

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС**

**ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ**

**ИСАКОВА ДИЛНОЗАХОН БАХТИЁРОВА**

**Акушерлик ва гинекология**

**Фанидан**

**БАЧАДОН БЎЙНИ  
КАСАЛЛИКЛАРИ ТАШХИСИ ВА  
ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ**

**ЎҚУВ ҚЎЛЛАНМА**

**Акушерлик ва гинекология-70910201**

**Мутахассислиги магистрлари**

**учун мўлжалланган.**

**АНДИЖОН 2023**

**Муаллиф:**

**Д.Б.ИСАКОВА** – ВМО ва ҚТФ Акушерлик ва гинекология, онкология кафедраси т.ф.н. катта ўқитувчиси.

**Тақризчилар:**

**Г.А.Ихтиярова**-Тиббиёт фанлар доктори, профессор: Бухоро давлат тиббиёт институти акушерлик ва гинекология кафедраси мудири.

**О.А. Якубова** -Тиббиёт фанлар доктори, дотсент: Андижон давлат тиббиёт институти ВМО ва ҚТФ акушерлик ва гинекология, онкология кафедраси мудири.

# O'QUV ADABIYOTINING NASHR RUXSATNOMASI

O'zbekiston Respublikasi Oliy ta'lim, fan va innovatsiyalar vazirligi  
Andijon davlat tibbiyot instituti rektorining 2023 yil "1" maydagi  
"280-Sh"-sonli buyrug'iga asosan

**Д.Б.Исакова**  
(muallifning familiyasi, ismi-sharifi)

**Акушерлик ва гинекология - 70910201**  
(ta'lim yo'nalishi (mutaxassisligi))

\_\_\_\_\_ ning  
talabalari (o'quvchilari) uchun tavsiya etilgan.

***Бачадон бўйни касалликлари таъхиси ва даволаш  
усуллари номли о'quv qo'llanmasi***  
(o'quv adabiyotining nomi va turi: darslik, o'quv qo'llanma)

\_\_\_\_\_ ga

O'zbekiston Respublikasi Vazirlar Mahkamasi tomonidan  
litsenziya berilgan nashriyotlarda nashr etishga ruxsat berildi.



Rektor  M.M. Madazimov  
(imzo)

Ro'yxatga olish  
raqami:  
**100137**



## МУНДАРИЖА

ҚИСҚАРТМАЛАР.....	7
КИРИШ.....	8
<b>I – БОБ</b>	
1.1 БАЧАДОН БЎЙНИ АНАТОМИЯСИ ВА ФИЗИОЛОГИЯСИ.....	9
БАЧАДОН БЎЙНИ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ТАШХИСЛАШ.....	16
1.2.БАЧАДОН БЎЙНИ ДИСПАЗИЯСИ ВА ПРЕКАНСЕРОЗ КАСАЛЛИКЛАРИ.....	36
БАЧАДОН БЎЙНИ САРАТОНИДАН ОЛДИНГИ КАСАЛЛИКЛАРГА ШУБҲА ҚИЛИНГАН ВА ТАСДИҚЛАНГАН СЅН ТАШХИСИ ҚЎЙИЛГАН БЕМОРЛАРНИ БОШҚАРИШ АЛГОРИТМИ.....	43
<b>II – БОБ</b>	
2.1.БАЧАДОН БЎЙНИ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ.....	48
2.2.КОЛПОСКОПИЯ УСУЛНИНГ ТАМОЙИЛЛАРИ ВА АСОСЛАРИ. НОМЕНКЛАТУРА ВА ТЕРМИНОЛОГИЯ .....	55
ПАПИЛЛОМАВИРУС ИНФЕКТСИЯСИ. ПРЕКАНСЕРОЗ КАСАЛЛИКЛАР ВА БАЧАДОН БЎЙНИ САРАТОНИНИНГ БИРЛАМЧИ ВА ИККИЛАМЧИ ПРОФИЛАКТИКАСИ.....	70
2.3. ЭЛЕКТРОЖАРРОҲЛИК-УСУЛНИНГ ТАМОЙИЛЛАРИ ВА АСОСЛАРИ.....	78
2. 4. ХОМИЛАДОРЛИК ПАЙТИДА БАЧАДОН БЎЙНИ ПАТОЛОГИЯСИ.....	104
2.5. БАЧАДОН БЎЙНИ ПАТОЛОГИЯСИДА КАВИТАТСИЯЛАНГАН ЭРИТМАЛАРДАН Фойдаланиш.....	108
Мавзу бўйича ўргатувчи тестлар ва вазияли масалалар.....	120
Фойдаланган адабиётлар.....	142



## АННОТАТСИЯ

Бачадон бўйни патологиясини ташхислаш, даволаш ва олдини олиш учун гинекологлар ва онкогинекологлардан аъзолар анатомияси, физиологияси, морфологиясини чуқур билиш талаб қилинади. Бачадон бўйни патологиялари, Бачадон бўйни саратони ва саратон олди касалликлари кўп учрашига қарамасдан илк этапларда ташхислаш муаммо туғдиради ва гинекологик беморларни ўлимини асосий сабабларидан бири бўлиб ҳисобланади. Бачадон бўйни саратони аёл жинсий аъзоларининг хавфли ўсмалар касалликлари орасида дунёда биринчи ўринда туради. Халқаро Саратон тадқиқотлари агентлиги маълумотларига кўра, 2018 йилда дунё бўйлаб бачадон бўйни саратонининг 570 000 та янги ҳолати ва ушбу касалликдан 311 000 дан ортиқ ўлим ҳолатлари қайд этилган. Аксарият ҳолатлар (81%) ривожланаётган мамлакатларда рўй беради, бачадон бўйни саратони саратон касаллигидан ўлим сабаблари орасида 2-ўринда туради. Ўзбекистон Республикасида аёлларнинг репродуктив тизимининг онкологик касалланиши таркибида бачадон бўйни саратони кўкрак саратонидан кейин иккинчи ўринда туради. Ўзбекистонда барча онкопатологиялар орасида бачадон бўйни саратони бешинчи ўринда туради ва 13% ни ташкил қилади. Ўзбекистон Республикасида хавфли ўсмалардан касалланиш ва ўлим даражаси ҳам бугунги куннинг глобал муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда. Ўзбекистон Республикаси Давлат статистика қўмитаси маълумотларига кўра, 2016 йилда бачадон бўйни саратони билан касалланиш 100 000 аҳолига 4,6 ни ташкил этди, бачадон бўйни саратони кўкрак ва ошқозон саратонидан кейин учинчи (4,6/2,5) ўринда туради.

## Аннотация

Для диагностики, лечения и профилактики патологии шейки матки от гинекологов и онкогинекологов требуется доскональное знание анатомии, физиологии и морфологии органов. Несмотря на высокую заболеваемость патологией шейки матки, раком шейки матки и предраковыми заболеваниями, диагностика в ранние стадии является проблемой и одной из основных причин смерти гинекологических больных. Рак шейки матки занимает первое место в мире среди злокачественных опухолей женских половых органов. По данным Международного агентства по изучению рака в 2018 году во всем мире было зарегистрировано 570 000 новых случаев рака шейки матки и более 311 000 смертей от этого заболевания. Большинство случаев (81%) происходит в развивающихся странах, и рак шейки матки является второй по значимости причиной смерти от рака. Рак шейки матки занимает второе место после рака молочной железы среди онкологических заболеваний репродуктивной системы женщин в Республике Узбекистан. Рак шейки матки занимает пятое место среди всех онкопатологий в Узбекистане и составляет 13%. Заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований в Республике Узбекистан остаются одной из глобальных проблем современности. По данным Госкомстата Республики Узбекистан, заболеваемость раком шейки матки в 2016 году составила 4,6 на 100 000 населения, рак шейки матки занимает третье место (4,6/2,5) после рака молочной железы и желудка.

## ANNOTATION

In order to diagnose, treat and prevent cervical pathology, gynecologists and oncogynecologists are required to have a thorough knowledge of the anatomy, physiology, and morphology of organs. Despite the high incidence of cervical pathologies, cervical cancer, and precancerous diseases, diagnosis in the early stages is a problem and one of the main reasons for the death of gynecological patients. Cervical cancer ranks first in the world among malignant tumors of female genital organs. According to the International Agency for Research on Cancer, in 2018, there were 570,000 new cases of cervical cancer worldwide and more than 311,000 deaths from this disease. Most cases (81%) occur in developing countries, and cervical cancer is the second leading cause of cancer death. Cervical cancer ranks second after breast cancer among the oncological diseases of the reproductive system of women in the Republic of Uzbekistan. Cervical cancer ranks fifth among all oncopathologies in Uzbekistan and accounts for 13%. Morbidity and death rates from malignant tumors in the Republic of Uzbekistan remain one of today's global problems. According to the State Statistics Committee of the Republic of Uzbekistan, the incidence of cervical cancer in 2016 was 4.6 per 100,000 population, cervical cancer ranks third (4.6/2.5) after breast and stomach cancer.

## ҚИСҚАРТМАЛАР РҰЙХАТИ

**ФИГО**-Халқаро Акушерлик ва Гинекология Федератсияси босқичлаш системаси.

**ОИВ**- Одам иммун танқислиги вируси.

**ЖССТ**- Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти.

**HSIL**--(Ҳигх граде скуамоус интраэпителиал лесионс) – Ясси эпителийнинг интраэпителиал юкори даража шикастланиши.

**ИФСПС**-Колпоскопия ва сервикал потология бўйича халқаро федерасия.

**LSIL**-(Low граде скуамоус интраэпителиал лесионс)Ясси эпителийнинг интраэпителиал паст даража шикастланиши.

**В1Л**-Вулванинг интраэпителиал неоплазияси.

**ХПВ**- Хуманс папиллома вирус(Одам папиллома вируси)

**ББ**-бачадон бўйни

**ББС**-Бачадон бўйни саратони

**РАР**-Кин суртмаси Папаниколау усули

**SCC**- Ясси эпителийнинг карциномаси

**ASCUS** – (атипик скуамоус ҳужайралар)скуамоз эпителийнинг атипик ҳужайралари.



## Кириш.

ИАРС маълумотларига кўра, 2020 йилда дунёда бачадон бўйни саратонининг 604127 янги ҳолати ва ушбу касалликдан 341831 ўлим ҳолатлари қайд этилган. Ва паст ва ўрта даромадли мамлакатларда бу саратон аёл популятсиясида иккинчи ва ўлим даражаси бўйича учинчи ўринда туради. Бундан ташқари, ПСР диагностикаси билан боғлиқ вазият жуда хавотирли: беморларнинг 58,9 фоизида бундай ўсма тасодифан аниқланади ва фақат 41,1 фоизида фаол бўлади.

Бугунги кунда бачадон бўйни саратонининг сабаби папилломавирус ҳисобланади. Ҳозирги вақтда ХПВ инфекциясининг 90% эпизодлари 2 йил давомида аниқланмаганлиги маълум ва фақат оз сонли беморларда инфекциянинг давомийлиги қайд этилган. Вирус тўлиқ йўқ қилинадими ёки маълум шароитларда қайта фаоллашиши мумкин бўлган базал ҳужайраларда яширин ҳолатда қайд этиладими, деган савол ҳали ҳам очик. Ўнта аёлдан фақат биттасида вирус давом этади. Ва бу беморларда бачадон бўйни преансероз касаллиги ривожланиши мумкин.

Бачадон бўйни саратони скринингига алтернатива йўқ! Унинг вариантлари мавжуд: ПАП бўйича ситологик скрининг, суюқ ситологияни жорий этиш, ПСР-ХПВ скрининги, хавф остида бўлган ХПВ учун миқдорий тестлар, онкоген оқсилларни аниқлаш, трускрин.

Бачадон бўйни саратонидан олдинги ўзгаришлар аниқланган беморларни даволашнинг ўзига хос хусусиятларига келсак, ресурсларнинг асосий даражаси шароитида деструктсия ёки электрожарроҳлик эксизиясидан фойдаланиш керак. Ушбу муолажаларнинг барчаси аҳоли учун мавжуд бўлиши керак ва амбулатория гинекологлари тегишли жиҳозлар, жиҳозлар ва ижро маҳоратига эга бўлиши керак.

Ушбу ўқув қўлланма амалиётчига бачадон бўйни касалликлари бўлган аёлларга ёрдам бериш муаммоларини ҳал қилишга қаратилган. Терапияда муваффақият калити тиббий ёрдамни аниқ ташкил этиш, ушбу органларнинг анатомияси ва физиологиясини этарли даражада билишга асосланган этарли диагностика, касалликларни ташхислаш усулларини билиш, диагностика ва даволаш процедураларини бажариш кўникмаларини этарли даражада билиш, клиник тавсияларга риоя қилиш, юқори сифатли тиббий кўрик, турли мутахассисларининг этарлича ўзаро таъсири: клинисистлар, лаборатория диагностикаси шифокорлари, морфологлар.

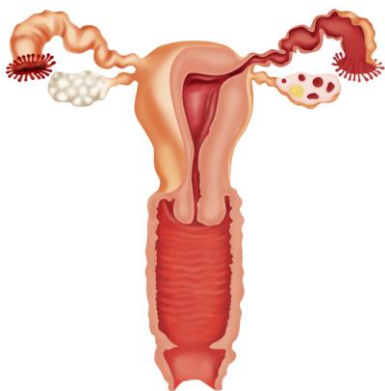
## I-БОБ

### 1.1 БАЧАДОН БЎЙНИ АНАТОМИЯСИ ВА ФИЗИОЛОГИЯСИ.

**Бачадон бўйни анатомияси ва физиологияси ҳақида умумий маълумотлар.**

Бачадон бўйни бачадон билан биргаликда парамесонефрал (Мюллер) каналларнинг бирлашиши натижасида ҳосил бўлади, бу интраутерин ривожланишнинг 12-16 хафталигида содир бўлади.

Бачадон бўйни бачадоннинг дистал қисми бўлиб, уни қин билан боғлайди, у вагинал ва суправагинал қисмларга бўлинади (2-расм).1). Бачадон бўйни узунлиги 3-4 см гача, диаметри 1-3 см. бачадон бўйни кичик тос суягидаги ҳолати парасервикал (кардинал) лигаментлар ва сервиксин суправагинал қисмидан II-IV сакрал умуртқаларга чўзилган Сакро-бачадон лигаментлари туфайли аниқланади. Репродуктив ёшдаги аёлларда бачадон бўйни цилиндрсимон, қизлар ва гўдак аёлларда конус шаклида бўлади. Бачадон бўйни девори зич бириктирувчи тўқима томонидан ҳосил бўлади. Коллаген ва эластик толалар орасида силлиқ мушак ҳужайраларининг тўпламлари мавжуд. Сервиксининг юқори учдан бир қисмида мушак тўқималари устунлик қилади, улар думалоқ жойлашган толалар билан ифодаланади. Мушак тўқимаси бачадон бўйни обтуратор функциясини таъминлайди. Мушак толаларининг функционал фаоллиги икки томонлама иннерватсия билан тартибга солинади: симпатик ва парасемпатик. Сервикс тузилишининг замонавий бўлиниши: эктосервикс ва эндосервикс ажралиб туради.



Расм. 1. Бачадон бўйни анатомияси.

Шреддерга кўра, сервикс қуйидаги қисмлари ажратилади:

- Рагс вагиналис: олдинги тоноз-бачадон бўйни пастки қутб;
- Рагс интермедиа: олдинги камар-орқа камар;
- рарс суправагиналис-орқа камар устида.

Сервикс вагинанинг бириктирилиши даражасидан пастда жойлашган қисми вагинал ёки эктосервикс деб аталади. Эктосервикснинг узунлиги 2-3 см, девор қалинлиги 1,0-1,2 см.бўйиннинг бу қисми ташқи бачадон фаренкси билан тугайди. Ташқи бачадон фаренкси тахминан экто ва эндосервикс ўртасидаги чегарага тўғри келади. Нуллипарларда ташқи томоқнинг ўртача диаметри одатда 3-4 мм ва овал шаклга эга. Туғилган ва интраутерин аралашувларга эга бўлганларда, фаренкс анамнезида ёриқ шаклида бўлади. Ташқи фаренкс шаффоф ёки шаффоф бўлмаган шилимшиқ билан ёпилади (хайз даврининг босқичига қараб). Эктосервикс қалинлиги 150-200 мкм бўлган қатламли скуамоз эпителий билан қопланган, силлиқ оч пушти рангда. Сервикс нормал жойлашиши билан қатламли скуамоз эпителия кератинланмайди. Ички бачадон фаренкси-бачадон бўшлиғи билан боғланган бачадон бўйни каналининг проксимал қисми, диаметри 3 мм.

Ташқи ва ички фаренкс ўртасида бачадон бўйни канали мавжуд бўлиб, унинг узунлиги 4 см, кенглиги 0,4 см.канал шпиндел шаклига эга, бунинг натижасида бу эрда жойлашган безлар томонидан ишлаб чиқарилган секретсия сақланиб қолади, у бачадон бўшлиғини қин бўшлиғи билан боғлайди. Бачадон бўшлиғининг ён томонида ички фаренкс, вагина томонида ташқи фаренкс мавжуд.

Бачадон истмуси (истҳмус утери) – бачадоннинг кичик бир қисми 1 см, унинг анатомик ва гистологик тузилишида на танага, на бўйинга санаб бўлмайди. Шиллиқ қаватининг тузилиши-бачадон бўшлиғига ўхшаш, девор тузилиши . Истмус туғилиш каналининг шаклланиши ва функтсиясида муҳим рол ўйнайди.

Сервикал каналда бир қатор узунламасна бурмалар (палма бурмалари) мавжуд бўлиб, улар шилимшиқни чиқарадиган эпителийнинг сирт майдонини сезиларли даражада оширади. Периферияга бурмалар тарқалиб, 1-12 мм чуқурликдаги сохта безларни ҳосил қилади ("хаёт дарахти"). Сервикал канал цилиндрсимон эпителия билан қопланган ва

эндосервикс деб аталади. Силиндрсимон эпителия сохта безларни ҳам коплайди. Эндосервикс қизил ёки тўқ сариқ-қизил рангга эга.

Сервиксни қон билан таъминлаш.

Қон таъминоти бачадон артериясининг тушаётган шохидан амалга оширилади, бу эса ўз навбатида ички ёнбош артерия хавзасига киради. Истмус минтақасида артериал новдалар горизонтал ва камар шаклида жойлашган. Бачадон танасида-қийшиқ: ташқаридан ичкарига, юқоридан пастга. Қиннинг юқори қисмидаги бачадон артериясининг тушаётган шохлари вагинал шохлари билан анастомозланади а. пуденда интерна, шунинг учун бачадон бўйни ушбу артерия туфайли қўшимча равишда қон билан таъминланади. Коллатерал қон айланиши характерлидир. Вена чиқиши ички ёнбош венаси тизимига киради. Бу эрда 3 та веноз плексус ажралиб туради: плехус веносус утерус, плехус веносус вагиналис, плехус веносус весикалис. Бачадон туби ва қўшимчаларидан қон тухумдон венаси тизими орқали пастки вена кавасига, чапда – чап буйрак венасига ўтади. Бачадон танасидан ва суправагинал қисмидан-бачадон томирларига, сўнгра ички ёнбош венасига. Бачадон бўйни ва қиннинг вагинал қисмидан қон тўғридан-тўғри ички ёнбош венасига оқиб чиқади.

Бачадон бўйни иннерватсияси.

Соматик иннерватсия IV, V нинг олдинги шохлари томонидан ҳосил бўлган плехус сакралис ва плехус лумбалис томонидан таъминланади. сакралис. Вегетатив иннерватсия PL плексусларини ҳосил қилувчи сакрал симпатик магистраллар билан ифодаланади. хйпогастрисус инф., пл. утеринус.

Бачадон бўйни лимфа тизими.

Лимфа тизими субэпителиал ва стромал капилляр тармоқлар билан ифодаланади. Лимфа чиқиши истмус соҳасидаги иккита плексусда, сўнгра бачадон ва қорин парда танасининг лимфа томирлари орқали тос деворларида ёнбош ва сакрал минтақада жойлашган лимфа тугунларига, обтуратор тешикларнинг проектсиясида, сийдик пуфагининг орқа деворида содир бўлади.

**Бачадон бўйни эпителиясининг турлари.**

Қатламли скуамоз эпителия.

Юпқа, деярли рангсиз, қалинлиги 150-200 микрон (1-расм).2). Доимий равишда янгиланади (тўлиқ ўзгариш даври 4-5 кун). ИПЕДА 4 қатлам ажралиб туради. Эпителийнинг асосий вазифаси ҳимоя қилишдир. Одатда, у ташқи фаренкс соҳасидаги цилиндрсимон эпителия билан бирлашади. Кўп қатламли скуамоз эпителияда 4 қатлам ажралиб туради: базал, тиконли (парабазал), оралик (енгил ҳужайралар қатлами, скафоид ҳужайралар), юзаки (ясси ҳужайралар қатлами).

Базал қатлам. Эпителийни стромадан ажратиб турадиган базал мембранада жойлашган. Ҳужайралар 1-қаторда жойлашган, пишмаган, фаол бўлинадиган, катта ядро билан, митозлар мавжуд (шунинг учун бу қатлам ҳужайралари эпителия ҳосил бўлиши учун захирани англатади). Ушбу қатламда эстроген ретсепторлари жойлашган.

Тиконли (парабазал) қатлам бир неча қатор ҳужайралар билан ифодаланади (2-3). Ҳужайралар кўпбурчак бўлиб, жуда катта ядрога эга, ситоплазмаси кўп, гликоген кам. Мембрананинг кўплаб ўсиши мавжуд, митозлар мавжуд.

Енгил ҳужайралар қатлами (оралиқ, навикуляр ҳужайралар). Ҳужайралар катта, кичик ядроси ўртача фарқланиб, 6-7 қатлам ҳосил қилади. Шаффоф шилимшиқ мавжудлиги сабабли (колоидга ўхшаш). Ушбу қатлам ҳужайраларида жуда кўп гликоген мавжуд!!!

Ясси ҳужайралар қатлами (юзаки). Вакуолаларни ўз ичига олмайди, ситоплазма эозинофил (кератин туфайли). Ҳужайралар майда, қисқарган ядроларни ўз ичига олади, улар кератинланиш тендентсиясини кўрсатади. Улар осонгина дескуаматсияга учрайди.

Эстрогенлар базал қатламининг кўпайишини, оралик ва кератинда гликогеннинг тўпланишини – ташқи қатламида рағбатлантиради. Постменопауза, лактатсия, болалик гликоген миқдори паст бўлган эпителийнинг мавжудлиги билан тавсифланади. Тузилишининг жуда муҳим жиҳати қон томирларининг йўқлиги. Эпителия ёруғлик тўлқинлари ва строма (репродуктив ёшда пушти-кулранг) ўртасидаги тўсиқдир. Колпоскопик тасвир эпителия ва строма ўртасидаги муносабатларни кўрсатади. Қон таъминоти базал томирлар остида жойлашган қон томирлари орқали амалга оширилади. Терминал капиллярларнинг шаклланиши тўғридан-тўғри жинсий стероидлар (эстроген ва прогестерон) даражасига боғлиқ. Қатламли скуамоз эпителия бир қатор муҳим функсияларни бажаради. Механик ҳимоя кератинни ўз ичига олган сирт

катламлари туфайли эпителийнинг чуқур катламларига зарар этказилишининг олдини олади. Юзаки хужайраларнинг дескуаматсияси бачадон бўйни юзасидан патологик микроблар, кимёвий, механик воситаларни олиб ташлашга ёрдам беради. Сут кислотасининг бактеритсид хусусиятлари, Лизозим юқумли инфекциянинг олдини олади. Эпителия ситокинлар, фаготситоз ва бошқа омиллар туфайли иммунологик ҳимоя хусусиятларига эга.

Силиндрсимон эпителия.

Эпителий хужайралари цилиндрсимон бўлиб, 1 қатламда жойлашган бўлиб, шилимшиқни чиқаради (1-расм). 2). Хужайралар тагида ядролар мавжуд. Силиндрсимон хужайралар остидаги базал мембранада ҳам, ҳам СЕ га ўтишга қодир бўлган захира хужайралар мавжуд. Силиндрсимон эпителийнинг вазифалари ҳам кўп қиррали. Гелга ўхшаш секретсия секретсияси, шилимшиқ эса силиер хужайралар туфайли ички юзадан ташқи юзага ўтади. Уруғлантириш учун сир муҳим аҳамиятга эга: сперма пенетратсияси кучаяди, уруғланишга тайёргарлик, уларнинг паст сифатли намуналари олиб ташланади. Сир, шунингдек, инфексияга қарши тўсикдир (Лизозим, лактоферрин, барча турлари иммуноглобулинлари туфайли).

Трансформатсия зонаси (ўтиш зонаси, трансформатсия зонаси).

Ўтиш зонаси кўп қатламли скуамоз ва цилиндрсимон эпителийнинг бирлашиши (аксарият аёлларда ташқи фаренкс даражасида жойлашган). Кенглиги 6 мм. трансформатсия зонаси пишмаган текис ёки метапластик эпителия билан қопланган. Ўтиш зонаси бачадон бўйнининг вагинал қисмида жойлашган бўлиши мумкин. Ушбу ҳодиса эктопия деб аталади. Одатда янги туғилган қизлар ва ёш аёлларда учрайди, 25 ёшгача давом этиши мумкин. Баъзи муаллифлар эктопияни эктропион деб аташади, гарчи улар цилиндрсимон эпителийнинг ташқи томоқдан периферия бўйлаб 5 мм дан кўпроқ тарқалишини назарда тутсалар ҳам.

Кансерогенезнинг муҳим жиҳати! Скуамоз хужайрали цилиндрсимон кўшумча бу ҳар доим кўпайишга интиладиган ва гормонлар таъсирида ташқи томонга тарқаладиган СЕ ўртасидаги доимий тўқнашувдаги хужайралар. Шунинг учун бу зона беқарор ва ҳаракатчан бўлиб, кўшма чизик ҳеч қачон бир жойда бўлмайди ва ҳар доим фаоллик ҳолатида бўлади. Ушбу зона ҳақиқатан ҳам кансерогенезнинг бурилиш нуқтасидир ва шунинг учун

жуда муҳимдир, чунки у малигнизасия жараёнларнинг пайдо бўлишига мукамал даражада мослашган.

Скуамоз ҳужайрали метаплазия тушунчаси.

Узоқ вақт давомида эктосервикс юзасини эгаллашига йўл қўймайди. Эктропион ҳосил бўлгандан сўнг, эпителия яна бир бор бўшлиқни эгаллашга ҳаракат қилади ва ташқи юзага суради. Ушбу тикланиш ҳодисаси ХЕИ метаплазиясига тўғри келади

Скуамоз ҳужайрали метаплазия цилиндрсимон эпителийнинг айланиши. Синонимлар: скуамоз-гландулар прозоплазия, захира ҳужайрали гиперплазия. Скуамоз ҳужайрали метаплазиянинг турли босқичлари нормал скуамоз ҳужайрали метаплазия босқичлари (С. Флухманн):

I босқич:

Эпителия остида жойлашган илдиз (захира) ҳужайраларини ажратиш. Етилмаган куб ҳужайраларининг 1-қатламини ҳосил қилиш.

II босқич:

Етилмаган куб ҳужайраларининг бўлиниши. 5-6 қаторли кўпбурчак ҳужайраларнинг пайдо бўлиши. Силиндрсимон ҳужайраларни базал мембранадан "ажратиш".

III босқич:

Етилмаган скуамоз эпителия ҳужайраларининг дифференсиатсияси. 8-12 қатор ҳужайралар пайдо бўлиши. Силиндрсимон эпителийнинг бачадон бўйни каналига силжиши.

IV-V босқич:

Скуамоз эпителия ҳужайраларининг кейинги фарқланиши. 5 қатламни ташкил этувчи 20-30 қатор ҳужайраларни ҳосил қилиш.

Бачадон бўйни стромаси.

Артериялар, томирлар, лимфа томирлари билан тешилган бириктирувчи тўқималардан иборат. Строманинг тубида каналининг қолдиқлари каттароқ диаметрли найчалар ва мезонефрал найчалар шаклида жойлашган.



Сервикал функциялар.

Бачадон бўйни жинсий тизимнинг муҳим қисмидир, бу сперма ташилишини таъминлайди. Туғруқ пайтида бўйин туғилиш каналининг бир қисмини ташкил қилади, туғилиш актининг бориши унинг функционал ҳолатига боғлиқ.

### **Гормонларнинг бачадон бўйнига таъсири.**

Бачадон бўйнида стероид гормон ретсепторлари мавжуд. Ретсепторларнинг контсентратсияси бачадон тубидан сервиксгача камаяди. Бачадон бўйни эстроген ретсепторлари ППЕ нинг базал ва парабазал қатламларида, Бачадон бўйни стромасида учрайди.

Эстрогенлар ва бачадон бўйни. Асосий аёл жинсий гормони ўсиши ва камолотини таъминлайди: базал ва парабазал қатлам хужайраларининг кўпайиши, тиканли қатламдаги дифферентсиация, оралик хужайраларида гликоген синтези ва тўпланиши. Эстрогенлар таъсири остида кератин ташқи қатламлари хужайраларида тўпланиб, сервикал каналда шиллиқ секретсия ҳосил бўлади. Эпителийлар ҳеч қандай гормонал сезувчанликка эга эмас. Силиндрсимон эпителия эстрогенларга гормонга боғлиқ бўлиб, шиллиқ ҳосил қилувчи хужайралар қатламини ҳосил қилади, эстроген стимуляция унинг эктосервиксда кўпайишини рағбатлантириш учун уни бўйиннинг ташқи юзасига ёйиб, унинг юзасига кириб боришини маъқуллайди. Деярли 45% ҳолларда бачадон бўйни эктропион пайдо бўлиши билан тугайдиган ҳолатда бўлади.

Прогестерон ва бачадон бўйни. Прогестерон оралик қатлам хужайраларида дистрофик ўзгаришларни, ситозин ва дескуаматсиясини келтириб чиқаради. Гестагенлар таъсири остида гликоген ҳам ажралиб чиқади, ситоплазмада ситоплазма билан ўралмаган катта бўшлиқлар ҳосил бўлади. Прогестерон кўллаб-қувватлаш сут кислотаси ҳосил бўлиши, киннинг кислотали пХ (3,8-4,5) ни сақлаш.

Андрогенлар ва бачадон бўйни. Ушбу гормонларнинг таъсири аниқ тушунилмаган. Эҳтимол, андрогенлар базал ва парабазал қатламларда кўпайишни рағбатлантиради, эпителийнинг ташқи қатламларида дифферентсиацияни блоклайди. Баъзи ҳолларда "андроген" хужайраларни (катта ядролари бўлган) кўриш мумкин.



## **Аёл ҳаётининг турли даврларида бачадон бўйни эпителиясининг тузилиш хусусиятлари.**

Тсиклнинг 8-9 кунда: эстроген таъсири остида сервикал каналда шиллик хосил бўлади, сервикал каналнинг ўзи ва ташқи фаренкс кенгайди. 10-14 кун давомида: диаметри 3-4 мм, ўқувчига ўхшаш порлок шилимшиқ кўринади. Овулятсиядан кейин мукус секретсияси тўхтайдди, диаметри 1 мм ёки ундан камгача камаяди. Ҳомиладорлик пайтида эпителияда гликогенга бой бўлган кўплаб оралик ҳужайралар, кўплаб лактобактериялар мавжуд. Силиндрсимон эпителия ҳужайралари ва дедуал ҳужайралар пайдо бўлиши мумкин. Туғилгандан сўнг парабазал ҳужайралар мавжуд, лейкоцитлар сони кўпаяди. Перименопаузада парабазал ҳужайралар пайдо бўлади, эпителия шиллик қавати ингичка бўлиб, бачадон бўйни секретсияси ишлаб чиқарилиши камаяди. Постменопаузада базал ва парабазал ҳужайралар устунлик қилади, шиллик қавати ингичка, ҳимоясиз ва қон кетиши мумкин.

Ташқи анатомик соддалигига қарамай, бачадон бўйни аёлнинг репродуктив функтсиясини амалга оширишни таъминлайдиган муҳим органдир. Бачадон бўйни аёл жинсий тизимининг ички қисмлари олдида генитал трактга кирадиган салбий омиллар учун биринчи тўсиқдир. Бачадон ва кўшимчалар инфектсиясининг олдини олишининг" илғор қирраси бўлиб, бачадон бўйни микробиал кўшиннинг биринчи зарбаларини олади. Бирок, ўзи бу курашда йўқотишларга дуч келади, баъзи тажовузкор агентлар олдида ўз мавқеини йўқотади. Бачадон бўйни ўзини ҳимоя қилиш ва қўллаб қувватлашга муҳтож.

## **БАЧАДОН БҮЙНИ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ТАШХИСЛАШ УСУЛЛАРИ.**

### **1. Клиник ва визуал усул.**

Ушбу усул сервиксни кўзгуларда текширишни, сирка кислотаси эритмасини 3% қўллашни ўз ичига олади - асетобел доғини аниқлаш, Шиллер тести (Лугол эритмаси билан даволаш) – ёд салбий зонани аниқлаш. Усулнинг сезгирлиги 69-94% ни ташкил қилади. Усулнинг ўзига хослиги 74-94% ни ташкил қилади.

Клиник ва визуал усулнинг афзалликлари арзонликдир (усул ихтисослаштирилган ускуналардан фойдаланишни талаб қилмайди); ўрта тиббиёт ходимлари томонидан амалга ошириш имконияти мавжудлик.

Клиник ва визуал усулнинг камчиликлари-ишончиликлари этарли эмаслиги (усулнинг юқори субективлиги), ортиқча ташхис қўйиш эҳтимоли, стандартлаштиришнинг этишмаслиги.

Тарихий маълумот. Илгари бачадон бўйни тестлари жуда фаол ишлатилган: Ферн белгиси ва бачадон шиллик қаватининг таранглиги аломати, бугунги кунда ҳам ўз аҳамиятини йўқотмаган.

Ферн белгиси. Бачадон бўйни шиллик қавати ҳавода қуритилганда кристалланиш қобилятига эга. Кристалланиш интенсивлиги ҳайз даврининг босқичига, яъни тухумдонларнинг эстроген таъсирига боғлиқ. Кристалланишнинг сабаби юқори эстроген тўйинганлиги таъсири остида мукуснинг физик-кимёвий хусусиятларининг ўзгариши. Кўзгуларда текширилганда, бачадон бўйни каналидаги материал анатомик олинади, ҳосил бўлган шилимшиқ слайдга қўлланилади ва қуритилади, кристалланиш паст катталаштириш остида микроскопия ёрдамида баҳоланади. Овулятсиядан 2-3 кун олдин шилимшиқ кристалланиб, Ферн баргининг ўзига хос нақшини ҳосил қилади. Эстроген даражаси қанчалик баланд бўлса, асосий магистралдан 90° бурчак остида чўзилган баргларининг нақшлари шунчалик катта бўлади. Овулятсиядан сўнг, сариқ тананинг тўлик функсияси ва яхши прогестерон тўйинганлиги фонида кристалланиш йўқолади ва қуритилган шилимшиқ бўлақлар шаклида пайдо бўлади.

Сервикал мукуснинг кучланиш белгиси бачадон бўйни каналдан шилимшиқни олиб ташлаш керак, унинг шохларини суюлтириш керак; суюлтирилганда шилимшиқдан ип ҳосил бўлади, унинг узунлиги Шилимшиқнинг ёпишқоқлигига боғлиқ. Ипнинг максимал узунлиги шиллик қаватнинг ёпишқоқлиги энг катта бўлган овулятсия даврида бўлади. Ипнинг узунлиги сантиметрда ўлчанади (эстроген даражаси қанчалик баланд бўлса, унинг узунлиги шунчалик катта бўлади). Тсиклнинг иккинчи босқичида ипнинг кучланиш аломати камаяди ва ҳайз кўришдан олдин бутунлай йўқолади.

### **Ситологик усул.**

60 йил олдин Жорж Папаниколау томонидан таклиф қилинган. Ситологик усулнинг мақсади бачадон бўйни саратонини прекансероз ёки ин ситу саратон босқичида эрта ташхислашдир. ПАП бўйиш (Пап тести) қуйидаги босқичлардан иборат:

1-босқич: гематоксилин, фосфор-вольфрам кислотаси, тўқ сариқ Г билан бўяш;

2-босқич: энгил яшил, Бисмарк жигарранг, эозин билан бўяш.

Бачадон бўйни саратони ситологик скринингининг назарий асослари ўтган асрнинг 40-йилларида шаклланган. Ситологик скрининг биринчи марта 1949 йилда Канадада ўтказилган. 20-асрнинг 50-йилларида АҚШ ва Хитойда, 60 – йилларда Япония, Финляндия ва Шветсияда. Дастлаб Германия ва Бразилияда 70-йиллар. СССРда скрининг 1964 йилдан бери Ленинград вилоятида ўтказила бошланди. СССР соғлиқни сақлаш вазирлигининг 30.12.76 йилдаги буйруғи асосида марказлаштирилган ситология лабораториялари ташкил этилгандан сўнг универсал тиббий кўрик доирасида. Усул классик деб тан олинган ва ЖССТ томонидан миллий дастурлар миқёсида ўтказиш учун тавсия этилган. Усулнинг сезгирлиги 66-83% ни ташкил қилади. Ўзига хослик 60-85% ни ташкил қилади. Ахборот таркиби мутахассисларни тайёрлаш даражаси ва материал олишнинг тўлиқлиги билан белгиланади.

Ситологик усул тамойиллари:

- оптимал сарф материалларидан фойдаланиш;
- материалларни йиғиш технологиясига риоя қилиш;
- натижаларни ўз вақтида олиш.

