

NARGIZA MAGZUMOVA

GINEKOLOGIK KASALLIKLAR



O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI
SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI

NARGIZA MAGZUMOVA

GINEKOLOGIK KASALLIKLAR



UO‘K: 618(075)

KBK: 57.1ya7

M – 14

Nargiza, Magzumova

Ginekologik kasalliklar: darslik / Tuzuvchi: N.Magzumova. Taq-
rizzchilar: L.M. Abdullayeva, Sh.A. Zufarova. – Toshkent: Yangi asr
avlodi, 2021. – 208 b.

ISBN 978-9943-20-859-9

Darslikda ko‘p uchraydigan, shuningdek, asosiy ginekologik kasallik-
lar keltirilgan. Kasalliklarning sabablari, klinikasi, diagnostikasi, davolash
va oldini olish yo‘llari haqida ma‘lumotlar berilgan. Talabalarni kelgusida
yuqori malakali mutaxassis qilib tayyorlash uchun ular zamonaviy bilim-
larga ega bo‘lishlari kerak. Hozirgi zamon davolash va profilaktika usullari
xalqaro standartlar va isbotlangan tibbiyotga asoslangan. Sohadagi so‘nggi
ma‘lumotlar keltirilgan mazkur darslik tibbiyot yo‘nalishidagi oliy o‘quv
yurtlarining bakalavr, magistr, klinik ordinatorlari hamda ginekolog va
umumiy shifokorlar uchun mo‘ljallangan.

Tuzuvchi:

Magzumova Nargiza Mahkamovna – t.f.d., Toshkent tibbiyot
akademiyasi akusherlik va ginekologiya kafedrasini professori

Taqrizzchilar:

L.M. Abdullayeva – t.f.d., Toshkent tibbiyot akademiyasi akusherlik
va ginekologiya kafedrasini dotsenti

SH.A. Zufarova – t.f.d., dotsent, Respublika Aholining reproductiv
sog‘lig‘ini saqlash markazini direktori

ISBN 978-9943-20-859-9

© N.M.Magzumova «Ginekologik kasalliklar». «Yangi asr avlodi»,
2021-y.

*«Bitta qiz bolani o'qitsangiz,
butun oilani o'qitgan bo'lasiz».*

Indira Gandi

MUNDARIJA

1-BOB

GINEKOLOGIK KASALLIKLARDAGI

UMUMIY SIMPTOMATIKA VA TEKSHIRISH USULLARI.....8

2-BOB

GINEKOLOGIYADA ENDOKRIN BUZILISHLAR

2.1. Bachadondan anomal qon ketishi	16
2.2. Amenoreya.....	23
2.3. Polikistoz tuxumdonlar sindromi (PKTS)	30
2.4. Hayz oldi sindromi (HOS).....	43
2.5. Postkastratsion sindrom	46

3-BOB

BEPUSHT NIKOH.....48

4-BOB

AYOLLAR JINSIY A'ZOLARINING YALLIG'LANISH

KASALLIKLARI

4.1. Jinsiy yo'llar pastki qavatining nospetsifik yallig'lanish kasalliklari.....	70
4.2. Jinsiy yo'llar yuqori qavatining yallig'lanish kasalliklari	75

5-BOB

UROGENITAL INFEKSION KASALLIKLARI

5.1. Bakterial vaginoz	88
5.2. Urogenital xlamidioz	92
5.3. Urogenital mikoplazmoz va ureaplazmoz	95
5.4. Jinsiy a'zolarning herpes virusli infeksiyalari (Herpes viridae).	97

6-BOB

BACHADON BO'YNINING FON VA SARATON OLDI

KASALLIKLARI

6.1. Bachadon bo'ynining fon oldi kasalliklari.....	107
6.2. Bachadon bo'yni saraton oldi kasalliklari.....	114

7-BOB

JINSIY A'ZOLARNING GIPERPLASTIK KASALLIKLARI	120
7.1. Endometriyning giperplastik jarayonlari	120
7.2. Bachadon miomasi	128
7.3. Endometrioz	137
7.4. Tuxumdon xavfsiz o'smalari va tuxumdon o'sma tuzilmalari...147	

8-BOB

KLIMAKTERIK DAVR VA MENOPAUZA.....	154
------------------------------------	-----

9-BOB

GINEKOLOGIYADA SHOSHILINCH YORDAM

HOLATLARI.....	164
9.1. Bachadondan tashqari homiladorlik	166
9.2. Tuxumdon apopleksiyasi	171
9.3. Pelvioperitonit.....	173
9.4. Tuxumdon kistasi oyoqchalarining buralib qolishi.....	174
9.5. Bachadon miomatoz tuguni qon aylanishining buzilishi	176
9.6. Homiladorlikning birinchi yarmida qon ketishlar o'z-o'zidan abortlar:.....	177
9.7. Gestatsion trofoblastik kasalliklari	181

10-BOB

KONTRATSEPSIYA	187
10.1. Gormonal kontratsepsiya	187
10.2. Bachadon ichi kontratsepsiyasi.....	196
10.3. Ayollar jarrohlik kontratsepsiyasi	197
10.4. Erkaklar kontratsepsiyasi (EK).....	200

ADABIYOTLAR RO'YXATI:	202
-----------------------------	-----

QISQARTIRISH RO'YXATI:

AGS	– adrenogenital sindrom
AQB	– arterial qon bosim
AKTG	– adrenokortikotrop gormon
ASAT	– antispermial antitanachalar
AOK	– aralash oral kontratseptivlar
AFS	– antifosfolipid sindromi
BV	– bakterial vaginoz
BIV	– bachadon ichi vositasi
GI	– giperinsulinemiya
IR	– insulinrezistentlik
IFA	– immunoferment analiz
VPCH	– odam papilloma virusi
VPG	– oddiy herpes virusi
GnRG	– gonadotrop rilizing gormon
GSG	– gisterosalpingografiya
BDQ(DMK)	– bachadondan disfunktsional qon ketishi
DGEA-S	– degidroepiandrosteron sulfati
DEK	– diatermokoagulyatsiya
E ₂	– estradiol
IMT(TVI)	– tana vazni indeksi
JSST	– Jahon soqliqni saqlash tashkiloti
JYOYUK	– jinsiy yo'llar orqali yuqadigan kasalliklar
KT	– kompyuter tomografiyasi
KS	– klimakterik sindrom
LG	– lyuteinlovchi gormon
LS	– laparoskopiya
LFE	– lyutein fazai yetishmovchiligi
MPA	– medroksiprogesteron atsetat
MKB-10	– 10-chi xalqaro kasalliklar klassifikatsiyasi
MRT	– magnit rezonans tomografiyasi

NPVS	– nosteroid yallig‘lanishga qarshi vosita
17 -ON	– 17 – oksiprogesteron
P	– progesteron
TPK(PKYA)	– tuxumdonlar polikistozi
PRL	– prolaktin
PIF	– to‘g‘ri immunnoflyuoretsent reaksiyasi
PSR	– polimeraz zanjir reaksiyasi
PKTS	– polikistoz tuxumdonlar sindromi
(SPKYA)	
SPOK	– sof progestinli oral kontratseptivlar
CIS	– bachadon bo‘yni kartsinomasi «in situ»
T	– testosteron
T ₃	– triyodtirodin
T ₄	– tiroksin
TTG	– tireotrop gormon
TFD	– funksional diagnostika testlari
UTT	– ultratovushli tekshirish
FSG	– follikulostimullovchi gormon
XG	– xoriogonik gonadotropin
HOS	– hayz oldi sindromi
HPV	– odam papilloma virusi
HSB	– hayz sikli buzilishi
SMV	– sitomegalovirus
SIN (CIN)	– servikal intraepitelial neoplaziyasi
EKU	– ekstrakorporal urug‘lanish
EG	– endometriy giperplaziyasi
EMA	– bachadon arteriyasi embolizatsiyasi

I-BOB

**GINEKOLOGIK KASALLIKLARDAGI
UMUMIY SIMPTOMATIKA VA TEKSHIRISH
USULLARI**

Ginekologiya – bu ayol haqidagi fan bo‘lib, ayol jinsiy a‘zolarining normal faoliyatini, kasalliklarni va ayol hayotining turli davrlaridagi holatini o‘rganib, har xil kasalliklarning oldini olish yo‘llari bilan ayolni sog‘lomlashtirishga yordam beradi.

Ko‘p ginekologik patologiyalar o‘xshash simptomatika-ga ega, shuning uchun bu holatlarda ayolning shikoyatlari bir xil bo‘lishi mumkin.

I. Shikoyatlar: og‘riq, qindan ajralmalar va qon ketishi, hayz siklining buzilishi, yon tomonda joylashgan (qovuq, to‘g‘ri ichak) va jinsiy a‘zolarining faoliyati buzilishi, tashqi jinsiy a‘zolarining qichishishi. Boshqa shikoyatlar ham kuzatilishi mumkin, lekin asosiy shikoyatlar shulardan iborat.

Qin ajralmalari. Ginekologik kasalliklar ichida eng ko‘p uchraydigan simptom bo‘lib, jinsiy a‘zolarining bezlari sekretor funksiyasi buzilishi bilan bog‘liq.

Etiologik sabablariga qarab ajralmalar turli xil bo‘ladi.

Genital:

genital sohasida infeksiyon jarayon sababli;

- jinsiy a‘zolarining o‘zgarishlarida (oraliq ochiq bo‘lganda) bu hollarda patologik ajralmalar bo‘lishiga sharoit paydo bo‘ladi;
- o‘simtalar;

- bachadon va bachadon bo'yni shilliq qavatida giperplastik jarayon;
- mexanik vositalar (qin halqalari, BIV). Masalan, yoshi katta ayollarga bachadon tushishining oldini oluvchi qin vositalari;
- kimyoviy, termik ta'sirida (issiq suv, konsentratsiyasi yuqori bo'lgan eritmalar bilan qinni yuvish);
- parazitlar sabablari: trixomoniaz, gijjalar va boshqa zamburug' kasalliklari (kandidoz).

Ekstragenital sababli ajralmalar: tuxumdon funksiyasi buzilishida, turli kasalliklar (o'pka tuberkulyozi, og'ir infeksiyon kasalliklar: tif, gepatit; qandli diabet va b.). Bu kasalliklar gormonal funksiyani susaytirib qinning shilliq qavatida glikogen va sut kislotasi hosil bo'lishi kamayadi, normada sut kislotasi yordamida Dederleyn tayoqchalari ko'payadi. Dederleyn tayoqchalari qinda nordon muhitni ushlab turadi (normada pH 4,0 – 5.0). Nordon muhit qinda patogen mikroorganizmlar ko'payishining oldini oladi (organizmda bu tabiiy himoya reaksiyasi, qin tozalanishini ta'minlaydi). Mazkur jarayon buzilganda ayollarning qinda boshqa mikroflora yuzaga kelib, ayolda ajralmalar hosil bo'ladi.

Ajralmalar kelib chiqishiga qarab aniqlanadi:

1. nay sekretiysi bilan bog'liq;
2. kataral – bachadon epiteliysi bilan bog'liq;
3. bachadon bo'yni ajralmalari – bachadon bo'yni va servikal kanal epiteliysi bilan bog'liq;
4. qin ajralmalari;
5. qin dahlizi ajralmalari (vestibulyar).

Nay sekretiysi bilan bog'liq ajralmalar – yallig'lanish natijasida nay shilliq qavatida bezli epiteliy qon tomirlardan sekretiya va transsudatsiya jarayoni kuzatiladi. Bu jarayon oqibatida bachadon naylari obliteratsiyasi yuzaga

keladi. Ajralmalar seroz yoki yiringli bo'lib, naylarda saktosalpinks, piosalpinks kuzatilishi mumkin.

Kataral ajralmalar – turli bo'lib, qo'zg'atuvchisiga bog'liq. Normada bachadon (ichki va tashqi sfinkter yordamida) steril bo'ladi, bachadon bo'ynida bakteritsid shilliq yig'ilib infeksiyadan himoyalaydi. Hayz sikli vaqtida bachadon bo'yni biroz ochiladi va shu kunlarda infeksiyalanish kuzatiladi, shuning uchun jinsiy aloqa hayz vaqtida, abort va tug'ruqdan keyin man etiladi. Bachadonda yallig'lanish jarayonida yiringli yoki qon aralash ajralmalar bo'lishi xos.

Bachadon bo'yni ajralmalari – bu servikal kanal bezlaridan sekretsia ajralishi, buning natijasida nabotov kistalari hosil bo'ladi. Bachadon bo'yni eroziyasida ajralmalar ko'p miqdorda bo'lib, qin muhitining o'zgarishiga olib keladi.

Qin ajralmalari – eng ko'p shikoyatlardan biri, asosan, mikroorganizmlar bilan bog'liq bo'ladi (gonokokk, trixomonadalar). Gonokokkda ajralmalar yashil, ko'p miqdorda, ayolda esa dizuriya shikoyatlari kuzatiladi. Ko'pincha gonokokk trixomonada bilan birgalikda uchraydi, trixomonadada ajralmalar ko'piksimon, yashil va ko'p miqdorda bo'ladi. Ayolni kuchli qichishish bezovta qiladi.

Kandidozda ajralmalar suzmasimon bo'lib, ayolda qichishish, achishish bilan birgalikda keladi. Kandidoz ko'pincha antibakterial davolanishdan keyin, disbakterioz va allergiyada uchraydi.

Vestibulyar ajralmalar, asosan, qin dahlizi disfunktsiyasida kuzatiladi: bu bartolin va parauretral bezlari yallig'lanishida. Normada bu bezlarning yo'llari doimiy ochiq bo'lib, qin dahlizini namlab turadi. Patologiyada bezlarning yo'llari berk bo'lib, ajralmalar infeksiya ta'sirida yiringli bo'ladi va bartolinit, bartolin va parauretral bezlarning abscessiga olib keladi.

Og'riq. Ko'pincha simillovchi og'riq qorin pastki va bel sohalarida (yallig'lanishda) bo'ladi. O'tkir, kuchli xurujli og'riq tuxumdon kistasi oyoqchasi buralib qolganda, bachadondan tashqari homiladorlikda bachadon nayi yorilganda, tuxumdon apopleksiyasida, abort vaqtida bachadon perforatsiyasida va piosalpinks yorilganda kuzatiladi. Dardsimon og'riqlar ko'pincha homiladorlik bilan bog'liq (homila tushishi, boshlangan, jadallashgan, chala abortlarda), undan tashqari dardsimon og'riqlar bachadon miomasida «tug'ilayotgan» tugunchasida kuzatiladi.

Qindan qon ketish sabablari genital va ekstragenital omillari bo'lishi mumkin.

Genital sabablari:

- siklik va atsiklik hayz sikli buzilishlari;
- yallig'lanish kasalliklari;
- o'simtalar: bachadon miomasida qon ketish asosiy simptom bo'lib, qon ketishi ozdan boshlanib juda ko'p miqdorda kuzatilishi mumkin;
- genital jarohatlar: ko'pincha gematoma va suyak sinishi bilan birgalikda kuzatiladi.

Ekstragenital sabablar:

- og'ir gipertoniya, menopauzadagi ayollarda bachadondan qon ketish;
- og'ir infeksiyalarda: gepatit (og'ir intoksikatsiya qon qo'yilishiga, tomirlarning mo'rtligiga olib keladi);
- turli zaharlanish ta'sirida og'ir intoksikatsiyalar.

Qo'shni a'zolarining faoliyati buzilishi:

1. Qovuqda o'simta siydik yo'lini to'sib qolishi va o'simta hajmi katta bo'lsa, siydik yo'lini bosib qolganda gidroureter va gidronefroz sababi bo'lish ehtimoli bor, yallig'lanishda esa, dizurik holatlar kuzatiladi.

2. To'g'ri ichak tarafidan o'zgarishlar: katta o'smalar natijasida qabziyat, chandiqli yoki yiringli (bachadon bilan

to'g'ri ichak orasidagi abscess) jarayonlar sababli bo'lishi mumkin.

Ginekologik bemorni tekshirishda to'g'ri anamnez yig'ishdan boshlash kerak.

– Anamnez shikoyatlar aniqlangandan keyin yig'iladi: asosiy va qo'shimcha shikoyatlar;

– Kasalliklar: infeksiyon (skarlatina, gepatit va b.), somatik, operativ amaliyotlar. Yoshlikda o'tkazgan kasalliklar – hayz va reproduktiv funksiyasiga ta'siri va neyroendokrin sindromlari rivojlanishiga olib keladi;

– menstrual va reproduktiv funksiyasi, menarxe, hayz siklining xususiyati, oxirgi hayz va jinsiy hayot boshlanish vaqti, kontratsepsiya turi, homiladorliklar soni va ularning natijasi;

– ginekologik kasalliklar va amaliyotlar;

– oilaviy anamnez – nasliy va irsiy kasalliklar, yaqin qarindoshchilik;

– hayot kechirish va ovqatlanish tarzi;

– zararli odatlar, mehnat va yashash sharoiti;

– kasallik anamnezi.

II. Bemorni ko'rish:

– konstitutsiyasi (infantil, piknik, interseksual, astenik);

– tipobiologik baholash (tana vazni va bo'yi, tana vazni indeksi = $\frac{\text{tana vazni (kg)}}{(\text{tana bo'yi, m})^2}$ va turlari: ayol, erkak va evnuxoid);

– jinsiy rivojlanishini baholash (ikkilamchi jinsiy belgilar rivojlanishi – sut bezlari, adrenarxe, hayz sikli);

– girsutizmni – Ferriman va Galvey shkalasi bo'yicha baholash;

– sut bezlarini ko'rish;

– tashqi jinsiy a'zolari ko'rish (bimanual va qin ko'zularida). Bimanual qin, rektal tekshiruvda ginekolog bachadon va bachadon ortiqlarini katta yoki kichik, shaklini, konsistensiyasini, harakatchanligini, og'riq bor-yo'qligini aniqlashi kerak.

III. Maxsus tekshirish usullari:

– TFD – funksional diagnostika testlari: bazal harorati, qorachiq belgisi, bachadon bo‘yni shilliq cho‘zilish belgisi (ovulyatsiya vaqtida – 10-12 sm);

– CIN-DIAG® – Bachadon bo‘yni yashirin patologiyasi va erta tashxisi uchun sifat ekspress-test;

– kolpositologik usul (qin epiteliysining xususiyatini baholash);

– Gormonlar va ularning metabolitlarini aniqlash (testosteron, TTG, T₃, T₄, DGEA-S, 17-ON, gonadotropinlar – LG, FSG, PRL, tuxumdonlar va buyrak osti bezi gormonlarini aniqlash – estradiol, progesteron, kortizol). Gormonal tekshirish hayzning 2-3-kunlari, amenoreyada – farqi yo‘q;

– Funksional sinamalar (gestagenlar, siklik, klomifen, gonadoliberin, AKTG, XG bilan);

– Mikrobiologik tekshirish (mikroskopiya, bakteriologik ekma, PIF, kultural, molekulyar genetik – PSR, serologik – IFA);

– qin mikroflorasi va leykotsitlar soniga qarab qin tozaligining 3 ta darajasi aniqlaniladi: 1-2-darajada turli diagnostik va operativ muolajalar o‘tqazish mumkin, 3-darajada esa mumkin emas;

1-daraja: dederleyn tayoqchalari mavjud, flora Gr (-) va Gr (+) kokklar kam miqdorda va leykotsitlar yo‘qligi;

2-daraja: dederleyn tayoqchalari kam miqdorda, Gr (-) va Gr (+) kokk florasi va leykotsitlar aniqlanadi (++);

3-daraja: dederleyn tayoqchalari yo‘q, leykotsitlar ko‘p, kokkli flora patologik va spetsifik qo‘zg‘atuvchilaridan iborat.

Jinsiy yo‘llar orqali o‘tadigan infeksiyalar (Chlamydia trachomatis, mycoplasmosis, ureaplasmosis, herpes simplex, cytomegalovirus va b.) PSR, IFA yoki PIF usullar bilan aniqlanadi.

IV. Instrumental tekshirish usullari:

– **UTT** (old devori va qin orqali). Bachadon, bachadon ortiqlari o'Ichamlari, bachadonning nuqsonlarini, o'smalari (mioma, endometrioz va b.), ortiqlaridagi o'zgarishlarni ko'rsatadi. Tuxumdonda follikula yetilishi va ovulyatsiyani nazorat qilishga yordam beradi.

– **Rentgenologik** (GSG, suyak densitometriyasi). Kontrast yordamida bachadon va naylari holatini aniqlash – gisterosalpingografiya (GSG), pnevmopelviografiya (qorin bo'shlig'iga kontrast – kislorod yuborish). GSGga ko'rsatmalar: naylar o'tkazuvchanligini aniqlash, tug'ma nuqsonlar, adenomioz, endometriy polipi, bachadon submukoz mioma, genital sil, istmiko-servikal yetishmovchilik.

KTga ko'rsatmalar: tuxumdon va bachadon o'smalari, endometriy saratoni, qorin pardasi orti bo'shlig'i o'smalarida, ichki a'zolarining o'smalarida differensial diagnostika uchun, parametrit, chanoq venalarining tromboflebiti, gipofiz adenomasi.

Gisterosalpingografiya (GSG)



MRTga ko'rsatmalar: qin va bachadon nuqsonlari, tuxumdon o'smalari, bachadon miomasi, saktosalpinks, endometrioz, kichik chanoq absesslari, gipofiz adenomasi.

– Orqa gumbaz punksiyasi. Punksiyada yiring, qon, assitik suyuqlik bor-yo'qligini aniqlasa bo'ladi. Qon ba-

chadondan tashqari homiladorlikda, tuxumdon apoplek-siyasida, bachadon perforatsiyasida va boshqa holatlarda aniqlanadi (qorin bo'shlig'i a'zolarida – qorataloq, jigar yorilishi, oshqozon yarasining perforatsiyasida). Assitik suyuqlik tuxumdon saratonida ko'p miqdorda hosil bo'ladi, sitologik tekshiruvda kartsinoma hujayralari tasdiqlanadi. Agar assit yurak yoki jigar yetishmovchiligi natijasida bo'lsa, sitologik tekshiruvda bu hujayralar aniqlanmaydi.

– Bachadonni zondlash, bachadon endometriysini aspiratsion biopsiyasi va bachadon bo'ynidan biopsiya olish, bachadonni zondlash.

– **Endoskopik usullar**

1. **Kolposkopiya** (oddiy va kengaytirilgan – 3% uksus kislotasi va Shiller sinamasi) – bachadon bo'ynini kolposkop yordamida ko'rish. Kolposkop (optik kattalashishi 28 marotaba). Nishonli biopsiya qilsa ham bo'ladi.

2. **Gisteroskopiya** – diagnostik gisteroskopiya (bepushtlikda, reproduktiv va peri-, postmenopauzada noaniq etiologyali qon ketganda, bachadon ichi patologiyalarida – submukoz mioma, giperplaziya, bachadon nuqsonlari, Asherman sindromi).

3. **Laparoskopiya** (rejali va tezkor) – diagnostik va davolash usuliga kiradi. Kichik chanoq turli kasalliklarida differensial diagnostika sababli laparoskopiya qilinadi. Kichik laparoskopiya (ixtiyoriy jarrohlik kontratsitsiyasi, tuxumdon biopsiyasi, tuxumdon endometriozi, adgeziolizis va bepushtlikda) va katta laparoskopik xirurgik davolash (bachadon nayi plastikasi, endometriozi 2-3-darajasi, mio-mektomiyada).

2-BOB
**GINEKOLOGIYADA ENDOKRIN
BUZILISHLAR**

2.1. Bachadondan anomal qon ketishi

Bachadondan anomal qon ketishi (BAQK) – bu bachadondan yoki bachadon bo‘ynidan qon ketishi. Jinsiy a‘zolarida organik yoki qon ivishiga ta‘sir etadigan sistema kasalliklari bilan bog‘liq yoki bog‘liq bo‘lmagan bachadondan qon ketish deb hisoblanadi.

Qin yoki bachadondan anomal qon ketishi o‘tkir, surunkali va menstrualaro bo‘ladi. Surunkali qon ketish turida 6 oy davomida hayz sikli qisqarib, ko‘p (80 mldan ortiq) va uzoq davom etishi kuzatiladi.

Anomal qon ketish etiologiyasida organik kasalliklar (sistem, reproduktiv tizim kasalliklari va Yatrogen holatlar), disfunktsional buzilishlar (ovulyator, anovulyator), koagulyatsiya defektlari (leykemiya, qon kasalliklari) sabab bo‘ladi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda bachadondan anomal qon ketishining tasnifi «FIGO, 2011 (PALM COEIN)».

Bu tasnifga 4 kategoriyali sabablar kiradi, reproduktiv a‘zolarida struktur o‘zgarish bilan (PALM) va 5 ta kategoriya, struktur patologiya bilan bog‘liq bo‘lmagan (COEIN).

Abbreviatura PALM bachadondagi patologik o‘zgarishi bilan bog‘liq:

Polyp (polip),

Adenomyosis (adenomioz),

Leiomyoma (leyomioma),

Malignancy (malignizatsiya) va hyperplasia (giperplaziya).

Abbreviatura COEIN esa:

Coagulopathy (koagulopatiya),

Ovulatory dysfunction (ovulyator disfunktsiya),
Endometrial (endometrial disfunktsiya),
Iatrogenic (Yatrogen),
Not yet classified (hali klassifikatsiyaga kirmagan).

Ayollarning umumiy ginekologik kasalliklari ichida disfunktsional qon ketishi (**DQK**) uchrash soni ko'proq bo'ladi va ayolning har xil yoshdagi davrida kuzatiladi: yuvenil qon ketish 10% da, reproduktiv davrda – 25 – 30%, kech reproduktiv yoshda – 35 – 55% va klimakterik davrda – 55 – 60% ayollarda uchraydi.

FIGO 2018: Normadagi hayz sikli va bachadondan anomal qon ketishi

Barchadondan anomal qon ketishi (BAQK) – reproduktiv yoshdagi ayollarda, normal menstruatsiyalariga mos kelmaydigan turli bachadondan qon ketishi.

Parametrlar	Normal	Anomal
Uchrash soni	Bo'lmislig(qon) ketish yo'qligi - amenoreya	
	Kamdan kam (> 38 kun)	
	Normal (> 24 dan < 38 kun)	
Davomiyligi	Tez-tez (<24kun)	
	Normal (< 8 kun)	
Regulyarligi	Davomiyligi (> 8kun)	
	Regular o'zgarishlar(eng qisqadan eng davomiyligigacha<7-9kun)	
Qon ketish hajmi (Jayol o'zi aniqlashi)	Noregulyar (eng qisqadan eng davomiyligigacah>7-9 kun)	
	Surkalib	
	Normal	
	Ko'p ketish	

Disfunktsional qon ketishi

MKB -10 kodi – N93.8 – boshqa aniqlangan bachadondan anomal qon ketishi, disfunktsional qon ketishi asosida tashqi muhit ta'sirida yuzaga kelgan neyroendokrin buzilishlari, asosan, gipotalamusda gonadotropinlarning sintezi va sekretsiyasi nazoratining buzilishi yotadi. Buning natijasida tuxumdon faoliyatining buzilishi anovulyatsiya – follikula persistensiyasi yoki atreziyasi kuzatiladi. Absolyut yoki nisbiy giperestrogenemiya olib keladi.

Disfunktsional qon ketishi (DQK) sabablari:

- psixogen faktorlari va stress;
- aqliy va jismoniy zo‘riqish;
- o‘tkir va surunkali intoksikatsiyalar;
- kichik chanoq a‘zolarining yallig‘lanishi;
- yatrogen holatlar (BIV, psixotrop va gormonal dorilar);
- endokrin bezlar faoliyati buzilishi.

Patogenezi. Hayz sikli miya po‘stlog‘i, gipotalamus, gipofiz va tuxumdonlar faoliyatiga bog‘liq bo‘ladi. Gonadotrop va tuxumdon gormonlarining ritmi va ajralishining buzilishida organizmga uzoq vaqt estrogenlar ta‘siri bo‘lib, follikula rivojlanishi, ovulyatsiya jarayoni va sariq tana hosil bo‘lmasligi va bachadonda morfologik o‘zgarishlar aniqlanadi.

Hayz sikli davomiyligining o‘zgarishi:

- hayz siklining uzayishi (35 kundan ko‘p) – oligomenoreya;
- hayz siklining qisqarishi (21 kundan kam) – proyomenoreya.

Hayz davomida ketgan qon miqdorining o‘zgarishi:

- ko‘p miqdorda hayz kelishi (>80 ml) – gipermenoreya;
- kam miqdorda hayz kelishi (<20 ml) – gipomenoreya;

Hayz davomiyligining o‘zgarishi:

- hayz uzayishi – polimenoreya;
- hayz qisqarishi – opsomenoreya 1-2 kun davom etadi;
- hayz miqdori va kunining uzayishi – giperpolimenoreya.

Ovulyator qon ketishi kam uchraydi va ko‘pincha sababi kichik chanoq a‘zolarining yallig‘lanishida kuzatiladi. Ovulyator qon ketish klinikasida qon yo‘qotish hajmi kam bo‘lib, faqat surkalib hayz siklidan oldin yoki keyin yoki o‘rtasida kuzatiladi, anemiyaga olib kelmaydi. Bu ayollarda homila ko‘tara olmaslik yoki bepushtlik bo‘lishi mumkin.

Tuxumdondagi bo‘ladigan o‘zgarishlarga qarab 3 turga bo‘linadi:

- hayz siklining birinchi fazasi qisqarishi;
- hayz siklining ikkinchi fazasi qisqarishi;
- hayz siklining ikkinchi fazasi uzayishi.

Anovulyator qon ketishda ayolning organizmida turli oʻzgarishlar kuzatiladi:

- ovulyatsiya boʻlmasligi;
- hayzning ikkinchi fazasi yoʻqligi;
- follikula yetilishining buzilishi – atreziya yoki persistentsiya;

Hayz sikli davomida faqat estrogenlar ishlab chiqishi sababli endometriyda (bachadon shilliq qavatida giperplastik jarayoni kuzatiladi).

Agar aniqlangan buzilishlar vaqtida davolanmasa, 7-14 yildan keyin endometriyda adenokarsinoma rivojlanadi.

Diagnostika:

- shikoyatlari;
- anamnez (BIV, AOK, gormon, antikoagulyantlar isteʼmol qilish);
- qon ketish hajmini aniqlash (Yansen usuli, 2001);
- homiladorlikka test oʻtkazish (XG);
- umumiy qon tahlili (gemoglobin, gematokrit, trombot-sitlar soni);
- UTT (endometriy yoki servikal kanali polipi, adenomioz, bachadon leyomiomasi, submukoz tugunchasi, endometriy giperplaziyasini aniqlash uchun).

Yansen (2001) usuli: ayol vizual jadvalni toʻldiradi. Hayz kunlari taglik yoki tampondan foydalaniladi (maksimal ball taglik uchun – 20, tampon uchun – 10). Sanash standartiga muvofiq («normal», «regular»).

UTT – endometriy diagnostikasida 94%da giperplastik jarayonini tasdiqlaydi. Endometriyning qalinligi va strukturasini ahamiyatga ega. UTT ni ikki marta oʻtkazish afzal: hayzning birinchi va ikkinchi fazalarida. Birinchi fazasida

hayzning 5-8-kunida, endometriy qalinligi 9 mm dan ortishi kerak emas. Ikkinchi UTT hayz kelishidan oldin endometriy qalinligi 16 mm gacha bo'lishi kerak. Postmenopauzadagi ayollarda esa bu ko'rsatkich 5 mmdan ortishi kerak emas. Morfologiyasi faqat gistologik tekshiruv bilan baholanadi.

Yuvenil qon ketishda differensial diagnostika tizimli kasalliklar bilan o'tkaziladi (Verlgof kasalligi, trombot-sitopeniya). Reproduktiv yoshda esa homiladorlik patologiyasi bilan (boshlangan abort, bachadondan tashqari homiladorlik, platsentar polip va trofoblastik) kasalliklari. Reproduktiv va klimakterik yoshdagi ayollarda gistologik tekshiruvda endometriyda patologik proliferatsiya aniqlanadi. Yakuniy diagnoz bachadon shilliq qavatini gistologik tekshirgandan keyin qo'yiladi.

Klinikasi. Qon ketish bilan ifodalanadi. Qon ketish hajmiga qarab anemiya kuzatilishi mumkin. Follikula persistensiyasida: hayz sikli 1-2 haftadan 8 haftagacha kech qolishi, ko'p miqdorda qisqa vaqt davom etadi.

Follikula atreziasida: hayz sikli 3-4 oyga kech qolib, kam miqdorda uzoq vaqt qon ketishi davom etadi (1-2 oy).

Davolash. DQK ni davolashda etiologiya, patogenezini va ayolning yoshini hisobga olib, har bir ayolda individual o'tkaziladi.

Simptomatik davo: ovulyator qon ketishda: hayz vaqtida ko'p qon ketganda: traneksam kislotali 1-1,5g 2 mahal; etamzilat 500 mg 4 mahal; prostaglandin sintezi ingibitori – mefenam kislotali 500mg 3 mahal.

Gormonal davo: kam dozali AOK lar (30 mkg etinilestradiol) va tarkibida progestagenlarni 3-avlod (dezogestrel 150 mkg – regulon yoki gestoden 75 mkg – lendinet); Progesteronlar (Dyufaston 20 mg, provera 10 mg, primolut-nor 10 mg, 17-OPK 12.5%-1-2 ml); levonorgestrel ajratuvchi BIV.

Xirurgik davo: bachadon bo'yni va bachadon shilliq qavatini qirib olish va gistologik tekshirish, endometriy ablat-siyasi, gisteroskopiya. Bachadon ekstirpatsiyasi ko'rsatma bo'lganda qilinadi.

BAQKda endometriyni gistologik tekshirishga ko'rsatmalar:

- 45 yoshdan katta ayollarda;
- 45 yoshdan kichik ayollarda giperestrogen holatlar bo'lganda (semizlik, tuxumdon polikistoz sindromi va b.);
- qon ketish retsidivi.

Davolash asosiga qon to'xtatish, qayta qon ketishining oldini olish (hayz siklini boshqarish) va rehabilitatsiya kiradi.

BAQKda davolashda asosiy maqsad:

- qon ketishini to'xtatish (gemostaz);
- retsidivning oldini olish: hayz siklini va ovulyatsiyani tiklash.

Hozirgi kunda qon ketishini to'xtatish, gemostaz konservativ va jarrohlik yo'li bilan o'tkazish mumkin. Medikamentoz gemostaz, asosan, yosh va erta reproduktiv yoshdagi ayollarga tavsiya qilinadi, chunki ularda endometriyning giperplastik jarayoni rivojlanmaydi. Agar 3 oy oldin ayolda bachadon ichini diagnostik qirish qilinganda, endometriy patologiyasi bo'lmasa ham, konservativ gemostaz qilish lozim. Ovulyator qon ketishda hayz siklini tiklash uchun estrogenlar hayz siklining birinchi fazasida va gestagenlar hayz siklining ikkinchi fazasida tavsiya qilinadi. «Gormonal gemostaz» uchun tarkibida etinilest-radiol (0,03mg) va levonorgestrel progestestagenli AOK tavsiya qilinadi (regulon, marvelon, rigevidon) – 1-chi kuni 1 tabletkaga 3-4 marta qon ketish hajmiga qarab, keyin har 3 kunda 1 tabletkaga kamaytirib va 1 tabletkaga bo'lganda 21 kun davom ettirish kerak.

Yuvenil qon ketishini davolash 2 ta bosqichli bo‘ladi:

1-bosqich konservativ davo – qon to‘xtashi uchun (traneksam kislotasi, etamzilol, mefenam kislotasi) va anemiya davolash maqsadida. Agar samaradorligi bo‘lmasa, 2-bosqichga o‘tiladi.

