

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС
ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ**

ИСАКОВА ДИЛНОЗАХОН БАХТИЁРОВА

Акушерлик ва гинекология

Фанидан

**ВУЛВА ВА ҚИН 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.

***Вулва ва қин касалликлари таъхиси ва даволаш
усуллари nomli o‘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:
100138



МУНДАРИЖА

ҚИСҚАРТМАЛАР.....	7
КИРИШ.....	8
I – БОБ	
1.1 ВУЛВА ВА ҚИН АНАТОМИЯСИ ВА ФИЗИОЛОГИЯСИ.....	9
ВУЛВА ва қин касалликларини МКБ10 томонидан таснифлаш.....	15
1.2.КОЛПОСКОПИЯ УСУЛНИНГ ТАМОЙИЛЛАРИ ВА АСОАЛАРИ.....	38
1.3.ПАПИЛЛОМАВИРУС ИНФЕКТСИЯСИ. ПРЕКАНСЕРОЗ КАСАЛЛИКЛАР...	49
1.4.ЭЛЕКТРОЖАРРОҲЛИК-УСУЛНИНГ ТАМОЙИЛЛАРИ ВА АСОСЛАРИ.....	60
II – БОБ	
2.1. ҚИН ВА ВУЛВА ПАТОЛОГИЯСИДА КАВИТАТСИЯЛАНГАН ЭРИТМАЛАРДАН ФОЙДАЛАНИШ.....	94
2.2. Қин ва вулва патологияларини даволаш учун ишлатиладиган кавитатсия ултратовушли жарроҳлик аппаратлари.....	103
2.3. Ултратовушли кавитатсия терапиясини амалга ошириш учун воситалар.....	104
Фойдаланган адабиётлар.....	111

АННОТАЦИЯ

Вулва ва қин касалликлари узининг анатомияси, физиологияси, морфологияси ўзига ҳослиги билан биргаликда қинда кам учрайдигон патологиялар ҳозирги замонда жуда долзарб мавзу бўлиб қин ва вулва патологияси батафсил ёритувчи адабиётлар мавжуд булиши жуда муҳим. Ушбу патологияларни ташхислаш, даволаш ва олдини олиш учун, даволовчи гинеколог ва онкогинекологлардан аъзолар анатомияси, физиологияси, морфологиясини чуқур билиш талаб қилинади. Қин ва вулва патологиялари, айниқса ёмон сифатлик ўсмалар кўп учрашига қарамасдан илк этапларда ташхислаш муаммо туғдиради ва гинекологик беморларни ўлимини асосий сабабларидан бири бўлиб ҳисобланади. Баъзи касалликлар жуда кам учраши сабабли практик врачларда ушбу касалликларни ташхислаш ва қиёслик ташхиш ўтказиш қийинчилик туғдиради. Ҳозирги вақтда аҳолини ижтимоий ҳимоя қилиш, соғлиқни сақлаш тизимини такомиллаштириш борасида кенг кўламли ишлар амалга оширилмоқда. Ушбу йўналишда, хусусан, қин ва вулва касалликларини эрта ташхислаш ва профилактикаси натижаларини яхшилашда ижобий натижаларга эришилган. Шу билан бирга, кўрсатилаётган даволаш ва профилактик ёрдамни яхшилаш учун вулва ва қин касалликларини эрта ташхисини оптималлаштириш бўйича далилларга асосланган натижалар талаб қилинади. 2022-2026 йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегиясида аҳолига малакали тиббий хизмат кўрсатиш сифатини ошириш вазифалари белгиланган.

АННОТАЦИЯ

Заболевания вульвы и влагалища, вместе со своеобразием его анатомии, физиологии и морфологии, редкие патологии влагалища, являются очень актуальной темой в настоящее время, очень важно иметь литературу, подробно освещающую патологию влагалища и вульвы. Для диагностики, лечения и профилактики этих патологий лечащим врачам-гинекологам и онкогинекологам необходимы глубокие знания анатомии, физиологии, морфологии органов. Патологии влагалища и вульвы, особенно низкодифференцированные опухоли, встречаются часто, но диагностика на ранних стадиях представляет проблему и является одной из основных причин

смерти гинекологических больных. В связи с редкостью возникновения некоторых заболеваний практическим врачам трудно диагностировать эти заболевания и проводить сравнительную диагностику. В настоящее время проводятся масштабные работы в области социальной защиты населения и оздоровления система ухода. В этом направлении, в частности, достигнуты положительные результаты по улучшению результатов ранней диагностики и профилактики заболеваний вульвы и влагалища. улучшить оказываемую лечебно-профилактическую помощь. В стратегии развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы определены задачи повышения качества оказания квалифицированных медицинских услуг населению.

ANNOTATION

Diseases of the vulva and vagina, together with the uniqueness of its anatomy, physiology, and morphology, rare pathologies of the vagina are a very relevant topic nowadays. It is very important to have literature that covers the pathology of the vagina and vulva in detail. In order to diagnose, treat and prevent these pathologies, treating gynecologists and oncogynecologists in-depth knowledge of the anatomy, physiology, and morphology of organs is required. Vaginal and vulva pathologies, especially low-quality tumors are common, but diagnosis in the early stages is a problem and is one of the main causes of death of gynecological patients. Due to the rare occurrence of some diseases, it is difficult for practicing doctors to diagnose and compare these diseases. Currently, large-scale works are being carried out in the field of social protection of the population and improvement of the health care system. In this direction, in particular, positive results have been achieved in improving the results of early diagnosis and prevention of vaginal and vulva diseases. However, evidence-based results are needed to optimize early diagnosis of vulvar and vaginal diseases to improve treatment and preventive care. In the development strategy of New Uzbekistan for 2022-2026, the tasks of improving the quality of qualified medical services to the population are defined.

ҚИСҚАРТМАЛАР РЎЙХАТИ

ЖССТ- Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти.

МКБ10-қайта кўриб чиқилган касалликларнинг халқаро таснифи

LSIL-(Low grade skuamoус интраэпителиал лесионс)Ясси эпителийнинг интраэпителиал паст даража шикастланиши.

V1L-Вулванинг интраэпителиал неоплазияси.

ББ-бачадон бўйни

ББС- бачадон бўйни саратони

РАР-Кин суртмаси Папаниколау усули

SCC- Ясси эпителийнинг карциномаси

ИФСПС -Колпоскопия ва сервикал потология бўйича халқаро федерасия.

HSIL--(Ҳигҳ граде skuamoус интраэпителиал лесионс) – Ясси эпителийнинг интраэпителиал юкори даража шикастланиши.

ASCUS – (атипик skuamoус хужайралар) – skuамоз эпителийнинг атипик хужайралари.

ХПВ- Хуманс папиллома вирус (Одам папиллома вируси)

ЗЭ-Занжирли электроекссизатсияси

ЛЭЭП-Лооп электржарроҳлик эксизён жараёни

Кириш.

Жаҳон амалиётида ҳозирги вақтда вулва ва қин касалликларини эрта ташхислаш, даволаш ва олдини олишни такомиллаштириш бўйича тадқиқотлар энг долзарб бўлиб қолмоқда, турли хил диагностик, прогностик ва иммунологик аҳамияти ўрганилмоқда, шунингдек, профилактик таъсир учун нишонларни аниқлаш учун қўшимча имкониятлар яратиши мумкин. Кенг миқёсли скрининг маълумотлар тўпламидан фойдаланиб вулва ва қин касалликларини эрта ташхислаш учун миллий моделлар, масофавий ўқитиш ва теле-менторлик дастурлари ишлаб чиқилмоқда. Аҳолини ижтимоий ҳимоя қилиш, соғлиқни сақлаш тизимини такомиллаштириш борасида кенг қўламли ишлар амалга оширилмоқда. Ушбу йўналишда, хусусан, вулва ва қин касалликларини эрта ташхислаш ва профилактикаси натижаларини яхшилашда ижобий натижаларга эришилган. Шу билан бирга, кўрсатилаётган даволаш ва профилактик ёрдамни яхшилаш учун вулва ва қин скринингини оптималлаштириш бўйича далилларга асосланган натижалар талаб қилинади. 2022-2026 йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегиясида аҳолига малакали тиббий хизмат кўрсатиш сифатини ошириш вазифалари белгиланган. Ушбу вазифаларни амалга ошириш, жумладан, вулва ва қин касалликларини эрта ташхислаш ва прогнозлашга янги инновацион ёндашув орқали даволаш ва профилактика натижаларини яхшилаш долзарб йўналишлардан бири ҳисобланади.

Ушбу ўқув қўлланма амалиётчига вулва ва қин касалликлари бўлган аёлларга ёрдам бериш муаммоларини ҳал қилишга қаратилган. Гинекология ва онкогинекологияда 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.ВУЛВА ВА ҚИН АНАТОМИЯСИ ВА ФИЗИОЛОГИЯСИ

Вулва анатомияси.

Лабиа мажора-бу жинсий ёрикнинг ҳар икки томонидаги тери роликлари. Узунлиги 8 см, кенглиги 2-3 см.лабиянинг катталиги қалинлигидаги ёғ ь тўқималарининг миқдори билан белгиланади. Ташқи юзаси ва пубик баландлиги сочлар билан қопланган, терида кўплаб тер ва ёғ ь безлари мавжуд. Тери ости тўқимасида лабияни пубик суякларнинг периостеумига маҳкамлайдиган бириктирувчи тўқима эластик толалари мавжуд. Бачадоннинг думалоқ лигаментининг толалари олдинги қисмларнинг қалинлигида тўқилади. Тери ости тўқимасида веноз плексуслар – каверноз таналар – вестибуланнинг лампочкаси ва вестибуланнинг катта безлари жойлашган.

Кичик лабия (МПГЛАР) - БПГГА нисбатан медиал ингичка тери бурмалари. Баъзан улар жинсий бўшлиқдан ташқарига чиқадилар. Олди қисми 2 оёққа бўлинади: ички (пастки), улар клиторис бошининг орқа юзасига ёпишади ва клиторал френулумни ҳосил қилади (френулум слиторидис); ва ташқи (юқори) - клиториснинг орқа юзасида бирлашиб, клиторал суннат терисини (препутиум) ҳосил қилади. Орқа томонда мпг БПГ билан бирлашади ва лаблар френулумини ҳосил қилади (френулум лабиорум пуденди). Улар веноз плексуслар, эластик ва силлиқ мушак толаларини ўз ичига олади.

Вулва ва перинеум.

Уларнинг таркиби билан қуйидаги тузилмалар мавжуд. Вагинанинг вестибуласи-бу МПГЛАР орасидаги бўшлиқ (ён томондан), клиториснинг олд қисми, лабиа минора френулумининг орқа қисми. Уретранинг очилиши (у билан вагинанинг очилиши ўртасида – вагинанинг сийдик пуфаги). Вагинал тешик. Уретранинг ёнида парауретрал каналларнинг тешиклари жойлашган. Вагина вестибуласи ва ППГ френулум ўртасида вагина вестибуласининг чуқурчаси жойлашган. Вестибуланинг иккала томонида вестибуланинг катта ва кичик безлари каналларининг оғзи жойлашган.

Вестибуланинг безлари.

Вестибуланинг катта беzi катта нўхат катталигидаги жуфтлашган орган, сарғиш-қизғиш рангда юмалоқ,БПГ тагида 1-1, 5 см чуқурликда жойлашган бўлиб, унинг узунлиги 2 см бўлган битта канал бор.орқа ва ўрта учдан бир қисми орасидаги чегарада МПГЛАРНИНГ ички юзасида очилади.

Вагинал тешик бокира қизларда (вирго интаста) шиллик қаватининг бурмаси билан қопланган — қизлик пардаси, ҳймен, фақат кичик тешик қолдиради. Қизлик пардаси одатда ҳалқа шаклида бўлади. Бурманинг чеккаси баъзида майинларни олиб юради, натижада ҳймен фимбриатус пайдо бўлади. Камдан кам ҳолларда ҳймен қин тешигини тўлиқ ёпади (ҳймен имперфоратус). Тукқан аёлларда қизлик пардасидан фақат кичик думалоқ баландликлар қолади — сарунсулае (ҳйменалес).

Клиторис-катта лабиянинг олдинги ёпишқоқлиги орқасида ва остида жуфт бўлмаган шаклланиш. Бу эркак жинсий олатни гомологидир. У ўнг ва чап каверноз таналардан иборат бўлиб, улар перинеал фастсия билан қопланган пубик суякларнинг пастки шохларидан бошланади. Кўкракнинг пастки четида клиторис танасига уланган. Унинг бўшашган олдинги учи шиллик қаватга ўхшаш ингичка тери варағи билан қопланган клиторис бошини ҳосил

килади. Бошнинг тепасида суннат териси, унинг остида – клиторал френурум. Ташқи томондан, клиторис, бошдан ташқари, клиторал фастсия билан ўралган ва клиторисни тўхтатувчи лигамент (лиг. суспемсориум слиторидис).

