O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VA O'RTA MAXSUS TA'LIM VAZIRLIGI

IXTIYAROVA G. A., MATRIZAYEVA G.J,
ISMATOVA M.I.

GINEKOLOGIYADA HAMSHIRALIK ISHI

O'quv qo'llanma

Toshkent-2018

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VA O'RTA
MAXSUS TA'LIM VAZIRLIGI

IXTIYAROVA G. A., MATRIZAYEVA G.J., ISMATOVA M.I.

«GINEKOLOGIYADA HAMSHIRALIK ISHI»

O'quv qo'llanma

Bilim sohasi: 500000 – Sog'liqni saqlash va ijtimoiy ta'minot.
Ta'lim sohasi: 510000 – Sog'liqni saqlash.
Ta'lim yo'nalishi: 5510700 –Oliy hamshiralik ishi

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI
URGANCH FILIALI
AXBOROT RESURS
MARKAZI
20
43373

Toshkent- 2018

UO`K 614.253.58
KBK 57.1
I 93
Ixtiyarova, G.
Ginekalogiyada hamshiralik ishi [Matn] / G. Ixtiyarova, G. Matrizayeva, M. Ismatova.- Toshkent, 2018.-108b.

ISBN 978-9943-5412-4-5

Ushbu o'quv qo'llanma akusherlik va ginekologiyaning poydevori bo'lgan ayollar jinsiy a'zolarining anatomo-fiziologik xususiyatlari bilan tanishtirish, ginekologik bemorlarni asosiy va qo'shimcha tekshirish usullarini hamda hozirgi zamonaviy diagnostik usullari ya`m ultratovush, endoskopiya, patomorfologik, gormonal, sitologik, bakteriologik va boshqa usullar bilan tanishtirish mavzuning asosiy maqsadi bo'lib, 32 rasm, 4 algoritm, 3 jadvaldan tuzilgan. O'quv qo'llanma 3510701 – Tibbiyot hamshirasi yo'nalishi Davlat ta'lim standarti va ushbu yo'nalish uchun «akusherlik-ginekologiya» fani o`quv dasturi talablari doirasida tayyorlangan. Shu sohadagi boshqa uslubiy qo'llanmalardan farqli jihati zamonaviy davolash va diagnostik jarayonlari texnologiyasi kengroq yoritilganva yangi milliy standartlar asosida tuzilib, har bir mavzu boyitilgan.O'quv qo'llanma bilan birgalikda uning elektron varianti ham tayyorlangan. Elektron variantidagi illustratsiyalar animatsiya ko'rinishida bo'lib, mavzularni o'zlashtirishni osonlashtiradi. Undan tashqari, elektron variant ovoz berish bilan ham yoritiladi.

UO`K 614.253.58
KBK 57.1

Tuzuvchilar:

Ixtiyarova G.A. *BTI akusherlik va ginekologiya kafedrasi mudiri, t.f.n.*
Matrizayeva G.J. *TTA Urgench filiali akusherlik va ginekologiya kafedrasi mudiri, t.f.n.*
Ismatova M.I. *BTI akusherlik va ginekologiya kafedrasi assistenti*

Taqrizchilar:

F.M.Ayupova *TTA Akusherlik va ginekologiya kafedrasi mudiri,t.f.d., professor.*
L.M. Abdullayeva *TTA Akusherlik va ginekologiya kafedrasi dotsenti,t.f.d.*

O'quv qo'llanma markaziy uslubiy kengashida ko'rib chiqildi va tasdiqlandi. (30.05.2018 yil. Bayonnoma №10).

O'quv qo'llanma institut kengashida tasdiqlandi.
(29.12.2017 yil. Bayonnoma №5).

SO'Z BOSHI

Ginekologiya fani – ayollar organizmi uchun xos anatomik va fiziologik xususiyatlarini, jinsiy a'zolarining kasalliklarini, ularni davolash va oldini olish yo'llarini o'rganadi. Ginekologiyada hamshiralik ishi fani ona sog'ligini saqlashning zamonaviy tizimi bo'lib, u malakali hamshiralik yordamini ko'rsatish va parvarishni amalga oshirishga qaratilgan.

O'quv qo'llanma O'zbekiston Respublikasi oliy o'quv yurtlarida oliy hamshiralik ishi mutaxassislari ta'lim sifatini oshirish maqsadida ishlab chiqilib, oliy hamshiralik yo'nalishi talabalariga ayollar organizmidagi reproduktiv tizimning anatamo- fiziologik xususiyatlari, tekshirish usullari, eng ko'p tarqalgan va xavfli ginekologik kasalliklar klinikasi, hamshiralik tashxisi, hamshiralik jarayon va hamshiralik parvarish xususiyatlari, reproduktiv salomatlik to'g'risida tushuncha va uni muhofaza qilish omillari bo'yicha bilim va amaliy ko'nikmalar, shuningdek, bemorga yordam ko'rsatishda mutaxassislar o'rtasidagi o'zaro ta'sir tamoyillari yoritilgan.

O'quv qo'llanma oliy tibbiyot bilimgohlarida ginekologiya fanini o'qitish dasturiga muvofiq tuzilgan. Nazariy materialdan tashqari, klinik stimulyatsiya ko'rinishlari, ta'limning interfaol usullari ya'ni masalalar, o'rgatuvchi testlar va amaliy malaka hamda ko'nikmalarni qadamma – qadam bajarish algoritmlari ko'rib chiqilgan.

Mazkur o'quv qo'llanmada ayollar jinsiy a'zolari anatomiyasi, normal hayz sikli va uning buzilishi, ayollar jinsiy a'zolaridagi yallig'lanish kasalliklari, disfuksional bachadon qon ketishlari, bachadon va tuxumdondagi yaxshi va yomon sifatli o'smalar, bepushtlik va kontrasepsiya mavzulari etiologiyasi, patogenezi, tashxisi, ularning oldini olish, davolash tamoyili, amaliy mahoratlarni qadamma-qadam bajara olishi ko'rsatilgan. Shuningdek, ushbu o'quv qo'llanmada ginekologiyada ambulator zveno va statsionarda 2017 yil 27 noyabrdagi milliy standartlardan keng foydalanilgan.

O'quv qo'llanma ko'rsatmali dalillar va dunyoda yetakchi akusher- ginekologlar jamiyati tavsiyalari asosida ishlangan.

Onalar o'limini sabablarini o'rganishga bag'ishlangan ko'p sonli tadqiqotlar ko'rsatishicha, ko'pgina o'lim holatlarini bartaraf etish va oldini olish mumkin ekan. Ma'lum sabablarga ko'ra, shifokor bo'lmagan holatlarda hamshiralarga sifatli tibbiy yordam ko'rsatish mas'uliyati yuklatiladi. Zamonaviy dunyo sog'liqni saqlash tizimida oliy hamshiralik ishi mutaxassislarining o'rni katta va muhim. Katta bilimli, yuqori kasbiy kompetentga ega hamshira holat og'irligi tasnifini tezkor birlamchi baholash, shifokor yordamigacha bo'lgan davrda tezkor qaror qabul qilish hamda bu yordamlarni amaliyotda amalga oshirish, shoshilinch davolash dinamikasida holat monitoringi aniqlash vazifalarini bajaradi.

Hozirgi vaqtda O'zbekistonda sog'liqni saqlash tizimida 3-sonli barqaror rivojlanish maqsadini bajarishga yo'nalgan keng ko'lamli islohot o'tkazilmoqda. Davlat rahbarlari bu maqsadlarning siyosiy tarafdorlari ekanligini namoyish qiladi.

Qisqartma so'zlar

AYQH- aylanib yuruvchi qon hajmi

BDQK- bachadondan disfunksional qon ketishi

BIV- bachadon ichi vositasi

EChT- eritrositlar cho'kish tezligi

EKU- ekstrokorporal urug'lanish

FSG- follikulni stimullovchi gormon

JYOYK- jinsiy yo'l orqali yuquvchi kasalliklar

JSST- jahon sog'liqni saqlash tashkiloti

NYQV- nospetsifik yallig'lanishga qarshi vosita

OITS- orttirilgan immun tanqisligi

OIV- odam immun tanqisligi virusi

OR- oilani rejalashtirish

RS- reproduktiv salomatlik

SE- surunkali endometrit

SI- sun'iy inseminatsiya

SO- salpingoofarit

STG- somatotrop gormon

XG- xorion gonadotropin

ChAYK- chanoq a'zolari yallig'lanish kasalligi

O'SO- o'tkir salpingoofarit

MavzuNo1.

Ginekologik kasalliklar propedevtikasi. Umumiy tekshirish usullarining ginekologik kasalliklarning tashxisidagi ahamiyati. Hamshiralik tashxisi qo'yilish tartibi. Ginekologiyada hamshiralik jarayonini tashkil qilish.

Reja:

1. Ayol jinsiy organlarining anatomiyasi va fiziologiyasi

2.Ginekologik bemorlarni tekshirish usullari

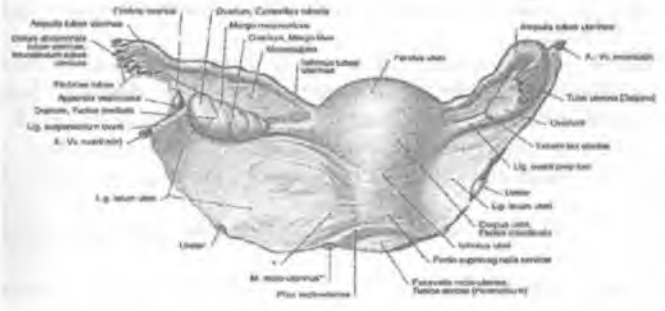
3. Ginekologik bemorlarni umumiy tekshirish usullarida OMH roli

Ginekologiya (grek so`zidan geneo - ayol, logos fan) tibbiyotning maxsus qismi bo'lib, ayol organizmining faoliyati kasalligi, va uning anatomo fiziologik xususiyatlarini barcha davrlarda o'rgatadi. Ayollar jinsiy a'zolar tuzilishi va funksiyasini nafaqat akusherlik balki ginekologiyada alohida o'rganiladi. Jinsiy a'zolar fiziologiyasiga to'liq tasavvurga ega bo'lmasdan turib, unga xos bo'lgan kasalliklarning kelib chiqish patogenezi, profilaktika va davolashlarga bog'liqligini yaqqol tasavvur qilib bilmaymiz. Shuning uchun ginekologik kasalliklarni tekshirish usullari anamnez va ob'yektiv tekshirishlardan boshlanadi. Ushbu tekshirish a'zolar sistemasidan boshlanib, ular kasallikni aniq tashxis qo'yishda yordam beradi. Tekshirish sistemasi ketma – ketlik bilan ko'riladi, chunki jinsiy organlar barcha organ va sistemalar bilan bog'liq va ularning kasallanishi ham boshqa organ va sistemalarga bir butun ta'sir qiladi, shuning uchun tekshirish usullarini asosiy usullari ob'yektiv tekshirish usullardan (nafas, yurak, nerv sistema va keyinchalik laborator, rentgenologik va qo'shimcha) tekshirish usullarini tashkil qiladi.

AYOL JINSIY ORGANLARINING ANATOMIYASI VA FIZIOLOGIYASI

Ayol jinsiy organlarining tuzilishi va funksiyalari haqidagi ta'limot akusherlik bilan ginekologiyaning ilmiy asosidir. Shu sababli akusherlik kursi hamisha ayol jinsiy organlarining anotomiyasi va fiziologiyasini o'rganishdan boshlanadi.

Ayol jinsiy organlarini tashqi va ichki jinsiy organlarga ajratish rasm (1,2,3rasm). Tashqi jinsiy organlar asosan jinsiy his organlari hisoblanadi; ichki jinsiy organlar homilani yetiltirish va bola tug'ish funksiyasini o'taydi.



1-rasm. Ayollar ichki jinsiy a'zolari anatomiyasi.

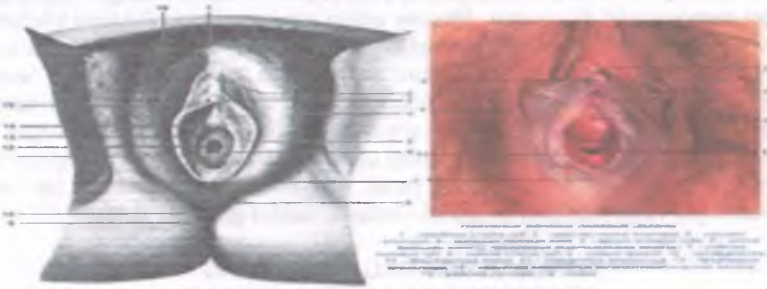
TASHQI JINSIY ORGANLAR
(GENITALIA EXSTERNA)

Tashqi jinsiy organlarga qov, katta jinsiy lablar, kichik jinsiy lablar, klitor, qin daxlizi, uning katta bezlari - Bartolin bezlari kiradi. Tashqi va ichki jinsiy organlar o`rtasidagi chegara qizlik pardasidir.

Qov (mons veneris) simfizning oldingi va yuqori tomonida yotgan, teri ostidagi yog' qatlami qalin bo`ladigan uchburchak tepacha (qov do'mbog`i)dan iborat.

Qovning yuqori chegarasi terining ko`ndalang egatchasidan iborat bo`lib, qov usti burmasi deb ataladi; qovdan o`ng va chap tomonida qov burmalari bor; qov orqa tomonda katta jinsiy lablarga qo'shilib ketib jun bilan qoplangan.

Qovda jun o`sishi tuxumdonlarning va qisman buyrak usti bezlari po`stlog`ining faoliyatiga bog`liq. Ba`zi avollarda jun erkaklardagiga o`xshash joylashadi yoki siyrak rivojlanadi, bu esa jinsiy organlarining gormonal faoliyatining buzilishidan dalolat beradi.



2-rasm. Tashqi jinsiy organlar

Katta jinsiy lablar (labia pudendae majora)- uzunasiga ketgan, jinsiy yoriqni ikkala tomondan chegaralab turadigan ikkita teri burmasidir. Teri ostida qalin yog` qatlami bor, undan tomirlar, nervlar va fibroz tolalari o`tadi. Katta jinsiy lablar oldingi tomonda qov terisiga o`tadi, orqa tomonda esa sekin – asta torayib pastga tushadi va o`rta chiziqda bir biriga qo`shilib, *orqadagi bitishma (commissura labii posterioris)* ni hosil qiladi.

Jinsiy lablar bag`rida qin daxlizining katta bezlari – *Bartolin bezlari (glandulae Bartholinii)* joylashgan.

Ular yumaloq, loviyadek keladigan alveolyar- naysimon bezlaridir. Bezlarning alveolalari- epiteliy bilan qoplangan, bu epiteliy sekret ishlab chiqaradi. Sekret bez yo`li orqali tashqariga chiqadi, bu yo`lning uzunligi 1,5-2 sm ni tashkil etadi. Bezlar katta jinsiy lablarning orqa bo`limlari bag`rida yotadi. Ularning chiqarish yo`llari kichik jinsiy lablar bilan qizlik pardasi (yoki uning qoldiqlari) dan hosil bo`lgan egatga ochiladi.

Orqadagi bitishma bilan orqa chiqaruv teshigi (anus) o`rtasidagi soha *oraliq (perineum)*, deb ataladi.

Kichik jinsiy lablar (labia pudendae minora) – uzunasiga ketgan teri burmalarining ikkinchi jufti bo`lib, katta jinsiy lablardan ichkarida, ularning asosi bo`ylab yotadi.

Klitor (clitoris) – kichkina konussimon tuzilma (erkaklar penisiga analog organ) bo`lib, qo`shilib ketgan ikkita (g`orsimon) tanadan iborat. G`orsimon tanalarda tutash bo`shliqlar bor, tomirlardan keladigan qon shu bo`shliqlarda aylanib yuradi. Klitor qon tomirlari va nervlarga boy: terisida nerv oxirlari juda ko`p. Klitor funksiyasi jixatdan jinsiy his organidir. Jinsiy qo`zgalish paytida arterial qonning tez kelishi va venoz qonning sekinroq oqib kelishi natijasida klitor kattalashadi va zichlashadi (erektsiya).

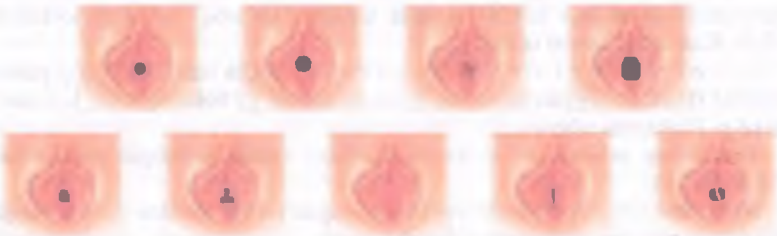
3-rasm. Klitor tuzilishi

Qin dahlizi (vestibulum vaginae) – oldingi tomonidan klitor orqa tomonidan katta jinsiy lablarining orqadagi bitishmasi ikki yon tomonidan kichik jinsiy lablarining ichki yuzasi bilan chegaralangan. Qin dahlizining yuqoridagi qin tomonidagi chegarasi qizlik pardasi (yoki uning qoldiqlari)dan iborat. |Qin dahliziga uretra (siydik chiqarish kanali) ning tashqi teshigi, Barotolin bezlarining chiqarish yo`llari ochiladi.

Siydik chiqarish kanali. (urethra) – siydik chiqarish kanalining tashqi teshigi klitordan 2-3 sm orqada bo`lib, yumaloq ba'zan yoriq, yulduz yoki yarim oy shaklidadir. Uretraning bo`yi ayollarda 3-4 sm, eni o`zgaruvchan, kanali oson cho`ziladi (diametri 1 sm gacha boradi va undan ham oshadi).

Uretraning tashqi teshigidan yon tomonda nayga o`xshash tarmoqlanuvchi tuzilmalar – parauretral yo`llar (Skin bezlari) bor, bu yo`llarning bo`yi 1-2sm. Ularning tashqi teshiklari yaqinidan ochiladi. Parauretar yo`llarning sekreti uretraning tashqi teshigini namlab turadi.

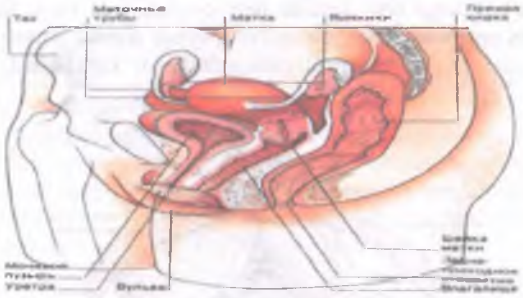
Qizlik pardasi (hymen) – qo`shuvchi to`qimadan tuzilgan bo`lib, iffatli qizlarda qin og`zini to`sib turadi. Qizlik pardasi tashqaridan va qin tomondan ko`p qavatli yassi epiteliy bilan qoplangan, qo`shuvchi to`qimadan tuzilgan negizida muskul elementlari, elastik tolalar, qon tomirlari, nervlar bor. Shunga yarasha qizlik pardasi halqasimon, yarim oy, naysimon shaklda bo`ladi.



4-rasm. Qizlik pardasi

IChKI JINSIY ORGANLAR (GENITALIA INTERNA)

Ichki jinsiy organlarga qin, bachadon, uning naylari (tuxum yo`llari) va tuxumdonlar kiradi.



5-rasm. Ichki jinsiy organlar

Qin (vaginas. colpos)- kichik chanoqning o`rtasida yotgan naysimon muskulli elastik organdir. Qinning bo`yi va eni ancha o`zgaradi. Qinning oldingi devori o`rta hisobda 7-8 sm, orqa devori esa 1,5-2 sm uzunroq. Qin cho`ziluvchanligiga yarasha eni o`zgaradi, u o`rta hisobda 2-3 sm bo`ladi, shu bilan birga qinninig pastki bo`limi torroq, yuqori bo`limi kengroq. Qin bo`shlig`iga yuqoridan bachadon bo`ynining qindigi qismi (portio vaginalis) turtib chiqib turadi. Qin devorlari bachadon bo`ynining kindagi qismi atrofida gumbazsimon chuqurchalar xosil qiladi, ular *qin g u m b a z l a r i,* deb ataladi. Qin gumbazlari to`rtta: oldingi (bachadon bo`ynidan oldingi tomonda), orqadagi (bachadon bo`ynidan orqa tomonda), o`ng va chap gumbazlar. Orqadagi gumbaz oldingi gumbazdan chuqurroq, jinsiy aloqada shaxvat (sperma) orqadagi gumbazda to`planadi, urug`li suyuqlik (sperma) shu gumbazdan bachadon bo`ynining tashqi teshigiga, so`ngra bachadon bo`shlig`iga kiradi.

Mikroflora xarakteriga qarab qin tozaligi to`rt darajaga bo`linadi.

T o z a l i k n i n g b i r i n ch i d a r a j a s i. Qin sekretida faqat qin batsillalari va epiteliy hujayralari bor. Reaksiyasi kislotali.

T o z a l i k n i n g i k k i n ch i d a r a j a s i. Qin batsillalari kamroq yakkam – dukkam leykotsitlar va somma variabile tipidagi bakteriyalar (bukilgan anaerob tayoqchalar), ko`pgina epiteliy hujayralari topiladi. Reaksiyasi kislotali. Tozalikning birinchi va ikkinchi darajalari normal hisoblanadi.

T o z a l i k n i n g u ch i n ch i d a r a j a s i. Qin batsillalari kam, bakteriyalarninig boshqa turlari (ayniqsa kokklar) ko`proq, bir talay leykotsitlar topiladi. Reaksiyasi sal-pal ishqoriy.

*T o z a l i k n i n g t o` r t i n ch i d a r a j a s i.* Qin batsillalari yo`q, patogen mikroblar (kokklar, comma variabile, tirixomonadalar va hokazo) bilan leykotsitlar juda ko`p. Reaksiyasi ishqoriy.

Tozalikning uchinchi va to`rtinchi darajalari odatda patologik protsessslarga yo`ldosh bo`ladi.

Bachadon (uterus)-silliq muskulli kovak organ bo`lib, shaklan oldindan orqaga qarab sal-pal yassilangan nokka o`xshaydi.

6-rasm. Bachadon tuzilishi

Bachadonning quyidagi bo`limlari bor: 1) tanasi (corpus), 2) bo`g`zi (isthmus) va 3) bo`yni (cervix sollum). Bachadonning zalvorliroq yuqori qismini *t a n a s i* deb atashadi. Bachadon *b o` g` z i* tanasi bilan bo`ynini orasidagi qariyib 1sm uzunlikdagi qismidir. Bo`g`iz ichi kanal bo`lib, yuqorida bachadon bo`shlig`iga, pastda bachadon bo`ynining kanaliga o`tadi. Bachadon *b o`y n i* bachadonning qinga suqilgan kambar pastki uchidir. Bachadon bo`ynining quyidagi qismlari bor: a) qindagi qismi (portio vaginalis) qin bo`shlig`iga turtib chiqib turadi va b.) qin ustidagi qismi (portiosupravaginalis), qin devorlarining bachadon bo`yniga yopishadigan joyidan yuqoriroqda bo`ladi a) Bachadon bo`yni silindrik shaklda yoki tashqi teshikka tomon sal pal torayib boradi (silindrik – konussimon forma).

Butun bachadoning bo`yi 8 sm, uzuniliging ⅔ qismi tanasiga va ⅓ qismi bo`yniga to`g`ri keladi. Bachadonning tubi sohasidagi eni 4-5,5 sm, devorlarining qalinligi 1-2 sm. Bo`yida bo`lmagan sog`lom ayol bachadoning vazni 50 g dan 100g gacha boradi.

Bachadon devorlari uch qavat:

a) shilliq parda b) muskul qavati v) seroz qavati (qorin pardasi).

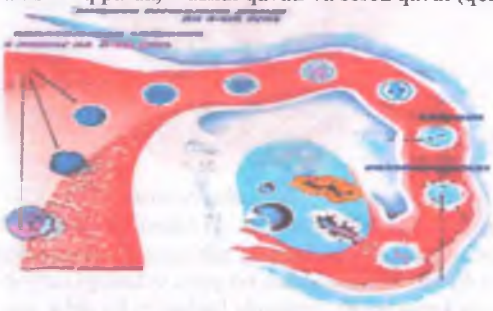
Bachadoning *sh i l l i q p a r d a s i (endometrium)* bir qavatli silindrik tukli epiteliy bilan qoplangan.

M u s k u l q a v a t i (miometrium) - bachadonning eng qalin qavatidir. U silliq muskul tolalarining qalin tutamlar chigalidan iborat bo`lib, tolalar orasida qo`shuvchi to`qima qatlamlari bor.

Bachadonning seroz (qorin parda) qavati (perimetrim) – bachadonning tashqi qavatidir. Qorin pardasi qorin oldingi devorining ichki yuzasidan qovuqqa, so`ngra bachadon va naylarining oldingi yusaziga o`tadi. Bachadon bola tug`ish funksiyasini o`taydi. Yetuklik davrining boshidan oxirigacha katta yoshli ayol bachadonning shilliq pardasida to`g`ri tartib bilan takrorlanuvchi murakkab o`zgarishlar ro`y berib, homiladorlik uchun qulay sharoit tug`diradi.

Bachadon naylari (tubae uterinae salpinges) ni tuxum yo`llari deb ham atashadi. Bachadon naylari bachadonning yuqoridagi burchaklaridan (tubidan) boshlanib, serbar bo`ylamaning yuqori chekkasi bo`ylab chanoqning yon devorlariga boradida ( ampulla tubae) voronka bilan tugaydi. Bachadon naylarini bo`yi 10-12 sm, eni har xil - bachadon burchagi yaqinida torroq, erkin uchiga tomon kengroq. Bachadon nayi quyidagi bo`linmalariga ajratiladi: 1) intersitsial qismi (pars intersitialis) –bachadon

devorining bachadon o`tadigan qismi; 2) bo`g`iz yoki istmus qismi (pars istmica )- bachadon nayining o`rtadagi bo`limi; 3) ampulyar qismi (pars ampullaris) bachadon nayining kengaygan va voronka shaklida tugaydigan qismi. Bachadon naylarining devorlari uch qavat: shilliq parda, muskul qavati va seroz qavat (qorin pardasi).

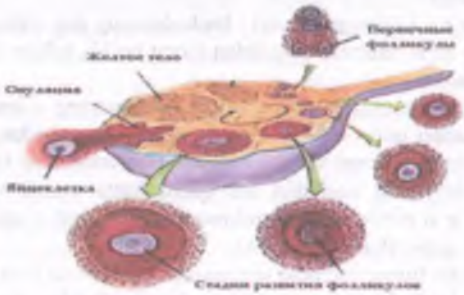


7-rasm. Bachadon naylari

Tuxumdonlar (ovaria)- ayolning bir juft jinsiy bezidir. Tuxumdon bodom shaklida bo`lib, bo`yi 3,5-4 sm, eni 2-2,5 sm qalinligi 1-1,5 sm, vazni 6-8 g. Qarilik davrida tuxumdonlar zichlashadi, kichrayadi, ularda yamoq to`qimasi taraqqiy etadi.

Tuxumdonning bir chekkasi serbar boylamning orqadagi varag`iga suqilgan; qolgan hamma yuzasi qorin pardasi bilan qoplanmagan bo`lib, kichik chanoqning qorin bo`shlig`iga bemalol chiqib turadi. Tuxumdonni 1) bachadoning serbar boylami, 2) tuxumdoning o`z boylami, 3) voronka-chanoq boylami osilgan holatda ushlab turadi.

Tuxumdonlar eng muhim funksiyalarini o`taydi. Yetuklik davrining boshidan oxirigacha tuxumdonlarda tuxum hujayra yetiladi, bu - ritm bilan takrorlanadigan protsessdir. Tuxumdondan ishlab chiqariladigan gormonlar (jinsiy gormonlar) ayolning butun organizmiga va jinsiy organlariga ta'sir etadi. Tuxumdon gormonlari ayol organizmiga xos belgilarining taraqqiy topishiga imkon beradi.



8-rasm. Tuxumdonda tuxum hujayra yetilishi

Balog`atga yetish davrida jinsiy organlar (bachadon naylari, bachadon, qin, tashqi jinsiy organlar) tuxumdon gormonlarining ta'sirida rivojlanadi. Qiz balog`atga

yetgach bu gormonlar organizmni homiladorlikka tayyorlaydigan siklik jarayonlarda qatnashadi.

JINSIY ORGANLARINING BOYLAMLAR APPARATI.

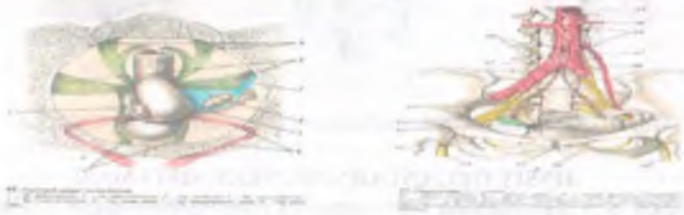
Ichki jinsiy organlarning *o s i b t u r uv ch i a p p a r a t i g a* quyidagi boylamlar kiradi.

1) *Yu m a l o q b o y l a m l a r (lig rotumdum)* silliq muskullardan va qo`shuvchi to`qimidan tuzilgan bo`lib, 10-12 sm uzunlikdagi kanopga o`xshaydi.

2) *S e r b a r b o y l a m l a r (lig iatum)*- qorin pardasining qo`shaloq varaqlari bo`lib, bachadoning yon bo`limlaridan chanoqning yon devorlariga boradi.

3) *D u m g` a z a- b a ch a d o n b o y l a m l a r i (lig sacro-uterinum)* bachadonning orqa yuzasidan bachadon tanasi bilan bo`yni oralig`ida boshlanib, orqaga ketadi va to`g`ri ichakni ikki tomondan o`rab, dumg`azaning oldingi yuzasiga yopishadi.

4) *T u x u m d on l a r n i n g o` z b o y l a m l a r i (lig ovarii proprium)* bachadon tubidan (bachadon naylari chiqadigan joyning orqarog`i va pastrog`idan) boshlanib, tuxumdonlarga boradi.



9-rasm. Bachadon boylam apparati

KICHIK CHANOQ KLECHATKASI.

B a ch a d o n a t r o f i d a g i (parametral) kletchatka (parametrium) bachadoning bo`limlaridan chanoqning yon devorlarigacha serbar boylamlarining varaqlari o`rtasidagi kamgakni to`ldiradi.

Q o v u q a t r o f i d a g i(paravezikal) kletchatka qovuq atrofidagi bo`sh joylarni to`ldiradi; qovuqning oldingi va orqa tomonida ko`proq bo`ladi.

Q i n a t r o f i d a g i (paravaginal) kletchatka qinni o`rab turadi, asosan qinning yon devorlaridan chanoq devorlarigacha davom etuvchi kamgakda joylashadi.

T o` g` r i i ch a k a t r o f i d a g i (pararektal) kletchatka to`g`ri ichak atrofida joylashadi.

Chanoq kletchakasining yuqorida ko`rsatilgan hamma bo`limlari bir-biridan yakkalangan emas, balki qo`shuvchi to`qima tarkibidagi ko`pgina elementlar yordamida biri-biri bilan bog`langan.

JINSIY ORGANLARINING QON TOMIRLAR SISTEMASI

Tashqi jinsiy organlar uyatlik arteriyasidan qon oladi.

U ya t l i k a r t e r i y a s i (a.pudenda) ichki yonbosh arteriyasidan boshlanib, pastga tushadi-da, chanoq, bo`shlig`idan chiqib, tashqi jinsiy organlarga, oraliqqa qinga va to`g`ri ichakka tarmoqlar beradi.

B a ch a d o n a r t e r i y a s i (a.uterina) bir juft tomir bo`lib, qorin pastki arteriyasidan boshlanadi, serbar boylamlar asosida yotgan parametral kletchatka orqali bachadonga boradi, yo`l- yo`lakay siydik yo`li (ureter) bilan kesishadi, bachadonining yon yuzasiga ichki teshik ro`parasida yaqinlashadi.

T u x u m d o n a r t e r i y a s i (a.ovarica) bir juft tomir bo`lib, qorin aortasidan (buyrak arteriyasi chiqqan joyning bir muncha pastrog`idan) boshlanadi, siydik yo`li (ureter) bilan, birgalikda pastga tushadi, voronka chanoq boylami orqali serbar boylamning yuqori bo`limiga o`tadida, tuxumdonga va bachadon nayiga tarmoqlar beradi; tuxumdon arteriyasining oxirgi tarmog`i bachadon arteriyasining oxirgi bo`limi bilan anastomozlanadi. Jinsiy organlarining arteriyalariga bir nomli venalar yo`ldosh bo`ladi, shu bilan birga har bir arteriya yonida ikki vena yotadi. Ichki jinsiy organlaring venalari chigallar hosil qiladi.

10-rasm. Martius sxemasi bo'yicha chanoq a'zolari arteriyasi tuzilishi

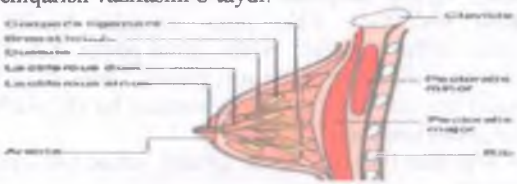
JINSIY ORGANLARNING NERV SISTEMASI

Simpatik nerv sistemasining jinsiy organlari innervastiyalaydigan tolalari aorta chigali bilan quyoshsimon chigaldan boshlanib, pastga yo`naladi va V bel umurtqasining ro`parasida qorin pastining yuqori chigalini hosil qiladi. Bu chigallardan nerv tolalari bachadon bilan qin o`rtasidagi chigal yoki chanoq chigali (plexusuntero-vaginalis, s. pelvicus) degan qalin chigalga boradi. Bachadon bilan qin o`rtasidagi chigaldan simpatik va parasimpatik tolalar chiqib, qin, bachadonni, bachadon naylarining ichki bo`limlarini qovuqni innervastiyalaydi. Bachadon tanasi asosan parasimpatik tolalar bilan innervatsiyalanadi.

11-rasm. Sinelnikov R.D. bo'yicha chanoq a'zolari nerv sistemasi

SUT BEZLARI

Sut bezlari (mammae) shingilga o'xshash tuzilgan. Sut bezning parenximasi bir talay pufakchalardan (alveolalardan) tarkib topgan. Bu pufakchalar sut chiqarish yo'li (ductus lactiferus) ning atrofida joylashadi va shu yo'lning kanaliga tutashadi. Bez epiteliysi sekret chiqarish vazifasini o'taydi.



12-rasm. Sut bezlari tuzilishi

Sut bezi tegishli arteriya (a, mammaria) dan va qo'ltiq arteriyasining shoxchalaridan qon oladi. Limfa tomirlari qo'ltiq limfa tugunlariga boradi.Sut bezlarining funksiyasi sut ishlab chiqarishdan iborat. Sut bezlari homiladorlik vaqtida sut chiqara boshlaydi, tug`ruqdan keyin sut bezlarining funksiyasi kuchayadi.

Ginekologik bemorlarni tekshirishda OMHni roli:

1.2.GINEKOLOGIK BEMORLARNI SUB'YEKTIV TEKSHIRISH USULARI.

Ginekologik bemorlarni tekshirish so`rab – surishtirishdan boshlanib, ma'lum reja asosida:

*1. **Pasport ma'lumotlari.*** Ayniqsa, yoshga e'tibor beriladi, chunki bolalik, qarilik, homiladorlik, laktatsion davrda amenoreya fiziologik, balog'atga yetish davrda esa patologik hisoblanadiyu, jinsiy yetuk davrida qon ketishi, abort, mioma, yallig'lanish va boshqalar bilan qarilikda qon ketishi esa yomon sifatli o'smalar bilan bog'liq.

*2. **Shikoyatlari:***

I menstrual funksiya bo'yicha: a) necha yoshligida 1-hayz sikli sodir bo'lgan va uning xarakteri (og`riq, qon yo'qotish darajasi, davomiyligi); b) hayz sikli necha kunlik intervaldan keyin sodir bo'ladi; v) hayz sikli tipi (3 yoki 4 xaftalik sikl, davomiyligi, qon yo'qotish, og'riq va boshqalar.); g) jinsiy hayot boshlangach, tug`ruq va abortdan so'ng hayz sikli tipi o'zgardimi; d) hozirgi kasalligida hayzsikli xarakteri o'zgardimi; e) oxirgi hayz sikli belgilanadi.

II Jinsiy funksiya:

1. jinsiy hayotning boshlanishishi;
2. jinsiy hissiyotlar,
3. jinsiy aktning buzilishi: og`riqli bo'lishi; bachadon ortiqlari va chanoq pardasining yallig'lanish, endometrioz, orqa parametrit, vulvovaginit, vaginizli (m.bulbospongiosus ning spazmi) da va boshqalar kuzatiladi;
4. Konsentrativ vositalardan to`g'ri va me'yorida foydalanish.

III Tug'ish funksiyasi:

1. jinsiy hayot boshlangandan so'ng 1 – homiladorlik qachon sodir bo'lgan;
2. homiladorlik chastotasi, uning kechishi vaoqibati;

3. tug'ruq va tug'ruqdan keyingi davming kechishi;

4. o'tkazilgan abortlar soni, xarakteri(tabiiy, sun'iy);

IV Sekretor funktsiyasi – qindan chiqadigan ajralma (fluor) ning manbai (korparal, bachadon bo'yni qin, vestibulyar); miqdori va sifati tekshiriladi.

V Eng asosiy og'riq simptomi – tashqi jinsiy a'zolar kasalligidaog'riq zararlangan sohada joylashadi. Ichki jinsiy organlar kasalliklaridan esaaniq lokalizatsiyaga emas, diffuz xaraterda bo'lib, qorin pastda, bel, dumg'aza, to`g'ri ichak, qin, son va boshqa sohalarga irradiyatsiyalanadi. Ginekologik kasalliklarda teri sezuvchanligi yuqori zonalar: Zaxarin – Geda zonalari bo'lib, ularX ko'krakdan IV dumg'aza segmentigacha tarqaladi.

VI Qo'shni organlar (ayniqsa, siydik ajratish, ichak funksiyasining buzilishi) funksiyasini tekshirish.

VII Yashash va ishlash sharoiti.

Ginekologik bemorlarni tekshirish sistemasi.

Maqsad:jinsiy organlar va boshqaorganlar sistemasining holati va kasalliklarini aniqlash.

Bajariladi: ayolning butun organizmi tekshiriladi, chunki yo'ldosh kasalliklar bilan jinsiy organlar kasalliklari bog'liqligi patogenezini asoslash davolash taktikasini tanlash.

Ginekologik amaliyotda ishlatiladi:

1. Tibbiyotda umumiy qo'llaniladigan tekshirish usullari: Ko'zdan kechirish palpatsiya, perkusiya, auskultatsiya va boshqalar.

2.Maxsus tekshirish usullari: qin orqali (ichki) va bimanual tekshirish, oynalar yordamida, zondlash va boshqalar.

3.Laborator tekshirish usullari.

Ginekologik bemorlarni umumiy tekshirish usullari.

Status praesens obectivus Ko'zga ko'rinadigan teri va shilliq pardalarning rangparligi qon yo'qotilishi bilan bog'liq kasalliklar (fibromioma, hayz siklining buzilishi va boshqalar) dan darak beradi. Yomon sifatli o'smalarning uzoq muddatli kechgan turlariga xarakterli skeletning raxitik deformatsiyasi tug'ruqdan keyingi jarohatlar (oqma, bachadon bo'yni vaoraliqning yorilishi)ga olib kelishi mumkin. Ginekologik kasalliklarning rivojlanishida tashqi muhit noqulay faktorlarining mohiyati muayyan konstitutsional omillar bo'lganda yaqqol namoyon bo'ladi. Konstitutsiyani baholashda organizmning morfologik va funksional xususiyatlari e'tiborga olinadi.