Материални олиш ўқитилган мутахассис томонидан амалга оширилади, бу тиббий ёрдамчи, ҳамшира ёки соғлиқни сақлаш билан боғлиқ маълумотга эга бўлган бошқа ходимлар бўлиши мумкин. Анамнезни тўплаш керак (охирги хайз санаси, гинекологик шикоятлар ва бошқалар). Гинекологик ойнани киритишда гел ва бошқа моддалардан фойдаланиш мумкин эмас. Бачадон бўйни атрофидаги ортиқча шилимшиқ тампон (пахта ёки дока) билан эҳтиёткорлик билан олиб ташланади. Скрининг малакали тиббиёт ходимларидан бошланади!

Материални олиш учун энг яхши мосламалар: Роверс Сервех-Бруш®, Сомби-Самплер, Сйтобруш Плус ГТ & Пап Перфест™ (комбинатсияланган пластик спатула/эндосервикал спатула типидagi чўтка). Кейинчалик ПАП бўяш учун 95% этанолда дарҳол фиксатсия талаб қилинади. Сервикс шиллиқ қаватининг индивидуал хусусиятларини (фон, яллиғланиш ва бошқалар) ўрганмасдан

ситологик текширув СИН мавжудлиги ёки йўқлигини аниқлашга камайтирилмаслиги керак.

Ситологик усулнинг афзалликлари:

- нисбатан арзон нарх;
- ўрта тиббиёт ходимлари томонидан амалга ошириш имконияти;
- материал олишда оғриқсизлик;
- хавфсизлик;
- динамик фойдаланиш қобилияти;
- нисбий мавжудлик.

Ситологик усулнинг камчиликлари:

- ходимларнинг иш сифатига боғлиқ;
- беморларни уни мунтазам равишда ишлатиш учун мотиватсия зарур.

Онкотситология учун анъанавий суртма олиш қоидалари:

1. Сервикс кўзгуларда очилади.

2. Материал трансформатсия зонасидан унинг юзасидан эпителия бирикмасининг ўтиш зонасидан ва эндосервикал криптлардан, яъни экто ва эндосервиксдан олинади. Неопластик жараён дастлаб ва энг фаол равишда эпителия (ўтиш зонаси) ва трансформатсия зонаси туташган жойда ривожланганлиги сабабли, қириб ташлаш ушбу зоналарнинг эпителиясини ўз ичига олиши керак. Эндосервикал криптларнингшикастланиши туфайли материалда эндосервикал компонентнинг мавжудлиги муҳимдир

3. Белгиланган барча зоналардан материални олишни кафолатлайдиган ва препаратнинг маълумот таркибини таъминлайдиган махсус бир марталик воситадан фойдаланиш керак. Ностандарт воситалардан фойдаланишга йўл қўйилмайди: бу ситология самарадорлигини пасайишига олиб келади.

4. Колпоскопия ва турли хил синовлардан олдин суртма олиш керак, хужайра элементларининг лизинги ва деформатсиясини олдини олиш учун бимануал текширув.

5. Материални олиш шилимшиқни стерил қуруқ юмшоқ пахта ёрдами билан олиб ташлангандан сўнг, эпителийнинг йўқолишини олдини олиш учун бачадон бўйнига қўпол босим ўтказмасдан амалга оширилади.

6. Ситологик текширув учун материал олиш сито чўтка (экзосервикс), эндосервикал чўтка (эндосервикс) ёрдамида амалга оширилади ва қириб ташлаш скарификат ҳосил бўлишини англатади.



Расм. 5. Экто ва эндосервиксдан этарли материал олиш учун чўткаларнинг ишчи қисмининг тури. Материални иккита чўтка билан олиш керак (юқори), ёки эндосервикал компонент билан бирлаштирилган чўтка.

7. Материални олиш учун тавсия этилган усул: асосан экзосервиксда жойлашган сито чўтка соат йўналиши бўйича 5 марта  $360^{\circ}$ га айлантинг. Агар материални йиғиш эндосервикал пинли сито чўтка томонидан амалга оширилса, уни камида 3 марта  $360^{\circ}$  га айлантириш тавсия этилади (2-расм). 4).

8. Эндосервиксдан материални эндосервикал чўтка билан олиш учун, киритилгандан сўнг, уни соат соҳаси фарқли ўлароқ камида уч марта айлантириш керак. Табиийки, "қонли шудринг" пайдо бўлиши, бу шиллик каватдан ташқари, эпителия қатламининг деярли барча қатламларининг хужайралари мавжуд бўлган информатсион бачадон бўйни намунасини олишни кўрсатади.

9. Суртма иложи борича ингичка бўлиши керак ва "кўринмайдиган" кластерлар ёки хужайра комплексларини ўз ичига олган "қалин жойлар" бўлмаслиги керак.

10. Олинган скарификатнинг энг катта миқдорини бир текис тақсимлаш билан материал стаканнинг бутун юзаси бўйлаб ёғсиз, қуруқ шиша бўйлаб (бўйлаб ёки доираларда эмас) тенг равишда тақсимланиши керак.

11. Романовский-Гиемса бўйича бўёқлардан фойдаланганда махсус фиксаторлар ишлатилмайди, препарат ҳавода қуритилади.

12. Суртмани белгилаш керак: дори стаканининг орқа томонида қисқа чекка бўйлаб беморнинг фамилияси, тўсиқнинг локализатсияси (екто-, эндосервикс) ва тадқиқотнинг рўйхатга олиш рақами кўрсатилган.

Суртма олинмаслиги керак:

жинсий алоқадан 48 соат олдин;

ҳайз пайтида;

жинсий инфексияларни даволаш даврида;

илгари, 3-5% сирка кислотаси (ФС-001785) ёки Лугол (АТХ антисептиклари бўйича) эритмалари билан даволаш билан кенгайтирилган колпоскопиядан 48 соат ўтгач, любрикантлар, тампонлар ёки спермитсидлардан фойдалангандан сўнг;

вагинал текширувдан кейин.

Бачадон бўйни суртмаларини баҳолашнинг дастлабки босқичи намунанинг этарлилигини баҳолашдир, чунки унинг сифати ситологик усулнинг сезгирлигига таъсир қилади, шу билан бирга иккита тоифа ажратилади: қониқарли суртма ва қониқарсиз суртма.

Қониқарли зарбалар:

- оддий суртмада 8-12 минг, суюқлик намунасида 5000 та яхши тасвирланган текис ҳужайраларни ўз ичига олади. Эндосервикс ёки трансформатсия зонаси элементларининг мавжудлиги жоиздир-10 та яхши ифодаланган эндосервикс ҳужайралари ёки метаплазланган ҳужайралар. 50-70% қон ва яллиғланиш элементлари билан қопланган.

Қониқарсиз зарбалар:

- имзоланмаган, синган, оз миқдордаги материални ўз ичига олади, эпителия хужайраларининг 75% дан ортиғи яллиғланиш элементлари ва кизил қон таначалари билан қопланган.

ПАП таснифи:

1-гурух оддий хужайралар.

2- гурух ядроларнинг озгина кўпайиши ва метаплазланган эпителия хужайраларининг пайдо бўлиши.

3- гурух ядроларнинг аниқ ўзгариши-дискариоз.

4- гурух хатарли шубҳали атипик хужайралар.

5- гурух бачадон бўйни саратонига хос бўлган атипик хужайралар.

Камчиликлари ПАП таснифи: хос бўлган ўзгаришлар ҳисобга олинмайди, атипия белгиси нафақат дискариоз, балки пишмаган эпителия хужайралари, коилотситлар (ПВИ белгиси) бўлиши мумкин, таҳлилларнинг ягона талқини йўқ.

Бетесда терминологик тизими ( ТБС) – ХПВ таъсирини акс эттиради (1-жадвал).

Бетесда тизимига мувофиқ 3 тоифадаги зарбаларни аниқлайди:

1 - тоифа-норма.

2-тоифа-ноаниқ қиймат (тушунарсиз) ACUS зарбалари.

3-тоифа – паст ва юқори даражадаги интраэпителиал хужайралари (прекансероз) - LSIL, HSIL.

Намунанинг этарлилиги	- материаллар қониқарли  - тадқиқот учун қониқарсиз материал
Шарҳ тадқиқот натижаси	
Интраэпителиал хужайра ёки малигнизатсия ҳақида	

салбий	
Ситограмма нормал чегараларда	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Неопластик хужайрали ўзгаришлар: скуамоз хужайрали метаплазия; кератоз; метаплазия; атрофия; ҳомиладорлик билан боғлиқ ўзгаришлар.</li> <li>-боғлиқ реактив ўзгаришлар: яллиғланиш элементларининг мавжудлиги; яллиғланиш (шу жумладан репаратив ўзгаришлар), лимфотситик (фолликуляр) сервитсит; нурланиш таъсири; интраутерин контрацептсия</li> </ul>
Атипия билан скуамоз эпителия хужайралари	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ноаниқ қиймат ( ASCUS);</li> <li>- Юқори даражадаги лезённи истисно қилмаслик (ACC);</li> <li>- Паст даражадаги интраэпителиал хужайралар (LSIL): ХПВ инфекциясининг белгиларини ўз ичига олади, СИН1;</li> <li>- Юқори даражадаги интраэпителиал хужайралар ( HSIL): СИН2,СИН3, саратон касаллигига шубҳа, ин ситу саратонни ўз ичига олади.</li> </ul>
Эндосервикал атипия (юқори цилиндрсимон эпителия)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Гландулар эпителийнинг атипик хужайралари: эндосервикал, эндометриял ёки ноаниқ;</li> <li>- Неоплазияга ўхшаш glandулар эпителийнинг атипик хужайралари: эндосервикал, эндометриял ёки ноаниқ;</li> <li>- эндосервикал аденокарсинома жойида (АИС)</li> <li>- Аденокарсинома</li> </ul>
Бошқа	40 ёшдан ошган аёлда эндометриял хужайралар

Жадвал 1. Бетесда таснифи.



Ситологик усулнинг ноаниқлигининг сабаблари:

- клинисистлар томонидан суртмани нотўғри олиниши-25%.
- трансформатсия зонасидан намуна етарли эмас.
- суртмани ёмон даволаш.
- суртмани қуритиш ва артефактларнинг пайдо бўлиши.
- ситологлар томонидан нотўғри талқин.

Суюқ ситология (суюқ асосли ситология, ЛБС). Техника:

Материал ситошчетка ёрдамида олинади, суюқ консерваланган муҳитга жойлаштирилади, ифлослантувчи элементлардан ювилади. Лабораторияда ҳосил бўлган суспензиядан ингичка суртма олинади, ХПВ тестини ўтказиш учун намуна сақланади. Натижани компютерда талқин қилиш мумкин.

Сйтоссреен (қўлда усул): Сйтопреп қурилмаси ёрдамида материал олинади, СЙТеасй транспорт воситасига жойлаштирилади. Намуна чайқатилади, суртма тайёрланади ва текширилади.

СуреПатҳ (автоматлаштирилган усул): сурепатҳ чўткалари ва найчалари ишлатилади. Препаратни кейинги тайёрлаш ва қайта ишлаш автоматик равишда ПРЕПСтаин аппаратида амалга оширилади (1 дозада 48 та суртмани қайта ишлаш).

ТҳинПреп: э2000 ярим автоматик машинаси индивидуал ойналарни қайта ишлайди, э3000 автоматлаштирилган аппарати 1 та тадқиқот тсиклида 80 та препаратни қайта ишлайди.

Суюқ ситологиянинг афзалликлари:

- сервиксдан олинган барча материалларни тўлиқ сақлайди;
- қизил қон таначалари, лейкоцитлар, бактерияларнинг минимал аралашмаси билан дори олишга имкон беради;
- нам фиксатсия ситоплазма ва ядроларнинг структуравий хусусиятларининг равшанлигини оширади, намуналарни ҳавода қуритганда пайдо бўладиган артефактларни йўқ қилади;

- бир нечта намуналарни тайёрлашга имкон беради;
- намуна ХПВ ва хламидияни текшириш учун ишлатилиши мумкин;
- сиз ўқув мақсадлари ва сифат назорати учун тайёргарлик кўришингиз мумкин;
- намуналар узок вақт сақланади - 4 ҳафта ва ҳатто 1 йилгача;

Сууюқ ситология усулининг барча бу хусусиятлари нотўғри ижобий натижалар сонини, шунингдек қониқарсиз суртмалар сонини камайтиришга, намуналарни олиш вақтини камайтиришга имкон беради.

Сууюқ ситология усулининг камчиликлари:

- нисбатан қиммат тадқиқот;
- махсус ускуналар ва материалларни талаб қилади;
- сарф материаллари ва найчаларни сақлаш учун кўпроқ жой талаб қилади;
- найчаларни йўқ қилишни талаб қилади;
- препаратни тайёрлаш учун кўпроқ вақт талаб этилади;
- скрининг кўпроқ вақт талаб этади;
- беморларнинг кенг доираси учун мавжуд эмас.

Ситологик усул натижаларини талқин қилиш.

Бачадон бўйни эпителийсининг яхши шикастланишларининг ситологик белгилари: хужайраларнинг аниқ контурлари, кўп ядроли, нормал ядро-ситоплазматик нисбати, майда бўлинган хроматинли юмалоқ ёки овоид ядролари, ўртача гиперхромия, ядроларнинг катта мунтазам шакли, мўл ситоплазма, митотик фаоллик.

Сервикал интраэпителиал неоплазиянинг (СИН) ситологик белгилари: турли даражадаги хужайра ядроларининг патологияси, яллиғланишдан кўра аниқроқ – гиперхромия ва ядро ҳажмининг ошиши (дискариоз – буюк Британияда қўлланиладиган атама), коилотситоз, ядро мембранасининг ўзгариши, энгил дискариоз (СИН I га тўғри келади), шу билан бирга

хужайраларнинг юзаки камолотга этиш қобилияти сақланиб қолади ва оралик қатламнинг ташқи қисми, дискариоз (СИН II) - хужайраларнинг оралик қатламнинг ички қисмига ва парабазал қатламнинг ташқи қисмига пишиб этиш қобилияти сақланиб қолади, оғир дискариоз – (СИН III) - хужайралар парабазал қатламнинг ички қисмидан ташқарига чиқмайди.

Бачадон бўйни саратонининг ситологик белгилари (ядроларнинг ўзгариши): ядро-ситоплазматик нисбатнинг ошиши, хроматин таркибининг кўпайиши, хроматин зич, мўл; агрегатларнинг мавжудлиги энгил минтақаларнинг пайдо бўлишига олиб келади "деразалар", поликромазия, гиперхромия ва гипохромазия, шакли ва ҳажмининг ўзгарувчанлиги (анизокариоз, полиморфизм, чўзилиш, лобулятсия), катта, микрокерналарнинг тартибсиз шакли, патологик митозлар, ситоплазма миқдорининг пасайиши, патологик кератинизатсия пайдо бўлиши, ғайриоддий шаклдаги хужайралар пайдо бўлиши (фусиформ, толали), синситиал шаклланиш қатламларнинг парчаланиши, тўқималарнинг парчаланиши, баъзи хужайраларнинг бошқаларга нисбатан жойлашиши, хужайраларнинг буришиши, қутбланишнинг йўқолиши, хужайралараро алоқанинг йўқолиши.

### **Скрининг учун материални ўз-ўзидан олиш техникаси.**

"Куинтип" қурилмаси (Квинтип) ёрдамида биоматериални ўз-ўзидан йиғиш юқори онкоген хавф остида бўлган ХПВ (инсон папилломавируси, ХПВ) ДНКНИ аниқлаш учун ишлатилади, 14 турдаги скрининг (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68) ва 14 турдаги юқори онкоген хавфли ХПВ ДНКни дифферентсиал аниқлаш.

Тадқиқот учун вагинал оқинди намунаси талаб қилинади. Тиббий идорада биоматериални ўз-ўзидан йиғиш учун Квинтип қурилмасини олдиндан сотиб олишингиз керак.

Ўз ўзидан биоматериал олиш ҳайз даврининг биринчи ярмида, 5-кундан олдин амалга оширилиши тавсия этилади. Тсиклнинг иккинчи ярмида, ҳайз кўриш бошланишидан 5 кун олдин текшириш жоиздир. Ҳайз пайтида биоматериални олиш тавсия этилмайди.

1. Биоматериални ўз-ўзидан йиғиш учун "Квинтип" қурилмаси фақат бир марталик фойдаланиш учун мўлжалланган.

2. Ишлатишдан олдин тўпламнинг яхлитлиги ва тўлиқлигини текшириш керак: унда пластик аппликатор (кўк ва оқ қисмлардан иборат), қопқоқли найча ва кўрсатмалар бўлиши керак.

3. Намуна олиш процедурасидан олдин таёқнинг оқ қисмини эгмаслик ёки синдириш мумкин эмас.

4. Вагинал оқинди ўз-ўзидан олишдан камида 2 кун олдин:

а) вагинал супозитуарлардан, кремлардан, доучинг, топикал препаратлардан фойдаланишдан сақланиш керак;

б) жинсий алоқадан, шунингдек интравагинал ултратовуш, колпоскопия ва гинекологик текширувлардан сақланиш.

Вагинал оқинди билан пластик аппликатор найчага ўтказилади: кўллар тоза ва қуруқ бўлиши керак, қулай ҳолатда, пластик аппликаторни вагинага осонгина киритиш мумкин, пластик аппликаторни кўк тутқичдан ушлаб, пакетдан олиб ташлаш керак. Уни тўғри ушлаб туриш, пластик аппликаторни вагинага охиригача (тахминан 10 см) киритиш. Агар қаршилиқ бўлса, пластик аппликаторни киритманг. Пластик аппликатор ҳеч қандай қийинчиликсиз киритилиши керак. Пластик аппликаторни ўз ўқи атрофида беш марта эҳтиёткорлик билан айлантиниш. Ташқи жинсий аъзоларга тегмасдан, пластик аппликаторни тўғри ушлаб туриш. Пластик аппликаторни камида 1 дақиқа қуритиб туриш, уни пробиркага қўйиш, шунда оқ қисми ҳеч нарсага тегмасдан ҳавода қолади. Пластик аппликаторнинг оқ қисмини пробиркага тушириш. Пластик аппликаторни эгиб олиш, шунда унинг оқ қисми синади ва пробиркада қолади. Найчани қопқоқ билан ёпинг ва пластик аппликаторнинг кўк қисмини ташланг.

### **Колпоскопия.**

Колпоскопия усулининг афзалликлари: кўзга кўринмайдиган шиллик қаватдаги кичик ўзгаришларни аниқлашга имкон беради, мақсадли биопсияни оптималлаштиради.

Колпоскопия усулининг камчиликлари: усулнинг паст ўзига хослиги, маълумотларни баҳолашнинг субъективлиги, ходимларнинг малакасига боғлиқ, тадқиқотнинг юқори нархи скрининг усули эмас.

### **Гистологик (морфологик) усул.**

Морфологик усулнинг афзалликлари: юқори ишончлилик - "олтин стандарт"!

Гистологик усулнинг камчиликлари: скрининг эмас, юқори нархга эга, чекланган динамик фойдаланиш, тўқима намуналарини олишнинг тўғрилигига боғлиқ.

Биопсия-бачадон бўйни, қин, вулва тўқималарининг кичик ҳажмини интравитал равишда олиш, диагностика мақсадида энг визуал равишда ўзгартирилган жойлардан микроскопик текшириш.

Қуйидаги биопсия вариантлари мавжуд:

Спот (мақсадли, пунч-бёпсй) биопсия.

Эксизён (кенгайтирилган бёпсй) биопсия.

Мақсадли (пунч-бёпсй) биопсия. Ўқиш:

Аниқ атипик колпоскопик расмлар.

Юқори онкоген ХПВ турлари учун (+) ХПВ тестида атипик расмлар.

Атипик ситограмма.

Оддий ситологик расмда ҳар қандай кератоз.

Талқин қилиш қийин бўлган атипик расмлар.

Мақсадли биопсия учун контрэндикатсиялар пастки жинсий аъзоларнинг яллиғланиш жараёнларидир.

Мақсадли биопсияни бажариш учун талаблар. Биопсия таркибида эпителийнинг ўзгартирилган қисми, строма остидаги нормал тўқима бўлиши керак. Матонинг ўлчами куйиш ва эзилмасдан камида 3 мм бўлиши керак. Препаратнинг энг тезкор фиксатсияси (формалин). Биопсиядан олдин ўрганиш жойини танлаш учун колпоскопия қилиш керак. Биопсиядан сўнг протседуранинг этарлилигини баҳолаш учун колпоскопия ўтказилади.

Лооп электроэкситсияси (Пее). (ЛЕЕП, лооп элестросургисал эхсисион проседуре) – бу атипик тўқималарни бачадон бўйни каналининг бир қисмини ушлаб, ҳар хил ўлчамдаги ва шаклдаги ингичка симли илмоқлар билан кесиш усули. Трансформатсия зонасининг катта ҳалқа эксизиясини ўз ичига олади

(ЛЛЕТЗ, катта ҳалқа эхсисион оф тхе трансформатион зоне сервикал каналнинг кичик бир қисми билан ярим доира шаклида пастадир электрожарроҳлик эксизияси") ва сервиксинг электрорадиохирургик юқори частотали конизатсияси (ЕЧВС конизатсияси-атипик трансформатсия зонасини олиб ташлаш, чуқурроқ (1,5 см ва ундан кўп) эндосервикал криптларни елка шаклидаги симли электрод билан олиб ташлаш).

ЛЕЕП- лооп элестросургисал эхсисион проседур (АҚШ).

ЛЛЕТЗ - ларге лооп эхсисион оф трансформатион зоне (Англия).

Эксизён биопсиясини ўтказиш қоидалари бачадон бўйни анатомиясининг ўзига хос хусусиятларидан келиб чиқади: сохта безларнинг шикастланишининг ўртача чуқурлиги 3 мм. бачадон бўйни дисплазия учун бачадон бўйни канали атрофидаги камида 3 мм тўқималарни олиб ташлаш керак. Ин ситу саратонида бачадон бўйни канали ташқи томоқдан 1-1,5 см чуқурликка таъсир қилади. Саратон касаллигида эксизённи ўтказишда ин ситу бачадон бўйни каналидан камида 5 мм, ташқи томоқдан – 1,5 см орқага чекиниши керак.

Эксизён усулининг афзалликлари: протседуранинг соддалиги, ҳар қандай тиббий муассасага кириш имконияти, бачадон бўйни олиб ташланган бутун қисмини гистологик таҳлил қилиш имконияти.

Эксизия усулининг камчиликлари: бачадон бўйни каналининг узунлигининг пасайиши (тушиш) туфайли ҳомиладорликнинг асоратлари, эрта туғилиш эҳтимолини ошириш.

Лооп электроэксизатсиясига қарши кўрсатмалар: пастки жинсий аъзоларнинг яллиғланиш жараёнлари.

Усул учун кўрсатмалар Лооп электроэксизатсияси:

- 30 ёшдан ошган беморларда аниқ ғайритабiiй колпоскопик расмлар бугзига яқин.
- 3-турдаги трансформатсия зонасидаги атипик расмлар, эпителия бирикмаси аниқ кўринмаса, каналнинг шикастланишига шубҳа билан.
- бачадон бўйни каналидан атипик ситограмма.

- сервикал каналдаги атипик эпителия.

## **Молекуляр биологик усуллар.**

ХПВ тестларининг турлари (барча турдаги тестлар учун - бачадон бўйни каналидан инсон папилломавирусига (Папиллома вируси) ажратилган молекуляр биологик тадқиқот).

1. Полимераза занжири реактсияси – ўзига хос ва турларга хос примерлар билан вирусли ДНКнинг маълум бир қисмини такрорий нусхалаш-вирусни ёзиш билан юқори кансероген хавф ХПВНИ сифатли аниқлаш. ХПВ WPC нинг 10-14 турини ўрганиш тавсия этилади.

2. РТ (реал-тимо) ПСР – Реал вақтда ПСР – логарифмларда вирусли юк баҳоланади, клиник жиҳатдан муҳим бўлган ХПВ миқдори неоплазия хавфи билан аҳамиятсиз, вақтинчалик ва ҳал қилинган ХПВ инфектсиясига мос келади.

3. Сифатли ДНК 14 турдаги ХПВ WPC учун ПСР тестлари, айниқса "хавфли" ХПВ турларини қисман генотиплаш билан (16 ва 18 турдаги ва бошқалар). ХПВ генларини аниқлашга имкон берадиган тизим тести ишлаб чиқилган ва қўлланилади 16, 18, 31, 45, 51, 52 ва 59 тури, қолган ХПВ WPC турлари икки гуруҳда аниқланади: 33, 56, 58, 66 ва 35, 39, 68.

4. Икки марта гибрид қўлга олиш тести (Ҳйбрид Саптуре ИИ – ҲС2) = ХПВ Дигене тести. Синов ХПВ WPC ДНК худудларини флуоресан ёрликли антикорлар томонидан ушланган РНК зондлари билан гибридланишига асосланган. Ижобий натижа билан 1 мл намунадаги ХПВ ДНК нусхаларида 13 турдаги ХПВ WPC нинг клиник жиҳатдан муҳим концентратсияси кўрсатилади. Салбий тест натижаси СИН2-3 мавжудлигини деярли йўқ қилади.

5. ХПВ РНКни аниқлашга асосланган тестлар: ПреТест ХПВ-Проофер (Е6/Е7 мРНКнинг бешта юқори хавфли ХПВ турини кучайтириш (16, 18, 31, 33 ва 45) ва Аптима (Ген-Пробе) қисман генотиплаш билан 14 турдаги WPC ХПВНИНГ мРНК ифодасини аниқлаш учун э7 мРНКни мақсадли қабул қилиш асосланган.

ХПВ тадқиқотлари учун материал олиш усули.

1. Чўтка ёрдами билан суртма ўтиш зонаси ва сервикал каналнинг криптилари билан трансформатсия зонасидан қириб олинади, аввал эктосервиксининг бир қисми айланма ҳаракатлар билан ишланади, сўнгра каналнинг пастки учдан бирига киритилади, у эрда 3-5 марта айлантирилиб олинади.

2. Чўткани консервант билан махсус идишга жойлаштиринг.

3. Контейнерга ёрлик қўйинг: аёлнинг исмини, амбулатория картасининг рақамини ёки тиббий тарихини ва санасини ёзинг. ХПВ тести учун намунани ўз-ўзидан тайёрлашда бемор материални ўз-ўзидан олиш учун асбоб кўрсатмаларига амал қилиши керак.

ХПВ ПСР диагностикаси учун кўрсатмалар:

- 30 ёшдан ошган аёлларда ситологик текширув билан биргаликда ёки мустақил тест сифатида бирламчи скрининг (бачадон бўйни ситологик скрининг дастурлари ёмон ташкил этилган мамлакатларда).

- ACUS билан касалланган беморларда бошқарув тактикасини аниқлаш.

- юқори даражадаги бачадон бўйни лезёнларини даволаш мониторинги.

**Р16/Ки67 учун бинони билан иммуноцитокимёвий тест.**

ХПВ ДНКсининг эпителия ҳужайралари геномига қўшилиши: вирус ДНКси мезбон ҳужайранинг ДНК мутатсиясини келтириб чиқаради. Мутант ДНК билан ҳужайралар клонини танлашга олиб келадиган "мутатсия индукцияси" мавжуд. Мутант ҳужайралар клонининг кўпайиши содир бўлади, бу клиник жиҳатдан ўсманинг ўсиши билан намоён бўлади. Бу вируснинг саратон оқсилларининг синтези билан бирга келади – э6 ва э7 (суперехпресс). Вирусли ДНКнинг ҳужайра таркибига қўшилиши билан вирусли материалнинг йўқолишига қарамай, э6 ва э7 генлари сақланиб қолади. Э6 ва э7 оқсиллари хос ҳужайраларининг ўсимта ўсишини бостирувчи оқсиллар билан ўзаро таъсир қилади: э6 p53 (супрессор гени) генининг оқсилни инактив қилишга қодир ҳужайра трансформатсияси); э7 Р6 105 оқсилни (ўсимта ўсишини бостирувчи ретиноик бластом оқсили) фаолсизлантиришга қодир. P52 ва Р6105 нинг инактиватсияси ҳужайра тсиклининг бузилишига олиб келади: ҳужайранинг фаол ҳаётий фаолияти ва апоптоз жараёнлари. ХПВ асосан сервиксин эстрогенга сезгир жойларида ўзгаришларни келтириб чиқаради. ХПВ оқсилларининг ифодаси агрессив эстроген метаболити-16 а-гидроксистероннинг фаол синтези билан бирга



келади (кўкрак саратони хужайралари билан солиштириш мумкин). Ситохром p-450 ферментатив тизими эстрадиол конверсиясини ва иккита асосий метаболитни таъминлайди: агрессив 16 алфа-гидроксистерон (16 а-ОХ) ва 2-гидроксистерон (2-ОХ), бу хужайра ўсишини нормаллаштиради. Одатда, бачадон бўйни эпителия хужайралари эстрадиолни 16 а-гидроксистеронга айлантира олмайди. Биологик моҳият: онкогенез жараёнида бачадон бўйни эпителиясининг молекуляр генетик шикастланиши кучаяди, бу ўсимта ривожланишининг прогностик ва диагностик белгилари бўлиши мумкин, шунинг учун скрининг тестлари пайдо бўлиши мумкин.

Протеин Р16инк4а. нинг ифодаси билан СИН коррелятсияси аниқланди протеин Р16инк4а протеин Р16 ретинулобластома оқсилнинг (пР6) фосфорланишини олдини олади, яъни ўсимта бостирувчи ҳисобланади. ХПВ вируси оқсили э7 ретинулобластома генини инактив қилади, бу эса п16 оқсилнинг ҳаддан ташқари ифодаланишига олиб келади. Р16 нинг юқори даражаси бачадон бўйни саратонида ва фақат таъсирланган хужайраларда аниқланади.

Е6 ва э7 вирусларининг М-ПХК (мРНА) генлари. Э6 ва э7 ХПВ генлари онкогенлар эканлиги аниқланди, эпителия хужайраларининг ҳаётий тсиқлига киритилган э6 ўсимта бостирувчи оқсил п53, э7 – пР6 билан боғланади. Ушбу боғланишларнинг мустақамлиги хужайранинг кейинги трансформатсия даражасини белгилайди. ПВИдан прекансер ва саратонга ўтиш э6 ва э7 нинг доимий ифодаси билан содир бўлади. Бачадон бўйни материалидаги э7 таърифи вируснинг ДНКси эркин (епизомал) ҳолатда эмас, балки вируснинг ДНКси инфексияланган хужайралар геномига киритилганда интеграл инфекция босқичида самарали инфекция босқичини кўрсатади. ХПВнинг ўз-ўзидан ремиссия эҳтимоли кичик. Э7 ўсимта ўсишининг агрессивлиги билан боғлиқ ва прогностик жиҳатдан ноқулай белгидир.

### **Оптик-электр диагностикаси: Трускрин (Трускрин).**

Усулнинг биологик моҳияти бачадон бўйни нормал ва атипик эпителиясидан паст даражадаги электр ва ёруғлик сигналларини акс эттиришдир. Электр компоненти билан инфрақизил кўринадиган ёруғлик ишлатилади, бирламчи скрининг учун ишлатилади. Портатив диагностика сканери одатдаги гинекологик текширувда саратондан олдинги ҳолатни Реал вақтда аниқлашга имкон беради. Пробанинг учида электродлар (матонинг қаршилигини ўлчаш

учун) ва ёруғлик манбалари (матонинг оптик хусусиятларини ўлчаш учун) мавжуд. Сигнал компьютерга узатилади, у эрда олинган натижалар компьютер маълумотлар базаси билан таққосланади. Сигнал турли йўллар билан акс этади, оптик хусусиятлар ҳам сезиларли даражада ўзгаради, шунинг учун усул жуда сезгир ва бачадон бўйни саратони ва саратон касаллигини бирламчи текшириш учун ишлатилиши мумкин.

### **БАЧАДОН БЎЙНИ СКРИНИНГИ.**

АҚШда учта скрининг стратегияси мавжуд: ПАП тести, ко-тест (ПАП тести+ХПВ) ва ХПВ тести. Голландияда фақат 30 ёшдан 60 ёшгача бўлган аёлларни қамраб оладиган ХПВ тести тавсия этилади, ушбу моделга тўлик ўтган биринчи мамлакат. Туркияда 2014 йилдан бери ХПВ 16/18 тури ва ситологик тадқиқотлар учун дастлабки тестларга асосланган дастур мавжуд. Шветсияда аҳолини скрининг текшируви 23-64 ёшда амалга оширилади, ҳар бир аёл учрашувга таклифнома олади, агар аёл келмаса у ҳар йили келгунига қадар ёки келгунига қадар таклифнома олади расмий равишда скринингдан воз кечмайди. Бирламчи скрининг 23 ёшда, 29 ёшгача – ситологик текширув, 30 ёшдан 40 ёшгача – ХПВ тести ва 41 ёшдан бошлаб ситология ва ХПВ биргаликда (ко-тест) ўтказилади. 50 ёшгача бўлган салбий натижалар билан скрининг ҳар 3 йилда бир марта, 51 ёшдан 64 ёшгача – ҳар 5 йилда бир марта ўтказилади. Германияда 20 ёшдан 34 ёшгача ҳар йили ситология ўтказилади, 35 ёшдан бошлаб ҳар 3 йилда бир марта тест ўтказилади. Австралия бачадон бўйни саратони билан касалланиш ва ўлим даражаси бўйича дунёда энг паст кўрсаткичга эга, скрининг ҳар 5 йилда бир марта 25 ёшдан 74 ёшгача ХПВ тести сифатида ўтказилади, ПАП тести инфексия хавфи бўлган аёлларда танлов усули бўлиб қолмоқда (оғиз контрацептивларини 5 йилдан ортиқ қабул қилиш, иммуносупрессия, тамаки чекиш), агар мавжуд бўлса ХПВ белгилари кейинги скрининг 12 ойдан кейин тавсия этилади.

Бачадон бўйни саратони скринингига алтернатива йўқ! Унинг вариантлари мавжуд: ПАП бўйича ситологик скрининг, суюқ ситологияни жорий этиш, ПСР-ХПВ скрининги, хавф остида бўлган ХПВ учун миқдорий тестлар, онкоген оқсилларни аниқлаш, трускрин.

Скрининг самарадорлиги қуйидагилар билан белгиланади: бирламчи бўғин ходимларини тайёрлаш сифати, лаборатория хизматининг сифати, аҳолининг мотиватсияси.

**Бачадон бўйни саратони ва саратон олди касаллигини ташхислаш самарадорлигини оширадиган асосий қоидалар.**

1. Эксфолиатив тампонларнинг ситологик тадқиқотлари ҳужайра таркибини аниқлашга ва атипик ҳужайраларни аниқлашга имкон беради.
2. ПАП тести бачадон бўйни патологиясини ташхислаш учун вақт синовидан ўтган, яхши синовдан ўтган "олтин стандарт" бўлиб, скрининг усули бўлиб қолмоқда.
3. Ситологик усулнинг самарадорлиги биринчи навбатда материални тўғри йиғиш ва ўз вақтида маҳкамлаш билан белгиланади.
4. Суртмада коилотситлар, камида икки ядроли ҳужайралар ва дискератситларнинг мавжудлиги ХПВ мавжудлигини кўрсатади. Дискарриоз-бу прекансероз эҳтимоли юқори бўлган белги.
5. Гистологик усулнинг самарадорлиги материални этарли даражада тўсиб қўйиш билан белгиланади. Энг кам маълумот - бу битта мақсадли биопсия ва бачадон бўйни каналининг куретажи.
6. Кўп мақсадли биопсия диагностика сифатини оширади.
7. Тадқиқот учун материал морфологларга колпоскопия протоколи билан бирга юборилиши керак.
8. Молекуляр диагностика усуллари бачадон бўйни патологияси бўлган беморларни бошқариш учун яхши прогноз ва юмшоқ тактикани таъминлашга ёрдам беради.
9. Оптик электр усуллари истиқболли, аммо ҳали кенг қўлланилмайди.

**Бачадон бўйни саратони учун тавсия этилган скрининг алгоритми.**

Скринингнинг бошланиши 21 ёш дан (бачадон бўйни микропрепаратининг ситологик текширувини ўтказиш мумкин, агар бемор 3 йилдан ортиқ жинсий алоқада 21 ёшдан кам бўлса).

Скринингнинг охири 65 ёш (10 йил давомида олдинги этарли скрининг ва 20 йил давомида йўқ – СИН II).

21-29 ёш – бачадон бўйни микропрепаратининг ситологик текшируви 3 йилда камида 1 марта.

30-65 ёш бачадон бўйни микропрепарати + ХПВ ситологик текшируви 5 йилда камида 1 марта.

Скрининг самарадорлигининг калити аҳолини қамраб олишнинг кенглиги (камида 80%). Ушбу масалани электрон почта ва мобил алоқа орқали сўровга таклифномаларни фаол равишда юбориш ва ўз-ўзини йиғиш технологиясидан фойдаланиш орқали ҳал қилиш мумкин, бу эса шифокор томонидан материални тўсиб қўйиш билан ўхшаш самарадорликка эга. Иммуносупрессия билан оғриган беморлар: ОИВ инфекцияси, стероид гормонларини узоқ муддат қўллаш, орган трансплантациясидан кейин тез-тез текширувдан ўтиш керак бўлиши мумкин.

Скрининг стратегиялари:

21-29 ёш ситология ва суяқ ситология (бачадон бўйни микропрепаратининг ситологик текшируви) ҳар 3 йилда бир марта ўтказилади.

Бачадон бўйни микропрепаратининг ситологик текшируви( ПАП тести)

Агар ASCUS ёки ундан кўп суртмаларда аномаллик бўлса, ХПВ тести кўрсатилади: агар ASCUS ва ХПВ тести мавжуд бўлса (-) - 3 йилдан кейин такрорий ко – тест; ХПВ тести ( + ) - бачадон бўйни биопсияси билан колпоскопия.

30-65 ёшда афзал қилинган вариант – ко-тест (ситология / суяқлик ситологияси ва ХПВ тести).