Вулвани қон билан таъминлаш ички ёнбош артерия ҳавзаси (а.хйпогастриса инт.), тухумдон филиали а. Утерина, бачадон артерияси (а. утерина), вагинал артерия – а.вагиналис, пастки весикуляр артерия (а. весикалис инф.), ички жинсий артерия (а. пуденда инф.), тухумдон артерияси, кўтарилган филиал а. утерина

Веноз чиқиши. Плехус веносус утеринус-бачадон, найчалар, тухумдонлардан. В. В. оварисае: бачадон тубидан, тухумдонлардан, ўнгдаги қувурлардан-В. порта инф., чапда-В. реналис син. В. в.утеринае – бачадоннинг пастки ярмидан ва ШМнинг юқори қисмидан – В. В. илиасае инт. Веноз плексус (плехус веносус вагиналис) – бу тизим В. хйпогасриса (у Портал тизимини четлаб ўтади).

Иннерватсия. Пл. Пелвисус. Утеро-вагинал плексус-пл. утеровагиналис симпатик иннерватсия-ПЛ филиаллари. утеровагиналис - н.вагиналис. Парасемпатик иннерватсия-н.пелвисус.

Вагинал анатомия.

Вагина-эластик найча шаклидаги мушак органи, унинг юқори қисми кўпинча бачадон бўйни билан боғланади, пастки қисми вагина арафасида очилади. У ортикча қорин бўшлиғида жойлашган, фақат юқори қисми қорин парда билан қопланган. Вазият генитоуринер диафрагма ва қин деворлари ва қўшни органлар орасидаги бириктирувчи тўқима септумлари туфайли ўрнатилади. 2 қисм фарқ қилади: пастки ва юқори. Вагинанинг узунлиги 10-12 см, кенглиги 3 см, олди ва орқа деворлари бор (олди қисми уретранинг девори туфайли калинроқ). Бачадон бўйни атрофидаги юқори қисмида қин камари

жойлашган. Аёлнинг "тик турган" ҳолатидаги қиннинг юқори қисми деярли горизонтал ҳолатда жойлашган. Юқори ва пастки қисмлар ўртасида 130 даража бурчак мавжуд. Ўрта қисмида деворлар алоқа қилади.

Пубис ва перинеумнинг ёпиқ жинсий бўшлиғи ва сочлари вулва–вагинал норманинг кўрсаткичидир. Жинсий ёриқнинг ёрилиши тос бўшлиғи тўқималарининг этишмовчилигининг намоён бўлиши ва вагинал микробиота касалликлари учун хавф омилidir.

Вагинал деворнинг тузилиши. Қалинлиги 3-4 мм. ташқи қатлам (туниса адвентитиа)–бириктирувчи тўқима толалари, озгина мушак. Ўрта қатлам (Туниса мускуларис)ички ва ташқи бўйлама толалар, ўрта-ҳалқа шаклида. Ички мембрана (Туниса мусоса) – эктодерма ҳосиласи, безларни ўз ичига олмайдиган қатламли скуамоз эпителия билан ифодаланади. Субмукоз қатлами заиф ифодаланган мембрана проприа. Шиллиқ қават кўндаланг бурмалар ҳосил қилади вагинал ажинлар (ругае). Бурмаларнинг олди ва орқа деворларининг ўрта қисмида баландликлар ҳосил қилади – ажинларнинг олди ва орқа устунлари: олдинги устуннинг пастки учи сийдик пуфағи. Вагина эпителиясида безлар йўқ, "сохта безлар" тушунчаси мавжуд - бу мушак толалари орасидаги эпителийнинг киритилиши туфайли шиллиқ қаватдаги тушкунликлар.

Вулва соҳасидаги терининг тузилиши.

Епидермис кератинлаштирувчи билан ифодаланади, 0,05-1,5 мм, 5 қатламга эга:

- базал-цилиндрсимон шаклдаги майда хужайралар кератинотситлар, уларда фаол митозлар мавжуд. Улар орасида меланотситлар, Лангерханс хужайралари, Гринштейн (макрофаглар)мавжуд.;

- тиканли-3-6 қатор қаттароқ хужайралар. Иккала қатлам биргаликда – Малпигҳи ўсиш қатлами;
- донадор қатлам-2-3 қатор цилиндрсимон, кубик олмос шаклидаги хужайралар;
- ялтироқ қатлам-3-4 қатор чўзилган хужайралар;
- стратум сорнеум - бутунлай кератинлаштирилган ядросиз хужайралар-корнеотситлар.

Дермис – папиллер қатлам ажралиб чиқадиган терининг бириктирувчи тўқима қисми-куч ва тўр қатламини таъминлайди. Гиподермис-тери ости ёғ ы тўқимаси, у кичик лабияда йўқ.

Тери қўшимчалари: ёғ ы безлари, тер безлари – тсиклик ишлайди, сочлар.

Ташқи жинсий аъзолар ва вагина мураккаб тузилишга ва кўплаб функцияларга эга. Анатомик шаклланишларнинг хилма-хиллиги, ташқи муҳит билан доимий алоқада бўлганлиги сабабли, бу зона патологик шароитлар, шу жумладан онкологик жараёнларнинг ривожланишига мойил.

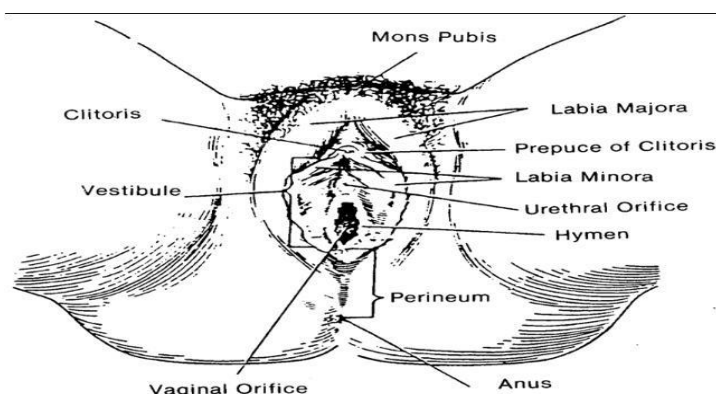
Қиннинг анатомияси

Жадвал 1

Артериал қон таъминоти	Қуйидагилар орқали тақдим этилади: бачадон артериясининг тушувчи сервисо-вагинал шохлари; пастки пуфак артерияси; пастки геморроёид ва ички пудендал артериялар.
Веноз чиқиши	У қин стромасида жойлашган веноз плексусдан бошланиб, артерияларга параллел равишда гипогастрал веналарга ўтадиган веноз томирларга ўтади.
Лимфа дренажи	Қиннинг юқори қисмидан парасервикал ва гипогастрал

	<p>лимфа тугунларига, қиннинг пастки қисмидан тос суягининг юзаки ёнбош ва чуқур лимфа тугунларига дренаж қилинади.</p> <p>Қиннинг ўрта қисмининг олд деворидан паравезикал тугунларга, қиннинг ўрта қисмининг орқа деворидан - параректал тугунларга лимфа дренажи амалга оширилади.</p>
Иннерватсия	<p>У сакрал плексус (хусусан, С 2-5) орқали амалга оширилади. Қин вулвадан фарқли ўларок, ўзига хос ретсепторлардан маҳрум. Оғриқни қайд қилувчи фақат эркин нерв тугунлари мавжуд бўлиб, улар асосан вагинанинг пастки учдан бир қисмида жоилашган. Вагинада ҳарорат сезувчанлиги йўқ</p>
Ушлаб турувчи аппарат	<p>Қиннинг юқори қисми сакро-бачадон лигаментлари ва Макен-родтнинг кардинал лигаментлари (бўйиннинг латерал қисмларидан тос суягининг ён деворларигача кенг лигаментлар тагида ўтади) томонидан қувватланади.</p> <p>Қиннинг пастки ва ўрта қисмларини портио пубовагиналис ва портио илеососсийгеус леватор ани мушаклари ва кўндаланг перинеал мушаклар қўллаб-қувватлайди.</p>

Расм 1 Аёллар жинсий аъзолари анатомияси.



Вулва ва қин касалликларини МКБ10 томонидан таснифлаш.

Вулва ва қин касалликларининг асосий клиник кўринишлари қуйидаги аломатлар билан ифодаланади. Субъектив: қичишиш, патологик оқинди, диспаруния, қон кетиш, дизурия. Объектив: шиш, гиперемия, патологик леусоррхоеа, контакт қон кетиши, ошқозон яраси, эрозия, ҳажмли шаклланишлар.

МКБ10:

Н76 –вагина ва вулванинг бошқа яллиғланиш касалликлари (агар керак бўлса, юқумли агентни аниқлаштириш – қўшимча код-Б95-97.

Н76.0-ўткир вагинит.

Н76.1- ўрта огир ва сурункали вагинит.

Н76.2-ўткир вулвит.

Н76.3- ўрта огир ва сурункали вулвит.

Н76.4-вулва абссеси.

Н76.5-вагинал яра.

Н76.6-вулва яраси.

Н77-вулва ва қиннинг яраси ва яллиғланиши.

Бошқа бўлимларда таснифланган касалликлар учун:

Н77.0-бошқа бўлимларда таснифланган юқумли ва паразитар касалликларда вулванинг яраси.

- сил касаллиги билан (ва 18.1+).

Н77.1-бошқа бўлимларда таснифланган юқумли ва паразитар касалликларда вагинит, вулвит, вулвовагинит.

– кандидоз билан (37.7+да).

- Ҳерпесвирус инфекцияси билан (ва 60.0+).

- аскарияз билан.

Н77.8-бошқа бўлимларда таснифланган касалликларда вулва ва қиннинг яраси ва яллиғланиши.

- Беҳчет касаллиги билан.

Н82-аёл жинсий аъзоларини ўз ичига олган фистулалар.

Весикуляр-ичак оқмаси чиқариб ташланади.

Н82.0-весиковагинал оқма.

Н82.1-бошқа оқмалар.

Н82.2-вагинал ингичка ичак оқмаси.

Н82.3-вагинал қалин ичак оқмаси.

Н82.4-бошқа ичак жинсий фистулалар.

Н82. 5-генитал тери фистулалари.

Н82. 8-аёл жинсий аъзоларининг бошқа фистулалари.

Н84.0-аёл жинсий аъзоларининг полипи.

Н84.2-вагинал полип.

Н84.3-вулва полипи. Лабиа полипи.

Н89-қиннинг бошқа яллиғланишсиз касалликлари.

Н89.0-енгил ифодаланган вагинал дисплазия. I даражали интраэпителиал неоплазия.

Н89.1-ўртача вагинал дисплазия. II даражали интраэпителиал неоплазия.

Н89.2-аниқ вагинал дисплазия. III даражали интраэпителиал неоплазия чиқариб ташланади.

Н89.3-вагинал дисплазия аниқланмаган.

Н89. 4 - вагинал лейкоплакия

Н89.5-қиннинг қаттиқлашиши ва атрезияси.

Н89.6-зич қизлик пардаси.

Н89.7-бошқа яллиғланишсиз қин касалликлари.

Н90-вулва ва перинеумнинг бошқа яллиғланишсиз касалликлари.

Н90.0-вулванинг энгил ифодаланган дисплазия.

I даражали интраэпителиал неоплазия.

Н90.1-ўртача вагинал дисплазия.

II даражали интраЭпителиал неоплазия.

Н90.2-аниқ вагинал дисплази.

III даражали интраэпителиал неоплазия чиқариб ташланади.

Н90.3-вулва дисплази аниқланмаган.

Н90.4-вулва лейкоплакияси (дистрофия, крауроз).

Н90.5-вулва атрофияси (стеноз).

Н90.6-вулва гипертрофияси.

Н90.7 - вулва кистаси.

**Қин ракини халқаро клиник классификатсияси ТНМ (2010)
критерияси ва ФИГО (2009) камитети босқичи бўйича**

ТН М	ФИГО	Жароҳатланиш ҳажми
T0		Бирламчи ўсма аниқланмаяпти
Тис	*	Преинвазив картинама
T1	I.	Қин билан чегараланган ўсма
T2	II.	Паравагинал тўқималар усма билан жароҳатланган, лекин чанок деворларига тарқаманган
T3	III.	Ўсма чанок деворларига тарқанган
T4	IV. А	Ўсма сийдик пуфаги шиллик қавати ва тўғри ичакка тарқалган яъни кичик чанок сатҳидан чиққан

	V. Б	Узоқ органларга метастазлар
Н – регионал лимфа тугунлари		
НХ	Регионал лимфа тугунларни баҳолаш учун ўзгаришлар етарли эмас	
Н0	Регионал лимфа тугунларини метастазлар билан жароҳатланиш аниқланмади	
Қиннинг юқориги 2/3 қисми		
Н1	Чаноқ лимфа тугунлари метастази	
Қиннинг пастки 2/3 қисми		
Н1	Чов соҳасини лимфа тугунларини бир томонлама метастаз билан шикастланиши	
Н2	Чов соҳасини лимфа тугунларини икки томонлама метастаз билан шикастланиши	
М – узоқ метастазлар		
МХ	Узоқ метастазларни аниқлаш учун озъгаришлар етарли эмас	
М0	Метастаз белгилари ёқ	
М1	Узоқ метастазлар аниқланмоқда	

Вагинал касалликларни аниқлаш усуллари.