Infantil tip uchun quyidagi belgilar xarakterli: o'rta yoki kam hollarda baland bo'yli, chanog`i hamma o'lchamlari bo'yicha toraygan, ko'krak bezlari, tashqi va ichki organlari yaxshi rivojlanmagan, hayz sikli funksiyalari buzilgan bo'ladi.

Interseksual tip ikkilamchi jinsiy belgilarning to'la differentsiyallashganligi tufayli bu tipli ayollarning bo'yi baland, skeleti massiv, yelkasi va chanog'i keng, chanog'i shakl jihatdan erkaklarnikiga o'xshash, boldirlari bir-biriga tegmaydi. Tashqi jinsiy organlarda soch qoplami kuchli rivojlangan, soch tuklarining o'sish xarakteri erkaklarga xos.

Astenik tip uchun o'lchamlarning uzunasiga kattalashishi, mushaklar tonusining pasayishi xos. Astenik tipdagi ayollarda bachadon o'ta harakatchan va orqaga bukilgan (flexio) holatda bo'ladi. Ularda tug'ruqdan keyingi davrda (chanoq tubidagi mushaklar va boylam apparatining zaifligi tufayli) bachadon va qinning tushishi yuzaga keladi.

Qorinni ko'zdan kechirish - qorin hajmining kattalashishi va shaklining o'zgarishi yirik o'smalar (mioma, kistoma va boshqalar) ekssudatli peritonit, bachadon ortiqlarining yallig'lanishi bilan birga bachadon naylarining xaltachali «o'smalari» (gidrosalpinks, piosalpinks) kelganda, tuxumdon absesslarida kuzatiladi. Astsit va tuxumdon o'smalaridaham qorin kattalashadi. Kistomalarda qorin gumbazsimon, agar jinsiy organlari kasalliklari atsit bilan kechsa, bemor gorizontal holatda yotganda - qorin tekislangan bo'ladi; bachadon vaqining chiqib qolishi yoki pastga tushganda qorin osilib turadi; qorin oq chizig'i bo'ylab pigmentatsiyalar, homiladorlikdan keyingi chandiqlar diagnostik ahamiyatli.

Qorin palpatsiyasi siydik pufagi va to`g'ri ichak bo'shatilgandan keyin, bemor gorizontal holatda yotqizilib oyog'i son – chanoq va tizza bo'g'imida bukilib (bu qorin mushaklarining bo'shashtiradi) qorni paypaslanadi.

Palpatsiyada aniqlanadi:

a. qorin devoring holati:

b. mushaklar tonusi, mushak himoyasi, qorin to`g'ri mushaklarining diastaz; og'riqli sohalar; jinsiy organlardan chiqadigan yoki kichik chanoq bo'shlig'i chegarasidan tashqaridagi o'sma va infiltratlarning o'lchami, shakli konsistentsiyasi, chegaralari, og'riq bor-yo'qligi, harakatchanligi; «ballotirlanish» fenomeni aniqlanishi mumkin. Bachadon ortiqlari va chanoq pardasining o'tkir yallig'lanishida qorinning pastki bo'limida mushaklarning ixtiyorsiz taranglashishi (mushak himoyasi) aniqlanib, ektopik homiladorlikda esa yuza palpatsiyada kuzatilmasligi mumkin.

Qorin perkussiyasi– jinsiy organlarining kasalliklarida hosil bo'lgan katta infiltrat va ekssudat, o'smalarning chegarasi va konturlari, ektopik homiladorlikda qon quyilganda, kistomalar devori yorilganda ajraladigan suyuqlik borligini ko'rsatadi.

Qorin auskultatsiyasi– ichaklar peristaltikasi va uning xarakteri homiladorlikning 5 oyidan keyingi muddatda homilaning harakatlari va yurak tonlarini aniqlash mumkin. Auskultatsiyada jinsiy organlar o'smalari (mioma, kistoma) va homiladorlik farqlanadi.

1. Ginekologik bemorlarni maxsus tekshirish usullari.

1. Asosiy (shart bo`lgan)
2. Qo'shimcha (shart bo`lmagan) –diagnostik ma`lumotlarni olish maqsadida

Asosiy maxsus tekshirish usullari:

1. tashqi jinsiy organlarni ko`zdan kechirish;
2. oynalar yordamida tekshirish;
3. qin orqali (ichki) tekshirish;
4. bimanual vagino – abdominal tekshirish.

Qo'shimcha maxsus tekshirish usullari:

a) rektal va rekto-vaginal tekshirish;

b) bachadonni zondlash;

v) pulevoy qisqichlar yordamida tekshirish;

g) sitologik tekshirish usullari;

d) bachadon shilliq pardasini qirish;

e) biopsiya;

j) sinov punksiyasi;

z) pertubatsiya va gidrotubatsiya;

i) rentgenokontrast tekshirish usullari;

k) siydik pufagi kateterizatsiyasi;

l) endoskopik tekshirish usullari;

m) kesarcha kesish

Shuningdek, ginekologik amaliyotda gistologik, bakteriologik, serologik, bioximik tekshirish hamda ko`rsatmaga asosan tibbiy ginekologik tekshiriladi.

Ginekologik tekshirishga bemorni tayyorlash.

Bemorni tekshirish siydik pufagi va to`g`ri ichak bo`shatilgandan keyin gorizontal holatda yotkqizilib, oyoqlari son-chanoq tizza bo`g`imida bukiladi, bosh qismi bir oz ko`tariladi. Tekshirish jarayoni maxsus ginekologik kresloda olib boriladi.

13-rasm. Ginekologik jihozlar

***Ko`rsatma:*** maxsus ginekologik kreslo bo`lmaganda, oyoq ushlagichi bor qattiq va baland kushetkadan foydalanish mumkin.

Tekshirishdan oldin albatta:

1. qin oynalari, ko`targich, pinsetlar, surtma olish uchun instrumentlar, paxta, doka sterilizatsiya qilinadi.

2. rezina qo`lqoplar sterilizatsiyalanadi (ayniqsa, so`zak, rak, sil, trixomonadali kolpitli bemorlarni tekshirgandan so`ng);

3. qo`lni qo`lqopda suv bilan sovunlab yuvib, so`ngra dezinfeksiyalovchi eritmalar: (1:1000 sulema, 0,5% xloramin, 1 % lizol va boshqalar) bilan ishlanadi.

Tashqi jinsiy a'zolarni ko`zdan kechirish

Quyidagilar e'tiborga olinadi: 1. soch qoplamining o`sish darajasi va xarakteri (ayollarga xos gorizontal yo`nalishda) , erkaklarga xos (vertikal yo`nalishda),

2. katta va kichik jinsiy lablarning rivojlanishi;

3. oraliq holati (baland, past)

4. patologik jarayonlar: yallig`lanish, o`sma, eroziya, kandiloma, oqma, oraliq yorilgandan keyingi chandiqlar va boshqalar.

5. jinsiy yoriqning holati;

6. ayol kuchanganda bachadon va qin devorlarining tushishi

7. orqa chiqaruv teshigi (varikoz tugunchalar, yoriq, kandiloma, to`g`ri ichakdan shilliq, yiring yoki qon ajralishi)

Kichik jinsiy lablar uzoqlashtirilib, vulva va qinga kirish yo`li ko`riladi:

A) rangi (rangparligi, sianoz);

B) sekret xarakteri;

V) patalogik jarayonlar borligi (yallig`lanish, kista, eroziya va boshqalar);

G) siydik chiqarish kanali tashqi teshigi va bartolin bezi chiqaruv yo`llarining holati (giperemiya, ajralmalar chiqishi);

D) qizlik pardasi shakli yoki uning qoldiqlari.

Oynalar yordamida tekshirish

Hamshira vazifasi: ayolni ginekologik kresloga yotqizib, kerakli oynalar tayyorlash.

Bosqichlar:

1 – tashqi jinsiy a`zolarni ko`zdan kechirish;

2 – oynalar yordamida tekshirish;

3 – qin orqali va bimanual tekshirish.

Shu tartibda tekshirilishi lozim, chunki qo`shimcha travmatizatsiya tufayli eroziya

xarakteri o`zgaradi.

Ko`rsatmalar:

1. bachadon bo`yni va qinning kasalliklari: eroziya, polip, leykoplakiya, bachadon bo`yni raki, kolpit, servisit, tuberkulyoz yara, travmalar va boshqalar.

2. qizlarda tekshirish o`tkazilmaydi.

Qin oynalari turlari: a) silindrik, b) darchali-Kusko; v) qoshiqsimon (plastinkasimon). Silindrik oynalar kam ishlatiladi, bachadon bo`yni kasalliklarini davolashda ishlatiladigan dori moddalaridan qin devorini izolyatsiya qilish maqsadida qo`llaniladi. Darchali (o`zini ushlab turuvchi) oynalar ambulator amaliyotda va assistent bo`lmaganda foydalanilib, berk holatda qin gumbaziga kiritilib, darchalari ochilganda bachadon bo`yni ochiladi. Oynani qindan asta-sekin chiqarilganda qin devorlari ko`rinadi.

Bachadon bo`yni va qin devorlarini ko`rish uchun eng qulay qoshiqsimon oynalardir. Oyna yordamida oraliqni orqaga itarib, qinning orqa devori bo`ylab kiritiladi, so`ngra unga parallel ravishda yassi ko`targich kiritilib, qinning oldingi devori yuqoriga ko`tariladi. Bachadon bo`ynini yaxshiroq ko`rish uchun yassi plastinkasimon oynalar ham kiritilishi mumkin.

Bunda aniqlanadi:

1. bachadon bo`yni va qin shilliq pardasi rangi;

2. sekret xarakteri;

3. barmoq orqali tekshirishda ko`rinishi va ajralmalar

3.bachadon bo`yni shakli va o`lchami.

43373

4.patologik jarayonlar (yallig'lanish, travmalar, eroziya, o`sma, oqma va boshqalar.)

14-rasm. Qin ko'zgulari

Qin orqali (ichki) tekshirish.

Qin orqali tekshirish o`ng qo`l ko`rsatkich va o`rta barmoqlar yordamida, lekin qin torligi (gipoplaziya, yoshga bog`liq atrofiya, tug`magan ayollarda) faqat 1 barmoq bilan tekshiriladi. Barmoqni kiritishdan oldin vulvani dezinfeksiyalovchi eritmalar ho`llangan tampon yoki steril paxta bilan artiladi. Chap qo`lning bosh va ko`rsatkich barmoq bilan jinsiy lablar bir-biridan uzoqlashtiriladi. Ko`rsatkich va o`rta barmoq qinga kiritilib, bosh barmoq simfizga, IV - V barmoqlar kaftga bukilib asosiy falangalar tashqi tomoni oraliqqa taqalib turadi.

15-rasm. Qin orqali tekshirish

1. Oraliq sohasidagi mushaklar holati (kuchsizlanishi, atrofiya yoki gipotrofiya)
2. Vestibulyar bezlarning joylashuvi (kista, yallig`lanish va boshqalar.)
3. Qin oldingi devori orqali uretra paypaslanadi (yallig`lanish, og`riq, zichlashishi)
4. Qinning hajmi, burmalari, cho`zilishi, patologik jarayonlar (infltrat, chandiq, stenoz, o`sma, rivojlanish nuqsonlari). Qin gumbazining chuqurligi, qattiqchanligi, og`riqligi (bachadon ortiqlari, chanoq pardasi va klechatkaning yallig`lanishida qin gumbazi og`riqli, rigidlashgan, bo`rtib chiqqan; gipoplaziya va qarilik atrofiyasida qin gumbazi tekislangan)

Bimanual (vagino-abdominal) tekshirish

Bunda o`ng qo`lning ko`rsatkich va o`rta barmoqlari qin gumbaziga kiritilib, bachadon bo`yni orqaga siljitiladi. Chap qo`l kafti qorin devori orqali bachadon tanasi paypaslanganda aniqlanadi:

16-rasm. Bimanual tekshirish

1. Bachadon holati: egilgan: (versio), bukilgan (flexio), gorizontal o`q bo`ylab siljigan (positio), vertikal o`q bo`ylab siljigan (elevatio, descensus, prolapsus).

2. Bachadon o`lchamlari: normal, kichraygan (gipoplaziya, atrofiya) kattalashgan (homiladorlik, mioma va boshqalar)

3. Bachadon shakli: normal (noksimon, tekislangan), dumaloq (homiladorlik) noto`g`ri (o`sma, rivojlanish, anomaliyalari).

4. Konsistensiyasi: odatdagi, yumshoq (homiladorlik, fluktuatsiyalovchi gematometr, piometr), qattiq (mioma).

5. Harakatchanligi: normal, chegaralangan yoki yo`qolgan (o`sma, chandiq), o`ta harakatchan (bachadon tushishi).

6. Og`riqligi (yallig`lanish, mioma tugunlaridagi ikkilamchi o`zgarishlar).

Keyin tashqi va ichki barmoqlar bachadon burchagidan chanoq yon devorlariga o`tkazilib, bachadon nayi (N= paypaslanmaydi), tuxumdon , bachadon boylamlari (N= paypaslanmaydi), chanoq, pardasi va kletchatkadagi patologik o`zgarishlar aniqlanadi.

REKTO – ABDOMINAL TEKShIRISh

Bachadonni zondlash.

**Ko`rsatma:** diagnostik (bachadon holati, o`lchami, bo`ynining uzunligi,bo`yin kanali o`tkazuvchanligi stenoz, atreziya va b); davolash (bachadon shilliq pardasini qirish, qin orqali kesarcha – kesish) maqsadida.

Texnikasi: stasionar sharoitda aseptika va antiseptika rioya qilingan holda qinga oyna kiritib, pulevoy qisqich bilan bachadon bo`ynining oldingi labi ushlanadi. Bachadon antifleksiyasida metall zond tugmachasi oldinga retrofleksiyada orqaga yo`nalishda bachadon bo`shligi va bo`yin kanaliga kiritiladi.

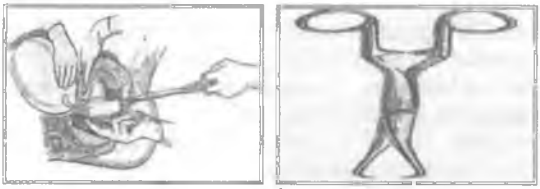
17-rasm. rekto – abdominal tekshirish

Bachadon shilliq pardasini qirish.

Ko`rsatma: diagnostik (xavfli o'sma, endometriy sili, polipoz, hayz siklining buzilish sabablari), davolash (xirurgik gemostaz) maqsadida.

Kerakli asboblar:

1. qoshiqsimon qin oynalari;
2. pulevoy qisqich;
3. bachadon zondi;
4. kengaytirgichlar.
5. qoshiqchalar (kyuretka) qirish uchun.



18-rasm. Pulevoy qisqichlar

Texnikasi: Qin oynalari kiritilgach, bachadon bo`yni oldingi labida pulevoy qisqich qo`yilib, qinning orqa – yon gumbaziga 0,25 % li 80-100 % li novakain bilan anesteziya qilinadi. Zondlash orqali bachadon holati va bo`shlig`ining uzunligi aniqlanib, bachadon bo`yin kanali kengaytiriladi. (№24, №26) kengaytirgichlar bilan antefleksiya, refleksiyani inobatga olib, so`ngra kyuretkani bachadon bo`shlig`iga kiritib bachadon tubidan, orqa, yon old devorlaridan ichki zevgacha qirib olinadi. Qirmani likopchaga solib, ko`zdan kechirib, etiketkasiga bemor F.I.O bor, 5% li formalin yoki 96% li spirt eritmasiga qirmani solib laboratoriyaga gistologik tekshirish uchun yuboriladi.

Pertubatsiya (bachadon naylariga havo yuborish)

**Ko`rsatma:** diagnostik maqsadda bachadon nayining o`tkazuvchanligini tekshirish, ayniqsa, bepushtlikda.

Texnikasi: maxsus apparatura yordamida bachadon bo`shligiga 150 mm.sim ust.dagi bosimda havo yuborib, monometrda kuzatiladi. Bachadon nayi o`tkazuvchanligining simptomlari;

A) qov ustida auskultatsiyada shovqin eshtilishi;

B) manometrdagi strelka pasayadi;

V) frenikus – simptom paydo bo`lishi mumkin.

Gidrotubatsiyava pertubatsiya

Ko`rsatma: diagnostik va davolash maqsadida

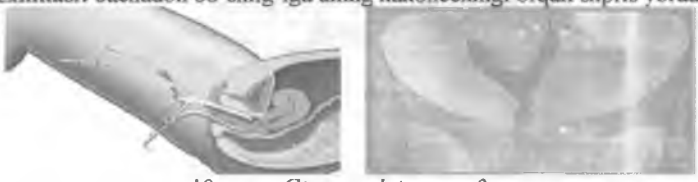
Bachadon nayiga steril eritmalar (novakainli fiziologik eritma, antibakterial preparatlar va b.)yuboriladi. Pertubatsiyada havo apparat yordamida 150 – 180 mm sim. ust.da yuboriladi. Agar buzilgan bo`lsa, monometrdagi strelka ko`tariladi.

RENTGENOKONTRAST TEKSHIRISH USULLARI.

Gisterosalpingografiya

**Ko`rsatma:** bachadon nayi o`tkazuvchanligi qaysi qismida (ampulyar, istnik interstisial) bekilganligi shunga asoslanib bepushtlikni xirurgik taktikasi tanlananadi. Kontrastrengentgrafiya patologik o`zgarishlarniko`rsatadi. (Submikoz mioma, bachadon rivojlanishi nuqsonlari va sinexiya va b.)

Texnikasi: bachadon bo`shlig`iga uning nakonechnigi orqali shpris yordamida



19-rasm. Gisterosalpingografiya

2-5 ml (bachadon o`lchamiga mos) kontrast modda: yodotrast, yodolipol yoki suvli eritmalar (diodon, diodrast, kardiotrast va b.) yuborilib, bemorning gorizontal holatida rentgenografiya qilinadi (shubha tug`ilsa, 24 soatdan keyin qayta rentgenografiya bajariladi).

Agar naylar o`tkazuvchan bo`lsa, kontrast modda qorin bo`shligi (kichik chanoqda) aniqlanadi. Submukoz miomatoz tugunchalari yoki polip sohasida «to`lishish defekti» aniqlanadi.

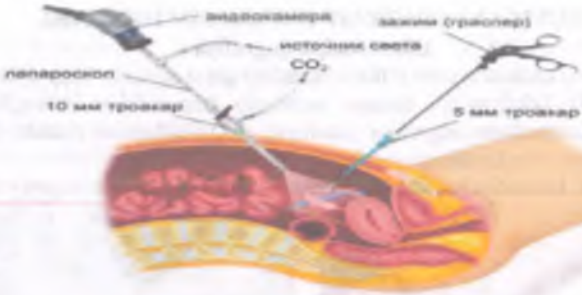
Eslatma: hayz siklidan 8-10 kun o`tgach, yoki hayz siklining 2-fazasida metrosalpingografiya qilinadi.

**Qarshi ko`rsatmalar:** o`tkir va o`tkir osti yallig`lanish kasalliklari, gonoreyali endometrit, eroziya, bachadon ichi va tashqari homiladorlik, bachadon shilliq pardasini qirgandan keyin bajarilmaydi.

Endoskopik tekshirish usullari.

Kolposkopiya - shtativga fiksatsiyalangan va yorituvchi moslamali binokulyar yoki monokulyar lupa bo`lib, tekshiriladigan sohani 10-30 marta kattalashtiradi. **Ko`rsatma:** bachadon bo`yni va qindagi o`sma, eroziya, leykoplakiya, kandilomatoz hosilalar va boshqalar, shuningdek, bolalardagi bachadon bo`yni va qindagi yallig`lanishli o`zgarishlar. Qiz bolalarda bachadon bo`yni va qinni qizlik pardasidagi teshik orqali ingichka kateter ko`rinishida vagonoskop kiritiladi.

Kuldoskopiya - ayol chalqancha yotqizilib, oyog`i son-chanoq va tizza bo`g`imida bukilib, tashqi jinsiy organlar dezinfeksiyalovchi eritmalar bilan artilib, bachadon bo`yni oynalar bilan ochilib, qisqichlar quyilgach, qinning orqa gumbazi 0,25 % novakain eritmasi bilan anesteziya qilinadi. Keyin bemorni tizza tirsak holatiga o`tkazilib, oynalar yordamida qinning orqa gumbazi ochiladi va bir oz kesilib, troakar orqali laparoskop o`matilib, bachadonning orqa yuzasi, tuxumdon va naylar hamda ulardagi patologik o`zgarishlar aniqlanadi.



20-rasm. Kuldoskopiya

SITOLOGIK TEKSHIRISH.

Qindan olingan saqlanmani buyum oynasiga olib, efir spirtli aralashma bilan fiksatsiya qilinib, gemotoksimin (15 min), 1 % eozinning suvli eritmasi bilan 2-3 minut bo`yaladi va quritiladi. Mikroskop ostida ko`rganda aniqlanadi:

1.Shoxlanuvchi hujayralar katta o`lchamli, protoplazmasi kuchsiz bo`yalib, piknotik yadrosi bo`ladi. Bu tipdagi hujayralar tuxumdon siklining follikulyar fazasiga xarakterlil.

2. Oraliq hujayralar o`rta o`lchamli, yadrosi shoxlanuvchi hujayralarga nisbatan katta. Hayz siklining barcha fazalarida, ayniqsa, lyutein fazada kuzatiladi.

3. Bazal yoki atrofik hujayralar kichik o`lchamli yadrosi oraliqhujayraga nisbatan katta bo`lib, menopauza davrida va tuxumdonlarning yaqqol gipofunksiyasida kuzatiladi.

Sitologik reksiyalarning quyidagi tiplari bo`ladi:

I reaksiya - surtmada bazal (atrofik) hujayralar va leykotsitlar bo`lib, ekstrogen gormonlarining keskin yetishmovchiligi bilan xarakterlanadi.

II reaksiya- bazal oraliq hujayralar va leykotsitlar bo`lib, estrogenlarning ma'lum darajada yetishmasligi bilan xarakterlanadi.

III reaksiya - oraliq hujayralar ustunlik qilib, 1-2 bazal va parabazal hujayralar bo`lib, bir oz ekstrogen yetishmasligi bilan ifodalanadi.

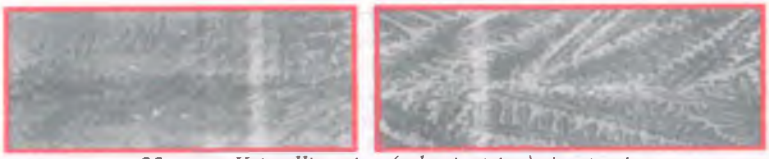
IV reksiya - shoxlanuvchi va oraliq hujayralar bor, bazal hujayralar va leykotsitlar yo`q- bu tuxumdon ekstrogen funksiyasi yaxshiligidan dalolat beradi. Bunda shoxlanuvchi va oraliq hujayralar orasidagi nisbat **KPI** (kariopiknotik indeks) deyilib, hayz siklining normal fazalarida turli, (%)larda bo`ladi. Shuningdek, hayz sikli buzilishini ham ko`rsatadi.

«Qorachiq fenomeni» tuxumdon siklining follikulyar fazasida bachadon bo`yin kanali bezlari shilliq, tiniq sekret bezlari ishlab chiqaradi. Uning miqdori ovulyatsiya fazasida eng cho`qqiga ko`tarilib, bachadon bo`yin kanalining tashqi teshigi 0,25-0,3 sm diametrgacha kengayadi. Qin oynalari yordamida bachadon bo`yni ochilganda, kanalning kengaygan teshigi «qorachiq» ni eslatadi. Lyutein fazada «qorachiq» fenomeni yo`qoladi. Homiladorlikning 1 – yarmida bu fenomen bo`lmaydi. (sariq tana progressiyasi tufayli), follikula persistensiyasida esa yaqqol ifodalaniladi.

21-rasm Sitologik material olish

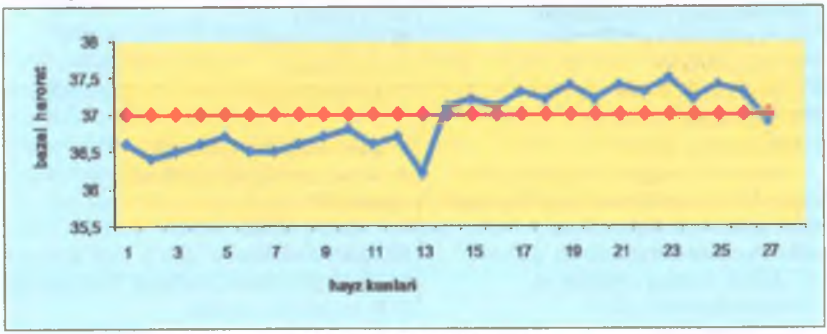
KRISTALIZATSIYA (ARBORIZATSIYA) SIMPTOMI

Kristallizatsiya (arborizatsiya) simptomi – bachadon bo`ynining shilliq sekreti buyum oynasiga 2-3 tomchi olinib, havoda 10-15 minut quritilgach, fiziologik eritmadan tomizilib, mikroskop ostida ko`riladi. Qurish paytida NaCl + mutsin o`zaro ta'siri yuzaga keladi. Kristallizatsiya fenomeni follikulyar fazaning 5-7 kunidan boshlanib, ovulyatsiyada eng cho'qqiga yetadi. Shu vaqtda surtma paporotnik bargini eslatadi. Lyutein fazada esa barg elementlari radial yoki xochsimon joylashadi. Bu reksiya menstrual va germinativ funksiyani aniqlash va davolashda ishlatiladi.



22-rasm. Kristallizatsiya (arborizatsiya) simptomi

Bazal (rental) temperaturani o`lchash individual termometr** yordamida uyqudan keyin yoki tinch holatda amalga oshiriladi. Normal hayz sikli follikulyar fazada t=37 C dan past ovulyatsiyadan oldin bir oz pasayib, lyutein fazada 0,4-0,6 C gacha ko`tariladi, hayz siklidan 1-2 kun oldin t yana pasayadi. Bu 2 **fazali harorat tuxumdon siklida follikulyar va lyutein fazaning ketma-ketligini ko`rsatadi. Anovulyator (1fazali ) siklda harorat egriligi monotonniy xarakterda bo`ladi.



23-rasm. Bazal harorat

Mavzubo'yichasavollar:

1. Tashqi jinsiy a'zolar anatomiyasi?
2. Ichki jinsiy a'zolar anatomiyasi?
3. Chanoq tubi muskullari qaysilar?
4. Ginekologiyada asosiy tekshirish metodlari va ularning ahamiyati nimadan iborat?
5. Instrumental tekshirish usullari va ularning bajarilish texnikasini ayting.
6. KPI nima?
7. Qorachiq simptomini izohlang.

Vaziyatli masala

Ginekologiya bo`limiga ayol jinsiy yo`llardan ajralma ajralishiga qorin pastida, belda og`riqdan shikoyat qilib keldi . 1ta tuqqan 1 ta abort qilgan.

Qanday tekshirish usullari o`tkaziladi ?

Sizning taktikangiz ?

Test:

1. Bartolin bezlari joylashgan?
A. *katta jinsiy lablar ichida
B. kichik jinsiy lablar ichida
C. qinning kirish qismida
D. klitor ustida

2. Gisterosalpingografiya quyidagini aniqlashda ma'lumot bera olmaydi?
A. *tuxumdonlar gipofunksiyasini
B. bachadon rivojlanishining nuqsonlarini
C. endometriozni
D. bachadon naylarining bitib ketishi

3. Davolash maqsadidagi gidrotubatsiyada qaysi dori preparatlari ishlatilmaydi?
A. *kalsiy xlorid
B. lidaza 64ED
C. pennisillin 1 mln
D. gidrokartizon 50 mln

4.Bachadon naylari o`tkazuvchanligini aniqlash uchun qaysi diagnostik metod qo`llaniladi?
A. *gisterosalpingografiya
B. qin surmasini tekshirish
C. kichik chanoq organlarini rentgenogramma qilish
D. Laporoskopiya

5.Sitologik tekshiruvda nechta reaksiya aniqlanadi:
A. 3 ta
B. *4 ta
C. 5 ta
D. 7 ta

6 Gisterosalpingografiyada qaysi kontrast modda ishlatiladi?
A. *Yodolipol
B. Trental
C. Kordiamin
D. Korvalol

7. Naylar o`tkazuvchanligida manometrda bosim
A. *Tushadi
B. O'zgarmaydi
C. Ko'tariladi
D. tekshirilmaydi

8. Bachadon o`z fiziologik holatini(anteflexio) qachon egallaydi?
A. *12-13 yoshda
B. 15-16 yoshda
C. 20-21 yoshda
D. homiladorlik paytida

MavzuN2

Ginekologiyada og'riq sindromi. Sindromga ta'rif berish. Ayol jinsiy a'zolarining nospetsifik yallig'lanish jarayonlari. Etiologiya. Klassifikatsiyasi. Klinikasi, diagnostikasi. Davolash tamoyillari, profilaktika, reabilitatsiya. Hamshiralik taktikasi.

Reja:

1. Jinsiy a'zolarining nospetsifik yallig'lanish jarayonlari etiologiyasi
2. Jinsiy a'zolarining nospetsifik yallig'lanish jarayonlari Klinikasi, diagnostikasi
3. Davolash tamoyillari, profilaktika, reabilitatsiya
4. Hamshiralik taktikasi

Jinsiy organlar yallig`lanishi hamma ginekologik kasallarning 60 - 65 % ini tashkil etib, ularning 30 % statsionar sharoitda davolanadi. Yallig`lanish kasalliklarining o`sishi aholi migratsiyasinng ko`payishi urbanizatsiya, prostitutsiyaning ko`payishiga bog`liqdir.

VOZ (1982) ma'lumotiga qaraganda jinsiy organlar yallig`lanishi umumiy aholining 1 %ini tashkil etib, aholining seksual aktivligi sonining 3 % ni tashkil etadi. Sanoati rivojlangan mamlakatlarda AQSH va Yevropada salpingit 15 – 39 yoshli ayollarda har 1000 tadan 10 – 13 ta uchraydi, 75 % ayollar 25 yoshdan kam, shulardan 75 % tug`maganlardir. Xlomidiya sababli bo`lgan yalliglanish 15 – 19 yoshli qizlarda 16 %, 25 – 19 yoshlarda 6 % va 30 yoshli 2,5 % ni tashkil etadi.

Mikoplazmalar, uroplazmalar 20 yoshgacha bo`lgan ayollarda ko`p yallig`lanishga sabab bo`ladi. 30 yoshdan ortiqlarida kasallik sababi anaerob mikroorganizmlardir. O`tkir yallig`lanish protsesslari 20 – 24 yoshgacha bo`lgan gruppada, 25 – 30 yoshda surunkali yallig`lanish protsesslari va ularning asoratlari ko`p uchraydi (bepushtlik, ektopik homiladorlik). Jinsiy a'zolar yallig`lanishida jinsiy organlar ideal mikroflorasi muhim rol o`ynaydi. Jinsiy traktning ma'lum uchastkasida normada ma'lum mikroflora yashaydi. Qin mikroflorasi quyidagilardan iborat:

Infeksion flora: anaerob va asosan aerob, gemolitik va nogemalitik streptokokklar, enterakokklar, gemolitik streptokokklar. Klebsiyella, enterabakteriyalar, proteus turidagilar, ichak tayoqchalari,zamburug'lar (kandidalar) ham uchraydi.

Patogen mikrofloraning uchrashi patologik jarayondan darak bermaydi. Agarda o`tkir yallig`lanish belgisi bo`lmasa qin mikroflorasiga endogen faktorlarning ta'siri bor. Estrogen ko`payishi bilan uning ta'sirida glikogen va mutsin hosil bo`lishi ko`payadi. Qin devori vaskulizatsiyasi ko`payib, patogen mikrofloraning virulentligini oshiradi. Aeroblar miqdori hayz oldidan kamayadi, bu gormonal o`zgarishga bog`liqdir.

Qin mikroflorasiga ekzogen ta'sirlar ximik, termik bo`lib, bular qinni yuvganda ta'sir qiladi. B. Larsen (1988) jinsiy yo'lning pastki qismida joylashgan mikroflora yuqoriga ham o`tishi mumkin deb hisoblaydi. Ularning virulentligini aniqlash uchun quyidagilarni aniqlash kerak.

-mikroorganizmni fagotsitozdek himoyalovchi qobig`i bor yoki yo`qligi.

-ekzo – endotoksinlar ajralishi

-ekstrahujayra fermentlar (kollagenaza, gialourinadaza. elastaza) ishlab chiqishi.

Jinsiy yo`llarda doimiy uchraydigan mikroorganizmlar ma`lum sharoitda virulent bo`lishi yallig`lanish jarayonlarida ishtirok etishi mumkin. Ularning aktivlanishiga va yallig`lanishiga ishtirok etishiga yo`l qo`ymaydigan fiziologik himoya mexanizmlari bo`lib, ularga:

- tuxumdon gormonlari ta'sirida epiteliy yuzasi hujayralarining deskvamatsiyasi va sitolizi

-nospetsifik antimikrob mexanizmlar, makrofag va leykotsitlar yordamida fagotsitoz.

-immun mexanizmlar: T–limfatsitlar, immunoglobulinlar, komplement sistemasi kiradi.Ular zamburug`lardan, viruslardan himoya qiladi.

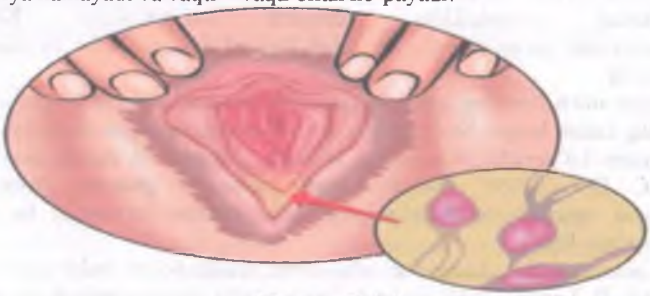
***Infeksiyaning tarqalish yo`llari:*** Infeksion agentlarining jinsiy organlar yuqori bo`limiga o`tishi spermatozoidlar, trixomonadlar yordamida passiv transport holda yoki gematogen limfogen yo`l bilan ro`y beradi.

Infeksiyaning jinsiy organlarning yuqorigi qismiga o`tishi bachadon ichi protseduralaridan keyin ham bo`lishi mumkin. (zondlash, GSG, gidrotubatsiya, operatsiyalar, abort, BIV). BIV bor ayollarda yallig`lanish jarayonlari 4 marta ko`p uchraydi. BIV iplari orqali mikroflora bachadon ichiga tushadi.

Tibbiyotda abortning ko`p uchraydigan asoratidan biri yallig`lanish jarayonidir. Yallig`lanish birinchi 5 kunda boshlanadi.

Jinsiy organlar pastki qismidagi yallig`lanish jarayonlarining sabablari: kandida, trixomanada, xlamidiya, viruslar, streptokokklar.

VULVIT- ayollarda reproduktiv yoshda vulvit kolpit, servisit, endometritdan so`ng paydo bo`lib, unda infeksiya ajralmalar orqali vulvaga tushadi. Birlamchi vulvit gigienaga rioya qilmaganda, ekstragenital kasalliklar (diabet, semizlik) ximik, mexanik (qichish) ta'siridan paydo bo`ladi. qandli Vulvitning o`tkir stadiyasi giperemiya, shish, seroz yiringli ajralma qoplanishi bilan xarakterlanadi. Sub'ektiv shikoyati og`riq, achishish, umumiy behollik. Surunkali stadiyada: giperemiya, shish, ekssudatsiya kamayadi va vaqti – vaqti bilan ko`payadi.

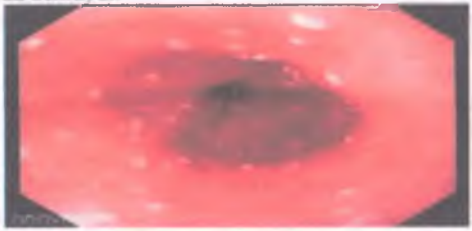


24-rasm. Vulvit

KOLPIT- reproduktiv yoshdagi ayollarda uchraydi. Sababi trixomonada, kandida, viruslar, sitomaliya virusi, shartli patogen mikroblar, stafilakokk,

streptokokk, entereokokk, protei, gemofilli va boshqa tayoqchalar. Kasallikning o`tkir davrida giperemiya, shish, ekssudatsiya, seroz yiringli ajralma bo`lishi bilan xarakterlanadi. Kasallar og`riqqa, qichishishga, achishishga shikoyat qiladi. Kasallik og`ir kechsa, tana harorati ko`tariladi, ahvoli og`irlashib uyqusi buziladi. Surunkali kolpitda faqat yiringli ajralma saqlanadi.

Kandidoz – (kandidamikoz) – qin shilliq parda infeksiyasi bo`lib, bachadon bo`yni va vulvaga tarqaladi. Kasallikni kandida zamburug`lari chaqiradi. Kasallik gormonal buzilishlar; oqsillar, yog'lar, uglevodlar, vitaminlar metabolizmi buzilganda va surunkali kasalliklar (diabet, tuberkullyoz, salpingoofarit) bilan kasallangan bemorlarda uchraydi.



25-rasm. Kandidoz

Kichik chanoq a'zolarining nospetsifik infeksion kasalliklari.

Kichik chanoq a'zolarining nospetsifik infeksion kasalliklariga endo – miometriy, bachadon naylari, tuxumdon, chanoq qorin pardasi yallig`lanishi kiradi. Bu organlarning yallig`lanishi alohida holda klinik amaliyotda kam uchraydi. Kuperman (1988) yallig`lanish protsesslarini o`rta og`ir va og`ir (peritonit, kichik chanokda shish) darajaga bo`lishni taklif qiladi. Yallig`lanish sabablari gonokokk, xlamidin, streptokokk, stafilakokk mikoplazmalar, ichak tayoqchasi, proteyalar, enterekokklar va boshqalar.

ENDOMETRIT - Bachadon ichki qavati yallig`lanishi, asosan o`suvchi, kambial qavat yallig`lanadi.

O`tkir endometrit: u abort, tug`ruq va diagnostik manipulyatsiyadan so`ng paydo bo`ladi. Uni yuqorida aytib o`tilgan mikroorganizmlar chaqiradi, ko`p hollarda ularning assotsiatsiyasi uchraydi. Xlamidiy va genital gerpes keyingi hollarda uchraydi.

Etiologik prinsipiga ko`ra endometritlar spesifik va nospetsifik (Bodyajina V.I. 1976 y) endometritlarga bo`linadi. Spesifik turga sil, gonoreya, aktinamikoz chaqirgan endometritlar kiradi. Mikrob florasining evolyutsiyasi, mikroorganizmning nerv, endokrin va boshka sistemalarining kam simptomli endometriyning rivojlanishiga katta rol o`ynaydi.

Yallig`lanish endometriyning pastki qavati muskul qavatini ham jalb qilishi mumkin. Yallig`lanish reaksiyasi mikrotsirkulyatsiyaning buzilishi bilan xarakterlanadi. Miometriyda shish, neytrofil infiltratsiya kuzatiladi. Agar anaerob flora qo`shilsa miometriyning nekrotik destruksiyasi kuzatiladi.