2-bosqich – «gormonal gemostaz» sxema bo‘yicha (AOKlar – monofaz estrogen-gestagen aralash dorilar – regulon, novinet, rigevidon va b.). Sof estrogenli gemostazni (proginova, estrofem) 14 kun davomida, keyin gestagenlar 14 kun qo‘llaniladi (dyufaston 1 tabletka 2 mahal), yoki gormonal kyuretaj gestagenlar bilan davolash mumkin (1-2,5% progesteron eritmasi, dyufaston 10-20 mg, utrojestan 400 mg sutkasiga). Monofazli AOK 30 mkg EE (o‘rtacha EE-100 mkg/sut) va progestin antiovyulyator va antiproliferativ yuqori indeksi bilan gormonal gemostazning (REGULON) sxemasi.

Yuvenil davrida o‘tkir BQKda boshqa usullarning samaradorligi yo‘q bo‘lganda (S.I.Juk., 2015) tavsiyasi:

- 1-kun – 4 tabletka;
- 2-kun – 3 tabletka;
- 3-kun – 2 tabletka;
- 4-kun – 1 tabletka, 18 kun davomida (umumiy davomi – 21 kun). Qon ketishining oldini olish uchun 3-6 oy davomida AOKlar iste‘mol qilish kerak.

Klimakterik yoshda onkologik kasallikning yuqori xavf ehtimoli borligini esda tutish kerak va qon ketganda doimiy shubhalanish kerak. Bu ayollarga gemostaz, ya‘ni qon to‘xtatish uchun bachadon bo‘yni va bachadon tanasining alohida shilliq qavatini qirib olib gistologik tekshiruv qilinadi. Postmenopauzada qon ketish sabablari 60%da atrofiya, 10%da polip, giperplaziya va saraton bo‘lishi mumkin. Agar gistologik tekshiruvda atipik giperplaziya (saraton oldi holat) aniqlansa, jarrohlik davo tavsiya qilinadi. Agar

gistologik tekshirishda faqat giperplastik jarayon bo'lsa gormonal terapiya tavsiya qilinadi. Hayz siklini boshqarish uchun 17-oksiprogesteron kapronat (17-OPK), 12.5% eritmasini tavsiya qilinadi. Shu holatda hayz siklining 14- va 19-kunida 1-2 ml, 6-12 oy davomida qabul qilinsa, ayol asta-sekin menopauzaga kiradi.

BAOKni medikamentoz davolash asoslari (SOGC, 2013 tavsiyalari)

Nogormonal preparatlar:

- NPVS – nosteroid yallig'lanishga qarshi vosita (ибупрофен, напроксен va b.);
- Antifibrinolitiklar (traneksam kislota, etamzilat, mefenam kislota).

Gormonal dorilar:

- AOKlar (rigevidon, regulon, diane-35 va b.);
- mirena (Levonorgestrel ajratuvchi BIV);
- progestagenlar (dyufaston, mikrodozali progesteron ut-rojestan);
- depo-medroksiprogesteron atsetat;
- danazol;
- gonadotropin rilizing-gormon agonistlari.

2.2. Amenoreya

MKB kodi: N-91.0 – birlamchi amenoreya;

N-91.1 – ikkilamchi amenoreya;

N-91.2 – noaniq amenoreya.

Amenoreya – bu 6 oy va undan ortiq vaqt davomida hayz sikli bo'lmashligi. Amenoreya – turli reproduktiv tizimida gi buzilishlar, neyroendokrin kasalliklar, xavfli va xavfsiz o'smalarning simptomi bo'ladi. Uchrash soni reproduktiv

yoshda – 1,8-3,5%, hayz sikli va reproduktiv faoliyati buzilgan ayollarda – 10-15% ni tashkil qiladi. Hamma amenoreyalarning ichida ikkilamchi amenoreya 75% da uchraydi.

Tasnifi. Birlamchi va ikkilamchi amenoreya. Birlamchi amenoreyada hayz sikli umuman yo‘qligi, ikkilamchi amenoreyada hayz sikli bo‘lgan ayolda 6 oy va undan ortiq vaqtda kelmaganligi bilan ifodalanadi.

Fiziologik amenoreya: menarxedan oldin, homiladorlik va laktatsiya vaqtida, postmenopauzadagi ayollarda kuzatiladi.

Jinsiy a‘zolarining rivojlanishi kechiktirilgan holatdagi birlamchi amenoreya:

- gonadalar disgenезiyasi;
- gipotalamo-gipofizar tizimining faoliyati buzilishi: jinsiy rivojlanishi orqada qolishi konstitutsional turi, gipotalamo-gipofizar tizimining organik va funksional buzilishlari.

Jinsiy a‘zolarining normal rivojlangan holatdagi birlamchi amenoreya:

- ginatreziya;
- bachadon aplaziya.

Ikkilamchi amenoreya:

- bachadon patologiyasi (servikal kanalning atreziyasi, bachadon ichi sinexiyalari – Asherman sindromi);
- gipotalamo-gipofizar tizimining funksional buzilishlari (vaznining kamayishi bilan bog‘liq va psixogen amenoreya, giperprolaktinemiya);
- tuxumdon amenoreyasi (tuxumdon rezistentligi sindromi, tuxumdon yetishmovchiligi sindromi va gonadalar faoliyatining gipertormozlanishi sindromi).

Servikal kanalning atreziyasi – servikal kanalning jarohat sababli berk bo‘lib qolishi, bu abort bachadon ichi muolajalari, elektrokonzatsiyadan keyin kuzatiladi. Bu endoserviks bazal membranasi jarohati bilan bog‘liq jarayon.

Servikal kanalining atreziyasi ikkilamchi amenoreyada 5-7% ni tashkil qiladi.

Klinika. Muolajadan keyin hayz sikli to'xtashi, hayz vaqtida qon chiqishi yo'llar berk bo'lgani sababli siklik og'riq bilan ifodalanadi.

Tashxis: anamnez (bachadon ichi muolajalari), klinik belgilari va UTT (gematometra belgilari) asosida qo'yiladi.

Davosi – bachadon bo'shlig'ini zondlash, agar amenoreya 6 oydan uzoq davom etsa – gisterorezektoskopiya.

Bachadon ichi sinexiyalari (Asherman sindromi)

MKB – 10 kodi:N85.6-bachadon ichi sinexiyalari.

Bachadon shilliq qavatini qo'pol, tez-tez tozalash va endometriy yallig'lanishi natijasida sinexiyalar hosil bo'ladi. Ikkilamchi amenoreyasi bo'lgan ayollarda uchrash soni 3%ni tashkil qiladi.

Klinika. Siklik og'riqlar kuzatilmaydi. Tashxis anamnez asosida. Gormonlar normada bo'lib, estrogen va gestagenlar bilan sinama salbiy chiqadi.

Davolash. Gisterorezektoskopiya. Bakteriologik va mikrobiologik tekshirish. Antibakterial davo. 3 oy davomida siklik gormonal terapiya – estrogen va gestagenlar bilan (femoston 1/10) olib boriladi. AOK tavsiya qilinmaydi, chunki ular endometriyni atrofik jarayoniga olib kelishi mumkin.

Asherman sindromi (UTT va Gisterorezektoskopiya)

Vazn yo'qotish bilan bog'liq amenoreya ikkilamchi amenoreyali ayollarda 20-25%ni tashkil etadi. 14 – 18 yoshli qizlarda uchraydi, markaziy nerv tizimida neyromediator almashuvi buzilib, GnRG ajralishining kamayishiga olib keladi. Menarxe boshlanishi uchun qizlarda 17% yog'to'qima bo'lishi zarur, hayz siklini boshqarishga esa 22% yog'ga muhtoj bo'ladi. Agar ayol vazni 5-18% yo'qolsa, hayz sikli keskin to'xtaydi. Bu ayollarda FSG, LGva E₂ gormonlar miqdori kamayadi.

Davolash. Psixiatr konsultatsiyasi zarur, chunki o'smir shizofreniyasida bu birinchi simptomlardan biri. To'g'ri oziqlanishini boshqarish kerak, vitamin B, valeriana, pus-tirnik va mikrodozada tabiiy siklik estrogen-gestagenli (divina, femoston 2/10, sikloproginova) terapiya tavsiya qilinadi.

Giperprolaktinemiya

MKB-10 kodi: E22.1-giperprolaktinemiya.

Giperprolaktinemiya prolaktin sekretsiyasi ko'payib, gipofizda gonadotrop gormonlarning kamayishiga va gipogonadotrop amenoreyaga olib keladigan holat yuzaga keladi. 20-25% ayollarda ikkilamchi amenoreyaga olib keladi. Giperprolaktinemiya birlamchi (gipotalamusda birlamchi o'zgarishlarda) va ikkilamchi (endokrin, noendokrin va medikamentoz sababli) turlari bo'ladi.

Gipotalamo-gipofizar tizimida anatomik va funksional buzilishlar natijasida patologik giperprolaktinemiya yuzaga keladi.

Anatomik sabablar:

- gipofiz o'smalari (kraniofarangioma, glioma, granulema), gormonal aktiv o'smalar (prolaktinoma, aralash prolaktin AKTG ajratadigan gipofiz adenomalari);
- jarohat yoki xirurgik davo natijasida, radiatsiya ta'sirida gipofiz oyoqchasi jarohatlanishi.

Funksional sabablar:

- stress;
- neyroinfeksiyalar (meningit, entsefalit);
- turli endokrin kasalliklar (gipotireoz, Kushing kasalligi, Nelson sindromi, akromegaliya).

Kam uchraydigan sabablar:

- buyrak yetishmovchiligi;
- bronxogen kartsinoma, gipernefroma;
- ko'krak qafasida jarohat va operatsiyalar;

– yatrogen sabablar (fenotiazinlar, rezerpin, gallyutsinogenlar).

Klinika. Hayz sikli – ikkilamchi amenoreya, 70% ayollarda hayz siklining buzilishi stress, jarohat, operatsiya, uzoq vaqt neyroleptiklar iste'mol qilish bilan bog'lanadi. Laktoreya (sut bezidan ajralmalar) 67% ayollarda kuzatiladi, lekin qondagi prolaktin miqdori bilan korrelyatsiyasi yo'q. Bosh og'rig'i (migren turi), bosh aylanishi, tranzitor qon bosimi ko'tarilishi 50% ayollarda kuzatiladi. Yondosh simptomlardan neyropsixik reaksiyalar ham bo'lishi mumkin (depressiya, emotsional labillik va b.).

Tashxis: anamnez, laktoreya, gipoestrogen belgilari va prolaktin miqdori asosida. Giperprolaktinemiya gipotireoz bo'lgan ayollarda uchrashi sababli birinchi navbatda gipotireozga (TTG, T₄) tekshirish lozim. Prolaktin 3000 mME/l gacha bo'lsa – funksional giperprolaktinemiya deb hisoblaniladi, miqdori 3500 – 8000 mME/l 70-85% holatlarda ayolda mikroadenoma bo'lishi ehtimoli bor. KT yoki MRT yordamida mikroadenomani diagnostika qilish imkoniyati bor. Prolaktin miqdori ko'tarilgan sari gonadotrop gormonlar (FSG, LG) miqdori kamayib boradi. Bu ayollarda ko'z tubini tekshirganda mikroadenomaga xos o'zgarishlar aniqlanadi.

Davolash. Medikamentoz davo dofamin agonistlari yordamida (bromkriptin, dostineks) amalga oshiriladi. Kabergolin (dostineks) 2,5 mg 1-2 mahal haftasiga, prolaktin nazoratida.

Xirurgik davo (selektiv olib tashlash, rentgenoterapiya, telegammaterapiya) makroadenomada qo'llaniladi. Bu ayollar dispanser nazoratida bo'lib, yilda 1 marta MRT, nevropatolog va okulist ko'rigi va prolaktin miqdorini 2 marta aniqlash tavsiya qilinadi.

Tuxumdon rezistentligi (refrakter) sindromi

MKB – 10 kodi: N91.2-noaniq amenoreya.

Uchrash soni 5-6% hamma turdagi amenoreya orasida. Tugʻma (genetik) va orttirilgan (Yatrogen sababli – nurlanish terapiya, sitostatiklar, immunodepressantlar, tuberkuloz, parotit, aktinomikozlarda). Antitanachalar (AT) hosil boʻlib, FSG va LG retseptorlarni blok qilib, gipoestrogene-miyaga olib keladi.

Klinika: Menarxedan 5-10 yil oʻtgach yoki 35 yoshgacha amenoreya yuzaga keladi.

Anamnezida – hayz siklining buzilishi, bepushtlik, infeksiyon va autoimmun kasalliklar aniqlanadi. Bachadon gipoplaziyasi kuzatiladi. Homiladorlik kam holda kuzatiladi. Gormonal tekshiruvda estrogen miqdori kam, FSG va LG miqdori yuqori boʻladi. UTT tekshirganda – multifolikulyar tuxumdon belgilari aniqlanadi. Estrogen va gestagenlar bilan sinama ijobiy boʻlib, gestagen bilan klomfen sinamasi salbiy chiqadi.

Davolash

1. Gormon oʻrin bosuvchi terapiya (femoston 2/10,1/10) – 3-6 oy davomida.
2. Homilador boʻlish uchun EKV va ootsitlaning donatsiyasi tavsiya qilinadi.

Tuxumdon yetishmovchiligi sindromi

MKB – 10 kodi: E28.3 – birlamchi tuxumdon yetishmovchiligi.

Tuxumdon yetishmovchiligi sindromi – bu simptomokompleks 40 yoshgacha boʻlgan ayollarda ikkilamchi amenoreya, estrogen defitsiti (koʻp terlash, issiqlik quyilishi) belgilari va qonda gonadotrop gormonlari (FSG va LG) koʻpayishi bilan kuzatiladi. Populyatsiyada amenoreyalarning ichida uchrash soni 1-3%, 10% gacha. Bu genetik nuqson boʻlib follikulyar apparatining defitsiti bilan ifo-

dalanadi. Ekzogen faktorlar – stress, virusli infeksiyalar, intoksikatsiya, tuxumdon rezeksiyasidan keyin, estrogen gormonlarining keskin kamayishi va FSG, LG miqdorining ko‘payishi.

Klinika. Amenoreya yoki oligoopsomenoreyadan boshlanib, menopauzadagi ayollarga xos vegetativ qon-tomir belgilar – «issiqlik» quyilishi, bosh og‘rig‘i, depressiya, xavotirlik, ish faoliyati kamayishi, qin quruqligi va boshqa belgilar kuzatiladi. UTTda bachadon va tuxumdon gipoplaziyasi aniqlanadi.

Davolash. Gormon o‘rin bosuvchi terapiya (divina, fe-moston, klimen, kliogest). Homilador bo‘lish uchun EKV tavsiya qilinadi.

Tuxumdon gipertormozlanishi sindromi

MKB-10 kodi: E89.4 – medikamentoz davolashdan keyin tuxumdon faoliyatining buzilishi.

Yatrogen patologiya bo‘lib, uzoq vaqt davomida AOK iste‘mol qilgan ayollarda yuzaga keladi. Bu genetik gipotalamik rilizing gormonning ajralishi yetishmovchiligi natijasida rivojlanadi va prolaktin gormonining miqdori ko‘payishi mumkin.

Klinika. Ayollarda hayz tiklanmagan bo‘lib, menarxe yoshidan oligomenoreya bilan boshlanadi. UTT o‘tkazilganda bachadon o‘lchamlari kichik, endometriy – 3-5 mmgacha, lekin tuxumdonlar o‘lchami normal va follikulalar soni ko‘p (multifollikulyar) bo‘ladi. Gonadotrop gormonlar bazal normada.

Davolash. Bu sindrom AOK qabul qilgandan keyin yuzaga kelgan bo‘lsa, davolash shart emas. Hayz sikli 3-4 oydan so‘ng o‘zi tiklanadi.

batida adipotsitlar (yog' hujayrasi) da androgenlar sintezi va bunga mos ravishda testosteronning estradiolga, androsteronning estronga aromatizatsiyasi kuchayadi. Ushbu jarayon avtonom xususiyatga ega bo'lib, gonadotrop stimulyatsiyaga bog'liq emas. Shunday qilib, yog' to'qimasi androgen va estrogenlar (asosan estron) ning gonadadan tashqari ishlab chiqarilish manbasi hisoblanadi.

PKTS asosiy klinik belgilari:

- surunkali anovulyatsiya;
- tuxumdonga bog'liq giperandrogeniya.

Patogenezida u yoki bu mexanizmning ustunlik qilishiga ko'ra, PKTS rivojlanishining 2 xili tafovut qilinadi: semizlik bilan va semizliksiz kechadigan PKTS.

Semizlik bilan kechadigan PKTSda giperinsuline-miyaga olib keluvchi va natijada teka hujayralarda androgenlarning LGga bog'liq sintezini kuchaytiruvchi IR alohida o'rin tutadi. LG darajasining oshishi qo'shilib, xuddi semizlikdagi kabi mexanizm bo'yicha androgenlar giperproduksiyasiga olib keladi. Ko'rinib turibdiki, farq faqatgina tuxumdonlarda androgenlar sintezini kuchaytiruvchi turtki mexanizmida ekan. PKTS ko'p omilli, ehtimol, irsiy determinirlangan patologiya bo'lib, patogenezida gipofiz gonadotrop faoliyati markaziy mexanizmlari (pubertat davrdan boshlab), mahalliy tuxumdon omillari, tuxumdondagi morfologik o'zgarishlarni hamda klinik simptomatikani belgilovchi ekstraovarial va metabolik buzilishlar ishtirok etadi.

Klinika

– Hayz siklining oligomenoreya turida buzilishi. Tuxumdonlarning gormonal faoliyati buzilishi pubertat davrida tuxumdonlar fiziologik faollashishi bilan, sikl buzilishi esa menarxedan boshlanadi va meyorlashishga moyil bo'lmaydi. Taxminan 10-15% bemorlarda hayz sikli buzilishi en-

dometriy giperplaziya jarayonlari fonida BDQ xususiyatida bo'ladi.

– Anovulyator bepushtlik. Shu o'rinda ta'kidlash kerak-ki, bunda bepushtlik AGS buyrak usti bezi giperandrogeniyasiga xos bo'lgan homilador bo'lish ehtimoli va keyinchalik homila tushishidan farq qilib, birlamchi xususiyatda bo'ladi.

– Turli darajada ifodalangan girsutizm menarxe davridan sekin-asta rivojlanadi. AGSda esa, girsutizm buyrak usti bezlari faollashishi bilan adrenarxe davrida boshlanadi.

– Tana vaznining ortishi.

– Sut bezlari to'g'ri rivojlanganda ham, har uchinchi ayolda surunkali anovulyatsiya va giperestrogeniya fonida fibroz-kistoz mastopatiya rivojlanadi.

Diagnostika:

– o'ziga xos anamnez, klinik simptomatika-menarxeni o'z vaqtidaligi, menstrual sikl buzilishi – oligomenoreya menarxedan, bemorlarning yarmidan ko'pida girsutizm, 70%ida IMT – 26-30, II-III-darajali semizlik menarxedan rivojlanadi;

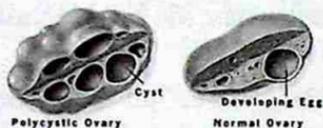
– transvaginal UTT siklning 5-7-kunida o'tkazilganda, exoskopik manzara mezonlari yaqqol ko'rinadi,

– tuxumdonlar hajmi 9 sm^3 , giperplaziyalangan stroma 25%ini tashkil etadi;

– tuxumdonlar hajmi $\text{sm}^3 = U \times Q \times E \times 0,5$ formulasida aniqlanadi (U, Q, E – tuxumdon uzunligi, qalinligi va eni, 0,5 – koeffitsient);

– 10 dan ortiq diametri 10 mm gacha bo'lgan atretik follikulalar periferiyada yoki qalinlashgan kapsula ostida joylashgan.

Tuxumdonlar polikistoz sindromining UTT belgilari



ASRM/ESHRE kriteriyarlari:

- 12 follikul (va ortiq) 2–9 mm diametri va yoki
- Tuxumdon hajmi 10mm³ ortiq

PSKTS=polikistoz tuxumdonlarni sindromi

Consensus on women's health aspects of polycystic ovary syndrome (PCOS): the Amsterdam ESHRE/ASRM Sponsored 3rd PCOS Consensus Workshop Group Fertility and Sterility 2012;97(1):28-38.

PKTS gormonal xususiyatlari:

- LG darajasi oshishi;
- LG/FSG nisbati 2,5 dan ortiq;
- meyoriy DEA-S va 17-ONP da umumiy hamda erkin T darajasi yuqori bo'lishi;
- deksametazon bilan sinama o'tkazilganda (buyrak usti bezi fraksiyasi hisobiga) androgenlar konsentratsiyasining taxminan 25%ga kamayishi;
- AKTG bilan sinama manfiyligi AGSga xos bo'lgan buyrak usti bezi giperandrogeniyani inkor etadi.

PKTS da metabolik buzilishlar:

- triglitseridlar, past zichlikdagi lipoproteidlar va juda past zichlikdagi lipoproteidlar darajasi oshishi;
- yuqori zichlikdagi lipoproteidlar darajasi pasayishi;
- glyukoza ning insulinga tolerantligi buziladi, glikemik egrilik (qonda qand miqdori nahorda och qoringa va 75g glyukoza iste'mol qilgandan keyin 2 soat ichida) aniqlana-

di. Agar 2 soatdan so'ng qonda qand miqdori boshlang'ich raqamlarga mos kelmasa, bu glyukozaning insulinga tolerantligi buzilgani, ya'ni IRdan darak beradi va mos keladigan davoni talab etadi;

– endometriyda giperplastik jarayonlar uchrash chastotasi ortganligi sababli, ayollarda atsiklik qon ketishi endometriy biopsiyasiga ko'rsatma bo'ladi

PKTS qiyosiy taqqoslash AGS bilan shartlangan giperandrojeniya, shuningdek, tuxumdon va/yoki buyrak usti bezi virilizatsiyalanadigan o'smalari bilan o'tkaziladi.

Davolash. PKTS bo'lgan ayollar shifokorga bepushtlikka shikoyat bilan murojaat qilishadi. Shuning uchun davoning maqsadi ovulyator siklni tiklashdan iborat. Ortiqcha tana vaznli va normal tana vaznli bemorlarda davovo cho- ra-tadbirlari ketma-ketligi farq qiladi.

Semizlikda:

I-bosqichda tadbirlar tana vaznini meyorlashga qaratilgan. Vaznni reduksion parhez (o'tkir, sho'r mahsulotlarni, suyuqlikni cheklash, yuklamali kunlar) fonida kamaytirish, uglevod va yog' almashinuvini normallashtiradi. Oqsil glyukoneogenez jarayonida sarf bo'lishini hisobga olib ochlik tavsiya etilmaydi. Jismoniy faollikni kuchaytirish nafaqat vaznni meyorlashning, balki mushak to'qimasining insulinga sezgirligini oshirishning ham muhim komponenti hisoblanadi.

AGS va PKTS differensial-diagnostik belgilari

Ko'rsatkichlar	AGS	PKTS
Testosteron	Yuqori darajada	
DEA, DGEA-S	Yuqori	Normada yoki yuqori
17-OPN	Yuqori	Normada
LG/FSG	2 kam	2,5 ko'p
Deksametazon bilan sinama	75% ga kamayishi	25% kamayishi

AKTG bilan sinama	Ijobiy	Salbiy
Bazal harorat	LF yetishmovchiligi	Monofaz
Girsutizm darajasi	I-III	I-II
IMT (tana vaznining indeksi)	24-26	>26
Ayol morfotipi	Interseksual	Ayolniki
Generativ faoliyati	1-chi trimestrda homila tushishi	Birlamchi bepushtlik
Hayz faoliyati	Hayz sikli oligomenoreyaga moyil	Oligo-, amenoreya DQK
Tuxumdonlar	Follikulalar turli yetilish darajasida, hajmi 6 sm ³ gacha	Stroma hisobiga kattalashgan, follikulalar 5-8mm gacha, subkapsulyar joylagan, hajmi>9 sm ³

II-bosqichda – reduksion parhez va jismoniy yuklamadan samara bo‘lmaganda (IR va GI) metabolik buzilishlarning medikamentoz terapiyasi o‘tkaziladi. Glyukofaj (metformin) periferik to‘qimalarning insulinga sezgirligini oshiruvchi preparat hisoblanadi. Metmorfin jigarda, mushaklarda va yog‘ to‘qimasida glyukoza sarflanishini yaxshilab, triglitseridlar darajasini pasaytirib, periferik IR susayishiga olib keladi. Preparat glyukozotolerant test nazoratida 3-6 oy muddatga 500 – 1000 mg/sut buyuriladi. Vazn normallashgach, ovulyatsiyani stimullash o‘tkaziladi.

Normal tana vaznida:

PKTS va bepushtlikni davolash bepushtlikning nay hamda erkak omilini istisno etgach boshlanadi.

I-bosqich. Ta’kidlab o‘tish joizki, uzoq vaqt estrogen-gestagenlarni ularni cheklagandan keyin yuzaga keladigan rebaund-samaraga asoslangan ovulyatsiyani stimullash uchun qo‘llash o‘z qimmatini yo‘qotmagan. Bu

maqsadda AOK (diane-35, midiana) ni 3-6 sikl davomida qo'llash eng samarali bo'lib qolmoqda. PKTS giperandrogeniya va girsutizm bilan birga uchragan bemorlarga klomifenni buyurishdan oldin intiandrogen terapiya kursini (midiana, belara, yarina) testosteronni miqdori normallashtirish uchun o'tkazish lozim. Estrogen-gestagen bilan davolash samara bermaganda, klomifen sitrat qo'llanadi.

II-bosqich. Klomifen sitrat bilan ovulyatsiya stimulyatsiyasi hayz siklining 5-dan 9-kunigacha o'tkaziladi.

1-kurs – 50 mg dan kuniga;

2-kurs – 100 mg;

3-kurs – 150 mg.

Bazal harorat, follikulometriya ma'lumotlari bo'yicha ovulyatsiya bo'lmaganda klomifen dozasi har keladigan siklda 50mg dan 200mg ga yetguncha oshiriladi. Ovulyatsiya stimulyatsiyasining samaradorligi mezoni bo'lib tiklangan regulyar hayz sikli ikkinchi fazasida 12-14 kun davomida gipertermik bazal harorat, sikl ikkinchi fazasi o'rtasida progesteron darajasi 15 ng/ml va yuqori, LG preovulyator cho'qqisi, shuningdek, UTTda siklning 13-15-kunida 18 mm dan kichik bo'lmagan dominant follikul mavjudligi, endometriy qalinligining 8-10mm dan kam bo'lmasligi xos.

Ushbu ko'rsatkichlar bo'lganda, odam xorionik gonadotropini oXG (profazi, pregnil)ning 7500 – 10 000 ovulyator dozasini yuborish tavsiya etiladi, bu o'tkazilgandan so'ng 36-48 soat ichida ovulyatsiya sodir bo'ladi.

Yodda tutish muhimki, oXG ni erta buyurish yetilmagan follikulning muddatidan avval lyuteinizatsiyasiga, kech buyurish esa, lyuteolitik ta'sir ko'rsatadi. Klomifen bilan davolaganda u antiestrogen samaraga ega ekanligini, servikal shilliq miqdorini kamaytirishini va natijada spermatozoidlar penetratsiyasiga qarshilik qilishini, endometriy proliferatsiyasini to'xtatib tuxum hujayra urug'langanda implantatsiyani buzishini unutmashlik shart. Uning bu istalmagan

samarasini bartaraf etish maqsadida klomifen qabuli to'xtagach, tabiiy estrogen 1-2 mg dozada yoki sintetik estrogen (mikrofolin) 0,05 mg dozada siklning 10-dan – 15-kunigacha servikal shilliq o'tkazuvchanligini va endometriy proliferatsiyasini kuchaytirish uchun tavsiya etiladi.

Lyutein fazasi yetishmasligida sikl ikkinchi fazasida 16-dan – 25-kunigacha gestagenlar didrogesteron (dyufaston 10 mg 2 marta) tavsiya etiladi (3-6 oy davomida).

Klomifen sitrat bilan davolashda ovulyatsiya induksiyasi 60-65%, homiladorlik 32-35%, ko'p homilali homiladorlik 5-6% holatda kuzatilsa, bachadondan tashqari homiladorlik va o'z-o'zidan homila tushishi populyatsiyadan yuqori emas. Ovulyator sikl fonida homiladorlik sodir bo'lmasa, laparoskopiyada bepustlikning peritoneal omillarini mustasno etish talab qilinadi.

III-bosqich. Klomifen rezistentlikda ovulyatsiyaning to'g'ridan-to'g'ri ta'sir etadigan stimulyatorlari – gonadotrop preparatlar buyuriladi. LG va FSG 75 ed. dan tutuvchi chMG (pergonal, xumigon va hk.) qo'llaniladi. So'nggi yillarda LG yuqori bo'lgan ayollarda ovulyatsiyani stimullash uchun yuqori tozalangan FSG (metrodin) preparati ishlab chiqarildi.

Gonadotropinlar buyurilganda bemorga ko'p homilali homiladorlik xavfi, giperstimulyatsiya sindromi rivojlanish ehtimoli, shuningdek, davoning qimmatligi haqida ma'lumot beriladi. Davo faqat bachadon va naylar patologiyasi, erkak omilini istisno etgach boshlanishi shart.

Davolash jarayonida follikulogenez va endometriy holatining UTT monitoringi, albatta, o'tkazib turilishi lozim. Agar hech bo'lmaganda diametri 18 mm dan kichik bo'lmagan 1ta follikul bo'lsa ham ovulyatsiya odam XG 1 marta 7500-10 000 birlik dozada yuborib chaqiriladi. Diametri 16 mm dan katta 2 ta yoki 14 mm dan katta 4 ta follikul

aniqlansa, XG yuborish ko'p homilali homiladorlik xavfini yuzaga keltirishi mumkinligi sababli maqsadga muvofiq emas.

Ovulyatsiyani gonadotropinlar bilan stimulyatsiya qilish homiladorlikni 60% gacha, ko'p homilali homiladorlik xavfini 10-25%, bachadondan tashqari homiladorlik 2,5 dan 6% gacha oshiradi, o'z-o'zidan homila tushishi 12-30% va tuxumdonlarning giperstimulyatsiya sindromi 5-6% hollarda kuzatiladi.

IV-bosqich. Klomifen rezistent holatlarda ovulyatsiyani xirurgik stimulyatsiyasi – tuxumdonlarning ponasimon rezeksiyasi minimal invaziv va bitishma hosil bo'lishi xavfi past usul operatsion laparoskopiya yordamida o'tkaziladi. Bundan tashqari, laparoskopik rezeksiyaning quyidagi afzalliklari mavjud: giperstimulyatsiya, ko'p homilali homiladorlik xavfi yo'q va bepustlikning hamroh peritoneal omillarini, endometriozni bartaraf etish ehtimoli.

Laparoskopiyada stromani nuqtali elektrod bilan buzishga asoslangan tuxumdonlarning kateterizatsiyasini o'tkazish mumkin. Har bir tuxumdonda 15 dan 25 tagacha punktur qilinadi, bu amaliyot tuxumdonlarning ponasimon rezeksiyasiga ko'ra, kam jarohatli va qisqa vaqt talab etadi. Laparoskopiya afzalligi kosmetik samara va kasalxonada davolanish kunlarini 2 kundan oshmasligida.

Amaliyotdan 3-5 kundan keyin hayzga o'xshash reaksiya, 2 haftadan so'ng esa, bazal harorat bo'yicha aniqlanadigan ovulyatsiya kuzatiladi. Laparoskopik amaliyotdan keyin 2-3 sikl davomida ovulyatsiya bo'lmasligi qo'shimcha klomifen buyurishni talab etadi.

Odatda homiladorlik 6-12 oy ichida sodir bo'ladi, keyinchalik homilador bo'lish chastotasi pasayadi. Ovulyator menstrual sikl mavjudligida homiladorlik sodir bo'lmasligi bepustlikning nay omilini mustasno etish zarurligini talab qiladi.

Laparoskopik amaliyotdan keyin ovulyatsiya induksiyasi uchrashi 84-89%, homiladorlik sodir bo'lishi o'rtacha 72%.

Yetarlicha samaraga qaramay, ko'pchilik klinitsistlar taxminan 5 yildan keyin PKTS retsidivi va klinik simptomatikani kuzatishgan. Shuning uchun homiladorlik va tug'ruqdan keyin PKTS retsidivi profilaktikasini o'tkazish kerak. Bu maqsadda monofaz (Midiana, yarina, belara va hk.) aralash oral kontratseptivlar (AOK) dan foydalanish zarur. Ortiqcha tana vazniga ega bo'lgan ayollarda preparatning nojo'ya ta'sirlarida yoki ko'tarolmaslikda yangi AOK – yarinani 3 sikldan kam bo'lmagan muddatga tavsiya etish mumkin. Gestagenlar siklning 2-fazasida: dyufaston 20 mg hayz siklining 16-dan 25-kunigacha, medroksiprogesteronatsetat (MPA) 10-20 mg dan siklning 16-dan 25-kunigacha yoki 17-OPK 12,5% m/o siklning 16- va 21- kunida 125-250 mg dan buyuriladi.

PKTS bo'lgan ayollarda endometriy giperplastik jarayonlarini davolash

Gistologik tekshiruvda tasdiqlangan endometriy giperplaziyasi aniqlanganda, birinchi etapda estrogen-gestagen va gestagen preparatlar, semizlikda gestagenlarning o'zi bilan davolash qilinadi. Estrogen-gestagen preparatlardan marvelon, femoden, mersilon 1 tabletkadan kuniga siklning 5-dan 25-kunigacha 6 oy davomida buyuriladi. Gestagenlardan dyufaston 10 mg/sut yoki medroksiprogesteron atsetat – 20 mg/sut siklning 16-dan 26-kunigacha buyuriladi. Retsidivlangan giperplastik jarayonlarda, adenomatozda gestagenlar bilan uzluksiz rejimda (provera 250 mg dan haftada 2-3 marta) 6 oy davomida davolash va davolash boshlangandan 3-6 oy o'tgach, bachadonni nazorat diagnostik qirish ko'rsatma hisoblanadi.

Shuni unutmaslik zarurki, tuxumdonlar rezeksiyasiga nafaqat bepustlik, balki ayollarda giperplastik jarayonlar bilan birga PKTS borligi ham ko'rsatma hisoblanadi.

Reproduktiv yoshdagi, xususan, generativ faoliyatni o'tamagan ayollarda adenomatozni davolashda gonadoliberin analoglari – zoladeks, dekapeptil va hk. ni 6 oy davomida qo'llash yaxshi natija beradi deb hisoblanadi. Biroq preparat narxi qimmatligi ularni amaliyotda keng qo'llanishini cheklaydi.

Giperplastik jarayonlarni davolashning 2-bosqichida chora-tadbirlar gormonoterapiya to'xtatilgach (rebound effekt) ovulyator menstrual siklni tiklashga qaratilgan. Bunda ham klomifenni bazal harorat nazoratida umumiy qabul qilingan sxema bo'yicha buyurish mumkin.

Endometriy giperplastik jarayonlarini davolashni o'tkazish uchun zarur sharoitlar reduksion parhez va medikamentlar berish fonida metabolik buzilishlar (giperinsuliniemiya, giperqlikemiya, dislipidemiya) ni korreksiyalashdir. Aks holda, yog' to'qimada estrogenlar hosil bo'lishiga bog'liq retsidivlar yuzaga kelishi mumkin.