Бачадон бўйни микропрепаратининг ситологик текшируви( ПАП тести)

Сервикал микропрепаратнинг ситологик текшируви (ПАП тести) = ASCUS ва ХПВ (-) - 3 йилдан кейин такрорий ко – тест.

Бачадон бўйни микропрепаратининг ситологик текшируви( ПАП тести)

ХПВ ( + ) ёки бачадон бўйни микропрепаратининг ситологик текшируви (ПАП тести)  $\geq$ ASCUS-колпоскопия ва бачадон бўйни биопсияси.

Бачадон бўйни микропрепаратининг ситологик текшируви (ПАП тести)> ASCUS ёки бачадон бўйни микропрепаратининг ситологик текшируви (ПАП тести) ASCUS ва ХПВ ( + )-колпоскопия ва бачадон бўйни биопсияси.

HSIL ва ХПВ ( + / - ) 25 ёшдан катта – колпоскопия ва пастадир эксизияси ёки конизатсияси.

HSIL ва ХПВ ( + / - ) 25 ёшгача – колпоскопия ва бачадон бўйни биопсияси.

Қабул қилинадиган вариант – ХПВ тестининг биринчи босқичида.

ХПВ (-) – 5 йилдан кейин такрорий ХПВ тести.

ХПВ ( + ) билан бачадон бўйни микропрепаратининг ситологик текшируви (ПАП тести) зарур.

**Ситологик скрининг натижаларига кўра соғлиқни сақлаш гуруҳлари.**

Профилактик тиббий кўриклар ёки соғлиқни сақлаш гуруҳларини тиббий кўрикдан ўтказиш керак:

I соғлиқни сақлаш гуруҳи - 21-29 ёш бачадон бўйни микропрепаратининг ситологик текшируви 3 йилда камида 1 марта.

30-65 ёш бачадон бўйни микропрепарати ва ХПВ тестини 5 йилда бир марта ситологик текшириш.

II соғлиқни сақлаш гуруҳи хавф омиллари мавжуд бўлганда, ХПВ ижобий беморлар: бачадон бўйни микропрепаратининг ситологик текширувини ўтказиш тавсия этилади (ПАП тести). Агар мавжуд бўлса  $\geq$ ASCUS-колпоскопия, аниқланганда

III соғлиқни сақлаш гуруҳи бачадон бўйни касалликлари мавжуд бўлганда: тавсия этилган даволаш.

## **1.2 БАЧАДОН БЎЙНИ ПРЕКАНСЕРОЗ КАСАЛЛИКЛАРИ. БАЧАДОН БЎЙНИ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ.**

Бачадон бўйни касалликларининг этиологияси қуйидаги вариантлар билан ифодаланиши мумкин.

1. Юқумли лезёнлар: генитал трактнинг бактериал инфекциялари. Улар орасида ўзига хос бўлмаган патогенлар ажралиб туради: стафилококклар, э. соли, стрептококклар ва бошқалар ва ўзига хос патогенлар: гонококк, трепонема паллидум, Микобактерия туберкулёзи, шунингдек хужайра ичидаги патогенлар: хламидия, уреоплазма, микоплазма.
2. Вируслар: герпес, ситомегалия, инсон папилломалари.
3. Қўзиқоринлар: хамиртуруш.
4. Паразитлар: Трихомонас, Амёба.
5. Патогенлар уюшмалари.
6. Гормонал касалликлар, хусусан, гипострогенизм.
7. Механик шикастланиш.
8. Кимёвий шикастланиш.
9. Тизимли касалликлар (нодозум Полиартерит).

### **Бачадон бўйни касалликлари.**

Бачадон бўйни цилиндрсимон эпителиясининг эктопияси бачадон бўйни кин қисмида цилиндрсимон эпителийнинг атипик жойлашиши. Бугунги кунда у норманинг бир варианты, бачадон бўйни шиллиқ қаватининг ҳар қандай ташқи ва ички стимулга физиологик реактсияси сифатида қаралади, бу сервиксни кўп қатламли скуамоз ва цилиндрсимон эпителийлари орасидаги чегаранинг ёшга боғлиқ силжишини акс эттиради. Эктопия шаклланиши учун хавф омилларининг 5 асосий гуруҳи аниқланди: ирсият, сервиксга механик ва кимёвий таъсир, гормонал гомеостазнинг ўзгариши, инфекция, иммунитет гомеостазининг бузилиши билан тананинг умумий ҳолатидаги ўзгаришлар. Эктопияни йўқ қилиш тавсия этилмайди, чунки бачадон бўйни эктопияси норманинг бир вариантидир ва даволанишни талаб қилмайди.

Эктропион (Н86) – бачадон бўйни инверсияси. Этиология: туғруқ пайтида кўз ёши, бўйнидаги травматик манипуляциялар. Бачадон бўйни деформатсияси, ташқи фаренкснинг ёрилиши, ёрқин қизил гранулоид тўқима

(бачадон бўйни каналининг цилиндрсимон эпителияси) визуал равишда аниқланади. Морфологик жиҳатдан бу цилиндрсимон эпителий.

Эктропионни даволашда акушер-гинекологнинг тактикаси. Бачадон бўйни асоратланмаган эктропионини даволаш тавсия этилмайди.

Эрозия Н86 - интеграл эпителийнинг йўқлиги билан зарарланиш. Этиология: яллиғланиш, кимёвий таъсир, диатермокоагулятсия, механик шикастланиш натижасида эпителийнинг рад этилиши. Тегиниш пайтида қон кетадиган визуал - ёрқин қизил жой. Морфологик жиҳатдан интеграллашган эпителийнинг тўлиқ йўқлиги, фибрин қўшимчаларининг мавжудлиги, қоннинг бир хил элементлари аниқланади. Субэпителиал тўқималарда яллиғланишнинг намоён бўлиши, кенгайган капиллярлар, шиш, қон кетиш.

Эрозияни даволашда акушер-гинекологнинг тактикаси. Эпителийнинг дескуаматсиясини (яллиғланиш касалликлари, травма, шиллиқ пардаларнинг ёшга боғлиқ атрофияси) сабаб бўлган сабабга кўра бачадон бўйни ҳақиқий эрозиясини патогенетик даволашни амалга ошириш тавсия этилади. Проллифератив жараёнларнинг кучайиши ва СИН пайдо бўлиши туфайли алое, денгиз изумурт ёғи, атиргул ёғи ва бошқаларни ўз ичига олган тўқима алмашинувига таъсир қилувчи воситалардан маҳаллий фойдаланиш тавсия этилмайди.

Бачадон бўйни яллиғланиш касаллиги (Н72):

Эрозияси бўлган ёки бўлмаган сервитсит ёки эктропион эндосервитсит ва экзосервитситга бўлинади. Агар керак бўлса, юқумли агентни аниқлаш учун қўшимча код ишлатилади (Б95-97) этиология ва патогенез: микроорганизмларнинг сервиксга бевосита таъсири, қўшни органлардан инфекциянинг тарқалиши, кимёвий ва физик омиллар таъсири туфайли яллиғланиш жараёни.

**ЎТКИР СЕРВИТСИТ.** Этиология: гонококк инфекцияси, ўз - ўзидан ёки сунъий равишда аборт қилиш, туғруқдан кейинги инфекция (стафилококк ва стрептококклар), вирусли лезён. Ўткир босқич морфологияси: қон томирларининг тўлиқ қон кетиши, лейкоцитлар инфилтратсияси, шиш, некроз, ситоплазма ва ядроларнинг вакуолизатсияси билан эпителия хужайраларининг дистрофик ўзгариши, натижада ошқозон яраси, эрозия, йирингли экссудат. Репаратив босқич морфологияси: гранулятсия тўқимаси,



деепителيزاتсияланган юзада цилиндрсимон ёки пишмаган метапластик хужайралар пайдо бўлиши.

Сурункали сервитсит (экзосервитсит, сурункали сервитсит – эктопия зонасида). Этиология: турли хил табиатдаги жинсий йўлларнинг инфекциялари, ёшга боғлиқ ўзгаришлар. Морфология: қон томирларининг тўлиқ қон кетиши, лимфотситлар инфилтратсияси, шиш, некроз, эпителия хужайраларининг дистрофик ўзгариши, хужайраларнинг кўпайиши ва гиперплазияси, митозлар, скуамоз хужайрали метаплазия. Кучли даражада гиперкератоз, акантоз, хужайра полиморфизми бўлиши мумкин, бу яллиғланишга қарши терапиядан сўнг СИН билан дифференсиал ташхисни талаб қилади.

**СУРУНКАЛИ ЭНДОСЕРВИТСИТ БАЧАДОН БЎЙНИ КАНАЛИНИНГ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИНИНГ ШИКАСТЛАНИШИ.** Этиология: турли хил табиатдаги жинсий йўлларнинг инфекциялари, кўпинча хламидия ва ХПВ, микробларнинг бирлашиши. Морфология: ташқи фаренкс атрофидаги гиперемия, бачадон бўйни каналининг шиллиқ қаватининг бурмалари қалинлашади, палип ўсиши мумкин. Қон томирларининг тўлиқ қон кетиши, лейкоцитлар инфилтратсияси, шиш, некроз, эпителия хужайраларининг дистрофик ўзгариши, ядро-ситоплазма нисбатининг бузилиши.

#### **ЎЗИГА ХОС ЭТИОЛОГИЯНИНГ СУРУНКАЛИ СЕРВИТСИТИ.**

Хламидия. Морфология: Марказий қўмитанинги цилиндрсимон эпителияси ва эктопия зоналари таъсир қилади. Бачадон бўйни шишган гиперемикдир. Стромада-томирларнинг тўлиқ қон кетиши, лимфотситлар инфилтратсияси, шиш, некроз, ошқозон яраси, интраэпителиал микроабсцесслар, палиплар ўсмалар. Хужайра полиморфизми, скуамоз хужайрали метаплазия.

Папилломавирус инфекцияси: камдан-кам ҳолларда СЕ таъсир қилади. Морфология: ясси ва генитал, уларда оралиқ ва ташқи қатламлари хужайраларининг ўзгариши: дифференсиациянинг бузилиши, гликоген таркибининг пасайиши, гиперхром, пикнотик ядроли перинуклеар (коилотситоз), 2 ва кўп ядроли хужайралар бўлган хужайралар полиморфизми. Парабазал хужайраларнинг кўпайиши.

Ҳерпес симплекс вируси: камдан-кам ҳолларда СЕ таъсир қилади. Морфология: гиперемия фонида сероз ёки геморрагик таркибга эга



майда весикулалар кластерлари, весикулалар очилганда ошқозон яраси; 2 ва кўп ядроли хужайралар, ядроларнинг кўпайиши, интраэпителиал весикулалар.

**АКАНТОЗ, ГИПЕР ВА ПАРАКЕРАТОЗ (ЛЕЙКОПЛАКИЯ).** Хужайра атипияси бўлмаган бачадон бўйни лейкоплакияси (ЛШМ) кератоз ёки гиперкератоз деб таснифланади, атипия белгилари – бачадон бўйни дисплазияси. Халқаро бачадон бўйни патологияси ва колпоскопия федератсияси (Рио-Де-Жанейро, 2011) бачадон бўйни аномал колпоскопик расмдаги ўзига хос бўлмаган ўзгаришлар сифатида таснифланади. Хужайра атипиясиз лейкоплакия бу бачадон бўйни шикастланиши ва ХПВ бўлмаса, саратон касаллиги бўлмайди. Этиология: қоида тариқасида, яллиғланиш жараёнининг натижаси. Акантоз: парабазал қатлам хужайраларининг кўпайиши ва экзосервиксининг субэпителиал тўқималарга чўкиши. Гиперкератоз: кератин қатлами экзосервикс эпителияси юзасида пайдо бўлади – ингичка ядросиз тузилмалар. Ташқи силлиқ қатлами палипплар. Паракератоз: ППЕ ташқи қатламида пикнотик ядро ва оксифил ситоплазмаси бўлган бир неча қатор яссиланган хужайралар мавжуд. Гипер ва паракератозни СИН ва МДХ билан бирлаштириш мумкин!

#### **БАЧАДОН БҮЙНИ ЎСИМТАГА ЎХШАШ ЛЕЗЁНЛАР.**

Кисталар (ретенцион ёки набот кистаси). Этиология: ўзгармаган бачадон бўйни трансформатсияси зонасида ёки сервитсит билан скуамоз хужайрали метаплазия пайтида бачадон бўйни криптилари устма уст тушиши, натижада киста бўшлиғида шилимшиқ тўпланиши. Улар бачадон бўйнининг вагинал қисмида ҳам, марказида ҳам жойлашган. Морфология: эндосервикал типдаги, баъзан эндометриоид типдаги бир қаватли эпителия билан қопланган. Бошқа кисталар: инклюзив, мезонефрал канал кистаси.

**ЭНДОСЕРВИКС ГИПЕРПЛАЗИЯСИ.** Этиология: аниқ эмас. Гландулар ва glandулар-кисталик гиперплазия. Морфология: эндосервикал типдаги эпителия билан қопланган турли шакл ва ўлчамдаги безлар билан эндосервиксининг фокал қалинлашиши.

**ЭНДОСЕРВИКСНИНГ КИСТАЛИК** обструктив гиперплазияси ("туннел тўплами"). Морфология: кубик эпителий билан қопланган, бир-бирига яқин жойлашган безлар гуруҳи.

**МИКНОЛИСТ ГИПЕРПЛАЗИЯ.** Морфология: кубик эпителий билан қопланган glandулар, тубуляр, алвеоляр тузилмалардан ташкил топган эндосервикс ёки сервикал эктопия юзасида ва криптларида микрополипоид шаклланишлар.

**АТИПИК МИКНОЛИСТ ГИПЕРПЛАЗИЯ.** Морфология: кўп сонли майда безга ўхшаш тузилмалар, улар орасида амалий бўлмаган строма мавжуд. Митозлар камдан-кам учрайди. Жараён прекансероз ҳолатларга тегишли бўлиши мумкин!

**БАЧАДОН БЎЙНИ ЭНДОМЕТРИОЗИ.** Этиология: туғруқ пайтида бачадон бўйни шикастланиши, жарроҳлик аралашувлар соҳасида эндометриоид тўқималарни имплантатсия қилиш. Эпителия метаплазияси ҳам мумкин. Морфология: кўпайиш билан ёки бўлмасдан эндометриоид типидagi эпителия билан қопланган турли ўлчамдаги glandулар тузилмалардан ташкил топган тўқ қизил ёки кўк-қизил рангдаги фокус. Фибробластлар билан строма, лимфотситлар инфилтратсияси, ингичка деворли томирлар, кичик фокусли қон кетишлар.

**ЭНДОСЕРВИКС ПОЛИПИ.** Этиология: аниқ эмас, кўпинча катт ёшдаги аёлларда ва менопаузадан олдин. Морфология: оч пушти ёки тўқ қизил рангга эга бўлган эндосервикс бурмасининг фокал гиперпластик шаклланиши. Glandулар, толали, glandулар-толали, қон томир полип бўлиши мумкин. СЕ хужайра пролифератсиясиз ёки пролифератсия ва гиперплазия, скуамоз хужайрали метаплазия, микнелист гиперплазия ҳодисалари билан қопланган. Кўп сонли қон томирлари бўлган строма.

Бачадон бўйни яхши ўсмалари (ноёб шакллар). **СКУАМОЗ ҲУЖАЙРАЛИ ПАПИЛЛОМА. МЮЛЛЕР**

**ПАПИЛЛОМАСИ.** Леиомёма. АДЕНОФИБРОМА. АДЕНОМИЁМА.

Жараённинг тасдиқлаш бачадон бўйни патологияси билан ишлашда асосий коидадир. бачадон бўйни визуал баҳолашдан сўнг биопсия материални гистологик текшириш талаб қилинади.

### **Сервикал интраэпителиал неоплазия (СИН).**

Сервикал **ИНТРАЭПИТЕЛИАЛ НЕОПЛАЗИЯЛАР** (сервикал Интраэпитхелиал неоплазия – СИН) - бу сервиксин кўп қатламли скуамоз эпителиясининг этилиши, дифферентсиатсияси ва табақаланишининг

бузилиши билан тавсифланган касалликлар гуруҳидир. Уч даражали СИН юқори кансероген хавф остида бўлган инсон папилломавируслари (ХПВ WPC) томонидан доимий инфекция билан бошланади, бу эса зарарланишнинг инвазияга ўтишини қўллаб қувватлайди. СИН II юқори регрессия эҳтимоли билан тавсифланади ва бачадон бўйни прекансерозига тааллуқли эмас, СИН I нинг кичик қисми СИН II-III га ўтади – ҳақиқий прекансероз лезёнлар. Улар бир неча йиллар ва ҳатто ўнлаб йиллар давомида бачадон бўйни саратонидан (бачадон бўйни саратони) олдин. Бундай узок вақт давомида СИН ларни инвазив саратон ривожланишидан олдин оддий органларни сақлайдиган эксизиялар билан аниқлаш ва даволаш мумкин. СИН I мавжуд бўлганда, базал мембранага улашган эпителия жойларида тахминан 1/3 чуқурликда, СИН II билан – 2/3 чуқурликда, СИН III билан ўзгаришлар бутун эпителияда учрайди, уларнинг қалинлиги ўртача 2,4 мм.

### **Бачадон бўйни ПРЕКАНСЕРОЗ касалликларини МКБ-10 бўйича таснифлаш.**

Н87 бачадон бўйни дисплазияси:

Н87.0 заиф ифодаланган дисплазия бачадон бўйни.

Н87.1 ўртача бачадон бўйни дисплазияси.

Н87.2 бошқа бўлимларда таснифланмаган аниқ бачадон бўйни дисплазияси.

Н 87.9 бачадон бўйни дисплазияси аниқланмаган.

ПАП таснифи:

1-гуруҳ нормал хужайра таркибига эга ситограмма.

2- гуруҳ кичик морфологик ўзгаришлар билан эпителия хужайраларининг мавжудлиги ядроларнинг озгина кўпайиши, эпителия метаплазияси.

3- гуруҳ ядролардаги аниқроқ морфологик ўзгаришлар, "дискариоз".

4- гуруҳ атипия хусусиятларига эга хужайралар.

5- гуруҳ саратон хужайралари.

Таъриф сервикал дисплазия халқаро гистологик терминология қўмитаси томонидан таклиф қилинган, ЖССТ 1961 йилда). Енгил, ўртача, оғир дисплазия ва ин ситу карсинома мавжуд. Гландулар лезёнлар: glandулар дисплазия, ин ситу аденокарсинома.

Сервикал интраэпителиал неоплазия – СИН- бу атама Р. М. Ричарт томонидан таклиф қилинган, 1965 ва 1975 йилда сервикал патология ва колпоскопия бўйича II халқаро Конгрессда тасдиқланган.).

**Син I** (енгил дисплазия),

**СИН II** (ўртача дисплазия),

**СИН III** (оғир дисплазия ва ин ситу карсинома) мавжуд.

Скуамоз хужайрали интраэпителиал лезён (ППП):

Скуамоус интраэпителиал лесионс (SIL) (миллий саратон тадқиқотлари институти, Бетесда, АҚШ, 1988; 1991 йилда қайта кўриб чиқилган).

Бетесда терминологик тизими (ТБС) (терминология Бетесда тизими, ТБС) (қисқартирилган вариант) қуйидаги таърифларни ўз ичига олади:

ASCUS-(атипик скуамоус хужайралар) – скуамоз эпителийнинг атипик хужайралари.

HSIL-(Ҳигх граде скуамоус интраэпителиал лесионс) – юқори даражаси ППП.

LSIL- (Low граде скуамоус интраэпителиал лесионс) – паст даражаси ППП.

## **БАЧАДОН БЎЙНИ САРАТОНИДАН ОЛДИНГИ КАСАЛЛИКЛАРГА ШУБҲА ҚИЛИНГАН ВА ТАСДИҚЛАНГАН ТАШХИС ҚЎЙИЛГАН БЕМОРЛАРНИ БОШҚАРИШ АЛГОРИТМИ СИН.**

1. Ситологияниолишда ASCUS (атиписал скуамоус селлс оф ундетерминед с игнифисансе - номаълум аҳамиятга эга скуамоз эпителийнинг атипик хужайралари) кўрсатилган:

- ХПВ тести;

-3 йилдан кейин ХПВ-Со-тести бўлмаса;

- ХПВ аниқланганда-колпоскопия, атипик расмлар аниқланганда биопсия, агар улар бўлмаса бир йилдан кейин тест;

- п16/Ки67 да бўяш билан иммуноцитокимёвий тестни ўтказиш мумкин.

2. Агар хулоса ACUS жарроҳлик даволашдан кейин келади СИН зарур:

- ХПВ тести ва колпоскопия, унинг натижалари қайта эксизия/конизатсия зарурлигини аниқлайди.

3. Хулоса ASCUS (атйписал скуамоус селлс сан"нот эхслуде HSIL - скуамоэ эпителийнинг атипик хужайралари, жиддий шикастланишни истисно қилиб бўлмайди) қуйидагиларни таклиф қилади:

- ХПВ тести;

- колпоскопия, сўнгра анормал колпоскопия учун биопсия, шу жумладан 25 ёшгача бўлган аёлларда.

4.Бошқариш LSIL (lowgrade скуамоус интраэпитҳелиал лесионс скуамоэ хужайрали интраэпителиал лезён (паст даражадаги скуамоэ хужайрали интраэпителиал лезён) қуйидагиларни ўз ичига олади:

- ХПВ тести, колпосокопия, анормал СС учун биопсия;

- салбий ХПВ билан бир йилдан кейин қайта текшириш;

- бир йилдан кейин иккала тестнинг салбий натижаси билан-3 йилдан кейин такрорий скрининг.

LSIL билан 18-24 ой давомида ҳар 6 ойда бир марта бачадон бўйни микропрепаратининг ситологик текширувидан фойдаланган ҳолда динамик кузатув тавсия этилади (ривожланишни эрта аниқлаш мақсадида).

5. Онкотситология бўйича хулоса билан ҳомиладор LSIL қуйидагилар керак:

- ХПВ тестлари;

- колпоскопия;

- жиддий шикастланишга шубҳа бўлмаса (HSIL) – туғилгандан кейин қайта текшириш (8-12 ҳафта).

6. Хулоса HSIL (хигх-граде скуамоус интраэпитхелиал лесионс) онкотситологияда юқори даражадаги скуамоз хужайрали интраэпителиал лезён қуйидаги ҳаракатлар алгоритмини назарда тутди:

- дарҳол колпоскопия;
- ХПВ ҳолати муҳим эмас;
- патологик жараённи тўлиқ тасаввур қилиш билан-ЛЕЕТЗ;
- жараённинг тўлиқ бўлмаган визуализатсияси билан -ЛЕЕТЗ ёки диагностика ва даволаш мақсадида конизатсия;
- лезёнларни йўқ қилиш қабул қилиниши мумкин эмас.

7.HSIL- онкотситологияси бўйича хулосага эга бўлган ҳомиладор беморлар қуйидаги ҳаракатлар алгоритмини талаб қилади:

- дарҳол колпоскопия;
- инвазияга шубҳа бўлмаса ҳар 3 ойда ситология ва колпоскопия;
- агар инвазияга шубҳа қилинган бўлса дарҳол биопсия;
- салбий динамика бўлмаса туғруқдан 8-12 ҳафта ўтгач текширув.

8. АГС онкотситологияси бўйича хулоса (атйписал гландулар селлс - атипик гландулар хужайралар) қуйидагиларни ўз ичига олади:

- ХПВ тести;
- колпоскопия;
- бачадон бўйни каналининг куретажи, 35 ёшдан ошган аёлларда эндометриял биопсия.

9. Ситологик хулоса Гйн шифокорига қуйидаги тактикаларни буюради:

- ХПВ тести;
- колпоскопия;

- бачадон бўйни конизатсияси, сўнгра бачадон бўйни каналининг куретажи ва 35 ёшдан ошган аёлларда эндометриал биопсия.

10. Беморларни бошқариш алгоритми СИН I (гистологик жиҳатдан тасдиқланган) қуйидаги хусусиятларни ўз ичига олиши мумкин. Морфологик жиҳатдан тасдиқланган лсил ташхиси бўлган ёш ва / ёки ҳомиладорликни режалаштираётган беморларда (ХПВ инфекциясининг белгилари, коилотситоз, СИН I) 18-24 ой давомида бачадон бўйни ҳолатини динамик кузатиш билан кутиш ва кўриш тактикаси 6 ойда бир марта ситологик назорат ва 12 ойда бир марта ХПВ тести шаклида афзалроқдир. 18-24 ойдан кейин регрессия бўлмаса, жарроҳлик даволаш тавсия этилади. Вайрон қилувчи ёки эксизион даволаш тавсия этилади (ХТ турига қараб) ривожланишнинг олдини олиш учун 18-24 ойдан кўпроқ вақт давомида СИН II га мос келадиган лезёнларни сақлаб қолиш. Йўқ қилиш фақат ЗТ нинг II турида, барча ЗТ ўтиш зонаси билан, 35 ёшгача бўлган аёлларда, бачадон бўйни каналдан суртмаларда аномалиялар бўлмаган ҳолда, ситологик, колпоскопик ва патологик тадқиқотлар натижаларига мос келадиган эндосервикал криптларга зарар этказишнинг минимал хавфи мавжуд бўлганда мумкин. Бошқа ҳолларда ва СИН сақланиб қолганда, ҳатто 24 ёшдан кичик бўлса ҳам, эксизия кўрсатилади. Эктосервикс биопсиясида СИН I бўлган 40 ёшдан ошган аёлларга ХПВ WPC нинг узоқ давом этиши туфайли каналда яширинган синхрон оғир шикастланишлар хавфи туфайли трнинг пастадир эксизиясини ўтказиш тавсия этилади.

Бузғунчи усуллар фақат касалликни даволаш мақсадида СИН I бўлган беморлар учун кўрсатилади. Йўқ қилиш усуллари учун шартлар (бачадон бўйни радио тўлқин терапияси, аргонплазмани йўқ қилиш, бачадон бўйни криодеструкцияси, бачадон бўйни лазер билан буғланиши): трансформатсия зонасини тўлиқ визуализатсия қилиш (I тип ТРТ лезёнлари эктосервикс билан чекланган); ЭКТОСЕРВИКАЛ безларга АБЕ ботирилиши билан зарарланишнинг колпоскопик белгиларининг йўқлиги; эндосервикснинг патологик жараёнга жалб қилиниши тўғрисида маълумотларнинг йўқлиги; бачадон бўйни жарроҳлик даволаш тарихи; ситологик, колпоскопик ва патологик тадқиқотлар маълумотлари ўртасида тафовутларнинг йўқлиги.

11. Консерватив даво СИН. Мустақил усул сифатида скуамоз ҳужайрали интраэпителиал лезёнларни дори билан даволаш тавсия этилмайди. Син ривожланишини бошлайдиган ва қўллаб қувватлайдиган ХПВ инфекциясининг самарали таркибий қисмининг иммуномодуляторлари



(АТХ Иммуностимуляторлари бўйича) билан даволаш фақат эксизёндан ташқари патогенетик жиҳатдан оқланади. Далиллар даражаси паст бўлган тадқиқотларда диндолилметан, пранобекс инозин, ҳистидил-глитсил-валил-серил-глитсил-ҳистидил-глитсил-глутаминил-ҳистидил-глитсил-валил-ҳистидил-глитсин ва бошқа баъзи дориларга асосланган супозитуарларга нисбатан бир қатор ижобий натижалар кўрсатилган.

12. Морфологик тасдиқни олгандан кейин СИН II-III жарроҳлик даволашни амалга ошириш тавсия этилади – бачадон бўйни электроексизияси ёки ХР турига қараб конизатсия, сўнгра малигнизация жараёни истисно қилиш учун сервикал канални куретаж қилиш. Эксизия пайтида барча ЗТНИ ўтиш зонаси ва устки эндосервикал криптларнинг бир қисми билан олиб ташлаш керак:

- тўлиқ эктосервиксда жойлашган 1-турдаги трансформатсия зонаси, ўлчамидан қатъи назар, камида 7 мм эксизён чуқурлигини назарда тутати.
- 2-турдаги трансформатсия зонаси эксизён чуқурлигини 10 мм гача оширишни ўз ичига олади.
- 3-турдаги трансформатсия зонаси ёки СЕ бирикмасини тўлиқ тасаввур қилиш қийинлиги (қисман визуализатсия қилинган ёки тасвирланмаган) ва эндосервикал компонент мавжуд бўлганда эксизён чуқурлиги камида 15 мм – конизатсияни назарда тутати.

25 ёшгача бўлган аёлларда P16 - салбий ИҲС натижаси билан биопсияда СИН II ташхиси қўйилган, ситологик назорат, ХПВ тести ва колпоскопия ёрдамида 2 йил давомида ҳар 6 ойда 1 марта динамик кузатиш жоиздир. Агар регрессия бўлмаса, фаол тактикага ўтинг (бачадон бўйни эксизияси). P16-мусбат ИҲС натижаси билан биопсияда СИН II ташхиси қўйилган беморларда бачадон бўйни шошилишч эксизатсияси тавсия этилади.

13. Беморларни бошқариш учун қўшимча СИН III (морфологик жиҳатдан тасдиқланган):

- СИН III билан беморларни онколог ва акушер-гинеколог ёки ихтисослашган гинекологик марказларга бачадон бўйни конизатсиясини ўтказиш, сўнгра бачадон бўйни каналини куретаж қилиш ва кўрсатмаларга мувофиқ бачадон бўшлиғини (ендометриумнинг қўшма патологияси) юбориш тавсия этилади. Бачадон бўйни касалликлари (СИН II, СИН III) аниқланганда, топографик ва анатомик муносабатларнинг ўзгариши ва



мумкин бўлган интраоператив асоратлар туфайли 3 гуруҳ касалхоналарида (ихтисослаштирилган, шу жумладан юқори технологияли тиббий ёрдам кўрсатадиган, гинекологик патологияни ташхислаш ва даволашнинг янги усуллари ишлаб чиқадиган шифохоналарда) жарроҳлик даволаш тавсия этилади;

- агар резектсия қирраларида ва бачадон бўйни каналининг қолган қисмини қириб ташлашда ўсимта ҳужайралари бўлмаса жарроҳлик аралашувнинг ўтказилган ҳажми этарли деб ҳисобланади;

- агар бачадон бўйни резектсиясининг чеккаларида ёки бачадон бўйни каналининг қолган қисмидан қириб ташланган HSIL аниқланса, 2-4 ойдан кейин ситологик, колпоскопик ва ХПВ назорати тавсия этилади. Агар ситологиянинг атипик натижалари ва ёки атипик колпоскопик расм ва ёки ижобий ХПВ мавжуд бўлса, вирусли юкни сақлаб қолиш билан такрорий конизатсия кўрсатилади (баъзи ҳолларда гистеректомия қилиш мумкин).

## **II. БОБ**

### **2.1 БАЧАДОН БҮЙНИ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ.**

Ушбу бобда қуйидаги усуллар кўриб чиқилади: тиббий коагулятсия, пичоқни олиб ташлаш, диатермоэлектрокоагулятсия, криодеструктсия, радио тўлқинли жарроҳлик, аргоноплазмик абласён, лазер ёрдамида йўқ қилиш, фотодинамик терапия, бачадон бўйни жарроҳлик даволаш.

#### **Тиббий коагулятсия.**

Техника: ўзгартирилган матони махсус пахта сумкаси билан даволаш амалга оширилади, 2-3 дақиқадан сўнг аллақачон ҳосил бўлган қорақўтирни қайта ишлаш. СС назорати остида кўрсатмаларга мувофиқ 7-10 кундан кейин қайта ишлаш. Тўқималарга таъсири: цилиндрсимон эпителийнинг селектив коагулятсияси, 2,5 мм коагулятсия чуқурлиги, 3-5 кун давомида қорақўтирни рад этиш, 6-9 кун давомида юзаки эпителизатсия, 3-4 ҳафта ичида тўлиқ эпителизатсия. Камчиликлари: паст самарадорлик (айниқса лейкоплакияга нисбатан), таъсир қилиш зонасида маҳаллий яллиғланиш жараёни, такрорий дастурларга тез-тез эҳтиёж.

#### **Пичоқни олиб ташлаш.**

Техника – бачадон бўйни сувли антисептик ( + ) эритмаси билан даволаш амалга оширилади, умумий ёки маҳаллий (афзал) беҳушлик қўлланилади, сўнгра бачадон бўйни таъсирланган тўқималарни визуализатсия қилиш учун Луголь эритмаси билан даволаш, сервиксни ушлаб турувчи тикувлар билан маҳкамлаш, бачадон бўйни тўқимасини олиб ташлаш скалпел билан амалга оширилади (пичоқ №15). Шундан сўнг, ярага гемостатик тикувлар қўлланилади ёки яра коагулятсияси ва сувли антисептик эритма билан даволаш амалга оширилади. Тўқималарга таъсири: таъсирланган тўқималарни механик равишда олиб ташлаш, 4-6 ҳафта ичида даволаш. Камчиликлари: оператсия пайтида қон кетиш эҳтимоли, жарроҳлик ярасида маҳаллий яллиғланиш жараёни, олиб ташланган тўқималарнинг катта ҳажми. Конуснинг турлари жараённинг тарқалишига боғлиқ. Матони тубдан олиб ташлаш керак, аммо бачадон бўйни меъморчилигини иложи борича сақлаб қолишга ҳаракат қилинг.

### **Диатермоэлектрокоагулятсия.**

Тўқималарга таъсири: 40\* гача - тўқималарда ўзгаришлар бўлмайди, 40\* - кайтариладиган ўзгаришлар, 40-70\* - оксил денатуратсияси, 70\* - коагулятсия коллаген глюкозага эрийди, 100\* гача - интерстициал суюқликнинг қайнаши ва буғланиши, 100\* - тўқималарни қуритиш, 200\* - тўқималарни чархлаш. Терапевтик йўқ қилиш учун куйишсиз коагулятсия керак (200\*С дан ошмаслиги керак). Техника фаол электродни қўллаш орқали тўқима қуритилади, вольт ёйи орқали масофада коагулятсия қилинади, сўнгра игна электроди билан пунктатсия коагулятсияси, диатермоконизатсия қилинади. Усулнинг камчиликлари: бузилишнинг назоратсиз чуқурлиги, оғриқ, юзага келиши мумкин бўлган асоратлар: эндометриоз, Марказий стенозни ва тораёниши, яллиғланиш касалликларининг кучайиши, кўпол чандиқлар, лейкоплакия.

### **Криодеструктсия.**

Совутгич сифатида азот (-196\*), азот оксиди (-89\*), углерод оксиди (-78\*) каби суюқ газлар ишлатилади. Совутиш даражаси ва тезлиги таъсир қилиш муддати билан тартибга солинади. Тўқималарга таъсири: ҳужайра ичидаги ва ҳужайралараро сувнинг кристалланиши, ҳужайра тузилмаларининг йўқ қилиниши, микросиркулятсиянинг бузилиши, тўқима ишемияси, некроз 1-3 кун давомида (некроз зонаси музлаш зонасидан 2,5 мм камроқ). Техника: криёзондни танлаш зарарланган ҳудуднинг катталигига қараб амалга оширилади, сўнгра музлаш кенглиги 2,5 мм бўлган совуқ жант пайдо

бўлгунча амалга оширилади, агар керак бўлса, 10-15 дақиқадан сўнг такрорий таъсир қилиш амалга оширилади. Усулнинг камчиликлари: музлашнинг назоратсиз чуқурлиги, патологик жойни тўлиқ олиб ташламаслик, релапснинг юқори даражаси, бачадон лейкоплакиясида таъсирнинг самарасизлиги.

### **Радиохирургия.**

Радиочастота режимида (100 кҲз – 105 МГцс диапазони) электромагнит тўлқинларни ҳосил қилувчи электрожарроҳлик аппаратларидан фойдаланилганда электрожарроҳликнинг бир тури. Усул принтсипи: кичик сирт майдонига эга бўлган ишчи асбобдан (електроддан) беморнинг танаси орқали нисбатан катта майдонни (нейтрал электрод) қабул қилувчи пластинкага ўтадиган радио тўлқин ишчи электродга тегиб турган жойда тўқималарнинг маҳаллий исишига олиб келади (Жоуле-Ленз қонунига мувофиқ). Радио тўлқинининг маълум бир кучида биологик тўқималарнинг ичидаги ва ҳужайрадан ташқари суюқлиги тезда қизийди, қайнатилади ва буғланади, ҳужайра тузилмаларини бузади тўқима механик куч сарфламасдан парчаланади. Ҳужайра ичидаги ва ҳужайрадан ташқари суюқликнинг силлиқ исиши, унинг тўқималардан буғланиши ҳолатида коагулятсия содир бўлади, яъни оқсил денатуратсияси ва қон томирларининг тикилиб қолиши (гемостаз).

Радио тўлқинининг (оқимнинг) тўқималарга таъсири қуйидаги параметрларга боғлиқ:

1. Оқим частоталари. Радио тўлқинининг частотасининг ошиши билан "тоза" кесиш эффеқтининг ошиши кузатилади, пасайиш билан коагулятсион таъсир кучаяди.
2. Қурилманинг ишлаш режими билан белгиланадиган оқим шакли. "Кесиш" режимида ишлаганда сиз коагулятсиясиз" тоза "кесмани олишингиз мумкин ва" аралаш " режимида ишлаганда коагулятсион қатлам ҳосил бўлиши билан дисектсия содир бўлади.
3. Жорий қувват. Ҳар бир режим ва восита учун оқим кучи бўйича тавсиялар мавжуд. Агар ушбу тавсияларга риоя қилинмаса, электроднинг матога "ёпишиши", матонинг қуйиши ва бошқалар пайдо бўлиши мумкин.

4. Ишлайдиган электроднинг майдони. Юпқа ишлайдиган электрод ("игна", "пастадир") билан кесиш эффекти кузатилади. Ривожланган сирт ("тўп") билан ишлайдиган электроддан фойдаланганда, алоқа жойида тўқималарнинг силлик исиши ва коагулятсияси содир бўлади.