KLINIKA: kasallik infeksiya tushgandan so`ng 3-4 kunda boshlanadi. Tana harorati ko`tariladi, puls tezlashadi, leykotsitoz, EChT ko`payadi. Bachadon biroz kattalashadi, ogriqli bo`ladi. Ajralma seroz – yiringli bo`lib ko`p vaqt mobaynida shilliq – qonsimon bo`lib turadi. Kasallik 8-10 kun davom etib yaxshi davolanmasa, yarim o`tkir yoki surunkali formaga o`tadi. Agar antibiotiklar qo`llanilsa kasal yengil yoki abortiv formaga o`tadi.

Surunkali endometrit (SE) kelib chiqishi ko`p yillar mobaynida muhokama qilinib kelinadi. O`tkir endometritning surunkali formaga o`tishi shubhali hisoblanadi. Surunkali endometrit 0,2 – 0,6 % o`rtacha 14 % uchraydi. Har xil % ko`rinishida uchrashiga sabab diagnoz qo`yishda morfologik kriteriyalarning har xilligidir. Keyingi yillarda SE ko`p uchrayapti. U abortlar, BIV, endoskopik tekshirish usullarining ko`payishi bilan bog`lanadi. Surunkali endometrit o`tkir endometritning oxirigacha davolanmaganligidan kelib chiqib, u bachadondan qon ketganda, bachadon ichiga qilingan manipulyatsiyalardan keyin paydo bo`ladi. Kam hollarda surunkali endometrit kechki abortda yo`ldosh qoldig`i qolganda yoki kesar – kesishdan so`ng chok qoldig`i bo`lganda. Ko`p SE latent kechadi va infeksiyaning klinik belgilari bo`lmaydi. Oddiy bakteriologik usul bilan infeksion agent hamma payt aniqlanmaydi, uni aniqlash uchun immunositokimyoviy usul ishlatiladi.

26-rasm. Endometrit

SE ning quyidagi morfologik variantlari bor: atrofik- bunda bez atrofiyasi, stroma fibrozi, limfoid elementlari infiltratsiyasi uchraydi. Kistoz- bunda fibroz to`qima bezning chiqish kanalini qisib, bez ajratmasining to`planishiga olib keladi va kista hosil bo`ladi. SE ning spesifik makroskopik o`zgarishi bo`lmaydi. Uning yuzasida seroz gemorragik va yiringli ajralma kuzatiladi. Endometrit qalinlashib unga kirganda ko`p material olinadi. Kam hollarda fibroz chandiq hosil bo`lib bepushtlikka olib keladi. Diagnoz qo`yish uchun gistologik kriteriya limfoid elementlaridan, plazmatik kletkalar, leykotsitlardan hosil bo`lgan infiltrat bo`lib hisoblanadi. Spiral arteriyalar sklerozi endometriyaning chuqur va yuza bo`limlarida kuzatiladi. Morfologik va funksional endometriydagi o`zgarishlar MNS patologik afferentatsiyasiga olib keladi. Gipotalamo – gipofizar sistema o`zgarishi sababli tuxumdonning endokrin funksiyasi kamayadi va ko`p hollarda ovulyatsiya jarayoni buziladi. KLINIKA: Kasallik klinikasi endometriyda patologik o`zgarishlar chuqurligi va davomiyligini o`zida aks ettiradi. Endometriyning transformatsiyasi yetarli bo`lmagani uchun deskvamatsiya, regeneratsiya jarayonlari buziladi va shu sababli menstruatsiya oldi va keyingi qon ketishlar kuzatiladi. Hayz o`rtasida qon ketishiga ovulyatsiya davrida qon tomirlari o`tkazuvchanligi oshishi sabab bo`ladi.

Qon ketish sabablaridan biri bachadon muskulaturasining qisqarishi buzilishi va trombotsitlaming agregatsion xossasi o`zgarishidir. Qon ketishdan tashqari bu kasallarda sekretor funksiya buziladi (seroz, seroz – yiringli ajralmalar keladi).

Doimiy shikoyatlari qov ustida og`riq, bachadonning biroz kattalashuvi va qattiqlashuvi aniqlanadi. SE chatishish bo`ladi, lekin endometriydagi o`zgarishlar implantatsiyaga va tuxum hujayralarining rivojlanishiga to`sqinlik qiladi. Bu homila tushishiga va bepushtlikka olib keladi.

SALPINGOOFARIT- jinsiy yo`llar yallig`lanishida asosiy o`rinni egallab, bepushtlikka tahdid soluvchi kasallikdir. Nospetsifik SO patogen va shartli patogen mikroorganizmlar chaqiradi: stafilakokk, streptokokk, esherixi, enterekokk, xlamidiy, anaeroblar. Ko`p hollarda aralash infeksiya chaqiradi. Yallig`lanish bachadon naylari shilimshiq qavatidan boshlanib, bu yerda giperemiya, mikrosirkulyatsiya buzilishi, ekssudatsiya va perivaskulyar infiltrat hosil bo`ladi. Keyinchalik bachadon naylari muskul qavatiga o`tib qalinlashadi, uzunlashadi, og`riqli bo`ladi. Salpingit va ofarit bir xil patogenez va klinik kartinasi bor, shuning uchun *salpingoofarit* deb yuritiladi.

**O`tkir SO kechishida 2 faza bor:** Toksik xarakteridagi, bunda aerob flora ko`p bo`ladi. Aerob floraga anaeroblar qo`shilib kasallikni og`irlashtiradi va asoratga olib keladi. Aynan 2 fazada tubovarial shish paydo bo`lib, uning perforatsiyasi kuzatilishi mumkin.

27-rasm. O'tkir kataral salpingit (bachadon nayi)

KLINIKA: Tana harorati ko`tariladi, umumiy ahvoli yomonlashadi, qorinda kuchli og`riq paydo bo`ladi, yiringli jarayonlarida sovuq qotish kuzatiladi. Kasallikning 1 kunida qorinda qattiq og`riq, muskul himoyasi fenomeni bo`ladi. Vaginal ko`rganda bachadon ortiqlari kattalashadi, shishgan, harakati kamaygan bo`ladi. Leykotsitoz, globulin fraksiyasi ko`paygan, EChT o`sishi, S – reaktiv oqsil ko`payganligi qayd etiladi. Kuchli intoksikatsiyadan nerv va qon tomirlari sistemasida o`zgarishlar bo`ladi. O`tkir yallig`lanish yaxshi davolansa butunlay davolanadi, yoki yarim o`tkir yoki surunkali formasiga o`tishi mumkin.

Yallig'lanish kasalliklari davosi:

1. Etiologik yallig`lanishga qarshi dorilar.
2. Organizmdagi boshqa kasallikni davolash.
3. Jinsiy aloqani to`la davolangungacha to`xtatish.

Ginekologik bemorlarni tekshirishda OMHni roli:

Patogen mikroorganizmlarning laborator diagnostikasi usullari

Bakterioskopik tekshiruvlar. Qinning to'rt tozalik darajasi bor.

1. Qin sekretida faqat qin batsillalari va epiteliy hujayralari bor. Reaksiya kislotali

2. Qin batsillalari, kamroq bitta - ikkita leykotsitlar shartli patogen tipdagi bakteriyalar(bukilgan aneorob tayoqchalar). Reaksiya kislotali

3. Qin batsillalari kamroq, bakteriyalarning boshqa turlari(koklar) bir qancha leykotsitlar topiladi. Reaksiya kuchsiz ishqoriy

4. Qin batsillalari yo'q, juda ko'p patogen mikroblar(koklar, shartli patogenlar, trixomonadalar va hokazolar)bilan leykotsitlar juda ko'p. Reaksiya ishqoriy

Tozalikning birinchi va ikkinchi darajasi normal hisoblanadi. Uchinchi va to'rtinchi esa patologik jarayon kechayotganligidan dalolat beradi.

Mavzu bo`yicha savollar

1. Ayollar jinsiy a'zolari nospetsifik yallig`lanish kasalliklariga nimalar kiradi?

2. Ayollar jinsiy a'zolari nospetsifik yallig`lanish kasalliklariga etiologiyasi, patogenezi, klinikasi va davolash printsiplariga nimalar kiradi?

Vaziyatli masala

27-yoshli bemor ayollar maslahat xonasiga qin sohasida noxushlik, achishish, qichishishiga shikoyat qilib keldi. O`zini 5 kundan buyon kasal deb hisoblaydi

Anamnezdan: hayz 13 yoshdan 3-4 kun sikl 30 kun, regulyar. Oxirgi hayz 2 hafta oldin. Jinsiy hayot 21 yoshdan, turmush 1, 2 homidorlik. 1 tug`ruq, 2 abort (8 hafta). Tug`ruq va abort asoratsiz o`tgan.

Ob'ektiv: Umumiy ahvoli qoniqarli. Puls 66-ta. A/D 115/70 mm.sm.teng. tana harorati 36.8. ichki organlar patologiyasiz. Qorni yumshoq, palpatsiyada og`riqsiz. Ich ketishi va diurez normal.

Qin ko`zgulari bilan ko`rganda: bachadon bo`yni shilliq qavati giperemiyalangan,oq karashlar bilan qoplangan, ajralmalar tvorogsimon. Bachadon bo`yni sillindrik.

P.V: Qinda kirish erkin. bachadon bo`yni elastik, bo`g`iz yopiq, bachadon normal kattalikda, qattiq, haraktchan, o`ng tarafdan. Bachadon hosilalari ikki tomondan ham aniqlanmaydi va og`riqsiz

1.Sizning tashxisingiz:

2.Qanday qo`shimcha tekshirish usullarini o`tkazish zarur?

3.Davolash taktikasi?

Testlar:

1. Parametritning yiringlash bosqichida davolash usuli-

A.*kolpotomiya

B.konservativ

C.laparotomiya

D.bachadon ekstirpatsiyasi

2. Kolpitning qaysi turida estrogenlar mahalliy ishlatiladi?

A.*Zamburug`li surunkali

B.Trixomonadli

6. Servisitga qanday kasalliklar sabab bo'ladi?

A.*Kolpit, endometrit

B.Vulvit, anemiya

C.Homiladorlik II trimestri

D.Endometrit, abort

7. Vulvit nima?

A.*Qin devorlari yallig`lanishi

B.Bachadon bo`yni yallig`lanishi

C.Tashqi jinsiy organlar yallig`lanishi

C.Gonoreyali

3. Infeksiya tushgandan keyin qaysi kuni endometrit belgilari paydo bo`ladi?

A.*3-4kun

B.5-6kun

C.7-8kun

D.9-10kun

4. Jinsiy a'zolarga infeksiyaning tarqalish yo'llari-

A.*barcha javoblar to`g`ri

B.kontakt

C.gemotogen

D.limfogen

5. Jinsiy a'zolarning yallig'lanish kasalligi qanaqa tekshirish usullari qo'llaniladi?

A.*barcha javoblar to`g`ri

B.ko`zgularda ko`rish

C.Qindan surtma olish

D.florani bakteriologik ekish

D.Bachadon naylari yallig`lanishi

8. Kandidozga xarakterli emas?

A.*qon ketish

B.Qinning qichishi

C.Achishish

D.Ajralmalarning bo`lishi

9. O`tkir endometritda kuzatilmaydi?

A.*Qon bosimining ko`tarilishi

B.Metroraggiya

C.Qorin pastida og`riq

D.Taxikardiya

10. Salpingoofaritning chanoq qorin pardasini yallig`lanishi bilan keladigan formasi o`tkir salpingoofaritning qaysi stadiyasiga kiradi?

A.*3stadiya

B.4stadiya

C.1 stadiya

D.2stadiya

Mavzu №3

Ginekologiyada og'riq sindromi. Ayol jinsiy a'zolarining spetsifik yallig'lanish jarayonlari. Jinsiy yo'l bilan yuquvchi kasalliklar. Etiologiya. Klassifikatsiyasi. Klinikasi, diagnostikasi. Davolash tamoyillari, profilaktika, reabilitatsiya. Hamshiralik taktikasi.

Reja:

1. Jinsiv a'zolarining spetsifik yallig'lanish jarayonlari etiologiyasi
2. Jinsiy a'zolarining spetsifik yallig'lanish jarayonlari Klinikasi, diagnostikasi
3. Davolash tamoyillari, profilaktika, reabilitatsiya
4. Hamshiralik taktikasi.

Ilgari tanosil kasalliklari deb nomlanuvchi atama yaqindan boshlab jinsiy yo'l orqali yuqadigan kasalliklar (JYOYK) deb ataladigan bo'ldi.

JYOYK guruhiga asosan jinsiy aloqa vositasida o'tadigan: yuqumli kasalliklar kiradi. Hozirgi paytda yuqumli kasalliklar orasida JYOYK juda keng tarqalgan bo'lib, ko'pgina mamlakatlarda ijtimoiy muammolar keltirib chiqarmoqda. Ilgarilari tanosil kasalliklariga; asosan 5 ta yuqumli kasalliklar ya'ni, so'zak, zaxm, shankroid, tanosil limfogranulyomasi va qov granulyomasi kiritilgan bo'lsa, ularning soni hozirgi kunda; Jahon - Sog'liqni saqlash tashkiloti tasnifiga ko'ra 20 dan oshib ketdi. Ular qatoriga OITS, trixomoniaz, xlamidioz va boshqa ko'plab kasalliklar ham qo'shildi.

Jahon sog'liqni saqlash tashkilotining tasnifiga muvofiq JYOYKga quyidagilar kiradi:

Bakterial vaginoz
Gepatit
Trixomoniaz
Kandidoz
Chov granulyomasi
Tanosil limfogranulyomasi
Kichik chanoq a'zolarining yallig'lanish kasalliklari
Gonokokksiz uretrit
Genital gerpes
Urogenital xlamidioz
Sitomegalovirus infeksiyalari
Zaxm
So'zak
Orttirilgan immunitet tanqisligi sindromi. (OITS)

Kasallik keltirib chiqaruvchi etiologik omillarga asosan viruslar, bakteriyalar, sodda mikroorganizmlar, parazitlar kiradi.

JYOYKning dastlabki ko'zga tashlanadigan belgilaridan erkaklarda uretrit, ayollarda servitsit, vaginit, jinsiy a'zolardagi yaralar, o'tkir uchli kondilomalar, immun xususiyatning pasayishi va boshqalar.

Ikkilamchi belgilariga epididimit, chanoq a'zolari yallig'lanish kasalliklari (CHAYK), o'tkir uretritlar kiradi. Ko'pchilik hollarda JYOYKni bir xil mikroorganizm chaqirishi mumkin, ba'zan esa bir necha qo'zg'atuvchilar chaqirgan holatlar ham uchraydi.

JYOYKlar o'zidan keyin jiddiy asoratlar qoldirishi bilan ham xavflidir. Bunday asoratlardan kichik chanoq a'zolarining yallig'lanishi, bachadon naylarining ikki tomonlama o'tkazuvchanligining buzilishi, bachadondan tashqari homiladorlik, bepushtlik, zaxmda tug'ma asoratlar, kasallikni boshqa juftlarga yuqtirish kabilar.

JYOYKning epidemiologiyasi.

JYOYKlar xavfi yuqori bo'lgan guruhga 25 yoshgacha bo'lganlar, shaharda hamda noqulay ijtimoiy-iqtisodiy muhitda yashovchi shaxslar kiradi.

JYOYKni aniqlash (diagnostikasi)ning muhim jihatlari.

JSST tomonidan bu kasalliklarni tekshirib, diagnozini aniqlash va davolash-profilaktik ishlar yuzasidan maxsus protokol tavsiya etilgan. Shunga ko'ra dastlabki diagnostik, profilaktik tadbirlar sog'liqni saqlash tizimining birlamchi bo'g'inlarida (qishloq va shahar vrachlik punktlari. poliklinikalar)da amalga oshirilishi lozim. Buning uchun oddiy usul bilan uretra va qin ajralmalarini fiziologik eritmaga aralashtirib, hamda ikkinchi usul shunday ajralmalardan surtma tayyorlab gramm usulida bo'yab mikroskopiya qilish.

Oddiy mikroskop yordamida trixomoniaz. kandidoz va bakterial vaginoz chaqiruvchi mikroorganizmlarini aniqlash mumkin. So'zak, xlamidioz, zaxm kasalliklariga tekshirish uchun maxsus jihozlangan laboratoriya sharoiti yaratilishi kerak, bu tekshirish usullarini qishloq sharoitida amalga oshirish imkoniyati bo'lmaydi. Shuning uchun laboratoriya tekshirishini o'tkazish imkoniyati cheklangan muassasalarda har bir bemorni klinik jihatdan tekshirib chiqishga to'g'ri keladi.

Buning uchun tibbiyot xodimlari quyidagilarni bilishlari kerak:

-qanday hatti harakatlar inson uchun xatarli bo'lishi mumkinligini;

-JYOYKning simptomlarini;

-aholi yashash joylarida JYOYKning qaysi turi ko'proq uchrayotganligi haqida ma'lumotni;

-JYOYKbor deb gumon qilingan kishini atroflicha tekshirib ko'rish va o'tkazilgan tahlil natijalariga ko'ra unga baho bera olish;

JYOYKni aniqlashda jinsiy juftlar bilan (ayniqsa xotin-qizlar) bilan suhbatlar uyushtirib, kerak bo'lsa anonim so'rovlar o'tkazib quyidagi diagnostik ahamiyatga ega bo'lgan ma'lumotlar to'plash shifokorlar ishini bir muncha yengillashtiradi.

- Sizda qindan ajralmalar kelib turadigan vaqt bo'ladimi?
- So'nggi yillar mobaynida jinsiy jihatdan qandaydir o'zgarish,jinsiy a'zolarda yara, terisi zararlangan hollar kuzatilganmi?
- Jinsiy juftingiz keyingi 3 oy davomida jinsiy a'zolar kasalligi, siydik yo'llaridan ajralma kelishi yoki qovdagi bezlarning shishganligi sababli davolanganmi? Davolangan bo'lsa qanday kasallik yuzasidan davolangan?
- Juftingiz boshqalar bilan jinsiy aloqa qilishi mumkinmi?
- Kasbingiz (haydovchilik, harbiy xizmatda bo'lish) JYOYKsizda yoki juftingizga paydo bo'lish xavfini tug'diradimi?
- O'zingizda JYOYKbor deb gumonsiraysizmi?

Mijozlar bu savollarga to'g'ri javob qaytarsalar tibbiyot xodimlari tomonidan kasallikni aniqlashga yaqindan yordam beradi.

JYOYKning oqibati quyidagi **asoratlar**ga olib kelishi mumkin.

1. Kichik chanoq a'zolarining yallig'lanishi tufayli bachadondan tashqari homiladorlikka;

2. Bachadon bo'yni rakining rivojlanishiga (bachadon bo'yni eroziyasi);

3. Jinsiy a'zolardan surunkali ajralmalar kelib turishiga (xlamidioz, urogenital infeksiyalar bo'lganda);

4. Kichik chanoq sohasida-surunkali, ayollarni muntazam ravishda qiynab turadigan og'riqlar paydo bo'lishi;

5. Hayz siklida o'zgarishlar bo'lishi (og'riqli hayz, gipermenstrual sindrom);

6. Bepushtlik. So'zakdan davolangan 20-30% erkaklar va yallig'lanishdan davolanmagan 55-85% ayollar bepusht bo'lib qoladilar;

Bakterial vaginoz

Klinikasi - qindan ko'p miqdorda baliq hidiga o'xshash badbo'y hidli ajralma keladi.

Yuqish yo'li-jinsiy yo'ldan tashqari kontakt yo'li bilan, ichki kiyim-kechak, parvarishlash jismlari orqali ham yuqishi mumkin.

Diagnostikasi - qindan, siydik kanalidan surtma olib, gramm usulida bo'yab, mikroskopiya qilinganda ko'rish maydonida ko'plab qin epiteliyalarining bakteriyalar qurshovida bo'lishi, qinda ishqorli muhit bo'lishi va ajralmadan baliq hidi kelib turishi bakterial vaginozdan dalolat beradi.

Davolash - *Metranidazol* tabletkalarini 7 kun davomida 400-500 mg 2 mahal ichiladi, mahalliy davo- *Cloneks* kremi surtishga 2 mahal, kasallik homiladorlik davriga to'g'ri kelsa, *Azit (Azitromicin)* antibiotikdan 250 mg dan kuniga 2 marta 7 kun davomida ichiladi.

Kandidoz (Achitqi infeksiyasi)

Klinikasi - ayollarda qindan suzmasimon oq rangli ajralma kelishi, qin yoki tashqi jinsiy a'zolarning qichishi, erkaklarda esa qichishadigan balanopastit bo'lishi.

Yuqish yo'li - xuddi bakterial vaginoz singari.

Diagnostikasi - kasallik simptomlariga asoslanadi hamda qindan surtma olib, tuzli eritma tomizilib, mikroskop ostida ko'rilganda achitqi zamburug'larini ko'rish mumkin.

Davolash - ayollarda mahalliy zamburug'larga qarshi davo qilinadi. Erkaklarda kandidozli balanit bo'lganda kasal joyga gentsian violet eritmasi yoki *Futsis* kremi surtib, kasallik belgilari yo'qolguncha davolanadi.

Trixomoniaz

Kasallikni xivchinlilar sinfiga kiruvchi, sodda mikroorganizm- qin trixomanadalari chaqiradi. Kasallik jinsiy aloqa yo'li bilan yuqadi.

Klinikasi - kasallikning xususiyatlaridan, uning simptomlari hamisha ham yorqin ko'zga tashlanavermaydi.

O'tkir trixomanizda ayollarda qindan ko'piksimon, yashil tusli, badbo'y hidli suyuq ajralma keladi. Qinda va vulvada qattiq qichish bo'lishi mumkin. Ob'ektiv tekshirib ko'rilganda qin shilliq pardasi giperemiyasi, shishi, qinda trixomaniaz to'grisida xulosa qilishga undaydi.

Erkaklarda uretradan ajralma kelishi va qichishi kuzatiladi.

Diagnostikasi - kasallikning belgilariga qarab, hamda qindan kelayotgan ajralmadan tirik tomchi, ya'ni ajralma ustiga fiziologik eritma qo'shilib, undan bir tomchi olinadi, jism oynachasiga tomizilib, qoplagich oynacha yopilib, mikroskop tagida qo'yilganda harakatlanib yurgan xivchinlari, dumi va yadrosi bo'lgan

trixomonoslar topilishi trixomaniaz kasalligi ekanligini tasdiqlaydi. Bundan tashqari qin ajralmasini jism oynachasiga yupqa qilib surib, surtma tayyorlanadi va metilin ko'ki yoki gemotoksilin - iozin bilan bo'yab, keyin mikroskopda ko'rilsa trixomonos topilishi mumkin. Eng ishonchli usul ozuqa muhitga qindan olingan ajralma ekiladi va uning kulturasi o'stiriladi, agarda ozuqa muhitida trixomonos o'sib chiqsa, shubhasiz trixomoniaz ekanligi ma'lum bo'ladi.

Erkaklarda ham uretraning ajralmasi olib tekshiriladi. Ba'zan siydikni sentrifuga qilib, undagi cho'kmadan mikroskopda tekshirib ko'rilganda ham trixomonos topilishi mumkin, bu esa trixomoniaz kasalligi haqida dalolat beradi.

Ushbu kasallik diagnostikasida imkon qadar er va xotin bir vaqtda tekshirilsa yaxshi diagnostik samara beradi.

Davosi - trixomoniaz bilan kasallangan bemorlar 1 kun davomida kuniga 2 mahal 500 mg dan *metranidazol* (ornifloks, tinidazol) tabletkasidan, *Balgil* 100 ml 1 mahal, *Siproksin-500mg* 2 mahal, *Floksan* 400 mg 1mahal, ichishni va bir vaqtning o'zida qinga ham shamchalar qo'yishi yaxshi davolovchi samara beradi.

Mahalliy –*micotran*-1200mg 1 marta vaginal 1 kun, so'ng *poliginaks*-6 kun *bioselac-6* vaginal qo'yiladi.

So'zak

Kasallikni gramm manfiy, Neyser diplokokki-gonokokklar chaqiradi.

Klinikasi. Ayollarda kasallik endigina boshlanib kelayotganida 70% hollarda klinik alomatlar ko'zga tashlanmasligi, yashirin avj olib boraverishi mumkin. Unga xos bo'lgan xususiyatlardan qindan yiringli ajralmalar kelishi, siyish paytida og'riq va achishish (dizuriya) paydo bo'lishi; uretrit belgilari bilan boshlanadi. So'zakning o'tkir darajasida bemorlarni dizuriya qattiq bezovta qilishi, qindan yiringli ajralma ko'plab kelishi, jinsiy a'zolarda og'riq bo'lishi kuzatiladi, hatto tana harorati ko'tarilishi mumkin. Kasallik vaqtida aniqlanib, davolanmasa kichik chanoq a'zolarining yallig'lanishiga-endometrit, salpingit, salpingooforit, pelvioperitonit kabi kasalliklarga sabab bo'lishi mumkin. Natijada ichki jinsiy a'zolarda bitishmalar paydo bo'lishiga olib keladi va oqibatda ayollar bepusht bo'lib qolishi mumkin.

Erkaklarda so'zak yuqqandan keyin dastlabki 12-72 soat davomida birdan boshlanadi. Asosiy belgilari dizuriya va uretradan yiringli ajralma kelishi. Tanosil a'zolarida og'riq paydo bo'lishi bilan xarakterlidir. Vaqtida davolanmasa, kasallik asorat berib, epididimit, uretra abssessi va uning o'rnida keyinchalik chandiq hosil bo'lib, bitib qolishi (striktura) va oxir oqibatda erkaklar bepusht bo'lib qolishi mumkin.

Diagnostikasi. Ayollarda qin, bachadon bo'yni kanali, uretra va to'g'ri ichakdan (erkaklarda uretradan) surtma olib, uni maxsus laboratoriyada bakterioskopiya (mikroskopda ko'rish) yoki ajralmani maxsus ozuqali muhitga ekilib, unda gonokokklarni o'stirish bakteriologik yo'l bilan kasallik qo'zg'atuvchisi aniqlanadi.

Davolash. O'tkir so'zakni davolashda 500 mg miqdorda *siproksin,* 2 mahal ichiladi.

Xlamidioz

Xlamidioz cheamydia trachomatis nomli odam mikoplazmasi chaqiradi.

Kasallik jinsiy aloqa yo'li bilan yuqadi.

Klinikasi - hamisha ham aniq simptomlari ko'zga tashlanavermaydi, ayniqsa jinsiy aloqa yo'li bilan ichki jinsiy a'zolarga o'tsa kasallik belgilari ma'lum bo'lmasligi mumkin. Unday bemorlar faqat ginekologik tekshiruv vaqtida bachadon, bachadon bo'yni kanalidan yiring aralash ajralma kelishi va bachadon bo'yni salga qonaydigan bo'lib qolishi xlamidioz to'g'risida o'ylashga majbur qiladi.

Erkaklarda xlamidiya infeksiyasi 50% hollarda gonokokksiz uretritlarga sabab bo'ladi. Ularda dizuriya, tez-tez siyish, siydik yo'llaridan shilimshiq-yiringli ajralma keladi. Ayollarda kasallik belgilari servitsit, endometrit yoki vaginit (kolpit) kabi jinsiy yo'llardan shilimshiq-yiringli ajralma kelishi, og'riqli bo'lishi, achishish kabi alomatlar seziladi.

Diagnostikasi - xlamidioz ko'pincha jinsiy a'zolar yallig'lanish kasalliklarini, so'zakni aniqlash maqsadida bakteriologik tekshirishlar o'tkazilganda xlamidiyalar topilishiga qarab aniqlanadi. Mikroskopiyada, bakteriologik tekshirishda chlamydia trachomatis topilishi kasallikning aniq diagnostikasi hisoblanadi.

Davolash - 7 kun davomida kuniga 2 marta 100 mg *doksilan* ichiladi, umumiy dozasi 2 g ga yetishi kerak, *Tetratsiklin* 500 mg dan 4 marta 7 kun davomida ichiladi yoki *eritromitsin* 500 mg dan 4 marta 7 kun davomida, *sulfafurazol* 500 mg dan 4 marta 10 kun, *Azimitsin* 250mg 4 marta7 kun davomida ichiladi.

Mahalliy *–vagimilt № 6* 1 marta vaginal 6 kun, song *bioselac-6* vaginal qo'yiladi.

Odatda davolash kursi 14 kundan keyin takrorlanishi maqsadga muvofiqdir.

Er va xotin birgalikda davolansa yaxshi davolash natijasiga erishish mumkin.

Genital gerpes

Genital gerpesni qo'zg'atuvchi-oddiy gerpes virusi bo'lib, virus tarkibida DNK si bo'ladi. Viruslar ikki turga bo'linadi. Birinchi turi asosan lab, ko'z, burun kabi a'zolarning teri va shilliq pardalarini zararlaydi. Ikkinchi tur gerpes viruslari jinsiy a'zolarda kasallik chaqiradi.

Klinikasi - gerpesning mahalliy belgilari jinsiy a'zolarda (qin, bachadon bo'yni) uretra va oraliqda ko'zga tashlanadi. Ular alohida-alohida yoki ko'plab qichishadigan pufakchalar hosil bo'lishi, zararlangan joyning qizarishi, shilliq pardalarning shishishi bilan xarakterlanadi. Keyinchalik pufakchalar yoriladi, ular o'rnida og'riqli yaralar paydo bo'ladi, yaralar 2-4 haftada chandiq hosil qilmasdan bitib ketishi mumkin. Ba'zan u joyga ikkilamchi infeksiya tushishi oqibatida uzoq muddat bitmaydigan chandiqlar hosil qiladigan yaralar paydo bo'lishi mumkin.

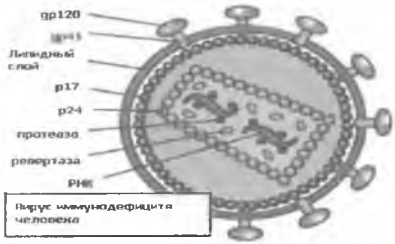
Diagnostikasi - agarda gerpesga xos klinik belgilar rivojlansa diagnostikasi unchalik qiyinchilik tug'dirmaydi. Aniq diagnostikasi bakgeriologik tekshiruv natijasida gerpes chaqiruvchi virus topilishiga asoslanadi.

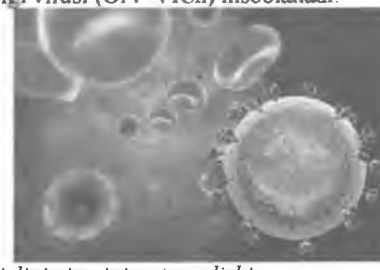
Davolash - 7 kun davomida kuniga 5 marta 200 mgdan *Atciklovir* yoki *Ulkaril* 800 mg, *doramisin*-3000000 1 tab 3 mahal ichiladi yoki *Azimitsin* 250mg 4 marta7 kun davomida ichiladi.

Orttirilgan immun tanqisligi sindromi (OITS)

Orttirilgan immun tanqisligi sindromi tez tarqaluvchi jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasallik hisoblanadi.

OITS birinchi bo'lib 1981 yilda qayd etilgan. Uni keltirib chiqaruvchi virus-1983 yilda aniqlangan, odam immun tanqisligi virusi (OIV-VICh) hisoblanadi.





28-rasm. Odam immun tanqisligi virusining tarqalishi.

OITS OIV infeksiyasi chaqiradigan keng qamrovli kasallikdir. OIV inson organizmi immun tuzilishini zararlovchi infeksiya bo'lib, u asosan oq qon tanachalarida ishlab chiqariladigan T-limfotsitlarini yemiradi. OIV tinch osuda holatidan faollikka o'tish xususiyatiga ega. Ayniqsa jinsiy yo'l orqali yuqadigan kasalliklar OIVning faollashuviga sabab bo'ladi.

Inson organizmi qancha uzoq vaqt davomida infeksiyalanib yursa, uning immun tizimining zararlanish ehtimoli shuncha ko'proq bo'ladi va turli xil kasalliklarning jumladan xavfli o'smalarning ko'payishiga olib keladi. OIVni yuqtirgan kishilarning qariyib 50% 10 yil ichida OITS kasalligiga duchor bo'ladilar. OITS kasalligi bilan og'rigan bemorlarning 50% 18 oy ichida, 80% esa uch yil davomida hayotdan ko'z yumishlari qayd etilgan. Afrika mamlakatlarida bu ko'rsatkich yana ham qisqaroq, sababi ularda kasallik kech aniqlanadi va tibbiy xizmat ko'rsatish darajasi va o`nga erishish qiyinroq bo'lganligi uchun.

Kasallikning o`tish yo'llari.

Jinsiy aloqa yo'li.

Erkaklar orasida tarqalishi asosan gomoseksualistlarda uchraydi. Erkaklardan ayollarga, ayollardan erkaklarga kasallik jinsiy yo'l orqali yuqadi. 95% hollarda kasallik jinsiy yo'l bilan yuqadi.

Parenteral yo'l.

Qon va qon o'rnini bosuvchi vositalarni qon tomiri ichiga quyilganda. Narkomanlar tomonidan ishlatilgan ignalar bilan takror inyeksiya qilinganda.

Stomatologiya, jarrohlik amaliyotida tibbiy xodimlarining bexosdan jarohatlanishi oqibatida kasallik yuqadi.

Perinatal yo'l.

Homila ona qornida paytida yoki tug'ruq paytida hamda tug'ilgandan keyin emizish davrida kasallikni yuqtirishi mumkin. Ma'lumotlarga ko'ra kasallangan onalardan bolalariga kasallikning yuqishi yuqori darajada bo'lishi aniqlangan. O'smirlarda asosan jinsiy aloqa yo'li va parenteral yo'l bilan yuqadi.

OIVni qonda, so'lakda, spermada, qin chiqindisida, siydikda va najasda bakteriologik tekshirishlar natijasida ajratib olishga muvaffaq bo'lindi. Asosan OIV qondagi limfotsit, monotsitlarda, sperma va qin chiqindilarida jon saqlashi ma'lum.

Profilaktikasi.

OITSga qarshi kurashning asosiy hal qiluvchi jihatlaridan biri bu xavfsiz jinsiy aloqa vositalarini targ'ibot qilish va JYOYKning tarqalishiga yo'l qo'ymaslik. Kasallikni keltirib chiqaruvchi omillar ma'lum bo'lganda, ya'ni kasallik xavfi bo'lgan shaxslar bilan jinsiy aloqada bo'lmaslik, prezervativlardan foydalanish, narkomaniyaga qarshi kurash, turli xil inveksiyalardan o'zini tiyish ham kasallik profilaktikasining asosiy ustunlari hisoblanadi.

Klinik ko'rinishi.

OIV bilan zararlangan insonlarda virus tashuvchanlik (tarqatish) xususiyati umrining oxiragacha davom etadi. Aksariyat hollarda kasallik ma'lum bir belgilarsiz boshlanadi. Bu holat uzoq yillar davom etishi mumkin. Infeksiya odam organizmiga qanchalik uzoq ta'sir etsa, shunchalik immun tizimni ko'proq zararlaydi. Kasallik belgilarining rivojlanib borishini quyidagicha to'rt toifaga ajratish mumkin:

Infeksiyaning boshlang'ich bosqichi. Aksariyat hollarda kasallikni yuqtirgan mijozlar hech narsadan shikoyat qilishmaydilar. Onda-sonda bemorlar isitmasining oshishi, darmonsizlik, charchoq va muskullarda og'riqdan shikoyat qilishlari mumkin. Odatda zararlanishdan 12-14 hafta o'tgandan keyin qonda o'zgarishlar - antitelalar paydo bo'la boshlaydi. Ba'zan esa 6 oylar o'tgandan keyin ham maxsus antitelalar topilmasligi mumkin.

OIVni klinik belgilarsiz tarqalish bosqichi. OIVni yuqtirgan kishilarda kasallik belgilari namoyon bo'lmasa ham ular kasallik tarqatuvchi bo'lib yuradilar. Bu bosqichda organizm immun tizimi zararlanganligini aniqlash imkoniyati bo'ladi.

OITS bilan bog'liq bo'lgan belgilarning rivojlanish bosqichi. Bu bosqichda keng tarqalgan limfa bezlarining kattalashuvi kuzatiladi. Bunda ba'zan isitma ko'tariladi, ba'zan tana harorati oshmasligi mumkin. Lekin kechqurunlar terlash, ich ketish, ozish, horg'inlik, og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida, qinda kandidozga xos o'zgarishlar kuzatiladi. Bu holat bir yil va undan ko'proq cho'zilishi mumkin.

OITS rivojlanish bosqichi. Ular quyidagilardan iborat:

- odam organizmida immun tizimi tekshirilganda immun tanqisligi aniqlanishi;
- immun tanqislik holatining organizmdagi boshqa o'zgarishlar bilan bog'liq emasligi (ya'ni, dori vositalarini qo'llash, xavfli o'smalar borligi va boshqa holatlardan qat'iy nazar);
- limfa tizimining OIV infeksiyasi bilan bo'gliq bo'lgan xavfli kasalliklar aniq ko'zga tashlanishi. Unga qo'shimcha tarzda meningit, markaziy nerv tizimining toksoplazmozi, pnevmoniya, tuberkulyoz, gerpes, kandidoz kabi kasalliklar avj olishi;
- ensefalopatiya sindromi yuzaga chiqishi;
- organizmdan OIV ning ajralib chiqishi;
- kasallikning laboratoriya tekshirish yo'li bilan tasdiqlanishi.

Diagnostikasi.
1-algoritm

Organizmda OIV ga antitela borligini aniqlash maqsadida laboratoriya tahlili o'tkaziladi. Kasallikning I-II bosqichlari diagnostikasi uchun laboratoriya tekshirish yagona usul hisoblanadi. Kasal kishi bilan kontaktda bo'lgandan keyin organizmda o'rtacha 12 haftalardan keyin OIV ga qarshi antitela ishlab chiqiladi.

OITSni klinik manzarasiga qarab uning III-IV bosqichlarida faqatgina yuqumli kasalliklar mutaxassislari aniqlashi mumkin, agarda mijozda quyidagi belgilar aniq ko'zga tashlansa:

- tana vaznining 10% dan ko'proq miqdorda ozishi;
- bir oydan uzoqroq muddatda surunkali ich ketishi;
- bir oydan ko'proq davom etayotgan doimiy ravishdagi isitma;
- doimiy davom etib kelayotgan va bir oydan ortiq cho'zilgan yo'tal;
- terida toshmalar keng tarqalgan;
- og'iz bo'shlig'i shilliq qavati yoki qinda kandidoz;
- limfa bezlari faoliyati buzilishining keng tarqalishi.

Yuqorida qavd etilgan klinik belgilar paydo bo'lishiga qarab malakali mutaxassislar OITSning III-IV bosqichini aniqlashlari mumkin.

Davolash.

Bugungi kunga qadar OITSni davolashning ya'ni, OIVga qarshi antivirus preparatlarini qo'llashning aniq bir usuli ma'lum emas, lekin hozirga qadar bu mudhish kasallikni davolashning samarali usullari hamda immun tizimini qo'llab-quvvatlovchi dorivor vositalar ustida doimiy ravishda izlanishlar davom etmoqda.

Shuning uchun ham kasallikni davolashdan ko'ra uning oldini olish ancha osonroqdir. Shu maqsadda quyidagi tavsiyalarga amal qilinsa maqsadga muvofiq hisoblanadi.

- OIV bilan zararlangan yoki uning xavfi bo'lgan kishilar bilan jinsiy aloqadan o'zini tiyishi.
- Hayotda faqat bitta jinsiy juft bilan yashash.
- Tartibsiz jinsiy hayotda bo'lgan mijozdan o'zini chetga olish.
- Jinsiy aloqa paytida prezervativlardan foydalanish.