Girsutizmni davolash eng qiyin tadbirlardandir. Soch follikulasi darajasida testosteronni 5α -reduktaza ta'sirida faol digidrotosteronga aylanishi sodir bo'ladi. Giperandrogeniya kechishini qiyinlashtiradigan erkin testosteron darajasining oshishi katta ahamiyatga ega.

Girsutizmni davolash androgenlar ta'sirini turli yo'llar bilan bloklashga qaratilgan:

- endokrin bezlarda sintezini to'xtatish;
- globulinlarni bog'lovchi jinsiy steroidlar konsentrat-siyasining oshishi, aniqrog'i biologik faol androgenlarning kamayishi;
- 5α -reduktaza fermenti aktivligi pasayishi hisobiga nishon to'qimalarda digidrotosteron sintezi tormozlanishi;
- soch follikulasi darajasida androgenga sezgir retseptorlar blokadasi.

Semizligi bor ayollarda tana vaznini meyorlash girsutizmni davolashning zarur sharti hisoblanadi. Tana vazni

va androgenlar darajasi orasida musbat korrelyatsiya mavjudligi isbotlangan.

Aralash oral kontratseptivlar (AOK) girsutizmni, ayniqsa, yaqqol ifodalanmagan shakllarini davolashda keng qo'llaniladi. AOK ta'sir mexanizmi LG sintezini pasaytirish, shuningdek, erkin androgenlar konsentratsiyasini kamaytiradigan GBS darajasini oshirishga asoslangan.

Birinchi antiandrogenlardan biri siproteronatsetat (androkur) edi. U kimyoviy tuzilishi bo'yicha medroksiprogesteron atsetat hosilasi bo'lgan progestagen. Ta'sir mexanizmi nishon to'qimada androgen retseptorlarini bloklash va gonadotrop sekretsiyani susaytirishga asoslangan. Shu jumladan, AOK – 2 mg tsiproteronatsetatni 35 mkg etinilestradiol bilan qo'shilmasi ham antiandrogen hisoblanib, kontraseptiv effektga ham ega. Diane-35ning antiandrogen ta'sirini Androkurni 25-50 mg dan siklning 5-dan 15-kunigacha buyurib kuchaytirish mumkin. Davo muddati 6 oydan 2 yilgacha va undan uzoq. Preperat yaxshi singadi, ba'zan qabul qilish boshlanganda lanjlik, shish, mastalgiya, vazn ortishi va mayl (libido) susayishi kuzatiladi.

Spirolakton (veroshpiron) ham buyrak usti bezi va tuxumdonlarda androgen sintezini, periferik retseptorlarni bloklab, sitoxroma R450s17 faolligini susaytirib antiandrogen samara ko'rsatadi; 5 α -reduktaza faolligini pasaytiradi, vazn kamayishiga olib keladi. Uzoq vaqt kuniga 100mg dan qabul qilinganda, girsutizm kamayganligi kuzatiladi. Nojo'ya ta'siri: dastlabki 5 kunda kuchsiz diuretik samara, lanjlik, uyquchanlik. Davo davomiyligi 6 oydan 24 oy va undan uzoq bo'lishi mumkin.

Flyutamid – ta'sir mexanizmi retseptorlarni bloklash va testosteronni kam kamaytirishga asoslangan. 250-500 mg/sut 6 oy davomida va undan uzoq buyuriladi. 3 oydan so'ng qonda androgenlar darajasi o'zgaray, yaqqol klinik sama-

rasi ko'rinadi. Kontratseptiv ta'siri yo'qligi sababli AOK bilan birga berish mumkin.

Finasterid – 5 α -reduktazaning maxsus ingibitori hisoblanib, uning ta'sirida faol digidrotosteron hosil bo'ladi.

Gonadotrop rilizing gormonlar agonistlari (Zoladeks, lyukrin-depo, buselerin, dekapeptil) ayniqsa LG yuqori bo'lgan PKTS samarali. Ta'sir mexanizmi gipofiz gonadotrop faoliyatini va tuxumdon teka hujayralarida androgenlarning LG ga bog'liq sintezini bloklashga asoslangan. Kamchiligi, tuxumdon faoliyatining o'tkir susayishidan klimakterik sindromga xos shikoyatlarning paydo bo'lishi. Bu preparatlar girsutizmni davolashda kam qo'llaniladi.

Girsutizmning medikamentoz davosi doim ham samarali emas, shuning uchun turli ko'rinishdagi epilyatsiya (elektro-lazer, kimyoviy va mexanik) keng tarqalgan.

Giperandrogeniya va surunkali anovulyatsiya AGS, neyroalmashuv-endokrin sindrom, gipotireoz, Kushing kasalligi va giperprolaktinemiya kabi endokrin buzilishlarda kuzatiladi. Bunda tuxumdonlarda PKTS ga o'xshash morfologik o'zgarishlar rivojlanadi. Bunday hollarda gap ikkilamchi tuxumdon polikistozi haqida boradi va uni davolashning asosiy prinsipi yuqorida keltirilgan kasalliklarni muolaja qilishga tayangan.

2.4. Hayz oldi sindromi (HOS)

MKB – 10 kodi: N94.3 – Hayz oldi sindromi

Hayz oldi sindromi – hayz oldidan, hayz siklining ikkinchi fazasida yuzaga keladigan neyropsixik, vegetativ-qon tomir va endokrin-almashuvi buzilishlari bilan kuzatiladigan murakkab patologik simptomokompleks bo'lib hisoblanadi.

Turli yoshdagi guruhlarda HOSning uchrash soni turlicha 19-20 yoshda – 20%, 30 yoshdan keyin – 47%, 40-49 yoshdan keyin – 55%.

Etiologiyasi va patogenezini. HOS kelib chiqish omillariga: stress holatlar, neyroinfeksiyalar, asoratli tug‘ruq va abortlar, turli jarohat va jarrohlik amaliyotlari. Og‘irlashgan ginekologik anamnez va ekstragenital patologiyalar premorbid fon bo‘lib xizmat qiladi. HOS rivojlanishi haqida nazariyalar ko‘p: gormonal, «suv bilan zaharlanish» nazariyasi, psixosomatik buzilishlar, allergik va b. HOSning patogenezida giperestrogeniya va u bilan bog‘liq natriyning hamda suyuqlikni to‘qimalarda, asosan, markaziy asab tizimida yig‘ilib qolishi yetakchi o‘rin egallaydi.

Klinik shakllari:

- nerv-psixik (emotsional labillik, ta’sirchanlik, yig‘loqlik, uyqusizlik, jahldorlik, atrofdagilarga nisbatan apatiya, depressiv holatlar, holsizlik, tez charchash, xotira susayishi, seksual buzilishlar va b.);

- shish (yuz, boldir, barmoqlar shishi, sut bezlari taranglashuvi va og‘riqligi – mastodiniya, teri qichishi, terlash, chanqash, tana vazni ortishi, me‘da-ichak yo‘llari faoliyatining buzilishi, bosh og‘rig‘i, ta’sirchanlik va b.);

- sefalgik (vegetativ-qon tomir va nevrologik simptomatika ustunligi: migrensimon bosh og‘rig‘i, ko‘ngil aynib qusish, ich ketishi, bosh aylanishi, yurak urib ketishi, ta’sirchanlik, hidga sezgirlik ortishi);

- krizli (simpato-adrenal krizlar ustun bo‘lib, AQB ko‘tarilishi, taxikardiya, EKG o‘zgarishsiz, yurak og‘riqlari. Odatda, krizlar charchoq va stress holatlardan so‘ng kuzatiladi).

Patologik simptomlar soni, intensivligi va davomiyligi bo‘yicha HOSning uchta shakli farqlanadi: yengil, o‘rta va og‘ir. *Yengil shakli* – hayzdan 2-10 kun oldin 3-4 simptomlari paydo bo‘lib, shundan 1-2 simptomlar kuchliroq rivojlangan bo‘ladi; *og‘ir shakli* – hayzdan 3-14 kun oldin 5-12 simptomlar paydo bo‘lib, shundan 2-5tasi yoki barchasi kuchli rivojlangan bo‘ladi.

HOS uch bosqichda kechadi:

- Kompensirlangan – paydo bo‘lgan simptomlar hayz boshlanishi bilan yo‘qolib, yillar o‘tgan sari HOS avj olmaydi.

- Subkompensirlangan – yillar o‘tgan sari og‘irligi avj oladi, muddati, soni va rivojlanish darajasi ortadi.

- Dekompensirlangan – og‘ir kechib, «yorug‘» oraliqlar kamayadi.

HOSning tashxisi belgilarning siklligiga asoslanadi. Organik patologiyaning yo‘qligini aniqlash uchun kalla suyagi va turk egari, umurtqo‘yin qismi rentgenografiyasi, buyrak, me‘da-ichak yo‘llarini tekshirish, EEG, EKG funksional sinamalar bilan, ko‘z tub iva ko‘rish maydonini, ko‘krak bezida og‘riq bo‘lganda hayzning 1-fazasida mammografiya o‘tkazish tavsiya etiladi.

Kasallikni davolash uning davomiyligiga, klinik shakliga, bemorning yoshi va yo‘ldosh ekstragenital patologiyaga bog‘liq. Davolashning birinchi bosqichida psixoterapiya (o‘zaro suhbat, kasallik ma‘nosini tushuntirish, autotrenning, dam olish va ishlash tartibi, parhez bo‘yicha maslahatlar, badantarbiya tavsiya qilinadi). Neyropsixik belgilarni hisobga olib sedativ va psixotrop vositalar (tazepam, diazepam, rudotel, seduksen, amitriptilin va b.) hayzning 2-fazasida belgilar paydo bo‘lishidan 2-3 kun oldin beriladi. Antigistamin vositalar shish turida samara beradi.

Sefalgik va kriz shaklida prolaktin miqdori yuqori bo‘lganda dostineks yoki parlodel (1,25-2,5 mg kuniga) hayzning 2-fazasida beriladi. HOSning shish shaklida veroshpiron 25 mg 2-3 marta kuniga hayzning 2 fazasida belgilar paydo bo‘lishidan 3-4 kun oldin beriladi. HOSning patogenezida prostaglandinlar rol o‘ynashini hisobga olib, antiprostaglandinlar – naprosin, indometatsin va b. tavsiya etiladi.

Gormonal terapiya hayzning 2-fazasi yetishmovchiligi-da tavsiya qilinadi. HOSning og'ir shaklida gestagenlar 16-dan 25-kungacha (dyufaston 10 mg 2 mahal), yoki aralash sintetik progestagenlar (midiana, belara, yarina, va b.) va menopauza yoshidagi, mastopatiya va bachadon miomasi bor ayollarga (noretisteron 5 mg hayz siklining 5-kunidan 20 kun davomida) beriladi.

HOS 6-9 oy davomida davolanadi.

2.5. Postkastratsion sindrom

MKB – 10 kodi: N95.3 – sun'iy postmenopauzadagi holat.

Postkastratsion sindrom (PS) – bu vegetativ-qon tomir, neyroendokrin va neyropsixik simptomlar majmuasi bo'lib, reproduktiv yoshdagi ayollarda bachadon bilan yoki bachadonsiz total yoki subtotal ovarioektomiya (kastratsiya)dan keyin rivojlanadi va organizmning adaptatsiyasi buzilishi kuzatiladi. Operatsiyadan 1-3 haftadan keyin boshlanib, 2-3 oydan so'ng to'liq rivojlanadi.

Jarrohlik qilingan ayollar ichida 60-80% da sindrom kuzatilib, 25% da postkastratsion sindrom og'ir o'tib, ayolning mehnat qobiliyati buziladi. Ikki tomonlama ovariektomiya o'tkazgan taxminan 25% ayollarda og'ir va tez-tez issiqlik quyilishi, tez charchash, ta'sirchanlik, bezovtalik, qayfiyatsizlik, xotira susayishi kuzatiladi. Issiqlik quyilishlari gonadoliberin ishlab chiqarilish tezligi va amplitudasi ortishi bilan ifodalanadi.

Postkastratsion sindromning patogenezida adaptatsiyaning buzilishi yotadi. Tuxumdonlar olib tashlangandan so'ng jinsiy gormonlarning to'satdan kamayishi gonadotropinlar va jinsiy steroid gormonlar o'rtasidagi teskari bog'lanish mexanizmining buzilishiga olib keladi.

Klinik manzarasi: kasallik belgilari jarrohlikdan so'ng 1-3 haftada boshlanib, 2-3 oy va undan so'ng to'liq rivojlanadi.

Klinikasida vegetativ-qon tomir buzilishlari ustun bo'ldi (73%) – issiqlik quyilishi, terlash, taxikardiya, aritmiya, yurakda og'riq, gipertonik krizlar; almashinuv-endokrin buzilishlar (15%) – semizlik, giperlipidemiya, giperglikemiya; psixosomatik (12%) – ta'sirchanlik, yig'loqilik, uyqu, e'tibor buzilishi, agressiv-depressiv holatlar. 3-5 yildan so'ng jinsiy va siydik yo'llari tizimida estrogen defitsiti belgilari boshlanadi: atrofik kolpitar, sistitlar, sistalgiya va osteoporoz rivojlanadi.

Davolash. Psixosomatik simptomatikasida sedativ (valeriana, pustirnik, trankvilizatorlar (fenazepam, diazepam) va antidepressantlar (tianeptin, amitriptilin, moklobemid) tavsiya qilinadi. Kasallik patogenezini hisobga olib davolashda gormonal o'rin bosuvchi terapiya (GO'T) muhim ahamiyatga ega. Terapiyaning maqsadi – tuxumdon gormonal funksiyasini dori-darmon yordamida tiklash. Erta operatsiyadan keyin parenteral yoki teri orqali sof estrogenlar (klemara, lenzetto, divigel) afzal hisolaniladi, yoki tibolon 2.5 mg (ledibon, livial) – estrogen transelektiv regulyatori tavsiya qilinadi. Keyinchalik estrogenli monoterapiya va kombinirlangan gormon o'rin bosuvchi terapiya (femoston 2/10, klimen, klimonorm, divina va boshqa) tavsiya qilinadi (3-6 oy davomida). Og'ir PSda gormon o'rin bosuvchi terapiya uzoq vaqt davom etiladi. GO'T bilan dezagregant (atsetilsalitsil kislotasi) va venoprotektorlar (eskuzan, detraleks) trombotik asoratlarning oldini olish uchun talab qilinadi. Davolashdan oldin koagulogramma va sut bezining holatini tekshirish kerak. Terapiyaning davomiyligi – kamida 5-7 yil.

3-BOB

BEPUSHT NIKOH

Bugungi kunda bepushtlik davosi nafaqat tibbiy jihatdan, balki ijtimoiy demografik muammoligicha qolmoqda. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti (JSST) bergan malumotlarga ko'ra bugungi kunda bepushtlik bilan dunyo aholisining 15 % – 17% dan ko'prog'i aziyat chekmoqda. Bu muddat 1 yil – statistik jihatdan aniqlangan: 30% sog'lom juftliklarda turmushining birinchi uch oyida, yana 60% da – keyingi yetti oy davomida, qolgan 10% da esa – jinsiy hayotni boshlagandan o'n bir yoki o'n ikki oydan keyin homiladorlik yuzaga kelishi isbotlangan. Shunday qilib, bir yil – juftliklar fertilligini aniqlash va homiladorlik yuzaga kelmaganda bepusht oila haqida gapirish uchun yetarli muddat bo'lib hisoblanadi. Bepusht nikoh – reproduktiv yoshdagi ayollarda 1 yil davomida doimiy jinsiy aloqada bo'lganda (haftasiga 3 martadan kam bo'lmagan holatda) va kontratsepsiya vositalaridan foydalanmagan holatda ham homiladorlik bo'lmasligiga aytiladi. Ayrim mualliflarning malumotiga ko'ra, bepushtlik o'rtacha hisobda 10 – 20% gacha bo'lgan reproduktiv yoshdagi ayollarni tashkil etadi. «Birlamchi» va «ikkilamchi» bepushtlik farqlanadi. Agar ayol bir marta ham homilador bo'lmagan bo'lsa, birlamchi, agar bir marta homilador bo'lib, u qanday – tug'ruq, abort, homila tushishi, bachadondan tashqari homiladorlik bilan tugaganligidan qat'iy nazar keyingi bepushtlik ikkilamchi deyiladi. «Birlamchi» va «ikkilamchi» bepushtlik tushunchasi faqat ayollarga nisbatan emas, balki erkaklarga nisbatan ham qo'llaniladi, ya'ni shu erkakdan hamrohlaridan birortasi bir marta ham homilador bo'lmagan bo'lsa, birlamchi, agar hamrohlaridan birortasi bir marta bo'lsa ham homilador bo'lgan bo'lsa, keyingi bepushtlik ikkilamchi deb tushuniladi.

Bepushtlik sababi bo'lmish fertillik faoliyatni buzilishiga bir qancha omillar sabab bo'lmoqda. Bepusht nikohga sabab bo'luvchi omillarning 50% dan ko'prog'i ikki va undan ortiq sabablarning birgalikda kelishi bilan bog'liqdir.

Bepushtlikka olib keluvchi etiologik omillar juftlikning birida yoki ikkalasida ham kuzatilishi mumkin. Bepushtlik 45 % hollarda ayol tomonidan, 40% holatda erkak tomonidan va qolgan holatlarda ikki tomondan yuzaga kelib chiqqan patologik jarayonlar bilan bog'liqdir.

Boshqa bir guruh mualliflarning izlanishlari natijasida bergan ma'lumotlariga ko'ra, bepusht nikoh etnografik farqli xalqlarda o'rtacha 5 dan 50% gacha tashkil etadi. 50% dan ko'proq bepushtlik ayol organizmidagi o'zgarishlar bilan bog'liq bo'lib, ularning 10% holati noaniq etiologiyali bepushtlikdir. Bunga sabab bo'lib stress omillar, emotsional qo'zg'alganlik va uyqu buzilish holatlari hisoblanadi.

Hozirgi vaqtda agar muntazam jinsiy hayot bilan yashab, bir yil davomida homiladorlik yuzaga kelmasa, bepushtlik masalasini hal etish uchun juftliklarni tekshirish va davolashni boshlash lozim deb hisoblanadi.

Bundan tashqari, ayollar va erkaklar bepushtligi, aralash, juftliklar mos kelmasligi, endometrioz natijasidagi bepushtlik hamda noaniq sababli va idiopatik bepushtlik ham mavjud. Agar oiladagi bepushtlikka ayol organizmidagi biror bir o'zgarishlar sabab bo'lsa, ayollar bepushtligi deyiladi. Ayol sog'lom bo'lib, erkak spermasining urug'lantirish xususiyati sust bo'lsa, erkaklar bepushtligi deb yuritiladi. Ikkalasi bir vaqtda kuzatilsa, aralash bepushtlik deb hisoblanadi. Juftliklarning reproduktiv faoliyati ko'rsatkichlari normal bo'lib, maxsus sinamalar bu juftliklarning bir-biriga mos kelmasligini ko'rsatsa, davolash usulini tanlashda maxsus yondoshuvni talab qiladigan bepushtlikning alohida shakli bo'lib hisoblanadi. Shuningdek, yana butunlay

sog'lom va bir-biriga mos juftliklarda ham bepushtlik kuza-tilishi mumkin, bu noaniq sababli yoki idiopatik bepushtlik deb tushuntiriladi.

Ayollar bepushtligi o'z navbatida naylar, nay-peritoneal, endokrin va endometrioz bilan bog'liq bepushtliklarga bo'linadi.

Homiladorlik yuzaga kelish mexanizmi. Homiladorlik yuzaga kelishi uchun quyidagilar shart:

Siklik gormonal jarayonlar natijasida har oyda tuxumdonlarda bitta follikula yetiladi (kam hollarda ikki yoki hatto uch-to'rta). Taxminan siklning o'rtasida, ya'ni 14-kunlarida follikula yoriladi va tuxumhujayra chiqib, qorin bo'shlig'iga, undan bachadon naylariga tushib, u erda spermatozoid bilan uchrashib, urug'lanadi. Urug'langan tuxumhujayra bachadon bo'shlig'iga tushib, sharoit bo'lsa, bachadon devoriga joylashib, homiladorlik rivojlana boshlaydi.

Yuqoridagilardan shu narsa ma'lumki, homiladorlik yuzaga kelishi uchun quyidagilar shart ekan:

1. Tuxumdon follikulasining yetilishi va yorilishi (ovulyatsiya).

2. Tuxumhujayraning bachadon naylariga tushib, to'siqsiz bachadon bo'shlig'iga tushishi.

3. Bachadonning urug'langan tuxumhujayrani qabul qilish va uning rivojlanishini ta'minlashga tayyorligi.

Agar gormonal buzilishlar bo'lsa, ovulyatsiya bo'lmaydi, tuxumhujayra tuxumdonidan chiqmaydi, natijada bachadon va naylarga tushmasligi sababli homiladorlik yuzaga kelmaydi. Bunda bepushtlikning endokrin (yoki gormonal) shakli o'rinli bo'ladi.

Agar bachadonning ikkala naylari ham bo'lmasa yoki ularning o'tkazuvchanligi buzilgan bo'lsa va tuxumhujayra bachadon bo'shlig'iga tushmasa, nay bepushtligi deyiladi.

To'siq nayning o'zida bo'lmay, tuxumdon bilan naylar o'rtasida chandiqli holatida bo'lishi mumkin, unda bu peritoneal bepushtlik deb ataladi. Ko'pincha chandiqlanish jarayoni o'tkazuvchanligini buzib ham nayda va ham tuxumdonda bo'lishi mumkin, unda bu nay-peritoneal bepushtlik bo'ladi.

Nay bepushtligiga naylarning yallig'lanishi yoki ko'p marta gidrotubatsiyalar o'tkazish, naylarning bo'lmasligi va uning anatomik jihatdan funksional yetishmovchiliklari sabab bo'lishi mumkin. Bachadonning tug'ma (bachadonning bo'lmasligi yoki yetilmaganligi, uning ikkiga bo'linganligi, egarsimon bachadon, bachadon bo'shlig'ida to'siqlar bo'lishi va b.) va bachadon ichi muolajalari natijasidagi orttirilgan (bachadonning chandiqli deformatsiya, bachadon ichi bitishmalari va b.) anatomik nuqsonlari bachadon bepushtligiga sabab bo'ladi.

Bepushtlikni tashxislash usullari

Ayollarni tekshirish. Bepushtlik sababini aniqlashda to'rg'i yig'ilgan anamnez muhim ahamiyatga ega.

JSST tavsiya etgan sxema:

- oldingi homiladorlik va tug'ruqlarning soni va oqibati, abortdan va tug'ruqdan keyingi asoratlar, tirik bolalar soni;
- bepushtlikning davomiyligi;
- qo'llanilgan kontratsepsiya usullari va davomiyligi;
- kasalliklari (diabet, sil, qalqonsimon bez va buyrak usti bezi kasalliklari);
- medikamentoz terapiya (sitotoksik, psixofarmakologik preparatlar, trankvilizatorlar);
- bepushtlikka sabab bo'ladigan jarrohliklar (appendektomiya, bachadon nayidagi, ichaklar, siydik yo'llari, buyrakdagi jarrohliklar);

- kichik chanoq a'zolarining yallig'lanish kasalliklari va jinsiy yo'llar orqali yuqadigan kasalliklar, qo'zg'atuvchining turi va davolash davomiyligi;

- sut bezlaridan ajralmalar kelishi va ularning laktatsiya bilan bog'liqligi;

- epidemik, ishlab chiqarish omillari, zararli odatlar (chekish, alkogolizm, narkomaniya);

- I- va II-darajali yaqinlikdagi qarindoshlarida irsiy kasalliklar;

- hayz anamnezi;

- jinsiy faoliyati – jinsiy aloqada og'riq (dispareuniya).

Obyektiv tekshirishlar:

- tana vazni indeksi { $TVI = \frac{\text{tana vazni, kg}}{\text{bo'y, m}^2}$ };

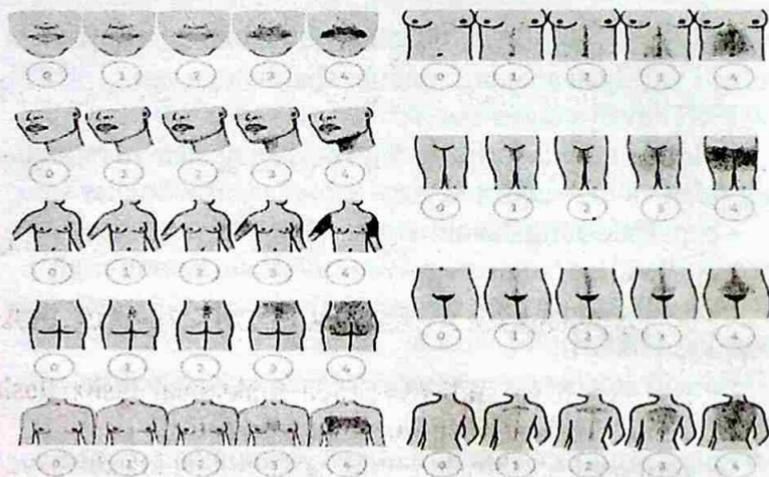
bo'y, m²

- galaktoreya bo'lishi, sut bezlarining rivojlanish darajasi;

- gipertrikoz (girsutizm) va uning darajasi;

Girsutizm: Ferriman – Gollivey shkalasi bo'yicha girsutizmni baholash

Klinik tavsiyalar rubrikatori, tuxumdonlar polikistozi sindromi, 2016-y.



Tuxumdonlar polikistozi sindromining klassik turida girsutizm 75% tarqalgan.

- terining holati – quruq, nam, yog‘li, husnbuzarlar bo‘lishi, cho‘zilish chiziqlari (joyi va rangi);
- ginekologik bimanual tekshirish va bachadon bo‘ynini ko‘zguda ko‘rish;
- ko‘z tubini va rangli ko‘rish maydonini tekshirish;
- bosh suyagi va turk egarining rentgenografiyasi yoki kompyuter tomografiyasi.

Abort yoki tug‘ruqdan keyin asoratlar, kichik chanoq a‘zolarida jarrohlik amaliyoti, yallig‘lanish kasalliklari yoki infeksiyasi, **nay-peritoneal bepushtlikning omillari deb hisoblanadi**. Agar og‘riq sindromi 5 turli bo‘lsa (dismenoreya, dizuriya, disxeziya, dispareuniya, hayz bilan bog‘liq bo‘lmagan og‘riq) kuzatilsa, bu **endometrioz kasalligi dalolati**.

Anamnez yig‘ish ham ahamiyatga ega, albatta, menarxe kelgan vaqti, regulyar, siklik, davomiyligi, menstrualaro qon ketishi, hayz sikli buzilishi, nima bilan bog‘liqligini so‘rab bilish kerak. Sog‘lom reproduktiv yoshidagi ayolda hayz sikli qon ketishi 5 ± 2 kun, va interval 28 ± 5 kundan iborat.

Hayz sikli buzilishi klinik belgilari:

- birlamchi amenoreya – ayolning hayotida hayz bo‘lmasligi;
- ikkilamchi amenoreya – 6 oy va undan ortiq hayz bo‘lmasligi;

hayz sikli buzilishi, kechki menarxe – bu bepushtlikning endokrin turiga xos buladi.

Maxsus tekshirish usullari va ularni o‘tkazish muddatlari:

- ikki-uch hayz sikli davomida funksional tashxislash testlarini o‘tkazish (bazal haroratni o‘lchash);
- gormonal tekshirishlar qon zardobida aniqlash: hayzning 2-4-kunida – LG, FSG va 20-22-kunlarida progesteron, prolaktin, testosteron;

- hayzning 20-22-kunlarida siydikda 17-KS va pregnandiolni aniqlash;
- hayzning 6-7-kunlarida gisterosalpingografiya; GSG faqat infeksiyalarni davolab (xlamidiya, ureaplazma, gardnerella, mikoplazma va boshqa);
- UTTda – follikula diametrini dinamik kuzatish – 9-11-13 kunlari ulchash;
- ko‘rsatma bo‘lganda – hayzning 18-24-kunlarida laparoskopiya;
- hayz boshlanishidan 2-3 kun oldin endometriyni biopsiya qilish (ko‘rsatmaga qarab).

Ayollar bepushtligining shakllari:

- endokrin – 30%,
- nay (nay-peritonal) – 30%,
- anovulyatsiya va bachadon naylari o‘tkazuvchanligi buzilishi bilan kechmaydigan kasalliklar – 25%,
- immunologik – 5%,
- psixogen – 3%,
- noaniq genezli – 6%.

Endokrin bepushtlik ovulyatsiya buzilishi bilan ifodalanadi – anovulyatsiya:

Endokrin bepushtlikdagi gormonal buzilishlarning klinik belgilari quyidagilar:

- amenoreya (6 oy va undan ortiq hayz bo‘lmasligi), yoki hayz sikli o‘zgarishi;
- ko‘krak bezidan o‘g‘uz yoki sut kelishi, ayniqsa, tug‘magan ayollarda (laktoreya);
- erkaklarga xos tuklanish (yuzida, ko‘kragida, qornida, sonlarida, elkasida), husnbuzarlar bo‘lishi;
- semizlik.

Biroq tuxumdonlarning gormonal faoliyati, ya’ni anovulyatsiya haqida bir necha hayz sikli davomida rektal haroratni (RH) o‘lchash ko‘proq va aniqroq ma’lumot beradi.

Surunkali anovulyatsiya intoksikatsiya, neyroinfeksiya, psixoemotsional stress, serebral jarohatlar natijasida bo'lishi hamda endokrin kasalliklar:

- tuxumdonlar polikistozi;
- buyrak usti bezi po'stlog'i disfunktsiyasi;
- giperprolaktinemiya;
- tug'ruqdan keyingi semizlik;
- gipo- va gipertireoz;
- Itsengo-Kushing kasalligi;
- nerv-psixik kasalliklar simptomi bo'lishi mumkin.

Klinik manzarasi bachadondan disfunktsional qon ketishlar, amenoreya, oligomenoreya holatida bo'lishi mumkin.

Funksional tashxislash testlariga (FTT) va UTTga asoslanib tashxis qo'yiladi: monofazali bazal harorat, follikulaning persistensiyasi yoki atreziyasi.

Ovulyatsiyalanmagan follikulaning lyuteinizatsiyasi stress, giperprolaktinemiya va tuxumdonlar yallig'lanishi sababli bo'lishi mumkin. Uning uchrashish soni 5% ni tashkil etadi. Tashxislash biroz qiyinchilik tug'diradi, chunki FTT va qon hamda siydikdagi gormonlar miqdori ovulyator sikldagidek bo'ladi. UTT va follikula diametrini o'lchaganda preovulyator follikulaning sekin-asta kichrayishi kuzaatiladi. Laparoskopiyada hayzning 13-15-kunida ovulyator stigmasiz gemorragik sariq tana aniqlanadi.

Hayzning lyutein fazasi yetishmovchiligi progesteron sintezining kamayishi bilan kuzatiladi. Uning kelib chiqishida buyrak usti bezi genezli giperandrojeniya, giperprolaktinemiya, bachadon va ortiqlarining yallig'lanish kasalliklari, gipotireoz rol o'ynaydi. Hayzning 1- va 2-fazasida haroratning 0,4°S farq bilan bazal haroratning gipertermik fazasi 4-8 kunga qisqarishi asosida tashxis qo'yiladi.

Funksional tashxislash testlari (FTT). Bachadon homiladorlikka tayyorlanishida follikula yorilib, tuxumhujay-

ra chiqib ketgach, o'rnida hosil bo'ladigan sariq tanacha gormoni – progesteron muhim rol o'ynaydi. Sariq tana gormoni yetishmovchiligi yoki lyutein faza yetishmovchiligi bachadonning homiladorlikka tayyorlana olmasligiga olib keladi. Bu endokrin bepushtlik bo'lib hisoblanadi. Bunday holatlarda FTT qo'llaniladi: rektal haroratni o'lchash, bachadon bo'yni shilliq qavati o'lchami va tuxumdonni UTT (follikulaning usishi va ovulyatsiya nazorati).

Aralash shakli, bunda naylar o'tkazmasligi va ovulyatsiyani bloklovchi gormonal buzilishlar kuzatiladi. Erkaklar bepushtligi sababi nima bo'lishidan qat'iy nazar – spermatozoidlar hosil bo'ladigan hujayralar patologiyasi yoki ular hosil bo'lishi buzilishi bilan kuzatiladigan gormonal o'zgarishlarning hammasi sperma tahlilida o'z aksini topadi. Bepushtlikka tekshirishda birinchi erkaklardan boshlash kerak, chunki erkaklar bepushtligini aniqlashda sperma tahlili yetarli bo'lib hisoblanadi, ayollarda esa bir necha oy davomida bir qancha tekshirishlar o'tkazish talab qilinadi (bir necha hayz sikli davomida bazal haroratni o'lchash, va b.). 30% bepusht oilalarda bepushtlikning aralash shakli kuzatiladi, ammo erkaklar bepushtligi aniqlanganda bir vaqtda ayollarni ham tekshirish va davolash lozim bo'ladi.

Spermogramma. Normal spermogramma (JSST), ammo sperma fertilligi individual farqlarga ega bo'lishi mumkin.

Sog'lom erkakning spermogrammasi:

Eyakulyat hajmi (urug' suyuqligi) $\geq 2,0$ ml

pH – 7,2 - 7,8

1 ml da spermiylar soni $\geq 15 * 10^6$ /ml

Faol harakatchan (kat. A) ≥ 25 %

Harakatchan (kat. A+B) ≥ 50 %

Morfologik normal shakllari ≥ 50 %

Agglyutinatlar – yo'q

Aggregatlar – yo‘q

Leykotsitlar – $1,0 * 10^6/ml$ dan ortiq

Eritrotsitlar – yo‘q

Spermogramma ko‘rsatkichlari informativ bo‘lishi uchun sperma tahlilini topshirishdan 3-5 kun oldin jinsiy hayot bilan yashamaslik lozim.

Mos kelish sinamasi

Ayol va erkak sog‘lom bo‘lib, homiladorlik yuzaga kelmasa, bu biologik yoki immunologik mos kelmaslik bilan bog‘liq bo‘lishi mumkin, bu maxsus sinamalar yordamida aniqlanadi. Sinama yordamida eri bilan (Shuvarskiy sinamasi), eri va donor bilan (Kurtsprok-Miller sinamasi) mos kelishi tekshiriladi.

Postkoital test (Shuvarskiy-Sims-Xuner sinamasi) – uch kun jinsiy aloqadan saqlanib, ovulyatsiyadan 1-2 kun oldingi jinsiy aloqadan 2,5-3 soatdan keyin olingan bachadon bo‘yni shillig‘idagi harakatchan spermatozoidlarning sonini aniqlash.

Natijalarni baholash: manfiy – spermatozoidlar yo‘q; nim musbat – 2-6 spermatozoidlar; musbat 7dan ortiq spermatozoidlar bo‘lishi.

«Noaniq» yoki «idiopatik» genezli bepushtlik alohida muammoga egadir. Uning sabablarini zamonaviy tashxislash usullari bilan aniqlab bo‘lmaydi. Ko‘p hollarda bu turdagi bepushtliklar psixogen bo‘lishi yoki oilaviy va jinsiy munosabatlar bilan bo‘lishi mumkin. Bunday hollarda psixologning maslahatlari foydali bo‘ladi.

Bepushtlikka, shuningdek, bachadon miomasi, endometrioz, endometriy polipozi, bachadon bo‘yni polipi va eroziyasi ham sabab bo‘lishi mumkin.

