.
- 2-босқичда кин микробиоценози коррекцияси ўтказилади.
- 3-босқичда онкологик ҳушёрликни ёдда тутган ҳолда бачадон бўйнидаги патологик ўчоққа таъсир этилади.
- 4-босқичда (жарроҳлик амалиёти ва аралаш даво усуллари қўлланилган ҳолларда) операциядан кейинги реабилитация олиб борилади.
- 5-босқичда касаллик қайталанишининг олдини олиш ва нормал гомеостазни сақлаб туришга йўналтирилган диспансеризация олиб борилади.

16. Бачадон бўйни кимёвий коагуляциясига кўрсатмалар:

- бачадон бўйни яхши сифатли фон жараёнлари
- бачадон бўйнида деформация ва гипертрофия бўлмаса
- ёш ва туғмаган аёлларда.

17. Бачадон бўйни фон ва рак олди касалликларини медикаментоз (малҳам асосидаги антибактериал препаратлардан фойдаланиб) даволашга кўрсатмалар:

- цервицитни даволаш
- оператив муолажалар ўтказишдан олдин

- коагуляцияга тайёргарлик мақсадида.

18. Бачадон бўйни диатермокоагуляциясига кўрсатмалар:

Диатермокоагуляцияни қўллашга кўрсатмалар:

- бачадон бўйни деформациясига олиб келмаган яхши сифатли фон касалликлари (гистологик текширишда тасдиқланган безли-папилляр эрозиялар)

- енгил ва ўрта даражали дисплазиялар
- бачадон бўйни эндометриози.

19. Бачадон бўйни диатермокоагуляциясидан кейин юзага келиши мумкин бўлган асоратлар:

- қон кетиш
- ҳайз циклининг бузилиши
- яллиғланиш жараёнининг қўзғалиши
- «коагуляцияланган бачадон синдроми»
- эндометриоз
- цервикал канал стенози.

20. Криожарроҳлик усулининг афзалликлари:

- атрофдаги соғлом тўқима зарарланмайди
- крионекроз соҳасидан қон кетмайди
- цервикал канал стенози бўлмайди
- ҳайз ва бола туғиш функцияси бузилмайди
- криодеструкция ўчоқлари тез битади.

21. Криожарроҳлик амалиёти ўтказишга қарама-қарши кўрсатмалар:

- жинсий аъзоларнинг ўткир ва ўткир ости яллиғланиш касалликлари
- йўлдош инфекцион касалликлар
- бачадон бўйнидаги специфик жараёнлар.

22. Радиотўлқинли жарроҳлик усулининг афзалликлари ҳисобланади:

- тўқима анатомик тузилишини бузмасдан, унга аниқ таъсир этиш
- тўқималарнинг муолажадан сўнг тез битиши
- қон кетмаслиги
- стерилловчи таъсири.

23. Бачадон бўйни фон ва рак олди касалликларини жарроҳлик усулида даволашга кўрсатмалар:

- бачадон бўйни деформацияланиши билан кузатиладиган фон ва рак олди касалликлари

- бачадон бўйни туғруқ ва аборт вақтидаги йиртилишлар
- эктропион.

24. Анъанавий жарроҳлик даволаш усулларига киради:

- реконструктив-пластик операциялар
- бачадон бўйни ампутацияси
- бачадон экстирпацияси.

25. Анъанавий жарроҳлик даволаш усуллари қўлланилади:

- эктропионни даволашда
- бачадон бўйни йиртилишларида
- чандикли деформацияларида
- бачадон бўйни-қин оқма яраларида.

26. Бачадон бўйни фон ва рак олди касалликлари даволангандан сўнг кольпоскопик ва цитологик назорат қандай олиб борилади?

• бачадон бўйни фон касалликлари ва енгил даражали дисплазияларда йилига икки марта

• ўрта даражали дисплазияда – 3 ойда бир марта

• оғир даражали дисплазияда ойида бир марта икки йил давомида текширилади.

27. Бачадон бўйни фон ва рак олди касалликлари профилактикаси нимадан иборат?

• абортлар сонини камайтириш

• туғруқдан кейин бачадон бўйнини йиртилишларини адекват тиклаш

• генитал инфекциялар ва гормонал бузилишларни ўз вақтида даволаш

• профилактик гинекологик кўрув пайтида бачадон бўйнидан олинган суртмаларни цитологик текшириш.

28. Бачадон бўйни рак олди ва рак касалликлари иккиламчи профилактикаси қандай олиб борилади?

• профилактик гинекологик кўрув пайтида бачадон бўйнидан олинган суртмаларни цитологик текшириш

• 25-45 ёшлардаги аёллар ҳар 3 йилда,

• 50 ёшдан ошган аёллар ҳар 5 йилда скринингдан ўтиб туриши керак.