5. Тўқималарга таъсир қилиш вақти. Тўқималарга таъсир қилиш вақти қанча кўп бўлса, коагулятсион қатлам қалинроқ бўлади.

Биологик тўқималарга электрожарроҳлик таъсирининг бутун спектрига эришиш учун радио тўлқинлар спектрининг пастки ва юқори қисмларининг частоталари ва турли хил иш юзаси ва шаклига эга бўлган электрожарроҳлик асбобларининг кенг тўплами мавжуд бўлган сигналга эга бўлиш керак. Тўқималарга таъсири юқори частотали радио тўлқинлар тўқималарга кирганда, хужайралар асосий тўқималарга зарар бермасдан буғланади.

Афзалликлари: гистологик текширув учун юқори сифатли материални олиш имконияти, дисектсия билан бир вақтда кичик томирларни коагулятсия қилиш имконияти, деярли қонсиз оператсия майдони, жарроҳлик аралашув тезлиги, оператсиядан кейинги даврда минимал шиш ва инфилтратсия, минимал интра ва оператсиядан кейинги оғриқ, оператсиядан кейинги жароҳатни қўпол чандиқсиз даволаш, радио тўлқинининг стерилизатсия таъсири.

Усулнинг камчиликлари: юрак ритмининг бузилиши ва юрак стимулятори мавжуд бўлганда, шунингдек беморнинг танасида металл плиталар мавжуд бўлганда фойдаланиш чекланган. Қўллаш мумкин бўлмаган ҳолатлар: юрак ритмининг бузилиши, беморда юрак стимулятори мавжудлиги, танадаги тиббий металл плиталарнинг мавжудлиги .

Сургитрон Қурилма 4 та иш режимига эга – уч хил тўлқин ва фулгуратсия оқими. Филтрланган тўлқин тоза кесма (90% кесма 10% коагулятсия), тўлиқ тўғриланган тўлқин – кесма ва коагулятсия (50% ва 50%), қисман тўғриланган тўлқин гемостаз (90% коагулятсия). Юзаки котеризатсия ўзгарувчан ток учқуни (фулгуратсия) билан амалга оширилади.

Фотек. 0,44-7,04 МГц частотали (кенг полосали) радио тўлқинларни ишлаб чиқарадиган қурилмалар қатори. Қурилмалар замонавий кесиш ва коагулятсион режимларнинг тўлиқ тўплами билан жиҳозланган, шу жумладан аргон муҳитида. Режимларни танлаш ва қувватни сошлаш қурилманинг олди панелидаги тугмалар (e81м модели, эА141М) ёки

сенсорли экран (Онйх-а модели) ёрдамида амалга оширилади. Қурилмаларнинг ишлашини фаоллаштириш педаллар (икки ва битта тугмачали) ёки бошқарув тугмачалари бўлган монополяр электрод ушлагичлари ёрдамида таъминланади. Эа141м ва ОНЙХ-а моделлари аргон плазмаси билан тўқималарни абласён функтсияси билан жиҳозланган. ОНЙХ қурилмасининг афзалликларидан бири бу аниқ интерфейсининг мавжудлиги бўлиб, у қуйидагиларга имкон беради: стандарт дастурни танланг (масалан, W/м биопсияси) ва тавсия этилган режимлар ва қувватни автоматик равишда ўрнатинг, агар керак бўлса, сиз индивидуал Созламалар билан дастур яратишингиз ва қурилма хотирасида сақлашингиз мумкин. Амбулатория гинекологиясида ишлатиладиган ФОТЕК қурилмаларининг асосий режимлари:

### **Монополяр кесиш**

"Кесиш" - учқунсиз ва аниқ коагулятсиясиз монополяр кесиш.

"Аралаш" - мотадил учқун ва ингичка коагулятсион қатлам билан монополяр кесиш.

"Аралаш 1" - кучли учқун ва аниқ коагулятсия қатлами билан монополяр кесиш.

### **Монополяр коагулятсия**

"Юмшоқ" - монополяр контактли коагулятсия учқунсиз, карбонатсиз ва коагулятсияланган тўқима қалинлигининг 5 мм гача силлиқ ўсиши билан.

"Форс" - кучли учқун тўқима қатламининг тез шаклланиши билан монополяр мажбурий коагулятсия.

### **Аргоноплазма коагулятсияси аргон муҳитида кесиш**

"ФУЛГУР-аргон" - аргон муҳитида аниқ коагулятсия билан алоқа қилиш имконияти билан 3 мм гача бўлган коагулятсияланган тўқима қатламининг тез шаклланиши билан аргон плазма машъаласи билан мажбурий монополяр контактсиз коагулятсия.

"Спрай аргон" - аргон плазма машъаласи билан силлиқ монополяр контактсиз коагулятсия, коагулятсияланган тўқима қалинлигининг силлиқ ўсиши 3 мм гача.

## **Биполяр режимлар**

Би-КОАГ-бу учкунсиз, тўқималарни карбонлаштирмасдан биполяр коагулятсия.

Икки автоматик тўхташ бу коагулятсия тугагандан сўнг асбобга юқори частотали оқим оқимини автоматик равишда ўчириш билан учкунсиз биполяр коагулятсия.

Би-Ауто-старт / стоп – бу учкунсиз биполяр коагулятсия, тўқималарни ушлашда асбобга юқори частотали оқим оқимини автоматик равишда ёқиш ва коагулятсия тугагандан сўнг автоматик ўчириш.

### **Аргоноплазмик абласён.**

Аргоноплазмик абласён - бу монополяр юқори частотали жарроҳликнинг бир тури, бу эрда инерт газ (аргон) орқали юқори частотали оқим энергияси беморнинг танасига узатилади. Электроднинг охири ва беморнинг танаси ўртасида аргон плазма машъаласи ҳосил бўлади. Машъал таъсири остида иситиш ва коагулятсия, тўқималарнинг қуриши содир бўлади. Аргон плазмасининг оқими пўхтлашма пайтида соғлом тўқималардан четга чиқади. Коагулятсия бутун таъсир қилиш зонасида тенг равишда (чуқурлиги 3 мм дан ошмайди). Усулнинг афзалликлари: қурилма томонидан бошқариладиган максимал коагулятсия чуқурлиги 3 мм, тўқима билан алоқа йўқ (электрод ифлосланмайди), чандиқ деформатсиясиз тез шифо, коагулятсия чар ва тутунсиз содир бўлади, аппарат ёрдамида капилляр қон кетишини тезда тўхтатиш мумкин. Усулнинг камчиликлари: нисбатан юқори нарх.

### **Лазерни йўқ қилиш.**

Лазер нурланишининг юқори интенсивлиги маҳаллий гидродинамик портлашни келтириб чиқаради: тўқималарнинг юқори ҳароратгача бир зумда иситиши, хужайра ичидаги ва хужайрадан ташқари суюқлик ва хужайра тузилмаларининг буғланиши содир бўлади. Лазер билан йўқ қилиш колпоскопия назорати остида амалга оширилади. Патологик худудга лазер таъсири ҳайз даврининг 1-босқичида (5-7 кун) амалга оширилиши керак. Тўқималарни кесиш диаметри 1 мм дан ошмайдиган йўналтирилган нур билан амалга оширилади. Вапоризатсия 2 дан 5 мм гача бўлган катта диаметрли нур билан амалга оширилади. Коагулятсия 5 мм ва ундан юқори

бу гемостатик, асептик таъсир оператсия пайтида минимал қон йўқотиш. Лазер таъсирини бошлашдан олдин, периферик капилляр ётоқ туфайли сервиксин қон томирларини баҳолаш керак. 0,5-1,0 мм соғлом тўқималарни ушлаб, энг кам қон томирлари соҳасида коагулятсион лазер ишлаб чиқариш тавсия этилади. Биринчидан, бачадон бўйни орқа лаблари ташқи томоққа, сўнгра олдинги лаб, ташқи томоқ, бачадон бўйни каналининг пастки учдан бир қисмига ишлов берилади. Бу катта томирларга зарар этказиш хавфини камайтиради. Бачадон бўйни 2-3 кун давомида лазер билан йўқ қилинганидан сўнг, қуюқ рангли кулранг плёнка ҳосил бўлади доғлар билан (карбонатланиш натижаси) сиртни тозалаш 4-5 кундан бошланади ва 4-5 кун давом этади. Фаол эпителизатсия йўқ қилинган пайтдан бошлаб 14-15 кундан бошланади, тўлиқ эпителизатсия 22-27 кунларда содир бўлади. Шифолаш оғриқсиз давом этади, косметик нуқсонлар пайдо бўлмасдан тугайди. Лазерни йўқ қилишнинг афзалликлари: таъсир масофадан туриб, тўқима билан тўғридан-тўғри алоқа қилмасдан, колпоскопик назорат остида амалга оширилади, бу эса лазер нурларини бошқаришда юқори аниқликка эришишга имкон беради. Лазер коагулятсияси билан некроз зонаси камайиши туфайли аҳамиятсиз лейкоцитлар инфилтратсияси (екссудатсия ва пролифератсия фазаларининг қисқариши). Жарроҳлик деярли қонсиз амалга оширилади, бу коагулятсион тромб ҳосил бўлиши билан боғлиқ. Лазер нурланиши бепуштлик ва абластикликни таъминлайди, бу эса регенератсия жараёнини тезлаштиради. Бачадон бўйни лазер буғланишининг камчиликлари: атрофдаги тўқималарни иситиш, чекка некрознинг катта зоналари, фойдаланиш қийинлиги, махсус жиҳозланган офиснинг мавжудлиги, протседуранинг юқори нархи. Лазерни йўқ қилиш пайтида асоратларни олдини олиш ва даволаш: нур диаметрининг 0,7-10 мм гача ўсиши, артериал қон кетиш билан - тикув, кенг жараёнлар билан (қин деворларига ўтиш билан) икки босқичли лазер коагулятсияси, электрожарроҳлик мосламаси (СПРХ ва агросаноат комплекси) мавжуд бўлганда-қон кетиш манбасининг коагулятсияси.

### **Фотодинамик терапия.**

Техника: бачадон бўйни патологик ўзгарган тўқималарида тўпланиши мумкин бўлган фотосенситив модда беморнинг танасига киритилади. Бир неча кундан кейин ёруғлик нурлари таъсирида тўқима вайрон бўлади. Камчиликлари: терида фотосенситив модданинг тўпланиши, қуёш



ранги таъсирида терининг куйиши, узоқ муддатли процедура, юқори нарх бўлиши мумкин.

Бачадон бўйни касалликларини жарроҳлик (жарроҳлик) даволаш.

Емметт Оператсияси.

Елтсов-Стрелков Усули.

Шредер томонидан бачадон бўйни ампутатсияси.

Шредер томонидан сервиксин ханжар шаклидаги резектсияси.

Стурмдорфда бачадон бўйни конус шаклидаги ампутатсияси.

Бачадон бўйни юқори ампутатсияси.

## **2.2.КОЛПОСКОПИЯ УСУЛНИНГ ТАМОЙИЛЛАРИ ВА АСОСЛАРИ. НОМЕНКЛАТУРА ВА ТЕРМИНОЛОГИЯ.**

Колпоскопия пастки генитал трактнинг касалликларини ташхислаш усули сифатида 1924 йилда немис акушер-гинекологи Ханс Хинселманн (Ханс Гинселманн) (1884-1959) томонидан таклиф қилинган. Биринчи колпоскопик текшируви учун Г. Гинзелманн китоблар тўпламига жойлаштирилган Лейтс линзаларидан (Лейтз) фойдаланган. Биринчи маҳаллий монокуляр колпоскоп 1928 йилда А. Г. Кан томонидан ишлаб чиқилган, колпоскопик диагностика бўйича биринчи қўлланмалар ўтган асрнинг 50-60-йилларида пайдо бўлган. 1972 йилда Мап дел плата (Аргентина) шаҳрида Бутунжаҳон колпоскопия ташкилоти (ИФСПС) ташкил этилди. Кейинчалик бачадон бўйни патологияси ва колпоскопия бўйича халқаро жамият ҳомийлигида бир қатор миллий жамиятлар ташкил этилди. Колпоскопия гинекологик текширув сифатини оширадиган тан олинган клиник усулга айланди. Колпоскопияни ривожлантиришда катта қадам янги жамоат ташкилотлари, хусусан ИФСПС (ИФСПС) томонидан амалга оширилди. Интернационал Федератион фор Солпоссопй анд Сервисал Патҳологй), эСГО (Еуропеан Сосиетй оф Гйнесологисал Онсологй), ИССДВ (Инернатион ал Сосиетй фор Студй Вулвар Дисеасе), эАГС ва бошқалар. ушбу ташкилотларнинг аъзолари ихтиёрий равишда фаннинг сўнгги ютуқларини клиник амалиётга жорий этиш бўйича фаол иш олиб боришмоқда. Мамлакатимизда акушер-гинекологлар, патоморфологлар,



онкологлар клиник амалиётда ушбу бошқарувнинг шаклланиши ва ривожланишига энг катта ҳисса қўшдилар: А. Г. Канн, В. Ф. Савинова, э. А. Гарнаукас, э. М. Кленитская, А. Б. Деражне, э. В. Коханевич, я. В. Боҳман, Л. Н. Василевская, М. Л. Винокур, В. Н. Прилепская, Г. Н. Минкина, И. Б. Манухин, Н. И. Кондриков, э. А. Межевитинова, С. И. Роговская ва бошқалар.

### **Колпоскопия турлари:**

Оддий - бачадон бўйни тўқимасини дори-дармонларни ишлатмасдан 8-40 марта катталаштириш остида текшириш.

Орқали рангли филтрлар-хусусан, яшил, томирларни баҳолаш учун ишлатилади. Рангли филтр узок тўлқинли қизил нурланишни тўлик ўзлаштиради ва томирлар аниқ ажралиб туради.

Кенгайтирилган-3-5% сирка кислотаси эритмаси ва Лугол эритмаси билан ишлов берилгандан сўнг сервиксни текшириш (ушбу тестлар тўқималарнинг дори таъсирига таъсирини баҳолашга имкон беради).

Хромоколпоскопия-эпителыйни бўёқлар (гематоксилин, метил бинафша ва бошқалар) билан даволашдан сўнг кенгайтирилган колпоскопиянинг бир тури, бу нормал ва ўзгарган тўқималарнинг турли хил бўялишига асосланган.

Колпомикроскопия - сервиксни 160-280 марта катталаштириш остида текшириш.

Сервикоскопия - бачадон бўйни каналининг сиртини текшириш (эпителыйнинг катланишини баҳолаш, полиплар, безлар ва бошқалар.).

Фотоколпоскопия-колпососкопия пайтида тасвирни тузатиш.

Видеоколпоскопия - колпоскопияни видеога ёзиб олиш.

Телеколпоскопия-видео тасвирни узатиш.

### **Колпоскопия вазифалари:**

Бачадон бўйни, қин ва вулва эпителиясини ўрганиш, лезённинг локализатсияси ва чегараларини аниқлаш, малигнизатсия шаклланишларни фарқлаш, мақсадли биопсия, оператив колпоскопия, даволаш натижаларини назорат қилиш, консерватив тактикани танлашда динамикани баҳолаш.

## **Колпоскопия учун офисни жиҳозлаш.**

- Гинекологик кафедра.

Колпоскоп-бу триподга ўрнатилган ёритгичли оптик тизим (бинокуляр лупа). Қурилма 8-40 марта катталаштиришда тўқималарни ўрганиш учун ўрганилаётган сиртдан 20-28 см масофада ўрнатилади. Колпоскопни танлашда сиз оптик тизимнинг сифатига (қурилма нархини шакллантиришнинг белгиловчи шартларидан бири), катталаштириш частотасига (3 дан 30 мартагача, 3 ёки 5 даража катталаштириш), фокус узунлигига эътибор беришингиз керак. – 250-300 мм, яшил филтрли 45 градуслик бурчакли ўқли кўзойнақлар, этарли интенсивликдаги ёритгич, трипод барқарор ва тормоз тутқичларининг айланадиган версияси билан ихчам, рақамли видео тизим (дурбин керак!!!).

- Гинекологик нометалл (Куско, Гравес, Педерсон, қошиқ шаклидаги).

- Стерил гинекологик қўлқопларни текшириш (2 жуфт).

- Сѐмбѐз, битта тишли форсепс, Гегар кенгайтиргичлари № 1,2.

- эира спатуласи (бактериоскопик текшириш учун материал олиш учун), ҳар хил турдаги ситошетлар.

- эритмалар учун стакан.

- Сирка кислотасининг 3% эритмаси, Лугол эритмаси, формалин эритмаси.

- Стерил пахта ва дока тампонлари.

- Буйрак шаклидаги лаганда.

- Чиқиндиларни йўқ қилиш ва дезинфектсия қилиш учун идишлар.

- Ситологик тадқиқотлар учун слайдлар, молекуляр биологик тадқиқот усуллари учун найчалар.

- Тиббий ҳужжатлар.

- Скалпел (пичоқ №15), тикув материаллари, игна ушлагичи, қайчи.

- Лооп биопсияси ва аргоноплазмик коагулятсия учун электрожарроҳлик аппарати (агар иложи бўлса).
- Гистологик текширув учун материални жойлаштириш учун идишлар.
- Маҳаллий гемостаз учун асосий темир (III) сульфат бўлган 3% водород пероксид эритмалари.

### **Колпоскопик текшириш алгоритми:**

1. Керакли воситалар тўпламини, дори-дармонларни (шу жумладан локал анестезия учун) ва сарф материалларини тайёрланг.
2. Анамнезни тўплаш (жавобгарликни ўрта тиббиёт ходимларига ёки учинчи шахсларга юклардан ўзингиз бажаринг), хабардор қилинган розиликни тўлдириш.
3. Гинекологик стулда вулва ва перианал минтақани текширинг.
4. Кўзгуларда бачадон бўйни ва қинни текширинг.
5. Колпоскопни тармоққа уланг.
6. Колпоскопни тадқиқотчи учун қулай жойга ўрнатинг, агар керак бўлса, уни тузатинг.
7. X4 катталаштирилганда тадқиқот ўтказинг.
8. Ситологик текширув учун суртмаларни олинг (агар бу илгари қилинмаган бўлса). Сервикс тўқимасини ситоскелетнинг Вилли билан шикастлаш эҳтимоли туфайли колпоскопиядан камида бир кун олдин ситологик текширув ўтказиш мақсадга мувофиқдир.
9. Баҳолаш учун яшил филтрдан фойдаланинг.
10. Бачадон бўйни каналининг дистал қисмини X6 ортиши билан текширинг (нормал ёруғлик остида).
11. Сирка кислотасининг 3% эритмасини қўланг, X4 ва 6 ортиши билан бачадон бўйни текширинг. Бу кенгайтирилган колпоскопиянинг энг муҳим босқичи!

- намуна эпителийнинг қисқа муддатли шишиши, хужайралар шишиши, субэпителиал томирларнинг қисқариши, тўқималарнинг анемизатсиясига асосланган;

- СЕ дан аниқ фарқлашга имкон беради (айнан шу босқичда эпителия бирикмаси ва трансформатсия зонаси тури якуний аниқланади);

- Силиндрсимон эпителия узум кластерлари ёки тухумларга ўхшайди;

12. X10 ортиши билан 30-40 сониядан сўнг, 12 соатдан бошлаб трансформатсия зонасини текширинг. соат йўналиши бўйича. Агар керак бўлса, x16 ёки X25 катталаштиришдан фойдаланинг. Иловаларни бир неча марта такрорлаш мумкин, чунки эпителийни оқартириш жараёни 1-3 дақиқа давом этади.

- Скуамоз эпителиядаги ҳар қандай ўзгаришлар ( атрофия, метапластик эпителия, жойлар СИН) ушбу фонда улар оқлаш шаклида намоён бўлади. Дифферентсиал диагностикани ўтказишда анамнез маълумотлари, кўшимча тадқиқот усуллари натижалари (бактериоскопик, ситологик, молекуляр биологик ва бошқалар) ва биопсия зарурлиги тўғрисида ўз вақтида қарор қабул қилиш ёрдам беради;

- Оддий томирлар қисқа вақт ичида йўқолади ва атипиклар ўзгармайди.

13. 3-5 дақиқадан сўнг Шиллерни синаб кўринг: Лугол эритмасини (100 мл сув, 1 г ёд, 2 г калий ёдид бачадон бўйнига қўлланг. Ёдланган жойларни тасаввур қилинг.

- Гликогенга бой хужайралар (етук ипе) тўқ жигарранг рангга бўялган;

- СЕ, ме, атрофик эпителия, маҳаллий яллиғланиш жойлари энгил бўялган (контурлар ноаниқ);

- Кескин чекланган ёд салбий зоналар бу жойда прекансероз ва саратон жараёнлари мавжудлиги сабабли алоҳида эътибор талаб қилади.

14. Агар тегишли тайёргарлик (тсикл куни, текширув) кўрсаткичлари мавжуд бўлса, ушбу босқичда мақсадли биопсия олиниши мумкин.

15. Бачадон бўйни қуритинг.

16. Ойнани олиб ташланг.

17. Колпоскопия протоколини тавсифланг, олинган материални сито ва гистологик текшириш учун йўлланма беринг.

### Колпоскопик текшириш протоколини рўйхатдан ўтказиш.

Ҳозирги вақтда колпоскопик текширув протоколи Рио-Де-Жанейрода таклиф қилинган колпоскопик атамаларнинг халқаро таснифига мувофиқ ишлаб чиқилмоқда.

Интернационал Федератион фор Сервисал Патҳологй анд Солпоссопй. КОЛПОСКОПИК АТАМАЛАРНИНГ ХАЛҚАРО ТАСНИФИ,

КОЛПОСКОПИК АТАМАЛАРНИНГ ХАЛҚАРО ТАСНИФИ	
Умумий қоидалар	<p>– этарли / этарли бўлмаган расм (масалан, сабабни кўрсатиб сервиксни объектив баҳолаш яллиғланиш туфайли қийин, қон кетиши, чандиқ ўзгариши ва бошқалар)</p> <p>– Кўп қатламли текис ва цилиндрсимон орасидаги чегара эпителия: тўлиқ тасвирланган; қисман; тасвирланмаган</p> <p>– Трансформатсия зонаси: I, II, III типлар.</p>
Оддий колпоскопик расмлар	<p>– Қатламли скуамоз эпителия:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Етук</li> <li>• Атрофик</li> </ul> <p>– Силиндрсимон эпителия:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• эктопия</li> </ul> <p>– Метапластик эпителия:</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Наботов кисталари</li> <li>• Очик безлар (криптар)</li> </ul> <p>– Десидуоз (ҳомиладорлик пайтида)</p>	
	Умумий тамойллар	<p>Лезённи локализатсия қилиш: трансформатсия зонаси ичида ёки ташқарисида; териш билан мослик</p> <p>Таъсир қилинган худуднинг ўлчамлари: сервикс билан фоизда</p>	
Атипик-колпоскопик расмлар	I Даража (енгил талаффуз қилинган лезён)	Юпқа асетобел эпителияси нотекис лойқа қирралар	Нозик мозаика  Нозик тиниш белгилари
	II даража (ифодаланган мағлубият)	– Аниқ асетобел эпителияси контурлар  • Тез оқартириш  – Атрофдаги асетобел зич жант  очик безлар (криптар)	• Қўпол мозаика  • Қаттиқ тиниш белгилари  • Лезён ичида  - контурлар кўпроқ зич асетобелого сайт  • Туберозлик белгиси
	Нонспесифик белгилар	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Лейкоплакия (кератоз, гиперкератоз)</li> <li>• эрозия</li> <li>• Лугол эритмаси билан бўяш( Шиллер намунаси): ёд ижобий/</li> </ul>	

		йоднегатив.
	Шубҳа инвазия	Атипик томирлар Қўшимча белгилар:" мўрт " томирлар; нотекис сирт; экзофитик шикастланишлар; некроз, ошқозон яраси жойлари.
Бошқа расмлар	колпоскопик	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Туғма трансформатсия зонаси</li> <li>• Кондиломалар</li> <li>• Стеноз</li> <li>• Полиплар</li> <li>• Илгари ўтказилган даволанишнинг оқибатлари</li> <li>• Туғма аномалиялар</li> <li>• эндометриоз</li> <li>• Яллиғланиш</li> </ul>

#### Жадвал 4. Колпоскопик атамаларнинг халқаро таснифи.

2011 йилгача қониқарли колпоскопик расм (кўп қатламли скуамоз эпителия ва цилиндрсимон бирикма кўринади) ва қониқарсиз колпоскопик расм (ХЕИ ва СЕ бирикмаси, яллиғланиш, қон ва бошқалар кўринмайди) тушунчаси ишлатилган.

2011 йилдан кейин этарли колпоскопик расм атамаси қўлланилади – текширувга тўсқинлик қиладиган омиллар йўқ (хатто қўшма кўринмаса ҳам) ва этарли бўлмаган колпоскопик расм (яллиғланиш, чандиқ, шикастланиш ва қон кетиш – барчаси текширувга халақит беради). "Қониқарли" ва "қониқарсиз" колпоскопик расм атамалари ҳозирда қўлланилмайди.

#### Колпоскопик атамаларнинг халқаро таснифи.

#### Умумий қоидалар.

Ушбу таснифда элементларнинг 4 гуруҳи ажралиб туради:

Оддий колпоскопик расмлар.

Атипик колпоскопик расмлар (1 даража, 2 даража ва ўзига хос бўлмаган белгилар билан).

Инвазияга шубҳа.

Бошқа колпоскопик расмлар.

Колпоскопик атамаларни таснифлашнинг умумий қоидалари:

Етарли / этарли бўлмаган расм (сабабини кўрсатган ҳолда, масалан, яллиғланиш, қон кетиш, чандиқ ўзгариши ва бошқалар туфайли сервиксни объектив баҳолаш қийин бўлса, расм этарли бўлмайди).

Қатламли скуамоз эпителия ва цилиндрсимон эпителия ўртасидаги чегара: тўлиқ, қисман энгил.

Трансформатсия зонаси: I, II, III типлар.

Колпоскопик расмни баҳолаш билан шуғулланадиган шифокор учун "трансформатсия зонаси" атамасини билиш ва яхши тушуниш жуда муҳимдир (ўтиш зонаси, трансформатсия зонаси). Ўтиш зонаси-бу кўп қатламли скуамоз ва цилиндрсимон эпителийнинг туташган жойи, кенглиги 6 мм. трансформатсия зонаси этилмаган скуамоз ёки метапластик эпителия билан қопланган. Оддий трансформатсия зонасида эпителия бўғимлари (ме, СЕ), метапластик эпителийнинг ўзи, очиқ ва ёпиқ безлар (набот кисталари ва безлар) ва цилиндрсимон эпителийнинг ўчоқлари мавжуд.

1-турдаги трансформатсия зонаси-эпителия чегараси бутунлай экзосервиксда тасвирланган.

2-турдаги трансформатсия зонаси эпителия чегараси қисман тасвирланган.

Трансформатсия зонаси 3 – тоифа эпителия чегараси энгил.

**Оддий колпоскопик расмлар.**

Қатламли скуамоз эпителия: этук, атрофик.



Колпоскопик расм: унинг юзаси силлиқ ва порлоқ, ранги ёшга, хайз даврининг босқичига ва аёлнинг физиологик ҳолатига қараб ўзгаради. Строманинг қон томир нақшлари кўринади, томирлар шохланади – дарахт каби. Сирка кислотаси эритмаси билан ишлов берилганда, оқариб кетади ва Лугол эритмаси таъсиридан кейин у тўқ жигарранг рангга тенг равишда бўялади. Атрофик МПЕДА хира пушти юзада асосий тўқималарнинг турли ўлчамдаги дарахтга ўхшаш далланидиган томирлари кўринади. Субэпителиал қон томирлари жуда мўрт ва осонликча шикастланиб, субэпителиал қон кетишини ҳосил қилади. Атрофик шиллиқ қават деярли гликогенни ўз ичига олмайди, шунинг учун Шиллер тести салбий ёки заиф ижобий бўлади. Эпителия ингичка, Лугол эритмаси билан нотекис бўялган.

Силиндрсимон эпителия: эктопия.

Колпоскопик расм: кўп сонли майда папиллаларнинг нотекис юзаси, сирка кислотаси эритмаси билан ишлов берилгандан сўнг, бу тузилмалар (кластерлар ёки тухумлар) аниқроқ ажралиб туради. Лугол эритмаси билан ишлов берилганда папилла бўялмайди.

Метапластик эпителия: набот кисталари, очик безлар (криптлар).

Колпоскопик расм: метапластик эпителия сирка кислотаси билан ишлов берилгандан сўнг бироз оқариб кетади, очик чиқарувчи каналлар кичик ўлчамдаги қуюқ тешиқларга ўхшайди, сирка кислотаси эритмаси билан ишлов берилгандан сўнг улар янада сезиларли бўлади ва каналлар атрофида ипе аниқланади. Набот кисталари (ёпиқ безлар) мавжуд бўлган жойда қон томирларининг кўпайиши тез-тез кузатилади, томирлар радиал тарзда жойлашган бўлиб, атрофдан марказга ўтади, сирка кислотаси билан синовдан ўтказилгандан сўнг улар тораяди ва қисқаради.

Десидуоз (ҳомиладорлик пайтида).

Колпоскопик расм: десидуоз прогестероннинг юқори концентратсияси туфайли юзага келади ва фақат ҳомиладор аёлларда пайдо бўлиши мумкин. Полипоид десидуоз билан сервик овал ва чўзилган аморф тузилиш ўсимталари пайдо бўлади, улар бачадон бўйни каналидан келиб чиқади, катта ўлчамларга этади ва аниқ қон томир тармоғига эга. Кўпинча бу ўсимталарни визуал равишда саратон ўсмаси деб хато қилиш мумкин. Десидуознинг ўсимтага ўхшаш шакли очик безлар атрофида кичик ҳалқали ролик билан

ифодаланади. Тавсифда десидуал хужайралар мавжудлигини кўрсатадиган ситологик текширувга эътибор бериш муҳимдир. Бу норманинг бир вариантыдир, даволанишни талаб қилмайди.

### **Атипик колпоскопик расм I даража (енгил ифодаланган лезён):**

Ясси, лойқа қирралари бўлган ингичка асетобел эпителияси.

Асетобел эпителияси-сирка кислотасининг 3-5% эритмаси билан ишлов берилгандан кейин тўқималарни оқартириш зоналари. Ушбу белгининг мавжудлиги фақат сирка кислотаси эритмаси билан ишлов берилгандан кейингина баҳоланади! Асетобел эпителияси (Абе) СИН белгиси бўлиши мумкин (оқ ранг қанчалик кучли бўлса, тўқималарнинг шикастланиш даражаси шунчалик юқори бўлади), ХПВ инфексияси, этилмаган метаплазия, регенератсия-тузатиш, туғма трансформатсия зонаси, яллиғланиш, аденокарсинома, бачадон бўйни скуамоз хужайрали карсиномаси. У трансформатсия зонасида ёки ташқарисида жойлашган бўлиши мумкин. Ҳар қандай Абе СИН эмас, лекин!!! ҳар қандай СИН Абе сифатида намоён бўлади.

Муҳим!!! Агар сирка кислотаси билан даволашдан олдин бачадон бўйни, қин ёки вулва тўқималарида оқ жой аниқланса, у лейкоплакия (колпоскопик атама) деб аталади. Асетобел эпителий атамаси билан адаштирмаслик керак – сирка кислотаси билан 3-5% эритма билан ишлов берилгандан кейин пайдо бўладиган оқ нуқта.

Нозик мозаика.

Колпоскопик расм: шиллиқ қаватнинг кўпбурчак ёки овал сегментларга бўлинган жойлари (кўплаб чуқурчалар ёки тимсоҳ терисидаги нақшга ўхшаш) қизил чизиқлар билан ажратилган. Қоида тариқасида, у мато юзасидан кўтарилмайди, сирка кислотаси билан ишлов берилгандан сўнг, нақш ва чегаралар янада сезиларли бўлади. Мосаиса одатда ёднегатив ҳисобланади.

Нозик тиниш белгилари.

Колпоскопик расм: атипик тўқималарнинг қон томирларининг намоён бўлиши, бу эпителийнинг оқиш ёки сарғиш жойлари фонида майда қизғиш нуқта, алоқа пайтида улар озгина қон кетиши мумкин, Шиллер тести салбий.

Муҳим!!! Сервитсит ва тиниш белгиларининг дифференсиал диагностикаси: Сервитситда Шиллер тести ижобий, тиниш белгиларида Шиллер тести салбий.

### **Атипик колпоскопик расм II даража (аниқ лезён):**

Аниқ контурли зич асетобел эпителияси.

Колпоскопик расм: атипиянинг юқори даражаси тез ва аниқ оқартириш, унинг узок муддатли сақланиши, экзосервиксининг турли қисмларида нотекис ранг бериш билан кўрсатилади.

Асетоасетик намунадан кейин тез оқартириш.

ОПЗХ атрофидаги асетобел зич жант.

Қўпол мозаика.

Колпоскопик расм: турли ўлчамдаги ва шакллар билан ифодаланади, аниқ жўяклар, чиқадиган ва қизғиш қизил, сирка кислотаси эритмаси билан ишлов берилгандан сўнг, элементларнинг намоён бўлишида кескин ўсиш бўлиши мумкин (бу намунадан кейин нозик мозаика деярли ўзгармайди).

Қаттиқ тиниш белгилари.

Колпоскопик расм: эпителиядаги бир нечта қизғиш нуқта (кўпинча Абе) 3-5% сирка кислотаси эритмаси билан ишлов берилгандан сўнг аниқ кўринадиган, катта, тартибсиз кўринишга эга.

Лезённинг ичида зичроқ асетобел қисмининг контурлари мавжуд.

Колпоскопик расм: лезёндаги лезён, лезён ичидаги чегара чизиғи, аниқроқ бузилишни унчалик аниқ бўлмаганидан ажратиб туради, оғир дисплазия билан ХПВ инфекцияси бўлган ёш аёлларда кам учрайди.

Туберозлик белгиси.

Гребня белгиси.

Колпоскопик расм: цилиндрсимон ва метапластик эпителияларнинг туташган жойида жойлашган тоғ ʻтизмаси ёки тоғ тизмасининг протрусион билан зич асетобел эпителиясининг мавжудлиги.

### **Ўзига хос бўлмаган белгилар билан атипик колпоскопик расмлар:**

Лейкоплакия (кератоз, гиперкератоз).

Колпоскопик расм: оқ рангли бляшка, силлиқ ёки бироз кўтарилган, контур географик, Лугол эритмаси билан ишлов берилганда бўялмайди. Кератоз ёки паракератоз (лейкоплакия) майдони остидаги тўқималарнинг сифатини визуал равишда баҳолаш мумкин эмас. Лейкоплакиянинг мавжудлиги истисно қилиш учун биопсия учун кўрсатма ҳисобланади СИН кератоз майдони остида.

Эрозия.

Колпоскопик расм: эпителия қопламасидан маҳрум бўлган ёрқин қизил майдон. Баъзида чекка бўйлаб тозаланган эпителийнинг қолган қисмини кўриш мумкин. Ташхис қўйиш қийин бўлса, 5% кумуш нитрат эритмаси билан даволаш ёрдам беради, ҳақиқий эрозия билан унинг юзаси оқ рангга эга бўлади. Шиллернинг намунаси салбий, чунки строма ёд билан бўялмаган. Ҳақиқий эрозия (ошқозон яраси) — бу яхши жараён. Аммо шуни эсда тутиш керакки, ошқозон яраси, айниқса, катта ёшдаги аёлларда малигнизатсия жараёни яшириши мумкин.

Лугол эритмаси билан бўяш( Шиллер намунаси): ёд ижобий, ёднегатив.

Йоднегатив зона (йнз) кератинланган эпителия, этук бўлмаган метаплазия, СИН ва бошқалар, гипоестрогенизм билан маҳаллий ХЕИ атрофияси жойларида пайдо бўлади.

### **Инвазияга шубҳа:**

Атипик томирлар.

Колпоскопик расм: тасодифий жойлаштирилган (дарахтга ўхшаш далланма йўқ), турли диаметрли ўлчагич, йўналишнинг кескин ўзгариши, нотекис интеркапилляр масофа, сирка кислотасининг 3-5% эритмаси билан ишлов берилгандан сўнг, томирларнинг диаметри ўзгармайди.

Қўшимча белгилар: мўрт ва " мўрт " томирлар; нотекис сирт; экзофитик лезён; некроз жойлари; ошқозон яраси; ўсма.

### **Бошқа колпоскопик расмлар(турли хил натижалар):**

Туғма трансформатсия зонаси.

Колпоскопик расм: аномал колпоскопик белгилар йўқ ёки бачадон бўйни очиқ бўлмаган патологияси, кўпинча вагинал тонозларга ўтади, юмшоқ Абе, нозик мозаика, стромада униб чиқадиган ва унда гликоген бўлмаган ингичка скуамоз эпителий бўлиши мумкин, бу эса ёднинг бу қисмини салбий қилади. Онанинг эстрогенлари интраутерин равишда эндосервикал эпителийнинг метаплазияси жараёнини бошлаши сабабли пайдо бўлади, визуал равишда туғма трансформатсия зонаси ва нормал ХЕИ ўртасидаги чегара кўпинча вагинал тонозларга ўтади. Гистологик жиҳатдан-стромал папиллаларнинг қалинлашиши, паракаратоз, акантоз. ХПВ инфексиясини, ситологик текширувни ва биопсияни истисно қилишни талаб қилади.

Кондиломалар.

Колпоскопик расм: асетобел эпителияси, лейкоплакия, тиниш белгилари, оқ ўсимталар ва мозаикалар, "марварид" юзаси бўлиши мумкин сирка кислотаси эритмаси билан ишлов берилгандан сўнг, ёд эритмасининг нотекис сингиши содир бўлади. Биопсия талаб қилади.

Илгари ўтказилган даволанишнинг оқибатлари.

Стеноз.

Туғма аномалиялар.