Mabodo OIV bilan zararlangan kishilar bo'lsa, infeksiyani boshqalarga yuqtirmaslik maqsadida quyidagilarga amal qilish lozim:

1. Turli xil kasalliklardan o'zini asrash. Chunki har turli yuqumli kasalliklar immun tizimini ishdan chiqarishi, organizmni toliqtirishini unutmang.

2. Mabodo biror bir juft bilan jinsiy aloqada bo'lishni rejalashtirsangiz, o'zingizda OIV borligi haqida juftingizni ogohlantiring.

3. Donorlik qoni, spermasi va transplantatsiya uchun organ va to'qimalarni berishdan o'zingizni saqlang.

4. Tibbiyot yordami uchun albatta murojaat eting.

Mavzu bo'yicha savollar

1.Ayollar jinsiy a'zolari spetsifik yallig`lanish kasalliklariga nimalar kiradi?

2.Ayollar jinsiy a'zolari spetsifik yallig`lanish kasalliklari etiologiyasi, patogenezi, klinikasi va davolash prinsiplariga nimala kiradi?

Vaziyatli masala

27-yoshli bemor ayollar maslahat xonasiga qin soxasida noxushlik, achishish, qichishishiga shikoyat qilib keldi. O`zini 5 kundan buyon kasal deb hisoblaydi

Anamnezdan: hayz 13 yoshdan 3-4 kun sikl 30 kun, regulyar. Oxirgi hayz 2 hafta oldin. Jinsiy xayot 21 yoshdan, turmush 1, 2 homidorlik. 1 tug`ruq, 2 abort (8 hafta). Tug`ruq va abort asoratsiz o`tgan.Ob'ektiv: Umumiy ahvoli qoniqarli. Puls 66-ta. A/D 115/70 mm.sm.teng. tana harorati 36.8. ichki organlar patologiyasiz. Qorni yumshoq, palpatsiyada og`riqsiz. Ich ketishi va diurez normal.

Qin ko`zgulari bilan ko`rganda: bachadon bo`yni shilliq qavati giperemiyalangan,oq karashlar bilan qoplangan, ajralmalar tvorogsimon. Bachadon bo`yni sillindrik.

P.V: Qinga kirish erkin, bachadon bo`yni elastik, bo`g`iz yopiq, bachadon normal kattalikda, qattiq, haraktchan, o`ng tarafdan. Bachadon xosilalari ikki tomondan ham aniqlanmaydi va og`riqsiz

1.Sizning tashxisingiz:

2.Qanday qo`shimcha tekshirish usullarini o`tkazish zarur?

3.Davolash taktikasi?

TEST

1. Trixomaniozning inkubatsion davri?
A.*5-15kun
B.30kun
C.2-3 kun
D.bir necha oy

2. Trixomonada topilganda qin tozalik darajasi?
A.*4daraja
B.1 daraja
C.2daraja
D.3daraja

6. Kandidozni davolashda maxsus preparat qo'llaniladi?
A.*Tinidazol, flyukanazol
B.Penisillin
C.Streptotsid
D.Metranidazol

7. Kandidozga xarakterlil emas ?
A.*qon ketish
B.Qinning qichishi
C.Achishish
D.Ajralmalarning bo`lishi

3. Trixomaniozda nechta klinik formalar tafovut qilinadi?
A.*2ta
B.3ta
C.4ta
D.5ta

4. Surunkali trixomanioz deb?
A.*2oydan ko'p
B.Kasallik davomiyligi 1 oydan ortik
C.1 oydan kam
D.3oydan ortiq

5. Zamburug'li kolpit qo'zg'atuvchisini ko'rsating?
A.*kandida
B.Streptokokk
C.Trixomonioz
D.stafilakokk

8. Trixomaniozning necha turini bilasiz?
A.*2
B.5
C.4
D.6

9. Trixomaniozda inkubatsion davr qancha?
A.*10 kun
B.40 kun
C.1-3 kun
D.20 kun

10. Gonovaksina qaysi provakatsiya turiga kiradi?
A.*Ximik
B.Biologik
C.Mexanik
D.Alimentar

Mavzu№4:

Ginekologiyada qon ketishlar sindromi. Hayz siklining buzilishi. Bachadondan qon ketish. BDQK da hamshiralik jarayoni.

Reja:

1. Hayz siklining buzilishi
2. Anomal bachadon qon ketishi
3. BDQK da hamshiralik jarayoni

Hayz siklining boshqarilishida markaziy va periferik a'zolar muhim ahamiyatga egadir.

Markaziy a'zolar: bosh miya po'stlog'i, gipotalamus, gipofiz.

Bosh miya po'stlog'i: ichki va tashqi atrof-muhitdan kelgan axborot va signallarning holati haqida ixtisoslashgan neyronlari orqali tartibga solish po'stlog'ning eng yuqori darajasidir. Katexolaminlar, dofamin, endorfin, GnRG tomonidan amalga oshiriladi yoki to'xtatiladi.

Gipotalamusdan quyidagilar ishtirok etadi: **Liberinlar (6)** (stimullovchi) **Statinlar (3)** (tormozlovchi) Kortikoliberin Melanostatin Somatoliberin Somatostatin Melanoliberin Prolaktostatin Gonadotropin Prolaktoliberin

Gipofizdan quyidagilar ishtirok etadi: (7)

Adenogipofiz Adrenokortikotrop(AKTG), Lyuteinlovchi (LG), Prolaktin (PG)

Somatotropin (STG), Tirotropin (TTG), Neyrogipofiz, Follikula stimullovchi (FSG)

Periferik(nishon a'zolarga)-tuxumdon,bachadon va turli xildagi endokrin bezlar kiradi.

Tuxumdon fazasi 3 bosqich: *Bachadon fazasi* 4 bosqich:

Follikulyar faza Deskvamatsiya 2-3 kunlar

Ovulyator faza Regeneratsiya 2-5 kunlar Lyutein faza yoki sariq tana fazasi Proliferatsiya 4- 14 kunlar

Sekretsiya 15-28 kunlar

Hayz sikli buzilishining sabablari juda ko'p. Kasallik polietiologikdir. Ayrim sabablari: organizmning yoshiga bog'liq bo'lgan omillar, ruxiy holatlar, oilada va ishda bo'ladigan ko'ngilsiz voqealar, periferik endokrin bezlar faoliyatining buzilishi, o'tkir va surunkali yallig'lanish jarayonlari, jinsiy azolardagi o'smalar va hokazo.

V.T. Vogralik (1973)ning izohlashicha, organizmdagi gormonal sistema faoliyatini boshqarishning buzilishiga quyidagi holatlar sabab bo'ladi:

1. Endokrin bezlardan birining neyro- gormonal (gipotalamus –gipofiz) omillar tasirida faoliyati buziladi .
2. Infeksiya, intoksikatsiya, jarohatlar, o'smalar tufayli bir yoki bir necha bezlar faoliyatining yetarli bo'lmasligi.
3. Ayrim ma'lum bezlarda gormonlarning vujudga kelishida fermentlar stimulyatsiyasining yetarli bo'lmasligi.
4. Biron bir gormonning organizmning kerakli joyiga yetib bormasligi.
5. Gormonlarning ta'sir qilish sharoitining buzilishi .

6. Ba'zi bir gormonlarning ta'sir qilish faoligining buzilishi.

Hayz sikli buzilishining tasnifi:

Amenoreya –6 oy mobaynida hayz sikli bo'lmasligi

1. Davriy o'zgarishlari

Hayz kuchi va davomiyligining ***«+» belgisi ostida*** o'zgarishi

A) gipermenoreya - hayz qonining ko'p miqdorda kelishi.

B) polimenoreya - hayzning 7 kun va undan ortiq davom etishi.

V) giperpolimenoreya - uzoq vaqt davomida va ko'p miqdorda qon kelishi (menorragiya)

«- » belgisi ostida o'zgarishi

A) gipomenoreya - hayzda ajraladigan qon miqdori kam bo'lishi.

B) oligomenoreya - hayz muddati qisqa davom qilib, 2 kundan kam bo'ladi.

V) gipopolimenoreya - qisqa muddat va kam miqdorda qon kelishi.

Hayz tipi va ritmi bo'yicha o'zgarishlar

2. Hayz tipi va ritmi bo'yicha o'zgarishlar

I. Turi

A) opsomenoreya-hayzning juda kam bo'lishi (6-8 haftada 1 marta)

B) sponiomenoreya-hayz siklining juda uzoq davom etishi (1 yilda 9-4 marta)

V) proyomenoreya-qisqargan hayz siklining tez-tez bo'lishi (2/3-1,5-2 haftada).

II. Anovulyator disfunksional qon ketish

-Anovulyastiya bo'lgan proliferatsiya fazasi estrogen ko'pligi sababli uzoq vaqt davom etadi, estrogen kamayishi bachadondan qon ketishiga olib keladi.

III. Algodismenoreya - hayzning og'riqli bo'lishi bilan.

A) algomenoreya - hayz vaqtida jinsiy a'zolarda og'riq paydo bo'ladi

B) dismenoreya - hayz davrida organizmdagi turli o'zgarishlari (bosh og'rig'i, ishtaha buzilishi, ko'ngil aynishi).

V) algodismenoreya - umumiy va mahalliy belgilarning birgalikda uchrashi.

IV. Bachadondan asiklik qon ketishi

-Metrorragiya - hayzga bog'liq bo'lmagan qon ketishi.

ANOMAL BACHADON QON KETISHI (ABQK)

Bachadondan anomal qon ketishlar (BAQK) yoki AMK gipotalamo-gipofizar tizim (GGT) va tuxumdonlarning gormonal aktivligini funksional buzilishi natijasida, reproduktiv sistemada hech qanday anatomik o'zgarishlar bo'lmagan holatda bachadondan disfunksional qon ketishidir.

Reproduktiv sistemada tuxumdonlar gormonal aktivligi va anatomik o'zgarishlarisiz gipotalamo-gipofizar tizimda (GGT) funksional buzilishlar natijasida bachadondan qon ketishi disfunksional bachadondan qon ketish deyiladi. Endometriyda morfologik o'zgarishlar natijasida bachadondan anomal qon ketadi. Ovulyatsiyaning bo'lishi yoki bo'lmasligiga qarab BAQK ovulyator va anovulyator turlarga bo'linadi.

Anovulyator BAQK asiklik bo'lib, 1,5 - 6 oy oralig'ida 10 kun davom etadi. Ushbu jarayon jinsiy yetilish davrida va klimakteriyada qaysiki GGT va jinsiy bezlar

funksiyasi shakllanayotgan vaqtda yoki tuxumdonlar funksiyasi pasayganda sodir bo'ladi.

Anovulyator BAQK follikulalar persistensiyasi va atreziyasidir.

Persistensiyada follikulalar yetilish bosqichigacha keladi, lekin ovulyatsiya sodir bo'lmaydi. Persistirlangan follikul estrogenlarni ko'p miqdorda uzoq vaqt ajratib turadi, bu esa endometriy giperplaziyasiga, keyin esa qon aylanishining buzilishi natijasida uning tartibsiz ko'chishiga va nekroz o'choqlarining paydo bo'lishiga olib keladi.

Follikulalar *atreziyasida* yetilmagan follikulalarning orqaga qaytishi, estrogenlar sekretsiyasining pasayishi, bu esa "qaytar holat" qonuniga asoslanib gonadotropinlar ajralishiga va yangi follikula o'sishiga olib keladi. Atreziya natijasida follikulalar yetilmay o'lishi, follikulalar yetilishi va ovulyatsiyaning bo'lishiga yo'l qo'ymaydi.

Shifokorlar fikriga ko'ra, qon yo'qotishini ayolda soatiga 100 ml va undan ko'p qon ketsa yoki gipovolemiya belgilari mavjud bo'lsa, **o'tkir ABQK** hisoblanadi. O'tkir anomal bachadondan qon ketishi o'z-o'zidan yoki mavjud surunkali ABQK ning fonida paydo bo'lishi mumkin. Oddiy hayz ko'rishning muntazam regulyar 7 kun davom etadi , ammo 7 kundan ko'p davom etadigan muntazam ravishda paydo bo'ladigan ABQKlarga polimenoreya deb ataladi; ba'zan qon yo'qotilishi ortishi gipermenoreya deb ataladi. Polimenoreya va gipermenoriya tushunchalari bitta termin bilan birlashtirilgan bo'lib: menorragiya (sinonimi: menometrragiyadir).

1-jadval

ABQK klassifikatsiyasi.

Anomal bachadondan qon ketishi (ABQK)	
PALM (Organik sabab)	**COEIN (Funksional sabab)**
(P) polip	**(C)** Koagulopatiya
(A) adenomioz	**(O)** Ovulyator disfunksiya
(L) leyomiomioma	**(E)** Endometriar faktor
(M) malignizatsiya va giperplaziya	**(I)** Yatrogen faktor
	(N) Sababi noaniq

Surunkali anomal bachadondan qon ketishi

Surunkali (ABQK) anomal bachadondan qon ketishi quyidagi toifalarga bo'linadi:

➢ regulyar bo'lmagan (metrorragiya, menometroragiya, oligomenorea, uzoq vaqt qon ketish, intermenstrual qon va boshqalarni o'z ichiga olgan)

➢ menorragiya (davriy ortiqcha qonash: lekin hayz paytida qon 80 ml dan ortiq yo'qolishi yoki 7 kundan ortiq davom etishi quyqalar borligi va temir tanqisligi anemiyasi fonida, yoki haddan tashqari qon yo'qotish ayolning sub'ektiv sezgilar uchun xosdir);

➢ kontratsepsiya fonida anomal bachadondan qon ketishi.

Davolash. Konservativ: estrogenning yuqori dozalari, so'ngra og'iz kontraseptivlar kursi; antifibrinolitik preparatlar (traneksamik kislota); Jarrohlik: bachadon bo'shlig'ini arteriya embolizatsiyasini va gisterektomiya.

BDQK asosan ayollarning 3 davrida, balog'atga yetganda, 20-25% hollarda «yetilish» davrida va klimakterik davrida, ya'ni organizmning « so'nish» davrida 50-60% hollarda uchraydi.

Yuvenil qon ketish (YUQK). Balog'atga etish davridagi qizlarda tuxumdonlar funktsiyasining buzilishi bilan bog'liq bachadondan qon ketish yuvenil qon ketish deyiladi. YUQK 10%ni tashkil qiladi.

YUQK rivojlanayotgan organizmga turli xil salbiy ta'sirlarning bo'lishi bilan bog'liq.. Bu yomon yashash sharoiti, noto'g'ri ovqatlanish, o'tkir va surunkali infektsiyalar va intoksikatsiyalar, jismoniy va ruxiy zo'riqish, charchash, qo'rquv, bir paytning o'zida psixik o'zgarishlar bo'lishi mumkin. Turli kasalliklar va zararli ta'sirlar organizmning adaptatsion imkoniyatlarini pasaytirishi, jinsiy a'zolarning faoliyati buzilishiga, shuningdek gormonal balans va endometriy holatini o'zgarishiga olib keladi.

YUQK ga anovulyator tipdagi qon ketish xarakterlidir, ya'ni follikulalar ovulyatsiya bosqichiga yetmay yetiladi. Follikulalar shakllanadi, lekin yetilmay regressiyaga uchraydi. Atreziyalangan follikullar eriydi va ularda uzoq vaqt follikulyar suyuqlik (kistoz atreziya) saqlanadi.Asta-sekin tuxumdonlarda ko'p atreziyalangan follikulalar to'planadi. Follikulalardagi to'plangan gormonlar endometriydagi proliferatsiya protsessini stimulyatsiya qiladi, shuning uchun giperplaziya sodir bo'ladi, lekin endometriy sekretor transformatsiyasi sodir bo'lmaydi.

YUQK ning klinik belgisi davomiy, ko'p, atsiklik qon ketish bilan xarakterlanadi. Qon ketish hayzning 1,5-4 oy to'xtalishidan keyin sodir bo'ladi.

Davolash. *Birinchi bosqich - gemostaz usuli* . Yaqqol bo'lmagan kamqon bemorlarda (gemoglobin 100 g/l dan kam bo'lmaganda, gematokrit 30%dan ko'p) simptomatik gemostatik terapiya o'tkaziladi. Uterotoniklar (oksitotsin), gemostatik preparatlar (ditsinon, trimin eki tresamin, askorutin) tavsiya etiladi. Simptomatik gemostatik terapiya noeffektiv bo'lsa, gormonal gemostaz o'tkaziladi. Gemostaz uchun estrogenlar: mikrofollin (etinilestradiol) 0,5 mg dan har 2-4 soatda yoki proginova 2 mg dan qon ketish to'xtaguncha (rigevidon, mikroginon,regulon). Gemostaz asosan 24 soat ichida namoyon bo'ladi. *YUQKning ikkinchi bosqichi* qon ketishning retsidivini profilaktikasidan iborat (vitaminoterapiya, kam dozali AOK (novinet, lindinet, logest).

Reproduktiv yoshdagi BAQK. Reproduktiv yoshdagi BAQK atsiklik bachadondan qon ketishi hisoblanib, 1,5 - 2 oy hayz kelmagach boshlanadi. Gipotalamo-gipofizar-tuxumdon tizimi funktsiyasi siklik buzilishi gormonal gemostaz (abort), Itsenko-Kushing kasalligi, tug'ruqdan keyingi semirish, emotsional va psixik stresslar, infektsiyalar, intoksikatsiyalar, dori preparatlarining (neyroleptiklar) qabul qilish natijasida anovulyatsiyaning kelib chiqishi sabab bo'lishi mumkin. Reproduktiv yoshdagi BAQK da tuxumdonlarda follikulalar persistentsiyasi sodir bo'lib, estrogenlar miqdori ko'payishiga olib keladi. Ovulyatsiya bo'lmagach. sariq tana ham hosil bo'lmaydi va progesteron yetishmaslik holati kelib chiqadi. Ushbu holat absolyut giperestrogeniyaga olib keladi va giperplastik o'zgarishlarga (bezli giperplaziya) olib keladi. Qaytalanib kelayotgan anovulyatsiyaning

giperestrogeniya bilan birga kelishi giperplaziyaga uchragan endometriyning atipik o'zgarishlari va adenomatozga olib kelishi mumkin.

Davolash. Qon ketish bilan bemor kelganda davolash tashxislash maqsadida bachadondan qirindi olinadi. Ushbu operatsiya qon ketishni to'xtatadi, shuningdek qirrindini gistologik tekshiruvi hayzning me'yoriga keltirish uchun terapiyaning turini belgilaydi. Gormonal va profilaktik terapiya olib boriladi.

Klimakterik qon ketishlar. 45 - 55 (premenopauza) yoshdagi ayollar orasida ko'p uchrab, gospitalizatsiyaning ko'p qismini tashkil etadi. Klimakterik qon ketishlar ayol yoshiga qarab gipotalamik funktsional holatining o'zgarishidir. Ushbu funksiyalarning qarishi gonadotropinlarning siklik ajralishiga olib keladi, ya'ni markaz bilan periferik organlarning orasidagi munosabatning buzilishiga olib keladi. Ushbu jarayon davom etishi natijasida endometriy proliferatsiyasi sodir bo'ladi. Bachadon shillig'i o'sadi, qalinlashadi, bezlar uzunlashib, kistasimon kengayishlar shakllanadi. Premenopauza yoshda reproduktiv yoshdagiga nisbatan endometriy giperplaziyasi va uning turlari bez kistoz giperplaziya, bez polipi, adenomatoz va atipik giperplaziya ko'proq uchraydi.

Davolash. Bachadon bo'shlig'ini xirurgik qirish yo'li bilan qon ketish to'xtatiladi. Gormonal va profilaktik terapiya olib boriladi.

Ginekologik kasalliklarni tekshirishda OMH roli

Bachadon bo'shlig'ini diagnostik qirish texnikasi

Maqsad: endometriy holati diagnostikasi, bachadon bo'shlig'idan homila qismlari va endometriyni olib tashlash.

Ko'rsatma: bachadondan disfunkstional qon ketishlar, bachadon miomasi, endometriy fon va rak oldi kasalliklari, abort.

Ta'minlanishi: ginekologik kreslo, 70%li etil spirti, qin ko'zgusi, qisqichlar, bachadon zondi, qirg'ichlar, fiziologik eritma, formalin.

Qadamlar:

1. Ayol ginekologik kresloda oyog'ini tizza va chanoq-son bo'g'imlarida bukilgan holatda yotadi, bimanual tekshiruvda bachadon holati aniqlanadi.
2. Lidokain, novokain yoki tomirga kalipsol yuborib og'riqsizlantiriladi.
3. Tashqi jinsiy a'zolar va qinni 70 gradusli etil spirti bilan artiladi.
4. Qinga ko'zgular kiritilib, bachadon bo'yni ochiladi va bachadon bo'yni tashqi bo'g'izi 70 gradusli spirt bilan artib tozalanadi.
5. Bachadon bo'yni oldinigi labiga qisqich qo'yiladi.
6. Bachadon zondi yordamida bachadon bo'shlig'i uzunligi o'lchanadi.
7. Qirg'ichlar bilan bachadon bo'shlig'ini, bazal qavatini jaroxatlamasdan qirib olinadi.
8. Olingan qirmani fiziologik eritmada yuvib idishga formalin solib gistologik tekshiruvga yuboriladi.
9. Qisqichlar olinib stervikal kanal va qin spirtda artilib ko'zgular chiqarib olinadi.
10. Ayolni katalkada palataga o'tkaziladi.

Mavzu bo'yicha savollar:

1. ABQK etiologik omillari

2. ABQK patogenezi

3. Follikulning yetilishi va shunga bog'liq endometriyda morfologik o'zgarishlar?

4. ABQK klinik variantlari?

5. ABQK davolash turlari

Vaziyatli masala

Bemor 31 yoshda bachadondan ko'p qon ketishiga hayz tutilib qolishidan keyin shikoyat qilib keldi. 3 oy oldin abort qildirgan, tekshirishda: bachadoni normadan kattaroq, ortiqlari palpatsiyada bilinmaydi, qonli oqmalari ko'p.

Tashxis.

Tekshirish va davolash.

Testlar.

1. Reproduktiv yeshdagi BDKK larda asosiy davolash prinsiplari
A. *simptomatik va gormonal terapiya
B. Dezintoksikasion terapiya
C. Desensibilizatsiyalovchi terapiya
D. Hamma javoblar to'g'ri

2. Follikul yetilishi buzilishining xili
A. *follikul persistensiyasi
B. Follikul gipersistensiyasi
C. Follikul goposistensiyasi va atreziyasi
D. Hamma javoblar tog'ri

3. Follikul atreziyasiga kiradi
A. *uzoq davom etuvchi qon ketishi
B. Estrogennlaryuqori darajada bo'lishi
C. Uzoqvaqt hayz tutilgandan so'ng qon ketmasligi
D. To'g'ri javob yo'q

4. YUQK larda tekshirish usuli
A. *bazal haroratni o'lchash
B. Bimanual tekshirish
C. Qonda estrogen miqdorini tekshirish
D. To'g'ri javob yo'q

5. Follikulin fazasining qisqarishiga sabab bo'ladigan qon ketishi
A. *ovulyator qon ketish
B. Anovulyator qon ketish
C. A va B javoblar to`g`ri
D. To'g`ri javob yo'q

6. BDQK kaysi kasalliklar bilan dif-diagnostika qiliniadi
A. *gemofiliya
B. Buqoq
C. Mieloma
D. To'g'ri javob yo'q

7. Yuvenil qon ketishlari chastotasi
A. *20%
B. 1-3%
C. 3-5%
D. 10%gacha

8. Anovulyator bachadon qon ketishida organizmda qanday garmon miqdori oshib ketadi
A. *estrogenlar gormoni
B. Progesteron gormoni
C. Teriotrop gormon
D. Adrenokortikotrop

9. Disfunksional qon ketishda bachadon enrometriyasida qanday faza kuzatiladi
A. *proleferatsiya
B. Regeneratsiya
C. Deskvamatsiya
D. Regeneratsiya sekresiyasi

10. Ovulyatsiyadan keyin surtmada topiladi normada
A. *oraliq hujayralar
B. Muguzlanuvchi hujayralar
C. Yuza hujayralar
D. Parabazal hujayralar

Mavzu№5

Ginekologiyada qon ketishlar sindromi (homiladorlik bilan bog'liq). Homiladorlikning birinchi yarmida qon ketish (abortlar, bachadondan tashqari homiladorlik, trofoblast kasalliklari). Homiladorlik bilan bog'liq qon ketish sindromida hamshiralik jarayoni.

Reja:

1 Ginekologiyada qon ketishlar sindromi

2 Homiladorlikning birinchi yarmida qon ketish

3 Homiladorlik bilan bog'liq qon ketish sindromida hamshiralik jarayoni

Homiladorlikning birinchi yarmida qon ketishlar gospitalizatsiyaning eng asosiy sabablaridan biridir. Homiladorlik vaqtida qon ketish juda ko`p sabablar oqibatida kelib chiqishi mumkin.

Tug`ruqqacha qon ketishlar sabablari:

- Abortlar oqibatida qon ketishlar.
- Bachadondan tashqari homiladorlik
- Trofoblastik kasallik.

Homiladorlikning 22 haftasidan to bola tug'ilganigacha qon ketishlar tug`ruqgacha qon ketishlar deyiladi. 22 haftagacha qon ketishlar homiladorlikni erta davri qon ketishlari sifatida aniqlanadi va sabablari bir xil bo`lishi mumkin, lekin eng ahamiyatli sabablari homiladorlikning o'z-o'zidan yoki sun'iy to'xtatishi (abort).

Abort turlari

2-jadval

Kriteriylari	Abort turlari
Muddatiga qarab	Erta (14 xaf.), kechki (14 - 22 xaf.)
Ko'rsatmasiga qarab	Sotsial, tibbiy
Sababiga qarab	O'z-o'zidan, sun'iy stasionarda, criminal
Klinikasiga qarab	Xavf soluvchi, boshlangan, yo'ldagi abort
Homila tuxumi qoldiqlariga qarab	Chala, to'liq
Infeksiyasiga qarab	Infisirlangan, infisirlanmagan
Infeksiya tarkalishiga qarab	Asoratsiz infisirlangan, asoratli infisirlangan, septik

Homiladorlikning erta davrida qon ketishi xavf soluvchi yoki tugallangan abort simptomlari bilan kechadi. Homiladorlikning erta yo`qotilishini aniqlash va qayd etish maqsadida turli xil terminlar ishlatiladi: ularning ko`pchiligi eskirgan va patofiziologiyaning zamonaviy tushunchalari kiritilgunga qadar yuzaga kelgan.

1. Spontan abort - Homiladorlikning dastlabki 20 hafta ichida yo`qotilishi.

2. Erta spontan abort - 12 xaftada yoki undan ham erta gestasion muddatda yuzaga keladigan spontan abort.

3. Xavf soluvchi abort - bachadondan qon ketishi yo`q, homiladorlik birinchi yarmi xohlagan vaqtida xurujsimon og`riqlar kelib chiqadi, bachadon bo`yni yopiq.

4. Tugallanmagan abort - homila to'liq emas, balki qisman chiqish holati.

5. Jadallashgan abort - bachadon bo`yni ochiq, lekin to`qima chiqmaydi.

6. Kechikkan abort (rivojlanmayotgan homiladorlik) - homila yoki embrion bir necha hafta davomida o'lik, lekin hech qanday to`qima ajralmagan. Bachadon bo`yni yopiq. Bu pasientlarda bachadon o`lchami kattalashmasligi va embrion yurak urishi aniqlanmaydi.

7. Septik abort - infeksiya tushgan tugallanmagan abort.

8. Bujmaygan tuxum - aniqlangan gestatsion xalta va plasentar to`qima bo`lishiga qaramasdan embrion rivojlanishdan to'xtagan. Bu holat asosan UTT yordamida diagnostika qilinadi.

9. Subxorionik qon ketish - UTT da xorion va bachadon devori o`rtasida qon vig'ilganligi aniqlanadi.

10. Desidua - homiladorlik endometriti ko`pincha bola tashlash bir qismi sifatida keladi. Qachonki, desedua intakt ajralsa *desedual slepok* deyiladi va ektopik homiladorlik haqida xabar beradi.

Klinika.

Boshlangich stadiyada homiladorlik amenoreya homiladorlikning tipik simptomlari va homiladorlikka musbat test natijasida aniqlanadi.

Abortda asosiy belgilar, vaginal qon ketishlar, qorinning pastki qismida xurujsimon og`riqlar paydo bo`lishi xoriogonik gonodotrapin miqdori pasayishi hisoblanadi.

Qon ketish bilan kechgan homiladorlikning taxminan yarmi yo`qotiladi, homiladorlik saqlab qolingan qismiga esa asoratlar va yomon oqibatlar kelib chiqish xavfi qon ketishsiz kechgan homiladorliklarga nisbatan yuqori bo`ladi. To'liq bo`lmagan abortlar ko`p miqdorda qon yo`qotilganda turli xil og`irlik darajasidagi postgemorogik shoklar asoratlanishi mumkin.

Diagnostika:

Diagnoz bimanual tekshirish (bachadon o'lchamlari, bachadon bo`yini holati, bachadon bo`yini kanali ochilishi, qonli ajralmalar yoki to`qima xarakteri) bazal temperaturani o'lchash (bazal temperatura pasayadi) UTTda tekshirish, xoriogonik gonodotropin testlarini aniqlash asosida qo'yiladi. Klinik belgilar bo`yicha diagnozni aniqlab bo'lmasa ultratovush tekshirish kerak.

Klinik laborator tekshirishlar natijasida homiladorlikni to'xtatilish sababi sifatida garmonal yetishmovchilikning aniqlash mumkin. Siydikda pregnandiol (sutkalik ekskresiyasi 5 mldan kam) va ekstrogenlar ekskresiyasi davolashni garmonal usullarini qo'llash uchun asos bo`ladi.

Homilani ona qornida o'lishi hollarida estriol ekskresiyasi 10 martaga pasayishi aniqlangan diagnostik test bo`lib xizmat qilishi mumkin.

Davolash.

Homiladorlikni tuta olmaslik bilan kasallangan bemorlarni davolashga kirishishda vrach hamma vaqt shuni esdan chiqarmasligi kerakki, bu ayollarning qariyb barchasida ruhiy muvozanat buzilgan.

Davolashni nomedikamentoz usullarimi keng qo'llash kerak: bular yotoq rejimi, fizioterapiya, psixoterapiya, refleksoterapiya.

I-trimestrda homiladorlik uzilish xavfi tug'ilganda sababidan qat'iy nazar davolash kompleks bo`lishi kerak:

1. Yotoq rejim
2. Psixoterapiya, sedativ vositalar
3. Spazmolitik terapiya

4. Xavf sabablari, garmonal ko`rsatkichlar, KBI miqdori homiladorlik muddatiga bog`liq patogenetik asoslangan terapiya.

5. Nomedikamentoz va fizioterapevtik davolash usullari: igloreflekso terapiya, endonazal galvanizatsiya, elektroanalgeziya.

Jadallashgan abort to'liq bo`lmagan va to'liq abortda homila tuxumi qoldiqlarini va qon laxtalarini instrumental olib tashlash kerak.

29-rasm. Abort texnikasi

Rivojlanmayotgan homiladorlikda I- trimestrda o'lgan homila tuxumi instrumental olib tashlanadi. Tugallanmagan abortda uzoq kutish asoratlar (DVS, infeksiyalanish) rivojlanishi mumkinligi munosabati bilan maqsadga muvofiq emas.

Bachadondan tashqari homiladorlik

Bachadondan tashqari homiladorlik ayol hayotini xavf ostida qoldiradigan og'ir kasallikdir. Homila bachadondan tashqarida uning o'sib rivojlanishi uchun yetarli sharoit yo'qligidan u o'zi o'rnashgan a'zoni yemiradi, qon tomirlari buzilib, ayol qorin bo'shligiga ko'p miqdorda qon oqadi. Oqayotgan qonning shu yerda to'planishi esa ayol hayotini xavf ostida qoldiradi, natijada gemorragik shok ro'y berishi ko'pincha zudlik bilan tibbiy yordam ko'rsatishni talab qiladi.

Bachadondan tashqari homiladorlik 5-8% hollarda uchraydi. Ayrim vaqtlarda urug'langan tuxum hujayra nayga, tuxumdonga(0,1-0,2%), qorin pardasiga(0,2-0,4%), qorin bo'shligidagi turli a'zolarga payvandlanishi mumkin. Bachadondan tashqari homiladorlik ko'pincha bachadon naylarida joylashadi(98-99%).

Bachadondan tashqari homiladorlik (gr.extranterina) yoki o'z o'rnida joylashmagan homiladorlik deb, urug'langan tuxumning bachadondan tashqari-homilaning tug'ilishi uchun tabiiy yo'llardan tashqarida joylashishiga aytiladi.

Tasnifi:

A.Urug`langan tuxumning joylashishiga ko'ra:

1.Qorin bo'shligidagi homiladorlik: a) birlamchi ,b) ikkilamchi

2.Bachadon nayidagi homiladorlik (gr.extra uter tubarria)

A) Interstitsial qismida joylashishi (9,15%)

B) Istmik qismida joylashishi (49,6%)

V) Istmiko-ampulyar qismida joylashishi

G) ampulyar qismida joylashishi (40,3%)

D) fimbrial qismida joylashishi

3.Tuxumdondagi homiladorlik (gr.ovarialis)

4. Bachadondan tashqari homiladorlikning boshqa shakllari:

A) bachadon bo'ynida joylashishi

B) aralash joylashishi (masalan: tuxumdon -fimbrial qismida joylashishi).

V) bachadonning rudimentar shoxlarida joylashishi.

G) boylamlar orasida joylashishi.

D) bachadon tutqichlarida joylashishi.

B. Bachadon nayidagi homiladorlikning klinik kechishiga ko'ra:

1. Bachadon nayidagi o'sib boruvchi (uzilmagan) homiladorlik

2. Bachadon nayidagi uzilgan homiladorlik:

A) bachadon nayining yorilishi.

B) naydagi abort.

Etiologiyasi va patogenezi

Fiziologik sharoitda urug'langan tuxum hech qanday to'siqsiz bachadon naylari orqali bachadon bo'shligiga o'tadi. Me'yorda trofoblast tuxum bachadon bo'shligiga tushgandan keyin hosil bo'lishi kerak. Agar trofoblast tuxumning bachadon bo'shligiga tushishidan oldin paydo bo'lsa, bachadondan tashqari homiladorlik kelib chiqadi.

Bachadondan tashqari homiladorlikning eng ko'p uchraydigan shakli *naydagi homiladorlikdir*. Buning asosiy sabablari quyidagilardan iborat:

1.Yallig'lanish jarayonlari.

2.Jinsiy a'zolarning noto'gri rivojlanishi (infantilizm).

3.Bachadon naylarining kistalari yoki xavfsiz o'smalari.

4.Nay endometriozi.

5.Bachadon nayi atrofidagi chandiqli jarayonlar.

6.Urug'langan tuxum hujayra migrastiyasi.

Ko'pchilik ayollarda sariq tana ektopik homiladorlik joylashishining qarama-qarshi tomonidagi tuxumdonda topiladi.

A) tashqi migratsiyada (masalan, o'ng tuxumdondan chap bachadon nayiga qorin bo'shlig'i orqali o'tadi yoki aksincha) blastosista kattalashib ketib nayning ingichka bo'yin oldi qismidan o'ta olmay qoladi.

B) ichki migratsiyada esa urug'langan tuxum hujayra bachadon orqali qarama-qarshi tomondagi nayga o'tadi.

7.Haddan tashqari ruhiy zo'riqishlar.

Bunda "tuxumni qabul qilish mexanizmi" buzilib nay muskullarini uzoq vaqt spazmiga va antiperistaltikasiga olib keladi. Natijada tuxumning naydan transportirovka qilinishi sekinlashadi va bachadondan tashqari homiladorlik yuzaga keladi (gormonlar muvozanati buziladi).

Yallig'lanish jarayonlari bo'lganda nay shilliq qavatlari shishib, fibroz va chandiqli o'zgarishlar paydo bo'ladi. Nay ichi torayadi, kiprikchali epiteliylar harakati buziladi. Nay harakati sekinlashib urug`langan tuxum hujayra turib qoladi va shu erda rivojlanadi.

Infantilizmda ham naylar ingichka uzun bo'lib, urug`langan tuxum hujayrani o'tkazib bera olmaydi. Neyrogumoral boshqarilish ham buziladi.

Klinik kechishi

Bachadon nayidagi o'sib boruvchi (uzilmagan) homiladorlik.

Erta davrlarida normal homiladorlikka o'xshab ketadi. Anamnezida yallig'lanish jarayoni yoki uzoq vaqt bepushtlik bo'lgani aniqlanadi. Birinchi haftalarda bachadon homiladorlik muddatiga mos keladi. Keyinchalik esa muddatidan orqada qolib boradi. Bachadon noksimon shaklda bo'ladi. Bachadon ortiqlari sohasida yumshoq, og'riqli, kolbasasimon shaklda hosila aniqlanadi. U harakatchan bo`ladi. Qin orqali orqa gumbazga kirib bachadon bo'yni bir oz oldinga (qovga) ko'tarilsa, ogriq seziladi. Ayol stastionarga yotqizilib qattiq nazorat qilinadi. Odatda o'suvchi homiladorlik 2-3 oylik muddatida aniq paypaslanadi, bachadon yon tomonida yumshoq uzunchoq hosila aniqlanib, qin yon gumbazlari sohasida pulsatsiya beradi. Hosila kattaligi 4 haftalik muddatda qush tuxumidek kattalikda bo'ladi. Kech muddatlarida qin gumbazlari orqali homila qismlari va uning harakatini aniqlash mumkin. Hozirgi vaqtda UTTda aniqlanadi hamda laparoskopiya orqali aniqlab davolash mumkin.

Nay 4-6 haftaligida. ba'zi paytlari 2-3haftaligida yoriladi. Yorilishiga sabab nay shilliq qavatining detsiduallanishi, bachadonnikiga qaraganda sust bo'ladi, u funksional va bazal qavatga bo'linmaydi. Shunga ko'ra hujayra trofoblasti va xorion vorsinkasi nay devoriga tez o'sib kiradi va uning butunligini buzadi. Agar nay yuqoriga yarim aylanasidan yorilsa,homila tuxumi chiqib erkin qorin bo'shligiga quyiladi. Agar pastki yarim aylanasidan yorilsa, homila tuxumi va gematoma bachadonning keng boylami varaqlari orasida bo'ladi. Agar nay yorilganda bachadonning keng boylamiga qon quyilsa, anemiya, shok, qorindagi og`riq belgilari sust rivojlangan bo'ladi.

Asosiy belgilari

Qorin va qov sohasida kuchli og`riq bo'lishi, og`riqning yelka , kurak , to'g`ri ichakka berilishi va sovuq ter bosib, hushidan ketishdir. Obyektiv ko'rilganda qon bosimi pasayadi, puls tezlashgan, teri va shilliq qavatlari oqaradi. Qorin paypaslanganda og`riqli, qorin mushaklari bir oz taranglashgan, lekin nafas olishda ishtirok etadi, perkussiya qilinganda qorinda erkin suyuqlik bo'lgani uchun to'mtoq tovush eshitiladi.