1. Спекулоскопия, шу жумладан сирка кислотаси ва Лугол эритмаси ёрдамида.
2. Эпителия микроскопи.
3. Вагинал суюқликни микробиологик текшириш.
4. Вагинал таркибни (вагинал суюқлик) молекуляр генетик текшириш.
5. Вагинал таркибни иммунологик текшириш (вагинал суюқлик).
6. Колпоскопия (вагиноскопия).

7. Морфологик ва иммунохистохимёвий текширув билан кин тўқималарининг биопсияси.

Вагинал касалликларни ташхислашда колпоскопия (вагиноскопия) хусусиятлари.

Умумий қоидалар: колпоскопик расм этарли/етарли бўлмаслиги мумкин.

Оддий СС расмлари: мпелар (етук, атрофик).

Атипик СС расмлари:

Умумий тамойиллар: вагинанинг юқори, ўрта ва пастки учларида, олди, орқа, ён деворларда лезённи локализатсия қилиш.

Атипик СС расмлари:

II даража (енгил ифодаланган лезён): лойқа контурли ингичка Абе, нозик мозаика ва тиниш белгилари.

III даража (аниқ мағлубият): аниқ контурли зич Абе, қўпол мозайка ва тиниш белгилари.

Носпесифик белгилар: лейкоплакия. Силиндрсимон эпителия (аденоз). Лугол эритмаси билан бўяш ёд ижобий / ёд салбий.

Атипик СС расмлари:

Инвазияга шубҳа: атипик томирлар. Қўшимча белгилар: мўрт томирлар, нотекис сирт, экзофитик лезён, некроз жойлари, ошқозон яраси.

Бошқа СС расмлари: туғма ЗТ. Стеноз. Шикастланишдан кейинги эрозия. Кондиломалар. Туғма аномалиялар. Полиплар. Илгари ўтказилган даволанишнинг оқибатлари. Яллиғланиш. Эндометриоз.

Вагинал касалликларни даволашнинг умумий тамойиллари:

- мураккаб яллиғланишга қарши терапия;
- вагинал микрофлорани нормаллаштириш;
- аблатив ва ҳалокатли даволаш усуллари: лазер буғланиши, аргоноплазмик абласён;
- жарроҳлик даволаш: вагинал резектсия ва вагинал экстирпатсия.

Релапсларни даволаш ва олдини олиш учун ўзгармаган шиллиқ қаватни кенг (3-5 мм) ушланг, қиннинг бутун қаватларини ёки унинг бутун юзасини ушланг. Чуқур вайронагарчилик билан сийдик пуфаги, сийдик пуфаги, тўғри ичак шикастланиши мумкин. Олиб ташланган тўқималарни гистологик текшириш керак.

Яллиғланиш жараёнлари вагинанинг энг кенг тарқалган касалликлари. Диспластик касалликларнинг частотаси паст, аммо ҳар доим малигнизатсия хавфи мавжуд. Прекансероз ва саратон жараёнлари кўпинча кеч ташхис қилинади. Вагинал текширув бачадон бўйни каби эҳтиёткорлик билан амалга оширилиши керак.

Вулва касалликлари.

Вулва патологиясининг клиник кўринишлари: қичишиш, оғриқ, қуруқлик, шиш пайдо бўлиши, ошқозон яраси, диспаруния, патологик оқинди, қон кетиш, дизурия, ичак ҳаракатининг бузилиши.

Вулва патологиясини тавсифлаш учун терминология.

Терининг ранги бир хил даражада ўзгарган.

Эритема-капиллярларнинг кенгайиши туфайли қизил нуқта.

Петехия-қизил қон хужайраларининг томирдан ташқарига чиқиши туфайли майда кўк ёки қора нуқта.

Экхимоз-катта кўк ёки қора нуқта.

Папула-диаметри 0,5 см гача бўлган, теридан кўтарилган юзаки шаклланиш.

Бляшка-теридан кўтарилган катта текис шаклланиш.

Ликенизатсия-терининг мустаҳкамланган нақшли катта плиталари.

Тугун-пайпасланадиган юмалоқ шаклланиш.

Блистер-дермиснинг шишиши туфайли қисқа муддатли оч пушти папула ёки бляшка.

Весикула-диаметри 0,5 см гача бўлган, теридан кўтарилган бўшлиқ шаклланиши.

Пуфак-диаметри 0,5 см дан ортиқ, теридан кўтарилган бўшлиқ шаклланиши.

Пустула-йирингли ёки геморрагик таркибга эга бўшлиқ шаклланиши.

Эрозия-терининг нуқсони, унда фақат эпидермис йўқолади.

Яра-терининг нуқсони, унда эпидермис, папиллер тери қатлами ва чуқурроқ қатламлар йўқолади.

Ёриқ-дермисга этиб борадиган чизикли тери нуқсони.

Гиперкератоз-эпидермиснинг стратум сорнеумнинг қалинлашиши.

Пеелинг - эпидермиснинг стратум сорнеум зарраларини рад этиш (тарозилар).

Қобиқ-терининг юзасида қуритилган плазма, қон ёки йиринг қатлами.

Тери атрофияси-эпидермис ва дермиснинг ингичкалаши.

Мақсадли тошма-марказда доираларга ўхшаш тошма.

Кондиломатоз ўзгаришлар-тўлқинли юзадаги папулалар ёки тугунлар.

Вулва касалликларининг ягона патоморфологик таснифи (вулва касалликларини ўрганиш бўйича халқаро жамият ИССВД, 1993 й.

I яхши ўзгаришлар:

а) liken склерози ёки атрофик (личен склеросус ва атропҳисус).

Б) скуамоз ҳужайрали гиперплазия (скуамоус селл ҳиперплазия) (ескирган – гиперпластик дистрофия).

С) бошқа дерматозлар ва дерматитлар.

II. Вулвар интраэпителиал неоплазия (ВИН):

а) скуамоз ҳужайрали ВИН (енгил, ўртача, оғир).

Б) ҳужайра бўлмаган ВИН (Пагет касаллиги, инвазив бўлмаган меланома).

III. Инвазив саратон.

Вулвар касалликларининг клиник таснифи (вулвар касалликлари) (Е. Г. Фридрих, 1976, 1985).

I гуруҳ-бирламчи тери-вулвар касалликлари-70% ҳолатлар.

II гуруҳ-иккиламчи тери-вулвар касалликлари-8% ҳолатлар.

III гуруҳ-вулванинг чуқур ётган қисмларига зарар (вулвар синдромлар, вулводиния).

Визуал нуқсоннинг табиати бўйича таснифлаш (Рубченко Т. И., 2002).

I тури-оқ (депигментация, гиперкератоз).

II тур-қизил (яллиғланиш, аллергия, ўсмалар).

III тур-улсератиф (яллиғланиш касалликлари, неоплазмалар).

IV тури-вулванинг ўсимтага ўхшаш шишиши (growth эт массес) (яллиғланиш, қон томир лезёнлари, механик обструктсия, малигнизация ўсмалар учун).

Вулванинг асосий касалликлари: вулвар дерматит, тошбақа касаллиги, оддий сурункали ликен, склеротик ликен, скуамоз ҳужайрали ликен, вулводиния, вулвар интраэпителиал неоплазия.



Расм 2.Вагинал папиломатоз.

Вулва касалликларини ташхислаш усуллари.

1. Вулвоскопия.

Оддий.

Кенгайтирилган (3% сирка, 1% толуидин кўк, метилен кўк, Лугол эритмаси билан намуналар).

Фотовулвоскопия.

Вулвомикроскопия.

Баҳолаш параметрлари: лезённинг ранги, қон томир нақшлари, лезённинг локализатсияси, лезён майдони, лезённинг сирт конфигурацияси.

Колпоскопия (вулвоскопия). Ифспс таснифи, Рио дежанейро, 2011 йил.

Умумий коидалар: турли хил тузилмаларни тавсифлаш керак: уретра, клиторис, препутиум, френулум, лабиа минора, интердубал бўшлиқ, вестибула. Вестибуланинг очик каналлари, бартолинийнинг очик каналлари, гймен, фоурчетте, перинеум (перинеум), анус, анал скуамоз хужайрали цилиндрсимон қўшма (тишли чизик).

Оддий расмлар: микропапиллатоз, ёқ безлари(Фордиге нуқталари), вестибуланинг қизариши.

Атипик расмлар:

Асосий тамойиллар: ўлчамлар (см), локализатсия.

Лезён тури: хар хил ўлчамдаги доғлар. Папула. Тугун. Кист. Пустула. Бляшка.Қабарик.

Ранг: қизил, оқ, қуюқ.

Иккиламчи морфологик хусусиятлар:

Эгзема. Ликенизатсия.

Эксориатсия. Пурпура. Скарификатсия. Ёриқ. Ошқозон яраси. Эрозия.

Турли хил топилмалар: травма, малформатсия.

Саратон касаллигига шубҳа:

Аниқ неоплазия, ошқозон яраси, некроз, қон кетиш, гиперкератоз, экзофит. Оқ, кулранг, қизил ёки жигарранг ёки рангсиз

Катталаштиришда аномал колпоскопик ёки бошқа расмлар:

Асетобел эпителияси, тиниш белгилари, атипик томирлар, эпителийларнинг атипик анал бирикмаси (шимгичли чизиқнинг локализатсиясини аниқлаштириш).

2. Ситологик тадқиқотлар: суртма излари, ахборот таркиби 60%.

3. Вулва тўқимасини гистологик текшириш:

Биопсия бирламчи ва такрорий.

Биопсия битта ва кўп.

Вулва биопсия усуллари:

- пичоқ;

- радио тўлқин.

Вагинитлар дифференциал диагностикаси

Холати	пҲ	Микроскопия	Аминоте ст	Ташхислашни олтин стандарти
Норма	<4,7	Ўзгаришсиз лейкотситлар	+/- -	Клиник манзара

		батселлар мисрофлора		
Вулва вагинал кандидоз	<4,7	Митселлий (гифлар бластосфоралар)	-	Културал (екма)
Бактериал вагиноз	>4,7	Калит хужайралар, кокобаси ляр мисрофлора	+	Грамм бўйича бўяб микроскопия ўтказиш
Трихоманяс	Ўзгаради	Трихаманадалар	Ўзгаради	ПЗР
Атрофик вагинит	>4,7	Парабазал хужайралар ва аралаш флора	-	Етилиш индекси
Десквомати в яллиғланган вагинит	>4,7	Парабазал хужайралар лейкатситлар аралаш мисрофлора	-	Клиник манзара

Жадвал 3

Вагинитлар сабаблари

Инфексия	Трихоманяс, А гуруҳдаги стрептакокклар, кандидо гуруҳига кирувчи замбуруғлар
Иммун\ аутоиммун яллиғланиш	Еррозив қизил ясси темиратки, дескоматив яллиғланган вагинит, пуфакли дерматозлар
Гормонал ўзгаришлар	Естроген етишмовчилиги (атрофик вагинит)

Кантактни муказит	\ Кимёвий воситаларга, аллергенларга (латекс, сперма)га реакция
Бошқалар	Жароҳат, ёт жисм, сийдик пуфаги – қин оқма яралари

Жадвал

4

Десквоматик яллиғланган вагинитни даволаш.