Яллиғланиш.

Колпоскопик расм: диффуз гиперемик шиллик қават юзасида атрофдаги тўқималардан бироз кўтарилган, ҳар хил ўлчамдаги, юмалоқ ёки тасвирлар шаклида шишган чегара бўлган жойлар аниқланади. Ушбу жойларда фокал кластерлар шаклида кўплаб майда қизил нуқта кўринади. Қизил нуқта-бу асосий тўқималарнинг кенгайган субэпителиал капиллярларининг ҳалқа ҳалқалари. Сирка кислотаси эритмаси билан ишлов берилгандан сўнг, эпителия юзаси бироз порлайди. Шиллер намунасини ўтказишда шиллик қаватнинг юзаси нотекис, ранг-баранг, ёд-манфий ва ёд-мусбат жойларнинг

характерли доғлари билан бўялган. Эндосервитсит билан гиперемия сервикал каналнинг ташқи очилиши атрофида ажралиб чиқади, у эрдан бир хил йирингли шилимшиқ оқади.

Полиплар.

Колпоскопик расм: агар полип фақат СЕ билан қопланган бўлса, унда одатда кластерли сирт мавжуд. Кўпинча полип силлиқ билан қопланган. Агар ПЕ пишмаган бўлса, унда расм ранг-баранг бўлиши ва ЗТ билан бирлаштирилиши мумкин.

Эндометриоз.

Колпоскопик расм: эндометриоз ўчоқлари кисталар ёки қон кетадиган чизиқли ва нуқта зоналари каби кўриниши мумкин. Ҳайз пайтида ва ундан кейин эндометриоид ўчоқлардан қоннинг чиқиши ҳал қилувчи аҳамиятга эга. Агар эндометриозга шубҳа қилинган бўлса, мақсадли биопсия ўтказилиши керак ва кейин гетеротопияларни ҳалокатли усуллар билан олиб ташлаш керак.

Колпоскопик хулоса вариантлари:

## **ОДДИЙ КОЛПОСКОПИК РАСМ**

Атипик 1-ДАРАЖАЛИ КОЛПОСКОПИК РАСМ

2-ДАРАЖАЛИ Атипик КОЛПОСКОПИК РАСМ

Атипик КОЛПОСКОПИК РАСМ, ЎЗИГА ХОС БЎЛМАГАН БЕЛГИЛАР

ИНВАЗИЯГА ШУБҲА

БОШҚА КОЛПОСКОПИК РАСМЛАР (ТУРЛИ ХИЛ НАТИЖАЛАР)

Хулоса қилиб айтганда, трансформатсия зонасининг тури кўрсатилиши керак: 1, 2 ёки 3.

## **ПАПИЛЛОМАВИРУС ИНФЕКТСИЯСИ. ПРЕКАНСЕРОЗ КАСАЛЛИКЛАР ВА БАЧАДОН БЎЙНИ САРАТОННИНГ БИРЛАМЧИ ВА ИККИЛАМЧИ ПРОФИЛАКТИКАСИ.**

Биринчи марта бачадон бўйни саратони пайдо бўлишида инсон папилломавирусининг этиологик роли ҳақидаги тахмин 1974 йилда пайдо бўлди., 1974). Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти ХПВ 16 ва 18 турлари кансероген омиллар эканлиги ҳақида биринчи марта 1996 йилда расман хабар берган.. XX асрнинг 60-йилларида вирус аниқланди. 1956 йилда "коилотситоз" атамаси аниқланди. 1976 йилда ХПВ шикастланишининг колпоскопик, ситологик ва морфологик белгилари тасвирланган. 1987 йилда бачадон бўйни саратони билан боғлиқ. 1992 йилда ХПВ ДНКси ажратилган ва аниқланган.

Папилломавирус паповавиридае оиласига тегишли. 150 дан ортиқ турлари маълум. Аногенитал минтақа 40 га яқин турга юқади, ХПВ 22 мамлакатда бачадон бўйни саратони билан касалланган беморларнинг 95 фоизида ажратилган: 16 тури-67-69%, 18 тури – 27%. ХПВ 16 тури 6 хил бўлиши мумкин: эвропа, Осиё, Африка, Шимолий Америка, Осиё-Америка. Россияда: 16 тури бачадон бўйни саратони билан касалланган беморларнинг 77 фоизида, 18 тури 14 фоизида аниқланган. Агар ХПВ бўлмаса, ББС хавфи йўқ. 98-100% бачадон бўйни саратони, 50% қин, вулва, 25% ҳолатларида ХПВ ДНК аниқлаш. Вирусли саратон оқсилларининг узоқ муддатли фаол ифодаси билан ХПВ доимийлиги эб, э7 ББС ривожланишининг зарурий шартидир. Жинсий дебютдан кейин ХПВ инфекцияси: 24 ойдан кейин аёлларнинг 40%, 36 ойдан кейин 60%.

### **ХПВ билан боғлиқ касалликларнинг таснифи.**

#### **1. ЯШИРИН ШАКЛ:**

асемптоматик вирус ташувчиси (ПВИ морфологик белгиларисиз молекуляр усуллар билан ХПВ ДНК аниқлаш).

2. Субклиник шакл (кўзга кўринмас, асемптоматик, фақат кенгайтирилган колпоскопия, ситологик ёки гистологик текширув орқали аниқланади):

ясси кондилома

кичик шакллар (битта коилотситлар билан турли хил ўзгаришлари)

криптларда локализатсия қилинган тескари кондилломалар

кондилломатоз сервитсит ва вагинит

3. Клиник шакл (қўз билан кўриш мумкин):

пиш шаклидаги кондилломалар

папулоид кондилломалар

4. СИН 1-2-3 ва бачадон бўйни саратони.

СИН I - коилотситоз, дискератоз билан ёки бўлмасдан энгил дисплазия.

СИН II - коилотситоз, дискератоз билан ўртача дисплазия.

СИН III - аниқ дисплазия ёки карсинома ин ситу коилотситоз билан, дискератоз.

микроинвазив скуамоз ва glandулар карсинома.

5. Бошқа локализатсиянинг интраэпителиал неоплазияси (ВИН, ВаИН, ВаИН) ва саратон.

ХПВнинг юқори онкоген турлари билан боғлиқ касалликлар. Бачадон бўйни саратони – 100%, анус саратони – 90%, қин ва вулва саратони – 40%, жинсий олатни саратони – 40%, орофарингеал саратон – 12%, оғиз саратони-3%.

### **ХПВ инфексияси учун хавф омиллари.**

Энг муҳим хавф омиллари: жинсий фаолиятнинг эрта бошланиши, бошқа жинсий йўл билан юқадиган юқумли касалликлар, жинсий аъзоларнинг сурункали яллиғланиш касалликлари, тўсиқ контрацептсиясидан доимий фойдаланиш, чекиш, анал жинсий алоқа, такрорий аборт, оғир ирсият. Камроқ даражада, ҳайз кўриш бузилишининг мавжудлиги, антибактериал дориларни қабул қилиш, текширилмаган жинсий шерик муҳим аҳамиятга эга.

### **ХПВ юқиш ва сезувчанлик механизмлари.**

Аксарият ҳолларда ХПВ инфексиясини юқтириш учун жинсий алоқа талаб қилинади: жинсий алоқа (генитал-генитал, қўлда-генитал, оғиз-



генитал). Бокира қизларда генитал ХПВ инфексияси камдан-кам учрайди ва жинсий алоқада бўлмаслик натижаси бўлиши мумкин. Презервативлардан тўғри фойдаланиш хавфни камайтириши мумкин, аммо инфексиядан тўлиқ химоя қилмайди. Жинсий бўлмаган ХПВ юқиш йўллари: онадан янги туғилган чақалоққа (вертикал узатиш), фомитлар (яъни., ички кийим, жарроҳлик кўлқоп, биопсия форсепслари) тахмин қилинган, аммо хужжатлаштирилмаган йўл камдан кам ҳолларда бўлиши мумкин. Юқтирилган одамларнинг аксарияти юқтирганлигини билишмайди ва билмасдан вирусни юқтиришлари мумкин.

ХПВ билан оғриган беморларда тўқималарни лазер билан вапоризатсия қилган, сўнгра шифокорларда ларингеал папилломатоз ва конъюнктиванинг ривожланиши билан касалланган шифокор билан инфексия ҳолатлари бир неча бор тасвирланган.

### **Инсон папилломавирусининг тузилиши.**

Кичик ўлчам, оилага тегишли Паповавиридае. Геном 7200 дан 8000 тагача жуфтликдан ташкил топган думалоқ икки занжирли ДНК билан ифодаланади. Термостабил, аста секин кўпаяди, фақат терига, жинсий аъзолар ва бошқа органларнинг шиллик пардаларига (оғиз бўшлиғи, кўзлар) таъсир қилади. Капсид ген маҳсулоти бўлган оқсилдан ҳосил бўлади ва 72 капсомердан иборат. Қонда ва асаб ганглионларида ХПВ аниқланмаган, у биопсияларда ёки эпителийдан қириб ташланган.

### **Патогенези ва инфексиянинг асосий босқичлари.**

Вирус шиллик қаватнинг сирт қатламларининг этук эпителиётситларига ёки базал қатламларнинг этилмаган хужайраларига киритилади. Микротравма инфексиясини тарқатиши сабабчиси булади. Геном мавжудлигининг шакллари: эпизомал (еркин) - нормал хужайрада жойлашган ва уни йўқ қилиш мумкин (кўпинча текис тўқималарида учрайди СИН I); ва хужайра геномига бирлаштирилган (аста секин э1, э2, э6, э7 оқсиллари туфайли хужайранинг кансероматозига олиб келади), кўп ҳолларда тўқималарда учрайди СИН III ва бачадон бўйни саратони.

ХПВ инфексиясининг клиник кечиши уч даврга бўлинади: яширин, субклиник, клиник (экзофитик ва неоплазия ривожланиши билан).

Яширин давр асемптоматик вирус ташувчиси билан тавсифланади. Вирус хужайрада оз сонли нусхаларда эпизомал ҳолатда бўлади. Вируснинг намоён бўлиши ҳеч қандай диагностика усуллари билан аниқланмайди: на колпоскопик, на ситологик, на гистологик.

Кейин вирусли ДНКда кодланган дастур амалга оширилади: вируснинг кўпайиши ва вирус учун зарур бўлган ДНК хужайраси томонидан синтезнинг кучайиши ва кейинчалик неоплазия. Ушбу босқич самарали ёки репликация деб аталади, айнан шу даврда коилотситлар (дистрофик хужайралари) аниқланади. Вируснинг репликация жараёни ва ундан келиб чиқадиган хужайраларнинг кейинги ўзгариши эпителийнинг дифференциацияси жараёни билан боғлиқ бўлиб, э6 ва э7 оқсилларининг экспрессионини ва эпителия пролиферациясини рағбатлантирадиган хужайра ўсиш омилининг чиқарилиши содир бўлади. Оқсилларнинг ўз синтези қилинади, шунинг учун скуамоз эпителийнинг этилиши ва дифференциацияси содир бўлмайди. Кейинги босқичда дисплазия пайдо бўлади, бу базал ва парабазал қатламларнинг эпителия хужайраларининг кўпайиши ва таркибий қайта тузилишига асосланади. Ушбу босқич клиник деб ҳисобланади ва преинвазив ҳолатдир.

ХПВ инфекциясидан кейин нормал ишлайдиган пролиферацияни назорат қилиш механизмлари (апоптоз) бўлган соғлом аёлларда дегенерация ва кейинчалик зарарланган хужайраларни рад этиш содир бўлади. Назорат механизмлари бузилган тақдирда (иммуносупрессия) инфекция субклиник, сўнгра клиник босқичга ўтади. Назорат механизмларини тиклашда жараённинг регрессияси канцерогенезнинг ҳар қандай босқичида содир бўлиши мумкин. ХПВни йўқ қилиш маҳаллий иммунитет реакцияси (Лангерханс хужайралари) туфайли 16-18 ой ичида содир бўлади, хужайра ва гуморал иммунитет инфекциядан 3-12 ой ўтгач пайдо бўлади, ХПВга қарши умумий иммунитет йўқ, чунки вирусемия йўқ.

Малигнизациядаги асосий воқеа вируснинг хужайра геномига кўшилиши бўлиб, у э2 генининг йўқ қилиниши билан бирга келади, натижада э6 ва э7 генларининг ҳаддан ташқари экспрессиони қайд этилади, бу эса эстрадиолни 16 алфа га айлантиришнинг метаболик механизмларини ишга туширишга олиб келади, инфекцияланган хужайрадаги хромосома ДНКнинг бир нечта шикастланиши қайта туғилиш жараёнини якунлайди.

**Папилломавирус инфекциясини ташхислаш усуллари:**

- клиник ва визуал усул;
- колпоскопия;
- "Квинтип" мустақил суртма техникаси;
- ПСР;
- ПАП тести (бачадон бўйни ситологик суртмаси);
- бачадон бўйни ёки бошқа органнинг мақсадли биопсиясини гистологик текшириш;

### **Папилломавирус инфексиясини даволаш усуллари:**

1. Экзофитик шаклланишлар ва атипик равишда ўзгарган эпителийнинг йўқ қилиниши;

2. кимёвий ҳалокат:

- Салкодерм-органик ва ноорганик кислоталарнинг аралашмаси. Спиртли ичимликлар билан ишлов берилгандан сўнг, аппликатор билан зарарланган ҳудудга қўлланилади. Шу билан бирга, 4-5 см гача бўлган майдон қайта ишланади, сессиялар орасидаги танаффус 1-4 ҳафта. Ҳомиладор аёлларда вулва ва перинеал ПВИ даволаш учун препаратни қўллаш мумкин.

- эпиген спрейи-глицеррихизис кислотасининг асосий фаол моддаси-антивирал, антипруритик, иммуномодулятсион, интерфероноген таъсирга эга. Даволаш 7 кун давомида кунига 6 марта сирт элементларини суғориш орқали амалга оширилади. Вагинада шилликларни локализатсия қилишда препаратни 5 кун давомида кунига 3 марта вагинал нозул ёрдамида қўллаш мумкин. Қолган элементлар физик ёки кимёвий йўқ қилиш усуллари билан олиб ташланади, шундан сўнг эпигеном билан эпителизатсияланадиган жойларни қайта ишлаш курси ўтказилади.

- Трихлороатсетик кислота-80-90% эритма. Препарат маҳаллий коагулятсион некротизи келтириб чиқаради. Ҳомиладор аёлларни тайинлаш мумкин. Даволаш курси 6 ҳафта: ҳафтасига битта дастур. Препарат фақат ўзгартирилган юзага қўлланилади, соғлом тўқималарга тушмаслик учун. Даволашнинг самарадорлиги 70% ни ташкил қилади, агар тавсия этилган даволаш курсидан кейин ижобий динамика бўлмаса,

иммунокорригаторлар ва антивирусал препаратларни тизимли буюриш билан жисмоний ҳалокатли даволаш усуллари кўрсатилади.

## 2. ситотоксик дорилар:

- Подофиллин-10-25% - эритма. Подофиллинотоксин 0,5% эритма ёки жел ситотоксик таъсирга эга. Эритма патологик ўзгарган жойга қўлланилади, 4-6 соатдан кейин 3-6 кунлик интервал билан ювилади. Даволаш курси-5 ҳафта;
- Кондиллин-подофилотоксиннинг аналоги бўлган 0,5% эритма аппликатор ёрдамида зарарланган жойларга қўлланилади, соғлом терига тегмаслик керак. Кунига 2 марта, даволаш курси-3 кун;
- Ферезол-60% фенол ва 40% трикеразол аралашмаси. Даволаш клиник таъсирга қадар ҳар 10 кунда бир марта амалга оширилади;
- 5-фторурасилл-5% крем. Даволаш учун ситотоксик дори. Кечаси кунига 1 марта 10 кун давомида қўлланг.

Ситотоксик, антимицетик таъсир механизми бўлган дорилар перианал, ректал, уретрал, вагинал ва сервикал яллиғланиш даволаш учун ишлатилмайди. Мумкин бўлган салбий реаксиялар: қушиш, кўнгил айнаш, йиғлаётган дерматит. Препаратни 10 см<sup>2</sup> дан ортиқ майдонга қўллаш тавсия этилмайди. Препаратлар ҳомиладор аёллар ва болалар учун тавсия этилмайди.

## 3. иммунокорригаторлар (Иммуномодуляторлар, интерферонлар, интерферон индукторлари). Даволаш схемалари:

- инозин пранобех 1000 мг (2 таблетка) 14-28 кун давомида кунига 3 марта ёки 10 кунлик интервал билан 10 кунлик 3 курс;
- интерферон, таурин ва анестезин (Генферон) вагинал супозитивлари 500 минг ёки 1 миллион кунига 2 марта 10 кун давомида, сўнгра ҳар куни кунига 1 марта, 3 ой давомида қўлланилади;
- виферон (интерферон антиоксидантлар билан биргаликда) ректал шамчалар 500 минг кунига 2 марта 5-10 кун давомида;
- аллокин-алфа (олигопептид аллоферон) ҳар куни олтига тери ости инъекцияси (1 ампула 1 мг модда);

- тилорон (интерферон индуктори) биринчи 2 кун давомида овқатдан сўнг ичкарига 1 таблетка (125 мг), сўнгра ҳар куни 1 таблетка, 20 таблетка курси;

- баъзи бошқа дорилар.

4. фотодинамик терапия;

5. инсон папилломавируси (ХПВ) билан касалланган ва ўзгартирилган хужайралар апоптозини рағбатлантирувчи воситалар, шунингдек г-интерферон ретсепторлари экспрессион стимулятори: диндолилметан, қўллаш усули: интравагинал равишда кунига 2 марта 100 мг, даволаниш муддати 3-6 ой.

6. профилактик ва терапевтик эмлаш;

7. нонспесифик воситалар (антиоксидантлар, хусусан, э ва С витаминлари).

8. ХПВ инфексиясини даволашнинг физиожаҳоҳлик усуллари: эксизия ва йўқ қилиш:

- радиохирургия;

- аргоноплазмик абласён;

- лазер;

- радио;

- скалпел;

- диатермоелектрокоагулятсия;

- криёдеструктсия.

### **Прекансероз касалликлар ва бачадон бўйни саратонининг олдини олиш.**

Бачадон бўйни саратонининг олдини олиш бирламчи ва иккиламчи бўлинади. Бирламчи профилактика: 9-13 ёшдаги ва жинсий фаолият бошланишидан олдин қизларга қаратилган инсон папилломавирусига қарши эмлаш. Иккиламчи профилактика: аниқланган бачадон бўйни прекансерозини даволаш билан скрининг мавжудлиги.

ХПВга қарши эмлаш профилактикасининг асосий тамойиллари, кўрсатмалар, контендикатсиялар Асосан 2 та ваксина рўйхатга олинган: инсон папилломавирусига қарши эмлаш рекомбинант, адсорбцияланган, АС04 аджувантини ўз ичига олган (16 ва 18 турдаги) ва инсон папилломавирусига қарши эмлаш квадريفалент, рекомбинант (6, 11, 16, 18 турдаги).

ЖССТ эмлаш схемалари (2014):

15 ёшгача бўлган қизлар учун (оптимал равишда – жинсий фаолият бошланишидан олдин 9-13 ёшда): 6 ойлик интервал билан икки марта эмлаш (интервал 12-15 ойгача узайтирилиши мумкин). Агар 1 ва 2 дозалар орасидаги интервал 5 ойдан кам бўлса, эмлаш бошланганидан кейин 6 ойдан кечиктирмай 3 дозали ваксинани юбориш тавсия этилади. 15 ёшдан ошган қизлар учун: 0, 1-2, 6 ойлик схема бўйича уч марта эмлаш тавсия этилади. Эмлаш учун контендикатсиялар бу эмлаш таркибий қисмларига юқори сезувчанлик, оғир тизимли аллергик реактсиялар ёки эмлашдан кейинги реактсиялар ривожланиши ПВИга қарши ваксинани олдинги киритишда асоратлар. Ўткир юқумли ва юқумли бўлмаган касалликлар, шунингдек сурункали касалликларнинг кучайиши вақтинчалик контендикатсиялардир, эмлаш тикланишдан 1-2 ҳафта ўтгач ёки реконвалесанс ёки ремиссия даврида амалга оширилади. Тўрт ва тўққиз валентли ваксиналарнинг контрендикатсияси хамиртурушга ўхшаш кўзиқоринларга юқори сезувчанликдир. Икки валентли ваксина латекс компонентиға анафилактик реактсияси бўлган одамлар учун контрендикедир. Нафас олиш, ичак ва бошқа инфектсияларнинг энгил шаклларида эмлашлар куйидаги ҳолларда амалга оширилиши мумкин ҳароратни нормаллаштириш. Бир қатор эмлашлар бошланганидан кейин ҳомиладорлик содир бўлганда, қолган дозани юбориш ҳомиладорлик тугагуниға қадар кечиктирилиши керак. Туғруқдан кейинги даврда тўлиқ эмлаш курсини давом эттиришнинг ҳожати йўқ. Бироқ, эмлашдан олдин ҳомиладорлик тестини ўтказиш шарт эмас. Кўкрак сути билан боқиш ХПВга қарши тўрт валентли эмлаш учун мутлақ контрендикатсия эмас. Аммо, ХПВ ваксиналарининг профилактик хусусиятини ва лактатсия даврида ХПВ WPC нинг бирламчи инфектсияси эҳтимолини ҳисобға олган ҳолда, эмлашдан бош тортиш керак, чунки чақалоққа зарар этказиш хавфи тахмин қилинган фойдадан ошиб кетади. Ўсмир қизлар эмлашдан олдин махсус гинекологик текширувға муҳтож эмаслар. Эмлашдан олдин ХПВ тестини ўтказиш тавсия этилмайди. ХПВга қарши эмлашнинг туғилишға таъсири, отоиммун касалликларнинг ривожланиши ёки ўлим билан боғлиқлиги аниқланмаган –

бу асоратларнинг пайдо бўлиш частотаси умумий популятсиядан фарк қилмади. Аёлларга эмлаш мунтазам гинекологик текширувларни ўтказиш зарурлигини бекор қилмаслиги ҳақида хабар бериш керак иккинчи даражали профилактика, чунки эмлаш ҳар хил ХПВ турларидан келиб чиқадиган барча касалликлардан ҳимоя қилмайди. Эмлашдан кейин кузатув тартиби: эмлаш иммунопрофилактика марказларида, поликлиникалар ва тиббиёт муассасаларининг эмлаш хоналарида, шу жумладан болалар хоналарида амалга оширилади. Эмлашдан сўнг, қизлар ва аёллар, шунингдек, амалдаги буйруқларга мувофиқ, ситологик текширув ва ХПВ тестини ўз ичига олган стандарт бачадон бўйни текширувидан ўтадилар. Икки валентли ваксина учун 9,4 йил ва тўрт валентли ваксина учун 8 йилдан ортиқ самарали ҳимоя маълумотлари эълон қилинди. Ҳозирги вақтда кучайтиргични ўтказиш бўйича тавсиялар мавжуд эмас.

## **2.3.ЭЛЕКТРОЖАРРОҲЛИК- УСУЛНИНГ ТАМОЙИЛЛАРИ ВА АСОСЛАРИ.**

### **1. Электрожарроҳликнинг физик асослари**

Электрожарроҳлик муолажалари юқори частотали электр токини кесиш, қон кетишини тўхтатиш ва патологик шаклланишларни девитализатсия қилиш учун ишлатишга асосланган. Тиббий маънода юқори частотали электр токи-бу 300 кҲз дан 10 МГцгача бўлган частотага эга бўлган синусоидал ёки бошқа мураккаб шаклдаги ўзгарувчан ток. 300 кҲз дан паст частоталар ишлатилмайди, чунки бундай частотали оқим нерв-мушак стимулятсиясини келтириб чиқариши мумкин.

Электрожарроҳлик юқори частотали электр токининг таъсири остида биологик тўқималарни маҳаллий иситиш таъсирига асосланган.

Тез қиздирилганда ҳужайра суюқлиги тезда қайнатилади ва ҳосил бўлган буғлар тўқималарни йиртиб ташлайди-бу содир бўлади кесиш. Секин иситиш билан суюқлик аста-секин қизийди, тўқималардан буғланади, оксил киврилар, майда қон томирлари тикилиб қолади – гемостаз. Муайян шаклдаги юқори частотали электр токидан фойдаланиш матоларда турли хил таъсирларга эришишга имкон беради: кесиш, коагулятсия билан кесиш, тез ва силлиқ алоқа ва контактсиз коагулятсия ва бошқалар.



Шуни таъкидлаш керакки, юқори частотали кесиш таъсирига асбобни иситиш натижасида эмас, балки биологик тўқималарни иситиш орқали эришилади.

Электржарроҳликнинг иккита усули мавжуд – монополяр ва биполяр.

### Монополяр усул

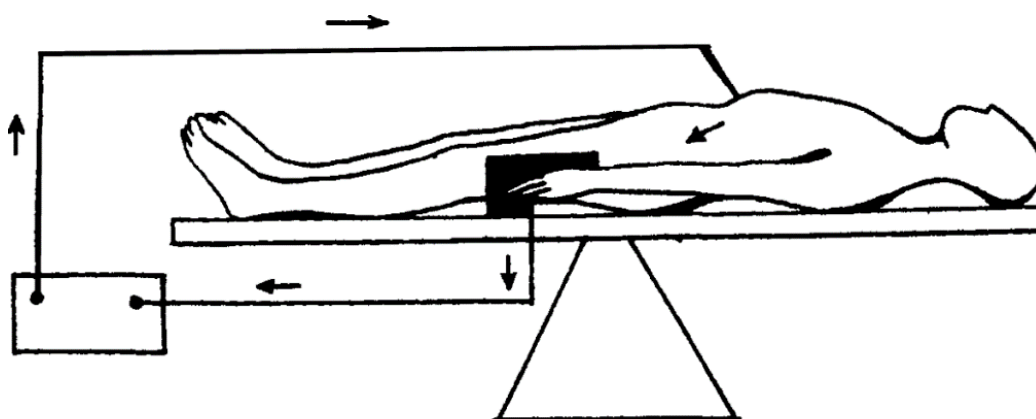
#### монополяр кесиш

Монополяр режимлардан фойдаланганда, электржарроҳлик аппарати томонидан ишлаб чиқарилган юқори частотали электр токи жарроҳнинг кўлидаги фаол электроддан беморнинг танаси орқали кўшни бўлган катта майдоннинг нейтрал электродига ўтади **унинг бутун юзаси** беморнинг танасига (расм.6).

Фаол электрод

Нейтрал электрод

РФ генератори



Расм. 6. Монополяр электржарроҳлик таъсири

Кесиш фаол электрод воситаси ҳар доим нисбатан кичик майдонга эга бўлган иш юзасига эга. Шунинг учун, беморнинг танаси билан алоқа қиладиган жойда, электр токининг зичлиги юқори ва у тўқималардан ўтиб, уларнинг



исишига олиб келади. Юқори оқим кучи билан ҳужайра суяқлигининг тез исиши содир бўлади, у тезда қайнатилади ва пайдо бўлган буғлар тўқима ҳужайраларини йиртиб ташлайди –кесиш.

Агар кесиш пайтида генератор асбобдан учқунни автоматик равишда болса (мос келадиган генератор режими танланган), у ҳолда электродга улашган тўқималарнинг минимал исиши ва шунинг учун минимал латерал коагулятсия билан кесишга эришилади (2-расм). 7, а). Турли ишлаб чиқарувчилар орасида минимал латерал коагулятсия билан кесиш режимлари "кесиш" деб номланиши мумкин ёки "тоза кесиш" ("пуре сут»).

Агар кесиш пайтида генератор асбобдан учқунни қўллаб қувватласа, у ҳолда қўшни тўқималарнинг исиши ва аниқ латерал коагулятсия билан кесишга эришилади (2-расм). 7, б ва С). Ён коагулятсион кесиш режимлари "аралаш" ("бленд"), "КОАГУЛЯТСИЯ БИЛАН КЕСИШ" ("сут анд биланоаг") ва бошқалар.



Расм. 7. коагулятсиянинг ҳар хил қалинлиги билан монополяр кесиш режимларида тўқималарни ажратиш: а-тоза кесиш (кесиш), б-коагулятсия билан кесиш( аралаш), С-интенсив қўшма коагулятсия билан кесиш (аралаш 1)

Электржарроҳлик аппаратининг ҳар қандай танланган режимда латерал коагулятсиянинг қалинлигини кесиш асбобининг ҳаракат тезлигини

камайтириш орқали ошириш мумкин (жарроҳ кесилганда асбобни тўқима орқали ўтказиш тезлиги).

Шуни таъкидлаш керакки, электрожарроҳлик кесмаси механик куч талаб қилмайди, фаоллаштирилган асбоб уларга энгил тегса, тўқималар ажратилади. Агар мато қийинчилик билан узилиб қолса, электрод тикилиб қолади ва матоларга ёпишади – бу танланган восита ва ажратилган мато учун қувват этарли эмаслигини англатади.

Кесиш электрожарроҳлик асбоблари ечилаётган вазифага қараб ҳар хил шаклларда бўлиши мумкин: пичоқлар, игналар, илгаклар, илмоқлар, "елканлар" ва бошқалар, лекин улар ҳар доим нейтрал электрод майдонига нисбатан мато билан кичик алоқа майдонига эга бўлиши керак. Қурилмага ўрнатилган "тоза кесиш" режимида қоида ишлайди: асбоб қанчалик нозик бўлса ва унинг тўқима орқали ҳаракатланиш тезлиги қанчалик тез бўлса, тўқималарнинг термал шикастланиши шунчалик кам бўлади ва электрожарроҳлик кесмаси ўткир скалпел кесмасига ўхшайди. Бу, масалан, биопсия олишда ва косметик кесмаларда муҳим аҳамиятга эга.

### **Монополяр алоқа коагулятсияси**

Монополяр контактли коагулятсия гемостазга эришиш ва патологик тўқималарни девитализатсия қилиш учун жарроҳликда қўлланилади. Юқори частотали оқимнинг оқим даври монополяр кесиш режими учун юқорида тавсифланганларга ўхшайди.

Контакт монополяр коагулятсия учун фаол электрод воситаси (масалан, электрод тўпи) кесиш асбобига (масалан, электрод игнаси) қараганда анча катта майдонга эга. Фаол электрод ва беморнинг танаси алоқа қиладиган жойда электр контактининг майдони кичик, оқим юқори зичликка эга ва шунинг учун электродга улашган тўқималарни иситади. Бироқ, чиқиб кетиш воситаси билан таққослаганда, коагулятсион электроднинг сирт майдони туфайли хужайра ичидаги ва хужайралараро суюқликнинг тез, портловчи қайнаши содир бўлмайди. Ушбу электрод билан коагулятсия қилиш учун этарли қувват билан ("коагулятсия" аппарати ишлаш режимида), хужайра суюқлигининг нисбатан секин исиши, унинг тўқимадан буғланиши, оқсил катланами, майда қон томирлари тикилиб қолади – гемостаз ёки тўқималарнинг юзаки девитализатсиясига эришилади (2-расм). 8).



Расм. 8. Монополяр алоқа когулятсияси

Шуни ёдда тутиш керакки, тўқималарнинг когулятсияси бир зумда содир бўлмайди. Генераторда тўғри ўрнатилган (танланган электрод ва режим учун ишлаб чиқарувчи томонидан тавсия этилган) қувват билан тўлиқ эришиш вақти 1-5 сония бўлиши мумкин.

Қувватни ошириш орқали контакт когулятсиясини тезлаштиришга ҳаракат қилганда, электродга улашган тўқималар тезда қурийдди, уларнинг карбонатланиш жараёни бошланади. Олинган қорақўтир тўқималарнинг чуқур қатламларини электр токидан ажратиб туради ва тўқималарга чуқур кирмайди. Когулянтнинг қалинлиги қон кетишини ишончли тўхтатиш учун этарли эмас ва у қайта тикланиши мумкин. Бундай ҳолда, мато электродга ёпишиши мумкин, бу эса асбоб тўқималардан узоқлашганда когулянтнинг ажралишига олиб келади.

Танланган восита ва режим учун ишлаб чиқарувчи томонидан тавсия этилган оптимал когулятсион қувватни ўрнатиш керак ва асбобнинг матога таъсир қилиш вақтини камайтиришга интильмаслик керак.

### **Монополяр контактсиз когулятсия**

Контактсиз монополяр когулятсия капилляр қон кетишида тез гемостазга ва юзаки патологик жараёнларда тўқималарнинг абласёнига эришиш учун ишлатилади. Унинг контактли монополяр когулятсиядан асосий афзалликлари тўқималарнинг фаол электродга ёпишмаслиги ва тўқималарнинг микробил ифлосланишини истисно қилишдир. Шу билан бирга, контактсиз монополяр когулятсия учун самарали таъсир фақат сирт (2-3 мм) тўқима қатламига эришилади.

Юқори частотали оқимнинг оқим даври юқорида тавсифланган монополяр кесиш режимларига ўхшайди.

Контактсиз монополяр коагулятсия режимларида юқори частотали оқим фаол электроддан тушириш учқуни, беморнинг танаси орқали ўтади ва нейтрал электродга тарқалади. Чиқариш учқуни беморнинг танаси билан алоқа қиладиган жойда тўқималарнинг контактсиз монополяр коагулятсияси содир бўлади (2-расм). 9).



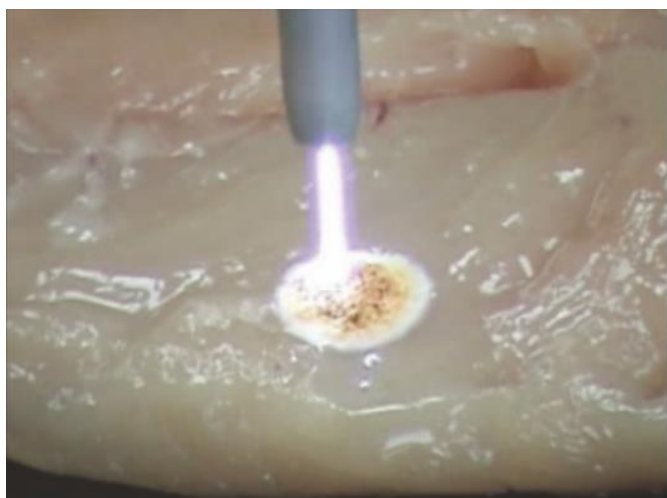
Расм. 9. Контактсиз монополяр коагулятсия (учқун коагулятсияси)

Юқори частотали оқимнинг махсус танланган параметрлари туфайли, қурилманинг танланган иш режимига қараб, коагулятсия мажбурий (тезрок ва чуқуррок) ёки сирт бўлиши мумкин, таъсир қилиш вақти ошганда чуқурликнинг силлиқ ўсиши билан. Контактсиз коагулятсия режимлари номида умумий қабул қилинган терминология мавжуд эмас, турли ишлаб чиқарувчиларнинг қурилмаларидан фойдаланганда сиз ходимлар учун кўрсатмаларда келтирилган режимларнинг тавсифи билан танишишингиз керак. Қоида тариқасида, мажбурий ва чуқур контактсиз коагулятсия "ФУЛГУР", юзаки контактсиз коагулятсия "бузадиган амаллар" деб номланади.

Контактсиз коагулятсия учун кесиш учун электродлар (пичоқлар, игналар, илгаклар, илмоқлар) ва алоқа коагулятсияси учун электродлар (тўплар, "тугмалар") ишлатилиши мумкин.

### **Аргоноплазма коагулятсияси**

Аргоноплазмалик (аргон) коагулятсия бу контактсиз монополяр коагулятсиянинг бир тури. Ушбу усул ёрдамида фаол электрод, фаоллаштирилган электрожарроҳлик аппарати билан, инерт, осон ионланадиган газ – аргон билан пуфланади. Фаол электрод тўқималарга яқинлашганда, аргон муҳитида йўналтирилган оқинди пайдо бўлади, аргон плазмасининг массаси ҳосил бўлади (2-расм). 10). Юқори частотали оқим фаол электроддан аргон плазма массаси орқали, беморнинг танаси орқали ўтади ва нейтрал электродга тарқалади. Беморнинг танаси аргон плазмасига машъал билан тегиб турган жойда тўқималарнинг контактсиз монополяр коагулятсияси содир бўлади.



Расм. 10. Аргоноплазмик коагулятсия

Контактсиз аргоноплазмик коагулятсиядан фойдаланиш куйидаги афзалликларга эга:

- инерт газ аргон кислородни коагулятсион зонадан чиқариб юборади, тўқималарнинг чаррланишига (карбонланишига) тўсқинлик қилади, чуқур исиниш содир бўлади, бунинг натижасида оператсиядан кейинги даврда репаратив жараёнлар тўқималарни рад қилмасдан тезроқ содир бўлади;
- контактсиз таъсир қилиш микробларнинг ифлосланишини ва электроднинг ёпишишини йўқ қилади, бу эса электродни тўқимадан узоклаштирганда коагулятсион қорақўтирнинг ажралишини олдини олади;
- кенг суртмада капилляр қон кетишида тез ва самарали гемостазга эришилади;
- патологик тўқималарнинг юзаки (3 мм гача) аблатсияси, ингичка деворли ичи бўш органларнинг тешилиши ва базал қатламга қўпол

шикастланиш хавфсиз мумкин, бу оддий монополяр коагулятсия хақида содир бўлиши мумкин;

- ионланган аргоннинг плазма оқими даволанган тўқималарга бактериостатик, бактеритсид ва аналгезик таъсир кўрсатади.