Tashxislovchi muolajalar:

- sperma tahlili;
- FTT va UTT ayol reproduktiv faoliyati ko'rsatkichlari haqida ko'p ma'lumotlar beradi;

- qin surtmasi (uch nuqtadan – uretra, servikal kanal va qin gumbazidan) yordamida jinsiy yo'llarda yallig'lanish jarayonlari yo'qligiga ishonch hosil qilish lozim. Agar yallig'lanish jarayonlari bo'lsa, ularni, albatta, davolash lozim, chunki yallig'lanish jarayoni avj olib, naylarning funksional holatini yanada yomonlashtirishi mumkin;

- gisterosalpingografiya (GSG) – bachadon va naylari haqida obyektiv ma'lumot beradigan usul bo'lib, bachadon shilliq qavatining o'lchamlari, relyefi, naylarning o'tkazuvchanligi va funksional holatini aniqlash mumkin. GSG o'tkazishdan oldin, albatta, surtma natijasi yaxshi bo'lganda hayzning 7-10-kunlari muolaja o'tkaziladi;

UTT orqali follikula yetilishini va ovulyatsiyani kuza-tish – hayzning 9-11-13-kunlari.

Bachadon naylarining obstruksiyasi



Laparoskopik davolash (fimbriolizis)



EKUga ko'rsatma

Bachadon naylari norma va kichik chanoq a'zolarining yallig'lanishidan keyingi holati



Fallop naylarning normadagi epiteliysi



Kichik chanoq a'zolarining yallig'lanishidan keyingi holati

Bachadon va naylar tasvirini necha marta takrorlash mumkin

Agar rentgenogrammada bir yoki ikkala naylar ham to'liq yoki qisman o'tkazuvchan bo'lsa, davolash taktikasini hal qilish uchun tashxislovchi laparoskopiya qilinadi. Laparoskopiya naylar o'tkazuvchanligi buzilishiga olib kelgan bitishma jarayonining qanchalik rivojlanganligini, endometrioz o'choqlarini aniqlash imkonini beradi.

Laparoskopiya – tashxislovchi va jarrohlik maqsadida qilinadi. Buning uchun asosiy ko'rsatmalar qorin bo'shlig'idagi jarrohliklardan keyingi ko'p miqdordagi chandiqli jarayonlar bo'lib hisoblanadi.

UTT. Bu usulning muhim ahamiyati noinvaziv usulda ichki jinsiy a'zolarining holati haqida ma'lumot olish mumkin. Ginekologiyada UTT ikki usulda bajariladi: qorin old devori orqali va qin orqali.

Qo'shimcha tekshirish usullariga – bosh suyagi rentgenografiyasi yoki MRT, kichik chanoq a'zolarini UTT, qon zardobi va siydikda gormonlar miqdorini aniqlash.

Bepushtlikni davolash

Bepushtlikni davolash juftliklarning tabiiy fertilligini tiklashga yoki sun'iy urug'lantirish texnikasini qo'llashga asoslangan. Birinchisi, bu kichik chanoq a'zolari yallig'lanish kasalliklarini davolash, naylar o'tkazuvchanligini jarrohlik va konservativ usulda tiklash, endokrin o'zgarishlar va spermatogenez buzilishlarini davolash bo'lsa, ikkinchisi – eri yoki donor spermasi bilan bachadon ichiga inseminatsiya qilish, ekstrakorporal urug'lantirib, so'ng embrionni ona bachadoniga turli variantlarda joylashtirish bo'ladi.

I. Endokrin bepushtlikni davolash. 35 yoshgacha bo'lgan ayollarda homiladorlikka qarshi ko'rsatmalar bo'lmaganda o'tkaziladi. Ovulyatsiyani stimullash anovulyatsiyani davolashning keng tarqalgan usullaridan hisoblanadi. Quyidagi dori vositalari qo'llaniladi:

- oral kontratseptivlar 3 oy davomida;
- klomifen (klomifen sitrat) 50-150 mgdan hayzning 5-kunidan 9-kunigacha;
- klomifen sitrat shu muddatlarda yuborilib, dominant follikul preovulyator o'lchamga yetganda (18 mm dan kam bo'lmaganda) 5000-10000 bir miqdorda xorion gonadotropini qilinadi;
- pergonal (odam menopauzal gonadotropini) hayzning 5-kunidan har kuni 150 bir. Follikula diametrini UTT nazoratida qilinadi;
- gipotalamusning gonadotrop rilizing-gormonlari (gonadoliberin) sintetik analoglari qilinadi.

LFEda o'rin bosuvchi gormonal terapiya o'tkaziladi: dyufaston 10 mg 2 mahal hayzning 11-kunidan 2 hafta, 17-OPK 1 ml-12,5% eritmasi hayzning 17- va 20-kunlarida, 3-6 oy hayz sikli davomida.

Ovulyatsiya stimulyatorlari dozasi noto'g'ri tanlanganda asorat kuzatilishi mumkin – tuxumdonlar giperstimulyatsiyasi sindromi.

II. Nay bepushtligini davolash. Nay va nay-peritoneal bepushtlik tashxisi anamnez, maxsus tekshirish usullari – gisterosalpingografiya (GSG) va laparoskopiya asosida qo'yiladi.

Nayning ampulyar qismi o'tkazuvchanligini tiklash-plastik jarrohliklaridan so'ng 20-70% holatlarda homiladorlik yuzaga keladi. Naylarning istmik qismidagi adgeziv jaryondan so'ng o'tkazilgan mikrojarrohliklardan keyin 0-5% kam holatlarda homiladorlik yuzaga keladi. Mikroxirurgiya, SO₂ lazer yordamida lazer xirurgiyasi va jarrohlik la-

paroskopiyasi qo'llaniladi. Laparoskopiya aralashuvlarning asosiy turlari: fimbriolizis, salpingolizis.

III. Yallig'lanish genezli nay bepushtligini davolash jarayon bosqichiga qarab, yallig'lanish jarayonini bartaraf etishdan boshlanadi. Yallig'lanish natijasida nay-peritoneal bepushtlik kelib chiqishida banal yoki maxsus infeksiya (gonoreya, xlamidioz va b.), abort asoratlari muhim rol o'ynaydi. Bunday bemorlarni bepushtlik bilan murojaat etishganda, albatta, shu infeksiyalarga tekshirish lozim. Standart surtma, sezgirlikka bakteriologik ekma va urogenital infeksiyalar (xlamidioz, mikoplazmoz, herpes, SMV va boshqa) IFA, PSR usulida tekshirish genitalliy yallig'lanish jarayonining sababini aniqlash imkonini beradi.

VI. Ginekologik kasalliklarda ovulyatsiya buzilmagan bepushtliklar. Yetakchi o'rinlardan biri endometrioz bo'lib, 30%ni tashkil etadi. Tashxis anamnez, klinik belgilari asosida qo'yiladi. Hayzdan oldin (hayzning 22-25-kunlarida) laparoskopiya qilinganda kichik chanoq a'zolari qorin pardasida va tuxumdonlarda endometrioid geterotopiyalar aniq ko'rinadi.

Bepushtlikka bachadon ichi sinexiyalari sabab bo'lishi mumkin, ushbu patologiyaning (Asherman sindromi) klinik belgisi amenoreya yoki gipomenoreya hisoblanadi.

IV. Immunologik omillar bilan bog'liq bepushtliklar

Sababi antispermial antitanachalar hosil bo'lishi. Ikki xil antitanachalar ma'lum: urug' plazmasida hosil bo'lib, spermatozoidlar autoagglyutinatsiyasiga olib keladigan antitanachalar va servikal kanalning shilliq qavatida hosil bo'ladigan va spermatozoidlarning to'liq immobilizatsiyasini chaqiradigan antitanachalar.

Biologik sinamalar, postkoital test hamda maxsus sinamalar yordamida aniqlanadi.

Bepusht ayolni tekshirish algoritmi

Infektsion skrining: JYOYU infeksiyalariga tekshirish va er-xotin jinsiy a'zolaridan surtma; UTT kichik chanoq a'zolarini: kistalar, bachadon miomasi, endometriozni aniqlash.

Noregulyar hayz siklida

Gonadotropinlar: FSG, LG, Prolaktin (hayz siklining 2 – 5 kunlari);
Qalqon bezining faoliyati (TTG, T₃sv) va Buyrak usti bezining faoliyati (DGEA-S, 17-OP, kortizol) aniqlash;

UTT (2–5 h.ts.k)

- tuxumdonlar hajmini aniqlash;
- bazal follikulyar soni (diametric 3-10 mm);
- ovulyatsiya nazorati.

Regulyar hayz siklida

Progesteron (hayz siklining 19 – 23 kunlari);
UTT (2 – 5 h.s.k)
- tuxumdonlarning hajmini aniqlash;
- bazal follikulyar soni (diametric 3-10 mm);

UTT (19 – 23 h.s.k)

- tuxumdonning sariq tana o'lchamlari;
- endometriy qalinligini baholash.

Reproduktiv tizimning anatomik holatini baholash

(spermogramma va ovulyatsiyani baholagandan keyin)
GSG, trosonogisterosalpingografiya,
Gisteroskopiya, Laparoskopiya.

V. Noaniq genezli bepushtlik

Nay va nay-peritoneal bepushtlikni davolash samarasiz bo'lish hollari sun'iy urug'lantirish usullarini stimullashga sabab bo'ldi.

Sun'iy urug'lantirish usuli:

Eri yoki donor spermasi bilan bachadon ichiga inseminatsiya qilish. Bachadon ichiga eri spermasi bilan inseminatsiyasi (ESU) ayol to'liq sog'lom, bachadon naylari o'tkazuvchan bo'lib, eri spermasining urug'lantirish xususiyati kamaygan, lekin u bachadon bo'shlig'iga maxsus usullar bilan kiritilganda tuxum hujayrani urug'lantirish xususiyatiga ega bo'lgan hollarda amalga oshiriladi. Bundan tashqari, erining spermasi ko'rsatkichlari normal bo'lib, bachadon shillig'i spermatozoidlarga nojo'ya ta'sir qilganda ham qilinadi. Aspermiya va og'ir darajali oligospermiyada, juftliklar roziligi asosida donor spermasi bilan urug'lantiriladi (DSU).

ESU va DSU texnikasi bir xil. Bu muolajaning samaradorligi: ESUda – 20-40%, DSU – 50-80%ni tashkil etadi (4 martagacha o'tqaziladi).

Sun'iy urug'lanish. Bugungi kunda bepushtlik aktual muammolardan biri bo'lib qolmoqda. Uni bartaraf etishda yordamlashuvchi reproduktiv texnologiyalardan, ayniqsa, tashqi urug'lantirish amaliyotidan keng foydalanilmoqda. Ektra korporal urug'lanish (EKU) bepushtlik muammolarini bartaraf etish maqsadida preovulyator ootsitlardan foydalangan holda maydalanish bosqichidagi embriolni bachadon bo'shlig'iga implantatsiya qilishdir. EKU samaradorligi 25-30% ni tashkil etadi. Bepusht nikohdagi 35 yoshdan katta ayollarda tug'ish faoliyatini tiklash uchun tashqi urug'lantirish amaliyotini erta boshlash kerak yoki agar ayolda anatomik o'zgarishlar hisobiga bachadon naylarini o'tkazish faoliyatini to'liq buzilganda. Tuxumdonlar gipofunksiyasi bo'lgan ayollarda asoratlari bo'lmasligi uchun donor ootsitlaridan foydalanib yordamlashuvchi reproduktiv texnologiyalarni amalga oshirish homiladorlikning qoniqarli yakuniga sabab bo'ladi. So'nggi paytlarda ko'p qo'llanilayotgan yordamlashuvchi reproduktiv texnologiya usullaridan biri bu yagona spermatozoid yoki spermatozoidlarni intratsitoplazmatik inyeksiya (IKSI) usuli bo'lib, tuxumdonga yoki bachadon nayiga biopsiya yo'li bilan yoki bachadon bo'shlig'iga spermatozoidlarni yuborish usuli hisoblanib, u og'ir darajali erkaklar bepushtligini davolashdagi samarali usullardan biridir.

Sun'iy urug'lanish – hozirgi vaqtda eng zamonaviy bepushtlikni davolash usuliga kiradi. Bu yuridik tushuncha bo'lib, meditsinada «Yordamlashuvchi reproduktiv texnologiyalar» deb aniqlangan.

Yordamlashuvchi reproduktiv texnologiyalar qo'llashga JSST (2002) tomonidan ko'rsatmalar aniqlangan:

- turg'un bepushtlik (bachadon naylari obliteratsiyasi);
- og'ir yallig'lanish jarayoni;
- naylarni jarrohlik davolashning samarasizligi;
- endometrioz;
- noaniq etiologiyali bepushtlik;
- erkaklar bepushtligi, ayolda bachadon patologiyasi bo'lmaganda.

Rossiyada akusher-ginekologlar assotsiatsiyasi (2013) tomonidan, EKU uchun quyidagi ko'rsatmalar va qarshi ko'rsatmalar tavsiya qilingan.

Ko'rsatmalar:

- absolyut nay bepushtligi (naylar yo'qligi yoki obliteratsiyasi);
- noaniq genezli bepushtlik;
- bepushtlikni davolashni samarasizligi yoki EKU yordamida homilador bulish imkoniyati boshqa usullarga nisbatan ko'p bo'lganda;
- immunologik bepushtlik (ASAT MAR-testi bo'yicha $\geq 50\%$);
- erkaklar bepushtligi (oligo, asteno- ili teratozoospermi), IKSI ko'rsatmali;
- sklerotik tuxumdon polikistozlari;
- endometrioz.

Qarshi ko'rsatmalar:

- bachadonning tug'ma nuqsonlari yoki orttirilgan bachadon ichi deformatsiyalari;
- xavfsiz bachadonning o'smalari;
- ayol organizimida xavfli o'smalar, anamnezida bo'lsa ham;
- tuxumdon o'smalari;
- ayol organizimida o'tkir yallig'lanish kasalliklari;
- somatik va psixik kasalliklar, homiladorlik va tug'ruqqa qarshi ko'rsatma bo'lganda.

Yordam beruvchi reproduktiv texnologiyalarga kiradi:

- EKV (in vitro urug‘lanish) – ekstra korporal urug‘lantirish embrionlarni bachadon bo‘shlig‘iga o‘tqazish;
- ICSI (Intra Cytoplasmatic Sperm Injection) – yagona spermatozoid yoki spermatozoidlarni tuxumhujayraga intratsitoplazmatik inyeksiya qilish;
- GIFT (Gamete Intra Fallopian Transfer) – bachadon nayiga gametani o‘tqazish;
- ZIFT (Zigote IntraFallopian Transfer) – zigotani bachadon nayiga o‘tqazish;
- EIFT (Embryo Intra Fallopian Transfer) – embrionlarni bachadon nayiga o‘tqazish;
- gameta va embrionlarni kriokonservatsiyasi;
- donor ootsiti va embrionlari bilan foydalanish;
- irsiy kasalliklarni implantatsiyadan oldin diagnostikasi;
- surrogat onalik.

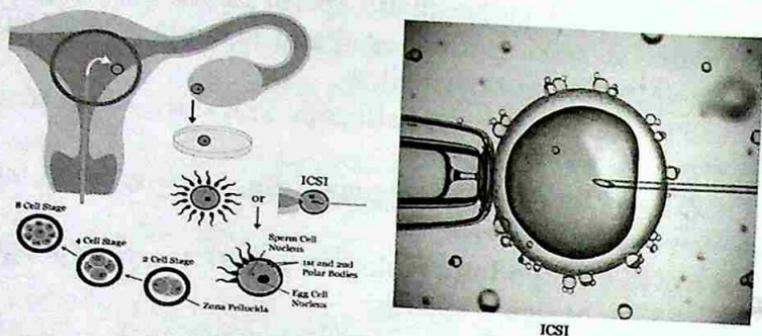
Hozirgi vaqtda EKV/ICSI asosiy zamonaviy usullardan biri.

GIFT – tuxumhujayrani spermatozoidlar bilan birga naylarga joylashtirish. Bu usul ham naylarning o‘tkazuvchanligiga, muolajani o‘z vaqtida bajarishga va boshqa omillarga bog‘liq. Ba‘zan urug‘lantirishning yana bir turi bajariladi – embrionni (zigota) bachadon nayiga kiritish, ya‘ni ZIFT. ZIFTda homiladorlik yuzaga kelish ehtimoli yuqoriroq bo‘ladi. GIFT va ZIFT laparoskopiya hamda ultratovush nazoratida qilinadi. GIFTda gametalar yoki zigotalar qorin bo‘shlig‘i orqali, ikkinchi holatda esa – bachadon bo‘yni orqali kiritiladi. Bu usulning samarasi – 30%gacha.

Absolyut ayollar bepushtligi – bachadon naylarining yo‘q-ligi, yoki turg‘un o‘tkazmasligi ekstrakorporal urug‘lantirishga ko‘rsatma bo‘ladi (EKU). Bu usul bilan tug‘ilgan bolalar «probirka» bolalari deyiladi, ya‘ni urug‘lanish jarayoni EKUda sun‘iy sharoitda – «probirkada» o‘tadi. EKUning samaradorligi bugungi kunda o‘rtacha 20-30% ni, ba‘zan 50% dan ortadi.

Ekstra korporal urug'lantirish (EKU)

EKU



Surrogat onalik. Bachadoni bo'lmagan ayollar uchun Eku muolajasi quyidagicha bo'ladi: ayoldan olingan tuxumhujayrani erining spermasi bilan urug'lantirib, hosil bo'lgan embrionni o'z qornida yetiltirib, tug'ruqdan so'ng tuxumhujayra «egasi», ya'ni «genetik» onaga berishga rozilik bergan boshqa ayolning «soxta» yoki «biologik» ona bachadoniga joylashtiriladi.

Donor embrionlari bilan Eku usuli. Tuxumdonlari faoliyat ko'rsatmaydigan, masalan, «erta klimaks» yoki ularni olib tashlaganda Eku usuli keng qo'llaniladi. Bunda donor tuxumhujayrasini erining spermasi bilan urug'lantirib, hosil bo'lgan embrionni ayol bachadoniga o'tkaziladi, ba'zan tuxumhujayra emas, balki donor embrioni o'tkaziladi, so'ng esa fiziologik homiladorlikdagidek holatni ta'minlash uchun o'rin bosuvchi gormonal terapiya qilinadi.

Spermatozoid va embrionlarni muzlatib qo'yish. Bepushlikni davolashda spermatozoid va embrionlarni muzlatib qo'yish usuli ham muhim bo'lib, Eku usulini eri yo'qligida ham o'tkazish yoki spermogramma ko'rsatkichlari yaxshi

bo'lmaganda bir necha porsiyadagi muzlatilgan spermani aralashtirib, kerakli miqdordagi spermiylarni olish va EKV o'tkazish imkonini beradi. Muzlatilgan embrionlar ko'p miqdorda bo'lsa, keyingi sikllarda takror inseminatsiya qilish mumkin. Bu usulda sog'lom bolalar tug'iladi.

Irsiy kasalliklarni preimplantatsion tashxislash. EKV usuli bepushtlikni davolashdagi yuqori samarali usul bo'lishdan tashqari uning yordamida embrionni ona bachadoniga joylashtirishdan oldin, ya'ni homiladorlikdan oldin ba'zi bir irsiy kasalliklarni tashxislash mumkin. Olingan tuxumhujayralardan faqat sog'lomlarini olib urug'lantirish va sog'lom bola tug'ish imkonini beradi.

Mikromanipulyatsiyalar va IKSI. Nasliy kasalliklarni preimplantatsion tashxislash usuli mikromanipulyatsiya texnikasiga asoslangan. Bu texnika EKV imkoniyatlarini ancha kengaytiradi, masalan, erkaklar bepushtligining o'ta og'ir shakllarini davolash mumkin, ya'ni eyakulyatda bir-ikkita spermatozoid bo'lsa, mikromanipulyatsiya texnikasi yordamida spermatozoidni to'g'ri tuxumhujayraga «kiritib» urug'lantiriladi. IKSI nomli urug'lantirish usuli oddiy EKV usulidan samaraliroq bo'ladi. Hattoki, ba'zan eyakulyatda, umuman, spermatozoid bo'lmaganda ham erkak tuxumlari punksiya qilinib, spermatozoidlarning ajdod hujayralari – spermatidlar olinib, tuxumhujayraga kiritiladi va urug'lantiriladi. Ba'zan esa, spermatozoidlarning urug'lantirish faoliyati susayganda ularning tuxumhujayraga kirishini osonlashtirish uchun tuxumhujayra qobiqlari «teshib quyiladi». Yuqorida aytib o'tilgan mikroinyeksiya usuli bilan urug'lantirish erkaklar bepushtligining og'ir shaklida eyakulyatda kam spermatozoid bo'lganda va juftliklar donor spermasi bilan urug'lantirishga qat'iy qarshi bo'lgan hollarda amalga oshiriladi.

Yordam beruvchi reproduktiv texnologiyalarni tavsiya qilishdan oldin, albatta, bor imkoniyatlardan foydalanish

lozim. Bu tuxumdon induksiyasi bachadon naylari o'tkazuvchan va anovulyator sikl bo'lgan ayollarda, noaniq bepushtlikda, sun'iy inseminatsiyada, endometrioizning «kichik» turlarida, salpingoovariolizisdan keyin, yoshi katta ayollarda va homila ko'tara olmagan holatlarda.

4-BOB

AYOLLAR JINSIY A'ZOLARINING YALLIG'LANISH KASALLIKLARI

Ayollar jinsiy a'zolarining yallig'lanish kasalliklari ginekologik kasalliklar ichida birinchi o'rinni egallaydi va oilaviy poliklinikaga murojaatning 60 – 65 foizini tashkil etadi, ko'proq «yengil» shaklda kechganligi uchun bemorlar hamma vaqt ham shifokorga murojaat qilmaydilar. Muammoning dolzarbligi reproduktiv, menstrual va jinsiy faoliyatga salbiy ta'siri bilan ifodalanadi. Ulardan 17-20% kasallarda o'tkir jarayon surunkaliga o'tadi. Yallig'lanish kasalliklari natijasida chandiqli jarayon, og'riq sindromi, ovulyatsiyaning buzilishi, 15% da bepushtlik va 18% bachadondan tashqari homiladorlik rivojlanishi xavfi paydo bo'ladi.

Nospetsifik yallig'lanish kasalliklari, shartli-patogen mikroflora, stafilokokk va boshqa mikroorganizmlar bilan assotsiatsiyasi (ichak tayoqchasi, protey, streptokokk). Anaerob infeksiya (bakteroidlar, peptokokklar, peptostreptokokklar).

Butun dunyo bo'yicha aholining migratsiyasi ko'payishi sababli, yoshlarning jinsiy xulqlari o'zgarishi, ekologiya-ning buzilishi va immunitetning susayishi JYOYUK ko'payishiga olib keladi.

Oxirgi yillarda JYOYUK katta ahamiyatga ega. Bu infeksiyalar ayollar va erkaklarda jinsiy a'zolarining yallig'lanishiga, homiladorlik va tug'ruq vaqtida asoratlarga olib kelib, homila va chaqaloqlarda har xil kasalliklar chaqiradi. O'tkaziladigan davolash va oldini olishga qaramasdan JYOYUK keng tarqalib, ko'payib kelmoqda. Shu kasalliklarda immunitet sust bo'lib, organizmda infeksiya uzoq vaqt davomida persistensiya bo'lib davolashda qiyinchiliklar kuzatiladi.

Jinsiy a'zolarning yallig'lanish kasalliklari tasnifi

Klinik kechishi bo'yicha:

- o'tkir (klinik simptomatikasi yaqqol kechadigan);
- o'tkir osti;
- surunkali.

Joylashishi bo'yicha:

- jinsiy a'zolar quyi qismining jarohatlanishi (vulvit, kolpit, bartolinit, endotservitsit, servitsit, bachadon bo'yni eroziyasi);
- jinsiy a'zolar yuqori qismining jarohatlanishi (endometrit, salpingit, salpingooforit, parametrit, pelvioperitonit, peritonit).

Bachadon ichki bo'g'izi ularning chegarasi hisoblanadi.

Yallig'lanish kasalliklarining asoratlari:

- chandiqlanish jarayonining rivojlanishi;
- surunkali chanoq og'riqlarlari;
- hayz siklining buzilishi (tuxumdonlar gipofunksiyasi, polikistozi, ovulyatsiyaning buzilishi);
- bepushtlik;
- bachadondan tashqari homiladorlik;
- homiladorlikning muddatiga yetmasligi.

4.1. Jinsiy yo'llar pastki qavatining nospetsifik yallig'lanish kasalliklari

Vulvit – tashqi jinsiy a'zolar (vulva) yallig'lanishi. Birlamchi vulvitning sababi: Gigienaga rioya qilmaslik, endokrin kasalliklar (qandli diabet), gelmintoz, perianal sohadagi yallig'lanish jarayonlari;

Ikkilamchi vulvitning sababi: Vulvovaginit, ichki jinsiy a'zolar yallig'lanish kasalliklari.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda vulvit ko'pincha ikkilamchi, tashqi jinsiy a'zolar terisining patogen mikroorga-

nizmlar bilan yallig'lanishi natijasida yuzaga keladi. Kattalarda birlamchi vulvit qandli diabetda, gigiena qoidalariga rioya qilmaganda, tashqi jinsiy a'zolar terisini termik, mexanik, kimyoviy yallig'langanda bo'ladi.

Klinika. O'tkir vulvitda bemorlar tashqi jinsiy a'zolaridagi qichishish, achishish va umumiy holsizlikdan shikoyat qilishadi. Kasallikning klinik kechishi vulvaning giperemiyasi va shishishi, yiringli va seroz-yiringli ajralmalar bo'lishi, qov sohasidagi limfa tugunlarining kattalashishi bilan ifodalanadi. Surunkali davrida klinik ko'rsatkichlar susayib, faol vaqtida qichishish va achishish paydo bo'ladi.

Tashxislash. Asosan, shikoyatlari, anamnezi, ginekologik ko'rikka asoslanadi. Qo'shimcha usullarga bakterioskopik va bakteriologik tekshiruv usullari kiradi.

Davolash, asosan, vulvitni keltirib chiqargan yondosh patologiyani davolashdan iborat. Undan tashqari, qinni o'tdan tayyorlangan damlamalar (moychechak, kalendula va h.k.) hamda antiseptik eritmalar bilan yuvish. Aniqlangan mikrofloraga, asosan, antibakterial davo o'tkaziladi. Mahalliy ko'p patogen bakteriyalar va zamburug'lar, trixomonadlarga ta'sir etuvchi dori vositalarini qo'llash maqsadga muvofiq (polijinaks, terjinar, metostil, klion D va boshqalar, 7-10 kun davomida).

Vulvovaginit ko'pincha qiz bolalarda, kamroq hollarda ayollarda uchraydi. Qiz bolalarda vulvovaginit umumiy kasalliklar, o'tkir yuqumli kasalliklar (qizamiq, skarlatina, difteriya), endokrin buzilishlar, gipovitaminoz, uzoq vaqt antibiotiklar qo'llash oqibatida kelib chiqadi.

Vulvovaginit turlari: bakterial, mikotik, trixomonadali va virusli bo'lishi mumkin.

Bakterial vulvovaginit ko'pincha surunkali tonzillit, gripp, yuqumli kasalliklar bilan og'rigan 3-8 yoshli qizchalarda kuzatiladi. Tashqi jinsiy a'zolar ko'zdan kechirilgan-

da biroz qizargan, ajralma ko'p miqdorda, oq-sariq bo'ladi. Siydikning birinchi qismi olib tekshiriladi, bunda leykotsituriya aniqlanadi. Tashqi jinsiy a'zolarining qattiq qichishi va oq ipir-ipir ajralma bo'lishi mikotik vulvovaginitga xosdir.

Davolash. Organizm umumiy quvvatini oshirish. Birlamchi infeksiya o'choqlarini sanatsiya qilish. Mahalliy davo (klotrimazol, klion D, siteal va boshqa eritmalar).

Yosh qizchalarda ostritsalar (qilbosh gijjalar) sababli vulvovaginit kelib chiqqan bo'lsa, gijjaga qarshi preparatlar beriladi va mahalliy davolash o'tkaziladi (polijinaks-virgo). Mikotik vulvovaginit bo'lsa, diflyukan, diflazon 150 mg 1 marta beriladi. Davolash natijasini qindan olingan ajratma surtmasi va bakteriologik usul bilan aniqlanadi. Agar zam-burug' hujayralari topilmasa, davolash natija bergan bo'ladi.

Bartolinit – bartolin bezlarining yallig'lanishi. Bartolin bezini va atrof to'qimalarini tashkil etuchi silindrik epiteliyning yallig'lanishi chiqaruvchi yo'llarining berkilishiga, bu esa, o'z navbatida, absessga olib keladi. Mikroorganizmlar bartolin bezning chiqarish kanalini jarohatlaydi, buning natijasida bezda psevdabsess hosil bo'ladi.

Klinika. Psevdabsessda bez shishadi, giperemiya, sianoz, isitma subfebril bo'lib, yurgan vaqtda og'riqlar kuzatiladi. Absessning shakllanishida ayol ahvolining og'irlashishiga olib keladi, bartolin bezi sohasidagi og'riqlar kuchayadi va lo'qillovchi bo'ladi, ayolda holsizlik, bosh og'rig'i, et uvishishi, tana haroratining 39°S oshishi kuzatiladi, ko'rikda bezning chiqish yo'llarida shish, giperemiya, ustidan bosganda yiringli ajralmalar kuzatiladi.

Davolashda qo'zg'atuvchi hisobga olingan holda antibakterial va simptomatik vositalar tavsiya etiladi. Mahalliy yallig'lanishning o'tkir holatini kamaytirish uchun yallig'lanishga qarshi malhamlar (levomekol) aplikatsiyasi.

Bartolin bezining absessida statsionar sharoitda jarrohlik yo‘li bilan davolash tavsiya qilinadi.

Kolpit – qin shilliq qavatining yallig‘lanishidir. Har xil mikroorganizmlar kimyoviy, allergik, termik, mexanik ta’sirlar orqali yuzaga keladi.

Kolpitning quyidagi turlari farq qilinadi:

- seroz-yiringli kolpit;
- qarilik kolpiti;
- so‘zakli kolpit;
- yuqumli kasalliklarda uchraydigan kolpit;
- trixomonadali kolpit;
- zamburug‘li kolpit.

Kasallikning o‘tkir bosqichida bemorlarda qorin pastida og‘riq bo‘lishi, qin sohasidagi qichishishga, achishishga, jinsiy yo‘llardan yiringli va seroz-yiringli ajralmalar kelishiga, jinsiy aloqa vaqtida og‘riqlar (dispareuniya), ikkilamchi vulvitlar bo‘lishi, tashqi jinsiy a‘zolarining qichishi, siyganda achishish paydo bo‘lishi bilan ifodalanadi. Qarilikda uchraydigan kolpitda qin shilliq qavatlari atrofiyalanishi natijasida tez jarohatlanadi va infeksiya tushib yallig‘lanadi.

Zamburug‘li kolpitda qichishish, achishish, oq ajratma kelishi kuzatiladi, ko‘zdan kechirilganda oq nuqtasimon toshmalar kuzatiladi. Keyinchalik pilakcha paydo bo‘lishi mumkin va ular bir-biri bilan qo‘shilib, oq karash hosil qiladi.

Kolpit ko‘pincha vulvit, endotservitsit, uretrit bilan birga keladi. Ko‘zguna yordamida tekshirilganda qin devorlarining shilliq qavati qizargan, shishgan, burmalari orasida yiring yig‘ilib turganligini ko‘rish mumkin, tegilganda qonashi, yuzasida yiringli qoplam va mayda qon quyilishlari kuzatiladi.

Kasallik og‘ir kechganda qinda eroziya va yaralar bilan birga deskvamatsiya yuzaga keladi. Surunkali bosqichida asosiy shikoyatlar jinsiy yo‘llar orqali seroz-yiringli ajral-

malar kelishi haqida bo'radi, qichishish va achishish esa vaqti-vaqti bilan kuzatiladi. Shilliq qavatining shishishi va giperemiyasi kamayadi, eroziya bo'lgan sohalarda qinning so'rg'ichsimon qavatining infiltratsiyasi (granulyar kolpit) kuzatiladi.

Tashxislash, asosan, shikoyatlarga, anamneziga, ginekologik ko'rikka asoslanadi. Qo'shimcha tekshirish usullariga kolposkopiya kiradi. Kasallik qo'zg'atuvchisini aniqlash uchun qindan, uretradan, servikal kanaldan bakteriologik va bakterioskopik tekshiruvlar o'tkaziladi.

Davolashni kompleks olib borish, infeksiya bilan birga yondosh kasalliklarni davolash kerak. Mahalliy davo antibakterial vositalari sham, qin tabletkalari, gellar ko'rinishida beriladi, so'ng qinning mikroflorasini va kislotalilikni tiklash uchun eubiotiklar (bifidumbakterin, laktobakterin, biovestin) beriladi. Mahalliy davo – tashqi jinsiy a'zolari va qinni antiseptik eritmalar bilan chayish, zamburug'li kolpitlarda flunol, diflyukan yoki diflazon 150 mg ichishga beriladi. Metostil, polijinaks, terjinan, klion D qin tabletkalar, klotrimazol kremi. Qarilik atrofik kolpitlarida estriol 1 shamcha 1 marta 7 kun davomida, follikulin, malham dori-lari ishlatiladi.

Endotservitsit – bachadon bo'yni kanali shilliq pardasining yallig'lanishi, uni stafilokokklar, streptokokklar, gonokokklar, xlamidiy, virusli infeksiyalar keltirib chiqarishi mumkin. Endotservitsit ko'pincha boshqa ginekologik kasalliklar bilan yondosh keladi (kolpit, endometrit, adneksit, bachadon bo'yni ektopiyasi, eroziyalangan ektropion).

Endotservitsitning kelib chiqishi organizmning umumiy quvvatini pasaytiruvchi kasalliklar, tug'ruq paytida bachadon bo'ynining, oraliqning yirtilishi, ichki jinsiy a'zolarining tushishi, kimyoviy, termik jihatdan ta'sirlanish va kuyishning ahamiyati katta.

Endotservitsit o'tkir, o'rtacha o'tkir va surunkali bosqichlarda o'tishi mumkin. O'tkir davrida bachadon bo'yni ko'zgularda va kolposkopiya ko'rganda bo'g'iz atrofida qizarish, shish kuzatiladi. Bachadon bo'yni kanalidan yiringli yoki shilliq-yiringli ajralma kelib turadi. O'rtacha o'tkir va surunkali bosqichlarga o'tganida qizarish va shish kamayadi, ajralma shilliq-yiringli, keyinchalik shilliqli bo'ladi.

Tashxis. Endotservitsitlarni aniqlashda anamnez, ko'zgular yordamida tekshirish, bachadon bo'yni kanalidan ajralayotgan ajratmani bakteriologik tekshirish yordam beradi, shuningdek, bachadon bo'yni surtmasining sitologik tekshiruvi ko'p qavatli va silindrik yassi epiteliyning atipik turi yo'qligini aniqlaydi.

Davolash. O'tkir fazasida qo'zgatuvchining sezuvchanligiga qarab, antibakterial davo o'tkaziladi, mahalliy davo bilan birgalikda. Bachadon bo'yni fon kasalliklarining surunkali davrida esa jinsiy yo'llar sanatsiyasidan so'ng sitologik tekshirish qilib, ko'rsatmaga qarab kolposkopiya va jarrohlik qo'llaniladi (kriodestruksiya, radiokirurgiya, lazeroterapiya, diatermokoagulyatsiya, bachadon bo'yni konizatsiyasi).