Препаратлар гуруҳи	Қўллаш усули
Клиндомитсин крем 2%, 5гр Шамча 200мг	Қинга ҳар куни ётишдан олдин 3 ҳафта, кейинчалик 1ҳафтада 2 мартта 2ой давомида Қинга ҳар куни ётишдан олдин 3ҳафта, кейинчалик 1ҳафтада 2мартта 2ой
Кортикостероидлар Гидрокартизон 300 – 500мг Картизон атсетат, супазиториялар 25мг Клобетазопропеонат (фақат резистент ҳолатларда	Қинга ҳар куни ётишдан олдин 3 ҳафта, кейинчалик 1ҳафтада 2 мартта 2ой давомида Қинга 2 маҳал 3ҳафта давомида кейинчалик ҳафтада 3мартта 2ой давомида Кесгқурун қинга.
Қўшимча муолажалар Фулканазол 150мг (микатик яллиғланиш пайдо болиш хавфи бўлганда) Эстреол	Бир ҳафтада 1мартта Стандарт схема

Вулва биопсияси принтсипи: материал патологик ва соғлом тўқималарнинг чегарасида олинади. Локал беҳушлик остида биопсия қилиш тавсия этилади. Баъзида вулванинг қон томир тўқималарида тез сўрилиши туфайли катта миқдордаги локал беҳушлик талаб этилади. Кучли оғриқлар билан жинсий асабни блокировка қилиш усули (трансвлагик ёки транскутан тарзда, сиятик орқа мия учун Сакро-ўмуртқа лигаментга анестезия юбориш). Вулванинг олдинги қисмларини анестезия қилиш керак эмас, чунки бу бўлимлар ёнбош ингуинал новдалар томонидан иннерватсия қилинади нерв. Биопсия ўтказиладиган вулва локуси шунга мос равишда тайёрланиши керак: сочни тараш керак, терининг юзаси, масалан, ёд эритмаси билан дезинфектсия қилиниши керак. Нозик игна биопсияси, электрод билан пастадир, биопсия форсепслари ёки думалоқ скалпел ёрдамида кўриш мумкин. Вулва биопсияси учун Кеиеснинг тери тешилиш игнаси (думалоқ скалпел) энг қулайдир. Кўп ҳолларда, игнанинг ички диаметри 3-5 мм этарли. Биопсия воситаси шикастланиш жойига (лезён чегарасида) қўлланилади ва уни минимал босим билан айлантирганда ўткир чиқиб кетиш қирраси билан терининг доираси кесилади. Кейин қисқич ёрдамида кесилган доира кўтарилиб, кичик қайчи билан пастки тўқималардан кесилади. Аниқ чегарага эга бўлган жароҳатлар бўлса, эксизён биопсиясини ўтказиш афзалдир. Тери ва унинг остидаги тўқималарнинг эллипсоид қисми скалпел билан чиқарилади. Кейинчалик, намуна фиксатсия қилиш учун жойлаштирилади ва патоморфология лабораториясига юборилади.

Вулванинг яхши касалликлари.

Вулва ДИСЕСТЕЗИЯСИ (вулводиния) - вулва соҳасидаги таъсирланган нервларнинг патологик сезгирлиги ва кўзғалувчанлигининг ошиши. У ўжар, сурункали курсга эга, кўпинча хатто руҳий касалликларни келтириб чиқаради. Этиопатогенез аниқ эмас ирсий омил (урогенитал синуснинг ҳосилалари сифатида қин ва сийдик йўллари эпителийсининг умумий

шикастланиши), ўткир бошланиш, маълум бир кўзгатувчи омил билан боғлиқ бўлмаган ҳолда, касалликнинг гениталий тизимнинг яллиғланиш жараёнларига, глюкокортикоидлардан маҳаллий фойдаланишга боғлиқлиги мумкин., антибактериал дорилар, ҳалокатли таъсирлар жинсий соҳада, шунингдек жинсий фаолиятдаги ўзгаришлардан. Вулва дисестезиясининг клиник кўриниши маълумотга эга эмас, вулва ҳудудида кўринадиган ўзгаришлар йўқ, ташхис истисно усули билан амалга оширилади (юқумли касалликлар, ятрогения, дисморфофобия, маҳаллий фаол дориларни бекор қилиш). Сиз стерил асбобни вулвага тегизиш орқали дисестезияни кўзгатишингиз мумкин, бунинг натижасида бемор оғрик, ёниш ёки ҳар қандай ноқулай ҳис-туйғуларнинг кучайишини қайд этади. Терапевтик тадбирларни индивидуал танлаш принтсипи, антидепрессантлар, антиаритмик дорилар, опиоид аналгезиклари, маҳаллий воситалар (аналгезиклар, глюкокортикоидлар, эстроген ўз ичига олган дорилар, стероид бўлмаган яллиғланишга қарши дорилар), физиотерапия, акупунктура, психотерапевт маслаҳати қўлланилади.

ВУЛВАР ДЕРМАТИТ.

Дерматит ("экзема" деб ҳам аталади) яллиғланиш реактсияси бўлиб, гистологик жиҳатдан спонгиоз, ўзгарувчан акантоз ва юзаки лимфоҳистиотситик яллиғланиш инфилтрати. Асосий симптом қичишидир.

Эритема кўпинча носимметрик перианал, сонларнинг терисида жойлашган. Экскориатсия, эрозив ўзгаришлар, ликенификатсия характерлидир-сурункали курсда. Эритеманинг асоратлари иккиламчи инфектсиянинг қўшилиши, оддий сурункали лиденнинг ривожланиши бўлиши мумкин.

КОНТАКТ ДЕРМАТИТ.

СЕБОРЕЯ ДЕРМАТИТ. Этиология: кандидоз, дерматофитоз, тошбақа касаллиги, стрептококк инфектсияси.

Вестибулит. Бу вагина арафасида яллиғланиш жараёни бўлиб, клиник жиҳатдан тақа эритемаси билан намоён бўлади, диспаруния билан ифодаланади, одатда туғиш ёшидаги аёллар касал бўлиб, кичик клиник кўриниш билан шикоятларнинг кучли зўравонлиги билан ажралиб туради. Этиологияси тўлиқ номаълум, кўпинча вулвовагинал кандидоз ва бактериал вагиноз билан оғриган тампонлардан фойдаланадиган аёллар 10% - ПВИ билан касалланишади. Яллиғланиш жараёни морфологик жиҳатдан аниқланади. Тактика-даволаш деярли ҳар доим самарасиз: кортикостероид малҳамлари вақтинчалик таъсир кўрсатади, спиртли ичимликларни инъектсия қилиш вазиятни ёмонлаштириши мумкин, лидокаин билан малҳамлардан фойдаланиш мумкин, аммо улар фақат симптоматик таъсирга эга ва шерикда сезгирликни пасайтиради; оғрикни камайтириш учун дорилар, антидепрессантлар қўлланилади. Вагинага киришни механик равишда кенгайтириш, терапевтик машқлар ёрдам бериши мумкин. Жарроҳлик даволаш вестибулектомия (қатъий кўрсатмаларга мувофиқ).

ВУЛВА ТОШБАҚА КАСАЛЛИГИ. Псориаз билан оғриган беморларнинг 15-30 фоизида эпидермал ҳужайралар ривожланишининг тезлаштирилган, кератинизатсиянинг бузилиши, тирноқ плиталарининг дистрофияси, артропатия, дермиснинг яллиғланиши билан тавсифланган сурункали такрорланадиган папулосқуамоз дерматоз. Клиник жиҳатдан, бу папуланинг пушти ранги, турли хил конфигурациядаги плакатларга қўшилиб, бўшашган кумуш оқ тошмаилар билан қопланган, улар қириб ташланганида майдаланган стеарин кўринишини олади, олиб ташланганидан кейин порлоқ нам сирт пайдо бўлади ("терминал плёнка" аломати), энгил шикастланиш ушбу сирт нукта қон кетишига олиб келади (нукта қон кетишининг аломати, "қонли шудринг". Терапиянинг мақсади симптомларни камайтиришдир, бунинг учун кортикостероидлар турли хил режимларда қўлланилади, Д витамини ва унинг аналоглари монотерапияда ёки топикал

ГСС билан биргаликда ҳал қилинади ва кўрсатилади. Литсензиясиз терапия-калсинеурин инхибитёрлери (тасролимус, пимесролимус).

Кисталар.

Маҳаллийлаштириш	Тахминий ташхис
Вагина вестибуласи	Вестибуланинг катта безининг кистаси ёки хўппози
Парауретрал минтақа	Парауретрал канал кистаси
Кичик жинсий лаб	Шиллик кист
Катта жинсий лаб	Эпидермал имплантатсия кистаси

Жадвал 2. Вагинал кисталар.

ВЕСТИБУЛАНИНГ катта безининг кистаси (ВФП) (2-жадвал). Патогенез каналнинг тикилиб қолиши (канал узунлиги 2,5 см). Этиологияси гонококк, аероб ва анаероб бактериялардир. Клиника вагина вестибуласининг постеролатерал қисмида киста шаклланишининг мавжудлиги. Дифферентсиал диагностика кичик без кистаси, липома, ангиомиксома, ВСД саратони (нотекис зич шаклланиш) билан амалга оширилиши керак. Киста тактикаси: Вард катетери билан дренажлаш – 2-3 мл балон билан) - яра каналининг тўлиқ эпителизатсиясига қадар дренажлаш учун 4-6 ҳафта давомида кичик кесма орқали киста каналининг проекцияларига киритилади. Малигнизатсия оператсияси вестибуланинг ён томонидаги тож шаклидаги кесма, тери ярасининг бурчакларини кесиб ташлаш, киста эпителиясининг қирраларини териға тикиш. Ушбу

узулларнинг таъсири бўлмаса, кистани олиб ташлаш, агар кисталар нотекис бўлса, олиб ташлаш ва гистологик текширув ўтказиш. Тактика: Вард катетери билан дренажлаш, кенг спектрли антибиотиклар (шу жумладан гонококкларга қарши фаол).

Эпидермал имплантатсия (кератин) кисталари (2-жадвал).

Клиника: вулва ва перинеум терисида кичик тешиклари бўлган зич, баъзан кўп сонли тугунлар, улар босилганда ёқимсиз ҳидли ёғли таркибни чиқаради. Жараён яхши. Этиология аниқ эмас. Патогенез-еҳтимол ёғ тўқимаси каналларининг тикилиб қолиши. Тактикалар: касалхонада даволаниш ёки эксизия қилиш мумкин эмас. Яллиғланиш ҳодисалари мавжуд бўлганда, оператсиядан 2 ҳафта олдин – антибиотик терапияси.

Парауретрал канал кисталари (2-жадвал).

Клиника: уретранинг ёнида юмалоқ шиш пайдо бўлиши, катта "сийдик сепилиши" билан. Этиология ва патогенез – тикилиб қолган канал. Дифференциал диагностика уретрал дивертикул билан амалга оширилади. Тактикалар: яллиғланмаган кичик кисталар учун кузатиш; катта ўлчамларда амбулатория ёки стационар шароитда олиб ташлаш. Йиринглаш билан-дренажлаш.

ВЕСТИБУЛАНИНГ шиллик кисталари (2-жадвал).

Морфология: шиллик чиқарадиган цилиндрсимон эпителия билан қопланган битта камерали кисталар тўғридан-тўғри қизлик пардаси ёки унинг қолдиқларида жойлашган бўлиб, неонатал даврдан менопаузагача учрайди. Силлик, текис, кулранг. Патогенез туғма атрезия ёки ортирилган канал обструктсияси. Клиника: оғриқсиз масса мавжудлиги, катта кисталар сийишни бузиши мумкин. Дифференциал ташхис парауретрал кисталар

билан амалга оширилади. Тактикалар: кичик кисталар кузатиш, катта кисталар – олиб ташлаш. Янги туғилган чақалоқларда пнуксиён дренаж.

Доғлар (масулатес).

Ранг	Тахминий ташхис
Қизил	Ликен Планус вестибулит
Тўқ (мавимси, жигарранг, қора)	Лентиго Меланоз
Гипопигментатсия қилинган	Ликен склеротрофик Витилиго

Жадвал 3. Вагинал доғлар.

Ликен Планус (3-жадвал).

Клиника: қичишиш, вулванинг қизариши, вагинал тонозларнинг облитератсияси, клиторис, катта ва кичик лабиянинг атрофияси. Вагина вестибуласида оқиш ретикулятсия характерлидир, у оғиз шиллик қаватида ҳам бўлиши мумкин (Виткем маш). Этиология номаълум. Морфология - яллиғланиш ўзгариши, ликенизатсия, виткем меш зонасидан биопсия. Тактикалар: глюкокортикоидлар билан малҳам ва супозитурлардан фойдаланиш, Лусите дилаторлари (Лусите) билан вагинани буғлаш, иммуносупрессантлардан фойдаланиш (такролимус малҳами) эҳтиёткорлик билан, чунки вирусли инфекциялар фаоллашиши мумкин.

СКЛЕРОТРОФИК жиҳатдан ликен (ёки склеротик / склерозан ликен).

Ўрта ва перименопозал ёшдаги аёллар касал, аммо бу болаларда ҳам бўлиши мумкин. Этиология аниқ эмас: иммунологик сабаблар, андроген ретсепторлари этишмовчилиги, эпидермал ўсиш омили. Морфология-терининг папиллаларини йўқотиш, коллаген миқдорини камайтириш, шишиш, яллиғланиш ўзгариши, кейинчалик склерозлаш. Вулванинг териси ва шиллиқ пардаларининг аниқ дистрофияси, унинг фонида прекансероз ва саратон жараёнлари пайдо бўлиши мумкин.

ЛИКЕН СКЛЕРОЗИ.

Оқ, рангпар атрофик ўзгаришлар, гиперкератоз, склероз, энгил эритема, кенг тарқалган пурпура – экхимоз, камдан кам эрозия. Маҳаллийлаштирилган ўзгаришлар ёки перианал зонани ўз ичига олган "8" шаклида жойлаштирилган. Қичишиш, оғриқ, диспаруния, сийдик белгилари, ич қотиши бўлиши мумкин. Асимптоматик бўлиши мумкин. Тактикалар: 3-6 ойда бир марта текширувлар, кўрсатмаларга кўра-биопсия (3-5% ликен фонида юзага келадиган прекансероз жараёнлар ва вулва саратонини истисно қилиш учун). Глюкокортикоидлар билан малҳамлардан фойдаланиш, айниқса қаттиқ қичишиш, юмшатувчи малҳам ва кремлар, намловчи хусусиятларга эга гигиена воситалари. Баъзида терининг пластикасидан маҳрум бўлган жойларни олиб ташлаш керак. Яхши таъсирга эга лазер ва фотодинамик терапиядан фойдаланиш мумкин.