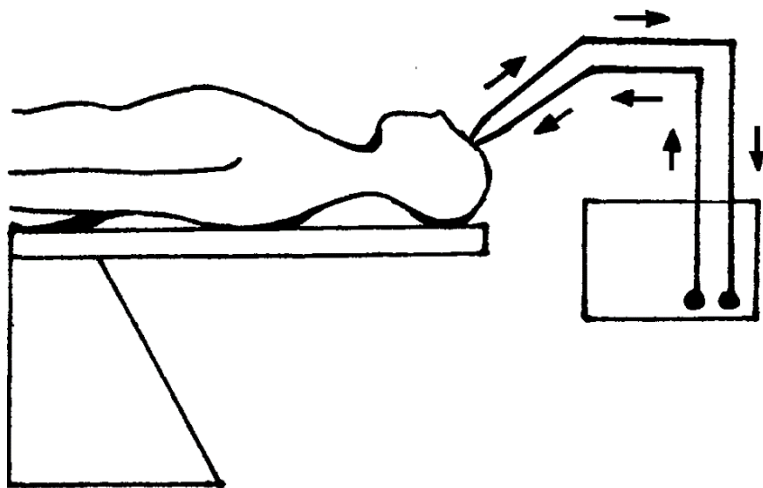
Аргон плазма машъаласи орқали ўтадиган юқори частотали оқимнинг махсус танланган параметрлари туфайли коагулятсия мажбурий (тез ва чуқур) ёки юзаки бўлиши мумкин, коагулятсия чуқурлиги (3 мм гача) силлик ошади. Аргоноплазмик коагулятсия режимлари номида умумий қабул қилинган терминология мавжуд эмас, турли ишлаб чиқарувчиларнинг қурилмаларидан фойдаланганда сиз ходимлар учун кўрсатмаларда келтирилган режимларнинг тавсифи билан танишишингиз керак.

Аргоноплазмик коагулятсияни амалга ошириш учун аргонни этказиб бериш модули билан жиҳозланган электрожарроҳлик аппаратлари ёки электродга аргонни этказиб беришни таъминлайдиган электрожарроҳлик аппаратларига махсус аргон блоклари – префикслари қўлланилади.

## Биполяр усул

### Биполяр кесиш

Биполяр режимларда юқори частотали оқим битта фаол биполяр асбобнинг иккита кутблари (шоҳлари) ўртасида улар орасидаги тўқима бўлаги орқали оқади (2-расм). 11). Нейтрал электроднинг мавжудлиги талаб қилинмайди.



## Расм. 11. Биполяр электрожарроҳлик таъсири

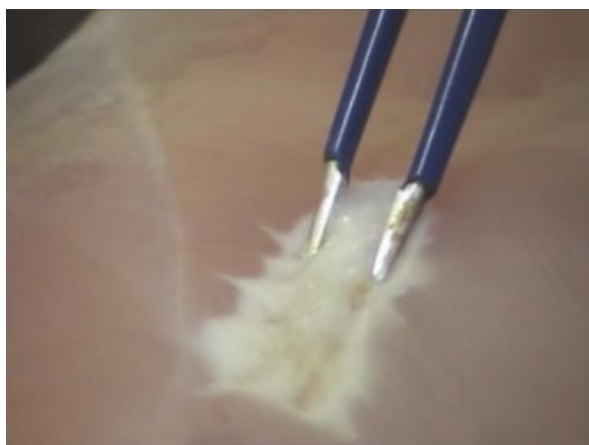
Биполяр режимда тўқималарни ажратиш механизми монополяр таъсир пайтида содир бўладиган жараёнларга ўхшайди – электр токининг юқори зичлиги билан ҳужайра ичидаги ва ҳужайралараро суюқлик тезда қайнатилади ва ҳужайраларни йиртиб ташлайди - тўқима кесилади (2 - расм).12).



Расм. 12 биполяр кесиш

### **Биполяр коагулятсия**

Биполяр коагулятсияда, худди биполяр кесишда бўлгани каби, юқори частотали электр токи биполяр асбобнинг бир шохидан иккинчисига улар орасидаги тўқима бўлаги орқали оқади. Электрожарроҳлик аппарати тўқималарни нисбатан секин иситишга ва коагулятсион таъсирга эришишга имкон берадиган махсус шаклдаги оқим ҳосил қилади (2-расм). 13). Биполяр коагулятсиянинг афзаллиги катта томирлардан қон кетганда (1,5-3 мм гача) гемостазга эришиш имкониятидир.





### Расм. 13. Биполяр коагулятсия

Бу ерда, шунингдек, монополяр коагулятсияда бўлгани каби, буни ёдда тутиш керак **тўқималарни иситиш жараёни бир зумда содир бўлмайди.** Қурилманинг тўғри ишлаш режими ва тавсия этилган қувват билан битта биполяр коагулятсия вақти 1-2 сония бўлиши мумкин.

Қувватни ошириш орқали биполяр коагулятсияни тезлаштиришга ҳаракат қилганда, улашган сирт тўқималари тезда қурийдими ва чуқур қатламларни электр токидан ажратиб туради. Коагулянтнинг қалинлиги қон кетишини ишончли тўхтатиш учун этарли эмас.

Биполяр коагулятсия учун нейтрал электрод керак эмас. Биполяр усулларнинг афзаллиги беморга электр юкини минималлаштириш ва нотўғри ишлатилганда нейтрал электроддан куйиш эҳтимолини йўқ қилишдир.

### **Бемор ва шифокор хавфсизлигини таъминлаш учун умумий талаблар**

Электржарроҳлик аппаратларидан фойдаланганда тўқималарни ажратиш электроднинг матога механик таъсири натижасида эмас, балки тўқимадаги юқори частотали электр токининг таъсири туфайли содир бўлади. Шунинг учун, матони ажратиш режимларидан фойдаланганда (масалан, "кесиш", "аралаш" ёки "аралаш 1") симли электродларга механик куч ишлатиш тавсия этилмайди, чунки улар деформатсияланиши ва тезда ишламай қолиши мумкин. Электроднинг ҳаракати энгил ва силлиқ бўлиши керак, электрод ушлагичи (тутқич) ёзма қалам каби ушлаб турилиши керак. Тавсия этилган қувватларда тўғри режимларда ишлаганда, тўқималарни ажратиш тез ва самарали бўлади.

Тўқималарни самарали ажратиш учун фақат фаол электроднинг учидан фойдаланиш тавсия этилади.

Жарроҳлик пайтида фаол электродларни вақти-вақти билан шўр сув билан намланган дока ёрдамида тўқима ва қондан тозалаш тавсия этилади. Электрод юзасида тўқима қолдиқлари электроднинг тўқималарга ёпишишига ва кесиш самарадорлигининг пасайишига олиб келиши мумкин.

Махсус ёпишқоқ бўлмаган монополяр ва биполяр электродлардан фойдаланиш тавсия этилади "СЛЕАНТипс", юқори сифатли коагулятсияни таъминлаш ва электржарроҳлик аппаратининг тўғри танланган режимида оператсия пайтида тўқималарнинг ёпишишини истисно қилиш.



## **ишлаш тақиқланган :**

- бошқарув блокининг қопқоқлари олиб ташланган ҳолда;
- бошқарув блоки ва тармоқ кабелининг корпусига механик шикастланиш билан;
- корпуслар ва педал кабеллари механик шикастланганда;
- корпусга ёки кабелга зарар этказадиган электрожарроҳлик асбоблари эгалари томонидан;
  - шикастланган изолятсияга эга электрожарроҳлик асбоблари.

**АПРЕЛ** бошқарув блокига суюқлик солинган идишларни ўрнатинг ва уни суюқлик оқадиган шланглар ёнига қўйинг, чунки суюқликнинг тўкилиши ва унинг блокга кириб бориши мумкин (1-расм). 14).

**Тақиқланган** бошқарув блокани дезинфектсиялашда уни эритма билан идишга жойлаштиринг. Бу эритманинг блокга киришига ва электр элементларининг шикастланиши билан қисқа туташувга олиб келиши мумкин.

**ТАВСИЯ ЭТИЛМАЙДИ** генераторнинг тармоқ вилкасини эрга уланмаган розеткага уланг ва электрожарроҳлик аппаратини тармоққа улаш учун тармоқ вилкасидаги узатма кабеллари ва адаптер қурилмаларидан фойдаланинг.

**Тақиқланган** уй қурилиши ва сертификатланмаган электродлар ва аксессуарлардан фойдаланинг.

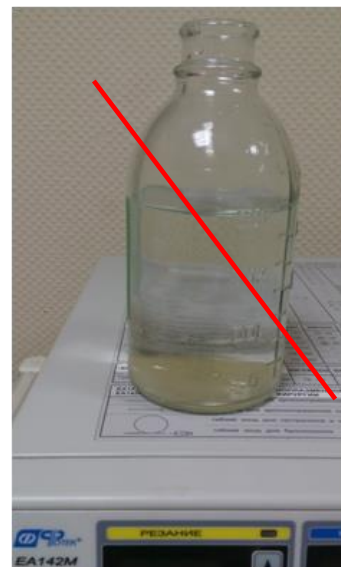
**Тақиқланган** таъмирлаш ишларини бажариш учун ишлаб чиқарувчидан рухсати бўлмаган таъмирлаш ташкилотида таъмирланган қурилмадан фойдаланинг.

**Эҳтиёт бўлинг!** Электрожарроҳлик диссектсияси ва тўқималарнинг коагулятсияси пайтида тутун ҳосил бўлади, бу нафақат оператсия майдонининг визуализатсиясини ёмонлаштиради, балки бемор ва ходимлар учун ҳам зарарли бўлиши мумкин. Тутунни махсус филтрлар билан жиҳозланган тизими ёрдамида жарроҳлик тутун аспиратори билан олиб ташлаш тавсия этилади.

## Беморнинг хавфсизлигини таъминлаш

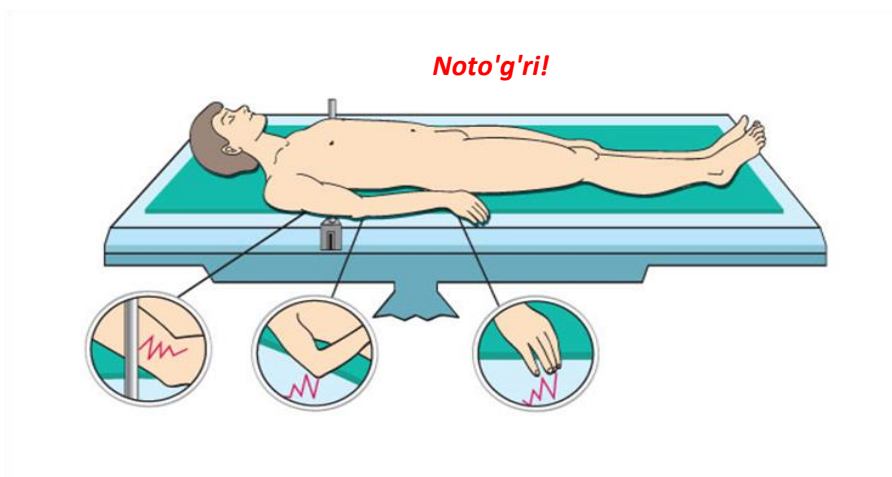
### Беморнинг оператсия столидаги жойлашуви

Куйишнинг олдини олиш учун куйидагиларни истисно қилиш керак **нуқта** беморга гинекологик стулнинг металл қисмларига, оператсия столига, таянчларга ва бошқаларга тегиш. 15 ва 16), шунингдек ҳар қандай электр ўтказувчан нарсалар.



Rasm 14

Оператсион стол қўшимча равишда изолятсион гиламча (каучук гиламча ёки ярмига катланмиш мойли чойшаб) ёки махсус антистатик қоплама билан қопланиши керак.



Расм. 15. Ткўзойнак беморга металл қисмларга тегиш оператсион стол



Расм. 16. Ткўзойнак беморга металл қисмларга тегиш

гинекологик кафедра

Оператсиядан олдин беморнинг танасидан барча металл буюмларни олиб ташлаш керак: узуклар, билагузуклар, занжирлар, сирғалар, "пирсинг" буюмлари ва бошқалар.

Нейтрал электрод ва электрожарроҳлик асбобларининг кабеллари беморнинг танасининг очиқ жойларига тегмаслиги учун жойлаштирилиши керак, чунки юқори частотали (радио тўлқинли) оқим, ҳатто бузилмаган изолятсия орқали ҳам тўқималарнинг куйишига олиб келиши мумкин. Электрод кабеллари ва туткичлари намланган бўлса, куйиш хавфи ортади.

### **Нейтрал электрод қопламаси**

Нейтрал электрод беморнинг танаси билан алоқа қилиши керак **бутун сирт** (расм. 17).

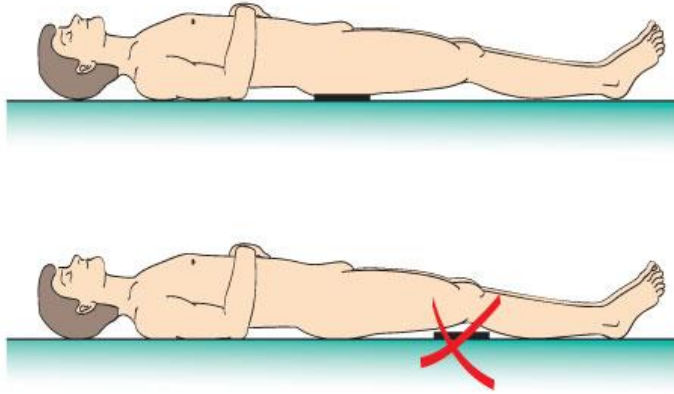
Беморнинг танаси билан нейтрал электроднинг йўқлиги ёки этарли даражада алоқа қилмаслиги тананинг эркин туташган ёки металл буюмлар ёки нам чойшабларга тегиб турган жойларини куйишига олиб келиши мумкин.

*Тўғри!*

*Нотўғри!*

ва

б



Расм. 17. Нейтрал электрод қопламаси:

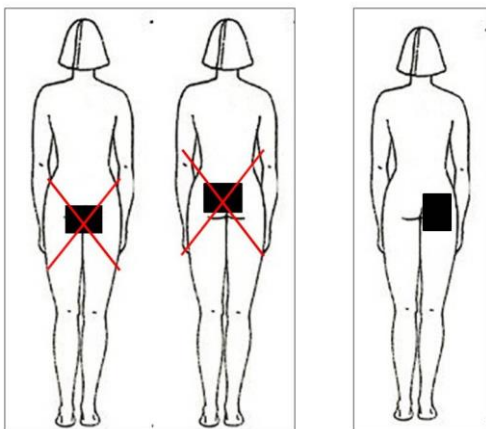
а-тўғри, б-нотўғри

Не қўлланиладиган жойнинг териси яхши тургор ва қон таъминоти, аниқ мушак қатламига эга бўлиши керак.

Не тўғридан-тўғри тоза, қуруқ терига қўлланилиши керак, шунинг учун не қўллашдан олдин терининг танланган жойини тараш, тозалаш (масалан, тери кремидан) ва қуришти керак.

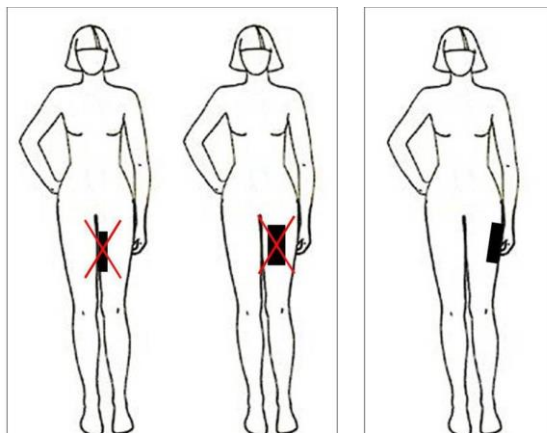
**Афзал не қоплама жойлари:**

**1. Думба.** Не қатъий равишда битта думба устига қўлланилиши керак (1-расм).18). Акс ҳолда, бутун не юзасининг беморнинг танаси билан қаттиқ алоқаси таъминланмайди, бу эса электр энергиясининг не юзасида нотекис тақсимланишига олиб келади ва куйиш эҳтимолини оширади.



Расм. 18. Думба устига не қўйиш

**2. Кестириб.** Не соннинг антероаккуляр юзасига қўлланилиши керак (1-расм).19) - феморал артериядан узоқда.



Расм. 19. Кестириб, не қўйиш

**Тақиқланган** не ни қўллаш:

- чандиқ ўзгариши билан териға;
- яллиғланган териға;
- катта томирлар ва нервлар устида;
- суяк ўсимталари устида;
- металл имплантлар ва танадаги ҳар қандай бегона нарсалар, масалан, "пирсинг" буюмлари устида;

**ЖУДА ХАВФЛИ** не ни оксипитал минтақаға, бўйинга қўлланг, **сакрум**, тизза бўғимининг майдони, Ахиллес тендони остида ва товон остида.

**Тақиқланган** не ва беморнинг танаси ўртасида нам ва куруқ доқа, чойшаб ёки бошқа турдаги қистирмаларни ётқизиш (1-расм). 20).

**Нотўғри!**



Расм. 20. Не устига қистирма қўйиш

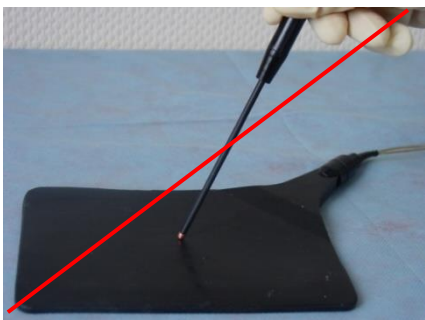
**Тақиқланган** не билан алоқани яхшилаш учун намланган чойшаб ёки ўтказувчан Гелдан фойдаланинг. Суюқлик ёки гел нотекис қурийди, нейтрал электрод билан алоқа қилиш майдони камаяди, бу куйиш хавфини оширади. Оператсия пайтида беморнинг танаси ва нейтрал электрод ўртасида ҳеч қандай суюқлик оқмаслигини таъминлаш керак.

Ҳар бир оператсиядан кейин нейтрал электродни дезинфекция қилиш керак, даволанишдан кейин уни сув остида ювиш ва кейинчалик ишлатишдан олдин пластинкани яхшилаб қуриштириш керак. Агар ушбу қоидаларга риоя қилинмаса, беморда кимёвий куйиш ва контакт дерматит ривожланиши мумкин.

Не сиртининг ҳар қандай шикастланиши беморнинг шикастланиш жойида куйишига олиб келиши мумкин.

**Тақиқланган** фаоллаштирилган электрожарроҳлик воситаси билан нейтрал электродга тегинг, масалан, қурилманинг ишлашини текшириш учун, чунки бу ҳолда сирт шикастланиши мумкин. 21).

**Нотўғри!**



## Расм. 21. Нейтрал электродга тегиниш фаол

Шуни эсда тутиш керакки, битта қисмли не (қайта ишлатиладиган ва бир марта ишлатиладиган) ишлатилганда (2-расм). 22. а, б) қурилма фақат не нинг қурилма билан электр алоқаси мавжудлигини назорат қилади. Икки қисмли не дан фойдаланганда (2-расм). 22. в) замонавий қурилмалар нинг қурилма билан электр алоқаси мавжудлигини ҳам, унинг беморнинг танасига туташган майдонини ҳам назорат қилади.

а б ичида



Расм. 22. Нейтрал электродлар: а-Суперўтказувчилар каучукдан қайта фойдаланиш мумкин; б-бир қисмли бир марталик, ёпиштирилган;

б-икки қисмли бир марталик, ёпиштирилган.

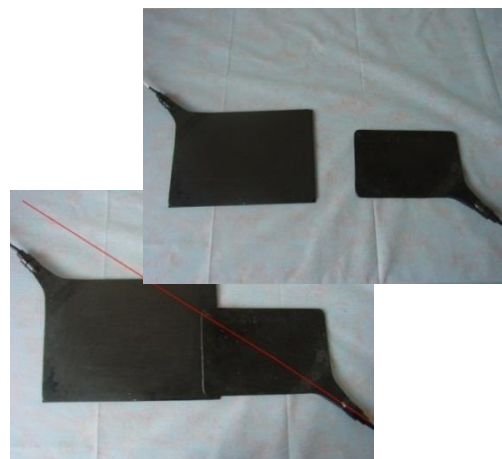
**Тақиқланган** икки қисмли не-ни металл юзаларга ёпиштиринг ёки қисмларни бир-бирига ёпиштиринг. Буни электрожарроҳлик аппарати танага уланиш сифатида қабул қилиши мумкин.

**Жарроҳлик пайтида электр куйишининг энг яхши олдини олиш беморнинг соннинг антеро-ташқи юзасига ўрнатиладиган бир марталик икки қисмли нейтрал электроддан фойдаланишдир (1-расм). 19). Бир мартали ишлатиладиган не-ларни қайта ишлатиш тавсия этилмайди.**

### Нотўғри!

бир вақтнинг ўзида иккита электрожарроҳлик аппарати билан ишлаш учун ҳар бир не ни "ўз" аппаратининг оператсион майдонига иложи борича яқинроқ жойлаштириш керак. Икки не нинг алоқа қилишига йўл қўймаслик керак (1-расм). 23).

### Тўғри!



Расм. 23. Не нинг нисбий жойлашуви вариантлари

Жарроҳлик пайтида не нинг беморнинг танасига ёпишишини мунтазам равишда текшириш керак, айниқса не нинг силжишини олдини олиш учун беморнинг оператсия столидаги ҳолатини ўзгартиргандан сўнг. Акс ҳолда, беморнинг танасининг энг кутилмаган жойларида куйишлар пайдо бўлиши мумкин (2-расм). 24).





Расм. 24. Нейтрал электрод оксипитал минтақа остига силжиганида бош терисининг электр куйиши.

### **Электржарроҳлик ускунасидан нотўғри фойдаланиш хавфи**

Танланган восита ва иш режими учун тавсия этилган қувват қийматларидан фойдаланиш керак. Биринчи фойдаланишда сиз тавсия этилган диапазоннинг ўртасидан қувватни ўрнатишингиз керак.

Агар оператсия пайтида кесиш кучининг пасайиши кузатилса, биринчи навбатда, ўрнатилган қувватни ошириш ўрнига, беморнинг танасига не нинг мослигини текшириш керак.

"Қувват этишмаслиги" сабаб бўлиши мумкин:

- нейтрал электроднинг эркин жойлашиши;
- ушлагичлар ва бошқарув блокининг улагичларида ёмон алоқа;
- кабеллардаги нуқсон;
- асбобга ёпиштирилган мато.

Қандай бўлмасин, қувватни ошириш эмас, балки унинг йўқолишининг сабабини йўқ қилиш тавсия этилади.

Шуни эсда тутиш керакки, электржарроҳлик воситаси узоқ вақт фаоллашгандан кейин яна бир неча сония давомида иссиқ бўлиб қолади ва тўқима билан алоқа қилганда куйишга олиб келиши мумкин. Жарроҳлик пайтида электржарроҳлик воситаси механик манипулятор сифатида ишлатилса, оқим таъминоти тугагандан сўнг уни совутиш керак.

Фаол электродларни ҳеч қачон беморнинг танасига ёки унинг ёнига қўймаслик керак, шунда бу электродлар тасодифан танага тўғридан-тўғри ёки билвосита тегиши мумкин (металл буюмлар ёки нам чойшаблар орқали). Агар электржарроҳлик аппарати тасодифий фаоллашса, масалан, педал тугмачасини ёки ушлагич тугмачасини беҳосдан босиш ва педал, ушлагич ёки бошқарув блокининг нотўғри ишлаши туфайли беморнинг куйишига олиб келиши мумкин (1-расм). 25).



Расм. 25. Нотўғри педал тасодифан фаоллашганда, беморнинг кестириб ётган электроддан аргоноплазма машъаласи (оператсион ички кийим орқали) билан кестириб, терининг куйиши

Беморнинг танасида фойдаланилмаган асбобларни қолдирмаслик керак.

Жарроҳлик ярасини суғориш ёки жарроҳлик эмишини ёқиш билан бир вақтда электрожарроҳлик воситасини фаоллаштириш юқори частотали оқимнинг суюқликка оқиб кетишига ва бемор ва ходимларнинг куйишига олиб келиши мумкин.

Электрожарроҳлик ускуналарини нотўғри ишлатиш билан боғлиқ хавфларга мисоллар:

- **"Чуқурликка тушиш"**. Кесиш асбобини катта чуқурликка "тушириш" хавфи мавжуд, чунки электрожарроҳлик билан кесиш пайтида механик ҳаракатлар талаб қилинмайди ва тўқималарга қаршилик ҳисси йўқолади. Бунга йўл қўймаслик учун асбобни ёзма қалам каби ушлаб туриш ва фақат учи билан ишлаш керак.
- **Тўқималар ва ички органларнинг куйиши**. Бундай ҳолат юқори қувватларда ишлаганда ёки фаоллаштирилган асбоб билан тўқималарга тасодифан тегса мумкин.
- **Қон кетишининг қайталаниши**. Агар ишлатилган асбоб учун режим, қувват ва таъсир қилиш вақти нотўғри танланган бўлса, коагулятсияни амалга оширгандан сўнг қон кетиши тикланиши мумкин. Танланган асбоб учун ҳаддан ташқари юқори қувват ўрнатилганда энг кўп учрайдиган хато. Натижада, ҳаракат қилганда, асбобга улашган ингичка мато қатлами тезда қурийдиган ва матонинг чуқур қатламларини электр токининг ўтишидан ажратиб туради. Натижада қон

томирларини тўсиб қўйиш ва қон кетишини тўхтатиш учун этарли бўлмаган, тўқималарнинг ингичка қатлами ҳосил бўлади. Бундан ташқари, бу ингичка қуритилган қатлам, қоида тариқасида, асбобга ёпишади ва уни олиб ташлаганингизда чиқиб кетади.

- **Қон томирлари ва тўқималарнинг исталмаган коагулятсияси.** Коагулятсиянинг томирлар бўйлаб ёки кесиш ва коагулятсия зонаси яқинида жойлашган юқори намлик бўлган тўқималарга исталмаган тарқалиши хавфи мавжуд, айниқса ҳажмли монополяр коагулятсия (абласён) пайтида.
- **Нотўғри режимни тасодифий фаоллаштириш.** Агар коагулятсия режими ўрнига педал тугмачалари (электрод ушлагичидаги тугмалар) тасодифий аралаштирилса, кесиш режими бехосдан фаоллаштирилиши мумкин ва аксинча.
- **Биполяр коагулятсия режимини тасодифий фаоллаштириш.** Автоматик ишга тушириш функтсияси бўлган қурилмаларда (масалан, эА141М қурилмаларида "би Ауто старт/стоп" режими, ОНЙХ/ОНЙХ-А) биполяр коагулятсия режимини тасодифан фаоллаштириш эҳтимоли мавжуд. Агар ушбу режим ёқилган бўлса, сиз айниқса эҳтиёт бўлишингиз ва биполяр воситани механик манипулятор сифатида ишлатмаслигингиз керак.
- **Тўқималардан қоракўтирнинг исталмаган ажралиши, коагулятсия қилинган.** Бу матоларни асбоб билан ушлашда, шунингдек ифлосланган асбоблар билан ишлашда механик таранглик туфайли юзага келиши мумкин. Коагулятсия протседурасидан олдин асбобларни ёпишқоқ тўқималардан тозалаш керак ва коагулятсия жараёнида тўқималарни асбоб билан эҳтиёткорлик билан, тарангликсиз ушланг.

Контакт коагулятсияси учун кесиш учун мўлжалланган ўткир асбобдан фойдаланиш тавсия этилмайди.

### **Нерв-мушак стимулятсияси хавфи**

300 кҲз дан юқори частотали электр токи нерв-мушак стимулятсиясини келтириб чиқармайди. Шу билан бирга, қурилманинг нормал ишлаши пайтида, айниқса контактсиз коагулятсия режимларида ишлаганда пайдо бўладиган электр жойи текислаш хусусиятига эга. Электр токи спектрида пайдо бўладиган паст частотали компонентлар аппаратнинг нормал ишлаши пайтида мушак тўқималарининг қисқаришига олиб келиши мумкин.

## Юрак стимулятори бўлган беморларни оператсия қилиш

**ТАВСИЯ ЭТИЛМАЙДИ** бемор ёки шифокор электрокардиостимулятор (юрак стимулятори) мавжуд бўлганда монополяр электрожарроҳлик муолажаларидан фойдаланинг. Бундай ҳолда, юқори частотали оқим ва индуктсия қилинган оқимлар билан юрак мушакларининг коагулятсияси таъсири остида юрак стимулятори ишламай қолиши хавфи мавжуд.

### Ходимларнинг юқори частотали куйишининг олдини олиш

Электрожарроҳлик аппаратлари нейтрал электрод ва фаол электрожарроҳлик воситаси ўртасида юқори частотали кучланишни ҳосил қилади. Фаоллаштирилган асбобдан юқори частотали электр токининг оператсия столи яқинидаги одам орқали ўтиши хавфи мавжуд, бу эса электр шикастланишига (куйишга) олиб келиши мумкин.

Ходимларнинг куйишини олдини олиш учун куйидаги тавсияларга амал қилиш керак:

**Электрожарроҳлик асбобларининг тутқичлари ва кабеллари ходимлар ва бемор танасининг очиқ жойларига тегмаслиги учун жойлаштирилиши керак**, чунки бузилмаган изолятсия орқали бошқариладиган юқори частотали (радио тўлқинли) оқим куйишга олиб келиши мумкин. Электрод кабеллари ва тутқичлари нам бўлса, куйиш хавфи ортади.

2

### ***Нотўғри!***

**. Монополяр режимларда ва айниқса контактсиз коагулятсион режимларда кесиш ва коагулятсияни амалга оширишда оператсия зонасида жойлашган ҳар қандай металл қисмларга ёки оператсия столининг металл қисмларига нуқта тегмаслик керак тегиш жойида куйиш эҳтимолини истисно қилиш учун.** Агар тегинишни олдини олиш мумкин бўлмаса, шуни эсда тутиш керакки, қурилманинг ишлаш зонасида тананинг металл буюмлар билан алоқа қилиш майдони қанчалик катта бўлса, ходимларда куйиш эҳтимоли шунчалик кам бўлади (2-расм).26).

3

### ***Нотўғри!***

. Фаоллаштирилган асбобнинг металл қисмларига, асбоб бўғимларига ва тутқичга тегмаслик керак (расм. 27), бу электрожарроҳлик куйишига олиб келиши мумкин. Жарроҳлик қўлқопларини изолятсия қилиш юқори частотали тоқдан ҳимоя қилиш учун этарли эмас. Асбоб тутқичи фақат изолятсия қилинган қисмдан ушлаб турилиши керак, электрожарроҳлик асбобларини алмаштириш ва тозалаш фақат фаол бўлмаган асбоб билан амалга оширилиши керак.

Тўғри!

Нотўғри!



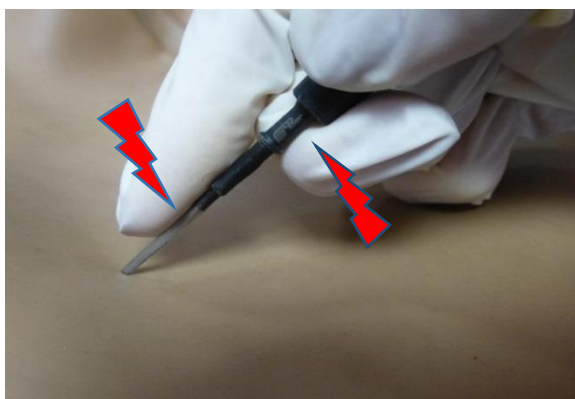
а б

Расм. 26. Курилманинг ишлаш зонасида металл буюм билан алоқа қилишнинг турли жойлари: а-нотўғри, б-тўғри

**Нотўғри!**

**Нотўғри!**

**Тўғри!**



а б

Расм. 27. Амалиёт пайтида электрод ушлагичида (тутқичда) шифокор қўлининг ҳолати: а-нотўғри, б-тўғри

**Монополяр режимларда ишлаганда, шифокор қўли билан беморнинг танасига тегмаслик керак, чунки тегиниш жойида ўтиш мумкин бемордан шифокорга юқори зичликдаги электр токи, бу куйишга олиб келиши мумкин. Агар тегинишни олдини олиш мумкин бўлмаса, шуни эсда тутиш керакки, алоқа майдони қанчалик катта бўлса, куйиш эҳтимоли шунчалик кам бўлади.**

**Электржарроҳлик воситаси таъсир қилиш зонасидан узоқда жойлашган бўлса, уни фаоллаштирмаслик керак, электроднинг тасодифий фаоллашиши билан куйиш хавфини камайтириш учун. Асбобни фақат мато билан бевосита алоқа қилишдан олдин фаоллаштириш керак.**

## **Ёнувчан материалларнинг ёнишини олдини олиш**

Ёнувчан, алкоғолли анестезикалар, шунингдек азот оксиди ва кислороддан фойдаланишни истисно қилиш керак, агар бу моддалар хавфли концентратсияга эришмасдан тезда йўқ қилинса. Қорин олд деворининг терисини, ташқи жинсий аъзоларни алкоғолли антисептиклар билан даволашда сиз 2-3 дақиқа кутишингиз керак. даволанишдан кейин ва шундан кейингина оловни олдини олиш учун электрожарроҳлик манипулятсиясини бошланг. Оператсия хонасида хавосида ёки электрожарроҳлик асбобининг таъсир зонасида ёнувчан ва портловчи газлар концентратсиясининг ошиши билан қурилманинг нормал ишлаши пайтида ҳосил бўлган учқунлардан ёнғин чиқиши мумкин.

Фаоллаштирилган электрожарроҳлик асбобининг ёнувчан материал ва оператсия хонасида ишлатиладиган ёнувчан суюқлик ва газлар билан алоқа қилишига йўл қўймаслик керак.

Бемор остида ёки бемор танасининг бўшлиқларида ёнувчан эритмалар тўпланиши хавфи мавжуд. Қурилмани ишлатишдан олдин кўрсатилган жойларда суюқлик тўпланишини олиб ташлаш керак.

Қурилманинг нормал ишлаши пайтида ҳосил бўлган учқунлардан доқа ёки пахта каби баъзи материалларнинг ёнғин хавфи мавжуд (айниқса, бу материаллар ёнувчан суюқликлар билан намланган бўлса).

Иложи бўлса, тозалаш ва дезинфектсия қилиш учун ёнмайдиган моддалардан фойдаланиш керак. Тозалаш ёки дезинфектсия қилиш учун ишлатиладиган ёнувчан учувчи моддалар, масалан, ёпиштирувчи эритувчилар, электрожарроҳлик аппарати бошланишидан олдин буғланиб кетиши керак.

**Тақиқланган** ҳар қандай электр кабелларини, шу жумладан асбоб ушлагичларини ёки нейтрал электродни металл буюмларга ўраб қўйинг, чунки натижада пайдо бўлган индуктсия қилинган оқимлар учқун ва ёнувчан материалларнинг ёнишига олиб келиши мумкин.

## **Электрожарроҳлик ускуналарини бошқа қурилмалар билан биргаликда ишлаш**

Юқори частотали электр токини қўллашда қурилманинг ишлаши яқин атрофдаги электрон қурилмаларнинг нотўғри ишлашига олиб келиши мумкин. Қурилма кабеллари ва бошқа қурилмаларнинг кабеллари бир-бирига



аралашмаслиги керак. Иложи бўлса, бошқа қурилмаларнинг кабеллари қурилманинг кабелларидан иложи борича узоқроқ жойлаштирилиши керак.

**Аргоноплазмик коагулятсия режимлари билан электрожарроҳлик аппарати газ ускуналарининг хавфсиз ишлашига қўйиладиган талаблар**

Силиндр, Витес қутиси ва юқори босимли шлангларни ўрнатиш, йиғиш ва улаш сертификатланган техник мутахассислар томонидан амалга оширилиши керак.

Балон ишончли тарзда ўрнатилиши керак. Силиндрларни тушириш ва уриш мумкин эмас.

Иситиш мосламалари ёнида аргон билан силиндрни жойлаштирманг,

балонга тўғридан-тўғри қуёш нури тушишига йўл қўйинг. Аргон тсилиндрда стандарт белгилар бўлиши керак кул рангга бўялган, яшил чизиқ ва яшил рангдаги "аргон" ёзуви бўлиши керак (2-расм). 28).



Расм. 28. Белгиланган аргон шишаси

**Тақиқланган** аргоноплазмик коагулятсия учун ушбу белгиларсиз силиндрлардан ва аргон бўлмаган силиндрлардан фойдаланинг.

Балон фақат "тўлиқ очиқ" ёки "тўлиқ ёпиқ" ҳолатларда муҳрланган. Оралиқ ҳолатларда силиндрдан атмосферага газ оқиши мумкин. Шунинг учун,



қурилмада ишлашни бошлашдан олдин, цилиндрнинг валфи тўлиқ очилиши керак ва иш охирида у бутунлай ёпилиши керак.

### **Сервикс, қин ва вулва патологиясини даволаш учун электрожарроҳлик ускуналари турлари**

Бачадон бўйни, қин ва вулва патологиясини даволаш учун ФОТЕК томонидан ишлаб чиқарилган кенг полосали радио тўлқинли қурилмаларнинг қуйидаги моделлари қўлланилади:

#### 1. Е81м аппарати.

Амбулатория дастурлари учун мўлжалланган электрожарроҳлик аппаратларининг энг оддий модели. Ушбу моделда тўқималарни кесиш ва коагулятсия қилиш учун минимал этарли режимлар тўплами мавжуд. Танланадиган режимга қараб, коагулятсиясиз кесиш, шунингдек, ҳар хил қалинликдаги қўшма коагулятсия билан кесиш мумкин. Машинада ҳам монополяр, ҳам биполяр коагулятсия учун сирт ва чуқур режимлар мавжуд. Номинал чиқиш қуввати 90 Вт.

#### 2. Е354м аппарати.

400 ваттнинг юқори чиқиши моделни нафақат амбулатория шароитида, балки стационар шароитда ҳам ишлатишга имкон беради. Қурилма 7 та монополяр режимни амалга оширди, улар орасида юқорида кўриб чиқилган моделда мавжуд бўлмаган ФУЛГУР ва 1 биполяр тўқима коагулятсияси режими мавжуд.