4.2. Jinsiy yo'llar yuqori qavatining yallig'lanish kasalliklari

Endometrit – bachadon shilliq qavatining (endometriy) yallig'lanishi. Endometritning o'tkir, o'rtacha o'tkir, surunkali bosqichlari tafovut qilinadi. O'tkir endometrit bachadon ichki muolajasidan keyin kelib chiqadi (abortlar, qirishlar, GSG, gisteroskopiya, BIV qo'yish va tug'ruqdan so'ng). O'tkir endometritning belgilari: tana haroratining ko'tarilishi, qorin pastida og'riq, dumg'aza va chov soha-

signa beriladi, et uvishishi, bachadondan yiringli yoki selsimon ajralmalar, hayz siklining buzilishi kuzatiladi, ba'zan bachadon shilliq qavati ayrim qismlarining nekrozga uchrashi natijasida metrorragiya bo'lishi xarakterlidir.

Yallig'lanish jarayoni juda tez mushak qavatiga tarqalishi (endometriy), og'ir holatlarda esa butun bachadon devoriga va parametriyga tarqalishi mumkin (parametrit). Obyektiv tekshirilganda umumiy ahvoli og'ir, tana harorati ko'tarilishi, taxikardiya, qorin paypaslaganda pastki qismi og'riqli. Ginekologik ko'rikda bachadon kattalashgan, yumshoq konsistensiyali, og'riqli yoki sezgir bo'ladi, ayniqsa, bachadon qovurg'a sohasida (yirik limfotik tomirlar bo'ylab). Umumiy qon tahlilida leykotsitoz, leykotsitar formulani chapga siljishi, limfopeniya, SOE ortishi kuzatiladi. UTT da M-exoning qalinlashganini ko'rishimiz mumkin.

Kasallikning o'tkir bosqichi, asosan, 8-10 kun davom etadi va sog'ayish bilan tugallanadi. Kam hollarda bu kasallik keng tarqalib, asoratlarga olib keladi (parametrit, pelvioperitonit, chanoq abscesslari, kichik chanoq venalari tromboflebiti, sepsis) yoki kasallik o'tkir osti va surunkali turiga o'tishi mumkin.

Surunkali endometrit o'tkir endometritning yaxshi davolanmaganligi natijasida, rivojlanmagan homiladorlik bo'lgan ayollarda, qon ketish sabab bachadon bo'shlig'i bir necha bor qirilganda, kesar kesish amaliyotidan so'ng tikish materiallari, BIV va xlamidiya infeksiyasi sababchi bo'lishi mumkin. Surunkali endometrit belgilari: ajralmalar kelishi, qorin ostidagi biroz simillovchi og'riq bo'lishi, jinsiy yo'llardan seroz-yiringli ajralmalar kelishi bezovta qiladi. Hayz siklining buzilishlari – ko'p va uzoq bo'lishi (giperpolimenoreya), hayzdan oldin yoki hayz oralig'ida qonli ajralma kelishi xosdir yoki metrorragiyalar. Bemorlar qorin pastida og'riqlar sezadilar, qabziyat, uyquning buzilishi,

ta'sirchanlik kuzatiladi. Ko'pchilik hollarda tuxumdon gipofunksiyasi kuzatiladi. Qin orqali tekshirilganda bachadon og'riqli bo'ladi, biroz kattalashgan, yumshoq konsistensiyali bo'ladi, bachadon bo'yni kanalida ko'p miqdorda yiringli ajralma kelib turadi.

Tashxis. Anamnez, umumiy va ginekologik tekshirish, bakteriologik tekshirish va UTT asosida. Anamnezida ko'pincha homilaning doimiy o'z-o'zidan tushishi kuzatiladi. Surunkali endometritni anamnez, klinikasi, ginekologik ko'rikka (bachadon tanasining birmuncha kattalashishi va qattiqlashishi, jinsiy yo'llar orqali seroz-yiringli ajralmalar kelishi) asoslanib qo'yish mumkin.

Davolash. O'tkir davrida: yotoq tartibi. Keng spektrli antibiotiklar, og'riq qoldirish uchun nosteroid yallig'lanishni oluvchi preparatlar (ibuprofen, nurofen, nimumed, nimesil), desensibilizatsiya qiladigan moddalar va umumiy quvvatlantiruvchi preparatlar (baliq yog'i).

Surunkali davrida: endometriyning retseptiv holatini yaxshilash uchun didrogesteron 10 mg 2 marta hayzning 11-kunidan 2 hafta, 3-6 oy davomida. Tuxumdon gipofunksiyasi bo'lganida siklik gormonal terapiya o'tkaziladi.

Salpingooforit (adneksit) – bachadon naylarining va tuxumdonning yallig'lanishidir.

Infeksiya tarqash yo'llari:

1. Yuqoriga ko'tariluvchi infeksiya (bachadondan);
2. Pastga tushuvchi infeksiya (qorin pardasidan);
3. Limfogen va gematogen yo'llari bilan.

Klinik kechishiga ko'ra:

1. Abortiv; 2. Yengil; 3. Yashirin shakllari tafovut etiladi.

Infeksiya yuqoriga ko'tariluvchi yo'li – bachadon bo'shlig'idan bachadon naylariga (salpingit), tuxumdonlarga (ooforit), bog'lovchi apparati bilan birga (salpingoofarit)

bilan ifodalanadi. Yallig'lanish ekssudati bachadon nayi ichida to'planib yopishqoq jarayonni yuzaga keltiradi va naylarning fimbrial bo'limining yopilishiga olib keladi va bachadon naylarida qopsimon hosilalar paydo bo'ladi (sak-tosalpinks). Naylarda seroz ekssudat (gidrosalpinks), yiring yig'ilishiga (piosalpinks) olib keladi.

Tuxumdon to'qimasiga mikroorganizmlarning o'tishi tuxumdon absessiga olib keladi, bir necha absessning qo'shilishi ovarial to'qimaning irib ketishiga sabab bo'ladi. Tuxumdonda yiring to'lgan xaltachaga aylanadi (piovar).

Gohida, bachadon ortiqlari atrofida yallig'lanish konglomerati paydo bo'ladi, hajmli tuboovarial hosila holatida aniqlanadi. O'tkir adneksitning asoratlaridan biri piovar va piosalpinks devorlari bir-biriga tegib irishi natijasida tuboovarial absess hosil bo'ladi.

O'tkir salpingooforit (adneksit). Kasallik boshlanishi hayzdan keyin, bachadon ichi diagnostik tozalashdan, abortdan yoki bachadon ichi vositalarni qo'llashdan keyin.

Klinikasida har xil turdagi qorin ostidagi og'riqlar dumg'aza va chov sohasiga to'g'ri ichakka beriladi, tana haroratining 38-40°S oshishi, et uvishishi, umumiy holsizlik, ko'ngil aynishi, gohida qayt qilish, tez siyish va dizurik holatlar, ichaklar dam bo'lishi, jinsiy yo'llar qonli yoki yiringli ajralmalari kuzatiladi. Obyektiv ko'rikda til oq qoplamli va nam bo'ladi. Qorinni paypaslaganda oshqozon sohalari og'riqli.

Klinik belgilarning ko'rinishi qo'zg'atuvchining virulentligiga va makroorganizm reaktivligiga bog'liq.

Ginekologik ko'rikda servikal kanaldan yiringli yoki yiringli-shilliq ajralmalar va bachadon ortiqlarining shishgan, qalinlashgan va og'riqliligini ko'rishimiz mumkin. Piosalpinks, piovar, tuboovarial absesslar bo'lganda bachadon ortiqlari sohasida yoki bachadon orqasida harakat-

siz, ogʻriqli, katta hajmli, chegarasi noaniq hosila aniqlanadi, koʻpincha bachadon tanasi bilan bitta konglomerat hosil qiladi. Periferik qonda leykotsitoz, leykotsitar formulaning chapga siljishi, SOE ortishi kuzatiladi.

Qin surtmasining bakterioskopiyasida leykotsitlar sonining ortishini, kokklar florasini, gonokokklarni, trixomonadlarni, mitseliy va zamburugʻlar sporasini koʻrsatadi.

UTTda bachadon naylarining kengayganligini, shakllangan tuboovarial hosilalarni koʻrishimiz mumkin.

Surunkali adneksit bachadon ortiqlarining oʻtkir yoki oʻtkir osti yalligʻlanishining asorati natijasida yuzaga keladi. Buning sababi oʻtkir adneksitning noadekvat davolanishi, organizmning reaktivligi pasayishi, qoʻzgatuvchining xususiyati. Surunkali salpingooforit yalligʻlanish infiltrati hosil boʻlishi kuzatiladi. Bachadon ortiqlarida oʻtkir yoki oʻtkir osti yalligʻlanishni oʻtkazish natijasida kichik chanoqda naylar, tuxumdon, bachadon, chanoq devorlari, siydik pufagi, charvi va ichaklararo chandiqli jarayon yuzaga keladi.

Bemorlar qorin ostidagi oʻtmas, simillovchi ogʻriqlardan shikoyat qiladi. Ogʻriqlar belga, toʻgʻri ichakka, songa oʻtishi mumkin, psixoemotsional (jahldorlik, nevroz, uyqusizlik, depressiv holatlar) va vegetativ buzulishlar kuzatiladi. Surunkali salpingooforitda hayz siklining buzilishi kuzatiladi: menometrorragiya, gipomenstrual va predmenstrual sindromlar, anovulyatsiya yoki sariq tana yetishmovchiligi. Kasallik qoʻzgʻaganda ogʻriqlar kuchayadi, umumiy ahvol ogʻirlashadi, tana harorati ortadi, jinsiy aʼzolardan yiringli ajralmalar kelishi kuzatiladi.

Diagnostikasi qiyin boʻladi, chunki chanoqdagi surunkali ogʻriqlar boshqa kasalliklarda uchraydi (endometrioz, tuxumdon kistalari va oʻsmalarida, qabziyatda va b.). Ginekologik koʻrikda bachadon tanasining harakatlanishi

chegaralanganligini (chandiqlanish jarayoni), bachadon ortiqlari sohasida cho'ziq hosilani (gidrosalpinks) ko'rishimiz mumkin. Gisterosalpingografiya va gidrosonografiya yordamida naylardagi chandiqlanish jarayonini aqlash mumkin.

Parametrit – bachadon yon kletchatkalarining yallig'lanishi. Parametritning kelib chiqishida aerob mikroblar birinchi o'rinda turadi. Bu jarayon diffuz yallig'lanish bo'lib, limfangit, perivaskulyar shish bilan kechadi. Limfatik tomirlar kengayib tromb va yiringli massa bilan to'ladi. Eksudat seroz, seroz yiringli, yiringli bo'lishi mumkin. Parametritlar: yon parametrit, oldingi parametrit va orqa parametritlarga bo'linadi.

Olib keladigan sabablari: asoratli tug'ruqlar, jinsiy a'zoldagi operatsiyalardan keyin (abort, bachadon shilliq qavatini qirish), BIV dan so'ng bachadondan infeksiya tarqalishi natijasida yuzaga keladi. Infeksiya parametral kletchatkaga limfatik yoki gematogen yo'l bilan infeksiya o'choqlari (endometrit, endotservitsit va boshqalar) orqali tarqaladi. Parametrit yallig'langan joyda infiltrat hosil qilib, so'ng seroz yallig'lanish ekssudatiga aylanadi. Gohida infiltrat va ekssudat so'rilib ketadi, lekin og'ir hollarda yallig'lanish joyida fibroz biriktiruvchi to'qima hosil bo'lib, bachadon shu tarafga surilib qoladi. Qorin bo'shlig'ida ekssudatsiya natijasida yiringli ekssudat hosil bo'ladi.

Klinika. Parametritning klinikasi tana haroratining 38-39°S gacha ko'tarilishi, bemorning titrashi, qorin pastida biroz og'riq bo'lishi. Yallig'lanish o'tkir bosqichida intoksikatsiya belgilari kuzatiladi: bosh og'rig'i, ahvolini og'irlashuvi, og'iz qurishi, ko'ngil aynishi, qabziyat bo'ladi. Qin orqali va to'g'ri ichak orqali tekshirilganda bachadon yon tomonida, oldingi orqa tomonda infiltrat aniqlanadi. Boshida infiltrat keng boylam kletchatkasining yuqorigi yoki

pastki qismida aniqlanadi. Keyinchalik hamma qismlarigacha kirib boradi. Qin orqa gumbazi boʻrtib chiqadi. Infiltrat paypaslanganda kam ogʻriqli, konsistensiyasi oldin yumshoq, keyinchalik qattiq boʻladi. Orqa parametritda toʻgʻri ichak orqali tekshirilganda infiltrat yaxshi aniqlanadi. Agar yalligʻlanish jarayoni qorin pardasiga oʻtsa, kuchli ogʻriq boʻladi. Qonda SOE tezlashadi, leykotsitoz.

Taqqoslama. Parametritni tuxumdon absessidan, ekssudativ pelvioperitonitdan, piosalpinksdan, bachadon miomasi va kistomasidan, saraton infiltratidan farqlash lozim.

Kasallikni tashxislashda, asosan, bimanual va rektovaginal koʻrik oʻtkaziladi.

Pelvioperitonit (kichik chanoq qorin pardasining yalligʻlanishi). Ikkilamchi vujudga keladi, kanalikulyar yoʻl bilan (bachadon naylaridan), tuxumdonlardan, bachadondan, kichik chanoq kletchatkasidan, appendikulyar oʻsmadan limfogen yoki gematogen yoʻl bilan. Koʻpincha salpingooforit bilan qoʻshilib keladi.

Kichik chanoqdagi patologik moddaga qarab seroz-fibrinoz va yiringli pelvioperitonit ajratiladi. Koʻp hollarda ayollar pelvioperitonitdan tuzalib ketadilar. Baʼzan esa kasallik umumiy peritonitga oʻtib ketishi mumkin.

Klinikasi. Kasallik oʻtkir boshlanadi, bemorlarda qorin ostidagi kuchli ogʻriq, tana haroratining 39-40°S ortishiga, tomir urishining tezlashishi, tili quruq, et uvishishi, koʻngil aynish, qayt qilish, ich ketishi kuzatiladi. Obyektiv koʻrganda: palpatsiyada – qorin shishgan, pastki qismida keskin ogʻriq, qorin devori mushaklari taranglashgan, qorin parda qoʻzgʻalish Shetkin-Blyumberg belgisi musbat, ichak peristaltikasi susaygan. Ginekologik koʻrikda bachadon va uning ortiqlarini qattiq ogʻriq sababli koʻrib boʻlmaydi, rektovaginal chuqurlikda ekssudat yigʻilishi sababli orqa gumbaz tekis boʻladi. Laborator tekshirish – leykotsitoz,

ECHT yuqori. Qo'shimcha diagnostik usullariga transvaginal UTT ko'rsatishimiz mumkin, bunda bachadon va ortiq-larning holatini, kichik chanoqda erkin suyuqlik borligini aniqlash mumkin.

Davolash. Faqat statsionarda o'tkaziladi. Kompleks davoning intensivligi yallig'lanish jarayonining bosqichiga, qo'zg'atuvchining turiga, makroorganizm immunobiologik rezistentligiga bog'liq bo'ladi. Ichki jinsiy a'zolarining o'tkir yallig'lanish jarayonlarini davolashda penitsillin qatoridagi antibiotiklardan, sefalosporinlar, ftorxinolonlar, aminoglikozidlar, linkozaminlar, makrolidlardan foydalaniladi.

O'tkir yallig'lanish bo'lganda bemorning juftini ham gonoreya va xlamidioz infeksiyalariga tekshirtirish hamda aniqlansa, davolash lozim. Davolanishning oxirigacha jinsiy aloqa to'siq usuldan foydalanilgan holda o'tkaziladi. Hamma juftliklarga empirik antibakterial davolanish tavsiya qilinadi.

5-BOB
**UROGENITAL INFEKSION
KASALLIKLARI**

JYOYUKda 28 dan ortiq infeksiya uchraydi. Ulardan 7-8 tasi jinsiy a'zolarida kasalliklar chaqirib, bepushtlik, homila tushishi, homilaning rivojlanmasligiga olib keladi va TORCH infeksiyalar guruhiga kiradi. Bu infeksiyalar, asosan, jinsiy yo'llar orqali o'tadi.

Oxirgi yillarda butun jahonda jinsiy yo'llar orqali yuquvchi infeksiyalarning tezlik bilan tarqalishi, ayniqsa, 35 yoshgacha bo'lgan ayollarda kuzatilmoqda. Bu infeksiyalarning turi ko'p – chlamydia trachomatis, mycoplasmosis, ureaplasmosis, herpes simplex, cytomegalovirus (CMV), papilomavirus, gonorrhoea, trichomoniasis va boshqa. Oxirgi yillarda yana boshqa yangi 8 ta infeksiyalar aniqlandi (*Atopobium vaginae*, *leptotrichia /sneathia*, *eggerthella*, *megasphaera*, *clostridiales order*, BVAB 1,2,3; *peptoniphilus lacrimalis*, *dialister* (Хрянин А.А., 2014).

Bunga esa, o'z navbatida, jinsiy hayotning erta boshlanishidan, jinsiy hamrohning ko'pligi, jinsiy hayotning chegaralanmasligi, infeksiya profilaktikasiga rioya qilmaslik, o'z bilganicha davolanish va boshqalar sabab bo'lmoqda. Infeksiyalarning bunday tarqalishi ichki jinsiy a'zoldagi chandiqlarning shakllanishi, bepushtlik, homiladorlik paytida yomon asoratlarni keltirib chiqarishi mumkin.

Infeksion agentlar yuqori jinsiy a'zolariga:

Spermatozoidlar (aerob, anaerob, xlamidiy, mikoplazma, so'zak), trixomanadalar (*E.Coli*) yordamida, mikroorganizmlarning nafaol harakati (bachadon, naylar qisqarishi), gematogen, limfogen yo'llar bilan tarqaladi.

Xavf omillari:

– Jinsiy xulq (jinsiy hayotni erta boshlash, hamrohlarning ko'pligi, tartibsiz jinsiy aloqalar, abortlar);

- Yosh (o‘smir va 40 yoshlilar);
- Genital omillar: surunkali jinsiy a‘zolarining yallig‘lanish kasalliklari, jinsiy yo‘l bilan yuquvchi infeksiyalar;
- Homiladorlik;
- Bachadon bo‘yni saratoni va anogenital kandiloma bo‘lgan ayollar bilan jinsiy aloqadagi hamrohlar;
- Ekstragenital omillar (qandli diabet, kamqonlik, dis-bakterioz, immunodefitsit holatlar);
- Endometrioz;
- Ijtimoiy omillar: stress, yetarli darajada ovqatlanmaslik, avitaminoz, alkogolizm, narkomaniya.

Zararlanishga olib keluvchi omillar:

- Bachadon ichi muolajalari (GSG, gisteroskopiya, zondlash);
- Abort (sun‘iy, o‘z-o‘zidan);
- BIV.

Infeksiya o‘choqlari:

- Ayollarda – bachadon bo‘yni kanali;
- Erkaklarda – jinsiy a‘zolar;
- Homilador ayollarda – amniotik suyuqlik;
- Qon.

Infeksiyadan zararlanish yo‘llari:

- Jinsiy (asosiy);
- Transplatsentar (Herpes, CMV, chlamydia, mycoplasma);
- Tug‘ruq yo‘llari orqali o‘tayotganda (Herpes, CMV, papillomavirus);
- Maishiy yo‘l (Chlamydia, mycoplasma, papillomavirus);
- Instrumentlar orqali (Mycoplasma, papillomavirus).

O‘tkir yallig‘lanish jarayonining patogenezi asosida infeksiyon agent turadi. Jinsiy a‘zolarining pastki qismining yallig‘lanish kasalliklariga quyidagilar kiradi: vulvovaginit, vaginit, endotservitsit, bachadon bo‘ynining chin eroziyasi, bartolinit, bartolin bezining absessi.

Jinsiy yo'llar bilan yuquvchi infeksiyalarga – gonoreya, xlamidioz, trixomaniyaz, mikoplazmoz, ureaplazmoz, virus kasalliklar kiradi (gerpes, CMV).

Gonoreya (so'zak). Jinsiy yo'llar orqali yuquvchi kasalliklardan eng ko'p uchraydigani hisoblanib, gonokokklar orqali yuqadi. Antibiotiklardan pala-partish foydalanish natijasida gonokokklarning morfologiyasi va biologik xususiyati o'zgarishiga olib keldi. Muhim epidemiologik ahamiyati gonokokklar trixomonadalar tomonidan fagotsitlanadi. Gonokokklar ekzotoksin ishlab chiqarmaydi, lekin nobud bo'lganlari endotoksin ishlab chiqaradi, bu esa to'qimada degenerativ-destruktiv o'zgarishlarga va chandiqning shakllanishiga olib keladi.

Klinik belgilari mavjud:

Klinik kechishi bo'yicha o'tkir, nimo'tkir va torpid fazalarga bo'linadi. O'tkir fazasi 2 hafta ichida namoyon bo'ladi, nimo'tkir fazasi 2-8 hafta davom etadi. Ushbu fazada uretra va bachadon bo'yni ajralmasidan gonokokklar ajraladi. 2 oy va undan ortiq davom etishi surunkali turiga kiradi.

Siydik-tanosil organlarining gonoreya bilan zararlanganda jinsiy a'zolardan yiringli ajralmalarning kelishi, siyganda biroz og'riq va achishish qorin pastida to'mtoq og'riqlarning bo'lishidan shikoyat qiladi. Ba'zan ishtahaning pasayishi, qorin pastidagi og'riqning kuchayishi, tana haroratining ko'tarilishi bilan keladi. Gonoreyaning ko'rinmas belgisi bu tuxumdonlarning gipofunksiyasidir. Boshqa muhim belgilari boshqa infeksiyalar bilan qo'shib kelishi, ya'ni gonokokk-trixomonada, gonokokk-viruslar, gonokokk bor joyda, albatta, xlamidioz bo'ladi. Shuning uchun gonoreya aniqlanganda xlamidiozga tekshirish tavsiya qilinadi. Gonoreyani anamnez, klinik belgilari va laborator natijalariga qarab tashxislash mumkin.

Gonoreyaga shubha tug'ilganda quyidagilarga e'tibor berish lozim:

- Jinsiy hayotni boshlagandan keyin, jinsiy hamrohni o'zgartirganida, rejalashtirilmagan jinsiy aloqadan keyin, dizurik belgilar va oqish ajralmalarining kelishi;

- Shu paytdagi yoki avvalroq erida kuzatilgan gonoreya belgilari.

- Birlamchi bepushtlik bilan ayolda endotservitsit, uretrit, qin bartolin bezlarining yallig'lanishi.

- Homilador bo'lmagan ayolda ikki tomonlama salpin-gooforit endotservitsit bilan birga kelishi.

Gonoreya bilan kasallanganlarga klinik kechishi va kasallikning anatomik lokalizatsiyasi, shtammlarning sezgir-ligiga qarab, qo'shib kelgan boshqa infeksiyalarga qarshi davolashni tanlash lozim. Gonoreya-trixomoniaz va xla-midiy infeksiyalari bilan kelganida urogenital xlamidioz diagnostikasini o'tkazishning iloji bo'lmaganda, trixomo-nadalarga qarshi davolashni o'tkazish, keyin esa xlamidiy va gonoreyaga qarshi antibiotiklarni qo'llash lozim. Ushbu bemorlarni statsionar sharoitda davolash lozim. Gonoreya-ning klinik kechishiga qarab davolash o'tkaziladi. Davolan-gach 3 hayz sikli davomida bakterioskopik tekshirilganda manfiy natija chiqsa davolanib bo'lgan hisoblanadi.

Trixomaniaz. Qo'zgatuvchisi – trixomanada, sodda (protozoy-xivchin), bo'linish yo'li bilan ko'payadi. Turla-ri – qin, ichak, og'iz. Trixomonadalar parazitlar guruhiga mansub bo'lib, 40-80% ginekologik kasallangan bemorlar-da gonoreya bilan kasallanganlarning 90% da aniqlanadi. 86% ayollarda pastki jinsiy a'zolarida joylashadi. Shikastla-nish o'choqlari – uretra va qin ayollarda, uretra erkaklarda.

Klinika. Oddiy o'tkir, granulez va makulez kolpitlar. O'tkir kolpitda bemorlar uzoq vaqt keluvchi suyuq, ko'pik-li, oq-sariq va sarg'ish rangli ajralmalar oqishidan shikoyat qiladilar. Uzoq vaqt epiteliy birikishi hisobiga shilliq qavat o'shoqsimon, yiringli hujayralar qaymoqsimon bo'lib qoladi.

○ Ajralmalar badbo'y hidli va yemiruvchi xarakterga ega. Ba'zi bemorlar qorin pastida, belda, ba'zan siyish va jinsiy aloqa paytida og'riqdan shikoyat qiladilar.

Ko'zdan kechirilganda qin devorlari shishgan, qizargan, og'riqsiz. O'tkir trixomoniaz oddiy, makulyozli, granulyozli, yarali va aralash bo'ladi. Bu shakllarida qinda patologik transsudat miqdorining oshishi kuzatiladi. Ajralmalar ko'p bo'lib, ular hamma chuqurliklarni to'ldiradi va bachadon bo'ynining qindagi qismi «unda cho'milayotgandek» tuyuladi. Miqdori, ranggi, hidi va konsistensiyasi trixomonadaga xos. Trixomonadalar ko'proq qo'shimcha flora bilan birga aniqlanadi.

Surunkali shaklida – yallig'lanish o'zgarishlari kam rivojlangan. Ko'p miqdorda ko'piksimon ajralmalar, sariq-yashil rangli va yoqimsiz hidli. Vulvada qichishish, achishish, ba'zan sonning ichki yuzasiga tarqaladi. Siydik ajratish paytidagi achishish, coitus vaqtida og'riq bo'lishi xos. Surunkali trixomoniaz kechishining davomiyligi va kasallikning retsidivlanishi bilan xarakterlanadi.

Tashxislash asoslari: klinik belgilari, bakterioskopiya, kultural usul. Urogenital trixomoniazning diagnostikasi uning klinik belgilari va trixomonadalarning bo'lishi bilan asoslanadi. Laborator diagnostikada – ajralmani Gramm usulida bo'yash bakterioskopik tekshirish, ekish usulidan foydalaniladi.

Davolash: Ayolning davolanishi, albatta, turmush o'rtoq'i bilan birga o'tkaziladi.

Nifuratel (volfuran) 1 tab. 2 mahal 7 kun. Metronidazol (efloran, flagil, metrogil, trixopol) 1 tab. 3 marta, 7 kun. Boshqa preparatlardan volfuran, fazijin, naksodjin (tinidazol), 1 kapsuladan 2 mahal 6 kun. Mahalliy davolash uchun metostil, klion-D, terjinan qo'llaniladi.

Davolanayotganda prezervativlardan foydalanish tavsiya etiladi. Klinik belgilarning bo'lmashligi va har 3 oyda mikrobiologik tekshiruvlarda trixomonadalarning bo'lmashligi sog'ayganligidan dalolat beradi.

5.1. Bakterial vaginoz

Bakterial vaginoz (BV) (15-23%) – nospetsifik vaginit. Ifodalanadi: yallig'lanish belgilari yo'qligi, shartli patogen qo'zgatuvchilar ustun bo'ladi, asosan, gardnerella (40%), bakteroidlar, peptostreptokokklar, mikoplazmalar. Qin sekretning rN 4,5 dan ortiq (N 3,8-4,2) bo'ladi. Hozirgi paytda BV jinsiy yo'llar orqali yuquvchi infeksiyalar deb emas, vaginal disbioz deb yuritiladi. BV qindagi infeksiyon jarayon bo'lgani uchun, jinsiy a'zolarining yallig'lanish kasalligi turiga kiritilgan. BV – yetarlicha tez uchraydigan infeksiyon kasallik bo'lib, u 21 – 33% reproduktiv yoshdagi bemorlarda aniqlanadi.

Etiologiyasi va patogenezini. Qinning mikroekologiyasining buzilishi, normadagi dominant laktobatsillalar va turli bakteriyalar – gardnerella vaginalis (40%), mycoplasma hominis, anaeroblar (bacteroides spp., prevotella spp., peptostreptococcus spp., mobiluncus spp., fusobacterium spp va boshqalar) tezlik bilan proliferatsiyasi kuzatiladi. *Gardnerella vaginalis* – BV yagona qo'zgatuvchi emas. Bundan tashqari, ushbu mikroorganizmlar normal mikrofloraning tarkibiy qismidir.

Bakterial vaginoz qin mikroflorasi

BV chaqiruvchi omillar:

- antibakterial preparatlarni qo'llash;
- AOK va gormonal terapiya;

- BIV uzoq muddat qo‘llash;
- giomenstrual sindrom bilan kuzatiladigan gormonal buzilishlar;
- juftlikni tez-tez almashtirish;
- stresslar;
- sitostatiklar bilan davolash, rentgenoterapiya;
- immunitet pasayishi.

Qinning mikrobiotsenozi buzilishi natijasida qin saqlamasining rNi 4,5 dan 7,0 – 7,5 gacha oshadi, anaeroblar sassiq baliq hidli uchar aminlar ishlab chiqaradi. BV bilan bemorlar ko‘pchilikni tashkil qilib (60%) ichak disbakteriozi bilan birgalikda keladi.

Klinika. Ko‘p miqdorda yoqimsiz hidli va kulrang ajralmalar. Qichishish, achishish, jinsiy aloqa paytida diskomfort kuzatiladi. Ko‘zgu orqali tekshirilganda qinda yallig‘lanish belgilari bo‘lmaydi. Gardnerella vaginalis sababli turli ginekologik holatlar kuzatiladi (servikal displaziya, servitsit, endometrit, kichik chanoq a‘zolarining yallig‘lanishi, siydik yo‘llari infeksiyasi va operatsiyadan keyingi asoratlar).

Diagnostika. BV diagnostik kriteriyalari:

- spetsifik vaginal ajralmalar;
- qin surtmalarida «Clue cells» larning bo‘lishi;
- qin saqlamasining pH > 4,5;
- amin testining musbat bo‘lishi.

Davolash. Asosiy dori – Nifuratel (volfuran) 1 tab. 2 mahal 7 kun. Metronidazol 500 mg x 2mahal – 7 kun davomida yoki bir marta tinidazol 2g. Rezistent turida – tiberall, naksodjin, seknidazol;

Mahalliy davo – metostil, qinga dalatsin-krem, klion-D, metronidazol 7-10 kun davomida;

Retsidiv kechishida – solkotriovak 0,5 mg v/m 3 inyeksiya 2 haftada, bir yildan keyin 0,5 ml bir marta.

BV retsidiv profilaktikasi maqsadida juftni davolash shart emas. Agar erkaklarda uretrit kuzatilsa, tekshirish va shuningdek, davolash maqsadga muvofiq. Davolash maqsadida metronidazol va nifuratel guruhi dori vositalari qo'llaniladi.

Metronidazol homiladorlikning oxirigi oylarida, tug'ruqdan oldin va laktatsiya davrida mutagen va kanserogen effekti bo'lgani uchun faqat mahalliy davo o'tkaziladi.

Vaginal kandidoz. Kasallik qo'zgatuvchisi – *Candida* turiga xos zamburug'lar. (95%). Bemor *Candida albicanus* zamburug'i bilan zararlanadi.

Genital kandidoz ham jinsiy yo'llar orqali yuquvchi kasalliklarga kirmaydi ko'pincha ularning markeri hisoblanadi. Zamburug'lar shartli-patogen flora hisoblanadi. Muhim sharoitlarda (umumiy va mahalliy rezistentlikning pasayishida, antibiotiklar qabul qilganda, oral kontratseptivlar, sitostatiklar va glyukokortikosteroidlar, qandli diabet, tuberkulyoz, yomon sifatli o'smalar, surunkali infeksiyalar va boshqalar) kasallik kelib chiqishi mumkin.

Urogenital kandidozning retsidivida infeksiyaning asosiy o'chogi ichak hisoblanadi, u yerdan qinga tushaveradi, va jarayonni qo'zgataveradi.

Tasnifi. O'tkir (kasallikning davomiyligi 2 oygacha) va surunkali (retsidivlanadigan, davomiyligi 2 oydan ortiq) urogenital kandidozlar farqlanadi.

Klinika. Vaginal kandidoz qinda qichishishlar, achishishlar, qatiqsimon ajralmalar kuzatiladi. Qichishishlar va achishishlar jinsiy aloqa, uyqu va suvli amaliyotlardan keyin kuchayadi. Siydik yo'llariga tarqalsa, dizurik buzilishlar yuzaga keladi.

Diagnostika. Vaginal kandidoz diagnostikasi shikoyat, anamnez va ginekologik tekshiruvlarga asoslanadi. O'tkir davrida yallig'lanish jarayoniga ikkilamchi belgi tashqi jin-

siy a'zolari terisiga tarqalishi kuzatiladi. Terida vezikulalar paydo bo'ladi, ular yoriladi va eroziyalarni qoldiradi. Qin va bachadon bo'yining qin qismi ko'zgul yordamida ko'rilganda devorlarida giperemiya, shish, oqish yoki kulrang oqish tvorogsimon moddalar ko'rinadi. Vaginal kandidozning kolposkopik belgilari lyugol eritmasi bilan ishlanganda mayda nuqtasimon «manniy kukuni»ga o'xshash belgi kuzatiladi. Surunkali kandidozda yallig'lanishning ikkilamchi elementlari – to'qima infiltratsiyasi, sklerotik va atrofik o'zgarishlar kuzatiladi.

Davolash. Vaginal kandidozni davolash kompleks olib boriladi, qo'zgatuvchisi bilan birgalikda uning sababini ham yo'qotish zarur. Oral kontratseptivlar, antibiotiklar, glyukokortikosteroidlar, sitostatiklarni qabul qilish to'xtatiladi, qandli diabetni medikamentoz korreksiya qilinadi. Davolanayotganda prezervativlardan foydalanish tavsiya etiladi. O'tkir urogenital kandidozni davolashda birinchi o'rinda mahalliy davo sifatida ekonazol, izokonazol, terjivan, makmiron kompleks, flukonazol, itrakonazol, klotrimazol kabi dori vositalari tavsiya etiladi. Ikkinchi bosqichda qin mikrobiotsenozini tiklash lozim. Klinik belgilarning bo'lmasligi va mikrobiologik tekshiruvlarni manfiy bo'lishi davolanganlikdan dalolat beradi.

Qin infeksiyalarining differensial diagnostikasi

	Bakterial vaginoz	Trixomoniaz	Kandidoz
Simptomlar	50% simptom-siz kechadi, ajralmalar baliq hidli	10-50% simptom-siz, qin ajralmalari, vulvaning qichishishi, dizuriya, qorin pastida diskomfort	10-20% da simptom-siz, vulvaning qichishishi va og'riq, qin ajralmalari va yuzaki dispareuniya

Belgilar	Ajralmalar gomogen, suyuq, kulrang, yoqimsiz hidli	Vulva giperemiyasi. Vaginit. Qin ajralmalar 70% gacha, ko'piksimon, yashil, servitsit belgilari	Vulva giperemiyasi, shishi va yorilishi, qin ajralmalari tvorogsimon, o'choqli
Surtmada leykotsitlar soni	30 gacha	40-50 va undan ortiq	40-50 va undan ortiq

5.2. Urogenital xlamidioz

Xlamidiyalar (*Chlamydia trachomatis*) – grammanfiy bakteriyalar bo'lib, ikkita hayot shakliga ega: infeksiyon, hujayradan tashqari joylashgan (elementar tanacha yuqori virulent turi, hujayradan tashqari yashashga moslashgan) va hujayra ichida joylashgan noinfeksiyon bosqichi (retikulyar tanacha hujayra ichida yashashga moslashgan va ko'payishni ta'minlaydi). Inkubatsion davri 5-30 kun. Embrionlarga infeksiya uzatilishi isbotlangan. Asosiy joylanishi – silindrsimon epiteliy (uretra, bartolin bezlari, bachadon naylari, qorin pardasi).