МЕЛАНОЗ ЛЕНТИГО.

Клиника-Лентиго билан-фақат вулвада, 4 мм гача, меланоз билан – ва вагинада, 4 мм дан ортиқ.субъектив ҳислар йўқ. Морфология: тери ўзгармаган,

кератиноцитларнинг базал қатламининг гиперпигментацияси. Дифференциал таъхис меланома билан амалга оширилиши керак. Тактика: бу даволанишни талаб қилмайди, шубҳали ҳолатларда – биопсия.

ОДДИЙ ЛЕЙКОПЛАКИЯ.

Кератинизация (кератинизация), ўзаро боғлиқ иккита жараён мавжуд: фибрилляр элементларнинг (оксилнинг) синтези ва уларнинг кератин фибриллаларига айланиши ва эпителия ҳужайраларининг базал ва оумуртқа қатламининг ядроси ва ҳужайра ичидаги органоидларининг парчаланиши билан қайта тузилиши. Натижада, кератин фибриллаларининг пишиши вулва нормал бўлмаган қатламларида содир бўлади. Оддий лейкоплакиянинг мавжудлиги шакллари чекланган.

Вулвар интраэпителиал неоплазия (вулва дисплазияси).

Бу кўпинча 40 ёшдан ошган аёлларда учрайди, сўнги йилларда патологиянинг " ёшартирилиши " кузатилмоқда, ХПВ 16,18, 33 турларининг юқори частотаси иммунитет танқислиги шароитида учрайди. 35% ҳолларда СИН бачадон бўйни билан бирлаштирилади. Клиника: қичишиш, диспаруния, оқ, қизил, жигарранг рангдаги папуляр тошмалар (кондиломалар, невусларга ўхшаш), 3-5% сирка кислотаси билан ишлов берилгандан кейин аниқроқ кўринади, 50% гача – перианал минтақанинг шикастланиши. Метилен кўк билан синов ҳар доим ҳам ишончли эмас. Колпоскопия (вулвоскопия) билан тасвирлаш яхшироқдир. Морфология: кератиноцитларнинг пишиб этиш ва полиморфизмининг дискординацияси, ядроларнинг жойлашиши ва гиперхромиясининг бузилиши, эпителийнинг сирт қатламларида митотик фаоллик. 1 даража СИН - эпителийнинг пастки 1/3 қисмида ҳужайра

камолотининг бузилиши, 2-даража СИН - пастки 2/3, 3 даража СИН - эпителийнинг барча қатламлари иштирок этади.

Базалоид тури (ХПВ 16 тури билан боғлиқ): майда кератинотситлар, уларнинг кластерлари, ядроларнинг гиперхромияси. Енгил тури (ХПВ 16 тури билан боғлиқ): коилотситлар, кўп ядроли кератинотситлар, гиперпаракератоз, дикератоз. Дифферентсиал тур: ситоплазманинг эозинофиллигини ошириш ва базал ва парабазал кератинотситларнинг дискератози. СИН нинг 3-даражасига тегишли, саратон касаллигини истисно қилишни талаб қилади. Пагетоид тури: эпителия қалинлигида атипик кератинотситларнинг тўпланиши. Дисплазия ўчоқлари қалинлиги тахминан 1 мм. тери кўшимчаларининг дисплазияси—2-3 мм гача (инвазив саратонни истисно қилинг). Вулва дисплазияларининг 15% пигментланган. Хавф омиллари прекансероз ва вулва саратонининг ривожланиши (омилнинг клиник аҳамияти, %): ноаниқ этиологиянинг узок муддатли вулва қичиши (94,8%), метаболик синдром - семириш (36,0 – 60,0%), - клиник диабет (5,2-6,0%), вулванинг дистрофик касалликлари (48,8%), вулванинг скуамоз хужайрали гиперплазияси (8,0%), атрофик лиден (13,6%), гипоестрогенизм фонида юзага келадиган вулва қичиши билан кечадиган касалликлар (19,3%), вулва инфексияси (ХСВ, ХПВ, бактериал инфексиялар) – 1,7 – 72,4%), гениталий тизимнинг сурункали юқумли касалликлари (40,3-51,6%), кейинчалик менарх (53,0%), юқори фертилик (3 ва ундан ортиқ туғилиш) 67,9%,

Вулва касалликларини даволаш.

Принтсиплар: ташхисни гистологик тасдиқлаш, вагинага қараганда яхшироқ кўриш, лезён майдони ва унинг чуқурлиги, фокуснинг локализатсиясини аниқлаштириш (намуналардан кейин), терининг кўшимчалари иштирокида эксизён чуқурлиги 2-3 мм гача, клиторис соҳасидаги таъсир колпоскоп назорати остида амалга оширилади, унинг тўқимаси ва функциясини иложи

борича сақланг. Суннат териси ва клиторис боши ўртасида бирлашишни олдини олиш.

Вулва касалликларини даволаш учун қуйидаги усуллар қўлланилади:

1. Тўқималарни йўқ қилиш: лазер буғланиши, крио - ва электр деструкцияси (камдан-кам ҳолларда), аргонплазмик абласён, кимёвий йўқ қилиш (камдан-кам ҳолларда).

2. Тўқималарни олиб ташлаш (скалпел резекцияси, лазер резекцияси): вулвектомия, тўқималарни массив олиб ташлашдан кейин – терининг пластикаси.

3. Фотодинамик терапия уч компонентли даволаш усули: фотосенситизатор (ФС) (Радагел 0,5%-2мл, препаратнинг таъсири 60 минут), ёруғлик (ташқи омиллар) ва кислород (ендоген омил).

1.2. КОЛПОСКОПИЯ УСУЛНИНГ ТАМОЙИЛЛАРИ ВА АСОСЛАРИ.

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

ташкilotлари, хусусан ИФСПС (ИФСПС) томонидан амалга оширилди (Интернационал Федератион Солпосоппй Сервисал Патҳологй), ЕСГО (Еуропеан Сосиетй оф Гйнесологисал Онсологй), ИССДВ (Интернационал Сосиетй фор Студй Вулвар Дисеасе), ЕАГС ва бошқалар. ушбу ташкilotларнинг 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 хисса қўшдилар: А. Г. Канн, В. Ф. Савинова, э. А. Тарнаускас, 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 узоқ тўлқинли қизил нурланишни тўлиқ 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-эпителийни 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 (эпителийнинг 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). Курилма 8-40 марта катталаштиришда тўқималарни ўрганиш учун ўрганилаётган сиртдан 20-28 см масофада ўрнатилади. Колпоскопни танлашда сиз оптик тизимнинг сифатига (курилма 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 кўзойнаклар, 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 кўлқопларни текшириш (2 жуфт).
- Симбиз, битта тишли форсепс, Гегар кенгайтиргичлари № 1,2.
- эира спатуласи (бактериоскопик текшириш учун материал олиш учун), ҳар хил турдаги ситошеткалар.
- 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) сулфат 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 юкламасдан 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. Х4 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 Х6 ортиши билан текширинг (нормал ёруғлик остида).
11. Сирка кислотасининг 3% эритмасини қўлланг, Х4 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. Дифференциал диагностикани ўтказишда анамнез маълумотлари, қўшимча 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: Луголь эритмасини (100 мл сув, 1 г йод, 2 г калий ёдид бачадон бўйнига қўлланг. Йодланган жойларни тасаввур қилинг.

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

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

- кескин чекланган йод 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	– етарли / этарли бўлмаган расм (масалан, сабабни кўрсатиб сервиксни объектив баҳолаш яллиғланиш туфайли қийин, қон кетиши, чандиқ ўзгариши ва бошқалар) – Кўп қатламли текис ва цилиндрсимон орасидаги чегара

		<p>эпителия: тўлик 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"> • Етук • Атрофик <p>– Силиндрсимон эпителия:</p> <ul style="list-style-type: none"> • эктопия <p>– Метапластик эпителия:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Наботов кисталари • Очик безлар (криптлар) <p>– Десидуоз (ҳомиладорлик пайтида)</p>	
	Умумий тамойиллар	<p>Лезённи локализатсия қилиш: трансформатсия зонаси ичида ёки ташқарисида; териш билан мослик</p> <p>Таъсир қилинган ҳудуднинг ўлчамлари: сервис билан фоизда</p>	
Аномал колпоскопик расмлар	I Даража (енгил талаффуз қилинган лезён)	Юпқа асетобел эпителияси нотекис	Нозик мозаика Нозик тиниш белгилари

		лойқа қирралар	
	II даража (ифодаланган мағлубият)	– Аниқ асетобел эпителияси контурлар • Тез оқартириш – Атрофдаги асетобел зич жант очиқ безлар (криптлар)	• Кўпол мозаика • Қаттиқ тиниш белгилари • Лезён ичида - контурлар кўпроқ зич асетобелого сайт •Туберозлик белгиси
	Нонспесифик белгилар	• Лейкоплакия (кератоз, гиперкератоз) • эрозия • Лугол эритмаси билан бўяш(Шиллер намунаси): ёд ижобий/ ёднегатив.	
	Шубҳа инвазия	Атипик томирлар Қўшимча белгилар:" мўрт " томирлар; нотекис сирт; экзофитик шикастланишлар; некроз, ошқозон яраси жойлари.	
Бошқа	колпоскопик	•Туғма трансформатсия зонаси	

расмлар	<ul style="list-style-type: none"> • Кондиломалар • Стеноз • Полиплар • Илгари ўтказилган даволанишнинг оқибатлари • Туғма аномалиялар • эндометриоз • Яллиғланиш
---------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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, чандик, 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.

Одий колпоскопик расмлар.

Қатламли скуамоз эпителия: етук, атрофик.

Колпоскопик расм: унинг юзаси силлиқ ва порлоқ, ранги ёшга, ҳайз 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 далланадиган 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.

1.3. ПАПИЛЛОМАВИРУС ИНФЕКТСИЯСИ. ПРЕКАНСЕРОЗ КАСАЛЛИКЛАР.

Биринчи марта бачадон қин ва вулва 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: Европа, 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 оксилларининг узок муддатли фаол ифодаси билан ХПВ доимийлиги э6, 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 кондиллома

кичик шакллар (битта коилотситлар билан турли хил ўзгаришлари)

криптларда локализатсия қилинган тескари кондилломалар

кондиломатоз сервитсит ва вагинит

3. Клиник шакл (кўз билан кўриш мумкин):

шиш 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 инфекцияси 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 инфекциясини юқтириш учун жинсий алоқа талаб қилинади: жинсий алоқа (генитал-генитал, кўлда-генитал, оғиз-генитал). Бокира қизларда генитал ХПВ инфекцияси камдан-кам учрайди ва жинсий алоқада бўлмаслик натижаси бўлиши мумкин. Презервативлардан

тўғри фойдаланиш хавфни камайтириши мумкин, аммо инфекциядан тўлиқ химоя қилмайди. Жинсий бўлмаган ХПВ юқиш йўллари: онадан янги туғилган чақалоққа (вертикал узатиш), фомитлар (яъни., ички кийим, жарроҳлик қўлқоп, 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 инфекция 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 шиллиқ 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 инфекциянинг асосий босқичлари.

Вирус шиллиқ қаватнинг сирт қатламларининг этук эпителиётситларига ёки базал қатламларнинг этилмаган хужайраларига киритилади. Микротравма инфекциясини тарқатиш сабабчиси булади. Геном мавжудлигининг шакллари: эпизомал (эркин) - 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 инфекциясининг клиник кечиши уч даврга бўлинади: яширин, субклиник, клиник (екзофитик ва неоплазия ривожланиши билан).

Яширин давр асимптоматик 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 прекансероз 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 кансерогенезнинг ҳар қандай босқичида содир бўлиши мумкин. ҲПВни йўқ қилиш маҳаллий иммунитет реактсияси (Лангерханс хужайралари) туфайли 16-18 ой ичида содир бўлади, хужайра ва гуморал иммунитет инфекциядан 3-12 ой ўтгач пайдо бўлади, ҲПВга қарши умумий иммунитет йўқ, чунки вирусемия йўқ.

Малигнизатсиядаги асосий воқеа вируснинг хужайра геномига қўшилиши 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 инфекциясини 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 худудга 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 кислотасининг асосий фаол моддаси антивирал, антипруритик, иммуномодулятсион, интерфероноген таъсирга эга. Даволаш 7 кун давомида кунига 6 марта сирт элементларини суғориш орқали амалга оширилади. Вагинада шиллиқларни 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 антивирал 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, антимитотик таъсир механизми бўлган дорилар перианал, ректал, уретрал, вагинал ва сервикал яллигланиш даволаш учун ишлатилмайди. Мумкин бўлган салбий реаксиялар: қусиш, кўнгил айланиш, йиғлаётган дерматит. Препаратни 10 см² 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 супозитуарлари 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 инъексияси (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 С витаминлари).