Qin orqali tekshirilganda bachadon bir oz kattalashgan, yumshoqroq, odatdagidan harakatchan ("suzuvchi bachadon"), bachadon ortiqlari shishgan, orqa gumbaz bo'rtib chiqqan va paypaslaganda kuchli og`riqli ("Duglas qichqirig`i") bo'ladi. Bachadon bo'ynini oldinga surib ko'rilganda kuchli og`riq seziladi ("Prust belgisi")

Bu belgilardan tashqari, nayning yorilishiga professor A.A. Kogan tomonidan aniqlangan quyidagi 2 ta belgi xarakterlildir:

1. Qalpoqcha belgisi - ayolni bosh tomoni biroz ko'tarilgan holatda qin orqali tekshirilganda qinga kirgizilgan barmoqlar ustiga orqa gumbaz qalpoqchaga o'xshab kiyilib keladi.

2.To'siq belgisi -qin orqali ikki qo'llab tekshirilganda tashqi va ichki barmoqlar bir-biri bilan tutashadi, barmoqlar tortilganda esa yana shu sohada hosila paydo bo'ladi (bu suyuq qonning harakatlanishidir).

Bachadon nayidagi uzilgan homiladorlikning "nay aborti" turi

Nay abortiga Malinovskiy belgilari: hayzning kechikishi, qorin pastida bir tomondagi to'lg`oqsimon og`riq, qonli ajralma kelishi xarakterlildir.Bemor qisqa vaqt hushidan ketadi. Qin orqali tekshirganda bachadon yumshoq, biroz kattalashgan, bir tomonlama bachadon ortiqlari sohasida o'smasimon hosila paypaslanadi va gumbazlar orqali qon tomirlar pulsatsiyasi aniqlanadi. Bachadonni oldinga va yuqoriga surganda paydo bo'ladigan og`riq nay yorilganiga nisbatan sustroq bo'ladi. Bachadon bo'shlig`idan detsidual pardalar chiqib turadi.

Bachadondan tashqari homiladorlikni aniqlash usullari

1.Anamnez (surunkali yallig`lanish jarayonlarining borligi, sun'iy abortlar,tug`ruq asoratlari va h. K.) 90% hollarda anamnez orqali tashxis qo'yish mumkin .

2 .Umumiy tekshirish natijalari:

-Hayzning kechikishi.

-Homiladorlik belgilari bo'lishi.

-Qorinda og`riqning bir tomonlama (frenikus belgisi) to'lg`oqsimon bo'lishi,og`riqni qov sohasidan yelkaga, kurakka, to'g`ri ichakka o'tishi.

-Hushdan ketish,shok,kollaps belgilari (teri va shilliq qavatlarining oqarib ketishi ,qon bosimining pasayishi ,tomir urishi tezlashishi va h.k)

-Tashqi va ichki qon ketish belgilari (kamqonlik rivojlanishi)

-Qorin pardasining ta'sirlanish belgilari rivojlanishi, qorin paypaslanganda og`riq sezilishi va mushaklari taranglashgan,perkussiya qilinganda qorin bo'shlig`ida erkin qon yig`ilishi sababli perkutor tovushining bo'g`iqlashishi .

3. Qin orqali tekshirilganda :

Qin shilliq qavatlari oqargan, to'q qoramtir qon bilan qoplangan. Bachadon bo'ynining qin qismi biroz ko'kimtir bo'ladi. Bachadon bo'yni kanalidan detsidual to'qimalar bilan aralashgan holda to'q qoramtir qon kelib turadi(oz miqdorda). Bachadon noksimon shaklda bo'lib, biroz yumshagan bo'ladi. Bachadon bo'yni oldinga surilsa, kuchli og`riq beradi. Bachadon ortiqlari sohasida bir tomonlama shish aniqlanadi. Qin gumbazi bo'rtib chiqqan bo'lib, juda og`riqli ("Duglas qichqirig`i"), qalpoqcha, to'siq belgilarining musbat bo'lishi kuzatiladi.

4.Ultratovush orqali tekshirish

Ko'pincha bachadon nayidagi rivojlanib boruvchi (uzilmagan) homiladorlikni aniqlashda katta yordam beradi.

5.Orqa gumbaz punksiyasi

6.Laparoskopiya.

7.Endometriyni gistologik tekshirish.

Bachadondan tashqari homiladorlikning qiyosiy tashxisi

Quyidagi kasalliklardan farqlash lozim:

1.Bachadondagi homiladorlikdan bo'ladigan abort

2.o'tkir appenditsit

3.Bachadon ortiqlarining yallig`lanishi

4.Tuxumdon apopleksiyasi.

5.o'sma oyoqchalarining buralib qolishi.

6.o'tkir pelvioperitonit.

7.Oshqozon yarasining perforastiyasi.

8.Ichak tutilishi.

Davolash.

Asosan operativ davolanadi. Ingalyastion narkoz beriladi va relaksantlar qilinadi yoki spinal anesteziya qo'llaniladi.

Operastiya quyidagi bosqichlardan iborat:

1. Qorin bo'shlig`ini ochish (laparotomiya) pastki o'rta laparotomiya (qovdan kindikkacha uzunasiga) yoki qov ustidan ko'ndalang kesim qilinadi.

2. Homiladorlik tufayli zararlangan nay operatsion jarohat yuzasiga chiqariladi.

3. Zararlangan nay olib tashlanadi (salpingoektomiya) agar tuxumdon ham zararlangan bo'lsa, salpingoovariektomiya qilinadi. Qorin bo'shlig`iga yig`ilgan qon olib tashlanadi.

4. Peritonizatsiya qilinadi (yumaloq boylam bilan) va operatsion jarohat qavatma-qavat tikiladi.

Bu davolash usuli ko'pincha naydagi uzilgan homiladorlikda qilinadi.

Bachadon nayidagi o'sib boruvchi (uzilmagan)homiladorlikda quyidagi amaliyotlar qilinishi mumkin:

Salpingostomiya – bachadon nayi uzunasiga kesilib, homila tuxumi olib tashlanadi. Lekin homila tuxumi olib tashlangandan keyin salpingostoma yopilmaydi.

Bachadon naylarining segmentar rezekstiyasi.

Bunda nayning homila tuxumi joylashgan qismi kesib olib tashlanadi va ikkala kesilgan qismi ulanadi (anastomoz). Nay ichida kateter qoldiriladi. Nay o'tkazuvchanligi tekshiriladi. Bu usul ko'pincha ikki marta ektopik homiladorlik o'tkazilayotgan ayollarda qilinadi. Bunday ayol homiladorlikni normal o'tkazish imkoniyatiga ega bo'ladi, bola tug`ish funksiyasi saqlanib qoladi.

-- Tuxum xujayra nayning ampulyar va fimbriya qismida joylansa, amputatsiya qilinib nay stomaplastikasi qilinadi.

--Operativ laparoskopiya orqali ham qisman yoki total salpingoektomiya qilish mumkin. Bu usulning afzalligi shundaki, bemor tezda oldingi hayotiga qaytadi, operastiya davomiyligi operastiyadan keyingi davr va stastionarda yotish muddatlari kamayadi.

Ayni vaqtda gemorragik shokka qarshi tezkor choralar ko'riladi. Bemorga plazma, eritrostitar modda va qon o'rnini bosuvchi suyuqliklar quyiladi. Antibakterial desensibillovchi eritmalar, yallig`lanishga qarshi, umumiy quvvatlantiruvchi muolajalar o'tkaziladi.

Homiladorlik bilan bog'liq qon ketish sindromida hamshiralik jarayoni.

Sog`lomlashtirish tadbirlari

Ektopik homiladorlikni o'tkazgan bemorlar dispanser nazoratida bo'ladilar. Operastiyadan keyin 4-5 kunda nospestifik terapiya: umumiy quvvatlantiruvchi, gemostimullovchi, desensibilizastiyalovchi, fizioterapevtik muolajalar boshlanadi. 5-6 oy mobaynida 3 ta kurs sog`lomlashtirish muolajalari o'tkaziladi: operastiyadan keyin 5 kun dikloran 2,0 m/o, elektroforez (kaliy yod bilan) qorin- dumg`aza

sohasiga qo'yiladi. Jinsiy a'zolardan qon kelish to'xtagandan keyin (6-kunidan 14-kunigacha) davolash gidrotubatsiyasi o'tkaziladi. Dori asta- sekin yuboriladi. Gidrotubatsiya fizioterapiya bilan birga qo'shib olib boriladi: birinchi davolash kursida kaliy yod bilan elektroforez, ikkinchi kursida dikloran plyus gel, lidaza bilan ultratovush, uchinchi kursida dikloran plyus gel yoki lidaza bilan elektroforez o'tkaziladi.

Keyin ayolga 6 oy mobaynida kontrastepsiya maqsadida sintetik progestinlar buyuriladi, sanatoriy kurortlarda davolanish tavsiya qilinadi.

Trofoblastik kasallik

Gestatsion trofoblastik kasallik yoki yelbo'g'oz 3 ta asosiy formasi bor:

• To'liq yelbo'g'oz

• Qisman yelbo'g'oz

• Residivlovchi yelbo'g'oz va rivojlanib metastatik xorionepiteliomaga aylanishi mumkin.

Bu homiladorlikning 1-trimestrida qon ketish sababi sifatida kam uchraydi va boshqa sabab tasdiqlanmagan holda differensial diagnoz maqsadida ko'rib chiqiladi. To'liq yelbo'g'oz homila yo`q va plasentar proliferatsiyadan iborat, plasenta vorsinkalari shishgan va uzum shingilini eslatadi. To'liq yelbo'g'ozlarning ko`pchiligi 46 XX xromasoma to'plamiga ega va ota tomonidan o`tadi. Ko`pincha 2 ta faktor trofoblastik kasallikka moyillik qiladi:

• Reproduktiv hayotning oxirida homiladorlik (40 - 45yoshdan yuqori)

• Anamnezida yelbo'g'oz bo`lishi

Klinik namoyon bo`lishi:

• I yoki erta II trimestrlarda vaginal qon ketish. Uzum shingilini eslatuvchi pufakchalar qachonki homiladorlik II trimestrga o'tganida ajraladi.

• XG miqdori gestatsiya muddatiga mos miqdordan yuqori

• Bachadon gestasion muddatga nisbatan katta

• To'xtatib bo'lmaydigan qayt qilish, gipertenziya erta gestasion muddatdagi homiladorlik oqibatida kelib chiqadi.

• Teka-lyutein kislotalari natijasida tuxumdon kattalashishi

Xorionepitelioma-Trofoblast to'qimasidan rivojlanuvchi bachadon yomon sifatli o'smasi bo'lib, yelbo'g'oz natijasida-50%, normal homiladorlikda-20%, bola tashlash va ektopik homiladorlik fonida-20% holatda rivojlanadi.

Klinikasi:

• Jinsiy a'zolardan qonli ajralmalar ketishi

• qorin pastida og'riq bo'lishi

• Bachadonning yumshoq g'adir budir shaklda bo'lishi

• Tana haroratining ko'tarilishi

• Anemiya va kaxeksiya belgilarining rivojlanishi

Diagnostikasi

➢ XG miqdorini aniqlash

➢ Ko'krak qafasi rentgenografiyasi

➢ UTT(kichik chanoq a'zolari,jigar)

➢ Qonni tekshirish(klinik,bioximik)

➢ Xorionepitelioma markyorini aniqlash

Davolash

➢ Boshlangich stadiyalarida-gisterektomiya

Bachadon bo'shlig'idan yelbo'g'oz elementlarni darhol evakuastiya qilish va keyin 6 oy davomida XG seriyali monitoringi o'tkazish.

Agar XG o'zgarmasa yoki oshsa restidivga gumon qilish mumkin va metotreksat bilan ximiya terapiyani boshlash kerak. Teka-lyutein ovarial kistalar davolashni talab etmaydi va pufak to'qimasnni evakuastiya qilgandan keyin so'rilib ketadi. Yelbo'g'oz bo'lgan ayollarning taxminan 20% da restidiv uchraydi va miometriyga o'sib kirish yoki agressiv metastatik formalarida bo'lishi

➢ monoximyaterapiya metotreksat (75 mg / kun), dactinomycin (1500 mkg / kun), Siklofosfamid (1.0 g / d) PLATIDIAM (50 mg / kun), odatda 5-7 kun oralig'ida 5-8 sikldan 5 kungacha buyuriladi..

➢ Poliximyaterapiyaga ko'rsatma:

1)monoterapiya effektivligi bo'lmasa,

2)metastaz bersa,

3)6 oydan ortiq kasallik davomiyligi bo'lsa

Yelbo'g'oz bartaraf etgandan so`ng bemorlarni olib borishda OMH roli.

Yelbo'g'ozni bartaraf etgandan so`ng metostazlar invaziv yelbo'g'oz va xorionepitelioma rivojlanishi oldini olish maqsadida stasionar sharoitida profilaktik ximiyaterapiya kursi o`tkazish maqsadga muvofiq.

Bemorning dispanser nazorati 2 yil davomida olib boriladi. Dispanser nazoratidagi bemorlarni tekshirish muddati yelbo'g'ozni bartaraf etgandan so`ng 2, 4, 6, 8, 12 haftalar, so`ng 1 yil davomida oyiga bir marta, keyin esa 3 oyda bir marta.

Mavzu bo'yicha savollar:

1. Homiladorlikning 1- yarmida qon ketish sabablari
2. Yelbo'goz nima va uni sabablari .
3. Bachadondan tashqari homiladorlik nima?
4. Bachadondan tashqari homiladorlikni keltirib chiqaruvchi sabablari va kasallikning rivojlanish mexanizmi?
5. Bachadondan tashqari homiladorlik tasnifi

Test

1 Abort necha davrdan iborat?

a) 5
b) 4
c) 3
d) 2

2 Abort turlari...

a) Barchasi
b) Boshlangan
c) Jadallashgan
d) Chala.

6 Abortdan keyin qaysi kuni endometrit belgilari paydo bo'ladi

a) 3-4kun
b) 5-6kun
c) 7-8kun
d) 9-10kun

7 Abortdan keyingi metroendometrit qachon rivojlanadi

a) 2-3 kun
b) 11-12 kun
c) 2-3 soat
d) 1 oydan keyin

3 Abort turlarini kursating
a) hammasi to'g'ri
b) tabiiy , sun'iy
c) tabiiy , sun'iy , septik
d) vakum ekstrakstiyali

4 Abort uchun `qanday tahlil olish kerak
a) qin surtmasi-RW
b) qon analizi
c) Siydik analizi
d) Bioximik tahlillar

5 Abort xavfida bemor shikoyati
a) Qorinning pastida og'riq
b) Ko'plab qon ketish
c) Yurak sanchishi
d) Nafas qisishi

8 Abortlar muddatiga ko'ra necha xil?
a) 2
b) 3
c) 4
d) 5

9 Abortlar sababiga ko'ra
a) Hammasi
b) O z-o'zidan
c) Sun'iy
d) Kriminal

10 Abortning qaysi turida generalizastiyalashgan sepsis ko'proq uchrashi mumkin
a) infekstiyalangan abort
b) boshlanganda
c) chala tashlash xavfi
d) to'liq abort

Mavzu №6

Amenoreya sindromi. Klassifikatsiyasi va ta'rifi. Tashhis qo'yishning zamonaviy tamoyillari. Davolash va dispanser nazorat tamoyillari. Amenoreya sindromida hamshiralik jarayoni

REJA.

1. Amenoreya turlari.
2. Amenoreyada tekshiruv usulari.
3. Amenoreyada davolash usullari.

AMENOREYA

Amenoreya mustaqil kasallik bo'lmasdan bir qancha kasalliklarning mahalliy va umumiy belgisi hisoblanib, 3 oy davomida hayz bo'lmasligi. **Amenoreya sabablari**

- gormonal buzilishlar – tuxumdon, gipofiz va boshqa a'zollarning zararlanishi tufayli yuzaga keladi;
- MNS kasalliklari (shizofreniya, miya o'smalari meningoenstefalit, ruhiy travma);
- o'tkir va surunkali infekstion kasalliklar;
- surunkali intoksikastiya (alkogolizm, giyohvandlik);
- alimentar omillar – ochlik, kamqonlik, semizlik;
- ekstragenital kasalliklar: yurak-tomir kasalliklari, jigar kasalliklari;
- bachadon kasalliklari. Endometrit.

Turlari:

1. Soxta amenoreya – tuxumdon va boshqa a'zolarda o'zgarishlar bo'lib, bu xil amenoreya ko'pincha mahalliy sabablarga bog`liq: qizlik pardasi butunligi, qin atrofiyasi, bachadon bo'yni kanali atreziyasi sababli yuz berishi mumkin. Bunda qon qinga, bachadon bo'yniga va naylarga to'planib qoladi.

2. Chin amenoreya - hayz sikli boshqaruvining 5 halqasidan birida sezilarli o'zgarishlar bo'lganda yuzaga keladi va shunga bog`liqholda jinsiy gormonlar ishlab chiqarish davriyligi buziladi va hayz ko'rilmaydi.

3. Fiziologik amenoreya – bu holda ayol organizmidagi ayrim fiziologik holatlar sababli hayz bo'lmaydi:

- bolalik davrida - laktastiya davrida,
- homiladorlik davrida - menopauza davrida.

4. Patologik amenoreya – ayol organizmida kechayotgan patologik holatlarda hayzning bo'lmasligi.

Birlamchi – hayzning bolalik davridan boshlab kelmasligi

Ikkilamchi – hayzning avvaliga kelib, so'ngra ayrim sabablarga ko'ra to'xtab qolishi. Hayz siklining boshqarilishida ishtirok etadigan 5 (po'stloq-gipotalamus-gipofiz-tuxumdon-bachadon) halqalardan birortasining buzilishi amenoreyaga olib keladi va uning quyidagi shakllari bo'ladi:

- Gipotalamik amenoreya;
- Gipofizar amenoreya;
- Tuxumdon amenoreyasi;
- Bachadon amenoreyasi.

Gipotalamik amenoreya ko'pincha funksional tabiatli bo'ladi.

- ruhiy (psixogen);
- Kiari-Frommel sindromi;;
- «soxta homiladorlik»;
- «asabdan bo'ladigan» anoreksiya; (ruxiy anoreksiya)
- turli infekstion kasalliklar va zaharlanish tufayli yuzaga kelgan amenoreya

Gipotalamik amenoreya paydo bo'lishidan avval quyidagi o'zgarishlar kuzatiladi :

- vegetotomir va moddalar almashinuvi buzilishlari, tomir krizlari, AQB assimetriyasi;
- hushdan ketish holatlari;
- yurak aritmiyasi;
- keyinchalik esa yog` va suv-tuz almashinuvi buzilishlari tufayli gipotalamik tipdagi xomsemizlik.

Diagnostika

1. Bazal harorat monofazali menstrual sikllar
2. Qin surtmasida estrogenning to'yinishi kamaygan.
3. FSG ning keskin pasayishi yoki umuman yo'qligi tufayli estrogen gormonlar ajralishi kamayadi.
4. Diagnostik maqsadda, o'smani inkor etish uchun bosh miya turk egari sohasi rentgenografiya qilinadi
5. Jinsiy gormonlarning ekskretsiya sathi aniqlanadi.

Gipofizar amenoreya adenogipofizning organik shikastlanishi tufayli yuzaga keladi:

1.Adenogipofiz to'qimasining nekrotik o`zgarishi tufayli yuzaga kelgan amenoreya:

- Shixan sindromi – tug`ruqdan keyingi gipopituitarizm;
- Simmonds kasalligi - gipofizar kaxeksiya.

2.Gipofiz o'smasi tufayli yuzaga kelgan amenoreya:

- Itsenko-Kushing kasalligi;
- Akromegaliya.

3. Adipozogenital distrofiya (Pexkrants-Babinsky-Frelixa sindromi) – homiladorlikdagi toksoplazmoz, yoshligida va jinsiy rivojlanish davridagi infeksion kasalliklar tufayli yuzaga keladi. Bunda kuzatiladigan belgilar: semizlik, suyaklardagi nuqsonlar, jinsiy a'zolar gipoplaziyasi, amenoreya.

4. Laurens-Munn-Bidl sindromida yuqoridagi belgilar kuzatiladi, bundan tashqari, pakanalik va bir qancha rivojlanish nuqsonlari kuzatiladi. 5. Xende-Myuller-Krischen kasalligi – bu ham gipotalamo-gipofizning organik shikastlanishi tufayli yuzaga kelib, bunda pakanalik, jinsiy infantilizm, osteoporoz, qandsiz diabet, endooftalmoz belgilari kuzatiladi.

Tuxumdon amenoreyasi asosan genetik o'zgarishlar bilan bog`liq va tuxumdon faoliyatining o'zgarishi (vaqtidan ilgari tuxumdon yetishmovchiligi, tuxumdonlar sklerokistozi, kastratsiyadan keyingi sindrom, tuxumdonning androgen ishlab chiqaruvchi o'smalari) tufayli yuzaga keladi.

Gonadalar faoliyati buzilishining turlari:

1. Gonadalar disgeneziyasi.
2. Testikulyar feminizastiya.
3. Tuxumdonlar birlamchi gipofunkstiyasi.

Gonadalar disgeneziyasi (Shershevskiy-Terner sindromi) – tuxumdon to'qimasining birlamchi tug`ma rivojlanmasligi. Xromosomalar to'liq emas – 45 XO bo'ladi, jinsiy xromatin 10% kamaygan, jinsiy a'zolar rivojlanmagan, ayolning bo'yi past, suyaklar osteoporozi va boshqalar kuzatiladi.

Testikulyar feminizastiya (Morisa sindromi).- ayollar fenotipiga mos, lekin gonadalar va genetik jihatdan jinsi erkak xromosomalar o'zgargan, erkaklar gonadasi ko'p miqdorda estrogenlar ishlab chiqaradi. Klinik belgilari: tashqi jinsiy a'zolari sust rivojlangan, bachadon va uning ortiqlari ba`zan bo'lmaydi, birlamchi amenoreya, sut bezlarining ortiqcha rivojlanishi, bepushtlik. Bu holda gonadalarning «xavfli» o'smaga aylanish xavfi bor.

Tuxumdonlarning birlamchi gipofunksiyasi. Follikulyar apparatning shikastlanishi homilaning ona qornidagi davrida (toksikozlar, homiladorlik asoratlari, tuberkulyoz va boshqalar), turli o'smalarning mavjudligi tufayli bo'lishi mumkin. Bu umumiy yoki jinsiy infantillikka olib keladi: bo'ychanlik, bachadon bo'yni konussimon, bachadon giperantifleksiyasi, chanoq torligi. Gipofizning gonadotrop gormonlar ishlab chiqarishi kuchaygan.

Bachadon amenoreyasi (Rokitanskiy-Kyustner sindromi): Homila rivojlanishi davomida orgonogenezida ichki jinsiy a'zolar- bachadon va qinning aplaziyasi bilan xarakterlanadi.Fenotipi –ayol ko'rinishida bo'ladi. Umumiy holsizlik, serjahllik, tez yig`lab yuborish, xotiraning pasayishi, yurakda og`riq, terlash, boshning tez-tez og`rishi va boshqalar bilan namoyon bo'ladi.

Asherman sindromi: Bachadonda bo'ladigan turli xildagi operarasiyalar natijasida endometriyning zararlanishi natijasida bitishmalar bo'lishidir.

Davolash

Davolash asosan etiologik, ya'ni shu kasallikni yuzaga keltirgan sabablarni bartaraf qilishga qaratilgan bo'lishi kerak. Sedativ preparatlar, trankvilizatorlar, vitaminoterapiya: A, E, S, V guruhidagi vitaminlar tayinlanadi. Jinsiy a'zolarning yetishmovchiligi kuzatilsa, gormonal preparatlar. Shixan sindromi, Simmonds kasalligida o'rin bosuvchi vositalar: jinsiy steroidlar, tireoidin, glyukokortikoid, AKTG buyuriladi. Tuxumdon amenoreyasida siklik gormonal terapiyadan foydalaniladi.

Amenoreya sindromida hamshiralik jarayoni

Hayz sikli buzilganda qo'llaniladigan tekshirish usullari:

1. Bazal (to'g`ri ichak) haroratni o'lchash.
2. Bachadon bo'yni shillig`ini siklik o'zgarishlarini aniqlash («paporotnik» va «ko'z qorachig`i» belgilari).
3. Gormonal kolpositologiya.
4. Endometriy biopsiyasi.
5. Estrogenlar va ularning metabolitlarini tekshirish.
6. Siydikdagi pregnandionni tekshirish va gonadotrop gormonlarni aniqlash.

Mavzu bo`yicha savollar:

1. Amenoreyaga ta'rif bering
2. Amenoreya sabablari?
3. Amenoreya simptomlari?
4. Amenoreyani tekshirish usullari?
5. Amenoreyani davolash usullari?

Vaziyatli masala

Ayol 32-yoshda 6 mobaynida hayz kelmasligidan shikoyat qilib keldi. Anamnezida 2marta tuqqan 2 marta abort qildirgan. Jinsiy hayot 19 yoshdan, BIV qo`yilgan. Qanday tekshirish usullari o`tkaziladi ? Sizning taktikangiz ?

Test

1. Amenoreya turlarini ko'rsating
a) soxta, chin
b) birlamchi va ikkilamchi, nogormonal
c) ovulyator, anovulyator
d) tuxumdon, bachadon, qin

2. Amenoreya nima:
a) Hayz siklining bo'lmasligi
b) Og'riqli hayz
c) Uzoq davom etadigan hayz
d) Qisqa davom etadigan hayz

3. Amenoreyaning tuxumdon turlari:
a) Birlamchi
b) Ikkilamchi
c) Uchlamchi
d) To'g'ri javob yo'q

4. Tuxumdonda follikulyar fazada qanday gormon ishlab chiqariladi
a) *estrogenlar
b) progesteron
c) testeron
d) glyukokortikoidlar

5. 28 kunlik hayz siklining qaysi kunida tuxumdonda ovulyatsiya ro`y beradi
a) *14-15
b) 8-11
c) 7-8
d) 11-13

6. Necha yoshda ko`proq hayz ko`rish boshlanadi
a) *13-14
b) 8-9
c) 10-13
d) 14-17

7. Hayz siklining I fazasida qaysi gormon ko`proq ishlab chiqariladi (tuxumdonda).
a) *estrogen gormonlar
b) lyutenlovchi
c) somototRop
d) FSG

8. Bachadon sikli qaysi fazalardan iborat.....a.proliferatsiya va sekertsiya....b.follikulin.....e.lyutein.... g.ovulyatsiya
a) *a c) e
b) g d)b

9. Bazal tana harorati follikul fazasida necha gradus bo`ladi
a) *36,5-36,8
b) 37-39
c) 34 va undan yuqori
d) har bir ayolda har xil bo`ladi

10.Tuxumdondagi lyutein faza bachadon siklining qaysi fazasiga to`g`ri keladi
a) *proliferatsiya va sekretsiya fazasi
b) regineratsiya
c) deskvamatsiya
d) proliferatsiya

Mavzu №7

Bepushtlik. Ayol bepushtligining sinfifikatiyasi. Ayollar bepushtligining asosiy ko'rinishlari. Bepushtligi bo'lgan bemorlarni tekshirishda hamshiralik jarayoni

Reja:

1. Bepusht nikoh
2. Ayollar bepushtligining klassifikatsiyasi
3. Bepushtlikning asosiy ko'rinishlari
4. Bepushtligi bo'lgan bemorlarni tekshirishda hamshiraning roli

BEPUSHT NIKOH

Bepusht nikoh - er-xotinlarning muntazam jinsiy hayot kechirib, bo`yida bo'lishdan saqlanish vositalari (kontratsepsiya) dan foydalanmasdan bola tug'ish yoshida bo'la turib 12 oy mobaynida farzand ko'rmasligi (JSST).

Ayollardagi bepushtlik - muntazam jinsiy faoliyatning 1 yillik davomiyligi saqlanib qolgan holda reproduktiv yoshdagi ayolning homiladorlik qobiliyatini yo'qotishi.

Erkaklardagi bepushtlik - yetilgan erkakning jinsiy hujayralarni urug'lantirishga qodir emasligi. Bu andrologo mutaxasislari o'rganuvchi soha.

Ayollardagi bepushtlik tasnifi

I. Anamnezida homiladorlikning mavjudligiga ko'ra:

a) birlamchi b) ikkilamchi;

II. Homiladorlik vujudga kelishining imkoniyati bo'yicha:

a) mutlaq b) nisbiy;

III. Rivojlanish mexanizmi bo'yicha:

a) tug'ma b) orttirilgan;

IV. Davomiyligi bo'yicha:

a) vaqtinchalik b) doimiy c)fiziologik.

V. Etiopatogenez bo'yicha:

1. Endokrin bepushlik:

- anovulyatsiya

-gipotalamik-gipofiz tizimining buzilishi, giperandrogeniya, giperprolaktinemiya, bachadonda o'simtalar, surunkali yallig'lanish, gipo- yoki gipertireoz

2. Nay va qorin pardasining yallig'lanishidagi bepushtlik: bachadon naylari funksiyasining buzilishi, bachadon naychalarining organik shikastlanishi.

3. Bachadon va bachadon bo'yni shaklidagi bepushtlik: endometriya va bachadon bo'ynidagi anatomo-funksional holatning buzilishi bilan bog'liq ginekologik kasalliklar, bachadon naychalarining obstruksiyasi va antisperm antikorlarini shakllanishi;

4. Immunologik bepushtlik – antispermik antikorlarning shakllanishi;

5. Psixogen bepushtlik.

6. Noma'lum kelib chiqishli bepushtlik.

Birlamchi bepushtlik – hech qanday saqlanishlarsiz doimiy jinsiy hayotda yashovchi va bir marta ham homiladorlik orttirmagan ayollardagi bepushtlik.

Ikkilamchi bepushtlik – ilgari homiladorlik paydo bo'lgan, ammo undan keyin bir yil davomida saqlanishlarsiz muntazam jinsiy hayot kechirib homiladorlik bo'lmagandagi holat.

Mutlaq bepushtlik – homiladorlik ehtimoli butunlay istisno (bachadonning tug'ma yoki orttirilgan mavjud emasligi, tuxumdon va jinsiy a'zolar rivojlanish anomaliyasi) .

Nisbiy bepushtlik – homiladorlik ehtimoli butunlay chiqarib tashlanmaydi.

Tug'ma bepushtlik - irsiy va tug'ma kasalliklar (endokrin kasalliklar, jinsiy a'zolardagi nuqsonlar) oqibatida.

Orttirilgan bepushtlik - ko'pincha ikkinchi darajali, tug'ruqdan keyin o'tkaziladigan kasalliklar bilan bog'liq.

Fiziologik bepushtlik - o'tkinchi omillarga bog'liq bo'lib, prepubertal, laktatsiya va postmenopozal davrlarda ayollarda kuzatiladi.

Doimiy bepushtlik - doimo mavjud (masalan, bachadon naychalarining yo'qligi).

Alohida ajratiladi:

Ixtiyoriy ravishdagi bepushtlik – bepushtlikning shunday turiki, ayol ijtimoiy – iqtisodiy yoki boshqa omillar ta'sirida nafaqat ikkinchi balki birinchi farzandni ham dunyoga keltirishni istamaydi.

Majburiy bepushtlik - bola tug'ishini oldini olish bo'yicha ma'lum bir choralar bilan bog'liq.

Klinik ko'rinishlarning, diagnostika va bepushtlikning turli shakllarini davolashning xususiyatlari.

Endokrin bepushtlik ovulyatsiya jarayonining buzilishi bilan bog'liq barcha holatlarni o'zida birlashtiradi, u surunkali anovulyatsiya sindromi, lyutein o'zgarishlar yetishmovchiligi bilan ifodalanishi mumkin. *Surunkali anovulyastiya* – patologik holatning geterogen guruhi bo'lib, gipotalamo – gipofizar – tuxumdon sistemasida sikl jarayonlarning buzilishi bilan xarakterlanadi. Klinikasida ABQK, oligomenoreya, amenoreya, gallokteriya kuzatilishi yoki umuman kuzatilmasligi, girsutizm, virilizastiya bilan birga keladi. Anovulyastiyada androgenlar va LG ning qondagi miqdori normadagiday bo'lishi mumkin va shu miqdori yuqori darajaga yetishi mumkin. Tuxumdonni hajmi me'yoridan bir necha marotabagacha kattalashadi.

Menstrual sikl lyutein faza yetishmovchiligi – bu tuxumdon funksiyasining buzilishi bo'lib, tuxumdon sariq tana gipofunksiyasi bilan xarakterlanadi. Menstrual sikl follikulyar fazada progesteron ishlab chiqarilishi doim past darajada bo'ladi. Konsentratsiyasining oshishi 1-2 kun ovulyastiyadan oldin va siklning lyutein fazaning 7-8 kunida eng yuqori konstentrastiyaga yetadi. Bunga quyidagilar sabab bo'lishi mumkin:

- Gipotalamo – gipofizar sistema disfunksiyasi. Qaysikim fizik va psixik stresslardan travma, neyroinfeksiya va boshqalardan keyin vujudga keladi.
- Giperandrogenemiya tuxumdon, buyrak usti yoki aralash genezda.
- Funksional giperprolaktenimiya. Gonodotrop gormon sekretsiyasiga va chiqishiga prolaktin yuqori konstentrastiyasi ta'sir qilishi va tuxumdon speriodogenez ingibitsiyasi natijasida LFY yuzaga kelishi mumkin.

•Bachadon ortiqlarining yallig'lanish prostessining cho'zilishi.

•Gipo yoki giperterioz

Nay bepushtligi – bu bachadon naylarining o'z funkstiyasini bajara olmasligi natijasida kelib chiqadi.

Peritoneal bepushtlik- jinsiy organlar yallig'lanishdan, jinsiy a'zolarda, kichik chanoq a'zolari va qorin bo'shlig'idagi operativ aralashuvlardan keyin kichik chanoqda chandiqli jarayon yuzaga kelishi bilan xarakterlanadi.

Servikal bepushtlik- Bachadon bo'yni kanali orqali spermatozoidlar bachadon bo'shlig'iga tushadi. Servikal kanal o'tkazuvchanligi buzilishiga tug'ma noto'g'ri rivojlanishi, yoki abort paytidagi va tug'ruq paytidagi travmalar bepushtlikka sabab bo'ladi. Ayrim hollarda servikal kanal shilliq moddasi, juda yuqori darajada uvishqoqlikka ega bo'lib, tarkibida antispermal antitelo, qaysiki spermatozoidlar harakatini bloklaydi.

Immunologik bepushtlik – bunda ayol yoki erkak organizmida spermatozoidlarga qarshi oqsil ishlab chiqariladi. Bu antitelalar spermatozoidlar harakatini sustlashtiradi va tuxum hujayra urug'lanishiga yo'l qo'ymaydi. Antispermal antitelolar ayol qonida, bachadon bo'yni shillig'i, bachadon naylari sekretida bo'lishi mumkin.

Bepushtlik diagnostikasi

Bepusht nikoh diagnostikasida jinsiy juftlikning ikkalasini ham tekshirish ko'zda tutiladi, diagnostik tadbirlar ayollarda ham erkaklarda bepushtlikning barcha ehtimoliy omillarini aniqlash uchun to'liq o'tkazilishi lozim.

JSST tavsiyalariga ko'ra bepusht ayollarni tekshirishda quyidagilar aniqlanishi va bajarilishi lozim:

1. Anamnezni o'rganish
2. Ob'ektiv tekshiruv
3.Ginekologik tekshiruvlar
4. Laborator va instrumental tekshiruv

JSST bepushtlik bilan murojaat etgan ayollarni laborator tekshirishda quyidagi davriylik va muddatlarga amal qilishini tavsiya etadi:

1. 2-3 sikl-funksional diagnostika testlari:
2. hayz siklining 3-5 kunida; hayz siklining o'rtasi va ikkinchi fazasidagi gormonal tekshiruvlar (LG, FSG, prolaktin,testosteron, DEA);
3. hayz siklining 6-8 kunida gisterosalpingografiya;
4. hayz siklining 8-14 kunida follikullar o'sishining UT-biometriyasi;
5. hayz siklining 12-14 kunida - immunologik testlar. Sims-Xuner sinamasi yoki Shuvarskiy post koital test (PKT). Ayollarda antispermal antitelalar (ACAT) qon zardobida, servikal nay shillig'ida va peritoneal suyuqlik tarkibida mavjud bo'lishi mumkin. Ayollarda servikal kanal shillig`ida ASAT ning aniqlanishi: ovulyatsiya oldi kunlari uch turdagi antitelolar IgG, IgA, IgM miqdorini aniqlash uchun servikal kanal shillig`idan olinadi. IgG miqdori normada 14% dan, IgA - 15%; IgM - 6% dan ortmaydi.
6. Hayz siklining 18-kunida bachadon naylarining o'tkazuvchanligini aniqlash bilan laparoskopiya qilish;

7. Hayz siklining 19-24 kunida progesteron miqdorini aniqlash;
8. Hayz siklini boshlanishidan 2-3 kun oldin endometriy biopsiyasi.

Bemorlarni gormonal tekshirishlarga tayyorlash.

Emotsional stabil, och qoringa qon olinadi, jinsiy aloqadan saqlanadi, tekshirishdan 2 hafta oldin antibiotiklar, antikoagulyantlar, sulfanilamid va antigistamin preparatlar, salistilatlar va gormonlar qabul qilinmaydi. **GSG** (gisterosalpingografiya) — bachadon bo'shlig'i va bachadon naylari o'tkazuvchanligini rentgenologik tekshirish kontrast modda bilan GSG yordamida endometriydan poliplar, shilliq osti miomasi bachadondagi nuqsonlar aniqlanadi.

Ultratovushli monitoring— bu menstural sikl davomida tuxumdonlarda va bachadonda bo'ladigan o'zgarishlarni UTT yordamida tekshirish.

Laparoskopiya — bu operatsiya bilan mikrokesmalar qorinda qilinib, maxsus optikali asbob yordamida qorin bo'shlig'i a'zolari ko'riladi.

Gisteroskopiya — Optik apparat bilan bachadon bo'yni orqali kiritilib, bachadon bo'shligi tekshiriladi.

Sperma xususiyatlari quyidagi hollarda o'zgaradi:

- Neyroendokrin buzilishlar;
- Alkogolizm;
- Morfinizm;
- Yallig`lanish kasalliklarida (orxit);
- Chandiqli o'zgarishlar;
- Uretraning rivojlanish nuqsonlari (gipospadiya, epispadiya):

Spermaning quyidagi o'zgarishlari bepushtlikka olib keladi:

*Azospermiya *Nekrospermiya * Aspermiya

Sog'lom erkak spermogrammasi.

- Eyakulyat miqdori = 2,0 ml RN 7,2*7,8
- Spermiylar soni 1 ml = 20x106 /ml
- Aktiv harakatchan = 25%
- Harakatchan = 50%
- Morfologik normal formalari = 50%
- Aglyutinanlar yo'q.
- Agregatlar yo'q.
- Leykostitlar 1,0x106 /ml
- Eritrostitlar yo'q.

BEPUShTLIGI BO'LGAN BEMORLARNI TEKShIRIShDA GINEKOLOGIK YORDAM K0'RSATIShDA HAMShIRANING O'RNI VA ROLI.

Hamshira akusherlik va ginekologiyada hamshiralik jarayonida ayollarga, oilasiga hayotining har xil davrlarida davolash – profilaktik yordam beradi, ko'ruv, tekshiruvlar, ginekologik bemorlarni reabilitastiyasini olib boradi, ginekologik patologiyada parvarish va zarur bo'lgan yordamni ko'rsatadi.

Hamshira ayol va uning oilasiga nisbatan Maslahatchi, yordamchi bo'lib rol o'ynaydi. U hamshiralik jarayonining barcha etaplarini bajarishi kerak: birlamchi baxolashni o'tkazish, bemorlarni muammolarini ko'rsatishi, hamshiralik faoliyatini

rejalashtirish, rejalashtirilgan parvarish bajarish, parvarishning joriy va yakunlovchi baholash ,hamshira jarayonini to'liq to'ldirish va muolajalarini o'tkazish.