Oxirgi o'n yillik davridagi izlanishlar yallig'lanish kasalliklarini chaqiruvchilar ichida xlamidiyalar ahamiyati tobora oshib borishini ko'rsatmoqda.

Eng keng tarqalgan JYOYUK ga kiradi, saqlanmagan holda yuqish xavfi 60%dan yuqori, 52% (30 yoshgacha) aholi *chlamydia trachomatis* bilan zararlangan, butun dunyoda rivojlanayotgan davlatlarda uchrash foizi eng yuqori. *Chlamydia trachomatis* – grammanfiy kokk, hujayra ichida joylashgan parazit. Xlamidioz tuzilishi bo'yicha bakteriyani eslatadi va virus kabi faqat tirik to'qima ichida yashaydi. Xlamidiyali yallig'lanish kasalliklari erkaklarda (uretrit, epididimit, orxiepididimit, prostatit), ayollarda bo'lishi

mumkin (kolpit, servitsit, eroziyalar, uretrit, salpingit va boshqalar), hatto chaqaloqlarda (konyuktivit, otit, pnevmoniya) infeksiyalangan tugʻruq yoʻllardan tugʻilganida kasallik paydo boʻlishi mumkin. Xlamidiylar – hujayra ichi paraziti hisoblanib, gonoreyadan 15% koʻp uchraydi. Asosan, reproduktiv funksiyaga taʼsir qiladi. Homiladorlik paytidagi xlamidioz homilaga salbiy taʼsir kursatmay qoʻymaydi, homila ichi infitsirlanishi, muddatidan ilgari tugʻruq, homila pardalarining muddatidan ilgari ketishi, shuningdek, homilaning nobud boʻlishigacha olib keladi.

Klinika. Kasallik asosan kam belgili, uzoq vaqt davom etib, tez-tez qayta oʻtkirlashishi mumkin. Klinik kechishi esa boshqa chaqiruvchilar qoʻzgʻatgan kasalliklarga oʻxshash boʻladi. Simptomsiz kechishi (75%), kam hollarda dizuriya, salpingit, jinsiy aʼzodagi pufakchalar va yarachalar, kam miqdorda yiringli ajralmalar, dispareuniya (coitus vaqtida ogʻriq), postkoital va hayzlararo qonli ajralmalar va genitaliydan tashqari kasalliklar. Surunkali xlamidiyali salpingit naylarning intersitsial qismida bitishmalar hosil qilib nayli bepushtlikka yoki bachadondan tashqari homiladorlikka olib keladi.

Chlamydia trachomatis infeksiyasining tasnifi (JSST)

– past qavat va siydik yoʻllari infeksiyasi (uretrit, para-uretrit, bartolinit, vulvovaginit, servitsit, bachadon boʻyni eroziyasi);

– kichik chanoq va siydik yoʻllari aʼzolarning xlamidiozi (endometrit, salpingoofarit, pelvioperitonit);

– anorektal sohasidagi xlamidioz;

– xlamidiyali faringit;

– reyter sindromi (SARA);

– boshqa aʼzolar xlamidiozi.

Tekshirish usullari:

– sitoskopik usul – sitoplazmatik hujayralarning leykotsitlarga nisbati;

- immunomorfologik usul – xlamidiy antigen substansiyalarini aniqlashga asoslangan;
- bevosita immunoflyuoressensiya usuli – xlamidiyning erigan antigenini aniqlashga asoslangan (PIF);
- polimeraz zanjir reaksiyasi (PSR).

Chlamydia trachomatis kasalliklari va asoratlari
(JSSTning Hamkorlik markazi, 1990 y.)

Ayol	Erkak	Bolalar
Kasalliklar		
Uretrit Servisit Endometritis Salpingitis Periappendikitis Fits-Xygh-Kurtis sindromi	Uretrit Epididimit Proktit	Boladagi konyuktivit Zotiljam
Asoratlar		
Bepushtlik Erta tug'ilish Ektopik homiladorlik Surunkali tos og'rig'i SARA (Reiter sindromi)	Interfaollik SARA (jinsiy yo'l bilan olingan reaktiv artrit)	O'pka obstruktiv kasalliklari

Diagnostika. Xlamidiyalar oddiy bakteriologik tekshiruvda aniqlanmaydi. Shilliq qavat qirindisi va surtmani o'rganish uchun maxsus sitologik tahlil spetsifik monoklonal antitanachali muhitda o'stiriladi va mikrobnning DNKsi bir qismi bir necha ming marotaba ko'paytirilib aniqlashni yengillashtiradi (PSR usuli). Qonda xlamidiyalarni aniqlash uchun immunoferment analizi yordamida spetsifik antitanachalar JgG va IgM topiladi yoki PSR usulida tekshiriladi.

Davolash. Davolash asoslari: ushbu kasallikni ilk davrlarida tashxislash, vaqtida turmush o'rtog'i bilan birga davolasa ijobiy natijaga erishish mumkin. Etiotrop (antibakterial) terapiya trixomonadaga qarshi preparat bilan birga

tavsiya etiladi. Antibakterial davo – 2 hafta, surunkali va asoratlangan shakllarida – 3 hafta (parazitlarning rivojlanish 5-7 sikllarini to'xtatish).

Antibakterial terapiya:

1. Homilador bo'lmagan va emizmaydigan ayollarga:

- Doxycycline 100 mg 2 mahal – 7 kun yoki
- Ofloksin 400 mg 2 mahal – 10 kun

2. Homilador va emizuvchi ayollarga:

- Amoxicillini 500 mg per os 3 mahal – 7 kun yoki
- Erythromycin 500 mg 4 mahal – 10 kun

Davolangach 10-14 kundan keyin flyuoesent usulida tekshirganda, 3-4 haftadan keyin bevosita immunoflyuoesent test qilinganda natija manfiy bo'lsa, sog'lom hisoblanadi. Keyin 3 oy dispanser kuzatuvda, har oy kontrol analiz topshiriladi.

5.3. Urogenital mikoplazmoz va ureaplazmoz

Tashqi muhitda keng tarqalgan va juda xilma-xil mikoplazmalardan faqat olti turi odam organizmiga ziyon yetkazishi mumkin. Bulardan ikki xili mycoplasma hominis va ureaplasma urealyticum jinsiy tizim a'zolarida yallig'lanish kasalliklariga olib kelishi mumkin. Patogen faolligini mikoplazmalar organizmda qarshilik kuchlari va immunitet pasayganda ko'rsatadi. Ko'pincha ureaplazma va mikoplazmalar boshqa mikroblar bilan birga aniqlanadi. Tashqi jinsiy a'zolar zararlanishi sust ko'rinishda bo'ladi. Ko'pincha siydik sistemasi birlamchi zararlanadi. Bachadon ortiq-lari yallig'lanish kasalliklarida hayz sikli buzilishi qo'shiladi. Mikoplazma va ureaplazmalar bepushtlikka olib keladi. Homiladorlik davrida o'z-o'zidan homila tushishi, homilaning rivojlanishdan to'xtab qolishi, o'lik homila tug'ilishi, tug'ruqdan oldin suv ketishi, muddatdan oldin tug'ruq,

chilla davrida septik kasalliklar kuzatiladi. Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarda neonatal o‘lim kuzatilishi mumkin.

Mycoplasma gallisepticum. Mikoplazmaning 100 ga yaqin turlari ma‘lum. Mycoplasma hominis, mycoplasma genitalium – urogenital trakt mikoplazmozi, ureaplasma urealyticum mikoplazma guruhiga kiradi. Mikoplazмага xosligi – devorining yo‘qligi va hujayra membranasi-da parazitlik qilish. Genetik o‘zgarishlariga olib keladi va hujayraning metabolizmiga ta‘sir etadi. Autoimmun jarayon rivojlanishiga olib keladi. Mikoplazmalar eng kichik prokariotipga kiradi. Mikoplazmalar grammanfiy bo‘lib, o‘lchamlari bo‘yicha viruslarga yaqin, lekin bakteriyalarga xos DNK va RNKga ega. Ko‘payish yo‘li – hujayra ichida bo‘linib ajralib chiqadi (kurtaklanish).

Klinika. Ayollarda: uretritlar, vaginitlar, servitsitlar, kichik chanoq a‘zolarining yallig‘lanishi, BV, bepushtlik. Erkaklarda: uretritlar, surunkali prostatit, bepushtlik. Chaqaloqlarda: zotiljam, septitsemiya, konyuktivit.

Ureaplazma. Patogen faollikka ega; leykotsit, spermatozoid va epiteliy qavatlariga birikadi; mayda grammanfiy kolibatsilla mikroorganizmlarga kiradi; hujayra membranasi butunligini shikastlantirib yallig‘lanish jarayoniga olib keladi. Keng tarqalgan va sog‘lomlarda ham uchrashi mumkin. Kasallikning latent kechishi hujayraning xromosoma yig‘indisiga ta‘sir etadi. Torpid kechishga xos. Boshqa mikroorganizmlar bilan birgalikda uchraydi (anaeroblar). Platsentadan o‘tadi va homilani jarohatlantiradi; tug‘ruqda – muddatdan oldin homila suvlarini ketishiga va homilani infeksiyalanishiga olib keladi, tug‘ruqdan keyingi davrda septik kasalliklarga olib keluvchi qo‘zgatuvchi hisoblanadi.

Klinika. Ayollarda: vaginit, sistit, servitsit, bachadon bo‘yni eroziyasi, bachadon naylari bepushtligi, BV. Erkaklarda: simptomsiz uretrit, spermatozoidlar harakatchanli-

gini susaytiradi va uruglanish jarayoniga to'sqinlik qiladi. Chaqaloqlarda: tug'ma zotiljamlik, surunkali o'pka kasalliklari va chala tug'ilish.

Diagnostika. Quyidagi usullar yordamida mikoplazmani aniqlash mumkin:

- ekish yo'li bilan;
- bevosita va bilvosita immunoflyuorescent usuli (PIF);
- immunoferment analiz (IFA);
- polimeraz zanjir reaksiya (PSR);

Davolash. Davolash xlamidiozda qo'llaniladigan preparatlar bilan o'tkaziladi. Davolanganlar 3 oy mobaynida tekshirganda mikoplazma aniqlanmasa, sog'lomlik darajasi yuqori bo'ladi.

5.4. Jinsiy a'zolarining herpes virusli infeksiyalari (Herpes viridae)

- VPG-1 herpes simplex – oddiy herpes virusi;
- VPG-2 herpes genitalis – genital herpesi;
- VCHG -5 cytomegalovirus – sitomegalovirus;
- HPV human papillomavirus – papilloma virus infeksiyasi.

Genital herpes ko'p hollarda VPG-2, SMV va kam hollarda VPG-1 chaqiradi. Homiladorlarda VPG-2 20-30% hollarda kuzatiladi, akusherlik patologiyada SMV – 33-77%. VPG parazit bo'lib, auto- va o'ta infisyalovchi virus hisoblanadi. Infeksiya tarqalishi organizmning immun sistemasiga bog'liq. VPG adsorbsiyasidan keyin «yechinib», hujayraga virusning DNKsiga kiradi. Hujayrada xavfli transformatsiya chaqiradi (bachadon bo'yni saratoni va VPG bog'liqligi isbotlangan).

Jinsiy a'zolar kasalliklarini qo'zg'atadigan viruslardan eng ko'p uchraydigan oddiy herpes virusi. Virus havo-tom-

chi va jinsiy yo‘l bilan tarqaladi. Birlamchi infeksiyalan-gandan keyin oddiy herpes virusi latent turiga aylanadi va keyinchalik immunitet pasaygan hollarda (gripp, yuqumli kasalliklar va boshqalar) reaktivatsiyaga uchraydi.

Herpes virusli infeksiya epidemiologiyasi

JSST (VOZ) – 28.10.2015 y.

Herpes 1 turi (Herpes simpix) bilan butun dunyoda 50 yoshgacha (67%) 3,7 mlrd dan oshiq odamlar zararlangan



Herpes 2 turi (Herpes simpix) bilan 15-49 yoshgacha (11%) 417 mln odamlar zararlangan

Klinika. Umumiy holat o‘zgaradi, bosh og‘rig‘i, bir xil-da baland tana harorati bo‘lishi mumkin. Shunindek, teri va shilliq qavatlarda gerpetik toshmalar paydo bo‘ladi. Gerpetik kasallik ko‘p xil klinik ko‘rinishlar bilan ifodalana-di: o‘tkir yoki surunkali formalarida ko‘z, milklar, og‘iz bo‘shlig‘i, teri, shilliq qavatlar, ichki a‘zolar, markaziy nerv tizimi va ayniqsa, jinsiy va peshob chiqaruvchi a‘zolar ka-salliklari.

So‘ngi yillardagi ilmiy tekshiruvlar shuni ko‘rsatdiki, gerpetik infeksiya immun tizim faoliyatini keskin pasayti-radi va boshqa viruslar va bakteriyalar assotsiatsiyasi bilan birga aniqlanadi.

Genital herpesning klinik shakllari: birlamchi, retsidi-vivlovchi va simptomsiz genital herpes.

Qaytalanishga qarab ajratiladi:

– Og‘ir kechishi (remissiya bir necha kundan to 6 haftaga);

– O‘rta og‘ir kechishi (remissiya 2-3 oy);

– Yengil kechishi (remissiya 4 oy).

Jarohatlanish bosqichlari:

1-bosqich – tashqi jinsiy a‘zolari;

2-bosqich – gerpetik kolpitlar, servitsitlar, uretritlar;

3-bosqich – gerpetik endometrit va bachadon ortiqlari.

Tipik turida:

– pufakchali toshmalarning jinsiy a‘zolarga toshishi va bitishi qiyin, og‘riqli yaralar hosil bo‘lishi;

– og‘riq, achish hissi, parasteziya;

– sovqotish, tana qaqshashi, holsizlik;

– limfadenit.

Atipik turida (30-60%):

– vulva va qin achishishi;

– kolpitlar, odatiy antibakterial davoning samarasizligi;

– retsidiy eroziyalar va bachadon bo‘yni leykoplakiyasi;

– homila ko‘tara olmaslik;

– vegetativ chanoq ganglionevriti.

Ayollarda: servitsit, vulvovaginit, uretrit, endometrit, salpingit rivojlanishiga sabab bo‘ladi.

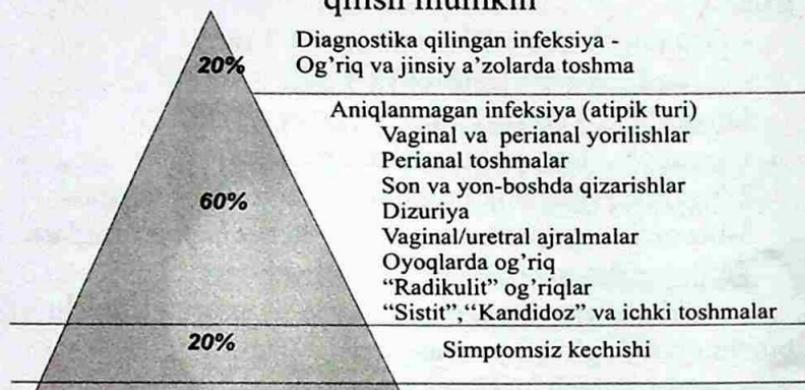
Erkaklarda: spermatogenez buzilishi, surunkali prostatit, bepushtlik kuzatiladi.

Chaqaloqlarda: o‘sisdan orqada qolishi, mikrotsefaliya, xorioretinit, mikroftalmiya, bosh miya kalsinati bo‘lishi mumkin.

Anamnezda gerpetik infeksiya bo‘lganda aniqlanmagan herpesda turli asoratlar bo‘lishi mumkin: barvaqt tug‘ruq – 80%, ikkilamchi bepushtlik – 60%, rivojlanmagan homi-

ladorlik – 20%, bachadon ichi infeksiyasi neonatal o‘lim – 20%, chaqaloqda atipik pnevmoniyasi – 30%.

Genital herpes – faqat 20% diagnostika qilish mumkin



Copy L. The current trend in genital herpes: progress in prevention. Sex Transm Dis 1994; 21: 536-544

Homilador ayolda yo‘ldosh orqali oson o‘tib, homilaning infeksiyalanishiga olib keladi. Virus birinchi o‘rinda nerv tubining patologiyasi va nuqsonlariga (anensefaliya, gidrotsefaliya, spinae bifida), xromosom o‘zgarishlariga olib keladi. Homiladorlikning patologik (homila tushish xavfi, homilaning o‘z-o‘zidan tushishi) kechishi ham virus ta’sirida kelib chiqishi mumkin. Tug‘ilgan chaqaloqlarda herpes virusi nerv tizimi kasalliklariga olib keladi.

Tekshirish usullari: immunoferment analizi spetsifik antitanachalarni IgG va IgM aniqlash yo‘li bilan, PSR qonda va jinsiy yo‘llarda.

JSST ma‘lumotlariga ko‘ra, homiladorlarning 91,6%i qonida IgG antitanacha bor). SMV – hujayra ichi paraziti hisoblanib, «umrbod» tashuvchi – limfotsitlar hisoblanadi. So‘nggi yillarda jinsiy tizim a‘zolari kasalliklarining etiologik sabablaridan sitomegalovirus (SMV) ahamiyati aniqlangan.

Odam infeksiya rezervuari bo'lib hisoblanadi. Kasallik kontakt (jinsiy, «o'pishish kasali»), havo-tomchi, transfuzion, transplantsentlar va jinsiy yo'l bilan tarqaladi.

Klinika. Klinik kechishi, asosan, latent kechuvchi va subklinik, surunkali salpingooforit, endometrit, kolpit bo'lib o'tadi.

O'tkir respirator kasallik, ko'p ichki a'zolarining zararlanishi, siydik tanosil a'zolarining yallig'lanishi, homila rivojlanish nuqsonlari aniqlanadi.

Ayollarda: servitsit, bachadon bo'yni eroziyasi, surunkali vulvovaginit, kichik chanoq a'zolarining yallig'lanishi, endometrit. Erkaklarda: dinamik astenozoospermiya, bepushtlikning sababi bo'ladi.

Homiladorlik davrida o'tkir shakli va surunkali SMV o'tkirlashishi (asosan, O'RVI klinikasi mavjud bo'ladi), yo'ldosh orqali homilaga o'tib homila kasallanishiga va turli nuqsonlarga olib kelishi mumkin. Birinchi o'rinda nerv tubining nuqsonlariga va homila nobud bo'lishiga yoki kasal bo'lib tug'ilishiga (mikrosefaliya, ko'rlik, epilepsiya, serebral falaj va boshqalar) sababchi bo'ladi.

Homiladorlik vaqtida herpes virusli infeksiya bilan zararlarish oqibati:

– I-trimestrda: Mikrosefaliya, tug'ma yurak, ichak, siydik ajralish a'zolari va skelet nuqsonlari, katarakta;

– II- va III-trimestrda: Pnevmoniya, meningoensefalit, sepsis, anemiya, gepatosplenomegaliya, homila gipotrofiyasi.

Tashxis qo'yish uchun qonda spetsifik antitanachalar IgG va IgM immunoferment analizi bilan yoki PSR usulida aniqlanadi. Servikal kanaldan sitologik usul yordamida topiladi.

Laborator diagnostika

- Hujayra kulturasi – 100% spetsifiklik, «oltin standart».

Ko'p mehnat talab qilishi, qimmatligi va soxta manfiy reaksiyalar berishi sababli kam qo'llaniladi.

- PIF sezgirligi 50-90%, ham invaziv ham noinvaziv namunalar qo'llanilishi mumkin (masalan, peshob). Simptomsiz va sust kechuvchi infeksiyalarda sezgirligi kam.

- Kasallikning bosqichini serologik aniqlash (IFA) – qo'zg'atuvchiga javoban qonda maxsus antitanachalarni aniqlash.

- O'tkir – IgM, IgG, IgA antitanachalarning tez ko'payishi;
- Surunkali – IgG, IgA titrlari doimiy;
- Reinfeksiya – IgG, IgA titrining tez o'zgarishi (4 martadan ortishi).

- Molekulyar-biologik usullar (PSR) – DNK va RNKning maxsus ketma-ketligini aniqlashga asoslangan, sezgirligi 100%ga yaqin;

Bakterioskopiya (Gramm bo'yicha bo'yash – kokklar, «asosiy hujayralar», gonoreya, trixomonada, Romanovskiy-Gimza bo'yicha – xlamidiy) aniqlash mumkin.

Davolash asoslari. Dunyoning 80% aholisida qonda SMVga qarshi antitanachalar mavjud. Shuning uchun organizmning immun tizimi faoliyatini yaxshilash va viruslarga qarshi davolash natijasida qonda antigen miqdori kamayib, antivirus antitanachalarining soni ham nisbatan kamayishiga olib keladi. Davolashni homiladorlikdan oldin va homiladorlik davrida 12-haftasidan keyin va 36-haftasida agar qonda antitanachalar yuqori miqdorda bo'lsa (Ig G 4 martadan oshiq bo'lsa) davolash o'tkazish zarur.

Mahalliy davo: 3-5% atsiklovir kremi, 0,25% oksalin mazi, epigen – spreyi, mazi, pavisin 14 kun. Supressiv davo (yiliga 6 martadan ortiq retsidiv bo'lganda). Valatsiklovir

300 mg (gipovin) 1 tab. 2 mahal 5-10 kun yoki atsiklovir 200 mg kuniga 4 mahal. Uzluksiz virusga qarshi davoning maksimal davomiyligi 1 yil.

Genital Gerpesni davolash usullari

Kasalliklarni nazorat qilish va oldini olish markazi, jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklarni davolash bo'yicha ko'rsatma, 2015 yil

Dori – darmonlar	Qabul qilish sxemasi
Atsiklovir	200 mg, sutkada 5 mahal № 5 – 10 yoki 400 mg, sutkada 3 mahal № 5 – 10; 800 mg, sutkada 2 mahal № 5 yoki 800 mg, sutkada 3 mahal № 2
Valatsiklovir	500 mg, sutkada 2 mahal № 3 yoki 1g, sutkada 1 mahal № 5
Famsiklovir	125 mg, sutkada 2 mahal № 5 yoki 1000 mg, sutkada 2 mahal № 1 500 mg kuniga, kevin 250 mg sutkada 2 mahal № 2 (Σ1500 mg)
Umumlashtirilgan herpes-Acylovir tomir orqali	5 – 10 mg/kg tomir orqali, sutkada 3 mahal № 2 – 7

Odam papilloma virus infeksiyasi (Human Papillomavirus, HPV)

SST (WHO) ma'lumotlariga ko'ra, dunyoda hozirgi kunda odam papilloma virusi bilan 20 mln inson zararlangan. Ushbu infeksiya faqat jinsiy yo'l orqali yuqadi. 18dan 29 yoshgacha bo'lgan yoshdagilar ko'proq kasallanish moyilligiga ega bo'lib, jinsiy yo'l orqali yuqadigan kasalliklarning umumiy 55-65%ga to'g'ri keladi.

Nemis olimi Harald zur Hausen (2008) bachadon bo'yni saratonida odam papilloma virusining rolini aniqlagan. Bachadon bo'yni saratonini bir necha virus podtiplari chaqirishi mumkin, ayniqsa, 16 va 18 HPV podtiplar. Ularning ta'sirida yuzaga kelgan bachadon bo'yni saratoni holatlari 70%ga to'g'ri keladi. [Harper C. Cervical cytology and colposcopy, 2005]. Bachadon bo'yni saratoni va qin dahlizi saratoni odam papilloma virusi bilan zararlanishning og'ir asoratlari hisoblanadi. [Centers for Disease Control and Prevention. Genital HPV Infection – CDC Fact Sheet. Centers for Disease Control and Prevention. 2004]. Yashirin

(latent) kechishi davrida HPV ning bir necha turlari bilan zararlanish mumkin. Turli faktorlar ta'sirida virus aktivatsiyalanib kasallikning klinik belgilar yuzaga kelish bosqichiga o'tadi. Kasallik rivojlanishi sekin kechib, shu sababli yuzaga chiqishi bir necha o'n yilni tashkil qiladi [Greenblatt, 2005; Sinal and Woods, 2005]. 90% holatlarda 6-12 oy davomida o'z-o'zini davolash kuzatiladi, qolgan holatlarda jarayonning malignizatsiyalanishi bilan kechuvchi surunkali retsidivlanuvchi turi uchraydi (virus turlariga bog'liq).

Zararlanish yo'llari:

- Jinsiy (oral-genital va anal aloqalar)
- Maishiy (jamoat joylarida bilvositya va bevosita kontakt (tualet, hammom, sportzal, sartaroshxona, basseyn), teridagi yara va jarohatlar).

Inkubatsion davr – 2 haftadan bir necha yilgachani tashkil qiladi.

Yuqori onkogenlik hususiyatiga ega papilloma viruslarga – HPV 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 va 68 turlar kiradi. Odam papilloma virusi bir qancha teri va shilliq qavat kasalliklarini chaqiradi. 40% dan 82%gacha bo'lgan holatlarda ayollarning HPV bilan zararlanishi birinchi jinsiy aloqadan so'ng 24 soat ichida yuz beradi [Wiener RL at al., 2003, Brown DR at al., 2005].

Hozirgi kunda ushbu virusning turli kasalliklar chaqiruvchi 100 dan ortiq turlari ma'lum:

- HPV 1-tur – kaft so'gallari;
- HPV 2- va 4-tur – oddiy so'gal;
- HPV 3- va 10-tur – yassi so'gallar;
- HPV 6- va 11-tur – o'tkir uchli kandiloma;
- HPV 16, 18, 31, 33 va 35 turlar bachadon bo'yni displaziyani chaqiradi va bachadon bo'yni raki xavfini oshiradi. [Ю.Б.Тепехова, Consillicum medicum №4, 2010 г.].

Jarayon lokalizatsiyasi – ayollarda kichik va kata jinsiy lablar, klitor, siydik yo'li tashqi teshigi terisi, chov burma-

si, perineal soha [Клинические рекомендации по ведению больных, передаваемых половым путём и урогенитальными инфекциями, Россия 2012 г.]. Virus kolposkopiya amaliyotida ko‘rinmaydigan ektoserviks – mayda yassi kandeloma-papilloma chaqiradi. Ma‘lumki, odam papilloma virusi bachadon bo‘yni rakini keltirib chiqarishda xavf omili hisoblanadi va davo muolajasini talab qiladi.

Diagnostika kolposkopik, sitologik va gistologik tekshiruvlar asosida qilinadi. Sitologik tekshiruvda sitoplazmasida havo pufakchali poylositlar aniqlanadi (Ballon cells). Bu hujayralar papilloma virusi marker hisoblanadi. Bu kasallik diagnoistikasi qiyinchilik tug‘dirib, davo muolajasi ta‘siri ham uzoq vaqtni oladi. Papilloma virus asiklovir va famvir preparatlariga sezgir emas. Kasallik lazer va kriodestruksiya yordamida davolanadi.

Bachadon bo‘yni rak va saraton oldi kasalliklari yuzaga chiqishida xavf omillari: jinsiy yo‘llar surunkali gerpetik kasalligi va bachadon bo‘yni saraton oldi o‘zgarishlari. Gerpesga qaratilgan davo bachadon bo‘yni saraton oldi holatlari rivojlanishiga sezilarli ta‘sir qilishi mumkin.

Infeksiyani tekshirish uchun ko‘rsatmalar (JSST tavsiyalari):

- Pastki qavat jinsiy a‘zolar infeksiyasiga xos simptomlar;
- Asoratlar (jinsiy a‘zolar yallig‘lanish kasalliklari, bepushtlik, homila tushishi, surunkali chanoq og‘riqlari, bachadondan tashqari homiladorlik);
- 25 yoshgacha bo‘lgan homilador ayollar skriningi;
- Muolaja o‘tkazishdan oldin tekshirish va davolash (abort, BIV, EKV);
- Jinsiy hamroh ko‘p bo‘lganda va o‘zgarganda skrining o‘tkazish.

JYOYUK profilaktikasi:

- Yoshlarda mas'uliyatni va gigienik ko'nikmalarni tarbiyalash;
- Aholiga to'g'ri jinsiy tarbiya o'rgatish: hamrohlar sonini chegaralash va prezervativ qo'llash;
- Butun mamlakat bo'ylab diagnostik laboratoriyalar tizimini tashkil qilish;
- 25 yoshgacha bo'lgan ayol va homiladorligi asoratlangan ayollarni tekshiruvdan o'tkazish;
- Tibbiy muassasalarda ignalarni, shpritslarni qo'llash va sterillash qoidalariga amal qilish.

6-BOB

BACHADON BO'YNINING FON VA SARATON OLDI KASALLIKLARI

6.1. Bachadon bo'ynining fon oldi kasalliklari

MKB – 10 kodi – N86 – bachadon bo'yni eroziyasi va ektropioni.

Bachadon bo'ynining xavfsiz kasalliklariga turli etiologiya va morfologik o'zgarishlarga ega.

Bachadon bo'ynining kasalliklari etiologiyasiga qarab, 5 asosiy guruhlariga bo'linadi (Prilepskaya V.N., 2002):

- genetik;
- mexanik jarohat va kimyoviy;
- tuxumdon gormonal yetishmovchiligi;
- qin va bachadon bo'ynining infeksiyon kasalliklari (virusli va xlamidioz);
- immun statusi buzilishlari.

Zamonaviy klassifikatsiyalar kolpotsitologiya, servikoskopiya va gistologik tekshirishlarga asoslangan.

Xalqaro JSST (1995) bachadon bo'ynining xavfsiz kasalliklarini quyidagi klassifikatsiyasida guruhlariga ajratgan:

- Yallig'lanish kasalliklari (servitsit, endotservitsit, eroziya, ektropion);
- Yallig'lanish jarayoni yo'q kasalliklar (endometrioz, polip, leykoplakiya, yirtilish, striktura);
- Saraton oldi kasalliklar (displaziyalar).

Ilgari hamma bachadon bo'ynining kasalliklari fon, saraton oldi va saraton kasalliklarga bo'lingan.

«Fon jarayonlari» termini bilan o'z vaqtida tashxislanishi va davosi o'sma kasalliklarining oldini olish tadbirlarida muhim bo'g'in hisoblanuvchi, keltirib chiqaradigan sababi va morfologik ko'rinishi bilan turlicha bo'lgan xastaliklar birlashtiriladi. Ektoserviks (bachadon bo'ynining qin qis-

mi) qin shilliq qavatining davomi bo'lgan, bazal membrana yotuvchi ko'p qavatli yassi epiteliy bilan qoplangan. Servikal kanalni esa, bir qavatli silindrik epiteliy qoplab turadi. Tashqi bo'g'iz sohasida yassi epiteliyning silindrik epiteliyga o'tish joyi – transformatsiya zonasi bo'lib, ayniqsa, shu qismda hujayralarning atipik transformatsiyasi ko'proq sodir bo'ladi.

Boshqa a'zolarga tarqalishining kamayishga moyil emasligi tufayli, bachadon bo'yni va tanasi fon hamda saraton oldi kasalliklari dolzarbligicha qolmoqda. Reproktiv yoshdagi ayollarda uchraydigan ginekologik kasalliklarning 10 % dan 15 % gacha bo'lgan qismini bachadon bo'ynining xavfsiz (o'sma bo'lmagan) jarayonlari tashkil etadi.

Bachadon bo'ynida morfologik o'zgarishlar kasallik klinik belgilari yuzaga chiqishidan ancha ertaroq sodir bo'lishi bizga ma'lum, buning natijasida esa, 75 % bemorlarda bachadon bo'yni o'smasi kasallikning 2- va boshqa kechki bosqichlarida tashxislanadi.

Bachadon bo'yni fon hamda saraton oldi kasalliklari ke-
lib chiqishida xavf omillar:

I. Ekzogen omillar: shikast, virus, xlamidiya, mikoplazma chaqirgan yallig'lanish jarayonlari, kontratsepsiya va davo maqsadida qo'llaniladigan kimyoviy va fizik omillar;

II. Endogen omillar: yoshga bog'liq gormonal o'zgarishlar, ichki sekretsia bezlari kasalliklari, immunologik holatning susayishi;

III. Ijtimoiy omillar: jinsiy hayotni erta boshlash, 18 yoshgacha erta 1-homiladorlik, jinsiy hamrohlarni tez-tez almashtirish, erta boshlangan jinsiy hayot va past ijtimoiy darajada tug'ruqlar soni ko'pligi.

Bachadon bo'ynida uchraydigan kasalliklarni tashxislashda ginekologik, kolposkopik, sitologik va gistologik tekshiruvlar qo'llaniladi.

Bachadon bo'yni tug'ma eroziyasi silindrik epiteliyning tashqi bo'g'iz chegarasidan siljishi bilan ifodalanadi.

Tashxislash: bachadon bo'ynini ko'zguda ko'rganda yorqin qizil rangli, yuzasi silliq, servikal kanaldan ajraladigan patologik ajralmalar belgilarisiz bo'ladi. Kolposkopiya yallig'lanish simptomlari (giperemiya, shish va h.k.) aniqlanmaydi.

Davolash: malignizatsiyaga moyilligi yo'q, silindrik epiteliy ektoserviksdan endoserviksga distoniyasi to'xtaydi va bu odatda, davolamaganda ham orqaga qaytadi.

Bachadon bo'yni chin eroziyasi ektoserviks ko'p qavatli yassi epiteliysining shikastlanishi va buning oqibatidagi deskvamatsiyasi (ko'chishi) bilan kechadigan orttirilgan jarayon, yallig'langan jarohatli yuza. Klinik belgilari yo'q, ayrim hollarda kontakt qon ketishi mumkin, 3-5 kunda epitelizatsiya jarayonida bitib ketadi. Agar bitish jarayoni uzoq vaqt davom etsa, JYOYUK bor-yo'qligini aniqlab, sitologik tekshirish o'tkazish kerak.

Tashxislash: ko'zguda ko'rik, kolposkopiya.

Chin eroziya, odatda, orqa labda joylashadi, yorqin qizil rangli, noaniq shaklli bo'lib, servikal kanaldan shilliq – yiringli ajralmalar keladi. 1-2 hafta kuzatilib, keyin psevdoroziyaga o'tadi. Kolposkopiya va mikroskopik tekshiruvda yallig'lanish belgilari aniqlanadi.

Mikroskopiya va servikal kanaldan bakteriologik ekma olish yallig'lanish reaksiyasi qo'zg'atuvchisi xususiyatini bilish va keyinchalik to'g'ri davoni tanlash maqsadida o'tkaziladi.

Psevdoroziya (yoki ektopiya) chin eroziya negizida patologik jarayonning rivojlanishidan kelib chiqadi. Ektoserviksning yemirilgan yuzasiga endoserviks silindrik epiteliysi o'sib keladi. Silindrik epiteliy bachadon bo'yniga chuqur o'sib kirib, tarmoqlangan yo'llar va sekret ishlab chiqaruvchi ko'plab kistalar hosil qiladi.

Mazkur xastalik klinik ko'rinishi uchun (oqchil, og'riq, hayz faoliyati buzilishi va h. k.larga) shikoyat bildirish xos emas, odatda, bu eroziya hamda psevdoroziya bilan birga keladigan boshqa (kolpit, salpingoofarit, endometrit kabi) yondosh kasalliklarga bog'liq bo'lib, ushbu kasallik, asosan, yaqqol ifodalanmagan belgilarsiz kechadi. Ektopiya si bor ayollarda 50% da transmissiv infeksiya aniqlanadi (VPG, VPCH, xlamidiya va mikoplazmalar). Klinik belgilari – qichishish, ko'p miqdorda ajralmalar.