8. ХПВ инфекциясини даволашнинг физио жарроҳлик усуллари: эксизия ва йўқ қилиш:

- радиохирургия;

- аргоноплазмик абласён;

- лазер;

- радио;

- скалпел;

- диатермоэлектрокоагулятсия;

- криёдеструктсия.

Прекансероз касалликлар қин ва вулва саратонининг олдини олиш.

Қин ва вулва 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 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 квадривалент, 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 аллергиялик реакциялар ёки эмлашдан кейинги реакциялар 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 контендикатсияси хамиртурушга ўхшаш кўзиқоринларга юқори сезувчанликдир. Икки валентли ваксина латекс компонентиға анафилактик реакцияси бўлган одамлар учун контендикедир. Нафас олиш, ичак ва бошқа инфекцияларнинг энгил шаклларида эмлашлар куйидаги ҳолларда

амалга оширилиши мумкин ҳароратни нормаллаштириш. Бир қатор эмлашлар бошланганидан кейин ҳомиладорлик содир бўлганда, қолган дозани юбориш ҳомиладорлик тугагунига 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 контрэндиқатсия эмас. Аммо, ХПВ вақтсиналарининг профилактик хусусиятини ва лактатсия даврида ХПВ WPC нинг бирламчи инфексияси эҳтимолини ҳисобга олган ҳолда, эмлашдан бош тортиш керак, чунки чақалоққа зарар ўтказиш хавфи тахмин қилинган фойдадан ошиб кетади. Ўсмир қизлар эмлашдан олдин махсус гинекологик текширувга муҳтож эмаслар. Эмлашдан олдин ХПВ тестини ўтказиш тавсия этилмайди. ХПВга қарши эмлашнинг туғилишга таъсири, отоиммун касалликларнинг ривожланиши ёки ўлим билан боғлиқлиги аниқланмаган – бу асоратларнинг пайдо бўлиш частотаси умумий популяциядан фарқ 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 вақтсина учун 9,4 йил ва тўрт валентли вақтсина учун 8 йилдан ортиқ самарали ҳимоя маълумотлари эълон қилинди. Ҳозирги вақтда кучайтиргични ўтказиш бўйича тавсиялар мавжуд эмас.

1.4.ЭЛЕКТРОЖАРРОҲЛИК-УСУЛНИНГ ТАМОЙИЛЛАРИ ВА АСОСЛАРИ.

Электржарроҳлик 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.

Электржарроҳлик 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, оқсил ківрлир, 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

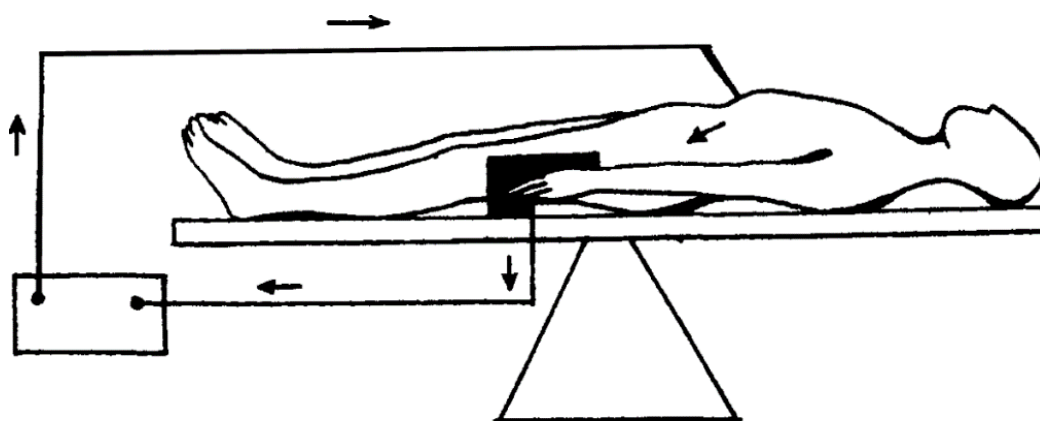
Монополяр режимлардан фойдаланганда, электржарроҳлик аппарати томонидан ишлаб чиқарилган юқори частотали электр токи жарроҳнинг

кўлидаги фаол электроддан беморнинг танаси орқали қўшни бўлган катта майдоннинг нейтрал электродига ўтади унинг бутун юзаси беморнинг танасига (расм.6).

Фаол электрод

Нейтрал электрод

РФ генератори



Расм. 6. Монополяр электрожарроҳлик 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 суюқлигининг 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)

Электрожарроҳлик 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" режимда 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, коагулянтсион электроднинг сирт майдони туфайли хужайра ичидаги ва хужайралараро суюқликнинг тез, портловчи қайнаши содир бўлмайди. Ушбу электрод билан коагулянтсия қилиш учун этарли қувват билан ("коагулянтсия" 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 коагулянтсияси

Шуни ёдда тутиш керакки, тўқималарнинг коагулянтсияси 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 коагулянтсиясини тезлаштиришга ҳаракат қилганда, электродга улашган тўқималар тезда қурийдилар, уларнинг карбонатланиш жараёни бошланади. Олинган қорақўтир тўқималарнинг чуқур катламларини электр токидан ажратиб туради ва тўқималарга чуқур кирмайди. Коагулянтнинг қалинлиги қон кетишини ишончли тўхтатиш учун этарли эмас ва у қайта тикланиши мумкин. Бундай ҳолда, мато электродга

ёпишиши мумкин, бу эса асбоб тўқималардан узоқлашганда коагулянтнинг ажралишига олиб келади.

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

Монополяр контактсиз коагулянтсия

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

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

Контактсиз монополяр коагулянтсия 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 коагулянтсияси содир бўлади (2-расм). 9).



Расм. 9. Контактсиз монополяр когулятсия (учқун когулятсияси)

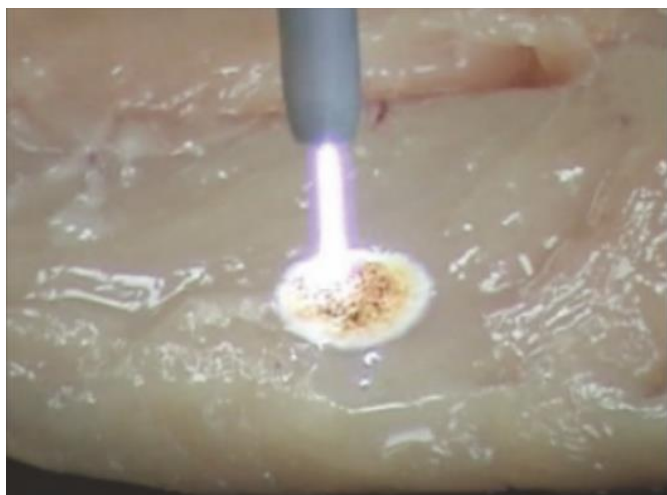
Юқори частотали оқимнинг махсус танланган параметрлари туфайли, қурилманинг танланган иш режимига қараб, когулятсия мажбурий (тезрок ва чуқуррок) ёки сирт бўлиши мумкин, таъсир қилиш вақти ошганда чуқурликнинг силлиқ ўсиши билан. Контактсиз когулятсия режимлари номида умумий қабул қилинган терминология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

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

Аргоноплазма когулятсияси

Аргоноплазмалик (аргон) когулятсия бу контактсиз монополяр когулятсиянинг бир тури. Ушбу усул ёрдамида фаол электрод, фаоллаштирилган электрожарроҳлик аппарати билан, инерт, осон ионландиган 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 қуйидаги афзалликларга эга:

- инерт газ аргон кислородни коагулятсион зонадан чиқариб юборди, 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 узоқлаштирганда 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 ҳақида содир бўлиши мумкин;
- ионланган аргоннинг плазма оқими даволанган тўқималарга бактериостатик, бактеритсид ва аналгезик таъсир кўрсатади.

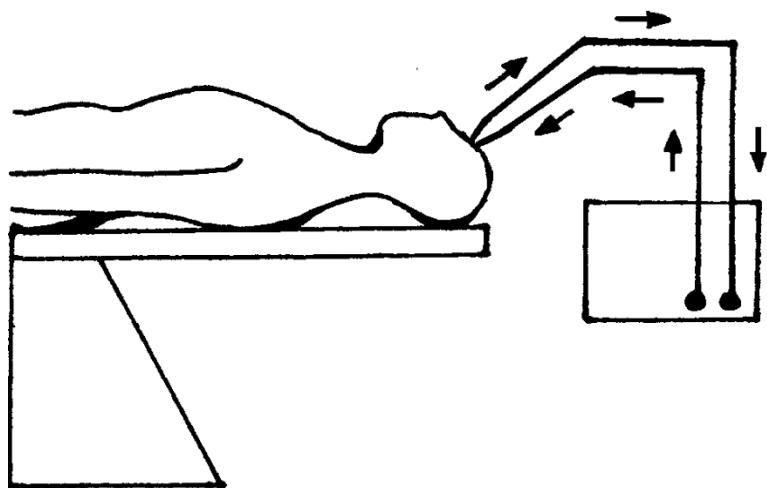
Аргон плазма машъаласи орқали ўтадиган юқори частотали оқимнинг махсус танланган параметрлари туфайли коагулятсия мажбурий (тез ва чуқур) ёки юзаки бўлиши мумкин, коагулятсия чуқурлиги (3 мм гача) силлик ошади. Аргоноплазмик коагулятсия режимлари номида умумий қабул қилинган терминология мавжуд эмас, 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 қайнатиради ва ҳужайраларни йиртиб ташлайди - тўқима кесилади (2 - расм).12).

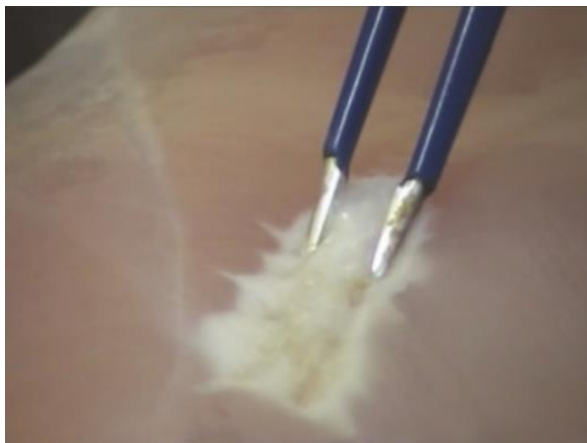


Расм. 12 биполяр кесиш

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 қурийдди 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

Электрожарроҳлик 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 электрожарроҳлик аппаратининг тўғри танланган режимида оператсия пайтида тўқималарнинг ёпишишини истисно қилиш.

Ишлаш тақиқланган :

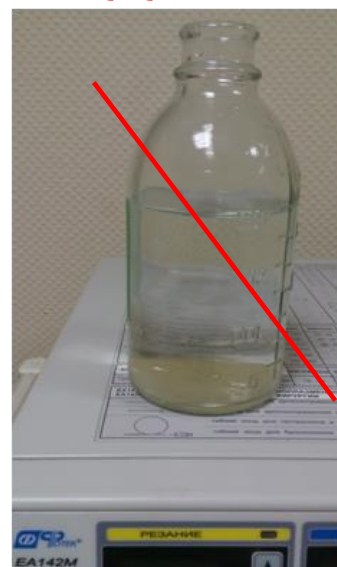
- бошқарув блокининг қопқоқлари олиб ташланган ҳолда;
- бошқарув блоки ва тармоқ кабелининг корпусига механик шикастланиш билан;
- корпуслар ва педал кабеллари механик шикастланганда;
- корпусга ёки кабелга зарар этказадиган электрожарроҳлик асбоблари эгалари томонидан;
- шикастланган изолятсияга эга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

TAQIQLANADI



Тақиқланган уй қурилиши ва сертификатланмаган электродлар ва аксессуарлардан фойдаланинг.