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛАЛАР

1-масала

Шифокор қабулига 37 ёшли аёл қиндан кўп миқдор оқчил ажралмалар ажралишига шикоят қилиб келди. Ёшлигида қизамиқ ва гепатит А билан касалланган. Репродуктив анамнезида 5 та ҳомиладорлик бўлиб, шундан 2 таси туғруқ, 3 таси аборт билан тугалланган. 6 ой олдин урогенитал хламидиоз билан касалланиб, ўзи ва турмуш ўртоғи даволанган. Беморни текшириш ва олиб бориш режаси қандай?

Жавоб: Аёлнинг анамнези ва шикоятларини эътиборга олиб, қин суртмасини бактериоскопик текшириш ва урогенитал хламидиоз қайталанишини аниқлаш мақсадида бактериологик таҳлил, бевосита иммунофлюоресценция (БИФ) ёки хламидияларга нисбатан антителоларни топиш учун иммунофермент таҳлили (ИФТ) ўтказилади. Бачадон бўйнидаги яллиғланиш жараёнлари цитологик текшириш вақтида қиёсий диагностика ўтказишда қийинчилик туғдириши мумкин, шунинг учун аввал яллиғланиш

сабабини топиш ва даволаш керак, ундан сўнг эса цитологик текшириш мақсадга мувофиқ бўлади.

2-масала

32 ёшли аёл гинекологик кўрикдан ўтиш учун келди. Репродуктив анамнезида 3 та ҳомиладорлик бўлиб, уларнинг барчаси муддатидаги асоратсиз туғруқ билан якунланган. Бир неча марта бачадон бўйни псевдоэрозияси туфайли консерватив даво муолажаларини олган. Контрацепция мақсадида бачадон ичи воситасидан фойдаланяпти. Гинекологик кўрув пайти қин кўзгулари орқали кўрилганда бачадон бўйни цилиндрик шаклда, ташқи бўғиз тирқишсимон кўринишда, цервикал каналдан йирингли ажралма келяпти. Бачадон бўйни қин қисмида 1,2х1,5 см катталиқдаги псевдоэрозия бор. Цервикал каналдан бачадон ичи воситаси иплари кўриниб турибди. Беморни текшириш режаси қандай? Қайси даво усулларини тавсия қилиш мумкин?

Жавоб: Аёлнинг анамнези ва шикоятларини эътиборга олиб, қин суртмасини бактериоскопик ва цитологик текшириш керак. Цервикал каналдан йирингли ажралма келиши (цервицит белгиси) ва псевдоэрозия борлигини инобатга олиб, комплекс даволаш мақсадида бачадон ичи воситаси олиб ташланади. Бактериоскопик таҳлил натижаларига асосланиб, қин микробиоценози коррекцияси ўтказилади. Беморнинг бир неча марта бачадон бўйни псевдоэрозияси туфайли консерватив даво муолажаларини олганлиги ва уларнинг самарасизлигини эътиборга олиб, псевдоэрозияни даволаш учун диатермокагуляция, лазер даволаш, радиотўлқинли жарроҳлик ёки криожарроҳлик усулларида бири танланади.

3-масала

38 ёшли аёлда кольпоскопик текшириш ўтказилгандан сўнг, бачадон бўйни шиллиқ қаватидан биопсия олиниб гистологик текширилди ва патологик ўзгаришлар йўқлиги (манфий натижа) аниқланди. Цервикал каналдан олинган қириндида эса атипик хужайралар (мусбат натижа) топилди. Шифокор тактикаси нимадан иборат?

Жавоб: Кольпоскопияда цервикал каналдаги диспластик ўзгаришлар аниқланмайди. Шунинг учун, диагностик мақсадда цервикал канал қириб олиниши керак. Кольпоскопик текширишда манфий натижа ва цервикал канал қириндисини текширишда мусбат натижа олинса, бачадон бўйни дисплазияси даражасини адекват баҳолаш учун конуссимон биопсия (конизация) ва патологик ўзгарган эпителийни сакловчи эндоцервикал безларни гистологик текшириш ёрдам беради. Бачадон бўйни конизацияси фақатгина диагностик муолажа бўлмай, 85% ҳолларда бачадон бўйни рақини эрта босқичларда даволашга имкон беради.

4-масала

40 ёшли аёл профилактик кўрикдан ўтказилганда бачадон бўйнидан олинган суртма цитологик текширилганда III тип суртма – цитоплазма ва ядро нисбатлари ўзгарган саноқли хужайралар топилди. Шифокор режаси қандай?

Жавоб: Аниқ диагноз қўйиш мақсадида чуқурроқ текшириш олиб борилиши керак: кенгайтирилган кольпоскопия ва ўзгарган соҳалардан йўналтирилган ҳолда цитологик суртма олиш; йўналтирилган биопсия қилиб, биоптатни текшириш; бачадон ва цервикал канал шиллиқ қаватини алоҳида диагностик қириш ва қириндини гистологик текшириш қўлланилади.