Tashxislash: ko'zguda ko'rik, kolposkopiya. Psevdoroziyalarga turli o'lcham, noto'g'ri shakl, notekis yuza, qizil rang, kista va patologik ajralmalar xos bo'ladi. Kasallik uzoq kechganda, davodan yetarlicha samara bo'lmaganda, retsidivlarda, saraton oldi jarayonlariga xos o'zgarishlarni aniqlash imkonini beruvchi kengaytirilgan kolposkopiyani qo'llash shart. 5 % li yod eritmasi bilan yuvgandan so'ng eroziya och pushti, endi boshlanayotgan o'choqlar – sariq, atipik jarayonli sohalar – oq tusli ko'rinadi. Shubhali deb hisoblangan sohalarda mo'ljalli biopsiya bajariladi. Morfologik ektopiya 2 turga bo'linadi: oddiy va proliferativ (bezli) ektopiya. Klinikasiga qarab: asoratlanmagan va asoratlangan (yallig'lanish fonidagi ektopiya).

Davolash. Asoratlanmagan ektopiyani davolash shart emas. Asoratlangan ektopiyada kasallik rivojlanishiga olib kelgan yondosh xastaliklar (kolpit, endometrit, salpinogoofarit, ektropion, endokrin buzilishlar) ni davolash bilan birga olib boriladi. Qo'zg'atuvchi xususiyati sezgir-ligini aniqlash uchun bakterial ekma, IFA, PSR sinamalari yordamida aniqlanadi va qo'zg'atuvchi turiga qarab davo o'tkaziladi.

Davo usuli – infeksiya turini hisobga olgan holda anti-bakterial terapiya va qin shamchalarini qo'llash bilan o'tkaziladigan mahalliy davo.

Xirurgik davo agar ektopiya virusli infeksiyaning fonida, ayniqsa, VPCH-16, 18 turida bo'lsa patologik o'z-gargan joylarni diatermokoagulyatsiya, diatermoelektrokonizatsiya, lazer koagulyatsiya bilan olib tashlash lozim. Shuningdek, yaqqol displaziya va malignizatsiyani inkor etish uchun kengaytirilgan kolposkopiya dan so'ng elektrokoagulyatsiya (diatermokoagulyatsiya), kriokoagulyatsiya, lazerovaparezatsiya qo'llaniladi. Sanab o'tilgan davo usullari qo'llanilgach, ayol dispanser nazoratida bo'ladi.

Bachadon bo'yni kanali shilliq qavati polipi keng tarqalgan kasalliklar jumlasiga kiradi. U bachadon bo'yni xavfsiz patologik jarayonlari ichida dastlabki o'rinlardan birida turadi.

Poliplar tashqi bo'g'iz sohasida, endoserviks o'rta yoki yuqori qismida rivojlanadi. Eng ko'p 40 yoshdan oshgan ayollarda uchraydi. Poliqlarning epitelial, bezli va aralash turlari bo'ladi. Poliqlarga xos spetsifik klinik belgilari kuzatilmashligi mumkin.

Tashxislash: servikal kanal shilliq qavati poliqlarini aniqlash muammo tug'dirmaydi. Ular bachadon bo'yni ko'rigida, kolposkopiya va servikoskopiya da aniqlanadi.

Davolash polipni olib tashlagandan keyin servikal kanal va endometriyani qirishdan iborat. Poliqlar oyoqchasi asosini aylantirish va so'ng koagulyatsiya qilish bilan olib tashlanadi. Ginekologik kasalliklarni va endokrin buzilishlarni o'z vaqtida davolash, bachadon bo'yni poliqlarining profilaktikasida muhim.

Bachadon bo'yni papillomasi. Stroma va ko'p qavatli epiteliya da giperkeratozning o'sib kirishi. Asosiy sababi virusli infeksiya (VPCH, VPG) va xlamidiyalar. Latent fazasida davolashga ko'rsatma yo'q. Papillomavirusli infeksiya da kandilomalar xirurgik usul bilan olinadi.

Leykoplakiya MKB-10 kodi: N88 – bachadon bo'yni lekoplakiyasi.

Leykoplakiya (yunon. «oq dog'») – ko'p qavatli yassi epiteliyning keratinizatsiya bilan bog'langan patologik jarayoni. Ma'lum soha qon tomirlari atrofida limfogistiotsitar infiltrat shakllanishi bilan ko'p qavatli yassi epiteliyning turli darajadagi muguzlanishi kechadigan o'choqli jarayonni ifodalaydi. Populyatsiyada uchrash soni 1,1%, bachadon bo'yini kasalliklarini ichida esa 5,2%, hayz sikli buzilgan ayollarda – 12-13% tashkil etadi. Ko'p qavatli yassi epiteliyning xavfli transformatsiyasini 31,6% da leykoplakiyalik ayollarda aniqlanadi. Oddiy leykoplakiya – bachadon bo'yini fon kasalliklariga kiradi, agar leykoplakiya atipiyali bo'lsa, bu saraton oldi holatiga kiradi.

Etiologiyasi. Endogen va ekzogen omillari ajratiladi. Endogen omillarga gormonal gemostazi va immun holatlari o'zgarishlari sabab bo'ladi. Ekzogen omillarga infeksiya, virusli, kimyoviy va travmatik ta'sirlanishi kiradi.

Klinik manzarasi noaniq, odatda, belgisiz kechadi va ko'pincha profilaktik ko'rikda aniqlanadi.

Tashxislash: ko'zguda ko'rik, oddiy va kengaytirilgan kolposkopiya, hujayra atipiyasini aniqlash maqsadida sitologik tekshiruv. Ko'rikda leykoplakiya yaqqol ifodalangan klinik shaklda, faqat kolposkopik aniqlanadigan yoki oddiy ko'z bilan qaraganda ektoserviksda bo'rtib turgan pilakchalardek ko'rinishda bo'lishi mumkin.

Kolposkopik ko'rinishga qarab oddiy va qo'pol leykoplakiya turlarini ajratishadi, yodnegativ soha silliq yoki g'adir-budir yuzali oqish yaltiroq pardadek ko'rinadi (manfiy Shiller sinamasi). Biopsiyada servikal kanal shilliq qavatini diagnostik qirish bilan bir vaqtda keng o'choq kesib olinadi.

Davolash leykoplakiya turi, o'lchami, shuningdek, bemor yoshi va reproduktiv faoliyatiga bog'liq ravishda individual bo'ladi. Yallig'lanishga qarshi davolash, qin biosinozining korreksiyasi va hayz siklini normallashtirish. Endoserviks holatini hisobga olib, kriodestruksiya, lazer

vaporizatsiya, konizatsiya yoki ekssiziya amaliyoti bajariladi. Yaqqol atipiyada bachadon bo'yni amputatsiyasi. Davolangandan so'ng atipiyasiz turida – dispanser nazorat kolposkopik va sitologik tekshirish, VPCH ga test (har 6 oyda 1 marta 2 yil davomida).

Ektropion MKB-10 kodi: N86 – bachadon bo'yni eroziyasi va ektropioni.

Ektropion – bachadon bo'yni kanali shilliq qavati teskari bo'lib qolishi, bachadon bo'yni ko'rigida ilgari shikastlar o'rinda chandiqlar, bo'yinchaning (turli darajadagi) deformatsiyasi, teskari o'girilib qolgan shilliq qavatning g'adir-budir yoki silliq yuzasi, ko'pincha bachadon bo'yni kanali shilliq qavati burmalari sifatida aniqlanadi.

Kengaytirilgan kolposkopiyaning qo'llash tavsiya etiladi, bunda biopsiyaga ko'rsatma bo'lgan patologik jarayonlar (psevdoeroziya, leykoplakiya va h. k.) aniqlanadi.

Davolash: bachadon bo'yni tuzilishini korreksiyalash shart. Sezilarli chandiqli o'zgarishlar va bachadon bo'ynining yaqqol deformatsiyasida barcha patologik jarayonlar (endotservitsit, psevdoeroziya va h. k.)ni davolab bo'lgach, rekonstruktiv-plastik amaliyot (Emet amaliyoti) bajariladi.

Eritroplakiya (yunon. «qizil dog»). Makroskopik to'q qizil rangli, yumaloq yoki noaniq shaklli, o'zgarmagan shilliq qavat sathidan yengil ko'tarilib turadigan hosila. Eritroplakiya, asosan, yakka uchraydi va kichik o'lchamda bo'ladi.

Eritroplakiyaning qizil rangi yupqalashgan epitelial qavatdan tomir to'rining yorishib ko'rinishidir.

Tekshiruv usullariga ko'zguda, kolposkopiya, sitologik tekshiruv va biopsiya kiritilishi mumkin.

Davolash: eritroplakiya xirurgik yo'l (ekssiziya) bilan yoki uning to'liq destruksiyasini chaqiruvchi boshqa usullar (diatermokoagulyatsiya, krioterapiya, lazer nurlari bilan vaporizatsiya) qo'llanilib davolanadi.

6.2. Bachadon bo'yni saraton oldi kasalliklari

MKB-10 kod: N 87 – bachadon bo'yni displaziyasi;

D06 – bachadon bo'yni karsinomasi in situ (CIS).

Saraton oldi holatlarga epiteliy displaziyasi kiradi (servikal intraepitelial neoplaziya – SIN), bir necha yil o'tgach saratonga aylanishi mumkin. Bu guruhga ko'pincha displaziya fonida, ba'zan o'zgarigan bachadon bo'ynida ham uchraydigan kasalliklar kiradi. Bu holat asosini yetilmagan metaplaziya fonida ko'p qavatli yassi epiteliyning bazal va parabazal hujayralarining proliferatsiya jarayoni va struktur qayta qurilishi tashkil etadi. Proliferatsiya jadalligi, atipiya borligi va epiteliy qoplami zararlanishi chuqurligiga bog'liq holda 3 daraja tafovut qilinadi: yengil, o'rta va og'ir. Og'ir displaziyada epiteliy kartsinoma rivojlanishi xavfi mavjud.

Tasnif. 1953-yili bachadon bo'yni epiteliysida proliferativ jarayon belgilash uchun displaziya termini kiritilgan (J.Reagan va JSST tomonidan tasdiqlangan 1972-y.). 1975-yildan beri CIN termini qo'llaniladi va 1988-yili yangi Bethesd sistemasi SIL (squamous intraepithelial lesion) asosida kiritildi.

Bachadon bo'yni jarohatlanishida normal epiteliy va CIS orasidagi o'zgarishlar displaziya deb aniqlangan. Atipiya darajasiga va hujayradagi o'zgarishlarga ko'ra, displaziya 3 turga bo'lingan. Morfologik uzluksiz displaziya va CISni belgilash uchun servikal intraepitelial neoplaziya (SIN) termini kiritilgan. SINning uchta darajasi bor:

SIN I – yengil darajali displaziya;

SIN II – o'rta darajali displaziya;

SIN III – og'ir darajali displaziya va CIS.

Og'ir darajali displaziya va CIS birga berilgan, chunki shu holatlarda differensirovka qilish murakkab bo'lgani sababli.

Saraton oldi holatiga bachadon bo‘ynidagi o‘zgarishlarga qarab kiritilgan: displaziya o‘zgarmagan bachadon bo‘ynida, yoki fon kasalliklarda; atipiyali leykoplakiya; eritroplakiya; adenomatoz.

Fon va saraton oldi kasalliklarning diagnostikasida CIN-DIAG® ekspress-test bachadon bo‘yni skriningi, sitologik (Papanikolau bo‘yicha surtma) va kolposkopik (oddiy, kengaytirilgan) tekshirishlar o‘tkaziladi.

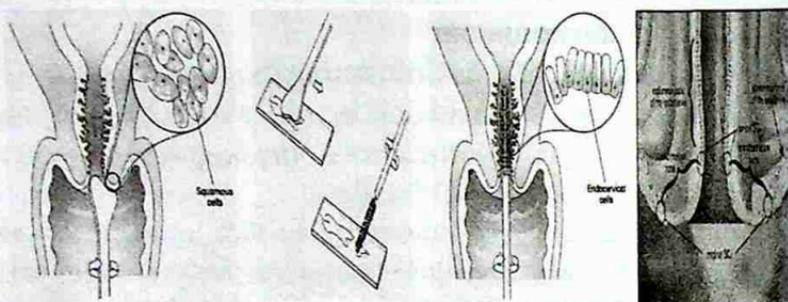
Papanikolau bo‘yicha surtma (Pap-test, atipik hujayraga tekshirish) – bu laborator bachadon bo‘yni hujayralaridagi mikroskopik tekshirish va patologik o‘zgarishlarni aniqlash. Sitologik surtmada hujayralarning o‘lchamini, sifatini, turini, joylashishi, sonini baholaydi va fon, saraton oldi, saraton kasalliklarni diagnostikasiga yordam beradi. Bachadon bo‘yni sitologiyasi birinchi navbatda, yalpi hujayralari jarohati va saratonning diagnostik skrining testi deb hisoblanadi.

Sitologik tekshirishga ko‘rsatmalar:

- 18 yoshdan hamma ayollarga;
- bepushtlikda;
- hayz sikli buzilganda;
- homiladorlik rejalashtirganda;
- semizlikda;
- genital herpesda;
- odam papilloma virusida;
- AOK iste‘mol qilganda;
- hamrohlarning ko‘pligi;
- BIV qo‘yishdan oldin.

Xalqaro standartlar bo‘yicha birinchi Pap-testni jinsiy hayot boshlangandan 3 yil keyin yoki 21 yoshda qilinadi. Keyin yilda 1 marta, agar 3 yil davomida Pap-testda patologik o‘zgarishlar bo‘lmasa, har 2-3 yilda 1 marta 65 yoshgacha olinadi.

Sitologik Papanikolau bo'yicha surtma tekshirish (PAP – smear test)



Sitogramma tasnifi:

1-sinf – atipik hujayralar yo‘q, normal sitologik ko‘rinish;

2-sinf – qin va bachadon bo‘yni hujayra elementlarining yallig‘lanish sababli o‘zgarishi;

3-sinf – bachadon bo‘ynining bir ikkita o‘zgargan hujayralar aniqlanishi, bu holda bachadon bo‘ynining holatini aniqlash uchun qayta sitologik yoki biopsiya qilib gistologik tekshirish kerak;

4-sinf – o‘zgargan va xatarlilik hujayralar aniqlanganda (kattalashgan yadro va bazofil sitoplazma bilan, xromatinning notekis tarqalishi).

5-sinf – surtmada atipik hujayralar ko‘p miqdorda aniqlanishi.

Kolposkopiya – bu bachadon bo‘ynini va qin devorlarini maxsus asbob – kolposkop yordamida ko‘rish. «Kolposkopiya» usuli nomi «colpo» – qin va «scope» – ko‘rish so‘zlaridan kelib chiqqan.

Kolposkopiya ishlatish jarayoni:

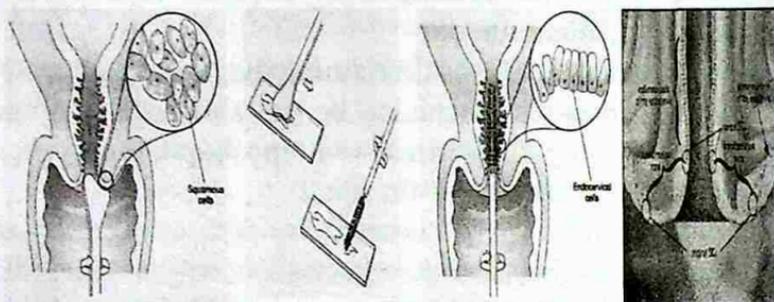
– jinsiy a‘zolarining past qavat kasalliklarning birlamchi diagnostikasi;

- davolash muolaja kolposkopiya nazoratida o'tkazish;
- davolash samaradorligini baholash;
- nazorat uchun.

**Turli klassifikasiya ma'lumotlariga asosan
bachadon bo'yni saraton oldi kasalliklari
klassifikasiyasining o'zaro (2017) taqqoslamasi**

Papanikolau sistemasi	“WHO” ning ta'riflovchi tizimi	CIN	Betesd sistemasi
1-sinf (norma)	Yomon sifatli hujayralarning yo'qligi	Neoplastic o'zgarishlarning yo'qligi	Norma
2- sinf (epiteliy metaplaziyasi, yallig'lanishturi)	Yallig'lanish bilan bog'liq atipiya		Hujayralarning reaktiv o'zgarishi ASC, ASC-US, ASC-H
3- sinf («diskarioz»)	Yengil displaziya	CIN I Koylositoz	LSIL
	O'rta og'irlikdagi displaziya	CIN II	HSIL
	Og'ir displaziya	CIN III	
4- sinf (saron yoki karsinoma in situ ga shubha qilingan hujayralar)	Karsinoma in situ	CIN III	HSIL
5- sinf (saron)	Invaziv karsinoma	Karsinoma	Karsinoma

Sitologik Papanikolau bo'yicha surtma tekshirish (PAP – smear test)



Sitogramma tasnifi:

1-sinf – atipik hujayralar yo'q, normal sitologik ko'rinish;

2-sinf – qin va bachadon bo'yni hujayra elementlarining yallig'lanish sababli o'zgarishi;

3-sinf – bachadon bo'ynining bir ikkita o'zgargan hujayralar aniqlanishi, bu holda bachadon bo'ynining holatini aniqlash uchun qayta sitologik yoki biopsiya qilib gistologik tekshirish kerak;

4-sinf – o'zgargan va xatarlilik hujayralar aniqlanganda (kattalashgan yadro va bazofil sitoplazma bilan, xromatinning notekis tarqalishi).

5-sinf – surtmada atipik hujayralar ko'p miqdorda aniqlanishi.

Kolposkopiya – bu bachadon bo'ynini va qin devorlarini maxsus asbob – kolposkop yordamida ko'rish. «Kolposkopiya» usuli nomi «colpo» – qin va «scope» – ko'rish so'zlaridan kelib chiqqan.

Kolposkopiya ishlatish jarayoni:

– jinsiy a'zolarining past qavat kasalliklarning birlamchi diagnostikasi;

- davolash muolaja kolposkopiya nazoratida o‘tkazish;
- davolash samaradorligini baholash;
- nazorat uchun.

**Turli klassifikasiya ma’lumotlariga asosan
bachadon bo‘yni saraton oldi kasalliklari
klassifikasiyasining o‘zaro (2017) taqqoslamasi**

Papanikolau sis-temasi	“WHO” ning ta’rif-lovchi tizimi	CIN	Betesd sistemasi
1-sinf (norma)	Yomon sifatli hujayralarning yo‘qligi		Norma
2- sinf (epiteliy metaplaziyasi, yallig‘lanishturi)	Yallig‘lanish bilan bog‘liq atipiya	Neoplastic o‘zgarishlar-ning yo‘qligi	Hujayralar-ning reaktiv o‘zgarishi ASC, ASC-US, ASC-H
3- sinf («diskarioz»)	Yengil displaziya	CIN I Koylositoz	LSIL
	O‘rta og‘irlikdagi displaziya	CIN II	HSIL
	Og‘ir displaziya		
4- sinf (saraton yoki karsinoma in situ ga shubha qilingan hujayralar)	Karsinoma in situ	CIN III	
5- sinf (saraton)	Invaziv karsinoma	Karsinoma	Karsinoma

Kolposkopiya turlari:

- Oddiy – medikamentozsiz, klinik jihatdan ahamiyati yo‘q;

- Kengaytirilgan – bachadon bo‘ynining shilliq qavatini maxsus test (Shiller va lyugol eritmasi bilan sinama) yordamida ko‘rish.

SIN va bachadon bo‘yni saratoni (BBR) xavf omillari:

- erta jinsiy hayot;
- erta birinchi homiladorlik va 18 yoshgacha tug‘ruq;
- hamrohlarning ko‘pligi;
- chekish;
- JYOYUKlar.

SIN bo‘lgan ayollarda JYOYUKlar ichida eng ko‘p aniqlangan infeksiyalar: virusli (genital herpes, sitomegalovirus va bakterialar (Gardnerella vaginalis, candida sp; chlamydia trachomatis, mycoplasma hominis, ureaplasma urealyticum).

Tashxislash. Klinik belgilari yo‘q. Displaziya diagnostikasida anamnez, xavf omillarni inobatga olgan holda ko‘zgu orqali tekshirish, epitelial hujayralarni sitologik tekshirish. Kolposkop yordamida ko‘rik, mo‘ljalli biopsiya bilan kengaytirilgan kolposkopiya. SINning asosiy diagnostik usuli bu bachadon bo‘ynidan bioptatni va servikal kanali qirilmasini gistologik tekshiruv natijasida qo‘yiladi.

Taqqoslama tashxis: bachadon bo‘yni distrofiyasi, atipiyasiz leykoplakiya, servitsitlar, homiladorlikdagi detsidual to‘qima.

Davolash yondosh kasalliklar (psevdoeroziya, leykoplakiya va h. k.)ning xususiyatlariga, displaziya shakli, o‘zgarishning darajasiga, bemor yoshi va reproduktiv faoliyatiga qarab amalga oshiriladi.

SIN I-ning davolanishi VPCH turiga va endoserviksdagi jarohatlanish o‘lchamiga qarab olib boriladi. Agar VPCHni

onkogen turlari (16, 18, 31, 33 va 35) aniqlansa va jarohatlanish katta o'lchamda bo'lsa, destruktiv davolash usuli tavsiya qilinadi.

SIN II-da ayolni yoshiga qarab destruktiv davolanish o'tkaziladi. 40 yoshgacha bachadon bo'ynining diatermo-koagulyatsiyasi va 40 yoshdan kattalarga – bachadon bo'ynining eksiziyasi yoki konizatsiya amalga oshiriladi. Agar da ayolda yondosh ginekologik kasalliklar bo'lsa (bachadon miomasi, bachadon ortiqlarini o'zgarishlari, bachadon bo'ynining elongatsiyasi) pangistektomiya qilinadi.

SIN III-da – og'ir displaziyada radikal davo o'tkaziladi: lazeroterapiya, kriodestruksiya, xirurgik konizatsiya, bachadon bo'ynini konussimon yoki ponasimon kesish yoki bachadon ekstirpatsiyasi amaliyoti bajariladi.

Bachadon bo'yni eksiziyasi va konizatsiya qilishga ko'rsatmalar:

– Patologik maydon servikal kanaliga tarqalib, vizualizatsiya qilish imkonsiz bo'lganda;

– Sitologik tekshiruvda va biopsiya natijasida SIN II, III va CIS aniqlanganda.

SIN III aniqlangan ayollarga onkoginekolog maslahati va davolanish tavsiya qilinadi.

Nazorat. SIN I bo'lgan ayollarning nazorati – ko'rik, sitologik tekshirish, kolposkopiya (har 6 oyda 2 yil davomida).

SIN II – III-bo'yicha davolangan ayollar ko'rigi, sitologik tekshirish va kolposkopiya (har 3 oyda 1 yil davomida va 6 oyda ikkinchi yilida).

Destruktiv va xirurgik usullari yordamida davolangan ayollarning bachadon bo'yni ko'rigi va kolposkopiya 6-8 haftadan keyin qilinadi.

JINSIY A'ZOLARNING GIPERPLASTIK KASALLIKLARI

7.1. Endometriyning giperplastik jarayonlari

- MKB –10 – N84.0 – bachadon tanasining polipi;
- N85.0 – endometriyning bezli giperplaziyasi;
- N85.1 – endometriyning adenomatoz giperplaziyasi.

Endometriyning giperplastik (EG) jarayonlariga turli giperplaziyalar va endometriyning poliplari kiradi. Endometriyning giperplaziyasi 5%da ginekologik kasalliklarida diagnostika qilinadi. Atipik giperplaziya peri- va postmenopauzal yoshdagi ayollarda 2,1-10,1% ni tashkil etadi. Endometriy poliplari esa 5,3-25% da hamma yoshdagi ayollarda uchraydi. Giperplastik jarayonlar gipofiz-gipotalamus-tuxumdonlar tizimidagi buzilishlar keltirib chiqarган murakkab neyroendokrin sindrom sifatida ko'riladi. Endometriy – gormonal ta'sir intensivligi va davomiyligiga qaram nishon a'zodir.

Xavf omillari: surunkali anovulyatsiya, giperestronemiya holatlari (tuxumdonda giperplastik jarayon, tuxumdonning feminizatsiyalovchi o'smalari (follikuloma, tekoma), kech menopauza, bachadon miomasi, adenomiz, anamnezda endometriyning diffuz giperplaziyasi, poliplari, giperinsulinemiya, semizlik, qalqon bezining kasalliklari, buyrak usti bezlari disfunktsiyasi, gepato-biliar tizimining patologiyasi.

Endometriyning giperplaziyasi (JSST, 1994)

1. Endometriyning giperplastik jarayoni – bu endometriy bezlarining atipiyasiz proliferatsiyasi.

– oddiy endometriy giperplaziyasi kistoz-bezli giperplaziyali;

– kompleks yoki murakkab (adenomatoz) endometriyda atipik giperplaziyaning 1-darajali, bezlarining proliferatsiyasi.

2. Atipikendometriy giperplaziyasi – bezlarining proliferatsiyasi sitologik atipiya bilan.

– oddiy atipik endometriy giperplaziyasi, atipik giperplaziyaning 2-darajasiga mos;

– kompleks yoki murakkab (atipiyali adenomatoz) atipik giperplaziyani 3-darajali.

Atipik endometriyni giperplaziyasi to‘qimani differensirovkasining buzilishi bilan farqlanadi.

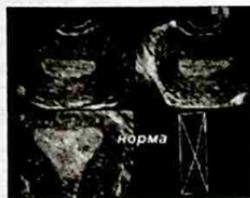
Klinik – morfologik tasnifi:

– Turli yoshdagi ayollarda endometriyni atipik giperplaziyasi va adenomatozli poliplar;

– Turli yoshdagi ayollarda bezli endometriyni retsidiv giperplaziyasi neyroendokrin va almashuv buzilishi fonida;

– Postmenopauza yoshidagi birinchi marta aniqlangan bezli endometriy giperplaziyasi.

UTTda endometriy giperplaziyasi



endometriy giperplaziyasi

Endometriyning saraton oldi kasalliklari

1. Atipik giperplaziya;
2. Klimakterik davrda va menopauzada retsidivlanuvchi poliplar;
3. 2 – 3 oylik gormonal davoga bo‘ysunmaydigan giperplaziya.

Klinik manzarasi, asosan, hayz tutilishidan keyingi disfunktsional (anovulyator) atsiklik bachadon qon ketishi. Kontakt qon ketishi. Reproktiv yoshda qon ketishlari menometrorragiya, odatda, davomli, sezilarli yoki ko‘p, profuz, ba‘zan hayzlararo qonli ajralmalar ko‘rinishida bo‘ladi, postmenopauzada qonli ajralmalar turli bo‘lib, ko‘pincha surkalib keladi.

Tashxislash. Giperplastik jarayonlarni, ayniqsa, profilaktik ko‘riklarda (dispanserizatsiya) topishga, exosignallar xususiyatiga qarab endometriy giperplaziyasini aniqlash imkonini beradigan UTT qo‘l keladi.

Qin orqali UTT – bu skrining yuqori informativ diagnostika usuliga kiradi. UTT tekshirganda M-exo (bachadon tanasi shilliq qavati) ko‘rsatkichi baholanadi. Normada M-exo kontur va strukturasi bir tekisda va postmenopauzada qalinligi 4-5mm dan oshmaydi. Reproktiv yoki premenopauzal davrda M-exoni hayz siklining fazasiga qarab baholanadi. Hayzning ikkinchi (sekretor) fazasida endometriyning qalinligi 12-15 mm dan ortishi kerak emas. Postmenopauzada agar M-exo 5-8mm dan ortiq bo‘lsa endometriy biopsiyasini qilish lozim. Exografiya usulida endometriy giperplaziyasi 60-93,3% aniqlanadi, lekin UTT yordamida bezli giperplaziyani atipikdan farqlashning iloji yo‘q. Endometriy poliplarida esa UTT sezuvchanligi 80-98%. Faqat semizlik, bachadon miomasi, adenomioz, kichik chanoq chandiqlarida UTT usuli sezuvchanligi kamayadi. Bacha-

don shilliq qavatini giperplaziyasida tekshirish maqsadida bachadon tanasi shilliq qavatini diagnostik qirish va materialni gistologik tekshirish keng qo'llaniladi. Endometriyni qirish kutilayotgan hayz arafasida, yoki qonli ajralmalar kelishi boshlanishi bilan bajarilishi zarur. Davoni nazorat qilish, shuningdek, ayolni skrining tekshirish (dispanseriatsiya) tartibida aspiratsiya yo'li bilan olingan bachadon ichi saqlanmasini sitologik usul tekshiruvi qo'llaniladi. Aspiratsiya hayz siklining 2-yarmida aseptika qoidalariga rioya qilgan holda amalga oshiriladi.

Gisteroskopiyaning diagnostik ahamiyati yuqori. Usul giperplaziyaning qalinlashgan, nim pushti yoki qizil rangli endometriy yuzasi notekis burmali ko'rinishda aniqlash imkonini beradi.

Endometriyda giperplastik jarayonlarni davolashda ko'pgina omillar hisobga olinadi, ya'ni bemorning yoshi, giperplaziya sababi va ushbu patologiya xususiyati, klinik ko'rinishlari, u yoki bu davolash usullariga qarshi ko'rsatkichlar, davo preparatlarini ko'tara olishi, yondosh ekstragenital va ginekologik kasalliklar.

Davolash. Endometriyning giperplastik jarayoni davolanish yoshiga qarab gormonal terapiya o'tkaziladi. Reproktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini gormonal davolash estrogen-gestagen preparatlarni (AOK) qo'llab olib boriladi (regividon, regulon, marvelon, novinet va boshqalar) yoki gestagenlar (medroksiprogesteron, didrogesteron, 17-OPK va boshqalar). Gormonal davo davomiyligi giperplastik jarayon xususiyatini hisobga olib belgilanadi.

Reproduktiv yoshdagi endometriy giperplaziyasining gormonal davosi

Atipiyasi yo'q endometriy giperplaziyasi			
Preparat	Doza	Tartibi	Davolash davomiyligi
Noretisteron	5-10 mg sutkada	hayzning 16-kunidan 25-kunigacha yoki hayzning 5-kunidan 25-kunigacha	6 oy
Didrogesteron	20 mg sutkada	hayzning 11-kunidan 25-kunigacha	3-6 oy
Medroksiprogesteron	10 mg sutkada	hayzning 5-kunidan 25-kunigacha	3-6 oy
AOK	1 tabletk sutkada	kontratseptiv sxema bo'yicha	3-6 oy
Atipiyali endometriy giperplaziyasi			
Gidroksiprogesteron kaproat, Medroksiprogesteron	500 mg m/o	2 oy 3 marta haftasiga; 2 oy 2 marta haftasiga; 2 oy 1 marta haftasiga	6 oy
Buserelin (endonazal spreyi)	0,9 mg	3 marta kuniga	6 oy
Triptorelin, diferelin (depo turi)	3,75 mg m/o	28 kunda 1 marta	3 inyeksiya

Samaradorlik nazorati: UTT 6 va 12 oyda

Retsidivlanuvchi bez-kistoz giperplaziyalarda jarrohlik usullari afzalroq, endometriy saraton oldi holatida (adenomatoz, adenomatoz poliplar), ayniqsa, endometriyning adenomioz va bachadon miomasi, tuxumdonlardagi patologik jarayonlarda.

Endometriy poliplari endometriy o'choqli giperplaziyasini ifodalaydi. Ko'pincha ular endometriyning giperplaziyalangan bazal qavatidan kelib chiqadi. Endometriy poliplarining quyidagi shakllarini tafovutlash qabul qilingan: 1) bezli, bazal qavatdan kelib chiqqan; stromalar va bezlardan tashkil topgan, ichi kengaygan bo'lishi mumkin (bez-kistoz polip); 2) bez-fibrozli poliplar, biriktiruvchi to'qimali stromalardan va cheklangan sonli bezlardan; 3) fibrozli poliplar – biriktiruvchi to'qimali hosilalardan, ko'p hollarda kollagenli; bezlar juda kam yoki yuq.

Premenopauza yoshdagi endometriy giperplaziyasi va endometriy poliplarining gormonal davosi

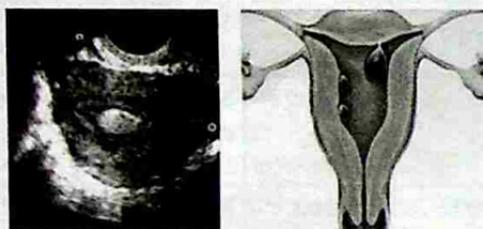
Atipiyasiz endometriy giperplaziyasi va endometriy poliplari			
Preparat	Doza	Rejim	Davolash davomiyligi
Noretisteron	5-10 mg	5-kundan 25-kunigacha yoki uzluksiz	6 oy
Gidroksiprogesteron kaproat	250 mg m/o	haftada ikki marta	6 oy
Medroksiprogesteron	200 mg	haftada bir marta	6 oy
Dezogestrel	0,075 mg	har kuni	6 oy
Buserelin (endonazal spreyi)	0,9 mg	kuniga 3 marta	6 oy
Triptorelin, difere- lin (depo turi)	3,75 mg m/o	28 kunda 1 mahal	3 inyeksiya
Atipiyali endometriy giperplaziyasi			
Gidroksiprogesteron kaproat	500 mg m/o	haftada ikki marta	6-9 oy
Gestrinon	2,5 mg	haftada 2-3 marta	6-9 oy

Medroksiprogesteron	400-600 mg	haftada bir marta	6-9 oy
Buserelin (endonasal spreyi)	0,9 mg	kuniga 3 marta (0,9mg sutkada)	6 oy
Triptorelin, difere-lin (depo turi)	3,75 mg m/o	28 kunda 1 mahal	4-6 inyeksiya

Samaradorlik nazorati: UTT 6, 12 oyda.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda poliplar bezli tuzilishga ega. Bezlarning intensiv proliferatsiyasida adenomatoz xususiyatni oladi. Bezlarning intensiv proliferatsiyasida poliplar adenomatoz xususiyatga ega bo'lishadi.

Endometriy poliplari



Endometriy poliplarining klinik ko'rinishi ayollarning yoshiga, tuxumdonlarning gormonal va reproduktiv funksiyasiga, yondosh kasalliklarning borligiga (bachadon miomasi, adenomioz, bachadon ortiqlari yallig'lanish kasalliklari) bog'liq.

Poliplarning juda ko'p uchraydigan simptomi hayz siklining buzilishi. Reprodukativ yoshdagi ayollarda poliplarda endometriyning normal faoliyati fonida hayz sikli saqlangan holda, hayzlararo va hayz oldidan kam pushti ajralmalar kuzatiladi, shuningdek, hayz qoni miqdori oshadi.

Tashxislash. Endometriy polipiga gumon qilinganda tashxislash maqsadida UTT, gisteroskopiya, gisterografiya, 32R radioizotop tekshiruvlari o'tkaziladi.

Davolash. Gisteroskop nazoratida keyinchalik bachadon tanasi shilliq qavatini qirish bajariladi. Poliplarni olib tashlagandan keyin bemorlarni olib borish taktikasi endometriy tuzilishi, xususiyati va ayolda modda almashinuvi buzilishi kasalliklari hisobga olib belgilanadi.

Keyingi yillarda endometriyadagi giperplastik jarayonlarning oldini olish va davolash uchun gisterorezektoskop yordamida ablyatsiya usuli muvaffaqiyatli qo'llanilmoqda.

Ablatsiyaga ko'rsatmalar:

- atipiyasiz retsediv endometriy giperplaziyasi;
- gormonal davolashga qarshi qo'rsatma va bosh tortish;
- pre- va postmenopauza yoshidagi ayollarda gisterektomiyaga qarshi ko'rsatma.