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

Rasm 14

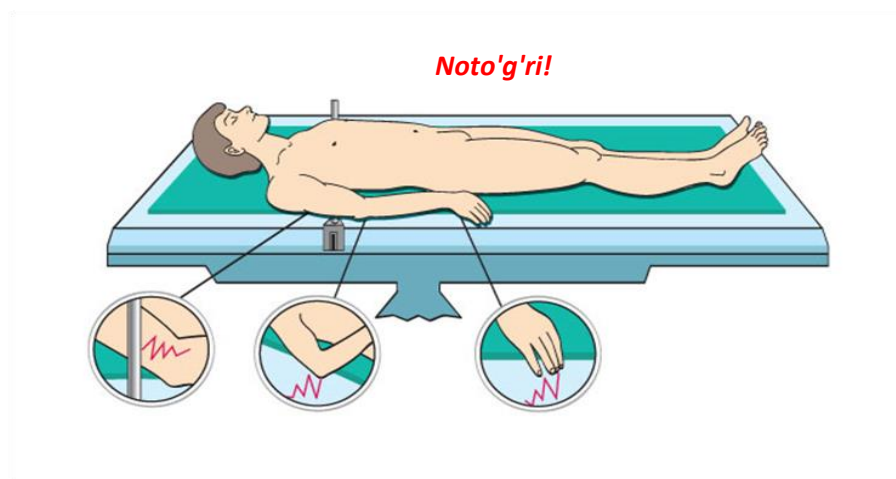
Эҳтиёт бўлинг! Электрожарроҳлик диссекцияси ва тўқималарнинг коагуляцияси пайтида тутун ҳосил бўлади, бу нафақат оператсия майдонининг визуализациясини ёмонлаштиради, балки бемор ва ходимлар учун ҳам зарарли бўлиши мумкин. Тутунни махсус филтрлар билан жиҳозланган тизими ёрдамида жарроҳлик тутун аспиратори 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.

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. Тқўзойнак 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).

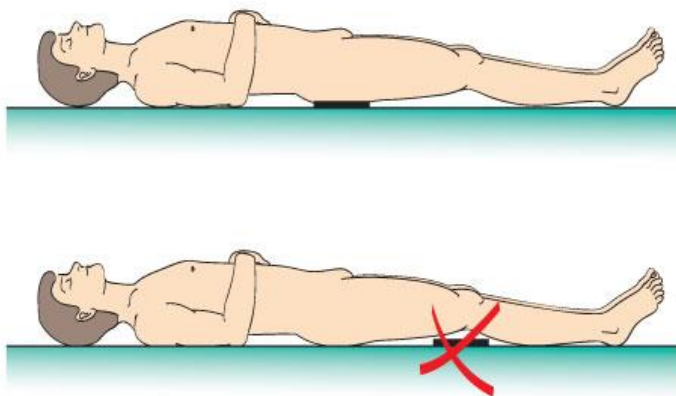
Беморнинг танаси билан нейтрал электроднинг йўқлиги ёки этарли даражада алоқа қилмаслиги тананинг эркин туташган ёки металл буюмлар ёки нам чойшабларга тегиб турган жойларини куйишига олиб келиши мумкин.

Тўғри!

Нотўғри!

ва

б



Расм. 17. Нейтрал электрод қопламаси:

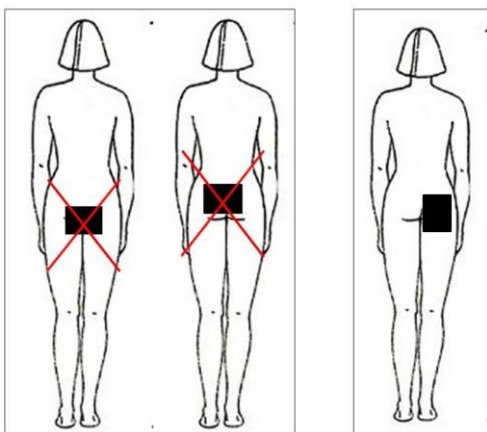
а-тўғри, б-нотўғри

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

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

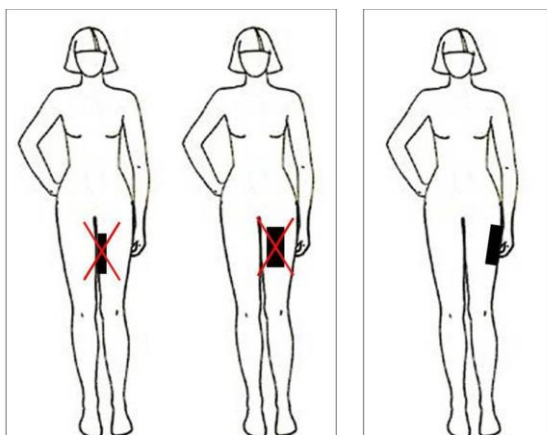
Афзал не қоплама жойлари:

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



Расм. 18. Думба устига не қўйиш

2. Кестириб. Не соннинг антероокуляр юзасига қўлланилиши керак (1-расм).19) - феморал артериядан узокда.



Расм. 19. Кестириб, не қўйиш

Тақиқланган не ни қўллаш:

- чандиқ ўзгариши билан терига;
- яллиғланган терига;
- 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 минтақага, 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

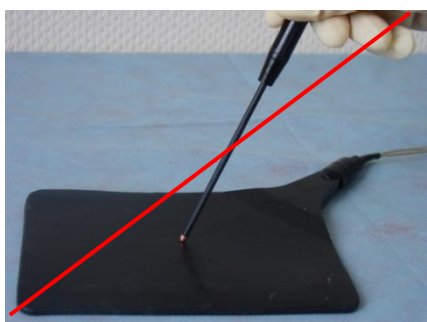
Тақиқланган не билан алоқани яхшилаш учун намланган чойшаб ёки ўтказувчан Гелдан фойдаланинг. Суюқлик ёки гел нотекис қурийди, нейтрал электрод билан алоқа қилиш майдони камаяди, бу куйиш хавфини оширади. Оператсия пайтида беморнинг танаси ва нейтрал электрод ўртасида ҳеч қандай суюқлик оқмаслигини таъминлаш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

Электрожарроҳлик 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, электрожарроҳлик воситаси узоқ вақт фаоллашгандан кейин яна бир неча сония давомида иссиқ бўлиб қолади ва тўқима билан алоқа қилганда куйишга олиб келиши мумкин. Жарроҳлик пайтида электрожарроҳлик 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 электрожарроҳлик аппарати тасодифий фаоллашса, масалан, педал тугмачасини ёки ушлагич тугмачасини бехосдан 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 машғаласи (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 қурийди 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 қурилган қатлам, қоида тарикасида, 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 қорақўтирнинг 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:

Электржарроҳлик асбобларининг тутқичлари ва кабеллари ходимлар ва бемор танасининг очик 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 электржарроҳлик куйишига олиб келиши мумкин. Жарроҳлик қўлқопларини изолятсия қилиш юқори частотали токдан ҳимоя қилиш учун этарли эмас. Асбоб тутқичи фақат изолятсия қилинган қисмдан ушлаб турилиши керак, электржарроҳлик

асбобларини алмаштириш ва тозалаш фақат фаол бўлмаган асбоб билан амалга оширилиши керак.

Тўғри!

Нотўғри!



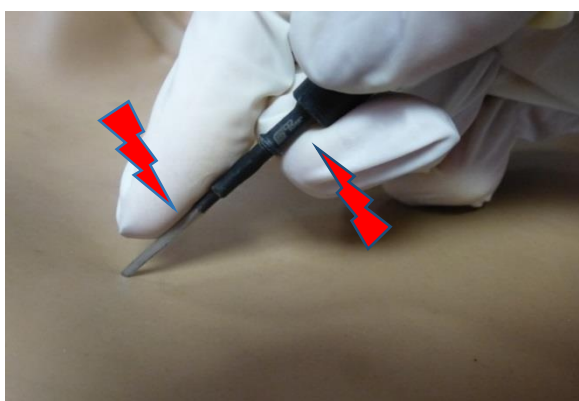
а б

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, шунини эсда тутиш керакки, алоқа майдони қанчалик катта бўлса, куйиш эҳтимоли шунчалик кам бўлади.

Электрожарроҳлик воситаси таъсир қилиш зонасидан узоқда жойлашган бўлса, уни фаоллаштирамаслик 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 хонаси ҳавосида ёки электрожарроҳлик асбобининг таъсир зонасида ёнувчан ва портловчи газлар концентратсиясининг ошиши билан қурилманинг нормал ишлаши пайтида ҳосил бўлган учкунлардан 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 учкунлардан 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 тсиллиндрида стандарт белгилар бўлиши керак кул рангга бўялган, яшил чизик ва яшил рангдаги "аргон" ёзуви бўлиши керак (2-расм). 28).



Расм. 28. Белгиланган аргон шишаси

Тақиқланган аргоноплазмик коагулятсия учун ушбу белгиларсиз цилиндрлардан ва аргон бўлмаган цилиндрлардан фойдаланинг.

Балон фақат "тўлиқ очиқ" ёки "тўлиқ ёпиқ" ҳолатларда муҳрланган. Оралиқ ҳолатларда цилиндрдан атмосферага газ оқиши мумкин. Шунинг учун, қурилмада ишлашни бошлашдан олдин, цилиндрнинг валфи тўлиқ очилиши керак ва иш охирида у бутунлай ёпилиши керак.

Қин ва вулва патологиясини даволаш учун электрожарроҳлик ускуналари турлари

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. E354м аппарати.

400 ваттнинг юқори чиқиши моделни нафақат амбулатория шароитида, балки статсионар 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. EA141M 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 абласёнининг хавфсиз ва сифатли усули сифатида кўрсатди.

Инвазив саратон касаллигига шубҳа – эСМО - шифокорнинг тактикаси:

Биринчи триместр-аборт қилиш ва стандарт даволаниш имкониятларини муҳокама қилиш, акс 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.

III- триместр.

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

II- триместр-узоқ 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 IA1).

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 IA1).

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

Биринчи триместр (ПШМ ИА2, ИБ, ИИ).

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 радиатсия терапияси мумкин.

Биринчи триместр (БС, ИВ).

Ташқи нурланиш, ҳомиладорлик тугаганидан кейин-радиатсия 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.

II. БОБ

2.1. ҚИН ВА ВУЛВА 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 ултратовушнинг 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.

Ультрасоник 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" бактериял 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

Ултрасоник 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 H^+ ва OH^- га бўлиниши водород пероксид ҳосил бўлиши билан, азот иштирокида эса бактеритсид хусусиятларга эга азот ва азот кислоталари билан содир бўлади. Эркин

радикаллар X^+ ва OX^- дарҳол оксидланиш-қайтарилиш реаксияларига кириб, патогенлар ва вирусларни йўқ қилади.

Паст частотали ултратовушнинг биологик таъсири

Шунинг 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 УЛТРАТОВУШИНИНГ механик таъсири-бактериялар ва замбуруғларнинг хужайра 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, Псеудомонас аеругиноса ва э. соли. 5 дақиқалик кавитланган эритма таъсиридан кейин патогенлар сони бир неча бор камаяди. Микобактерияларнинг дори дармонларга чидамли штаммларига 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 хужайра 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 Стапхйлокок 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 катламларига 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) суюқлик 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 эффекти

Биологик объектларда ултратовушни ютиш пайтида акустик энергия иссиқликка айланади. Тўқималарнинг кичик маҳаллий исиши (даража фрактсиялари 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 некретомия 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 эффекти

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 яхшилайдди.

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 ташхис қўйиш учун муҳим бўлган яхшироқ колпоскопик расм учун;
- атрофик касалликлар (декубитал яралар, вулва крауроzi).

Усулдан фойдаланишга қарши кўрсатмалар:

- хомиладорлик пайтида бачадоннинг аниқ кўзгалувчанлиги ва гипертониклиги (контрендикатсия бачадон бўйни ва қин соҳасидаги таъсирга нисбатан қўлланилади);
- номаълум этиологиядан қон кетиш;
- ҳайз кўриш;
- қайта ишлашда ишлатиладиган дориларга аллергия реакциялар.

Ультратовушни эҳтиёткорлик билан ишлатиш керак:

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

Ультратовуш ёрдамида кавитатсия учун тавсия этилган дорилар:

- натрий хлорид эритмаси 0,9 % (стерил физиологик эритма, кейин физик эритма);
- хлорҳексидиннинг сувли эритмаси 0,05 %;
- бетедин 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.

2.2.Қин ва вулва 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. Ултрасоник 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. Ултрасоник кавитатсия аппарати "ФОТЕК", АСТИТОН-а модели (суюқлик аспиратсияси режими билан).

АСТИТОН- аппарати моделида "асосий", "танланган" ва "суғориш" режимларига қўшимча равишда "аспиратсия" режими қўшилди –

терапевтик ёки жарроҳлик аралашув майдонидан эритмани ўрнатилган аспиратсия помпаси ёрдамида олиб ташлаш.

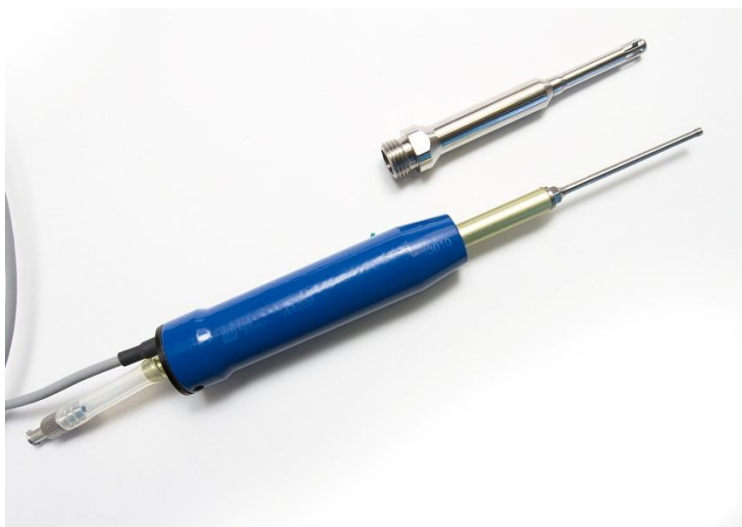
2.3.Ультратовушли кавитатсия терапиясини амалга ошириш учун воситалар

Тўқималарга ультратовуш 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.