5-масала

23 ёшли аёл қин суртмаси цитологик текширилганда III тип цитологик суртма аниқланди. Кольпоскопияда ясси ва цилиндрик эпителийлар чегараси аниқ кўриниб турибди. Цервикал канал қириндисидида патологик ўзгаришлар топилмади. Бачадон бўйнидан мўлжалланиб олинган биопсияда ўлчами 1 мм бўлган инвазив ўсма ўчоғи аниқланди. Ушбу вазиятда қандай даво усули танланади?

Жавоб: Кольпоскоп назорати остида мўлжаллаб олинган биопсияда микроинвазия ўчоғи аниқланса, касаллик тарқалиш босқичини аниқлаш мақсадида бачадон бўйни конизацияси ўтказилади ва олинган материал гистологик текширилади. Бачадон бўйни микроинвазив раки лимфоваскуляр ўзанга ўтмаганлиги ва инвазия чуқурлиги 3 мм дан кам бўлиши билан характерланади. Шунинг учун, бундай вақтда бачадон экстирпацияси энг маъқул ва тўғри даволаш усули ҳисобланади.

ҲОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ

1. Бауэр Г. Цветной атлас по кольпоскопии. – М., ГЭОТАР Медиа, 2002. – 288 бет, 188 ил.
2. Вишнякова С.В., Пекарев О.Г., Ефремов А.В., Ширинский В.С., Черных И.Р. Возможности оптимизации лечения псевдоэрозии шейки матки // Гинекология. – 2002. – Т.4, № 4. – 23-26-бетлар.
3. Кулавский В.А. Роль ультразвуковой эхографии и доплерометрии в оценке состояния шейки матки // Медицинские технологии в охране репродуктивного здоровья женщины: Материалы Всероссийской научно-практ. конф. – Екатеринбург, 2003. – 85-86-бетлар.
4. Мухамедов И.М., Каттаходжаева М.Х., Хужаева Ш.А. Репродуктив ёшдаги аёлларда меъёрда ва патологик ҳолатларда жинсий аъзолар микрофлораси. – Т., 2009. – 9-61-бетлар.
5. Прилепская В.Н., Костава М.Н. Патология шейки матки: теория, практика // Патология шейки матки. Генитальные инфекции. – 2006. – №1 (3). – 3-6-бетлар.
6. Прилепская В.Н. Поликлиническая гинекология. – М., 2005. – 640 бет.
7. Прилепская В.Н., Рудакова Е.Б., Кононов А.В. Эктопии и эрозии шейки матки. – М: МЕДпресс-информ, 2002. – 176 бет.
8. Роговская С.И., Подзолкова Н.М. Квадривалентная вакцина анти-ВПЧ: защита от рака и генитальных кондилом // Акушерство и гинекология. – 2011. – № 2. – 36-40-бетлар.
9. Роговская С.И., Прилепская В.Н. Бактериальный вагиноз и папилломавирусная инфекция // Гинекология. – 2002. – № 3. – 32-34-бетлар.
10. Рудакова Е.Б. Влагиалищный дисбиоз и патология шейки матки // Журнал патология шейки матки. Генитальные инфекции. – 2006. – № 1. – 52-55-бетлар.
11. Фролова И.И. Клинико-морфологические исследования дискератоза и неопластических изменений эктоцервикса при сопутствующей гинекологической патологии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2002. – 23 бет.
12. Фролова И.И., Бабиченко И.И., Местергази Г.М. Цервикальные интраэпителиальные неоплазии и дискератозы шейки матки. М: Династия, 2004 – 79 бет.
13. Cutts F., Broutet N., Lazdane G. Вирус папилломы человека, рак шейки матки и вакцины против ВПЧ: вопросы здравоохранения // Entre Nous (Европейский журнал по сексуальному и репродуктивному здоровью). – 2007. – No.64. – P.7-9.
14. Lethinen M. Интеграция вакцины против вирусов папилломы человека в национальные программы иммунизации // Entre Nous (Европейский журнал по сексуальному и репродуктивному здоровью). – 2007. – No.64. – P.12-13.

МУНДАРИЖА

Бачадон бўйни касалликларининг учраши.....	4
Бачадон бўйни тузилишининг ўзига хос жиҳатлари.....	5
Бачадон бўйни касалликлари таснифи.....	6
Бачадон бўйни фон ва рак олди касалликлари этиопатогенези.....	8
Бачадон бўйни патологияси турлари.....	10
Бачадон бўйни касалликлари диагностикаси.....	16
Бачадон бўйни фон ва рак олди касалликларини даволаш.....	25
Бачадон бўйни рак олди ва рак касалликлари профилактикаси.....	34
Илова.....	37
Фойдаланилган адабиётлар рўйхати.....	44