Hamshira ginekologik kasalliklarning xavfli omillari, klinikasi, asoratlari va profilaktikasini bilishi, bemorni diagnostik muolajalariga tayyorlab bilishi kerak, xodim va bemorni infekstion xavfsizligini ta'minlashi kerak. Anamnez yig'ishda bundan oldin o'tkazgan ginekologik kasalliklari, xozirgi kasallik patologik jarayonni aniqlash kerak. Anamnez yig'ishda shu kasallikni boshlanishini, paydo bo`lish sabablari, uning rivojlanishini aniqlash kerak. To`g'ri yig'ilgan anamnez kasallik haqida tasavvur beradi, taxminiy tashxis qo`yishga imkon beradi, yakunlovchi tashxis esa faqat ob'ektiv tekshiruv asosida qo'yiladi.

Nazorat savollari:

*Qanday oila bepusht deb hisoblanadi?

*Ayollar bepushtligining asosiy sabablari?

*Erkaklar bepushtligining asosiy sabablari?

*Funksional tashhislash testlari?

*Qin ajralmasining tozalik darajasini aniqlash.

VAZIYATLI MASALA

Bemor A., 36 yosh. Bir marta ham homilador bo'lmagan, ayollar maslaxatxonasi shifokoriga hayz ko'rishning buzilishi va bepushtlik bo'yicha murojaat etgan. Hayz ko`rish 11 yoshdan, 60-120 kunda muntazam emas, og'ir kechadi va 7-10 kun davom etadi. 27 yoshda turmushga chiqqan, shu vaqtdan buyon jinsiy hayot kechiradi. Anamnezida ekstragenital kasalliklar yo'q.

Tashhis?

Shifokor qanday tekshiruvlarni tayinlashi lozim?

Test

1. Ikkilamchi bepushtlik nima?

a) *tuqqandan yoki abort qildirgandan keyin bo'lgan bepushtlik

b) muntazam jinsiy aloqa bo'lishiga qaramasdan bir yil davomida homilador bo'lmasa

c) muntazam jinsiy aloqa bo'lishiga qaramasdan 2 yil davomida homilador bo`lmasa

d) anamnezida 3 marotaba o'z-o'zidan bo'lgan abortni kechirgan bo`lsa

2. Suniy urug'lantirish qaysi holda qo'llanadi?

a) *erida impotenstiya,gipoazoospermiya

b) bachadon naychasidagi bepushtlik

6. Gonadalar disgeneziyasi kelib chiqishiga sabab?

a) *jinsiy bezlar rivojlanishidagi tug'ma xromosom yetishmovchiliklar,

b) erta tug'ruqlar

c) jinsiy bezlar rivojlanishidagi tug'ma xromosom yetishmovchiliklar

d) toksik faktorlarning xomilaga ta'siri

7. Birlamchi bepushtlik qanday belgilanadi?

a) *ayol turmush qurgandan beri biror marotaba xomilador bulmagan

b) bir marotaba tuqqan

c) endokrin bepushtlik
d) bachadon rivojlanishining nuqsonlari

3. Ayollardagi bepushtlikni sabablari vujudga keltirmaydi?
a) *yurak - tomir sistemasining kasalliklari
b) ayollar jinsiy organlaridagi kasalliklar
c) ichki sekrestiya bezlarining kasalliklari
d) infantilizm va jinsiy organlarning gioplaziyasi

4. Bepushtlikni diagnoz qo'yishda qanday tekshirish usullari ahamiyatga ega emas
a) *Ko'krak qafasi rentgenografiyasi
b) kolposkopiya
c) qindan va bachadon bo'yni kanalidan olingan surtma
d) gonokokk bor yo'qligini aniqlash

5. Bepushtlik nima?
a) *muntazam ravishda jinsiy muloqatda bo'lishlariga qaramaslan bir yil davomida erkak yoki ayolda bo'ladigan bepushtlik
b) jinsiy muloqat boshlanganiga 6 oy o'tgan bo'lishga qaramasdan homilador bo'lmagan
c) oilada tirik bolalar yo`q
c) bir marotaba abort qildirgan
d) agar ayolda ikki marotaba o'z-o'zidan abort bo'lgan

8. Immunologik bepushtlikda perspektiv usul
a) *Donor spermasi bilan sun'iy urug'lash
b) Erining spermasi bilan sun'iy urug'lash
c) Gormonal terapiya
d) Operativ davo

9. Astenospermiya nima?
a) *ko'p spermatazoidlar harakatchanligining sust bo'lishi
b) Aktiv-harakatchan spermatozoidlarning yetishmovchiligi
c) Patologik spermatozoidlarning bo'lishi
d) Eakulyatda spermatozoidlarning kam bo'lishi

10. Nekrospermiya nima?
a) *Tirik spermatozoidlarning bo'lmasligi
b) Aktiv harakatchan spermatozoidlarning bo'lmasligi
c) eakulyatda spermatozoid hujayralarining bo'lmasligi
d) Spermatogenez hujayralari bo'lib, spermatozoidlarning bo'lmasligi

Mavzu №8

Ginekologiyada neyroendokrin sindromlar. Etiologiya, klinikasi, diagnostikasi. Hayz oldi, klimakterik va kastratsiyadan so'ngi sindromlarda oliy ma'lumotli hamshiraning taktikasi va jarayoni

Reja:

1. Ginekologiyada neyroendokrin sindromlar
2. Hayz oldi, klimakterik va kastrasiyadan so'ngi sindromlar
3. Oliy ma'lumotli hamshiraning taktikasi va jarayoni

2-algoritm

Gipomenstrual sindrom. Hayz siklining buzilishi, gipomenoreya- hayzda ajraladigan qon miqdori kam, hayz muddati qisqa- oligomenoreya va kam hollarda opsomenoreya - hayz kam bo'lishi (6-8 haftada 1 marta).

Gipermenstrual sindrom. Hayz siklining buzilishi, gipermenoreya- hayzda ajraladigan qon miqdori ko'p, hayz muddati uzoq- polimenoreya va kam hollarda proyomenoreya- qisqargan hayz siklining tez-tez bo'lishi.

Hayz oldi sindrom (PMS). Patologik simptomlar hayz oldi paydo bo'lib hayzdan keyin bir necha kun davom etadi.

V.P. Smetnik (1987) bo'yicha 4 formasi klassifikatsiyalanadi:

1. Neyropsixik **3.** Sefalgik

2. Shishli **4.**krizli

Klimakterik sindrom (klimaks). Estrogen yetishmovchiligi oqibatida patologik simptomlar paydo bo'lishi.

Klimakterik sindrom 80% ayollarda uchrab, perimenopauzada kuzatiladi.

30-rasm. Klimakterik sindrom

Postkastrasion sindrom. Tuxumdon olib tashlangandan so'ng estrogen yetishmovchiligi oqibatida patologik simptomlar paydo bo'lishi.

Shixan sindromi. Bu sindrom juda ko'p qon ketish bilan asoratlangan, tug'ruq va abortdan keyin rivojlanadi. Kasallikning sababi gipofizning qon tomirlari trombozi, spazm, emboliyasi va nekrozi xosdir. Bezning 2/3 qismi nekrozga uchrasa, Shixan sindromi kelib chiqadi. Gipofiz qismining qaysi qismi nekrozga uchraganiga qarab kasallik belgilari aniq yoki ko'rimsiz bo'lishi mumkin. Kasallikning 1– belgilaridan biri laktatsiyaning bo'lmasligi yoki tez yo'qolishi, amenoreya. Holsizlik oshib borishi, adenomiya tana vaznining kamayib borishi kuzatiladi. 1 oydan so'ng jinsiy organlar gipotrofiyaga uchrab, qov va qo'ltiq osti chuqurchasidagi soch to'kiladi. Ayrim hollarda boshdagi soch ham to'kilishi mumkin. LG va FSG sekresiyasi kamayib ketadi. Kasallikning kechki davrida gipofizar gormonlar ta'siri ostida barcha sekresiya bezlarining ishi buziladi. Davoni kasallik boshlanishidan boshlash kerak. Kam ko'stsiz yetarli darajada ovqat bilan birga gormonoterapiya olib borish kerak. Jinsiy bezlarning funksiyasini tiklash uchun esterogen va gestogenlar bilan o'tkaziladigan siklik terapiyadan foydalanish kerak. Buyrak usti bezi yetishmovchiligiga (kortizon 12, 5 – 20 mg har kuni 20 kun davomida), gipoteriozda kortizon bilan birga tiroidin 0,015 gr 2 marta kuniga asta – sekinlik bilan dozasini 0: 05 – 2, 0 gacha oshirib borish mumkin. Gipofizning oldingi bo'lagi gormonlarni yetishmovchiligida kortikosteriod gormonlar (kortizon 12, 5 – 20 mg har kuni 20 kun davomida, gipofizda kortizon bilan birga ishlatiladigan tireoidin 0,015 gr 2 marta har kuni asta sekinlik bilan miqdorini 0,05 – 2 marta mahal marta ko'paytirish kerak). Gipofizning oldingi bo'lagi gormonlari ko'p ishlab chiqarish sababli kelib chiqqan amenoreya akromegaliya va gigantizm uchraydi. Bunda STG ko'p ishlab chikariladi. Bu kasalliklar gipofiz oldingi bulagi o'smalarida, yallig'lanish travmada uchraydi. Bu hollarda amenoreya o'sishi gormoni va gonodotrop gormonlar o'rtasida antogonizm borligi bilan bog'lanadi. Shuningdek, FSG ishlab chiqarishning kamayishi kuzatiladi. Davo endokrinologiya kasalxonasida o'tkaziladi. Gormonal davodan esterogen preparatlar 20-30 mg sutkasiga 5-6 marta hafta davomida qilinadi. Bu esa o'sishni to'xtadi. 8-10 kun davomida 5-7 kun oraliq bilan o'tkaziladigan kvatera usuli ko'proq ratsional hisoblanadi. Isengo – Kushengo kasalligida (AKTG – giperproduksiyasi) gipotalamo – gipofizar bo'limning zararlanishi giperkortisizmga olib keladi va amenoreya kuzatiladi. Ko'proq 20-40 yoshda patologik tug'ruqdan keyin uchraydi.

Semizlik bo'lib ko'proq yuz va tana sohasida kuzatiladi, bosh og'rig'i, gepertoniya bo'lishi mumkin. Laborator tekshiruvlar 17 – ketosteriod va esterogenlarning normal ko'rsatkichlarini aniqlaydi. AKTG yoki deksametazon kortizon bilan o'tkazilgan proba musbat chiqadi.

Laborator tekshiruvlar 17 ketosteroid gormonlarning kamayganligini, uzoqvaqt kasallangan ayollarning qin surtmasida bazal hujayralarning ko'p bo'lishianiqlanadi.

Davosi: endokrinologiya kasalxonasida o'tkazilib gipotalamus – gipofizar zonani rentgen nur qilinadi. Gormonal dorilardan sintetik progestinlardan 1 tabletkadan 21 kun 7 kunli oraliq bilan 3-4 oy davomida gormonal amenoreyani, semizlikni kamaytiradigan parhez bilan qo'shib olib borish kerak. Periferik genezda amenoreyada tuxumdon amenoreyasi kiradi.

Giperprolaktinemik gipogonadizm sindromi Persistensivali galaktoreya — amenoreya; simptomokompleks, prolaktin sekretsiyasi oshishi.

- **Kiari - frommeli sindromi** – persistensiyali galaktoreya, amenoreya va jinsiy organlar gipotrofiyasini oshib borishi.
- **Argonsadel Kastilo sindromi**– tug'magan ayollarda persistensiyali galaktoreya, amenoreya kuzatilishi
- **Forbsa-Olbrayta sindromi**– persistensiyali galaktoreya, amenoreya gipofizda adenoma bilan birga kuzatilishi.

Kiari - frommeli sindromi. Bu sindrom persistensiyali galaktoreya, amenoreya va jinsiy organlar gipotrofiyasini oshib borishi bilan xarakterlanadi.

Etiologiya va patogenezi hozirgacha aniqlanmagan. Kasallik negizida gipotalamusning prolaktin to'xtatuvchi relizing – faktor (AKT-LG) biosentezini boshqaruvchi markazning zararlanishi natijasida LTG ning uzoqvaqt davomida ajralib turishi FSG ishlab chiqarishni kamaytiradi. Bu esa tuxumdonning esterogen sekretsiyasini kamaytirib amenoreyaga sabab bo'ladi.

Diagnostika. Tashxis qo'yish qiyin emas. Gormonal tekshirilgan, 17 – ketosteroidlar, eksreksiyasi normada bo'lib FSG va esterogen gormonlarining ekskresiyasi kamayganligini ko'rsatadi.

Davolash. Kasallik o'sma sababli bo'lsa, jarrohlik yo'li bilan yoki rentgen nur orqali davolanadi. Qolgan hollarda davoni laktatsiya gormonlar yordamida to'xtatishga qaratiladi. FSG –gonodotropin 60ED dan 10 – 20 kun, endonazal elekroforez 30 kun davomida, gipofiz oldingi bo'limi gipofunksiyasi gipofizar nanizm shaklida namoyon bo'lib, o'smay qolishi bilan xarakterlanadiGipofizar nanizm davosi bilan endokrinolog shug'ullanadi. Davo 1 – navbatda bo'yningo'sishiga qaratilganbo'lishi kerak.

Mavzu bo'yicha savollar:

1.Neyroendokrin sindromlarni sanang

2.Klimakterik sindrom klinikasi

3.Postkastrakstion sindromqachon rivojlanadi

4. Hayz oldi sindromini stefalgik shaklini patogenetik davosi

Test

1 Neyroendokrin sindromlarni to'g'ri belgilang
a) klimakterik, HOS,KS *
b) NELLP- sindromi
c) SPKYa
d) AGS

2 Osteoporoz qaysi gormonning yetishmovchiligi tufayli klimakterik sindromda rivojlanadi?
a) estrogenning*
b) progesteronning
c) AKTG
d) androgenning

3 Klimakterik sindromni davolashida qaysi esterogen-progestin preparatlarqo'llaniladi?
a) kliogest, klimonorm*
b) Eksklyuton
c) logest, Diane-35
d) novinet

4 Premenopauza qaysi yoshda rivojlanadi?
a) 45 yoshdan so'ng*
b) 40 yoshdan so'ng
c) 50 yoshdan so'ng
d) 60 yoshdan so'ng

5 Klimakterik sindromda atrofik vaginit rivojlanishi sababi nima?
a) gipoestrogenemiya*
b) Giperesterogenemiya
c) progesteron miqdorini kamayishi
d) giperandrogenemiya

6 Hayz oldi sindromining shishli shaklini davolashda patogenetik preparatni tanlang.
a) veroshpiron*
b) Anaprilin
c) dopegit
d) papaverin-gidroxlorid

7 Postkastrakstion sindrom qachon rivojlanadi :
a) ovarioektomiyadan so'ng*
b) Miomaektomiyadan
c) sistektomiyadan so'ng
d) tuboektamiyadan so'ng

8 Menopauzada hayot uchun asosiy havf
a) yurak-qon tomir kasalliklari*
b) chanoq tubi mushaklari bo'shashishi
c) depressiya
d) Osteoporoz

9 Klimakterik davrda kech rivojlanuvchi simptomlarni aniqlang.
a) osteoparoz *
b) depressiya, uyqusizlik
c) oliguriya
d) issiqlikni his qilish

10 O'rinbosar gormonal terapiya qaysi bir menopauzaning simptomiga ta'sir qilmaydi?
a) qin mushaklari tonusi susayishi*
b) Dispareuniya
c) atrofik vaginit
d) Osteoparoz

Mavzu №9

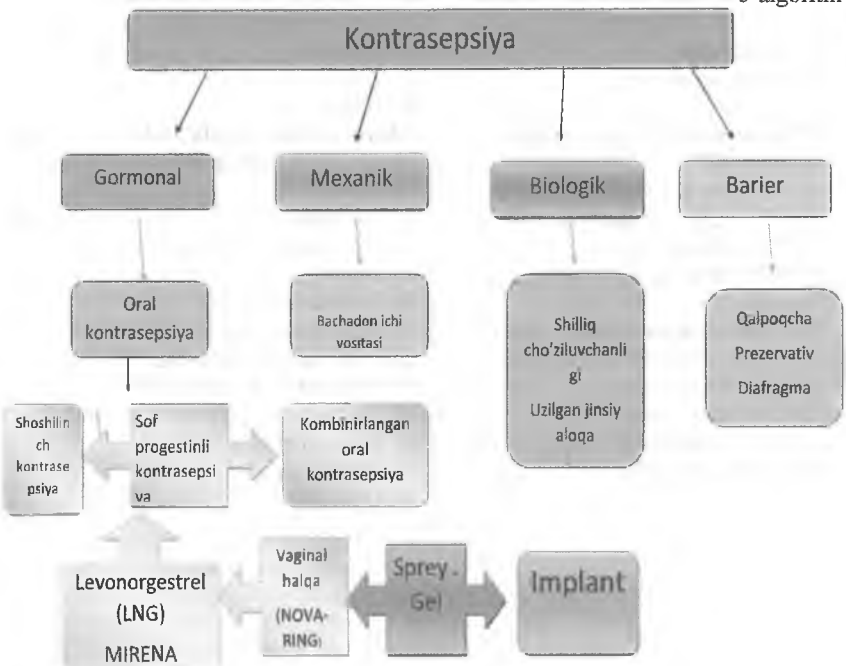
Kontrasepsiya usullarining obzori. Gormonal kontraseptivlar. Bachadon ichi vositalari. Ixtiyoriy jarrohlik sterelizatsiyasi (erkak va ayollarda). Laktatsion amenareya usuli. Shoshilinch kontratsepsiya. Kontratseptiv texnologiyalar bo'yicha o'smirlarga maslaxat o'tkazish asoslari. Oilani rejalashtirishda oliy ma'lumotli hamshiraning roli

Reja

1. Kontrasepsiya usullari
2. Gormonal kontraseptivlar
3. Bachadon ichi vositalari
4. Ixtiyoriy jarrohlik sterilizatsiyasi
5. Laktatsion amenoreya usuli
6. Oilani rejalashtirishda oliy ma'lumotli hamshiraning roli

Butun dunyo bo'yicha 60 milliondan ortiq ayollar kombinirlashgan oral kontratseptivlarni qo'llashadi. Ixtiyoriy xirurgik sterilizatsiya va bachadon ichi spirallaridan so'ng koklar ishlatilish soni bo'yicha uchinchi o'rinda turadi.

3-algoritm



KOK lar turlari:

•Monofazali

•Ikkifazali

•Uchfazali

Ta'sir mexanizmi:

•Ovulyasiyani oldini olish

•FSG sekretsiyasini so'ndiradi

•Tuxumdonlar jadalligini bostiradi

•Servikal shilliqni quyuqlashtiradi

•Spermani bachadon ichiga kirishini qiyinlashtiradi

•Endometriyny atrofik o'zgarishiga olib keladi

•Urug'langan tuxum hujayrani implantatsiyasiga to'sqinlik qiladi

Tabletkani ichish qoidalari.

•KOK larni har qanday vaqtda ichishni boshlash mumkin, ayol kishi xomilador emasligiga ishonchi komil bo'lsa.

•Hayz siklining 1-7 kunlaridan qabul qilinadi.

•Ko'krak suti bilan boquvchi ayollar tug'ruqdan keyin 6 oy o'tgach ichishlari mumkin.

•Ayol ko'krak suti bilan emizmasa tug'ruqdan 3-6 hafta o'tgach ichishi mumkin.

•Abortdan so'ng-darrov yoki 7 kun ichida icha boshlanadi.

•KOK lar har kuni kechqurun, ovqatdan keyin ichiladi.

•Tabletka ichish vaqti o'tkazib yuborilgan bo'lsa, hayzlar orasida qon ketib qolishi mumkin.

Tabletka ichish bir kun o'tkazib yuborilgan bo'lsa, ertasiga ikkita tabletka ichish lozim (ertalab va kechqurun). Bordi-yu, tabletkalar ikki kun davomida ichilmay qolgan bo'lsa, ularni keyingi ikki kun davomida kuniga ikki mahaldan ichib yetkazib olish kerak.

Preparatlarni ichish tartibi buzilganda ularning kontratseptiv ta'siri kamayishini va istalmagan homiladorlik yuzaga kelishi mumkinligini aytiladi.

KOK larning afzalliklari:

•Yuqori effektiv kontratseptiv usul. (Perl indeksi-usuldan 1 yil davomida foydalanuvchi 100 ayol orasida xomilador bo'lib qolganlar soni 0,1-0,8 ta)

•Xavfsizligi isbotlangan.

•Nojo'ya ta'siri kam

•Jinsiy aloqa bilan bog'liq emas.

•Ishlatuvchining o'zi nazorat qiladi.

•Ishlatilishi qulay va oson

•Orqaga tez qaytuvchi usul.

•Kontratsepsiyadan tashqari sog'likka ijobiy ta'siri bor.

•Tabletka ichish boshlangandan so'ng kontratseptiv ta'siri darhol boshlanadi.

KOK larning kamchiliklari:

•Noto'g'ri qo'llanilganda effektivligi past.

(Perl indeksi -usuldan 1 yil davomida foydalanuvchi 100 ayol orasida xomilador bo'lib qolganlar soni 0,1-0,8 ta)

- Kunda to'g'ri qabul qilishni talab etadi.
- Regulyar zahirada saqlash kerak.
- Xarakterlil nojo'ya ta'sirlarni chaqiradi: (noregular qon ketishlar, ko'ngil aynishi, vaznning ortishi, bosh og'rig'i).
- Ayrim ayollarda jiddiy asoratlarga olib kelishi mumkin (gepatotsellyular adenoma, KOK larga ideosinkraziya, qon quyilishlar va miokard infarkti)
- Jinsiy yo'l orqali yuquvchi kasalliklar hamda SPID/VICH (OIDS) dan asramaydi.
- Ko'krak suti bilan boquvchi ayollarga eng kam ko'rsatmali.
- Tarqatilishi ko'pincha mediklar qo'lida haddan tashqari mujassamlashgan.
- Xalq orasida xavfsizlik borasida juda ko'p noto'g'ri talqinlarga ega.

Koklarning kontratsepsiya bilan bog'liq bo'lmagan afzalliklari.

KOK larni qabul qilish quyidagi hollarning uchrash sonini keskin kamaytiradi:

- Tuxumdonlar raki. (40-80% ga kamayadi)
- Kichik chanoq organlarining yallig'lanish kasalliklari.
- Anemiya (menstruatsiya paytida yo'qoluvchi qon miqdori 35 ml dan 20 ml ga kamayadi va anemiyani avj oldirmaydi)
- Sut bezlarining xavfsiz o'smalari.
- Endometrioz.
- Dismenoreya.

KOK larning ba'zi bir nojo'ya ta'sirlari.

- Ko'ngil aynashi.
- Xayzlar orasidagi qon ketishlar yoki amenoreya.
- Vazn ortishi.
- Bosh og'rig'i.
- Kayfiyatning tez o'zgaruvchanligi.
- Sut bezlarining og'riqliligi.
- Qon bosimining oshishi (> 160/100)

«Mini - pili» degan nom bilan sotiladigan sof progestinli tabletkalardan foydalanish so'nggi 20 yil ichidagina udumga kirdi. Aralash tabletkalardan farq qilib, bunday tabletkalarda progestinlar faqat mikrodozalar miqdorida bo'ladi .

Progestinli tabletkalar 19-norsteroidlardan iborat. Kontratsepsiyaning bu usuli yuqori samarali metodlar jumlasiga kiradi. Preparatlar ichilganida eng yuqori kontratseptiv ta'siri 3-4 soatdan keyin boshlanadi va 24 soatdan keyin tugaydi.

Turlari

Sof progestinlar tabletkasi

O'ramida 35 yoki 28 tabletkasi bor

Inyeksion sof progestinli kontratseptivlar

DMPA (Depo Provera) 150mg depo-medroksiprogesteron atsetat, har 3 oyda in'eksiya qilinadi

NET-EN (Noristerat):200mg noretindron enantant, har 2 oyda in'eksiya qilinadi

• **Teri osti implantatlar:** Norplant 6 ingichka egiluvchan kapsula, 1 kapsula ichida levonorgestrel, implanon bor 3 yilga mo'ljallangan.

• **BIV:** progesteron va levonorgestrel ajratadi

Sof progestinli tabletkalarni ichish qoidalari.

- Hayz siklining birinchi kunida;
- Qorinda homila yo'qligi aniq bo'lgan mahalda istalgan paytda;
- Chilla davrida;
- Bola ko'krak berib boqilayotgan bo'lsa, 6 oydan keyin;
- Bolani ko'krak berib boqishdan kontratsepsiya usuli sifatida foydalanilmayotgan bo'lsa, 6 haftadan keyin;
- Ona bolaga ko'krak bermaydigan bo'lsa, tug'ruqdan so'ng darhol yoki 6 haftadan keyin;
- Abortdan keyin darhol ichiladi.

Sptni qo'llash usulini tushuntirish

Muhim: har kuni 1 tabletkadan uzluksiz ichish lozim.

• Unutgan holda esiga tushgan zahoti 1 tabletkani ichib, so'ng har kuni bittadan ichishni davom ettiradi. Keyingi 2 kun davomida himoya usulidan foydalanadi.

• Emizuvchi ayol SPK qabul qilib turgan bo'lsa, tabletka ichishni unutgan bo'lsa ham homiladorlikdan saqlangan bo'ladi.

• Agar tabletka qabul qilish vaqtidan 3 soatdan ortiq o'tib ketgan bo'lsa, ko'krak bilan emizmasa yoki ko'krak bilan emizib, hayzi tiklangan bo'lsa, 48 soat davomida jinsiy aloqadan saqlanish yoki to'siq usullardan foydalanish lozim. Esidan chiqqan tabletkani tezda qabul qilib, so'ng odatdagidek davom ettiradi.

Inyeksiyani qilish qoidasi

- Bitta doza DMPA (150mg)
- Antiseptik eritmasi va paxta
- 2 yoki 5 ml shprits va m/oga in'eksiya qilish uchun 21-23 o'lchamdagi igna)

Harakatlar ketma-ketligi:

1. Qo'lingizni yuving va qo'lqopni kiying
2. Lozim bo'lsa, in'eksiya joyini sovunli suvda yuving va antiseptik bilan aylanma harakatlar bilan arting
3. DMPA flakonini yengil aralashtiladi (kuchli emas, ko'pik xosil bo'lmasin) ustini spirtli paxta bilan artib, shpritsga tortiladi
4. Yelkaning yuqori qismiga (deltasimon mushak) yoki dumbaga (katta dumba mushagining yuqori tashqi kvadrantiga) nina chuqur sanchilib, qon tomirga tushmaganligini aniqlash (dorining tez so'rilib ketishiga sabab bo'ladi) uchun porshen orqaga tortiladi va dori yuboriladi.
5. Inyeksiya joyini massaj qilmang. Mijozga inyeksiya joyini artish yoki massaj qilish mumkin emasligini tushuntiring. Bu dorining tez so'rilishiga olib keladi.

Bachadon ichi vosita

Bachadon ichi vosita (BIV)lari keng tarqalgan usullarining biri bo'lib hisoblanadi. Respublikamizda istiqomat qiluvchi tug'ruq yoshidagi ayollarning

deyarli 60 foizi aynan shu kontratsepsiya vositasidan foydalanishni afzal ko'radi. Dunyoda esa qariyb 85 million ayollar BIV dan foydalanadilar.

BIV turli ashyolardan ishlab chiqariladi. Hozirgi kunda jahon amaliyotida 3 xil BIV qo'llaniladi:

1. Inert ashyo (plastmassadan tayyorlangan) BIV lar.
2. Tarkibida mis o'ramasi bo'lgan BIV lar.
3. Tarkibida gormon (asosan progestinli) bo'lgan BIV lar.

Tarkibida mis o'ramasi mavjud vositalar bir necha xil bo'lishi mumkin:

• **Copper T380A** -BIV larning eng keng tarqalgan turi bo'lib, sterillangan holda ishlab chiqariladi. Bu vosita tarkibidagi mis o'ramasining maydoni 380 kv/mm ni tashkil qiladi. BIV larning boshqa turlariga nisbatan, Copper T 380A yuqori samaradorligi va ishlatilish muddatining uzoqligi (10 yil) bilan ajralib turadi.

•**Copper T 200** - tarkibidagi mis o'ramasining maydoni 200kv/ mm ni

Tashqil etib, o'rnatilganidan 4 yil ichida samarador.

•**Multiloid 375 va 250** - bu vositalar ham sterillangan holda ishlab chiqariladi va tarkibidagi mis maydoni tegishlicha 375 va 250 kv) mm ni tashkil qiladi. Bu turdagi BIV larning samaradorligi 5 yilgacha saqlanadi.

Misli BIVlarning ta'sir mexanizmi:

O'rnatilganidan so'ng bunday vositalar bachadon shilliq qavatida aseptik yallig'lanish chaqiradi,bu esa o'z o'rnida shilliq pardaning kimyoviy va fermentativ balansi o'zgarishiga olib keladi.Sodir bo'lgan muhit natijasida bachadonga tushgan urug' hujayra harakatlanishi xususiyatini yo'qotib,bachadon naylari orqali o'ta olmaydi.

Mabodo ba'zi urug' hujayralar naylardan o'tib,tuxumdonlarda urug'lanish sodir bo'lsa, BIV yot jism sifatida ta'sir ko'rsatib, naylar peristaltikasini kuchaytiradi, shunga ko'ra tuxum hujayra bachadon bo'shlig'iga tushadi va parchalanib ketadi.

BIV lardan foydalanish qoidalari

-Ayol homiladorlik yo'qligiga to'la ishonch hosil qilsa.

-Hayz davrining 1-kunidan 7-kunigacha;

-Tug'ruqdan keyin: 48 soat yoki 6 haftadan keyin; laktatsion amenoreya usulidan foydalanilayotgan bo'lsa, 6 oy o'tganidan keyin;

-abortdan keyin darhol (abort asoratsiz bajarilgan bo'lsa) yoki 7 kun muddat o'tgach o'rnatish mumkin (agar chanoq infeksiyalari mavjudligiga dalolat beruvchi alomatlar bo'lmasa).

BIV lardan samarali foydalanishi mumkin bo'lgan ayollar:

- yuqori samarador kontratsepsiya vositasidan foydalanishni istagan, hech bo'lmaganda anamnezida bitta tug'ruq bo'lgan reproduktiv yoshdagi barcha ayollar;
- avval BIV dan samarali foydalangan ayollar;
- emizikli, ammo kontrasepsiyaga muhtoj ayollar:
- abort qildirgan ayollar
- jinsiy yo'l orqali yuqadigan kasalliklarga chalinish xavfi kam bo'lgan ayollar;

- gormonli kontratseptivlardan foydalana olmaydigan ayollar.

Oliy ma'lumotli hamshiraning roli

1. BIV qo'yilgandan so'ng, ayol bilan birgalikda takroriy tashrifni 3-6haftadan keyinga rejalashtiring, masalan - hayzdan so'ng, BIV joyidami va infeksiya rivojlanmaganligini bilish maqsadida ginekologik ko'rik va tekshiruv uchun. Tashrif, hayz davridan tashqari, ayol uchun qulay bo'lgan istalgan vaqtga tayinlanishi mumkin. Bundan so'ng boshqa takroriy tashrif talab etilmaydi.

2. Ayol quyidagilarni bilishiga ishonch hosil qiling

• Qaysi tur BIVdan foydalanyapti va bu BIV qanaqa ko'rinishda

• Qachon mazkur bivni olib tashlash yoki almashtirish mumkin. Ayolga BIV qo'yilgan sana qayd etilgan kartochka bering

• Tibbiy muassasaga murojaat qilganda, ayol o'zida BIV o'rnatilganligi haqida ma'lumot berishi kerakligini

BIV holatini nazorat qilayotib

1. Qo'lni yuvish
2. O'tirish
3. 1 yoki 2 barmoqni BIV iplarini sezgunga qadar chuqurroq qinga kiritish. Agar ayolga BIV siljigandek tuyulsa, tibbiy muassasaga qayta murojaat qilish. Ipni tortish mumkin emas, bu BIVni bachadon ichidan tushishiga olib kelishi mumkin.
4. Yana qo'lni yuvish

Tug'ruqdan keyin BIV o'rnatilganda, ipchalar doim ham bachadondan tashqari turmaydi va ular sezilmasligi mumkin.

Nazorat savollari.

1.BIV turlari

2.Misli BIV larni ta'sir mexanizmi.

3.BIV dan foydalanish qoidalari

4.BIV dan samarali faydalanishi mumkin ayollar

5.BIV ning afzalliklari

Testlar

1. Quyidagi preparatlardan qaysi biri SPIK-ga kirmaydi:
A) esklyuton*
B) depo-provera
V) noresterat
D) megistron

2.SPK ta'sir mexanizmiga kirmaydi:
A) servikal shilliqni suyuqlashtiradi*
B) ovulyasiyani so'ndiradi
V) lyuteolizis chaqiradi
D) endometriy atrofiyasi

6. SPK-ning nojo'ya ta'siri:
A)qonli surkalmalar, amenoreya, tana vaznini ortishi*
B) bosh og'rig'i, ko'ngil aynash, menorragiya
V) amenoreya, tana vaznini ortishi, ko'ngil aynash
D) bosh og'rig'i, ko'ngil aynish, qon bosimini oshishi

7. Qaysi hollarda SPK samaradorligi pasayadi:
A) tutqanoqqa qarshi preparatlar qabul qilganda*
B) diareyada
V) ko'krak bilan emizganda

3. SPT-ga kiradi:
A) eksklyuton, mikronor, ovrett*
B) diane-35, mikronor, logest
V) mikronor, regulon, eksklyuton
D) ovrett, janin, yarina

4. SPIK qachon ishlatsa bo'ladi:
A) xohlagan vaqt, agar homiladorlik bo'lmasa, abortdan so'ng*
B) agar tug'ruqdan so'ng LAU qo'llasa, 6 haftadan so'ng
V) abortdan so'ng 2 hafta o'tgach
D) menstrual siklni birinchi 10 kuni ichida

5. SPIK qo'llashga qarshi ko'rsatmaga kirmaydi:
A) ko'krak suti bilan emizish*
B) aniqlangan yoki taxmin qilingan homiladorlik
V) ko'krak va jinsiy a'zolar saratoni
D) qindan noaniq qon ketishi

D) menorragiya

8. Qaysi SPK emas:
A) DMPA
B) dyufaston*
V) Norplant
D) Esklyuton

9. SPIK qo'llanganda fertillikning tiklanishi:
A) 6-9 oy*
B) 1-2 oy
V) 5 yildan so'ng
D) orqaga qaytmaydigan jarayon

10. Spkning nokontratseptiv afzalliklari
A) estrogen komponent yo'qligi
B) ovulyasiyani to'htatadi
V) Hayz vaqtidagi og'riq va qon miqdorini kamaytiradi*
D) qin shillig'ini quyultiradi

MavzuN10

Ayollar jinsiy a'zolarining fon va rak oldi kasalliklari. Diagnostikasi. Skrining tushunchasi. Ayollar jinsiy a'zolarining fon va rak oldi kasalliklarida hamshiralik jarayoni

Reja:

1. Ayollar jinsiy a'zolarining fon va rak oldi kasalliklari.
2. Tuxumdonning yaxshi sifatli o'smalari
3. Ayollar jinsiy a'zolarining fon va rak oldi kasalliklarida hamshiralik jarayoni

Rak oldi kasalliklari - jinsiy a'zolar epiteliysining atipik o'sishi, o'choqli noinvaziv proliferatsiyasi, hujayra atipizmi bilan xarakterlanadi.

Etiologiyasi: bu jarayon hujayralarning ikkita xususiyati orqali rivojlanishi mumkin.

1) **Ektopiya**- yassi epiteliy shikastlanishi yoki yallig'lanishi tufayli uning o'rniga servikal kanalning silindrsimon epiteliysi ko'chadi.

2) **Metoplaziya**-yassi epiteliy hujayralarining boshqa hujayraga aylanishi

Bachadon bo'yni eroziyasi «eroziya» so'zi lotin tilidan olingan bo'lib, erosio-yuza shilinish deyiladi, ya'ni epitelial qoplam butunligining buzilishidir. Eroziya aniq ajralib turadigan qizg'ish rangdagi soha bo'lib, uning quyidagi turlari farqlanadi.

Chin eroziya epitelial qoplamsiz sohalar bo'lib, qo'shuvchi to'qimasida yallig'lanish protsessi bo'ladi. Stromasi - shishli, leykotsitli, limfotsitli infiltrat, tomirlari shishgan, qon bilan to'lgan.

Psevdoeroziya – yoki eroziyaning 1- etap bitishidir. Makroskopik ko'rganda qinda qizil sohalar ko'rinadi.

Mikroskopik ko'rganda – silindrik epiteliy ko'rinadi. Psevdoeroziyaning quyidagi ko'rinishlari mavjud:

Papilyar psevdoeroziya – bunda qo'shuvchito'qimada so'rg'ichlar paydo bo'ladi.

Follikulyar psevdoeroziyada – bezlar to'qima tubigacha o'sib kiradi.

Tug'ma eroziyada – yallig'lanish protsesslari bo'lmaydi. Klinikasida qindan shilliq-yiringli oqchil ajraladi. Jinsiy hayotda yoki asboblar orqali ko'rganda kontakt qon ketishlar kuzatiladi. Diagnostikasida qin oynalarda ko'rganda juda oson qo'yiladi, unda qizargan sohalar ko'rinadi. Bundan tashqari o'sha qizargan sohadan biopsiya olib sitologik, gistologik ko'riladi va kolposkopik biopsiya o'tkaziladi.

Bachadon bo'yni polipi- bachadon bo'yni shilliq qavatining o'suvchi, oyoqchaga ega, ko'p qavatli yassi epiteliy yoki silindrsimon epiteliy bilan qoplangan hosila. Polipning quyidagi turlari bor:

-*Oddiy polip*-bezli yoki bezli-fibrozli bo'lib, proliferatsiya jarayoni kuzatilmaydi

-*Adenomatoz polip* – bezli hosila bo'lib, proliferatsiya xususiyatiga ega. Chegaralangan va tarqoq bo'lishi mumkin.

Papilloma- bachadon bo'yni sohasidagi ko'p qavatli yassi epiteliyning o'choqli ekzofit o'sishi natijasida hosil bo'ladi. Qin ko'zgusi yordamida ko'rilganda xuddi ekzofit o'smaga o'xshab ko'rinadi. Papilloma pushti yoki oq rangda bo'lib, atrofidagi to'qimalardan aniq ajralib turadi.

Rak oldi kasalliklari klinikasi:

Displaziya – hujayra normal strukturasining buzilishi bilan namoyon bo'ladi. Displaziya 40-64 % hollarda preinvaziv karsinomaga, 15% hollarda mikrokarsinomaga o'tadi. Akantoz, giperkeratoz, parakeratoz, mitotik aktivlikning oshishi, hujayra strukturasining buzilishi (yadro polimorfizmi, vakuolizatsiya) displaziyaga xos xususiyatlar hisoblanadi.

Displaziya darajalari:

I daraja- epiteliy qavatining 1/3 qismini qamrab oladi.

II daraja- epiteliy qavatining 1/3- 2/3 qismini qamrab oladi.

III daraja- epiteliy qavatining 2/3 qismidan ko'prog'ini qamrab oladi.