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 куюқ тешикларга 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 (хомиладорлик пайтида).

Колпоскопик расм: десидуоз прогестероннинг юқори концентратсияси туфайли юзага келади ва фақат хомиладор 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 инфекцияси, 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.

Мухим!!! 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.

Кўпол 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 ўтисмаси 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

эса тутиш керакки, ошқозон яраси, айниқса, катта ёшдаги аёлларда малигнизатсия жараёни яшириши мумкин.

Лугол эритмаси билан бўяш(Шиллер намунаси): йод ижобий, йод негатив.

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 йўк), турли диаметри 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: атипик колпоскопик белгилар йўқ ёки бачадон бўйни очик 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 инфекциясини, 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 биров 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 биров 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 силлик 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 чизикли 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:

Фойдаланган адабиётлар

1. Гултекин М, Зайифоглу Караса М, Кусукйилдиз И, Дундар С, Бозтас Г, Семра Туран Х, эт ал. Инициал резултс оф популатион басед сервисал сансер скреенинг програм усинг ХПВ тестинг ин оне миллион Туркиш вомен. Инт. Ж. Сансер. 2018;142:1952–1958.
2. Густафсон КС, Фуртх эЕ, Хеитжан ДФ, Фанслер ЗБ, Сларк ДП. ДНА метхйлатион профилинг оф сервисал скуамоус интраепитхелиал лесионс усинг ликуид-басед сйтологй спесименс: ан аппроач тхат утилизес ресеивер-оператинг чарактеристис аналйсис. Сансер. 2004;102(4):259–268.
3. Гуятт ГХ, Охман АД, Вист ГЕ, Кунз Р, Фалск-Йтгер Й, Алонсо-Соелло П, Счунеманн ХЖ. ГРАДЕ: ан эмергинг консенсус он ратинг куалитй оф эвиденсе анд стренгтх оф ресоммендатионс. Бмж. 2008;336(7650):924–926.
4. ХеалтхСоунсил. Скреенинг фор сервисал сансер [Скреенинг оп баармодерхалсканкер], Вол 2011/07 (Хеалтх Соунсил, Ден Хааг, 2011).
5. Хесселинк АТ, Хеидеман ДА, Стеенберген РД, Соупе ВМ, Овермеер РМ, Рижкаарт Д, Беркхоф Ж, Меижер СЖ, Сниждерс ПЖ. Сомбинед промотер метхйлатион аналйсис оф САДМ1 анд МАЛ: ан обжестиве триаге тоол фор хигх-риск хуман папилломавирус ДНА-поситиве вомен. Слин Сансер Рес. 2011;17(8):2459–2465.
6. Хонг ЖХ, Тсаи СС, Лаи Ч, Чанг ТС, Ванг СС, эт ал. Риск стратифисатион оф пациентс витх адвансед скуамоус селл сарсинома оф сервис третед бй радиотхерапй алоне. Инт Ж Радиат Онсол Биол Пхйс. 2005;63:492–499. дои: 10.1016/ж.ижробп.2005.02.012.
7. Ху К, Ванг W, Лиу Х, Менг К, Зханг Ф. Сомпарисон оф третатмент оутсомес бетвеен скуамоус селл сарсинома анд аденосарсинома оф сервис афтер дефинитиве радиотхерапй ор консуррент чеморадиотхерапй. Радиат Онсол. 2018;13:249. дои: 10.1186/с13014-018-1197-5.
8. Хуанг эЙ, Хуанг ЙЖ, Чанчиен СС, Лин Х, Ванг СЖ, эт ал. Претретатмент сарсиномобренис антиген левел ис а риск фастор фор Пара-аортис лймпх

ноде ресурренсе ин аддитион то скуамоус селл сарсинома антиген фоллоуинг дефинитиве сонсуррент чеморадиотхерапй фор скуамоус селл сарсинома оф тхе утерине сервих. Радиат Онсол. 2012;7:13. doi: 10.1186/1748-717X-7-13.

9.Хуанг ЛW, Пан ХС, Лин ЙХ, Сеow КМ, Чен ХЖ, Хванг ЖЛ. П16 метхйлатион ис ан эарлй эвент ин сервисал сарсиногенесис. Инт Ж Гйнесол Сансер. 2011;21(3):452–456.

10.Хуанг Т, Чен Х, Хонг К, Денг З, Ма Х, Хин Й, Фанг Й, Е Х, Ванг Р, Зханг С, Е М, Дуан С. Мета-аналйсес оф гене метхйлатион анд смокинг беҳавиор ин нон-смалл селл лунг сансер пациентс. Сси Реп. 2015;5:8897.

11.Хух WK, Виллиамс э, Хуанг Ж, Брамлей Т, Поулиос Н. Сост эффестивенесс оф хуман папилломавирус-16/18 генотйпинг ин сервисал сансер ссреенинг. Аплл. Хеалтх эсон. Хеалтх Полисй. 2015;13:95–107.

12.ИАРС. Сервих сансер ссреенинг, Вол 10 (ИАРС, Лён, 2005).

13.Икенберг Х, Бергерон С, Счмидт Д, Гриессер Х, Аламеда Ф, Ангелони С, эт ал. Ссреенинг фор сервисал сансер пресурсорс витх п16/Ки-67 дуал-стаинед сйтологй: резултс оф тхе ПАЛМС студй. Ж. Натл Сансер Инст. 2013;105:1550–1557.

16.Инсинга РП, Гласс АГ, Руш ББ. Диагносес анд оутсомес ин сервисал сансер ссреенинг: а популатион-басед студй. Ам. Ж. Обстет. Гйнесол. 2004;191:105–113.

17.Иванова ТА, Головина ДА, Завалишина ЛЕ, Волгарева ГМ, Катаргин АН, Андреева ЙЙ, Франк ГА, Кисселжов ФЛ, Кисселжова НП. Уп-регулатион оф эхпрессион анд ласк оф 5' СпГ исланд хйперметхйлатион оф п16 ИНК4а ин ХПВ-поситиве сервисал сарсиномас. БМС Сансер. 2007;7:47.

18.Жаск Сузиск, Рачаел Адсок, Франсесса Сароззи, Анна Гиллио-Тос, Лаура Де Марсо, Аннароса Дел Мистро, Хелена Фрайле, Салваторе Гирландо, Сристина Сани, Массимо Сонфортини, Мануел Зорзи эт ал. Сомбинед усе оф сйтологй, п16 иммуностаининг анд генотйпинг фор

триаге оф woмен посетиве фор хигх-риск хуман папилломавирус ат примарй ссреенинг//Ж Слин Вирол. 2016 Мар; 76(Суппл 1): С49–С55.

19.Жеонг БК, Чои ДХ, Хух СЖ, Парк W, Бае ДС, эт ал. Тхе роле оф скуамоус селл сарсинома антиген ас а прогностис анд предистиве фастор ин сарсинома оф утерине сервих. Радиат Онсол Ж. 2011;29:191–198. doi: 10.3857/рож.2011.29.3.191.

20.Жеонг ДХ, Ёум МЙ, Ким ЙН, Лее КБ, Сунг МС, Ёон ХК, Ким КТ. Промотер метхйлатион оф п16, ДАПК, СДХ1, анд ТИМП-3 генес ин сервисал сансер: соррелатион витх слинисопатхологис чарактеристисс. Инт Ж Гйнесол Сансер. 2006;16(3):1234–1240.

21.Канг С, Ким Ж, Ким ХБ, Шим ЖW, Нам э, Ким Ш, Ахн ХЖ, Чои ЙП, Динг Б, Сонг К, Чо НХ. Метхйлатион оф п16ИНК4а ис а нон-раре эвент ин сервисал интраепитхелиал неопласиа. Диагн Мол Патхол. 2006;15(2):74–82.

22.Канг С, Нам БХ, Парк ЖЙ, Сео СС, Рю СЙ, эт ал. Риск ассесмент тоол фор дистант ресурренсе афтер платинум-басед сонсуррент чеморадиатион ин пациентс витх лосаллй адвансед сервисал сансер: а Кореан гйнесологис онсологй групп студй. Ж Слин Онсол. 2012;30:2369–2374. doi: 10.1200/ЖСО.2011.37.5923.

23.Карса Л, Арбйн М, Вуйст ХД, Диллнер Ж, Диллнер Л, Франсесчи С, эт ал. Папилломавирус Ресеарч. 2015. Эуропеан гуиделинес фор куалитй асурансе ин сервисал сансер ссреенинг. Суммарй оф тхе супплементс он ХПВ ссреенинг анд вассинатион.

24.Катки ХА, Счиффман М, Састле ПЕ, Феттерман Б, Поитрас НЕ, Лорей Т, эт ал. Бенчмаркинг СИН 3+ риск ас тхе басис фор инсорпоратинг ХПВ анд Пап сотестинг инто сервисал ссреенинг анд манагемент гуиделинес. Жоурнал оф lower генитал траст дисеасе. 2013;17:С28–35.

25.Казанетс А, Шорстова Т, Хилми К, Маркуес М, Витчер М. Эпигенетис силенсинг оф тумор суппрессор генес: Парадигмс, пуззлес анд потенциал. Биочим Биопхйс Аста. 2016

26. Хонанда А., Хан А. Бачадон бўйни, қин, вулванинг саратон олди касалликлари: таъхис ва даволаш / таржима. инглиз тилидан. Эд. С.И. Роговская. М.: ГЕОТАР-Медиа, 2017. 312 б.

27. Фитзпатриск Т., Жонсон Р., Волфе К., Паулаано М., Ссормонд Д. Дерматологй Томас Фитзпатриск: Атлас-маълумотнома китоби / транс. инглиз тилидан. М.: Амалиёт, 2007. 1269 б.

28. Бачадон бўйни, қин, вулва. Физиология, патология, колпоскопия, эстетик тузатиш: амалиётчилар учун қўлланма / эд. С.И. Роговской, э.В. Линден. М.: Статус Праесенс нашриёти, 2014. С. 579-589.

29. ТНМ: Хатарли ўсмаларнинг таснифи / эд. Л.Ҳ. Собинина ва бошқалар; бошига. инглиз тилидан ва илмий. Эд. А.И. Шчеголева, э.А. Дуббовой, К.А. Павлова. М.: Логосфера, 2011. С. 177-190.

30. Берек ва Хакернинг гинекологик онкологияси / Ж.С. Берек, Н.Ф. Хакер, муҳаррирлар. 5-нашр. Филадельфия: Липпинсотт Виллиамс & Вилкинс, 2009. П. 536-575.

31. Борнстеин Ж., Бентлей Ж., Босзе П., Гирарди Ф., Ҳаефнер Ҳ., Ментон В., Перротта М., Прендивилле W., Русселл П., Сидери М., Страндер Б., Татти С., Волкер П. 2011. Халқаро бачадон бўйни патологияси ва колпоскопия федератсиясининг колпоскопик терминологияси // Обстет. Гинекология. 2012. Но 120(1). Б. 166-172.

32. Борнстеин Ж., Боглиатто Ф., Ҳаефнер Ҳ.К., Стокдале С., Прети М., Бохл Т.Г., Реуттер Ж. ИССВД терминология кўмитаси учун.

Вулвовагинал касалликларни ўрганиш бўйича 2015 халқаро жамияти (ИССВД) Вулвар скуамоз интраэпителиал лезёнларнинг терминологияси // Обстет. Гинекология. 2016. Но 127. Б. 264-268.

33. Ҳерфс М., Варгас С., Ямамото Й., Ҳовитт Б., Нусси М., Ҳорниск Ж., МсКеон Ф., Хиан W., Срум С. "Юқоридан пастга" фарқлаш учун янги чизма

бачадон бўйни скуамосолумнарни белгилайди. ривожланиш, репродуктив ҳаёт ва неоплазия давридаги бирикма // Ж. Патҳол. 2013. Но 229(3). Б. 460-468.

34. Лйнч П.Ж., Моял-Баррассо М., Боглиатто Ф., Мичелетти Л., Ссуррй Ж. 2006. Вулва дерматозларининг ИССВД таснифи: патологик, пастки тўпламлар ва уларнинг клиник коррелятсиялари // Ж. Репрод. Мед. 2007. Но 52. 3-9-бетлар.

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

36. 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.

ЎҚУВ ҚЎЛЛАНМА
ВУЛВА ВА ҚИН КАСАЛЛИКЛАРИ
ТАШХИСИ ВА ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ
Д.Б. ИСАКОВА

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

АНДИЖОН 2023