#### 3. ЕА141М аппарати.

Стандарт кесиш ва коагулятсион режимларни, шунингдек тўқималарнинг аргоноплазмик коагулятсияси режимларини ўз ичига олган 400 Вт қувватга эга қурилма. Аргоноплазмик коагулятсия ўзини гемостаз ва патологик тўқималарнинг абласенининг хавфсиз ва сифатли усули сифатида кўрсатди.

## **2.4.ҲОМИЛАДОРЛИК ПАЙТИДА БАЧАДОН БЎЙНИ ПАТОЛОГИЯСИ.**

Эпидемиология. Бачадон бўйни саратони 1:2500: 15-25% аденокарсинома, 75-85% скуамоз хужайрали карсинома билан содир бўлади. Ушбу патология ўсимтанинг кўринадиган белгиларининг йўқлиги ва ҳомиладорлик пайтида метастазларнинг ривожланиши ва пайдо бўлиши эҳтимоли билан тавсифланади. Туғилгандан кейин 2 йил ичида топилган инвазив саратон ҳолатлари ҳомиладорлик билан боғлиқ ўсмалардир.

СИН ва инвазияга шубҳа қилинган ҳар бир аёлга ҳомиладорликнинг ҳар қандай босқичида колпоскопия ва ситологик текширув кўрсатилади!!! Бундай беморларни бошқариш тактикаси иложи борича юмшоқ бўлиб, ҳомиладорликни узайтиришга қаратилган. Ҳомиладорлик пайтида биопсия ҳар доим тажрибали мутахассис томонидан колпоскопия назорати остида амалга оширилади ва ҳар доим фақат СИН III ва инвазияга шубҳа қилинган тақдирда, бошқа ҳолларда бу жоиздир, аммо мажбурий эмас.

### **Ҳомиладорлик пайтида ва туғруқдан кейин колпоскопик расмнинг хусусиятлари.**

Ҳомиладор аёлнинг бачадон бўйни гипертрофияланган ва сиянотик, қон томир нақшлари аниқроқ, ташқи фаренкс бўшлиқлари, цилиндрсимон эпителий ташқи томонга бурилган, шишган ва гиперплазланган, ҳомиладорлик пайтида эктопия катталашиб боради. Ушбу ўзгаришлар туфайли ўтиш зонасини текшириш анча осонлашади. Эндосервикс полипоид ўсиши шаклини олади. Шиллер намунасида гликогеннинг нотекис тўпланиши туфайли жойлари бўлиши мумкин. Фақат ҳомиладорлик пайтида аёлларда десидуозни аниқлаш мумкин, у ўсимтага бўлинади (оч пушти ёки сариқ рангнинг битта кўтарилиши кўп майда томирлари бўлган ранглар) ва Полипоид (бачадон бўйни каналидан келиб чиққан кўплаб майда анастомозловчи томирлари бўлган оқ полип, кўпинча визуал баҳолашда саратон ўсмаси билан янглишиши мумкин, аммо биопсия фақат шубҳали ҳолатларда амалга оширилади. Десидуоз даволанишни талаб қилмайди, ўз-ўзидан ўтиб кетади. Туғруқдан кейинги аёлларда колпоскопик расм куйидаги ўзгаришлар билан тавсифланади: лактатсия даврида эстроген даражаси пасаяди, гликоген кам – эпителия постменопаузга ўхшайди, Шунинг учун Луголни қўллашда ранг нотекис, заиф, лойқа контурли ж – жойлар бўлиши мумкин.

## **Ҳомиладорлик пайтида бачадон бўйни патологияси бўлган беморларни бошқариш тактикаси.**

Агар оғир СИН чиқариб ташланса: ҳомиладорлик пайтида беморни кузатиш мумкин эмас, колпоскопия туғруқдан 3-4 ой ўтгач амалга оширилади. Агар гумон қилинса СИН II-III инвазиясиз даволаш амалга оширилмайди фақат колпоскопия ва ситологик текширув динамикада ҳомиладорлик пайтида ҳар 3 ойда бир марта ва туғруқдан 3-4 ой ўтгач, биопсия ҳам туғруқдан кейин амалга оширилади. Ҳомиладорлик пайтида бачадон бўйни каналининг куретажи қабул қилиниши мумкин эмас. Агар ҳомиладорлик пайтида инвазияга шубҳа қилинган бўлса, биопсия колпоскопия назорати остида амалга оширилади, бачадон бўйни конизатсияси мумкин.

Бачадон бўйни патологияси бўлган беморларда ҳомиладорлик ва туғилишни бошқариш хусусиятлари. Ҳомиладорликнинг тугаши СИН I-II бошқа кўрсатмаларсиз амалга оширилмайди; қачон СИН III эрта аборт қилиш ёки ҳомиладорликни узайтириш мумкин. СИН билан ҳомиладорликни яқунлаш акушерлик кўрсатмаларига мувофиқ табиий ёки кесар кесиш жаррохлик орқали амалга оширилади.

Туғруқдан кейинги давр. Кўп ҳолларда СИН ни даволаш туғруқдан кейин амалга оширилади. Даволашнинг моҳияти тўғрисида қарор 6 ҳафтадан 6 ойгача бўлган муддатда қабул қилинади. Папилломавирус инфекциясининг аксарият кўринишлари туғруқдан 3-4 ой ўтгач йўқолади, баъзи яхши лезёнлар ва интраэпителиал неоплазиялар ўз-ўзидан орқага қайтиши мумкин.

### **Инвазив саратон касаллигига шубҳа – ЭСМО шифокорнинг тактикаси:**

Биринчи триместр-аборт қилиш ва стандарт даволаниш имкониятларини муҳокама қилиш, ақс ҳолда индивидуал тактика.

II триместр-лимфаденектомия.

III триместр.

ИБ1 босқичи-метастазларнинг йўқлиги: ҳомиладорлик пайтида кутиш ва кўриш тактикаси ёки кимёвий кейинги гистеректомия билан. Метастазларнинг мавжудлиги: ҳомиладорликни тўхтатиш имкониятини муҳокама қилиш, ҳомиладорлик пайтида кимё, кейин туғруқ пайтида радикал гистеректомия ёки туғруқдан кейин кимёвий нурланиш.

I триместр.

Ҳомиладорлик даврида ИБ2-ИВА - кимио босқичи, босқичга қараб жарроҳлик ёки кеморадиотерапия фойдасига танлов, аборт қилиш имкониятини муҳокама қилинг.

II триместр-узук метастазлар ҳомиладорлик пайтида кимёвий моддалар, кейинги стандарт даволаш билан ҳомиладорликни тўхтатиш имкониятини муҳокама қилинг.

III триместр физиологик туғруқгача даволанишни кечиктирмаслик ва эрта этказиб бериш имконияти тўғрисида қарор қабул қилиш.

**Ҳомиладорлик пайтида саратон касаллигини даволаш шемаси (онкогинеколог лар уюшмаси):**

Биринчи триместр (микроинвазив саратон ИА1).

1. Ҳомиладорликни сақлаб қолиш исталмаса, лекин туғруқ фаолиятини сақлаб қолмоқчи бўлсангиз – тиббий аборт, 4-8 ҳафтадан сўнг – бачадон бўйни конизатсияси.
2. Ҳомиладорликни сақлаб қолиш исталмаса ва репродуктив функцияни яқунлаш қарор қилинганда – гистеректомия.
3. Ҳомиладорлик ва туғруқ функциясини сақлаб қолиш керак болса – ҳомиладорликни сақлаб қолинади, шошилишч абдоминал туғруқдан кейин 6-8 ҳафта ўтгач – бачадон бўйни конизатсияси.
4. Ушбу ҳомиладорликни сақлаб қолиш, аммо кейинчалик репродуктив функцияни яқунлаш керак болса – бир вақтнинг ўзида абдоминал туғруқдан кейин гистеректомия.

II ва III триместр (микроинвазив саратон ИА1).

Ҳомиладорлик ва туғруқ функциясини сақлаб қолиш керак болса, кесар кесиш ташриҳидан сўнг 6-8 сўнг ҳафтадан – бачадон бўйни конизатсияси. . Ушбу ҳомиладорликни сақлаб қолиш, аммо кейинчалик репродуктив функцияни яқунлаш керак болса — бир вақтнинг ўзида абдоминал туғруқдан кейин гистеректомия.

Биринчи триместр (ББС, ИА2, ИБ,).

2-3 ҳафтадан сўнг ёнбош лимфаденектомия билан радикал гистеректомия ёрдамчи нурланиш терапияси.

II ва III триместр

20 ҳафтагача-ёнбош лимфаденектомия билан радикал гистеректомия, 2-3 ҳафтадан сўнг ёрдамчи нурланиш терапияси.

20 ҳафтадан сўнг ҳомиладорликни 32-35 ҳафтагача узайтириш, кесар кесиш, радикал гистеректомия, кимё ёки радиация терапияси мумкин.

Биринчи триместр (ББС III, ИВ).

Ташқи нурланиш, ҳомиладорлик тугаганидан кейин-радиация ва кимётерапия.

II, III триместр.

20 ҳафтагача кичик кесар кесиш, субтотал гистеректомия, кимёвий нурланиш.

20 ҳафтадан кўпроқ вақт давомида – субтотал гистеректомия билан кесар кесиш, кимётерапия.

## **2.5. БАЧАДОН БЎЙНИ ПАТОЛОГИЯСИДА КАВИТАТСИЯЛАНГАН ЭРИТМАЛАРДАН ФОЙДАЛАНИШ.**

Ультрасоник тебранишлар-бу 16 кҲз дан юқори частотали қаттиқ, суюқ ва газсимон муҳитдаги механик тебранишлар.

Оралиқ дори воситасини фаоллаштириш орқали ушбу частотали товуш тебранишлари тўқималарга турли хил таъсир кўрсатади: жисмоний, биологик, биокимёвий.

**Паст частотали ультратовушнинг биологик тўқималарга физик-кимёвий таъсири.**

Қуйидаги физик-кимёвий таъсирлар мавжуд паст частотали ултратовуш (НШУЗ) доривор эритмаларга таъсир қилганда:

- Уз кавитатсия;
- кавитатсия пуфакчаси;
- акустик оқимлар;
- сув молекулаларининг парчаланиши, эркин радикалларнинг шаклланиши.

### **Ултрасоник кавитатсия**

Ултратовушнинг биологик таъсирининг аксарияти *кавитатсия* жараёни билан боғлиқ – "овозли" суюқ муҳитда чегара юзасида электр зарядини кўтарадиган микроскопик бўшлиқлар (ёки пуфакчалар) ҳосил бўлиши (1-расм). 29.). Кавитатсия пуфакчаларининг "қулаши" бактериал плёнкаларни механик равишда йўқ қиладиган ва микроорганизмларнинг хужайра мембраналарига зарар этказадиган зарба тўлқинларининг пайдо бўлишига олиб келади.

Микроскопик катталиги туфайли кавитатсия пуфакчалари зарарланган худуднинг анъанавий ишлов бериш мумкин бўлмаган жойларига кириб боради ва эҳтиёткорлик билан санитаризатсия қилинади. Паст частотали ултратовушли кавитатсия бактеритсид ва бактериостатик таъсирга эга, тўқималарнинг чуқур қатламларига антибактериал дориларни қабул қилишни яхшилайти. Бундан ташқари, НШУЗ микрофлоранинг дорилар таъсирига сезгирлигини оширади.

### **Кавитатсия пуфакчаси**

Ультрасоник тўлқин томонидан яратилган кавитатсия пуфакчалари оқимлари билан суюқликни интенсив аралаштириш жараёни кавитатсия пуфакчаси деб аталади (ФР. *барботаж*-аралаштириш). Пуфакчали дори эритмаси таъсирида масса алмашинуви ва масса узатишнинг интенсив жараёнлари содир бўлади: дори моддаси асосий тўқималарга кириб бориши билан бир қаторда, ишлов бериладиган сирт йиринг, детрит, фибрин ва бошқа қатламлардан тозаланади.

### **Акустик оқимлар**

Акустик оқимлар (акустик шамол) - суюқлик ва газлардаги кучли товуш майдонида мавжуд бўлган вортекс оқимлари.

### **Сув молекулаларининг парчаланиши, эркин радикалларнинг шаклланиши**

Кавитатсия бўшлиқларида электр зарядлари пайдо бўлиб, муҳитнинг ионланишига олиб келади. Сув молекулаларининг  $\text{H}^+$  ва  $\text{OH}^-$  га бўлиниши водород пероксид ҳосил бўлиши билан, азот иштирокида эса бактеритсид хусусиятларга эга азот ва азот кислоталари билан содир бўлади. Эркин радикаллар  $\text{H}^+$  ва  $\text{OH}^-$  дарҳол оксидланиш-қайтарилиш реаксияларига кириб, патогенлар ва вирусларни йўқ қилади.

### **Паст частотали ултратовушнинг биологик таъсири**

НШунинг биологик таъсири таъсир қилиш тугунларининг частотаси, кучи, таъсирига, "овоз бериш" режимига ва биологик тўқималарнинг хусусиятларига боғлиқ. Хужайралар ва тўқималарнинг функцияларини рағбатлантирувчи имконияти мавжуд. Фавқулодда вазиятлар қуйидаги биологик таъсири мавжуд:

### **Бактеритсид таъсири**



Бактеритсид таъсири бир нечта умумий сабабларга боғлиқ:

- кавитатсия УЛТРАТОВУШНИНГ механик таъсири-бактериялар ва замбуруғларнинг ҳужайра мембраналарини тўғридан-тўғри йўқ қилиш ва патоген ва оппортунистик микроорганизмлар томонидан яратилган бактериал плёнкаларни синдириш;
- кавитатсия пуфакчаларининг қулаши –шу сабабли сиртни йирингли ва патологик бляшка, патоген микроорганизмлар ва уларнинг ҳаётий фаолияти маҳсулотларидан яхшилаб тозалаш амалга оширилади;
- еркин радикаллар ва водород пероксиднинг бевосита бактеритсид хусусиятлари.

Бугунги кунда микроорганизмлар кавитланган эритмалар таъсирига мослашиш механизмларини ишлаб чиқмаган. Бактеритсид таъсири кўплаб бактериялар турларига нисбатан исботланган: стафилококк, Протеус, Пseudомонас аеругиноса ва э. соли. 5 дақиқалик кавитланган эритма таъсиридан кейин патогенлар сони бир неча бор камаяди. Микобактерияларнинг дори дармонларга чидамли штамmlарига сезиларли таъсир кўрсатади. Кейинчалик бактерияларнинг кўпайиши ва янги колониялар сонининг камайиши қайд этилди (3-4 марта). Микроорганизмларнинг дорилар таъсирига чидамлилигининг пасайиши ҳам тасвирланган.

Кавитатсия пайтида микроорганизмларнинг ҳужайра мембраналарига зарар этказиш патогенлар маданиятини заифлаштиради, натижада уларнинг антибиотиклар ва дезинфектсиялаш воситаларига сезгирлиги ошади. Бундай шароитда дориларнинг анъанавий терапевтик дозалари сезиларли терапевтик таъсирга эга.

Адабиётда ултратовушни антисептиклар билан биргаликда қўллаш тавсифлари мавжуд. 10 дақиқа давомида Стапхйлококкус ауреус маданиятига

водород перикс билан таъсир қилиш микроб хужайралари сонини 5-6% га, ултратовуш билан биргаликда эса 80% га камайтиради. Дори-дармонларни ултратовуш билан даволаш уларнинг антибактериал таъсирини 1,7–10,8 баравар оширади. Шундай қилиб, антибиотик ва НХТСА нинг биргаликдаги таъсири нафақат умумлаштирилади, балки уларнинг умумий таъсиридан бир неча баравар ошади.

НШУнинг бактеритсид таъсирига унинг интенсивлиги таъсир қилади: микроорганизмларнинг йўқ қилиниши бу кўрсаткич кавитатсия чегарасидан ошиб кетганда содир бўлади.

### **Фонофоретик таъсир**

Терапевтик таъсирни кучайтириш учун НШУЗ турли хил доривор эритмалар билан бирлаштирилади, масалан, суяқ антисептиклар, антибиотиклар ёки Иммуномодуляторлар.

НШУЗ ёрдамида препарат тўқималарнинг чуқур қатламларига этиб боради. Пенетратсия даражаси тўқималарнинг функционал ҳолати ва турига, таъсир қилиш тугунларининг таъсири ва интенсивлигига, киритилган модданинг тури ва миқдорига боғлиқ.

Тўқималарнинг ўтказувчанлигини яхшилаш ЛМВХ капилляр тизилмаларда (тери, шиллиқ пардалар ва бошқалар) суяқлик ҳаракатини фаол равишда рағбатлантириш қобилияти туфайли юзага келади. Шундай қилиб, ултратовушли фонофорез билан препарат анча чуқурроқ кириб боради: тери ости ёғ ы тўқимаси учун пенетратсия чуқурлиги 6,3 мм га, мушаклар учун-4 мм га этиши мумкин.

Яллиғланиш жараёнини муваффақиятли тўхтатиш ва тўқималарни тозалаш, шунингдек, қулай метаболик силжишлар, хусусан, муҳитнинг пХ даражасини тезда нормаллаштириш орқали амалга оширилади.

## **Иссиқлик эффеќти**

Биологик объектларда ултратовушни ютиш пайтида акустик энергия иссиқликка айланади. Тўқималарнинг кичик маҳаллий исиши (даража фракциялари ва бирликлари учун), қоида тариқасида, метаболик интенсивликни ошириб, биологик объектларнинг ҳаётий фаолиятига ёрдам беради. Шу билан бирга, кучлироқ ва узоқроқ таъсир қилиш биологик тузилмаларнинг ҳаддан ташқари қизиши ва йўқ қилинишига олиб келиши мумкин (оқсилларни денатуратсияси ва бошқалар).

## **Некролитик таъсир**

Ултратовуш текшируви қатъий дозаланган, бошқариладиган некротомия учун ишлатилади. Унинг ёрдами билан йирингли яралар некротдан озгина кон йўқотиш ва ҳаётий тўқималарга минимал зарар этказиш билан тозаланади. Кавитатсия пайтида яра секретсиясининг ҳужайра элементлари лизосомал ферментлар, гемотактик омиллар, бактеритсид катион оқсиллари, биоген стимуляторларнинг чиқарилиши билан йўқ қилинади. Ушбу моддалар некротик қатламни парчалайди ва тозалайди, экссудатнинг протеолитик фаоллигини оширади. Кейин фокусда фаготситик нейтрофиллар сони кўпаяди, лейкоцитларнинг фаготситик ва антибактериал хусусиятлари фаоллашади, бу албатта тўқималарни тиклаш жараёнини тезлаштиради.

## **Тўқималарга селектив таъсирнинг таъсири**

Муайян интенсивликда НЛФ юмшоқ ва қаттиқ биологик тўқималарни йўқ қилишга ёки уларнинг парчаланишига олиб келиши мумкин. Бу асбобнинг УЛТРАТОВУШЛАРИ тўқима билан бевосита алоқа қилганда ҳам, кавитатсияланган суюқлик оқимлари билан бўшашган тўқималарга таъсир қилганда ҳам содир бўлади. Белгиланган таъсир қилиш параметрлари билан ултратовуш ёрдамида улар тўқималарни танлаб йўқ қилишга эришадилар

(тўқима селективлиги): улар баъзи тузилмаларни йўқ қилади, бошқаларини сақлаб қолади.

### **Нейро-рефлекс таъсири**

Тебраниш тугунларининг асаб толаларига таъсири уларнинг ўтказувчанлигини бузади ва асаб синапсларини блоклайди. Натижада аналгезик ва гипосенситизатсия қилувчи таъсирлар кузатилади.

### **Микромассаж эффеќти**

Суюқликда пайдо бўладиган ултратовушли кавитатсия ва микровибратсиялар тўқималарнинг ўзига хос микромассажини амалга оширади. Микро ва макросиркулятсион каналда қулай ўзгаришлар юз беради. НШУЗ қон томирларини кенгайтиради ва қон оқими 2-3 баравар кўпаяди, коллатерал қон айланиши ривожланади. Акустик оқимлар ва диффузия қон ва лимфа айланишини, микросиркулятсияни яхшилади ва репаратив жараёнларни рағбатлантиради.

### **Яллиғланишга қарши таъсир**

НЧУС аниқ яллиғланишга қарши таъсирга эга. У турли хил таркибий қисмлардан иборат: бактеритсид хусусиятлари, йирингли - некротик ва патологик массалардан тўқималарни тезда тозалаш, яллиғланиш марказида микросиркулятсия бузилишларини нормаллаштириш.

### **Иммуномодулятсион таъсир**

НШУЗ фаготситларнинг функционал фаоллигини, уларнинг сифат ва миқдорий таркибини нормаллаштиришга ёрдам беради. Сурункали

вулвовагинитни даволаш режимидаги ултратовуш кавитатсияси вагинал гранулотситларнинг фаготситик, секретор функцияларини яхшилади.

Шундай қилиб, тавсифланган хусусиятлари аёл жинсий аъзоларининг юқумли ва яллиғланиш касалликларини даволаш учун асос бўлиб хизмат қилади. Бачадон бўйни ва бачадон бўшлиғи, қин ва перинеум тўқималарига дори эритмасининг кавитатсияланган реактивининг таъсири қуйидагиларни таъминлайди:

- йирингли ва патологик бляшка тўқималарини тўлиқ тозалаш;
- яра юзасини дезинфектсия қилиш;
- микроорганизмлар томонидан яратилган ва дори-дармонларга чидамли бактериал плёнкаларни йўқ қилиш ва натижада антисептиклар ва антибиотикларнинг таъсирини кучайтириш;
- тўқималарнинг микробиал ифлосланишини камайтириш, токсинларнинг эмишини камайтириш;
- тўқималарга микро массаж таъсири орқали микросиркулятсияни яхшилаш ва тўқималарда шифо жараёнларини тезлаштириш;
- дори воситаларининг тўқималарга чуқурроқ кириб бориши.

Ушбу таъсирларнинг биргаликдаги таъсири натижасида касалликни қисқа вақт ичида муваффақиятли даволашга эришилади.

### **Ултрасоник кавитатсия усулининг афзалликлари**

Яра юзасини ултратовуш билан даволаш усули уни бошқа шунга ўхшаш технологиялардан ажратиб турадиган бир қатор ижобий хусусиятларга эга:

- ултратовушнинг бактеритсид таъсири туфайли ярани чуқур дезинфекция қилиш;
- ярани даволашнинг минимал инвазивлиги;

- некротик тўқималар ва фибриндан ярани юмшоқ тозалаш;
- жарроҳлик аралашувидан кейин юқумли асоратларни ривожланиш хавфини камайтириш, шиш ва оғриқни камайтириш;
- ярани даволаш вақтини қисқартириш;

### **Кавитланган эритмалар билан ишлаш усулини қўллаш кўрсаткичлари:**

- бачадон бўйни, қин ва вулванинг юқумли ва яллиғланиш касалликлари (колпит, вулвовагинит, сервитсит, бактериал вагиноз ва бошқалар).;
- юқумли асоратлар хавфи юқори бўлган жарроҳлик аралашувлардан олдин (интраутерина аралашувлардан олдин, эксизия ёки конизатсия, бачадон бўйни биопсияси ва бошқалар) генитал трактнинг "экспресс санитарияси".;
- оператсиядан кейинги даврда яра юзасини даволаш, бачадон бўйни оператсиялари, тўқималарни яхшироқ тиклаш учун оператсиядан кейинги тикувлар;
- пессарни ўрнатишдан олдин генитал трактни қайта тиклаш, пессар кийганда генитал трактни гигиеник даволаш;
- колпоскопиядан олдин қин ва бачадон бўйни санитарияси, аниқроқ таъхис қўйиш учун муҳим бўлган яхшироқ колпоскопик расм учун;
- атрофик касалликлар (декубитал яралар, вулва краурози).

### **Усулдан фойдаланишга қарши кўрсатмалар:**

- ҳомиладорлик пайтида бачадоннинг аниқ кўзгалувчанлиги ва гипертониклиги (контрэндикатсия бачадон бўйни ва қин соҳасидаги таъсирга нисбатан қўлланилади);
- номаълум этиологиядан қон кетиш;

- хайз кўриш;
- қайта ишлашда ишлатиладиган дориларга аллергик реактсиялар.

Ултратовушни эҳтиёткорлик билан ишлатиш керак:

- таъсир қилиш соҳасидаги онкологик йирингли-некротик жараёнлар билан;
- ҳомиладорликнинг биринчи триместрида.

**Ултратовуш ёрдамида кавитатсия учун тавсия этилган дорилар:**

- натрий хлорид эритмаси 0,9 % (стерил физиологик эритма, кейин физик эритма);
- хлорхексидиннинг сувли эритмаси 0,05 %;
- бетадин эритмаси 10% суюлтиришда 1:20 ёки 1:50 стерил физик билан. рум;
- 1:10 суюлтиришда октенисепт эритмаси стерил физик билан. рум;
- 1:20 суюлтиришда диоксидиннинг 0,5% ёки 1% эритмаси стерил физик билан. рум (10 мл диоксидиннинг 1 ампуласи 0,5% ёки 200 мл физик эритма учун 1%);
- стерил физик билан 1:50 ёки 1:100 суюлтиришда Имунофаннинг 0,005% эритмаси. рум (100 мл физик эритма учун 1 мл Имунофаннинг 0,005% дан 1-2 ампуласи);
- Аллокин-алфа препаратининг эритмаси (100 мл жисмоний эритма учун 1 ампула (1 мг) препарат);
- 1:100 ни стерил физик билан суюлтиришда 500 минг ИУ Ронколеикиннинг эритмаси. рум (100 мл физик эритма учун 1 мл Ронколеикиннинг 500 минг ИУ 1 ампуласи);
- сипрофлоксатсин эритмаси 200 мг / 100 мл (100 мл идишлар);



- стерил физиологик эритмада суюлтирилган бошқа антисептиклар, антибиотиклар ёки Иммуномодуляторлар.

### **Бачадон бўйни патологияларини даволаш учун ишлатиладиган кавитатсия ултратовушли жарроҳлик аппаратлари**

Акушерлик ва гинекологияда паст частотали ултратовуш тебранишлари ва ултратовуш билан фаоллаштирилган эритма ёрдамида биологик тўқималарга таъсир қилиш учун ишлатиладиган асбоблар келтирилган.

1. Ультрасоник кавитатсия аппарати "ФОТЕК", аститон модели (суюқлик аспиратсияси режимисиз).

Ушбу модел куйидаги иш режимларига эга:

- "Асосий" - ултратовуш частотасининг акустик тебранишлари билан биологик тўқималарга интенсив таъсир;
  - "Селектив" - ултратовуш частотасининг акустик тебранишлари билан биологик тўқималарга юмшоқ таъсир;
  - "Суғориш" - акустик тугуннинг суғориш каналига эритма этказиб беришни бошқариш.
2. Ультрасоник кавитатсия аппарати "ФОТЕК", АСТИТОН-а модели (суюқлик аспиратсияси режими билан).

АСТИТОН-а аппарати моделида "асосий", "танланган" ва "суғориш" режимларига кўшимча равишда "аспиратсия" режими кўшилди – терапевтик ёки жарроҳлик аралашув майдонидан эритмани ўрнатилган аспиратсия помпаси ёрдамида олиб ташлаш.

### **Ултратовушли кавитатсия терапиясини амалга ошириш учун воситалар**

Тўқималарга ултратовуш таъсир қилиш учун турли хил функционал мақсадлар ва дизайндаги акустик тугунлар қўлланилади. Акустик бирликнинг таркиби сек. 30.

Ҳимоя қопқоғи

Уз воситаси

Суғориш каналини улаш



Расм. 30. Акустик бирлик

Ҳимоя қопқоғи матоларни асбобларнинг фаоллаштирилган ришталарига тегишига йўл қўймайди, шунингдек, контактсиз таъсир қилиш пайтида асбобнинг ифлосланишини олдини олади.

## Мавзу бўйича ўргатувчи тестлар ва вазияли масалалар

### МАСАЛА 1

Бемор П., 21 ёш. Аёллар маслаҳат ҳонасига муружаат қилди.

Шикоятлар: ҳайз кўргандан кўп ўтмай 5 кун олдин пайдо бўлган, ёмон хидли, суюқ, сувли вагинал оқинди ҳақида.

Анамнез: менарх 12 ёшдан бошлаб, тсикл мунтазам, ҳайз кўриш 28 кундан 4 кунгача, ўртача, оғриқсиз. Ҳомиладорлик йўқ эди. 16 ёшдан бошлаб жинсий ҳаёт. Жинсий шериклар 5. Ҳозирги вақтда 1-3 ой ичида. Гинеколог корувида 3 йил олдин бўлган. Гинекологик касалликлар йўқ эди. Контратсептсия-узилиб қолган жинсий алоқа.

Тсикл куни 15.

Жинсий ҳолат: ташқи жинсий аъзолар тўғри ривожланган, жинсий бўшлиқ ёпиқ, вулванинг териси ва шиллиқ пардалари гиперемик эмас.

Кўзгуларда: вагинал шиллиқ қават пушти, катлама этарли. ажралма суюқ, кулранг, кўп миқдорда; бачадон бўйни конус шаклида, пушти, силлиқ, бачадон бўйни канали овал, ТГ+++ . ЗТ 3 тури

Бимануал: вагина ўртача, орқа гумбазлари буш, ББ конус шаклида, ташқи фаренкс ёпиқ, антефлексиядаги бачадон, кичик, зич, ҳаракатчан, оғриқсиз.

1. Ушбу беморда бачадон бўйни патологияси учун қандай анамнестик хавф омиллари мавжуд?
2. Текширувда қандай патологик белгилар аниқланди?
3. Дастлабки ташхис.
4. Текширув вақтида қандай диагностик тестларни ўтказиш мумкин?
5. Текширувни тайинланг: турлари, вақти, кўплиги
6. Колпоскопия хулосасини шакллантириш
7. Текшириш ва даволаш режаси

8. Профилактик тавсиялар беринг.

Жавоб:

1. Жинсий фаолиятнинг эрта бошланиши, кўплаб жинсий шериклар.
2. Ажралма кўп миқдорда кулранг
3. Бактериал вагиноз.
4. Колпотест
5. Сервикал канал ва қин таркибидаги микроскопия тести, фемофлор 16,
6. Бак вагинозини даволаш, вагинал биотопни тиклаш, 14 кундан кейин - микроскопия назорати ва Фемофлор 8 ёки 16
7. Оддий кўрсаткичлар билан онкотситология тести, ХПВ тести.
8. Колпоскопия кўрсатилмаган. Тахмин қилинган хулоса: этарли бўлмаган колпоскопик расм ЗТ 3 тури, нормал.
9. Оддий онкотситология ва йўқлиги билан ХПВ назорати 3 йилдан кейин онкотситология.
10. Самарали контрацептсия ни тавсия этинг, тўсиқ билан бирлаштиринг.
11. ХПВга қарши эмлаш

## МАСАЛА 2

Бемор А, 34 ёш. Профилактик кўрув учун келди.

Шикоят йўқ.

Анамнез: менарх 12 ёшдан бошлаб, тсикл мунтазам, ҳайз кўриш 30 кундан 4 кунгача, ўртача, оғриқсиз. Ҳомиладорлик 4, 2 ўз вақтида туғилиш, 2 йил

олдин 2-чи туғилиш катта ҳомила (4500 г), тез (3 соат ичида туғилган), бачадон бўйни ёрилиши билан мураккаблашган, бачадон бўйни тикилган, туғруқдан кейинги даврда узок вақт давомида 1-1, 5 ой сарғиш, жуда кўп миқдорда ажралма бор эди. генитал трактдан, пастки қисмида оғриқни тортади қорин бўшлиғи, баъзида паст даражадаги иситма. Тиббий ёрдамга муурожаат қилмаган. Аста секин ҳолат нормаллашган. Асоратларсиз 2 та артифитсиал жарроҳлик аборт, охирги 9 ой ичида. 20 ёшдан бошлаб жинсий ҳаёт. Жинсий шериклар 3та. Ҳозирги вақтда 1та-9 йил мобайнида.

Гинеколог кўрувида 2 йил олдин бўлган. Онкотситология тести нормал эди. Гинекологик касалликлар: кандидоз вагинит 1 йил олдин ва Пимафусин курсини ўтаган, даволанишни назорат қилмаган. Контратсептсия-презерватив.

Тсикл куни 10.

Жинсий ҳолат: ташқи жинсий аъзолар тўғри ривожланган, жинсий бўшлиқ нормал, вулванинг териси ва шиллик пардалари гиперемик эмас.

Кўзгуларда: вагинал шиллик қават пушти, катлама этарли.ажралма оқ, мўтадил, бир хил.; бачадон бўйни цилиндрсимон, 9 соатлик танаффус билан деформатсияланган, узунлиги 1см, олдинги лаб кораконид гипертрофияланган, ташқи фаренкс ёрилган, деформатсияланган, олдинги лабда ташқи фаренксдан 1 см олдин, 10 дан 1 соатгача бўлган жойда қизғиш гранулоид тўқима кўринди, орқа лабда 6 см. соат. диаметри 4 мм бўлган шиллик қават юзасидан кўтарилган оқ нуқта тампон ёрдамида олинмаяпти. Сервикал каналдан ажралма оқчил шиллик, ТГ +.

Бимануал: вагина кенг, орқа гумбази бўш, ББ цилиндрсимон, деформатсияланган, ташқи фаренкс текширувчи бармоқнинг учини ички фаренксга ўтказди. Антефлехиодаги бачадон 5 ҳафтагача катталашган, тубероз, олд деворда диаметри 2 см бўлган тугун бор, қўшимчалар аниқланмайди.

1. Ушбу беморда бачадон бўйни патологияси учун қандай анамнестик хавф омиллари мавжуд?

2. Текширувда қандай патологик белгилар аниқланди?

3. Дастлабки ташхис.

4. Текширув вақтида қандай диагностик тестларни ўтказиш мумкин?
5. Текширувни тайинланг: турлари, вақти, частотаси.
6. Колпоскопия хулосасини шакллантириш
7. Текшириш ва даволаш режаси
8. Профилактик тавсиялар беринг.

Жавоб:

1. Туғруқ пайтида бачадон бўйни ёрилиши
2. Бачадон бўйни деформатсияси, бачадон бўйни каналининг ёрилиши, травмадан кейинги эктропион, лейкоплакия
3. Травмадан кейинги эктропион, лейкоплакия, кичик бачадон миомаси
4. Луғол эритмаси билан кислота билан намуна
5. Сервикал канал ва қин таркибидаги микроскопия учун намуна.
6. Оддий кўрсаткичлар билан-суюқ онкотситология тести, ХПВ тести.
7. ХПВ ва онкотситология натижаларидан қатъи назар - колпоскопия, лейкоплакия зонасининг эксизияси, кўрсатмаларга кўра-ББнинг бошқа жойларининг нишонли нуқта биопсияси.
8. Колпоскопиянинг тахминий хулосаси: этарли бўлмаган атипик колпоскопик расм, 2-турдаги ЗТ, ўзига хос бўлмаган белгилар - лейкоплакия
9. Биопсия натижаларига қараб: а)СИН бўлмаса, 6 ой давомида кузатув. б) агар СИН бўлса ёки лейкоплакиянинг тўлиқ бўлмаган эксизияси бўлса - соғлом тўқималарни ушлаш билан реекссизия.
10. 6 ойдан кейин. биопсия ёки эксизендан сўнг суюқ онкотситология, ХПВ тести, колпоскопия
11. Оддий онкотситология ва колпоскопия, ХПВ йўқлиги, архитектуранинг тикланиши билан ББ - 6 ойдан кейин онкотситологияни назорат қилиш.

12. Оддий онкотситология билан-3 йилдан кейин мунтазам скрининг.

13. Самарали контрацептсия ни тавсия этинг, тўсиқ билан бирлаштиринг.

### МАСАЛА 3

Бемор Б., 54 ёш. Онкотситология натижаси - HSIL билан профилактик текширувдан сўнг юборилган.

Вагинал қуруқлик, жинсий алоқа пайтида ноқулайлик ҳақида шикоятлар. одатдагидан кўра кўпроқ сарғиш вагинал ажралма пайдо бўлиши.

Анамнез: менарх 13 ёшдан бошлаб, тсикл мунтазам эди. Ҳомиладорлик 2, 1 ўз вақтида туғилиш асоратларсиз, 1 асоратсиз артифитсиал жарроҳлик аборт 20 йил олдин. Менопауза 3 йил.

22 ёшдан бошлаб жинсий ҳаёт. Жинсий шериклар 2. Ҳозирда йўқ-5 йил ичида.

Гинеколог кўруви 7 йил олдин бўлган. Онкотситология тести эсламайди. Гинекологик касалликлар: 30 ёшида 2 томонлама аднексит. Ўтмишда контрацептсия (10 йил олдин) - спирал, ҳозирда контрацептсия мавжуд эмас.

Жинсий ҳолат: ташқи жинсий аъзолар тўғри ривожланган, жинсий бўшлиқ бўш, вулва шиллик қавати гиперемикдир.

Кўзгуларда: вагина шиллик қавати гиперемик, майда қон томирлар билан, катлама камайган, сариқ ажралма, сийрак; бачадон бўйни цилиндрсимон, деформатсияланмаган. Сервикал каналдан ажралма йўқ. Сервиксинг орқа лаблари гипертрофияланган, 4 дан 8 соатгача шиллик қават юзасидан кўтарилган оқ рангли тўқима кўринади, диаметри 2 см бўлган тегилса қон кетадиган, нотекис контур билан.

Бимануал: вагина ўртача,гумбазлари бўш,ББ цилиндрсимон, кўпол сирт билан зич, ташқи фаренкс ёпиқ. Антефлехиодаги бачадон, кичик зич, ҳаракатчан, оғриқсиз. Ортиқлари аниқланмайди.