Leykoplakiya- ko'p qavatli yassi epiteliyning muguzlanishi yoki giperkeratozi. Makroskopik ko'rganda klitor sohasida, kichik jinsiy lablarda, ba'zan oraliq sohasida tashqi chiqaruv yo'li atrofida, shuningdek qinda va bachadon bo'ynining qin qismida har xil diametrdagi oq dog'lar bo'ladi.

Bachadon bo'yni kondilomasi- ko'p qavatli yassi epiteliyning akantoz tipdagi anomaliyasi. Etiologiyasi : genital gerpes, odam papillomasi virusi.

Eritroplakiya - bachadon bo'yni shilliq qavati diskeratozi, yupqalashishi.

Krauroz ham rak oldi kasalliklar guruhiga kirib asosan qarilik yoshida ko'p uchraydi. Makroskopik kuzatganda tashqi jinsiy a'zolar pergament bargini eslatadi. Ostium vaginae bujmaygan, skleroz va atrofiyaga uchragan bo'ladi. Katta jinsiy lablarda tuklanish yo'qoladi va rangi sut rangiga o'xshash oqish bo'libqoladi.

Bachadon adenomasi 40 yoshdan yuqori ayollarda uchraydi. Makroskopik ko'rilganda bir necha millimetrdan 5-6 sm gacha oyoqchali bachadon bo'shlig'iga qarab o'suvchi tugunlar ko'riladi. Ular bachadon tanasi va bo'ynida joylashadi.

Endometriy polipida qindan shilliqli qon aralash oqchilli ajralmalar ajraladi, asiklik hayzsiklining buzilishi, kontakt qon ketishlar kuzatiladi. Polipning nekrozi va infitsirlanishi ham uchrab turadi. Davolashda polipni qirib olinadi va gistologik tekshirishga yuborilishi kerak.

Endometriyning bezli gipertrofiyasi Organizmda esterogenlar miqdorining oshishi, uzoqvaqt davomida esterogenlarning endometriyga ta'siri va tuxumdon gormoni ta'siri natijasida kelib chiqadi. Klinikasida ko'p qon ketish kuzatiladi. Diagnostikasida usha sohadan olingan bioptat gistologik tekshiriladi.

Bachadon va bachadon bo'yni raki 40-50 yoshdan va undan katta ayollarda uchraydi. Uning ekzofitli, endofitli, aralash formalari bor. Ekzofit formasi gulli karamni eslatadi va butun qinni egallaydi. Rakning bu ko'rinishida yemirilishdan ko'ra proliferatsiya jarayonlari ustun turadi. Endofit formasi bachadon devorining ichiga qarab o'sadi va rakning bu ko'rinishida yemirilish jarayonlari ustun turadi. Bachadon bo'yni bochka ko'rinishini olib, kratersimon yaralar paydo bo'lib, bachadon bo'ynidan asiklik qon ketishlar paydo bo'ladi.

Klinikasida dastlab bemorlarni hech nima bezovta qilmaydi. Keyinchalik oqchil va kontakt qon ketishlar kuzatiladi. Suvli oqchil bu kasallikning signal simptomi hisoblanadi.

Bachadon tanasi raki 50 yoshdan katta ayollarda uchraydi. Klinikasida qon ketish, sutli, yiringli, qonchil oqchilning kelishi va og'riq (metastaz berganda)

kuzatiladi va bu holat juda sekin rivojlanadi. Bemorda shikoyatlar paydo bo'lguncha 2 yil o'tadi.

Diagnostika quyidagi usullarda olib boriladi:

- Qin oynalarida tekshirish
- Qin va to'g'ri ichak orqali tekshirish
- sitologik tekshirish (PAP, mikroskopiya, Romonovskiy-Gimza)
- Kolposkopiya (Kengaytirilgan kolposkopiya- Shilller sinamasi bilan birgalikda o'tkaziladi.)

Shiller sinamasi paxtali tampon bilan bachadon bo'yni lyugol eritmasi bilan artiladi. O'zgarmagan shilliq qavat yodning glikogen bilan birikishi natijasida to'q jigarrangga bo'yaladi. Patologik o'zgargan sohalar (psevdoerziya, leykoplakiya, giperkeratoz) rak hujayralari lyugol eritmasi bilan bo'yalmaydi va chegaralangan oq dog' ko'rinadi, xolos.

- Nishonli biopsiya
- Gistologik tekshirish

Davolash stadiyalar bo'yicha amalga oshiriladi:

I stadiyasida – kombinirlangan davo – operativ va nur terapiya o'tkaziladi.

Operativ davo – bachadon ekstirpatsiyasi, ortiqlari va regionar limfa tugunlari (iliakal, gipogastral), kichik chanoq kletchatka va qinning yuqori 1/3 qismini olib tashlash bilan amalga oshiriladi.

II-III stadiyasida – rentgen-radiyli qo'shma nur terapiyasi yuboriladi.

IV stadiyasida – faqat simptomatik davo olib boriladi.

Tuxumdonning yaxshi sifatli o'smalari.

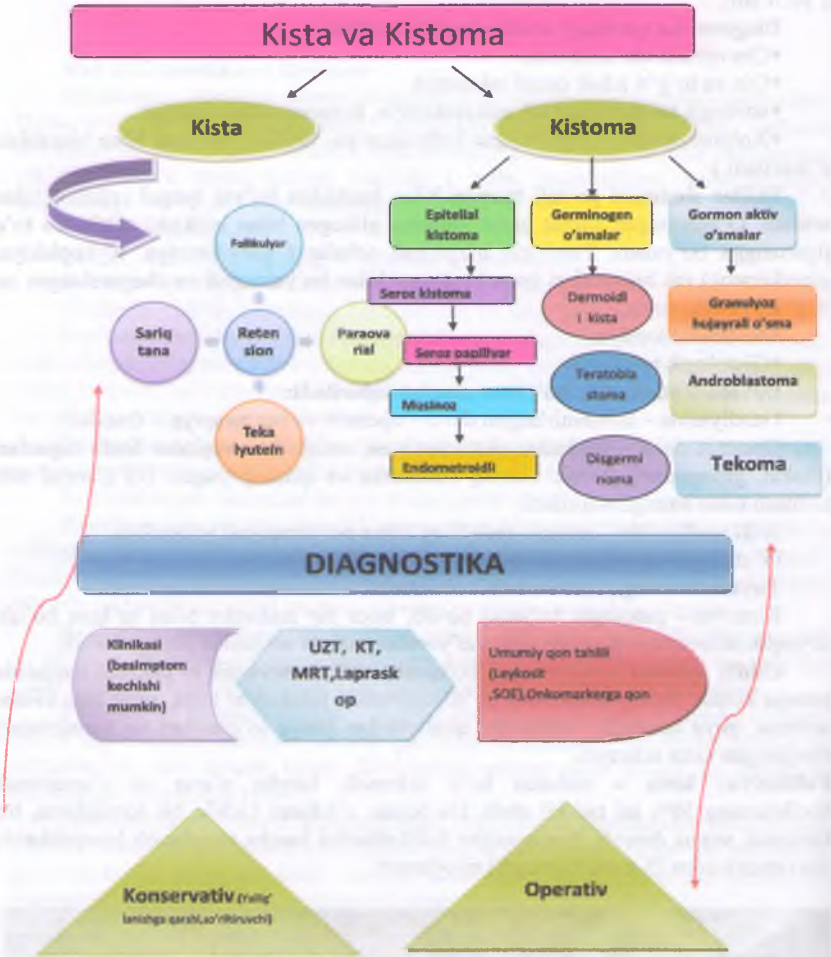
Kista bu - patologik bo'shliq bo'lib, biror bir mahsulot bilan to'lgan bo'lib, suyuqlik sekresiyasi to'xtashi yoki me'yoridan oshishi natijasida yuzaga keladi.

Oddiy kistalar oldin mavjud bo'lganbo'shliqda suyuqlik to'planishi natijasida yuzaga keladi. Tuxumdonlarning po'stloqqavatida follikulyar kista, sariq tana kistasi uchrasa, miya qavatida- embrional qoldiqlardan (miya to'qimalari va kanalchalar) rivojlangan kista uchraydi.

Follikulyar kista – nisbatan ko'p uchraydi, barcha o'sma va o'smasimon hosilalarning 30% ini tashkil etadi. Bu hosila: o'lchami kichik, bir tomonlama, bir kamerali, yupqa devorli. Yetilayotgan follikullardan barcha rivojlanish bosqichlarida yoki atreziyadan (5-6 sm diametrli) rivojlanadi.

31-rasm. Tuxumdon kistalari

4-algoritm



Sariq tana kistasi diametri 3-4 sm. dan oshmaydi, silliq yuzali va elastik konsistensiyaga ega. Bemorlar odatda shikoyat qilmaydilar va ginekologik tekshiruvlarda aniqlanadi.

Tekalyutein kistalar Trofoblastik kasallik- yelbo'g'oz va xorionepiteliomaga xos. Kistoz hosilalar ikkala tuxumdonda LG saqlovchi XG ta'sirida rivojlanadi.

Paroovarial kista Tuxumdon usti ortig'i kistalari Volfov yo'li qoldiqlaridan rivojlanadi. Paroovarial kista mahsuloti tiniq, suyuq, oqsili kam. Kistalar hajmi turlicha-bir necha sm.dan chaqaloq boshi o'lchamlaridek bo'lishi mumkin.

Tuxumdonlar o'smalari. Tuxumdonlarning epitelial yaxshi sifatli o'smalari.

Kistoma-kapsulaga ega, zich konsistensiyali,proliferatsiya hamda malignizatsiya xususiyatiga ega o'smasimon hosiladir.

Tuxumdon kistomalari 2 katta guruxga bo'linadi:

1. Seroz
2. Musinoz

Seroz kistomalar (silioepitelial kistomalar).Seroz kistomaning farqli tomoni bu qoplovchi epiteliydir. Tuzilishi jihatdan seroz kistomalar epiteliysi tuxumdonning yuza yoki nay epiteliysiga o'xshash. Barcha hollarda hilpillovchi epiteliy topiladi. Kistomalar ko'pincha bir tomonlama va bir kamerali bo'ladi. Ular kattaligi har xil: diametri bir necha sm. dan 30 sm gacha yetishi mumkin.Kistoma mahsuloti somon rangli seroz suyuqlikni tashkil etadi.

32-rasm. Oddiy seroz kista

Musinoz kistoma tuxumdonning yaxshi sifatli o'smasi bo'lib, seroz kistomaga nisbatan ko'proq uchraydi. Bu turdagi kistoma barcha yoshdagi ayollarga uchrashi mumkin. Ko'proq 50 yoshdagi ayollarda uchraydi. Bu turdagi kistoma epiteleysi bachadon bo'yni kanali epiteleysiga o'xshaydi.

Psevdamusinozli kistoma. Bu kistomalar ko'pkamerali va aylana yoki ovalsimon shaklli, yuzasi tugunsimon g'adir-budir ichida qiz kistalar joylashgan elastik konsistensiyali, ko'pincha bir tomonlama bo'ladi,o'sishi sentrafigurasimon bo'ladi. Bu o'smalar tez o'sadi va katta hajmga yetadi. Kista tarkibi shilliqsimon bo'lib, tarkibi glyukoproteidlardan iborat. Psevdomusinoz kistomasi bor bemorlar kistoma ma'lum o'lchamga yetgandan so'ng qorin pastida og'irlik hissini sezadi.

Proliferatsiyalovchi psevdomusinozli kistoma. Bunga rak oldi jarayon deb qarash mumkin. O'sma ko'p kamerali tashqi yuzasi silliq ichki tomondan so'rg'ichsimon o'sish kuzatiladi.

Tuzilishi farqlanadi:

1. Anatomik.
2. O'smaning xirurgik oyoqchasi.

Klinikasi namoyon bo'lishi ko'proq o'sma oyoqchalarining qisman yoki to'la buralishi bilan bog'liq. Kistoma oyoqchasining to'liq (180^0 dan ortiq) buralishi o'smaning qon bilan ta'minlanishi va oziqlanishining keskin buzilishiga olib keladi. Bu o'tkir qorin simptomini namoyon qilinadi.

Tuxumdon o'smalari quyidagi asoratlarga olib kelishi mumkin.

1. O'sma oyoqchalarining buralishi
2. Qobig'ining yorilishi
3. Yiringlashi

4. O'sma tarkibining siydik pufagi yoki to'g'ri ichakka yorilishi.

Tuxumdon fibromasi – yaxshi sifatli o'sma bo'lib, stroma qavatidan o'sadi. O'sma yumaloq yoki ovalsimon shaklli bo'lib, bir tomonlama yoki qattiq yuzasi silliq, tugunli bo'ladi. O'smaning rangi oq, nekroz vaqtida bo'g'iqqizil rangda bo'ladi. Fibrom 40-50 yoshdagalarda ko'proq uchraydi. Bu guruho'smalariga assitning yuzaga kelishi xarakterlil. Ba'zan tuxumdon fibromasida assit bilan birgalikda gidrotoraks va anemiya (triada Meygsa)

Tuxumdonning gormonal – aktiv o'smalari

Granulyoz hujayrali o'sma (follikuloma). Follikulaning granulyoz hujayrasidan differensiyalashgan qoldiqlaridan yuzaga keladi. O'sma gormonal aktiv xarakterga ega bo'lib, esterogen ishlab chiqaradi. O'sma sariq rangga ega. Kesmasida katakchasimon tuzilish kurinadi. O'sma o'lchami mikroskopik ko'rinishidan d=40 sm bo'lishi mumkin. Morfologik tekshirganda endometritda giperplastik jarayonlar aniqlanadi. (poliplar bezli – kistozli giperplaziya, adenomatoz). Granulyoz hujayrali o'sma yaxshi sifatli, yomon sifatli bo'lishi mumkin.Kasallikning yuzaga chiqishi giperestrogeniyani darajasi va ayolning yoshiga bog'liq. Ko'pincha qorinning pastida og'riq va kattalashuvi kuzatiladi. Qizlarda bu o'sma mavjud bo'lsa, jinsiy yetilishning ertaligi, bachadon qon ketishlari, ikkilamchi jinsiy belgilarining barvaqt yuzaga kelishi (qov usti va qo'ltiq ostida tuklarning o'sishi, sut bezlarining kattalashuvi) kuzatiladi.

Tekoma (Tekoxujayrali o'sma). Tuxumdonning teka to'qimasidan yuzaga keladi va esterogen ishlab chiqaruvchi o'smalar qatoriga kiradi. Tekoma qari kishilarda (60 yosh va undan yuqori) uchraydi. O'sma asosan bir tomonlama bo'ladi. O'lchami kichkina o'lchamda, chaqaloq boshicha bo'ladi. O'smaning shakli aylana ovalsimon, qattiq konsistensiyali bo'ladi. Bu o'sma uchun xarakterli assit, qaysikim yomon sifatli va yaxshi sifatli ko'rinishda ham yuzaga keladi. Yomon sifatli kechishi yoshlarda uchraydi.

Androblastoma (adenoblastoma) – testosteron ishlab chiqaruvchi sertoli va leydig hujayralardan rivojlanadi va maskulinizatsiyalash xususiyatiga ega. Reproduktiv yoshdagi ayollarda kasallik boshlanganda hayz kamayib borib, so'ng amenoreya yuzaga keladi. Bir vaqtning o'zida ko'krak bezlarining, bachadonning atrofiyasi, bepushtlik, girsutizm, ovozning dag'allashishi, klitorning gipertrofiyasi va boshqalar yuzaga keladi. Bular bir necha yil davomida yuzaga keladi, gohida esa bir necha oy davomida. Ginekologik ko'rikda bir tomonlama, yumaloq, oyoqchali, harakatchan, o'lchami 30 smgacha bo'lgan hosilani aniqlash mumkin.

Brenner o'smasi. Kam uchrab.ko'pincha bir tomonlama, odam boshicha keladi. Tarkibi tolasimon fibromadek, oq kulrangsimon rangda ba'zida sarg'imtir bo'ladi. Yoshlarda hayz siklining buzilishi kuzatiladi. Qariyalarda metrorragiya, barcha yoshlarda girsutizm.

Germinogen o'smalar.

Dermoid kista. Kista sekin o'sadi. Juda kattalashmaydi, palpatsiyada elastik konsistensiya qaysikim keyinchalik qattiq konsistensiya bilan almashinadi. Dermoid kistaning tarkibida yog', soch tolalari, ko'zning boshlang'ich hosilasi bo'ladi. Ichki

yuzasi silliq, ma'lum joyida parenximatoz dumboqcha kuzatilib, ba'zida yetilgan to'qima va rudiment organlar tish, suyak va h.k bo'ladi.

Tuxumdon teratoblastomasi. Bolalar va o'smirlarda ko`proq uchraydi. Teratoblastoma qon tomirlar bilan juda ko'p ta'minlangani tufayli o'sma qobig'i ostida tez-tez qon quyilishlar uchrab turadi. Kichik chanoq palpatsiyasida harakatchan o'smasimon hosila aniqlanadi. Ba'zida o'sma oyoqchalarining buralishida o'sma qobig'i yorilishi mumkin.

Disgerminoma – Embrional rivojlanish davridan saqlangan diffirensirlanmagan gonodalar elementidan xosil bo`lgan xavfli o'sma. O'sma 30 yoshgacha bo'lgan infantil ayollarda uchraydi. Ko'pchilik bemorlarda oz miqdorda, doimiy bo'lgan hayz sikli kuzatiladi. Ginekologik ko'rikda bir tomonlama, harakatchan, qattiq konsistensiyali, tugunsimon yuzali hosila aniqlanadi. Disgerminoma tez o`sib, limfatik yo'llar orqali ko'krak qafasidagi organlarga metastaz beradi.

Ayollar jinsiy a'zolarining fon va rak oldi kasalliklarida hamshiralik jarayoni SITOLOGIK TEKSHIRISH.

Qindan olingan saqlanmani buyum oynasiga olib, efir spirtli aralashma bilan fiksatsiya qilinib, gemotoksimin (15 min), 1 % eozinning suvli eritmasi bilan 2-3 minut bo`yaladi va quritiladi. Mikroskop ostida ko`rganda aniqlanadi:

1.Shoxlanuvchi hujayralar katta o`lchamli, protoplazmasi kuchsiz bo`yalib, piknotik yadrosi bo`ladi. Bu tipdagi hujayralar tuxumdon siklining follikulyar fazasiga xarakterli.

2. Oraliq hujayralar o`rta o`lchamli, yadrosi shoxlanuvchi hujayralarga nisbatan katta. Hayz siklining barcha fazalarida, ayniqsa, lyutein fazada kuzatiladi.

3. Bazal yoki atrofik hujayralar kichik o`lchamli yadrosi oraliq hujayraga nisbatan katta bo`lib, menopauza davrida va tuxumdonlarning yaqqol gipofunksiyasida kuzatiladi.

Sitologik klassifikatsiya (Pap-test)

1-sinf- atipik hujayra yo'q, sitologiyasi normal

2-sinf- yallig'lanishga bog'liq hujayra elementlarining o'zgarishi

3-sinf- yagona hujayrada yadro va sitoplazma o'zgarishi

4-sinf- alohida hujayralarda yadro kattalashgan bazofil sitoplazma, atipik hujayra

5-sinf- ko'p sonli atipik hujayralar.

Mavzu bo'yicha savollar

1.Bachadon bo'yni va tanasining rak oldi kasalliklariga qaysi kasalliklar kiradi?

2.Bachadon eroziyasi klinik turlarini ayting

3. Leykoplakiya davolash usullarini ayting

4. Bachadon bo'yni va tanasining rak oldi kasalliklarini diagnostikasini ayting.

5. Bachadon tanasining rak kasalligini klinik belgilari nimalardan iborat?

Vaziyatli masalalar

Bemor 48 yoshda jinsiy yo'llardan qon kelishi bilan shikoyat qilib keldi. Hayzi 6 kun kech keldi. Keyingi 2 yilda hayzi 4-5 kun kechikib keladigan bo'lgan. 2 marta asiklik qon ketgan, gistologik tekshirishda endometriy polipi topilgan.

RV: jinsiy organlar to'g'ri rivojlangan. bachadon bo'ynisilindrik shaklda. Bachadon 6 haftagacha kattalashgan qattiq, og'riqsiz. Bachadon ortiqlari o'zgarishsiz. Gumbazlarda infiltrat yo'q. Ajralmalar qonli.

1. Qanday tahliliy tashxis qo'yish mumkin
2. Kerakli bo'lgan asosiy diagnostik usul
3. Davosi nima
4. Qanday gormonlar ishlatiladi

Mavzu bo'yicha test savollar

1. Bachadon bo'ynirakining 1 darajasida davolash usuli:
a) *operativ
b) Ximioterapiya
c) Nurli
d) Gormonal

2. Endometriy giperplaziyasining nechta darajasini bilasiz
a) *5
b) 7
c) 4
d) 2

3. Bachadon tana rakining nechta darajasini bilasiz
a) *4
b) 2
c) 3
d) 5

4. Bachadon bo'yni poliplarini qaysi yoshda ko'proq uchraydi
a) *40 yoshda va undan kattalar
b) 25 yoshda va undan kichik
c) 20 yoshgacha
d) 35 yoshda

5. Endometriy giperplaziyasi necha protsent rak holatida o'tadi
a) *45%
b) 70%
c) 1,5%
d) 10%

6. Bachadon tana raki qaysi yoshda ko'proq uchraydi
a) *40 yoshgacha
b) 30-35 yoshda
c) 21-29 yoshda
d) 50 yoshda va undan kattalarda

7. Bachadon bo'ynirakining nechta turi bor
a) *3
b) 4
c) 7
d) 2

8. Bachadon bo'yni preinvaziv raki qaysi stadiyasiga kiradi
a)*3 st
b)4 st
c)5 st
d)1 st

9. Bachadon tana rakining bo'yniga o'tishi bachadon tana rakining nechanchi darajasiga kiradi
a) *2
b) 1
c) 3
d) 4

10. Qinning pastki qismida o'tish bachadon bo'ynirakining nechanchi darajasiga to'g'ri keladi
a) *1
b) 3
c) 2
d) 4

Mavzu№11

Oilani tabiiy rejalashtirish bo'yicha va reproduktiv sog'liqni saqlashni muhofazalashda maslahat o'tkazish.

Reja:

1. Reproduktiv tizim haqida tushuncha
2. Reproduktiv tizim muhofazasi
3. Oilani rejalashtirish tamoyillari
4. Maslahatlash turlari

Reproduktiv salomatlik (RS) – bu reproduktiv tizim va uning faoliyatiga bog'liq barcha masalalar borasida faqat kasallik va kamchiliklar yo'qligibo'libgina qolmay, balki to'liq jismoniy, aqliy va ijtimoiy muvaffaqiyatlar holati haindir.

RS statistikasida xavfli ko'rsatkichlardan biri bo'lib onalar o'limi – homilador bo'lgandan boshlab tug'ruqdan keyin 40 kun davomida hisoblanadi.

Onalar o'limi sabablari ko'p bo'lib, JSSV statistikasi bo'yicha ko'pchilik davlatlarda onalar o'limining quyidagi sabablari uchramoqda.

Onalar o'limi sabablari (JSST).

- Qon ketish
- Gipertenziya (gestoz)
- Septik holatlar
- Patologik tug'ruq
- Asoratlangan abortlar

JSST ma'lumotlari bo'yicha:

RS asoslari

Onalar o'limi >35 yoshdan kattalarda yoshlarga nisbatan 5 marta yuqori.

. Intergenetik interval taxminan 30 %

. Tug'ruq soni = abort soniga teng

. EGK fertil yoshdagilarda taxminan 60 – 70 %

RS muhofazasi – bu bir qator muammolarni o'z ichiga oluvchi tibbiy-ijtimoiy tadbirlar kompleksidir.

RS muhofazasi quyidagilarni o'z ichigi oladi:

- Konsultatsiya-informatsiya, homilador, tug'ruqdagi va tuqqan ayollarga xizmat ko'rsatish
- Ko'krak suti bilan oziqlantirish
- Ona va bola salomatligini muhofaza qilish
- Bepushtlikni oldini olish va davolash
- Jinsiy yo'l bilan yuquvchi kasalliklarni oldini olish
- Jinsiy hayot gigiyenasi
- O'z RSga mas'uliyat sezish

1952 yilda Bombeyda oilani rejalashtirish Xalqaro federatsiyasining birinchi yig'ilishi (XFBY) bo'lib o'tdi, unda oilani rejalashtirish (OR) tushunchasi kiritildi.

Oilani rejalashtirish (OR) – er-xotin juftligining bolalar soni va ularning tug'ilish vaqtini o'zlari erkin tanlashlari va bularni o'z xohlagan vaqtda bo'lish usullari to'g'risidagi ma'lumotga ega bo'lishlaridir.

Shu yerda ORning 5 prinsipi ishlab chiqilgan.

OR tamoyillari:

- < 19 yoshdan kichiklarga tug'maslik
- 35 yoshdan kattalarga tug'maslik
- Intergenetik interval 2,5 – 3 yil bo'lishi
- Tug'ruq sonini kamaytirish
- EGKli ayollar tug'ishini oldini olish

Turli davlatlar va xalqaro birlashmalar malakasiga ko'ra, O'zbekistondagi tibbiyot xodimlari aholini tibbiy tarbiyalash va kontraseptiv texnologiyalarni yaxshilashni o'z oldilariga vazifa qilib qo'yishlari kerak.

Bizning ishlash prinsiplarimiz quyidagicha:

- Erta tug'ma
- Kech tug'ma
- Kasal bo'lsang tug'ma
- Ko'p tug'ma
- Tez tug'ma

TUG'MA tavsiyasi fertil yoshdagi ayollar sog'lig'ini muhofazalash va sog'lomlashtirishdan iborat.

Maslahatlash - insonga shaxsiy suhbat davomida yordam ko'rsatishdir. Agar siz mijozga biror bir masalani yechishga va qaror qabul qilishga yordam bersangiz., demak siz bu odamga maslahatlash o'tkazgan bo'lasiz.

Maslahatlash turlari:

Etaplar bo'yicha -

1. Birlamchi- (hamma turdagi kontratseptivlar bo'yicha boshlang'ich maslahat.)
2. Ikkilamchi (aniq tanlangan kontratsepsiya turi bo'yicha)
3. Kelgusi tashriflar vaqtida maslahat olib borish.

Hajmi bo'yicha –

1. Ommaviy axborot vositalari (televideniya, radio, ro'znomalar)
2. Simpoziumlar,majlislar,seminarlar
3. Maqsadli guruhlar (mahallalar, poliklinikalar)
4. Individual maslahatlash

Oilani rejalashtirishda oliy malakali hamshiraning roli

Maslahatlashda ko'pincha 6 qadamni ajratish mumkin. «QUTQAR» yoki «yordam ber» («POMOGI») so'zidagi har bir harf bu elementlardan birini tashkil etadi.

Q – qabul qilish – 80% muvaffaqiyat garovi

U – uning muammosi va ehtiyoji to'g'risida so'rab surishtirish

T – turli kontrasepsiya usullari haqida ma'lumot

Q – qaysi usulni tanlaysiz

A – asosiysi usuldan qanday foydalaniladi

R- rejali qayta ko'rikka kelish to'g'risida ma'lumot.

Nazorat uchun savollar:

1. Reproduktiv salomatlik haqida tushuncha
2. Reproduktiv salomatlikni muhofaza qilish haqida

3. Sog'lom oilani shakllantirish bo'yicha JSSTning prinsiplari
4. Maslahatlashning hajmi va etaplari bo'yicha qaysi turlarini bilasiz.
5. Oila rejalashtirishning onaga qanday foydasi bor?

Vaziyatli masala №1.

Aziza, 30 yoshda, turmush qurgan, 2 farzandi o'g'il va qizi bor. Birinchi homiladorligi bola tashlash bilan yakunlangan, lekin qolgani normal kechgan. Hozir u sog'lom, hayz funksiyasi regulyar, hozir u homilador bo'lishni xohlamaydi. Aziza kontratseptiv vositalari haqida dugonalaridan eshitgan. Bu ma'lumotlar ichida noto'g'ri fikrlar ko'p (sterilizatsiyadan so'ng mehnat faoliyatining buzilishi BIV organizm bo'ylab harakatlanadi, gormonal tabletkalar ichgan vaqtda ayol o'zini yomon his qilishi) Azizada shubha va savollar tug'ildi.

Savol:

1. Aziza bilan boshlang'ich maslahatni olib borish
2. Uning barcha savol va shubhalariga javob berish

Testlar:

1.Reproduktiv sog'lik konsepsiyasi:
A. Reproduktiv sog'liqni muhofaza qilish fertillik davrida parvarish qilishni o'z ichiga oladi.
B. Reproduktiv sog'liq kontratseptivlarni to'g'ri qo'llash yo'li bilan ta'minlanadi.
C. Reproduktiv sog'lik butun hayot sikli davomida parvarish qilish yo'li bilan ta'minlanadi.
D. Reproduktiv sog'lik tug'ilishni chegaralashni tavsiya etadi.

2. Reproduktiv sog'liqni muhofaza qilishga yo'naltirilgan tadbirlar:
A) Ona va bola sog'lig'ini yaxshilaydi.
B) JYOYKlarning oldini oladi.
V) Fertil yoshdagi ayollar o'rtasidagi jinsiy a'zolar kasalliklarini kamaytiradi.
G) yuqoridagilarning hammasi.*

3. Mijoz uchun oilani rejalashtirish usulini kim tanlaydi.
A) tibbiy xodim

6. Ikkilamchi maslahatlash elementlariga nima kiradi:
A)konkret tanlangan usul bo'yicha to'liq ma'lumot*
B)hamma kontratsepsiya usullarini asoratlari haqida ma'lumot
V) kontratsepsiya usullarini tavsiya etish
G) hamma kontratsepsiya usullarito'g'risidama'lumot

7. Reproduktiv salomatlikni muhofaza qilish o'z ichiga oladi:
A) Maslahatlash
B) Ko'krak bilan oziqlantirish.
V) Bepushtlikni profilaktikasi va davolash.
D) Abortlarni tavsiya etish*

8Oila rejalashtirish prinsipidanbiri
A) tug'ruqni ko'paytirish
B)abortlarni ko'paytirish.
V) 2 va undan ortiq bolali ayollarga

B) Mijozning o'zi*
V)Mijozning oila a'zolari
G) yuqoridagilarning hammasi

4.Oilani rejalashtirish uchun qo'llaniladigan kontratsepsiyaning qaysi usuli anemiya rivojlantirish xavfini kamaytiradi.
A)spermitsidlar
B)BIVlar
V)SPK*
D)Prezervativlar

5. Kontrasepsiya haqida ma'lumot olgan mijozlar kontratsepsiya usulini tanlaydi
A) Mijozning o'zi*
B) Maslahatchi
V) Mijozning oila a'zolari
G) Hammasi

IXS ni o'tkazish
D)Intergenetik intervalni 2,5-3 yilga saqlash.*

9. Maslahatlash ning turlari, quyidagidan tashqari-
A) ko'p ma'lumotlardan foydalanish
B)simpoziumlar, seminarlar
V)Maqsadga qaratilgan guruxlar
D)har bir oilaning uyida maslaxatni o'tkazish

10. Oilani rejalashtirish prinsiplari:
A) 19 yoshgacha tug'
B) 35 yoshdan keyin tug'ma*
V) EGK bilan ayollarni homiladorlikdan saqlash*
D) 2 boladan boshqa tug'ma.

Ginekologiyada klinik protokollar (2017)
Statsionarda ginekologik kasalli avollarni olib borish standartlari

Nazologik kod MKB-10 da	Simptomlar	Operatsiyadan oldingi tayyorgarlik va diagnostik tekshirishlar hajmi	Davolash va reabilitatsiya
Bachadon nayi va tuxumdonlar absessi (tuboovarial)№ 70	-Qorinning pastki sohasida og'riq - Intoksikatsiya simptomlari	-Anamnez -umumiy ko'rik -ginekologik ko'rik -Umumiy qon tahlili -Gepatit C, RW, HbAg, OIV -Qon guruhi, Rh omil -Ajralma tahlili -Ajralmaning bakteriologik tahlili -qonning biokimyoviy tahlili -koagulogramma -qondagi glyukoza miqdori -kichik chanoq a'zolari UTT si -EKG -ko`krak qafasi rentgenogrammasi -xirurg, terapevt, anesteziolog maslahati	Laporatomiya yoki laporaskopiya: bachadonni zararlangan sohasini yoki absessni olib tashlash, qorin bo'shlig'ini drenajlash. Keng qamrovdagi antibiotiklar bilan antibacterial terapiya. Reabilitatsiya:fiziotera piya
O'tkir salpingit va oforit №70.0	Bel va qorinning pastki sohasidagi og'riq -tana haroratining oshishi, umumiy holsizlik, menometrorag iya menstrual siklning buzilishi, dismenariya. -psixoemotsion al buzilishlar. -libidoning o'zgarishi, anorgazmiya, vaginizm, dispareuniya -siydikni tuta olmaslik -ajralma: ko'p hollarda shilliq-yiringli, shilliq	-Anamnez -umumiy ko'rig -ginekologik ko'rig -umumiy qon tahlili -umumiy siydik tahlili -ajralma tahlili -ajralmaning bakteriologik tekshiruvi antibiotiklarga -biokimyoviy qon tahlili -koagulogramma -(C) reaktiv oqsil -kichik chanoq a'zolari UTT si -termometriya	Konservativ terapiya Antibacterial davo Tavsiya qilingan rejim . ftorxinolin 2-3 avlod+metronidazole 500mg 1sutkada 3mahal .amoksitsilin\klavulant 1.2 g har 8-12 soatda (tomir ichiga astalik bilan inneksiya qilish yoki tomchilatib 30-40 min)+doksatsilin 100mg 1sutkada 2mahal (per os) .linkozamid (klindomitsin yoki linkomitsin)+aminogli kozidlar (yuqori dozada gentamitsin 2mg\kg, keyin 1.5mg\kg 1sutkada 3mahal, ba'zi hollarda sutkalik dozani kamaytirish mumkin) va metronidazole -infuzion terapiya (ko'rsatmaga qarab) -antigistamin preparatlar -NPVP

			Reabilitatsiya: fizioterapiya
Ayollarda chanoq bo'shlig'idagi o'tkir peritonit (Pelvioperiton it) №73.3	-qorinning pastki qismida kuchli og'riq -qorinning ta'sirlanish simptomi -jinsiy a'zolardan yiringli ajralmaning kelishi -intoksikatsiya belgilari	-Anamnez -Umumiy ko'zdan kechirish -Ginekologik ko'rik -Umumiy qon tahlili -Umumiy siydik tahlili -Ajralma tahlili -ajralmaning antibiotiklarga chidamliligini bakteriologik tekshirish -Kichik chanoq a'zolarining UTTsi -Termometriya -(C) reaktiv oqsil -Qonning biokimyoviy tahlili -Koagulogramma -Xirurg maslahati	.Konservativ davo: Antibakterial davo (ikki xildan kam bo'lmagan antibiotiklar bilan.) -antigistamin preparatlari -dezintoksikatsion terapiya -NPVP -Infuzionnaya terapiya Davo samarasiz bo'lmaganda-xirurgik davo: laporatomiya yoki laporaskopiya -qorin bo'shlig'ini drenajlash va sanatsiya qilish Reabilitatsiay: fizioterapiya
Bartolin bezlarining kistasi №75.0	-katta va kichik lablar sohasidagi og'riq -tug'ruq hissi -jinsiy yaqinlikdagi diskomfort	-Anamnez -Umumiy ko'zdan kechirish -Ginekologik ko'rik -Umumiy qon tahlili -Umumiy siydik tahlili -Ajralma tahlili -Ajralmaning bakteriologik tahlili -Gepatit C, RW, HbAg, OIV -Qon guruhi, Rh omil -Koagullogramma -EKG -Anesteziolog maslahati	Xirurgik davo: -kimyoviy preparatlar bilan kista kapsulasini koagulyatsiya qilish va bartolini kistalarini ochib olib tashlash
Bartolini bezlari absessi №75.1	-oraliq sohasiga irradiatsiyalanuvchi kata va kichik lablar sohasidagi pulsatsiyalanuvchi og'riq -jinsiy yaqinlikdagi discomfort -intoksikatsiya belgilari	-Anamnez -Umumiy ko'zdan kechirish -Ginekologik ko'rik -Umumiy qon tahlili -Umumiy siydik tahlili -Ajralma tahlili -Ajralmaning bakteriologik tahlili -Gepatit C, RW, HbAg, OIV -Qon guruhi, Rh omil -Koagullogramma -EKG -Anesteziolog maslahati	-Xirurgik davo: absessi drenajlash va ochish -Antibakterial davo -Antigistamin preparatlari -NPVS
Bachadon endometpioz№ 80.0	Asosiy belgilar: hayz siklıga bog'liq	-Anamnez -Umumiy ko'zdan kechirish -Ginekologik ko'rik	Xirurgik davo: -endometriodli o'choqlarni

	qorinning pastki sohasidagi og'riq. -dismennoreya -disuriya -dispaneuriya -disxeziya(defekatsiya aktining qiyinlashuvi) -surunkali chanoqdagi og'riq. -Hayz sikli funksiyasining buzilishi: -kuchayib boruvchi algodismenoreya -menometroragiya -aloqa mahalidagi qonli ajralma, hayz sikli va hayz siklidan keyingi qonli ajralma -chanoq a'zolari funksiyasining buzilishi -repraduksiyaning buzilishi-bola tashlash yoki bepushtlik	-Umumiy qon tahlili -Umumiy siydik tahlili -Ajralma tahlili -Ajralmaning bakteriologik tahlili -Gepatit C, RW, HbAg, OIV -Qon guruhi, Rh omil -Koagullogramma -Qondagi qand miqdori -Kichik chanoq bo'shlig'I a'zloraning UTTsi -EKG, EXO-KG -Ko'krak qafasining rentgen tasviri -doplerometriya -onkolog va xirurg ko'rsatmasiga ko'ra terapevt va anesteziolog maslahati	gisteroskopiya bilan koagulyatsiya qilish -laporatomiya yoki laporaskopiya -total gisteroektomiya -servikal kanalni ochish bilan subtotal gisterektamiya -ambulator sharoitda konservativ davo -NPVP Reabilitatsiya: poliklinikalardagi standartga qralsin
Tuxumdonlar endometriozi №80.1	-har xil intensivlikda chanoqdagi og'riqlar -dispareuniya -hayz siklining buzilishi -bepushtlik	-Anamnez -Umumiy Ko'zdan Kechirish -Ginekologik Ko'rik -Umumiy Qon Tahlili -Umumiy Siydik Tahlili -Ajralma Tahlili -Ajralmaning Bakteriologik Tahlili -Gepatit C, Rw, Hbag, Oiv -Qon Guruhi, Rh Omil	Xirurgik davo: Laporaskopiya yoki laporatomiya: -tuxumdom kistalarini burash, tuxumdonlar rezeksiyasi -endometrioz o'choqlarining termokoagulyatsiyasi

		-Koagullogramma -Qondagi Qand Miqdori -Qonning Biokimyoviy Tahlili -Onkomarkerlar (CA 125, HE-4) -kichik chanoq a'zolarining UTT si -EKG, EXO-KG -ko'krak qafasining rentgenografiyasi -onkolog, terapevt, anesteziolog maslahati	Reabilitatsiya:poliklinikalardagi standartga qaralsin
Sistoseli № 81.1	-siydikni tuta olmaslik, kam miqdorda siyish -jinsiy a'loqa paytida og'riqlar yoki noxushlik xissi -oraliq sohasida yot jism va og'irlik xissi	-Anamnez -Umumiy Ko'zdan Kechirish -Ginekologik Ko'rik -Umumiy Qon Tahlili -Umumiy Siydik Tahlili -Ajralma Tahlili -Ajralmaning Bakteriologik Tahlili -Gepatit C, Rw, Hbag, Oiv -Qon Guruhi, Rh Omil -Koagullogramma -Qondagi Qand Miqdori -Qonning Biokimyoviy Tahlili -Onkomarkerlar (CA 125, HE-4) -kichik chanoq a'zolarining UTT si -EKG, EXO-KG -ko'krak qafasining rentgenografiyasi -kolposkopiya, RAR-surtmasi -doplerometriya n/k (ko'rsatma bilan)	Xirurgik davo: -siydik qopi va siydik yo'lini fassiyaga mustahkamlash old kolporafiyasi bilan
Qin va bachadonning qisman tushishi (bachadon bo'ynining tushishi, qinning tushishi 1-2 darajasi) 81.2	-bel va qorin pastki sohasidagi og'riq -qo'shni a'zolar funksiyasining buzilishi oraliq sohasida og'irlik hissining bo'lishi	-Anamnez -Umumiy Ko'zdan Kechirish -Ginekologik Ko'rik -Umumiy Qon Tahlili -Umumiy Siydik Tahlili -Ajralma Tahlili -Ajralmaning Bakteriologik Tahlili -Gepatit C, Rw, Hbag, Oiv -Qon Guruhi, Rh Omil -Koagullogramma -Qondagi Qand Miqdori -Qonning Biokimyoviy Tahlili -Onkomarkerlar (CA 125, HE-4) -kichik chanoq a'zolarining UTT si -EKG, EXO-KG -ko'krak qafasining rentgenografiyasi -kolposkopiya, RAR-surtmasi -doplerometriya n/k (ko'rsatma bilan) -anesteziolog va terapevt maslahati	Xirurgik davo: -siydik qopi va siydik yo'lini fassiyaga mustahkamlash old kolporafiyasi bilan, orqa kolpoperiniolevatorplastika -kerak bo'lganda ventrofiksatsiya

Qin va bachadonning to'la tushishi 81.3	-bel va qorinning pastki sohasida og'riq -qo'shni a'zolar funksiyasining buzilishi -jinsiy a'zolar sohasida og'irlik xissining bo'lishi	-Anamnez -Umumiy Ko'zdan Kechirish -Ginekologik Ko'rik -Umumiy Qon Tahlili -Umumiy Siydik Tahlili -Ajralma Tahlili -Ajralmaning Bakteriologik Tahlili -Gepatit C, Rw, Hbag, Oiv -Qon Guruhi, Rh Omil -Koagullogramma -Qondagi Qand Miqdori -Qonning Biokimyoviy Tahlili -Onkomarkerlar (CA 125, HE-4) -kichik chanoq a'zolarining UTT si -EKG, EXO-KG -ko'krak qafasining rentgenografiyasi -kolposkopiya, RAR-surtmasi -doplerometriya n/k (ko'rsatma bilan) -anesteziolog va terapevt maslahati	-konservativ davo: Mahalliy estrogenlar, qin sohasiga plastic halqalar yoki pessari qo'yish xirurgik davo: -qin gisterektomiyasi, -siydik qopi va siydik yo'lini fassiyaga mustahkamlash old kolporafiyasi bilan, orqa kolpoperiniolevatorplastika
Rektoselli 81.6	Jinsiy a'loqa paytida og'riqlar yoki noxushlik xissining bo'lishi Defekatsiya akti mahalida qiyinchilik	-Anamnez -Umumiy Ko'zdan Kechirish -Ginekologik Ko'rik -Umumiy Qon Tahlili -Umumiy Siydik Tahlili -Ajralma Tahlili -Ajralmaning Bakteriologik Tahlili -Gepatit C, Rw, Hbag, Oiv -Qon Guruhi, Rh Omil -Koagullogramma -Qondagi Qand Miqdori -Qonning Biokimyoviy Tahlili -Onkomarkerlar (CA 125, HE-4) -kichik chanoq a'zolarining UTT si -EKG, EXO-KG -ko'krak qafasining rentgenografiyasi -kolposkopiya, RAR-surtmasi -doplerometriya n/k (ko'rsatma bilan) -anesteziolog va terapevt, proktolog maslahati	Xirurgik davo; -kolpopernioraфiya levatoroplastika bilan
Gematokolpos (qizlik pardasining zararlanishi bilan) 89.7	-hayz sikliga bog'liq tarqaluvchi qorin pastki sohasidagi og'riqlar	-Anamnez -Umumiy Ko'zdan Kechirish -Ginekologik Ko'rik -Umumiy Qon Tahlili -Umumiy Siydik Tahlili -Ajralma Tahlili -Ajralmaning Bakteriologik Tahlili -Gepatit C, Rw, Hbag, Oiv	Xirurgik davo: -qin sohasini drenajlash, jarohat atroflarini tikish, gematokolposni bo'shatish va qizlik pardasini ochish

		-Qon Guruhi, Rh Omil -Koagullogramma -Qondagi Qand Miqdori -Qonning Biokimyoviy Tahlili -Onkomarkerlar (CA 125, HE-4) -kichik chanoq a'zolarining UTT si -EKG, EXO-KG -ko'krak qafasining rentgenografiyasi -kolposkopiya, RAR-surtmasi -doplerometriya n/k (ko'rsatma bilan) -anesteziolog va terapevt maslahati	
Tuxumdonlarning follikulyar kistasi 83.0 Tuxumdoonlar sariq tanasidagi kistalar83.1	Simptomsiz kechishi ham mumkin, qorin pastki simillovchi og'riq, hayz siklining buzilishi. Asorat berganda kelib chiqadigan shikoyatlar: kapsulaning yorilishi, yiringli va zararlangan kapsula (qattiq qorin)	-Anamnez -Umumiy Ko'zdan Kechirish -Ginekologik Ko'rik -Umumiy Qon Tahlili -Umumiy Siydik Tahlili -Ajralma Tahlili -Ajralmaning Bakteriologik Tahlili -Gepatit C, Rw, Hbag, Oiv -Qon Guruhi, Rh Omil -Koagullogramma -Qondagi Qand Miqdori -Qonning Biokimyoviy Tahlili -Onkomarkerlar (CA 125, HE-4) -kichik chanoq a'zolarining UTT si -EKG, EXO-KG -ko'krak qafasining rentgenografiyasi -kolposkopiya, RAR-surtmasi -doplerometriya n/k (ko'rsatma bilan) -anesteziolog va terapevt maslahati	-tuxumdon kistasi kapsulasini laparoskop yordamida ochish, kista kapsulasini tekshiruv orqali olib tashlash -reabilitatsiya: KOK 3-6 oyligida
Tuxumdonlar polikistozi E28.2	Hayz siklining buzilishi. Anovulyator bepushtlik	-Anamnez -Umumiy Ko'zdan Kechirish -Ginekologik Ko'rik -Umumiy Qon Tahlili -Umumiy Siydik Tahlili -Ajralma Tahlili -Ajralmaning Bakteriologik Tahlili -Gepatit C, Rw, Hbag, Oiv -Qon Guruhi, Rh Omil -Koagullogramma -Qondagi Qand Miqdori -Qonning Biokimyoviy Tahlili -Onkomarkerlar (CA 125, HE-4) -kichik chanoq a'zolarining UTT si -EKG, EXO-KG -ko'krak qafasining rentgenografiyasi -kolposkopiya, RAR-surtmasi	Xirurgik davo: Laparoskop yordamida: -tuxumdonlar kauterizatsiyasi -tuxumdonlar drilling Reabilitatsiya: poliklinikada yuritiladigan standartga qaralsin

		-doplerometriya n/k (ko'rsatma bilan) -anesteziolog va terapevt maslahati	
Keng birikmali embrional kista (parovarial kista) Q50.5	Bola tashlash, bepushtlik	-Anamnez -Umumiy Ko'zdan Kechirish -Ginekologik Ko'rik -Umumiy Qon Tahlili -Umumiy Siydik Tahlili -Ajralma Tahlili -Ajralmaning Bakteriologik Tahlili -Gepatit C, Rw, Hbag, Oiv -Qon Guruhi, Rh Omil -Koagullogramma -Qondagi Qand Miqdori -Qonning Biokimyoviy Tahlili -Onkomarkerlar (CA 125, HE-4) -kichik chanoq a'zolarining UTT si -EKG, EXO-KG -ko'krak qafasining rentgenografiyasi -kolposkopiya, PAP-surtmasi -doplerometriya n/k (ko'rsatma bilan) -anesteziolog va terapevt maslahati	Xirurgik davo: Laparoskop orqali -paraovarial kistaning kapsulasini ochish
Tuxumdon yaxshi sifatli o'smasi D 27.1	-hayz sikliga bog'liq bo'lmagan cho'ziluvchi bir tomonlama qorinning pastki sohasiga tarqaluvchi og'riq. -hayz siklining buzilishi -bepushtlik -pollakiuriya va meteorizm -qorin o'lchamlarining kattalashuvi. Asoratlari -o'tkir qorin simptomlari, o'smaning aylanishi, tomirlarni qisilishi, ishemiya va nekroz.	-Anamnez -Umumiy Ko'zdan Kechirish -Ginekologik Ko'rik -Umumiy Qon Tahlili -Umumiy Siydik Tahlili -Ajralma Tahlili -Ajralmaning Bakteriologik Tahlili -Gepatit C, Rw, Hbag, Oiv -Qon Guruhi, Rh Omil -Koagullogramma -Qondagi Qand Miqdori -Qonning Biokimyoviy Tahlili -Onkomarkerlar (CA 125, HE-4) -kichik chanoq a'zolarining UTT si -EKG, EXO-KG -ko'krak qafasining rentgenografiyasi -kolposkopiya, RAR-surtmasi -doplerometriya n/k (ko'rsatma bilan) -anesteziolog va terapevt maslahati	Xirurgik davo. Laparatomiya yoki laparoskopiya: -sistektomiya Reabilitatsiya: poliklinikada yuritiladigan standartga qaralsin

	Belgilarsiz kechadigan turi		
Bachadon tanasi poliplari 84.0	Hayz siklidan oldin yoki hayz sikli mahalida qonli ajralmalar -bepushtlik -metroragiya	-Anamnez -Umumiy Ko'zdan Kechirish -Ginekologik Ko'rik -Umumiy Qon Tahlili -Umumiy Siydik Tahlili -Ajralma Tahlili -Ajralmaning Bakteriologik Tahlili -Gepatit C, Rw, Hbag, Oiv -Qon Guruhi, Rh Omil -Koagullogramma -Qondagi Qand Miqdori -Qonning Biokimyoviy Tahlili -Onkomarkerlar (CA 125, HE-4) -kichik chanoq a'zolarining UTT si -EKG, EXO-KG -ko'krak qafasining rentgenografiyasi -kolposkopiya, PAP-surtmasi -doplerometriya n/k (ko'rsatma bilan) -anesteziolog va terapevt maslahati	Maqsadga muvofiq: gisteroskopiya -polipni olib tashlash va polip qoldiqlarini koagulyatsiya qilish -servikal kanal va bachadon tanasini alohida diagnostic maqsadda qirib olish Qirgandan so'ng: gistologik tekshiruv natijasiga qarab yoshini hisobga olgan holatda gormonoterapiya: 6-oy davomida KOK preparatlari bilan yoki siklning 11-kunidan 25-kunigacha gestogen orqali, yallig'lanish a'lomatlarida antibacterial terapiya. 6 oy davomida dispenser nazorati, har 3 oyda, retsidiv berish xavfi tufayli UTT -retsidivlangan endometriy polipozida xirurgik davo: -gisterektomiya qo'shimcha qismi bilan(ko'rsatmaga ko'ra)
Bachadon bo'yni polipi 84.1	Hayz siklidan oldin yoki hayz sikli mahalida qonli ajralmalar -bepushtlik -metroragiya	-Anamnez -Umumiy Ko'zdan Kechirish -Ginekologik Ko'rik -Umumiy Qon Tahlili -Umumiy Siydik Tahlili -Ajralma Tahlili -Ajralmaning Bakteriologik Tahlili -Gepatit C, Rw, Hbag, Oiv -Qon Guruhi, Rh Omil -Koagullogramma -Qondagi Qand Miqdori -Qonning Biokimyoviy Tahlili -Onkomarkerlar (CA 125, HE-4) -kichik chanoq a'zolarining UTT si -EKG, EXO-KG -ko'krak qafasining	-bachadon bo'yni shilliq qavatini va bachadon tanasini diagnostik maqsadda qirish, polipni olib tashlash -polip qoldiqlarini koagulyatsiya qilish Reabilitatsiya: poliklinikada yuritiladigan standartga qaralsin

		rentgenografiyasi -kolposkopiya, PAP-surtmasi -doplerometriya n/k (ko'rsatma bilan) -anesteziolog va terapevt maslahati	
Bachadon ichi sinixeyilari (Asherman sindromi) 85.6	Bachadonning ikkilamchi aminoreyasi -bepushtlik	-Anamnez -Umumiy Ko'zdan Kechirish -Ginekologik Ko'rik -Umumiy Qon Tahlili -Umumiy Siydik Tahlili -Ajralma Tahlili -Ajralmaning Bakteriologik Tahlili -Gepatit C, Rw, Hbsag, Oiv -Qon Guruhi, Rh Omil -Koagullogramma -Qondagi Qand Miqdori -Qonning Biokimyoviy Tahlili -Onkomarkerlar (CA 125, HE-4) -kichik chanoq a'zolarining UTT si -EKG, EXO-KG -ko'krak qafasining rentgenografiyasi -kolposkopiya, PAP-surtmasi -doplerometriya n/k (ko'rsatma bilan) -anesteziolog va terapevt maslahati	Gisterorezektoskopiya, VMS qo'yish. -endometriyni diagnostic maqsadda qirilganda sinexiyaning buzilishi -6-oy davomida siklik gormonoterapiyani buyurish Reabilitatsiya: fizioterapiya
Bachadonning shilliq osti miomasi D 25.0	Menorragiya (giperpolimenoraya) Metroragiya, algomenariya, anemiya alomatlari, qorinning pastki sohasida qisuvchi og'riq	-Anamnez -Umumiy Ko'zdan Kechirish -Ginekologik Ko'rik -Umumiy Qon Tahlili -Umumiy Siydik Tahlili -Ajralma Tahlili -Ajralmaning Bakteriologik Tahlili -Gepatit C, Rw, HbSag, Oiv -Qon Guruhi, Rh Omil -Koagullogramma -Qondagi Qand Miqdori -Qonning Biokimyoviy Tahlili -Onkomarkerlar (CA 125, HE-4) -kichik chanoq a'zolarining UTT si -EKG, EXO-KG -ko'krak qafasining rentgenografiyasi -kolposkopiya, PAP-surtmasi -doplerometriya n/k (ko'rsatma bilan) -anesteziolog va terapevt maslahati	Xirurgik davo: -submukoz tugunni gisterorezektoskopiya -bachadon tomirlarini embolizatsiyasi Laparotomiya yoki laparoskopiya: -qoldiqlarsiz subtotal gisterektomiya (yoki ko'rsatmaga ko'ra qoldiqli) -qoldiqlarsiz total gisterektomiya (yoki ko'rsatmaga ko'ra qoldiqli) Reabilitatsiya: poliklinikada yuritiladigan standartga qaralsin
Bachadonning intramural leomiyomasi D25.1 Bachadonning	1 Simptomsiz 2 Simptomli -	-Anamnez -Umumiy Ko'zdan Kechirish -Ginekologik Ko'rik -Umumiy Qon Tahlili -Umumiy Siydik Tahlili	Xirurgik davoga ko'rsatma: -homilaning 12 haftadan kattaligi -tez o'sish (4 haftadan 12 oygacha)

subseroz leyomiomasi D 25.2 Bachadonning noaniq leyomiomasi D 25.9	algomenariya, bel va qorinning pastki sohasida og'riq -qon ketishlar: menoragiya (giperpolimenariya), anemiyaga olib keladi, metroragiya -qo'shni a'zolar funksiyasining buzilishi -o'smaning o'sishi (tez o'sish 4 haftadan 12 oygacha)	-Ajralma Tahlili -Ajralmaning Bakteriologik Tahlili -Gepatit C, Rw, Hbag, Oiv -Qon Guruhi, Rh Omil -Koagullogramma -Qondagi Qand Miqdori -Qonning Biokimyoviy Tahlili -Onkomarkerlar (CA 125, HE-4) -kichik chanoq a'zolarining UTT si -EKG, EXO-KG -ko'krak qafasining rentgenografiyasi -kolposkopiya, PAP-surtmasi -doplerometriya n/k (ko'rsatma bilan) -anesteziolog va terapevt maslahati	-kasalda anemiyaga sabab bo'ladigan menometroragiya va medikamentoz davoning effektsizligi -qo'shni a'zolar funksiyasining buzilsihi -tugunning aylanishi, nekrozi, ishemiyasi -miomatoz tugunning hosil bo'lishi .xirurgik davo laporotomiya yoki laparoskopiya: -konservativ miektomiya -qoldiqlarsiz total yoki subtotal gisterektomiya. Gormon bilan konservativ davo va Reabilitatsiya: poliklinikada yuritiladigan standartga qaralsin
Abdominal (qorindagi) homiladorlik O 00.0	-homiladorlik belgilari - qaytalanuvchi yoki qo'zuvchi xarakterdagi qorinning pastki sohalarida og'riq, orqa sohaga tarqalishi. -qonli ajralma	-Anamnez -Umumiy Ko'zdan Kechirish -Ginekologik Ko'rik -Umumiy Qon Tahlili -Umumiy Siydik Tahlili -Ajralma Tahlili -Ajralmaning Bakteriologik Tahlili -Gepatit C, Rw, Hbag, Oiv -Qon Guruhi, Rh Omil -Koagullogramma -Qondagi Qand Miqdori -Qonning Biokimyoviy Tahlili -Onkomarkerlar (CA 125, HE-4) -kichik chanoq a'zolarining UTT si -EKG, EXO-KG -ko'krak qafasining rentgenografiyasi -kolposkopiya, PAP-surtmasi -doplerometriya n/k (ko'rsatma bilan) -anesteziolog va terapevt maslahati	Xirurg orqali xirurgik davo: -qorin hmilasini olib tashlash Reabilitatsiya: kontrasepsiya 6-12 oy davomida
Naydagi homiladorlik O 00.1	-homiladorlik belgilari: -ko'ngil aynishi, qusish.	-Anamnez -Umumiy Ko'zdan Kechirish -Ginekologik Ko'rik -Qondagi XG miqdorini aniqlash -Umumiy Qon Tahlili	Laparoskopiya yoki laparotomiya: -tubektomiya -naydagi homiladorlik bilan birga

	hiqichoq -nay yorilganda gemorragik shok belgilari -nay olib tashlanganda qorin pastki sohasida og'riq va qonli ajralma, homiladorik belgilari	-Umumiy Siydik Tahlili -Ajralma Tahlili -Ajralmaning Bakteriologik Tahlili -Gepatit C, Rw, Hbag, OIV -Qon Guruhi, Rh Omil -Koagullogramma -Qondagi Qand Miqdori -Qonning Biokimyoviy Tahlili -kichik chanoq a'zolarining UTT si -EKG, EXO-KG -ko'krak qafasining rentgenografiyasi -anesteziolog va xirurg maslahati	tubektomiya Reabilitatsiya: kontrasepsiya 6-12 oy davomida
Tuxumdon dagi homiladorlik O 00.2	-homiladorlik belgilari -chap va o'ng tarafda qorinning pastki oshasida og'riq	-Anamnez -Umumiy Ko'zdan Kechirish -Ginekologik Ko'rik -Qondagi XG miqdorini aniqlash -Umumiy Qon Tahlili -Umumiy Siydik Tahlili -Ajralma Tahlili -Ajralmaning Bakteriologik Tahlili -Gepatit C, Rw, HbSag, OIV -Qon Guruhi, Rh Omil -Koagullogramma -Qondagi Qand Miqdori -Qonning Biokimyoviy Tahlili -kichik chanoq a'zolarining UTT si -EKG, EXO-KG -ko'krak qafasining rentgenografiyasi -anesteziolog va xirurg maslahati	Laparoskopiya yoki laparotomiya: -tuxumdon rezeksiyasi -tuxumdonlarni olib tashlash -bachadon naylarini olib tashlash Reabilitatsiya: kontrasepsiya 6-12 oy davomida
Bachadon dagi homiladorlikning boshqa turlari a) bachadon bo'ynidagi O. 00.8	Homiladorlik belgilari hayz sikli kechikkanda jinsiy a'zolarning qonashi -bachadon bo'ynining bochkasimon kattalashishi	-Anamnez -Umumiy Ko'zdan Kechirish -Ginekologik Ko'rik -Qondagi XG miqdorini aniqlash -Umumiy Qon Tahlili -Umumiy Siydik Tahlili -Ajralma Tahlili -Ajralmaning Bakteriologik Tahlili -Gepatit C, Rw, Hbag, OIV -Qon Guruhi, Rh Omil -Koagullogramma -Qondagi Qand Miqdori -Qonning Biokimyoviy Tahlili -kichik chanoq a`zolarining UTT si -EKG, EXO-KG -ko'krak qafasining rentgenografiyasi -anesteziolog va xirurg maslahati	3-darajali statsionarga yo'llanma berish: -bachadon arteriyasining embolizatsiyasi -24-48 soatdan keyin aspiratsion vakumni homila tuxumiga qo'llash va metatreksat yuborish -laparotomiya-qoldiqarsiz total gisterektomiya
Nayga bog'liq bepushtlik 97.1		-Anamnez -Umumiy Ko'zdan Kechirish -Ginekologik Ko'rik	Xirurgik davo laparoskop yordamida -salpingovariolizis

		-Qondagi XG miqdorini aniqlash -Umumiy Qon Tahlili -Umumiy Siydik Tahlili -Ajralma Tahlili -Ajralmaning Bakteriologik Tahlili Gepatit C, Rw, HbSag, OIV -Qon Guruhi, Rh Omil -Koagullogramma -Qondagi Qand Miqdori -Qonning Biokimyoviy Tahlili -kichik chanoq a'zolarining UTT si -EKG, EXO-KG -ko'krak qafasining rentgenografiyasi -anesteziolog va xirurg maslahati	-salpingostomiya Reabilitatsiya: fizioterapiya, yallig'lanishga qarshi terapiya

Anomal bachadon qon ketishlari bilan bemorlarni statsionarda olib borish standartlari

Nazologik kod MKB-10 da	Simptomlar	Diagnostik tadqiqotlar hajmi	Davolash va reabilitatsiya
Pubertat davrida anomal bachadondan qon ketishlar (10-18 yosh) 92.2 Pubertat davrida hayz siklida ko'p miqdorda qon . ketish PALM-COEIN bo'yicha klassifikatsiya: PALM guruxiga AMK mansub, struktur sabablarga ko'ra: .poliplar (polyp) adenomioz (adenomyosis) .leyomioma (leiomyoma) .endometriyga giperplaziyalanga n yomon sifatli o'sma (malignancy) COEIN guruxiga kiruvchi AMK, nostruktur sabablarga ko'ra: .Koagulopatiya (coagulopathy) .ovulyatsiyaning buzilishi (ovulatory dysfunctio) .endometriyning local gemostazning birlamchi regulyatsion buzilishlari- endometrial buzishlar (endometrial) yatrogeniya (iatrogenic)	Qon hajminmg 80 ml dan ko'p (qon bilan to'lgan gigenik proklatkalarni yoki tamponlarni tez-tez 4 soatda almashtirish) 7 kundan ortiq davom etadigan, hayz siklining tutilishi bilan (hayz siklning regulyar tartibda) 18 yoshgacha birinchi hayz siklida bachadonning qonashi. Hayz sikli orasida qonli ajralma pubertat yoshida ham AMK ga bog'liq.	Anamnez yig'ish umumiy ko'rig. Laborator tekshirish usulllari: Umumiy qon tahlili trombositlar bilan, umumiy siydik tahlili, Koagulogramma li-uaytga ko'ra qon ivish vaqti qondagi garmonlar miqdori. Prl, TTG, T4 qonning biokimyoviy tahlili (umumiy oqsil, fermentlar, bilirubin va uning fraksiyalari) Instrumental va boshqa tekshiruv usullari: kichik chanoq bo'shlig'I a'zolarining UTTsi, Vaginoskopiya (ko'rsatmaga ko'ra) Bosh miya yarimsharlari MRTsi- ko'rsatmaga ko'ra. Kichik chanoq bo'shlig'I a'zolarining MRTsi- ko'rsatmaga ko'ra. Mutaxasis kansultatsiyasi: gematolog, endokrinolog, terapevt.	Statsionar sharoitda asoratlangan kassalliklar davolanadi: Ambulatory sharoitda davolaganda natija bo'lmasa, qon ketishning 10 kun ortiq cho'zilishi, o'rta og'ir darajadagi post gemorragik animiyalarning kelib chiishi, ikkilmchi bacterial endometriyning kelib chiqishi, kasallik turlarining qo'shilishi, . 1.Kuzatib-davolash rejimi 2.Nogarmonal gemostatik terapuiya: bachadon tonusiga tasir etadigan preparat (oksitotsin), antifibrinolin preparati (traneksam kislotasi, etamzilat natriy), NYQP. 3.Garmonal gemostaz (yaqqol qon ketishlarda yoki nogarmonal terapiyaning effektsizligida): -kichik dozadagi (30mg etinilestrodiol) sxemaga ko'ra bir fazali KOK: to'liq gemostaz bo'lgunga qadar 1 tabletkadan har 4-8 soat davomida (qon ketish darjalariga qarab). Oxirgi kunlarda dozani 1tabletkadan kamaytirib, oxirgi sutkalarda 1taga yetkazish. Qabul qilish davomiyligi – 21 kun. 4. Antianemik terapiya. Temir saqlovchi preparatlar, gemo-, plazmotransfuziya (ko'rsatmaga binoam) 5. infusion terapiya (ko'rsatmaga binoam) 6. Antibakterial terapiya (ko'rsatmaga binoam) 7. Hayotiy ko'rsatmaga ko'ra xirurgik davo

.sinfifatsiyalanma gan (not yet classified)			(bachadon bo'shlig'ini qirish)
Reproduktiv vaqtda AMK Bachadonning anımal qon ketishlari- hayz siklining normadan har qanday o'zgarishi, hayz siklining davomiyligi va vaqtiga binoan, qon yo'qotishning davomiyligi yoki yo'qotilgan qonning miqdori. AMK ga bachadon tanasi va bo'ybidan ketadigan qonlar mansub ammo qin va vulvadan ketadigan qon mansub emas.92 hayz siklining uzoq, tez-tez va noregullarligi 92.0 regulyar siklda ko'p va tez-tez qon ketish 92.1noregulyar siklda ko'p va tez-tez qon ketishlar 92.5 noregulyar hayz siklining yaqqol formalari 92.6 noregulyar hayz siklining noaniq formalari	AMK ning kriteriyalari: -qisqarib boruvchi qonli ajralmaning 2 yoki 7 kundan ortiq davom etishi (yoki hayz siklining uzayishi) -80ml dan ortiq qon yo'qotish -hayz siklining orasida yoki o'tib qonli ajralma kelishi	Anamnez yig'ish umumiy ko'rig. Laborator tekshirish usulllari: Umumiy qon tahlili trombositlar bilan, umumiy siydik tahlili, Koagulogramma li-uaytga ko'ra qon ivish vaqti qondagi garmonlar miqdori: Prl, TTG, T4 qonning biokimyoviy tahlili (umumiy oqsil, fermentlar, bilirubin va uning fraksiyalari) Instrumental va boshqa tekshiruv usullari kichik chanoq bo'shlig'I a'zolarining UTTsi, Bosh miya yarimsharlari MRTsi- ko'rsatmaga ko'ra. Kichik chanoq bo'shlig'I a'zolarining MRTsi- ko'rsatmaga ko'ra. Mutaxasis kansultatsiyasi: gematolog, endokrinolog, terapevt, onkolog (ko'rsatmaga ko'ra)	O'tkir AMK bilan bemorni gospitalizatsiya qilish: bachadon tonusiga tasir etadigan preparat (oksitotsin) -qon to'htatuvchi preparati (traneksam kislotasi, etamzilat natriy), NPVK. -Garmonal gemostaz(bir fazali KOK 30mkg EE bilan) -Alohida diagnostic maqsadda qirish+gisteroskopiya -antianemik terapiya Temir saqlovchi preparatlar, gemo-, plazmotransfuziya (ko'rsatmaga binoan) -Infuzion terapiya (ko'rsatmaga binoan) Bachadon bo'yni saratoniga shubxa qilinganda, bachadon bo'ynigan qon ketganda RDV o'tkazish qarshi ko'rsatma hisoblanadi. Nogormanal gemostatik terapiya + qin tamponadasi o'tkaziladi. Bemor shoshilinch onkologiya statsionariga o'tkaziladi. Xirurgik davo: endometri ablatsiyasi, gisterektomiya, gisterektomiyali polipektomiya-ko'rsatmaga ko'ra.
Klimakterikvaqtd agi**ABK** Bachadonningani malqonketishlari- hayzsikliningnor madanharqandayo 'zgarishi, hayzsikliningdavo miyligıvavaqtigab ınoan, qonyo'qotishning	ABKningkriter iyalari: - qisqaribboruvc hiqonliajralma ning 2 yoki 7 kundanortiqda vometishı (yokihayzsikli ninguzayishi) -	Anamnez yig'ish umumiy ko'rig. Laborator tekshirish usulllari: Umumiy qon tahlili trombositlar bilan, umumiy siydik tahlili, Koagulogramma li-uaytga ko'ra qon ivish vaqti qondagı garmonlar mıqdorı:	-diagnostik maqsadda qirish (RDV)+gisteroskopiya -bachadonni qisqartiruvchi vosita -qon to'xtatuvchi vositalar -garmonal gemostaz (gestagenlar bılan) -antianemik terapiya Temir saqlovchi preparatlar, gemo-, plazmotransfuziya (ko'rsatmaga binoan)

davomiyligiyokiy o'qotilganqonning miqdori. ABKgabachadont anasivabo'ybidan ketadiganqonlarm ansubammoqinva vulvadanketadiga nqonmansubemas. 92.4Pauzadanoldi ngivaqtdako'pmiq dordagiqonketishl ar	80mldanortiqq onyo'qotish - hayzsiklininggo rasidayokio'tib qonliajralmake lishi.	Prl, TTG, T4 qonning biokimyoviy tahlili (umumiy oqsil, fermentlar, bilirubin va uning fraksiyalari) Instrumental va boshqa tekshiruv usullari: kichik chanoq bo'shlig'I a'zolarining UTTsi, Bosh miya yarimsharlari MRTsi- ko'rsatmaga ko'ra. Kichik chanoq bo'shlig'I a'zolarining MRTsi- ko'rsatmaga ko'ra. Mutaxasis kansultatsiyasi: gematolog, endokrinolog, terapevt, onkolog (ko'rsatmaga ko'ra)	-Infuzion terapiya (ko'rsatmaga binoan) Bachadon bo'yni saratoniga shubxa qilinganda, bachadon bo'ynigan qon ketganda RDV o'tkazish qarshi ko'rsatma hisoblanadi. Nogormanal gemostatik terapiya + qin tamponadasi o'tkaziladi. Bemor shoshilinch onkologiya statsionariga o'tkaziladi. Xirurgik davo: endometri ablatsiyasi, gisterektomiya, gisterektomiyali polipektomiya-ko'rsatmaga ko'ra.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR:

1. Мирзиёев Ш. М. "Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича ҳаракатлар стратегияси" тўғрисидаги Фармони. Тошкент: Ўзбекистон, 2017 йил 7 феврал.

2. В.К.Лихачев "Практическая ГИНЕКОЛОГИЯ с неотложными состояними" rukovodstvo dlya vrachey M:ООО "medidsinskoy informatsionnoy agentsvo" 2013.-840 s.

3. М.Ф.Вольфф, П.Штуте "Гинекологическая эндокринология и репродуктивная медыцина" М:ООО "МЕДпресс" 2016

4. Ayupova F.M, Y.K.Jabborova "Ginekologiya" darslik/. - T.:Mexridaryo, 2008.

5. Радзинский В.Е., Фукс А.М. "Гинекология" М:ООО "МЕДпресс" 2014

6. Адамян Л.В. "Миома матки. Диагностика, лечение и реабилитация" М:ООО "МЕДпресс" 2015

7. Трусов Ю.В., Крамарский В.А. В книге "Цервициты" М:ООО МЕДпресс" 2016

8. Подзолкова Н.М. '' Заболевания молочных желез в гинекологии. Практикующему врачу-гинекологу" Издатель ГЭОТАР-Медиа 2018

9. *Selac V., Farguhar C., PrentisA. et al* Danazol for pelvic pain associated with endometriosis (Cochrane Review) // The Cochrane Library. — Chichester: John Wiley & Sons, 2004. — Issue 2. .

10. Наказ МОЗ Украини «Про затвердження стандарте та клиичних протоколов надання медичио! допомоги *:п* спещальност! «Хірургія* № 297

11. *Шифман Е.М., Тиканадзе А..Д., Вартанов В.Я.* Инфузионно-трансфу зионная терапия в акушерстве. — Петрозаводск: Интел-Тек 2005 — 300 с.

12. Ультразвуковая фетометрия: Справочные таблицы и нормативы / под ред. М.В. Медведева. - Мл Реальное время, 2003. 170 с.

13. *Dieben* Г., *van Beek* А, *Cotlingh Bennink //,/. et al.* Efficacy, cycle control & user acceptability of a novel combined contraceptive vaginal ring Manuscript in preparation. - 2002.

14. *Радзинский В.Е. и др.* Современный подход к лечению и профилактике последствий хирургической менопаузы // Здоровье женщины. — 2009. - № 7 (43).

15. *Брагина М.* Эликсир здоровья и молодости: компас в мире ЗГТ // 3 турботою про жшку. — 2010. — № 1 (13). — С. 14-16.

Mundarija

1. SO'Z BOSHI.....3-bet
2. Qisqartma so'zlar.....4-bet
3. Ginekologik kasalliklar propidevtikasi. Umumiy tekshirish usullarining ginekologik kasalliklarning tashhisidagi ahamiyati. Hamshiralik tashhisi qo'yilish tartibi. Ginekologiyada hamshiralik jarayoninni tashkil qilish.....5- bet
4. Ginekologiyada og'riq sindromi. Sindromga ta'rif berish. Ayol jinsiy a'zolarining nospetsifik yallig'lanish jarayonlari. Etiologiya. Klassifikatsiyasi. Klinikasi, diagnostikasi. Davolash tamoyillari. profilaktika, reabilitatsiya. Hamshiralik taktikasi.....25- bet
5. Ginekologiyada og'riq sindromi. Ayol jinsiy a'zolarining spesifik yallig'lanish jarayonlari. Jinsiy yo'l bilan yuquvchi kasalliklar. Etiologiya. Klassifikatsiyasi. Klinikasi, diagnostikasi. Davolash tamoyillari. profilaktika, reabilitatsiya. Hamshiralik taktikasi.....32-bet
6. Ginekologiyada qon ketish sindromi. Hayz siklining buzilishi. Bachadondan qon ketish. BDQKda hamshiralik jarayoni.....42- bet
7. Ginekologiyada qon ketish sindromi (homiladorlik bilan bog'liq). Homiladorlikning birinchi yarmida qon ketishi (abortlar, bachadondan tashqari homiladorlik, trofoblast kasalliklari). Homiladorlik bilan bog'liq qon ketish sindromida hamshiralik jarayoni.....48- bet
8. Amenoreya sindromi. Klassifikatsiyasi va ta'rifi. Tashhis qo'yishning zamonaviy tamoyillari. Davolash va dispanser nazorat tamoyillari. Amenoreya sindromida hamshiralik jarayoni.....58- bet
9. Bepushtlik. Ayol bepushtligining klassifikatsiyasi. Ayollar bepushtligining asosiy ko'rinishlari. Bepushtlikda hamshiralik jarayoni .....62- bet
10. Ginekologiyada neyroendokrin sindromlar. Etiologiya, klinikasi, diagnostikasi. Hayz oldi, klimakterik va kastratsiyadan so'ngi sindromlarda oliy ma'lumotli hamshiraning taktikasi va jarayoni.....68-bet
11. Kontrasepsiya usullarining obzori. Gormonal kontraseptivlar. Bachadon ichi vositalari. Ixtiyoriy jarrohlik sterelizatsiyasi (erkak va ayollarda). Laktatsion amenareya usuli. Shoshilinch kontrasepsiya. Kontraseptiv texnologiyalar bo'yicha o'smirlarga maslahat o'tkazish asoslari. Oilani rejalashtirishda oliy ma'lumotli hamshiraning roli.....72-bet
12. Ayollar jinsiy a'zolarining fon va rak oldi kasalliklari. Diagnostikasi. Skrining tushunchasi. Ayollar jinsiy a'zolarining fon va rak oldi kasalliklarida hamshiralik jarayoni.....79-bet
13. Oilani tabiiy rejalashtirish bo'yicha va reproduktiv sog'liqni saqlashni muhofazalashda maslahat o'tkazish.....87- bet
Milliy standartlar .....90- bet
Adabiyotlar 106-bet

IXTIYAROVA G. A., MATRIZAYEVA G.J., ISMATOVA M.I.

«GINEKOLOGIYADA HAMSHIRALIK ISHI»

O'quv qo'llanma

Bichimi 60x84 1/16. Hajmi 6.75 shartli bosma toboq.
6.27 hisob-nashriyot bosma tobog'i. Ofset qog'oziga ofset usulida chop etildi. Adadi 50 nusxa. 169-sonli buyurtma.

«Standart Poligraf» x/k bosmaxonasida chop etildi
Buxoro shahri, Navoiy shohko'chasi 6-uy.

Ixtiyarova Gulchehra Akmalovna *– Tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent. Buxoro Davlat Tibbiyot instituti Akusherlik va ginekologiya kafedrasi mudiri. Ilmiy izlanishlar yo'lida 200 dan ortiq ilmiy metodik ishlar va o'quv-uslubiy ishlar hamda 2 ta grant va patent muallifi. Mualliflik va hammualliflikda 6 ta monografiya, 5 ta o'quv qo'llanmalar, 2 ta elektron darslik va 30 dan ortiq chet elda maqolalar chop etilgan. Bir qator chet el universitetlarga malaka oshirgan. Kafedrada 15 dan ortiq magistrlar va 30 dan ortiq klinik ordinatorlar rahbari.*

Matrizayeva Gulnara Jumaniyozovna *– Tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent. Toshkent Tibbiyot Akademiyasi Urgench filiali akusherlik va ginekologiya kafedrasi mudiri. Ilmiy izlanishlar yo'lida 80 dan ortiq ilmiy metodik ishlar e'lon qilgan. 1 ta monografiya, 2 ta o'quv qo'llanma, 27 ta uslubiy qo'llanmalarni nashr etgan. Kafedrada 15 dan ortiq klinik ordinatorlar rahbari.*

Ismateva Mohinur Izatillayevna *– Buxoro Davlat Tibbiyot Instituti Akusherlik va ginekologiya kafedrasi assistenti. 50 dan ortiq ilmiy va o'quv-uslubiy ishlar, 1ta o'quv qo'llanma, 1ta elektron darslik, «Прогнозирование и профилактика рождения маловесних детей» nomli monografiyaning hammuallifi.*

ISBN 978-9943-5412-4-5