1. Ушбу беморда бачадон бўйни патологияси учун қандай анамнестик хавф омиллари мавжуд?
2. Текширувда қандай патологик белгилар аниқланди?
3. Дастлабки ташхис.
4. Текширув вақтида қандай диагностик тестларни ўтказиш мумкин?
5. Текширувни тайинланг: турлари, вақти, кўплиги
6. Колоскопик хулосани шакллантириш
7. Текшириш ва даволаш режаси
8. Профилактик тавсиялар беринг.

Жавоб:

1. Гинекологик текширув ва текширувнинг кўп йиллик йўқлиги
2. ББ орқа лабида патологик тўқималарнинг мавжудлиги,
3. Бачадон бўйни саратони
4. Лугол эритмаси билан кислота билан намуна
5. Сервикал канал ва қин таркибидаги микроскопия учун намуна.
6. Оддий кўрсаткичлар билан-суюқ онкотситология тести, П-16, ХПВ тести.
7. ХПВ ва онкотситология натижаларидан қатъи назар-колпоскопия, ББ нишонли нуқта биопсияси.
8. Колпоскопик хулоса: этарли бўлмаган атипик колпоскопик расм, инвазияга шубҳа
9. Биопсия натижаларига қараб: а) инвазив саратон ёки СИН тасдиқланганда 3 - онкотсентрга йўналиш б) СИН мавжуд бўлганда 2 - соғлом тўқималарни ушлаш билан пастки эксизияси.

10. 3 ойдан кейин. - суюқ ситология, п-16, колпоскопия, ХПВ тести
11. Оддий онкотситология ва колпоскопия билан, п-16, ХПВ йўқлиги - 6 ойдан кейин. суюқ онкотситология, ХПВ тести, колпоскопия
12. Оддий онкотситология ва колпоскопия билан - 6 ойдан кейин. суюқ онкотситология.
13. Оддий онкотситология билан-йилига бир марта скрининг.
14. Агар ситологик ёки колпоскопик анормаллик, P16 доимийлиги ва ХПВ аниқланса, такрорий эксизия.
15. Эстриол препаратлари билан маҳаллий интравагинал терапия.

#### МАСАЛА 4

Бемор М., 42 ёш. қайта к ўрув учун келди

Шикоятлари ёқ.

Анамнез: менарх 12 ёшдан бошлаб, ҳайз кўриш 28-30 кундан 3-4 кун давомида мунтазам, ўртача, оғриқсиз. Ҳомиладорлик 2, 2 ўз вақтида туғруқ асоратларсиз, охириги ҳомиладорлик (туғруқ) 10 йил олдин. Тсикл куни 20.

23 ёшдан бошлаб жинсий ҳаёт. Жинсий шериклар 4. Ҳозирги вақтда 1та15 йил давомида.

Гинеколог кўрувига 2-3 йил давомида 1 марта ташриф буйрган, охириги марта 3 ой олдин профилактик мақсадида кўринган. Текширув давомида шифокор ББ ҳолатига эътибор қаратди, онкоситология учун намуна олди. Онкотситология учун тест-LSIL. Микросокпия учун тест:СК: 7-9 лейкоцитлар., кўп шилимшиқ, таёқ флораси, қин: лейкоцитлар 9-11., эпителия, таёқ флораси, гинекологик касалликлар:ББнинг" эрозияси", 20 йил олдинКуйдирилган. 10 йил давомида контрацептсия-Жес.

Жинсий ҳолат: ташқи жинсий аъзолар тўғри ривожланган, жинсий бўшлиқ бўш, вулва шиллиқ қавати гиперемик эмас.

Кўзгуларда: вагинал шиллик қават гиперемик эмас, катлама этарли, ажралма оқчил, бир ҳил, ўртача,; бачадон бўйни цилиндрсимон, деформацияланмаган. Сервикал каналдан ажралма шаффоф шиллик пардалар, ТГ+. Эктосервиксинг шиллик қавати гиперемия жойлари ва нотекис юзаси билан нотекис рангга эга, СГ атрофида 1 мм қизғиш гранулоид тўқима кўринади. Лугол эритмаси билан синов ўтказилди, ёд негатив зоналар 10-12 соат ва 4-8 соат давомида учбурчак шаклидаги салбий зоналар.

Бимануал: вагина ўртача, гумбазлари буш, ББ цилиндрсимон, зич, ташқи фаренкс ёпиқ. Бачадон антефлехио, катталашмаган, ҳаракатчан, оғриқсиз. Ортиқлар аниқланмайди.

1. Ушбу беморда бачадон бўйни патологияси учун қандай анамнестик хавф омиллари мавжуд?
2. Текширувда қандай патологик белгилар аниқланди?
3. Дастлабки ташхис.
4. Текширув вақтида ўтказилган диагностик тестлар нимани билдиради?
5. Текширувни тайинланг: турлари, вақти, кўплиги
6. Колоскопик хулосани шакллантиринг
7. Текшириш ва даволаш режаси
8. Профилактик тавсиялар беринг.

Жавоб:

1. Ёшлигида бир нечта жинсий шериклар.
2. Эктосервикс ва ёднинг визуал равишда ўзгартирилган шиллик қавати салбий зонадир.
3. СИН 1-2

4. Йод-салбий зоналар эктосервикс эпителиясининг патологиясини кўрсатади.
5. Сервикал канал ва қин таркибидаги микроскопия учун намуна.
6. Оддий кўрсаткичлар билан-суюқ онкотситология тести, П-16, ХПВ тести.
7. ХПВ ва онкотситология натижаларидан қатъий назар колпоскопия, ББнинг мақсадли биопсияси.
8. Колпоскопик хулоса: этарли даражада атипик колпоскопик расм, энгил шикастланиш даражаси
9. Биопсия натижаларига қараб: а) син 1 мавжуд бўлганда - эпителийнинг аргонплазмик абласён; б) син мавжуд бўлганда 2-соғлом тўқималарни ушлаш билан пастки эксизияси.
10. 6 ойдан кейин. - суюқ ситология, п-16, колпоскопия, ХПВ тести
11. Оддий онкотситология ва колпоскопия билан, нормал п-16, ХПВ йўқлиги - 6 ойдан кейин. суюқ онкотситология, колпоскопия
12. Оддий онкотситология ва колпоскопия билан - 6 ойдан кейин. (суюқ) онкотситология.
13. Оддий онкотситология билан ҳар 3 йилда бир марта скрининг.
14. Гормонал контратсептсияни давом этиш.

## ТЕСТЛАР:

1. Ёнларда кичик лабия, олди томонда клиторис ва орқада кичик лабия френулум орасидаги бўшлиқ дейилади:

А-вестибуланинг катта беzi

Б-вестибуланинг кичик безлари

С-вагина вестибуласи

Д - катта лабия

2. Вестибуланинг катта беziда нечта чиқариш каналлари мавжуд:

А-тўрт

Б-битта

С-саккиз

Д-чиқариш канали йўқ

3. Вулвани қон билан таъминлаш:

А-ички ёнбош артериясининг ҳавзаси

Б-қорин аортаси

С-каротис артерия

Д-Бачадон артерияси

4. Вагинада қандай безлар жойлашган:

А-Мусин ишлаб чиқарадиган кичик бир хужайрали безлар

Б-либекрун безлари

С-Бруннер безлари

Д-қин безлари йўқ

5. Вагинанинг нормал узунлиги қанча:

А-18 см

Б-3-4 см

С - 10-12 см

Д-4 дан 15 см гача

6. Дермис қатламлари тақдим этилади:

А-папиллер ва маш қатламлари

Б-силиер ва қўпол қатламлар

С-фақат тиканли қатлам билан

Д-куб ва чизиқли қатламлар

7. Аденоз-бу қиннинг колпоскопик терминологиясидан аниқланган таъриф:

А-вагинал шиллиқ қаватдаги асетобел эпителияси

Б-вагинал шиллиқ қаватдаги цилиндрсимон эпителия

С-Вагинал шиллиқ қаватдаги метапластик эпителия

Д-юқоридаги вариантларда тўғри жавоб йўқ

8. Қайси қин касалликлари энг кўп учрайди:

А-прекансероз

Б-саратон касаллиги

С-ривожланиш аномалиялари

Д-яллиғланиш

9. Бартолиний безининг абссесини даволашнинг энг самарали усули:

А-физиотерапевтик таъсир

Б-антибактериал тизим терапияси

С-очиш ва дренажлаш

Д-гормон терапияси

10. Ликен склерозида вулва биопсияси қандай мақсадда амалга оширилади:

А-ҳеч қачон бажарилмайди

Б-вулванинг преинвазив ва саратон касаллигини истисно қилиш мақсадида

С-шикастланишдан кейин тўқималарнинг репаратив имкониятларини баҳолаш учун

Д- жарроҳлик майдонини пластик жарроҳлик учун тайёрлаш учун

11. Рангли (яшил) филтрлар орқали колпоскопия қандай мақсадда қўлланилади:

А-асетобел эпителийнинг зўравонлигини баҳолаш учун

Б-кандиломаларни ҳажмини аниқлаш учун

С-яҳши ва ёмон шикастланисни дифференциал ташхислаш учун

Д-қон томирларини баҳолаш учун

12. Десидуоз қуйидагиларни англатади:

А-оддий колпоскопик расм

Б-1-даражали аномал колпоскопик расм

С-2-даражали аномал колпоскопик расм

Д-ўзига хос бўлмаган белгилар билан аномал колпоскопик расм

13. Қўпол мозаика ва қўпол пунктасия белгиларига қуйидагилар киради:

А-оддий колпоскопик расм

Б-1-даражали аномал колпоскопик расм

С-2-даражали аномал колпоскопик расм

Д-ўзига хос бўлмаган белгилар билан аномал колпоскопик расм

14. Юпқа асетобел эпителияси, нозик мозаика ва нозик пунктасия белгилари:

А-оддий колпоскопик расм

Б-1-даражали аномал колпоскопик расм

С-2-даражали аномал колпоскопик расм

Д-ўзига хос бўлмаган белгилар билан аномал колпоскопик расм

15. Метапластик эпителия (очиқ ва ёпиқ безлар) қуйидагиларга тегишли:

А-оддий колпоскопик расм

Б-1-даражали аномал колпоскопик расм

С-2-даражали аномал колпоскопик расм

Д-ўзига хос бўлмаган белгилар билан аномал колпоскопик расм

16. Нотекис сирт ва яралар фониди атипик томирлар:

А-оддий колпоскопик расм

Б-1-даражали аномал колпоскопик расм

С-2-даражали аномал колпоскопик расм

Д-инвазияга шубҳа қилиш

17. Лейкоплакия ва эрозия:

А-оддий колпоскопик расм

Б-1-даражали аномал колпоскопик расм

С-2-даражали аномал колпоскопик расм

Д-ўзига хос бўлмаган белгилар билан аномал колпоскопик расм

18. Йод-салбий зонанинг мавжудлиги қуйидагиларни аниқлатади:



А-оддий колпоскопик расм

Б-1-даражали аномал колпоскопик расм

С-2-даражали аномал колпоскопик расм

Д-ўзига хос бўлмаган белгилар билан аномал колпоскопик расм

19. Тугма трансформатсия зонаси ва кондиломалар:

А-бошқа колпоскопик расмлар

Б-1-даражали аномал колпоскопик расм

С-2-даражали аномал колпоскопик расм

Д-ўзига хос бўлмаган белгилар билан аномал колпоскопик расм

20. Эндометриоз куйидагиларни англатади:

А-оддий колпоскопик расм

Б-1-даражали аномал колпоскопик расм

С-бошқа колпоскопик белгилар

Д-ўзига хос бўлмаган белгилар билан аномал колпоскопик расм

21. Тизма белгиси ва шикастланиш ичида зичроқ асетобел қисмининг контурлари мавжудлиги:

А-оддий колпоскопик расм

Б-1-даражали аномал колпоскопик расм

С-2-даражали аномал колпоскопик расм

Д-ўзига хос бўлмаган белгилар билан аномал колпоскопик расм

22. Сервикал канал қандай шаклга эга:

А-хуни шаклида

Б-учбурчак

С-фусиформ

Д-овал

23. "Ҳаёт дарахти" қаерда:

А-сервикал каналда

Б-бачадон бўшлиғида

С-Бачадон найчаларида

Д-қин деворида

24. Коп қатламли ясси эпителий нормал қалинлиги қанча:

А - 1000-1200 микрон

Б - 150-240 микрон

С - 1-2 микрон

Д-5 мм

25. Коп қатламли ясси эпителий ўзгаришининг тўлиқ тсикли қуйидагича давом этади:

А-7 кун

Б-3 йил

С – 30 кун

Д-4-5 кун

26. Силиндрсимон эпителий да қанча ҳужайра қатлами мавжуд:

А-2

Б-4

С-1

Д-5

27. Қайси эпителия асосан трансформатсия зонасида жойлашган:

А-метапластик

Б-силиндрсимон

С-кўп қатламли текис кератинлаштирувчи

Д-кўп қатламли текис кератинсиз

28. Репродуктив ёшдаги аёлда вагина Пх нормаси:

А-6-7

Б-3.8-4.5

С-2,5-3,5

Д-7.4-10

29. Сервиксдан ситологик текширув учун материал олишда қайси воситани танлаш керак:

А-еира спатула

Б-тугмачали проб

С-ситошет

Д-пахта сумкаси

30. Ҳозирги вақтда ситологик хулосаларни талқин қилиш учун қандай тизим қўлланилади:

А-Бетесда тизими

Б-таснифи МЕД-РТ

С-тизим ИСПС

Д-тизим ДСМ

31. Оддий ситологик расмга қандай хулоса мос келади:

A – ASCUS

Б – HSIL

С – LSIL

Д – ХСИЛ

32. Бачадон бўйни энгил дисплазияси шубҳасига қандай хулоса мос келади:

A– ASCUS

Б – НИЛМ

С– LSIL

Д-HSIL

33. Бачадон бўйни дисплазиясининг шубҳасига қандай хулоса мос келади:

A– ASCUS

Б – HSIL

С– LSIL

Д-ХСИЛ

34. Қайси тавсиф тўғри суюқ ситология технологиясига мос келади:

A-материал ситошет томонидан олинади ва суюқ муҳитга жойлаштирилади

Б - материал ситошет ёрдамида олинади ва слайдга қўлланилади

С-материал ЭИР спатула билан олинади ва суюқ муҳитга жойлаштирилади

Д-материал пахта сумкаси билан олинади ва суюқ муҳитга жойлаштирилади

35. ХПВ тести учун материални ўз-ўзидан олиш тизимининг номи нима:

A-Трускрин

Б-Квинтип

С-Бетесда

Д-Вегас

36. Бачадон бўйни патологиясини ташхислашнинг "олтин стандарти" бу:

А-колпоскопия

Б-ситологик усул

С-гистологик усул

Д-ХПВ тести

37. Трансформатсия зонасининг пастки электроексизатсиясининг қисқартмаси:

А– ЛЕЕП

Б –LSIL

С– HSIL

Д– ЛЛЕТЗ

38. Бачадон бўйни саратонига олиб келадиган энг" хавфли " ХПВ турлари:

А - 16 ва 18

Б-45 ва 51

С-6 И11

Д– 31 ва 33

39. Беморнинг қонида ХПВни аниқлаш мумкинми:

А-мумкин, ҳар доим

Б-мумкин эмас, ҳеч қачон

С-бирламчи инфексиядан 24 ой ўтгач мумкин

Д-мумкин, фақат аёлларда ҳайз даврининг 1-босқичида

40. Прекансер ва бачадон бўйни саратонини бирламчи скрининг қилиш учун оптик-електр тизимининг номи нима:

А-МИС

Б-Бетесда

С-Трускрин

Д-Колпоскоп

41. Бачадон бойни учун скрининг қайси ёшдан бошланади:

А-18 ёшдан

Б-30 ёшдан

С-жинсий ҳаётнинг бошланишидан бошлаб

Д-21 ёшдан

42.ББ учун скрининг қайси ёшда тугайди:

А-65 ёшда

Б-70 ёшда

С-тугаш муддати йўқ

Д- 90 ёшда

43. 30 ёшгача бўлган аёлларда онкотситология учун суртмани қанчалик тез-тез олиш керак:

А-йилига бир марта

Б – 3 йилда бир марта

С-5 йилда бир марта

Д-даволовчи шифокорнинг хоҳишига кўра

44. 30 ёшдан кейин аёлларда онкотситология ва ХПВ тестини қанчалик тез-тез олиш керак:

А-йилига бир марта

Б– 3 йилда бир марта

С-5 йилда бир марта

Д-даволовчи шифокорнинг хоҳишига кўра

45. Биргаликда синов нима:

А-сууюқлик ситологиясини ўтказиш

Б-флора учун суртма ва онкотситология учун суртма

С-юқори онкоген ва паст онкоген ХПВ тести

Д-бачадон бўйни ситологияси ва ХПВ тести

46. Бачадон бўйни цилиндрсимон эпителиясининг эктопияси:

А-сервиксин нормал ҳолати

Б-бачадон бўйни прекансероз касаллиги

С-сервиксин яллиғланиш касаллиги

Д-бачадон бўйни инверсияси

47. Сервикал лейкоплакия билан касалланган беморни бошқариш тактикаси:

А - фақат ҳалокатли даволанишни амалга ошириш

Б-истисно қилиш учун биопсия қилиш СИН кератоз майдони остида, кейин кузатиш мумкин

С-фақат яллиғланишга қарши терапияни ўтказиш

Д-даволашсиз кузатиш

48. Тўғри баёотни танланг:

А-нейтрал электрод тоза ва куруқ териға қўлланилиши керак.

Б-нейтрал электрод стерил чойшаб қатлами орқали териға қўлланилиши керак.

С-нейтрал электрод оператсия жойидан иложи борича узоқроқ жойда жойлашган бўлишикерак.

Д-нейтрал электрод беморнинг танасининг аниқ мушак массаси бўлмаган жойларига (думба, соннинг антероокуляр юзаси) қўлланилиши керак.

49. Рўйхатда келтирилган вариантлар орасида бачадон бўйни оператсиялари пайтида қайта ишлатиладиган нейтрал электродни қўллаш учун энг хавфсиз жойни танланг:

А-Қорин.

Б-Орқа.

С-соннинг Д-Думба.

50. Гистология учун материал олишда қайси режимдан фойдаланиш афзалроқ?

А-"АРАЛАШ".

Б- «Аралаш1».

С- «Кесиш».

Д-санаб ўтилганлардан бари.

51. Тўп электроди билан радио тўлқинли коагулятсия чуқурлигини нима аниқлайди?

1. Қурилмадаги ўрнатилган қувватдан.

2. Шифокорнинг кайфиятидан.

3. Қурилманинг танланган ишлаш режимидан.

4. Матога таъсир қилиш вақтидан бошлаб.

А-1,3,4.

Б-1,2.

С-юқорида айтилганларнинг барчаси.

Д - 3, 4.

52. Паст частотали ултратовушга эга бўлган биологик таъсирларга қуйидагилар киради:

А-Бактеритсид.

Б-Микромассаж.

С-Некролитик.



Д-Фонофоретик.

Е-барча жавоблар тўғри.

53. Паст частотали ултратовуш ёрдамида тўқималарга таъсир қилганда, бу содир бўлмайди:

А-ишлов бериладиган сиртларни бактериал плёнкалардан ва патологик детритдан тозалаш.

Б-дори воситаларининг тўқималарга чуқур кириб бориши.

С-танадаги сув-туз балансини нормаллаштириш.

Д-тўқималарда микроциркуляция ва метаболик жараёнларни такомиллаштириш (микромассаж).

54. Гинекологияда кавитланган эритма билан даволанишга қарши кўрсатма:

А-бачадон бўйни, қин ва вулванинг юқумли ва яллиғланиш касалликлари (колпит, вулвовагинит, сервитсит ва бошқалар).

Б-бола туғилгандан, Абортдан, тушишдан кейин ўткир эндометрит.

С-ҳомиладор бачадоннинг аниқ қўзғалувчанлиги ва гипертониклиги.

Д-жарроҳлик аралашувидан кейин яра юзасида яллиғланиш реактсияси.

55. Кавитация ришталари яра юзасига тушганда:

А-микрофлоранинг ўсишини бостириш.

Б-репаратив жараёнларнинг тезлашиши.

С-ярани некроздан тезроқ тозалаш.

Д-барча жавоблар тўғри.

1-ИН, 2-Б, 3-А, 4-Г, 5-ИН, 6-А, 7-Б, 8-Г, 9-ИН, 10-Б, 11-Г, 12-А, 13-ИН, 14-Б, 15-А, 16-Г, 17-Г, 18-Г, 19-А, 20-ИН, 21-ИН, 22-ИН, 23-А, 24-Б, 25-Г, 26-ИН, 27-А, 28-Б, 29-ИН, 30-А, 31 - Б, 32-ИН, 33-Г, 34-А, 35-Б, 36-ИН, 37-Г, 38-А,

39-Б, 40-ИН, 41-Г, 42-А, 43-Б, 44-ИН, 45-Г, 46-А, 47-Б, 48 - А, 49 - Г, 50-ИН, 51 - А, 52-Г, 53-ИН, 54-ИН, 55-Г

### Фойдаланган адабиётлар

1.Акушер-гинеколог амалиётида радио тўлқин ва аргон плазмаси / эд. - М.: журнал нашриёти СтатусПраесенс, 2016. - 216 п.

2.Акушерлик ва гинекологик касалликларнинг олдини олиш ва даволашда ултратовушли кавитатсия. Шифокорлар учун амалий қўлланма-2-нашр. Т. А. Обоскалова, э. ю.Глухов ва бошқалар — Екатеринбург, 2020. - 168 п. "ФОТЕК" МЧЖ нашриёти.

3.Карахалис Л.Ю., Зуева Т.П., Петренко С.И. Оптимизация терапии дисплазий шейки матки, ассоциированных с впч-инфекцией // Проблемы репродукции. – 2012. – Т.5. – С. 1–4.

4.Клинические рекомендации «Цервикальная интраэпителиальная неоплазия, эрозия и эктропион шейки матки». Российское общество акушеров-гинекологов (РОАГ) · Общероссийская общественная организация «Российское общество специалистов по профилактике и лечению опухолей репродуктивной системы» (РОСОРС) Год утверждения 2020

5.Киселев В.И., Муйжнек Е.Л. Молекулярные механизмы развития дисплазии шейки матки: новые знания – новые возможности. – М.: Ильмикс Групп, 2012.

A рандомизед триал он тхе манAGEMENT оф low-граде скуамоус интраэпитхелиал лесион сйтологй интерпретатионс. Американ жоурнал оф обстетрисс анд гйнесологй. 2003;188:1393–400.

6.Анттила А, Ниеминен П. Сервисал сансер ссреенинг программе ин Финланд витх ан эхампле он имплементинг алтернативе ссреенинг методс. Солл. Антропол. 2007;31(Суппл 2):17–22.

7.Апостолидоу С, Хадвин Р, Бурнелл М, Жонес А, Бафф Д, Пйндиах Н, Моулд Т, Жасобс ИЖ, Беддовс С, Косжан Г, Видсчwendтер М. ДНА метхйлатион анализис ин ликуид-басед сйтологй фор сервисал сансер ссреенинг. Инт Ж Сансер. 2009;125(12):2995–3002.

8.Апплебй П, Берал В, Беррингтон де Гонзалез А, Солин Д, Франсесчи С, Гоодилл А, Грeен Ж, Пето Ж, Плуммер М, Sweetланд С. Сарсинома оф тхе сервис анд тобассо смокинг: соллаборативе реанализис оф индивидуал дата он 13,541 women витх сарсинома оф тхе сервис анд 23,017 women витхоут сарсинома оф тхе сервис фром 23 эпидемиологисал студиес. Инт Ж Сансер. 2006;118(6):1481–1495.

9. Арбйн М, Анттила А, Жордан Ж, Ронсо Г, Сченск У, Сегнан Н, эт ал. Эуропеан Гуиделинес фор Куалитй Ассурансе ин Сервисал Сансер Ссреенинг. Сесонд эдитион--суммарй документ. Анналс оф онсологй: оффисиал жоурнал оф тхе эуропеан Сосиетй фор Медисал Онсологй/ЕСМО. 2010;21:448–58.
10. Арбйн М, Бергерон С, Клинкхамер П, Мартин-Хирсч П, Сиеберс АГ, Бултен Ж. Ликуид сомпаред витх сонвентионал сервисал сйтологй: а сйстематис ревиеш анд мета-аналйсис. Обстет. Гйнесол. 2008;111:167–177.
11. Арбйн М, Ронсо Г, Анттила А, Меижер СЖ, Полжак М, Огилвие Г, эт ал. Эвиденсе регардинг хуман папилломавирус тестинг ин сесондарй превентион оф сервисал сансер. Вассине. 2012;30:Ф88–Ф99.
12. Арбйн М, Ронсо Г, Сузиск Ж, Wentzenсен Н, Састле ПЕ. How to эвалуате эмергинг течнологис ин сервисал сансер среенинг? Интернационал жоурнал оф сансер Жоурнал интернационал ду сансер. 2009;125:2489–96.
13. Арбйн М, Смитх СБ, Темин С, Султана Ф, Састле П. Детестинг сервисал пресансер анд реачинг ундерсреенед women бй усинг ХПВ тестинг он селф самплес: упдате д мета-аналйсес. БМЖ. 2018;363:к4823.
14. Арбйн М, Сниждерс ПЖ, Меижер СЖ, Беркхоф Ж, Сусчиери К, Косжан БЖ, эт ал. Wхич хигх-риск ХПВ ассайс фулфил критериа фор усе ин примарй сервисал сансер среенинг? Слин. Мисробиол. Инфест. 2015;21:817–826.
15. Арбйн М, Вердоодт Ф, Сниждерс ПЖ, Верхоэф ВМ, Суонио э, Диллнер Л, эт ал. Ассурасй оф хуман папилломавирус тестинг он селф-соллестед версус слинисаан-соллестед самплес: а мета-аналйсис. Лансет Онсол. 2014;15:172–183.
16. Аро К, Ниеминен П, Лоуванто К, Жакобссон М, Виртанен С, Лехтинен М, эт ал. Аге-спесифис ХПВ тйпе дистрибутион ин хигх-граде сервисал дисеасе ин среенед анд унвассинатед women. Гйнесол. Онсол. 2019;154:354–359.
17. Атталеб М, эл хамадани W, Кхятти М, Бенбасер Л, Бенчекроун Н, Бенидер А, Амрани М, эл Мзибри М. Статус оф п16(ИНК4а) анд э-садхерин гене промотер метхйлатион ин Мороссан пациентс витх сервисал сарсинома. Онсол Рес. 2009;18(4):185–192.
18. Баинс, И., Чои, Й. Х., Солдан, К., Жит, М. Слинисал импаст анд сост-еффестивенесс оф примарй сйтологй версус хуман папилломавирус тестинг фор сервисал сансер среенинг ин энгланд. Инт. Ж. Гйнесол. Сансер ижгс-2018-000161 (2019).
19. Блансо-Лукуин И, Гуарч Р, Ожер А, Перез-Жанисес Н, Мартин-Санчез э, Мариа-Руиз С, Монреал-Сантестебан И, Блансо-Фернандез Л, Пернаут-Леза э, эссорс Д, Гуерреро-Сетас Д. Дифференциал роле оф гене хйперметхйлатион ин аденосарсиномас, скуамоус селл сарсиномас анд

сервисал интраепитхелиал лесионс оф тхе утерине сервих. Патхол Инт. 2015;65(9):476–485.

20. СансерРесearчУК. Сервисал сансер инсиденсе статистисс. [хттпс://www.сансерресearчук.орг/хеалтх-професионал/сансер-статистисс/статистисс-бй-сансер-тйпе/сервисал-сансер/инсиденсе.](http://www.сансерресearчук.орг/хеалтх-професионал/сансер-статистисс/статистисс-бй-сансер-тйпе/сервисал-сансер/инсиденсе.) (2015).

21. Сарестиато ФН, Афонсо ЛА, Мойсес Н, Алмеида Филхо ГЛ, Веларде ЛГ, Савалсанти СМ. Ан упвард тренд ин ДНА п1бинк4а метхйлатион паттерн анд хигх риск ХПВ инфестион ассординг то тхе северитй оф тхе сервисал лесион. Рев Инст Мед Троп Сао Пауло. 2013;55(5):329–334.

22. Састле ПЕ, Сидери М, Жеронимо Ж, Соломон Д, Счиффман М. Риск ассесмент то гуиде тхе превентион оф сервисал сансер. Америсан жоурнал оф обстетрисс анд гйнесологй. 2007;197:356.e1–6.

23. Састле ПЕ, Столер МХ, Вригхт ТС, Жр., Шарма А, Вригхт ТЛ, Бехренс СМ. Перформансе оф сарсиногенис хуман папилломавирус (ХПВ) тестинг анд ХПВ16 ор ХПВ18 генотйпинг фор сервисал сансер ссреенинг оф вомен агед 25 еарс анд олдер: а субаналйсис оф тхе АТХЕНА студй. Лансет Онсол. 2011;12:880–890.

24. Чои КХ, Лее СW, Ю М, Жеонг С, Лее ЖW, эт ал. Сигнифисансе оф элеватед ССС-Аг левел он тумор ресурренсе анд пациент сурвивал ин пациентс витх скуамоус-селл сарсинома оф утерине сервих фоллоуинг дефинитиве чеморадиотхерапй: а мулти-институционал анальсис. Ж Гйнесол Онсол. 2019;30:e1. doi: 10.3802/жго.2019.30.e1.

25. Солеман Д, Дай Н, Доуглас Г, Фармерй э, Лйнге э, Пхилип Ж, эт ал. Эуропеан Гуиделинес фор Куалитй Ассурансе ин Сервисал Сансер Ссреенинг. Эуропе агаинст сансер программе. Эур. Ж. Сансер. 1993;29А(Суппл 4):С1–С38.

26. Сузиск Ж, Славел С, Петрй КУ, Меижер СЖ, Хоер Х, Ратнам С, эт ал. Овервиеш оф тхе эуропеан анд Нортх Америсан студиес он ХПВ тестинг ин примарй сервисал сансер ссреенинг. Инт. Ж. Сансер. 2006;119:1095–1101.

27. Сузиск Ж, Wхеелер С. Неед фор эхпандед ХПВ генотйпинг фор сервисал ссреенинг. Папилломавирус Рес. 2016;2:112–115.

28. де Кок И, Корфаге ИЖ, ван ден Хоут WB, Хелмерхорст ТЖМ, Хаббема ЖДФ, эссинк-Бот МЛ, эт ал. Куалитй оф лифе ассумпционс детермине вхич сервисал сансер ссреенинг стратегиес аре сост-эффестиве. Инт. Ж. Сансер. 2018;142:2383–2393.

29. Кок ИМ, ван Росмален Ж, Диллнер Ж, Арбйн М, Сасиени П, Ифтнер Т, эт ал. Примарй ссреенинг фор хуман папилломавирус сомпаред витх сйтологй ссреенинг фор сервисал сансер ин эуропеан сеттингс: сост эффестивенесс анальсис басед он а Дутч мисросимулатион модел. БМЖ. 2012;344:e670.

30. ДерСимониан Р, Каскер Р. Рандом-еффестс модел фор мета-аналйсис оф слинисал триалс: ан упдате. Сонтемп Слин Триалс. 2007;28(2):105–114.
31. Донг СМ, Ким ХС, Рха Ш, Сидранскй Д. Промотер хйперметхйлатион оф мултипле генес ин сарсинома оф тхе утерине сервих. Слин Сансер Рес. 2001;7(7):1982–1986.
32. Дуенас-Гонзалез А, Зарба ЖЖ, Пател Ф, Алседо ЖС, Беслижа С, эт ал. Пхасе ИИИ, опен-лабел, рандомизед студй сомпаринг сонсуррент гемситабине плус сисплатин анд радиатион фоллоуед бй аджувант гемситабине анд сисплатин версус сонсуррент сисплатин анд радиатион ин пациентс витх стаге ИИБ то ИВА сарсинома оф тхе сервих. Ж Слин Онсол. 2011;29:1678–1685. дои: 10.1200/ЖСО.2009.25.9663.
33. Фенг К, Баласубраманиан А, Хавес СЕ, Тоуре П, Сом ПС, Дем А, Дембеле Б, Сритчлоу СW, Хи Л, Лу Х, МсИнтош MW, Ёунг AM, Кивиат НБ. Детестион оф хйперметхйлатед генес ин women витх анд витхоут сервисал неопласиа. Ж Натл Сансер Инст. 2005;97(4):273–282.
34. Ферлай Ж, Шин ХР, Брай Ф, Форман Д, Матхерс С, Паркин ДМ. Эстиматес оф ворлдвиде бурден оф сансер ин 2008: ГЛОБОСАН 2008. Инт Ж Сансер. 2010;127(12):2893–2917.
35. Ферлай Ж, Соержоматарам И, Дикшит Р, эсер С, Матхерс С, Ребело М, эт ал. Сансер инсиденсе анд морталитй ворлдвиде: соурсес, метходс анд мажор паттернс ин ГЛОБОСАН 2012. Инт. Ж. Сансер. 2015;136:E359–E386.
36. Феррис ДГ, Самакосес Р, Блоск СЛ, Лазсано-Понсе э, Рестрепо ЖА, Мехлсен Ж, эт ал. 4-валент хуман папилломавирус (4вХПВ) вассине ин преадолесентс анд адолесентс афтер 10 еарс. Педиатрисс. 2017;140:e20163947.
37. Фоллен М., Ричард–Кортум Р. Эмергинг течнологиес анд сервисал сансер // Ж Натл Сансер Инст. – 2000. – Т. 92363. – С .65.
38. Франсо эЛ, Махмуд СМ, Тота Ж, Ференсзй А, Соутлее Ф. Тхе эхпестед импаст оф ХПВ вассинатион он тхе асурасй оф сервисал сансер ссреенинг: тхе неед фор а парадигм чанге. Арч. Мед. Рес. 2009;40:478–485.
39. Фу Хи,Л, Счиффман М, Ке Й, Хугхес ЖП, Галлоуай ДА, Хе З, эт ал. Тйпе-депендент ассосиатион бетвеен риск оф сервисал интраепитхелиал неопласиа анд вирал лоад оф онсогенис хуман папилломавирус тйпес отхер тхан тйпес 16 анд 18. Инт. Ж. Сансер. 2017;140:1747–1756.
40. Фуртадо ЙЛ, Алмеида Г, Латтарио Ф, Силва КС, Малдонадо П, Силвеира ФА, до Вал ИС, Фонсеса Р, Сарвалхо Мда Г. Тхе пресенсе оф метхйлатион оф тхе p16INK4A гене анд хуман папилломавирус ин хигх-граде сервисал скуамоус интраепитхелиал лесионс. Диагн Мол Патхол. 2010;19(1):15–19.
41. Гаге ЖС, Счиффман М, Катки ХА, Састле ПЕ, Феттерман Б, Wentzenсен

Н, эт ал. Реассурансе агаинст футуре риск оф пресансер анд сансер сонферред бй а негативе хуман папилломавирус тест. Жоурнал оф тхе Натионал Сансер Институте. 2014;106

42.Георге Колиопоулос, Висториа Н Няга, Нансй Сантессо, Andrew Брянт, Пиерре ПЛ Мартин-Хирсч, Реем А Мустафа, Холгер Счйнеманн, эвангелос Параскеваидис, Марс Арбйн, анд Сочране Гйнаесологисал, Неуро-онсологй анд Орпхан Сансер Гроуп. Сйтологй версус ХПВ тестинг фор сервисал сансер ссреенинг ин тхе генерал популатион//Сочране Датабасе Сйст Рев. 2017 Ауг; 2017(8): СД008587.Публишед онлайн 2017 Ауг 10. дои: 10.1002/14651858.СД008587.пуб2

43.Гиорги Росси П, Сароззи Ф, Федериси А, Ронсо Г, Заппа М, Франсесчи С. Сервисал сансер ссреенинг ин women вассинатед агаинст хуман папилломавирус инфестион: ресоммендатионс фром а консенсус сонференсе. Прев. Мед. 2017;98:21–30.

44.Голдхабер-Фиеберт ЖД, Стоут НК, Саломон ЖА, Кунтз КМ, Голдие СЖ. Сост-еффестивенесс оф сервисал сансер ссреенинг витх хуман папилломавирус ДНА тестинг анд ХПВ-16,18 вассинатион. Ж. Натл Сансер Инст. 2008;100:308–320.

45.Гравитт ПЕ, Ковасис МБ, Херреро Р, Счиффман М, Братти С, Хилдешеим А, эт ал. Хигх лоад фор мост хигх риск хуман папилломавирус генотйпес ис ассоиатед витх превалент сервисал сансер пресурсорс бут онлй ХПВ16 лоад предистс тхе девелопмент оф инсидент дисеасе. Инт. Ж. Сансер. 2007;121:2787–2793.

46.Гуан П, Ховелл-Жонес Р, Ли Н, Бруни Л, де Санжосé С, Франсесчи С, эт ал. Хуман папилломавирус тйпес ин 115,789 ХПВ-поситиве women: А мета-аналйсис фром сервисал инфестион то сансер. Инт. Ж. Сансер. 2012;131:2349–2359.

**ИСАКОВА ДИЛНОЗАХОН БАХТИЁРОВА**

**Акушерлик ва гинекология**

**Фанидан**

**БАЧАДОН БЎЙНИ  
КАСАЛЛИКЛАРИ ТАШХИСИ ВА  
ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ**

**ЎҚУВ ҚЎЛЛАНМА**

**Korrektor va dizayn: K.B. Baxridinov**  
**Format 60x90/16,**  
**Ofset qog‘ozi. Garnitura Times New Roman.**  
**170127, Andijon, Yu.Otabekov ko‘chasi, 1-uy.**  
**Telefon: +998889993415**  
**e-mail: ClinicalBooksShop@mail.ru**  
**[http:// ClinicalBooksShop.uz](http://ClinicalBooksShop.uz)**

**АНДИЖОН 2023**