Ablatsiya qilish sharoitlari:

- gisteroskopiya keyin;
- xavfsiz endometriy patologiyasi;
- bachadon uzunligi zonda 4-12 sm;
- bachadon ichida submukoz mioma, BIV, pardevor yo'qligi;
- operatsiyadan oldin gormonal davolash yoki bachadon ichi qirishi;
- tug'ish xohishi yo'q ayollarda.

Ablatsiyadan keyin qon ketish va endometriy giperplaziyasining retsidivi kuzatilmaydi. Ayollarda amenoreya yoki gipomenoreya rivojlanadi. Samaradorligi endometriyni ablyatsiyasidan keyin 80-85% ayollarda 1-2 yil davom etadi.

7.2. Bachadon miomasi

Bachadon miomasi – immunologik va gormonal o‘zgarishlar bilan bog‘liq xatarsiz o‘sma bo‘lib, bachadonning miometriy qavatidan (mushak va biriktiruvchi to‘qima elementlaridan) rivojlanadi. Mioma ginekologik kasalliklarning 10-27% ini tashkil qiladi, 18-60 yoshdagi ayollar tekshirilganda esa, ularning 12% dan to 39% gacha qismida mioma aniqlangan. Bachadon miomasi 80% ayollarda aniqlanadi (autopsiya bo‘yicha). Klinik belgilari esa 30-35% ayollarda 35 yoshdan keyin uchraydi.

MKB – 10 kodlari:

D25 – bachadon leyomiomasi;

D25.0 – bachadon submukoz leyomiomasi;

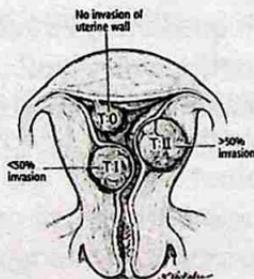
D25.1 – bachadon intramural leyomiomasi;

D25.2 – bachadon subseroz leyomiomasi;

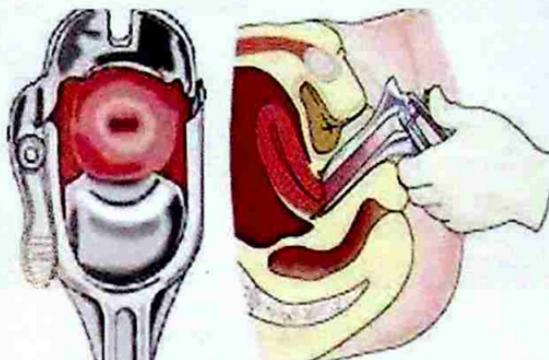
D25.9 – noaniq bachadon leyomiomasi.

Hozirgi kunda bachadon miomasi rivojlanishiga turtki bo‘ladigan xavf faktorlariga quyidagilar kiritiladi: kechki menarxe, hayzda ko‘p qon yo‘qotilishi, meditsina aborti ko‘p qilingani, ekstra-genital patologiyalar va ginekologik kasalliklar (jinsiy a‘zolarining surunkali yallig‘llanish kasalliklari, endometrioz, gipotalomus-gipofiz-tuxumdon tizimidagi buzilishlar) borligi va hokazo.

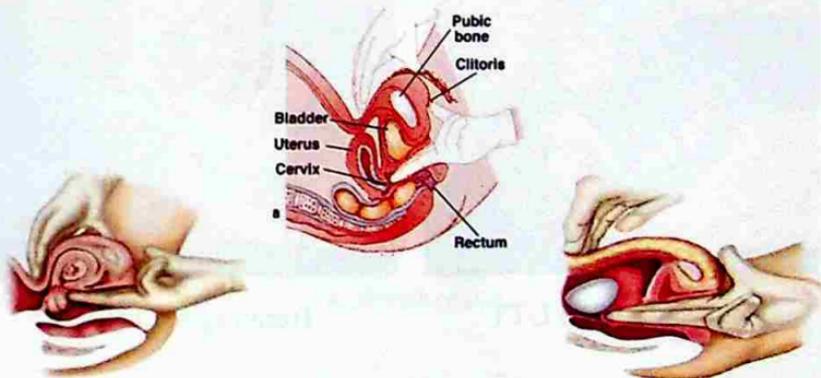
Type	Intramural Extension
0	None
I	<50%
II	>50%



1-BOB
GINEKOLOGIK KASALLIKLARDAGI
UMUMIY SIMPTOMATIKA VA TEKSHIRISH USULLARI



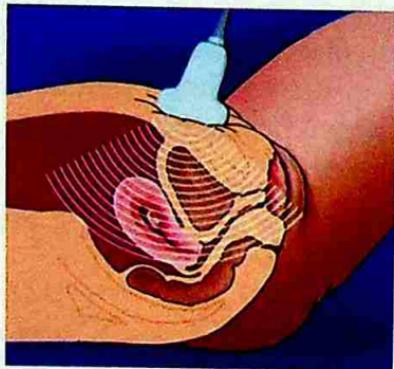
Qin ko'zgarida ko'rish



Bimanual ko'rish



Bachadon bo‘yni patologiyasining erta diagnostikasi va skringing ekspress testi



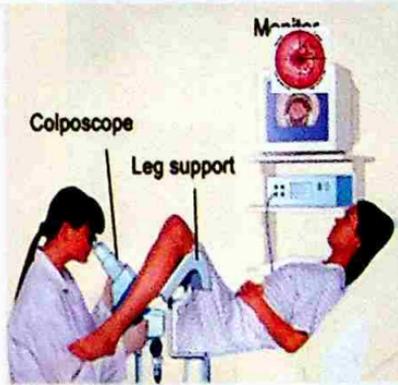
Transabdominal UTT



Transvaginal UTT

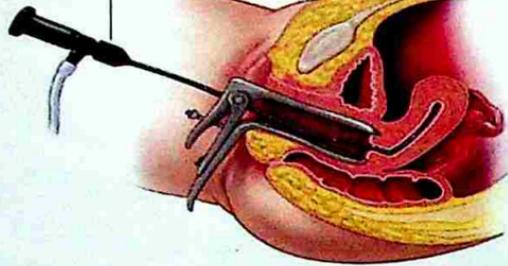


Orqa gumbaz punksiyasi



Kolposkopiya

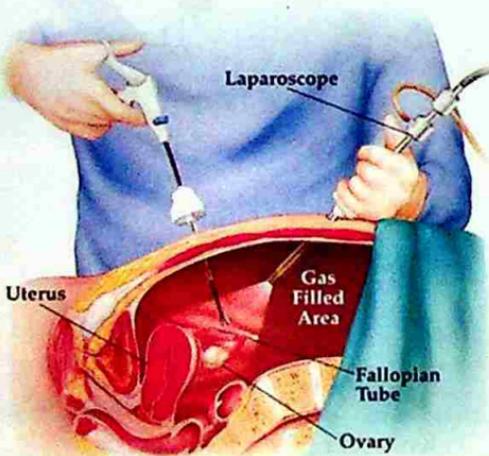
Hysteroscope



© Mayo Foundation for Medical Education and Research. All rights reserved.

Gisteroskopiya

Laparoscopic Procedure



Chocolate Cyst
(Endometriosis)



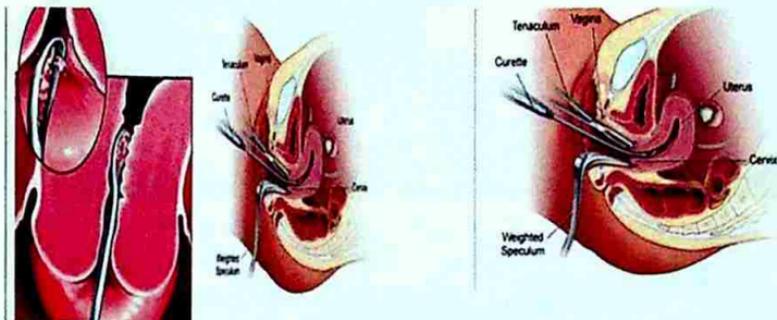
Fibroid Tumor



Pelvic Adhesions
and Scar Tissue

Laparoskopiya

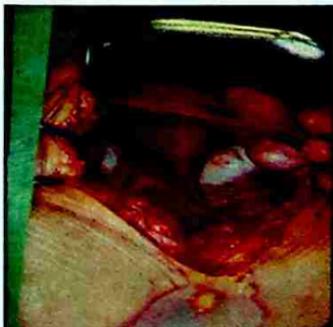
GINEKOLOGIYADA ENDOKRIN BUZILISHLAR



Bachadon bo'yni va bachadon shilliq qavatini qirib olish

PRIMARY AMENORRHEA

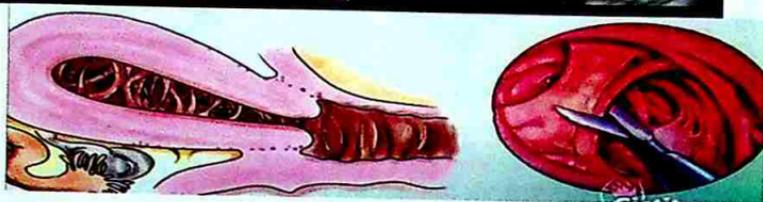
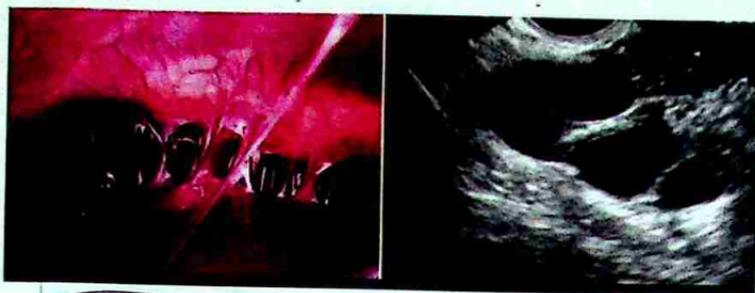
Utero-vaginal Agenesis
Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser
syndrome. Bachadon aplaziyasi



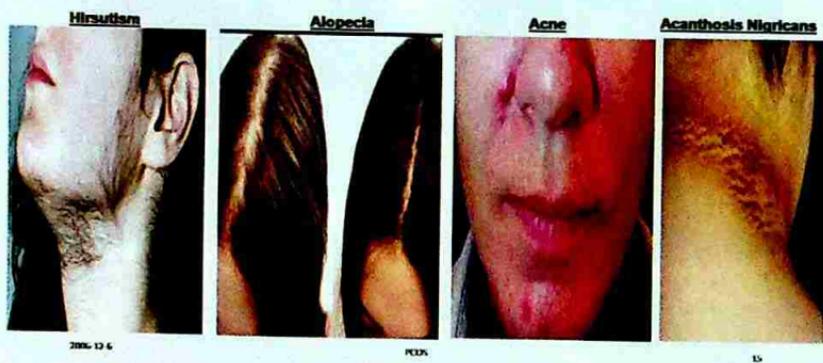
Ovarian dysgenesis
Gonadalar disgeneziyasi



Imperforated hymen
Ginatreziya (qizlik pardasining atreziyasi)

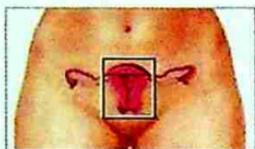


Asherman sindromi (UTT va Gisterorezektoskopiya)



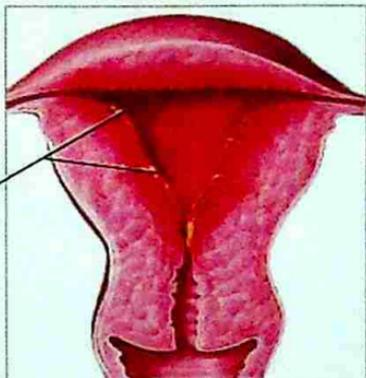
Giperandrogenemiyaning klinik belgilari

4-BOB
AYOLLAR JINSIY A'ZOLARINING YALLIG'LANISH
KASALLIKLARI

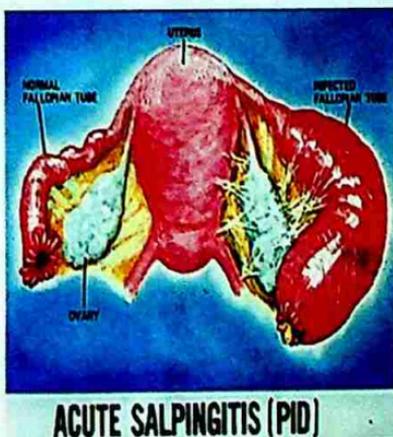


Inflammation and infection of the endometrium (the Lining of the uterus)

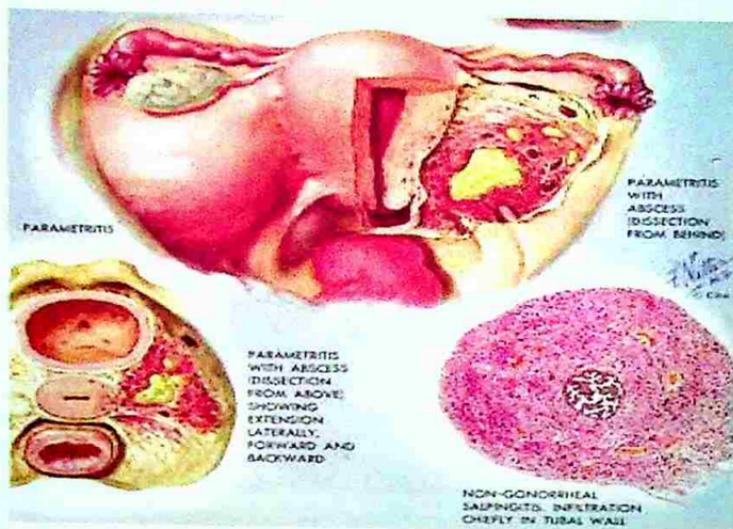
Endometritis



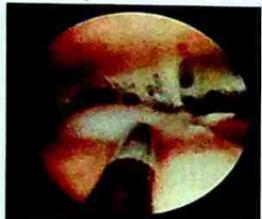
Endometrit



O'tkir salpingit

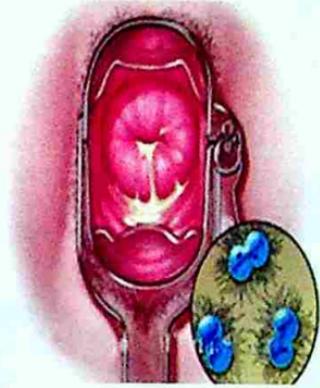


Parametrit



Pelvioperitonit (UTT va LS)

5-BOB
UROGENITAL INFEKSION KASALLIKLARI



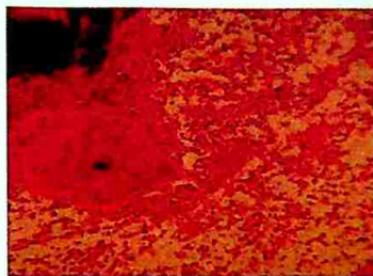
Gonoreya (mikroskopik va ko'zguda)



Trichomoniasis

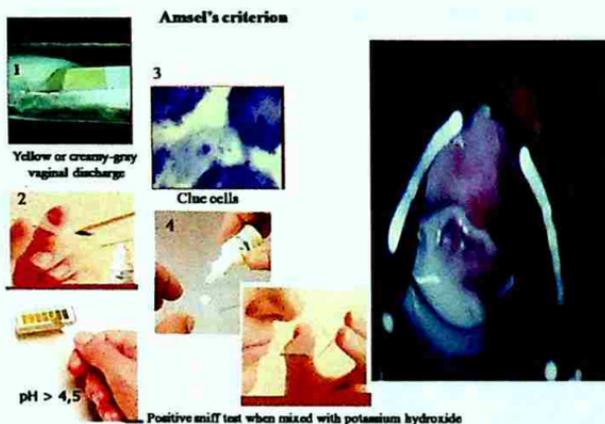


Normal microflora



Modified vaginal microflora at BV

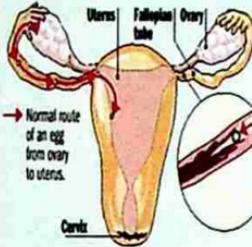
Bakterial vaginozda qin mikroflorasi



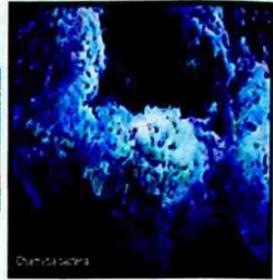
Bakterial vaginoz diagnostikasi

Chlamydia trachomatis

CHLAMYDIA THE EFFECTS

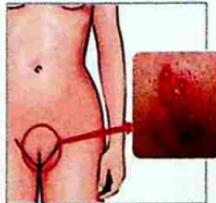
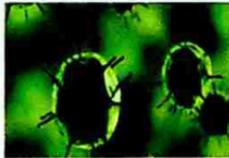


Chlamydia causes a build up of scarring that can block the fallopian tube and prevent fertilisation.



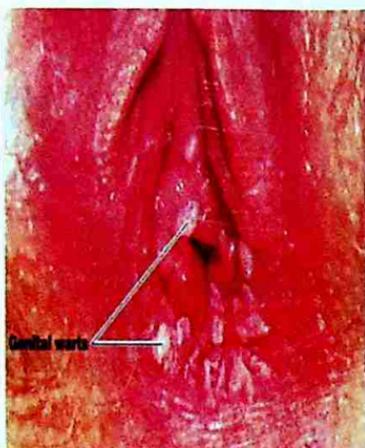
Urogenital xlamidiozi

Type II Genital Herpes



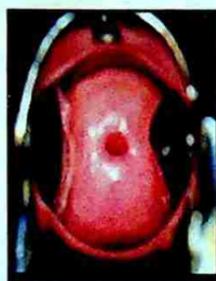
Genital herpes (klinik belgilari)

Papillomavirus (HPV 6 va 11 tur o'tkir uchli kandiloma)



Odam papilomavirusi

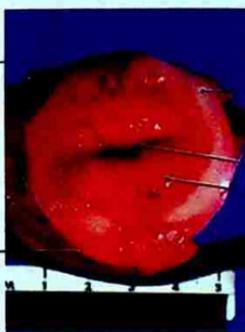
6-BOB
BACHADON BO'YNINING FON VA SARATON OLDI
KASALLIKLARI



Sog'lom ayolning
bachadon bo'yni



Ectocervix



Normal
ectocervical
squamous
epithelium
Cervical os
Ectropion,
or "erosion"

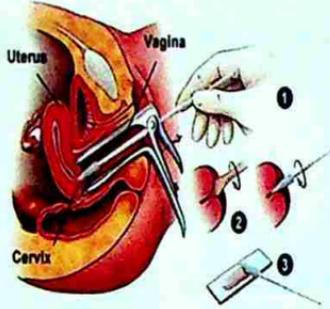
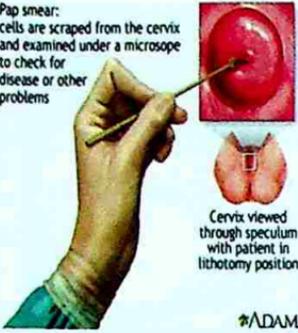
Bachadon bo'yni eroziyasi va ektropioni



Bachadon bo'yni papillomasi, polipi va leykoplakiyasi

- **Paps smear:** or cervical smear- cytological test described by Papanicolaou.

Pap smear:
cells are scraped from the cervix
and examined under a microscope
to check for
disease or other
problems



Sitologik Papanikolau bo'yicha surtma olish (Pap-surtma)

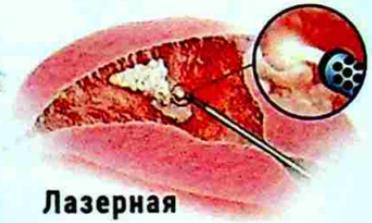


Bethesda Web Atlas

Bachadon bo'ynining displaziyasi (CIN)

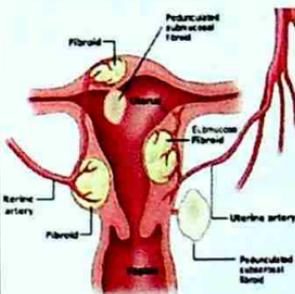
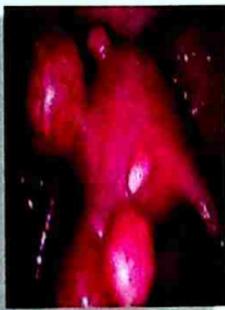
7-BOB

JINSIY A'ZOLARNING GIPERPLASTIK KASALLIKLARI

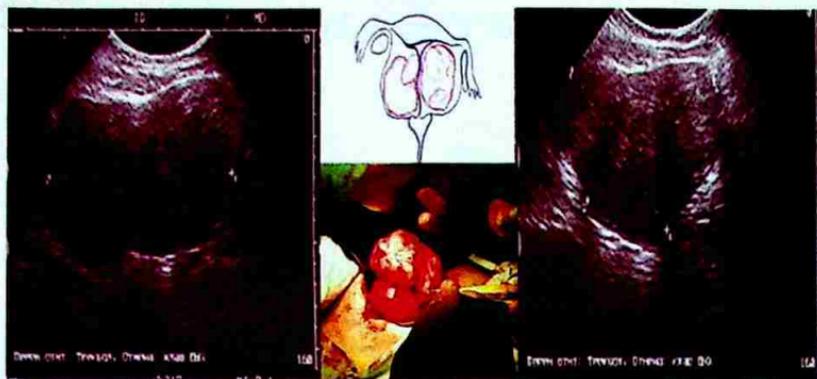


Рецидивирующая гиперплазия эндометрия

Ablatsiya turlari



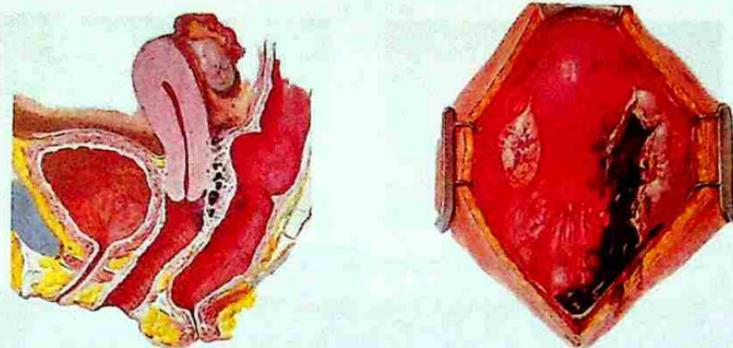
Bachadon miomasi turlari



Bachadon miomasi (UTTda va operatsiya vaqtida)

STAGE I (MINIMAL)	STAGE II (MILD)	STAGE III (MODERATE)
<p>PERTONEUM Superficial endo - 1.3cm -2 R. Ovary Superficial endo - <1cm -1 Firm adhesions - +1/2 -1 Total points - -1/2 -4</p>	<p>PERTONEUM Deep endo - >3cm -6 R. Ovary Superficial endo - <1cm -1 Firm adhesions - +1/2 -1 L. Ovary Superficial endo - <1cm -1 Total points - -1/2 -9</p>	<p>PERTONEUM Deep endo - >3cm -6 CLAUDESIAC Partial obliteration -4 L. Ovary Deep endo - 1.3cm -1/2 Total points - -1/2 -26</p>
STAGE III (MODERATE)	STAGE IV (SEVERE)	STAGE IV (SEVERE)
<p>PERTONEUM Superficial endo - >3cm -4 R. Tube Firm adhesions - +1/2 -1 R. Ovary Firm adhesions - +1/2 -1 L. Tube Dense adhesions - +1/2 -10 L. Ovary Deep endo - <1cm -4 Dense adhesions - +1/2 -4 Total points - -1/2 -30</p>	<p>PERTONEUM Superficial endo - >3cm -4 L. Ovary Deep endo - 1.3cm -32 Dense adhesions - +1/2 -8 L. Tube Dense adhesions - +1/2 -8 Total points - -1/2 -52</p>	<p>PERTONEUM Deep endo - >3cm -6 CLAUDESIAC Complete obliteration -60 R. Ovary Deep endo - 1.3cm -1/2 Dense adhesions - +1/2 -4 L. Tube Lysis adhesions - +1/2 -10 L. Ovary Deep endo - 1.3cm -1/2 Dense adhesions - +2/3 -1/2 Total points - -1/2 -114</p>

Tuxumdon endometriozining bosqichlari



Retroservikal va tuxumdon endometrioz.
Tuxumdonning endometrioz (shokoladli) kistaning
yorilishi



MR and Ultrasound of Endometrioma

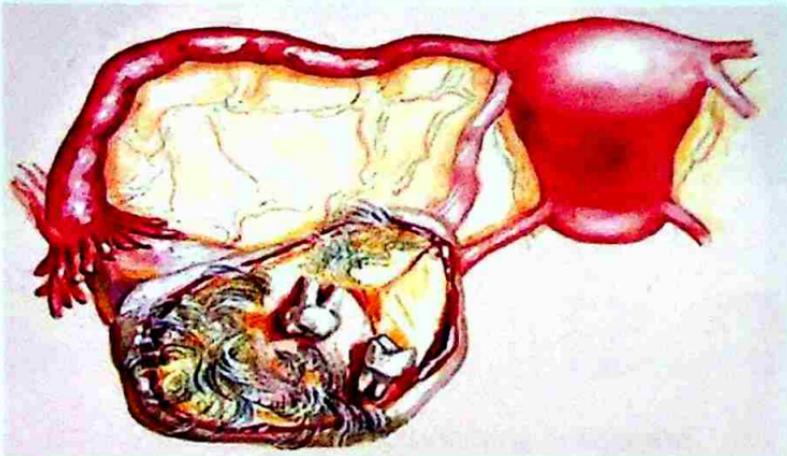


Tuxumdonning follikulyar kistasi



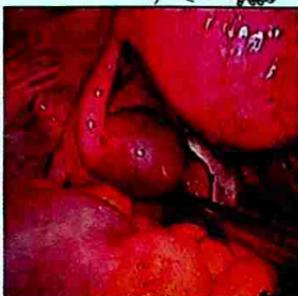
Tuxumdonning endometrioid kistasi

Tuxumdonning turli kistalari
(UTT va laparoskopik ko'rinish)

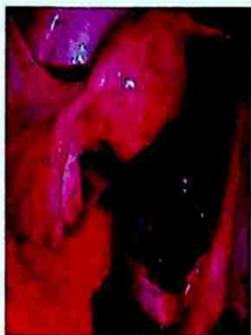


Tuxumdonning dermoid kistasi

9-BOB
GINEKOLOGIYADA SHOSHILINCH YORDAM
HOLATLARI



Naydagi homiladorlik va naydagi abort



Tuxumdon apopleksiyasi

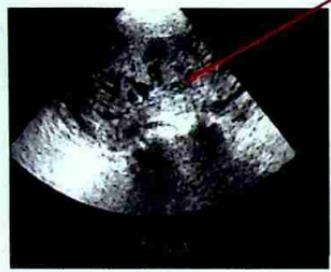


Tuxumdon kistasi oyoqchalarining buralib qolishi

Gestational Trophoblastic Disease



Cystic structures in cavity



8 weeks amenorrhea



U/S image from NAP

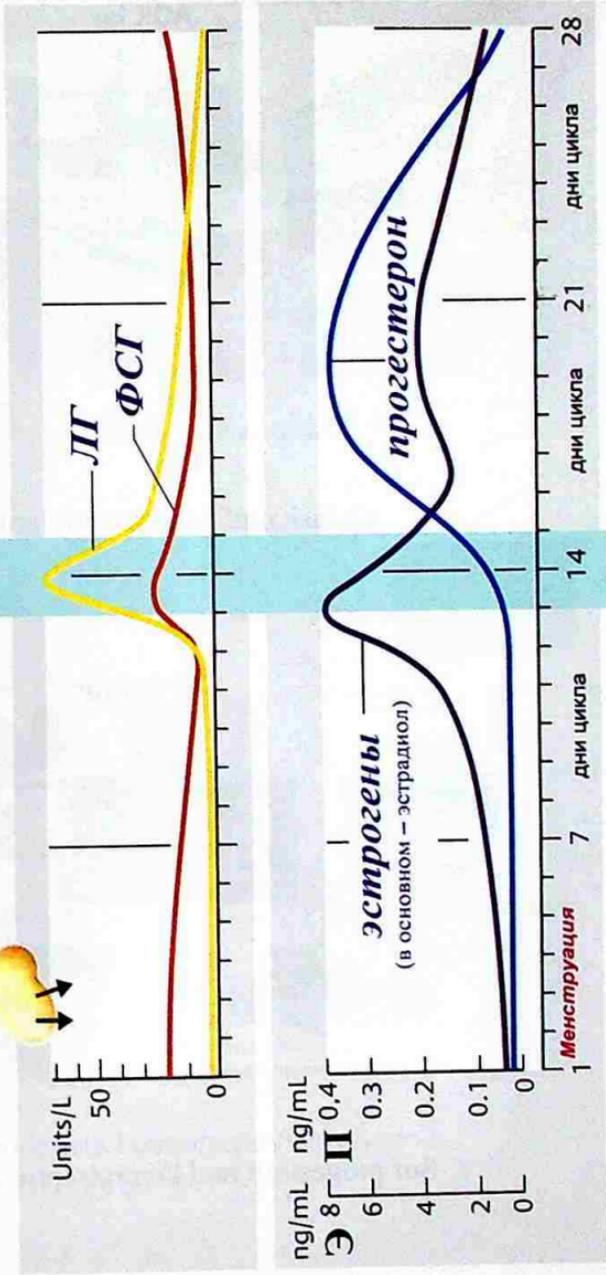
Yelbo'g'oz

10-BOB
KONTRATSEPSIYA

Hayz siklidagi gormonal o'zgarishlar



Гипофиз
(передняя доля)
Овуляция



AOK lar



Aralash oral kontratseptivlar turlari

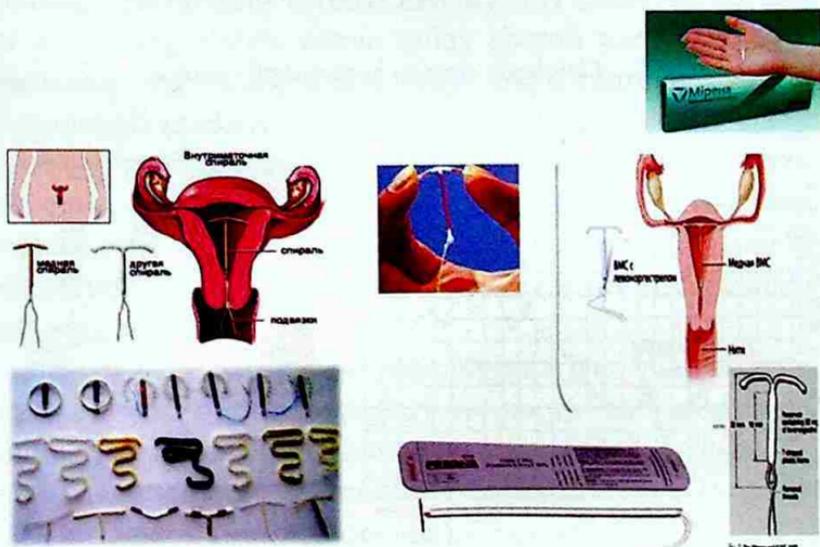
SPOK lar



Sof progestinli oral kontratseptivlar turlari



Tezkor kontratseptivlar turlari



Bachadon ichi kontratseptivlar turlari

SPERMISIDLAR VA BACHADON BO'YNI KOLPACHOKLARI



Kontratseptiv gel



Diafragma



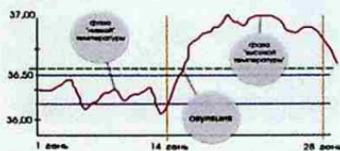
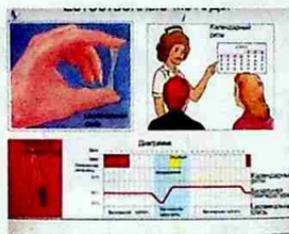
Bachadon

Bachadon bo'yni

Diafragma



Fiziologik (tabiiy) kontratseptiv usullar



Shu bilan bir qatorda genetik moyillikni ham hisobga olish kerak. Ayol gormonal statusining xususiyatlari va kasallik rivojlanishi jarayonida uning reproduktiv tizimining funksional holati bachadon miomasining etiopatogenezida markaziy o'rinlardan birini egallaydi. Bachadon miomasi patogenezida ekstrogenlarning yetakchi o'rni haqidagi an'anaviy fikr shu vaqtga qadar ahamiyatini saqlab kelmoqda. Miomaning o'sishi va rivojlanishi ko'p jihatdan bachadon retseptor apparatining holatiga bog'liq. Retseptor apparatining buzilishi o'smaning o'sish xarakteriga (tez yoki sekin o'sish) ta'sir qiladi. Miomasi bor bemorlarda kichik chanoq gemodinamikasining yaqqol o'zgarishlari (kichik chanoq venalarining varikoz kengayishi) kuzatilib, bu narsa o'smaning o'sishi uchun qulay sharoit yaratadi. Organizmning immunologik reaktivligining o'zgarishi, ayniqsa u surunkali infeksiya o'choqlari mavjud bo'lsa, bachadon miomasi negizida muayyan rol o'ynaydi. Bachadon miomasi patogenezida tuxumdonlar funksiyasining buzilishlari muhim o'rin o'ynaydi: bu guruhdagi ayollarning 50-60% ida tuxumdonlarning mayda kistali o'zgarishlari kuzatilishi buning dalilidir.

Tasnifi. Bachadon miomasi tugunlari ko'pincha ko'p sonli bo'ladi. Mioma tugunlari ko'pincha bachadon tanasida (95%) va ba'zan bachadon bo'ynida (5%) joylashadi.

Joylashuvi bo'yicha miomatoz tugunlar:

- intramural (mushak orasida);
- subseroz (perimetriy ostida);
- submukoz (shilliq osti);
- intraligamentar turlarga bo'linadi.

Bachadon submukoz tugunlari turlari:

- 0-turi – miomatoz tuguni bachadon ichini to'la qoplaydi;
- I-turi – 50% ko'p miomatoz tuguni shilliq ostida joylashgan;

– II-turi – 50% ortig‘i miomatoz tuguni mushak orasida.

Bachadon subseroz tugunlari turlari:

– 0-turi – miomatoz tuguni oyoqchada bo‘lib qorin bo‘shlig‘ida joylashadi;

– I-turi – 50% miqdori kam bo‘lgan mushak orasida joylashgan miomatoz tuguni;

– II-turi – 50% ortig‘i miomatoz tuguni mushak orasida.

Gistologik tasnifi: oddiy, hujayrali, mitotik aktiv, atipik, lipoleyomioma, epitelial, gemorragik va b.

Klinik tasnifi.

– klinik belgilari yo‘q, miomatoz tugunlari kichik o‘lchamli;

– kichik va ko‘p miqdorli miomatoz tugunchalar;

– o‘rta hajmli miomatoz tugunlari;

– ko‘p tugunli bachadon miomasi, dominant o‘rta hajmli tuguni bilan;

– katta o‘lchamli bachadon miomasi;

– submukoz bachadon miomasi;

– oyoqchali bachadon miomasi;

– murakkab bachadon miomasi.

Klinik belgilari. 50-60% ayollarda bachadon miomasi simptomisiz kechadi. Bachadon miomasini asosiy belgisi – menometrorragiya, bepushtlik, qo‘shni joylashgan a‘zolarining bosilib qolishi (qovuq, to‘g‘ri ichak) belgilari, surunkali chanoq og‘riqlari. Bemorlarning shikoyatlari turli omillarga bog‘liq: o‘smaning joylashuvi va kattaligi, miomatoz tugunlardagi ikkilamchi o‘zgarishlar, kasallikning davomiyligi, jinsiy a‘zolarida qo‘shimcha o‘zgarishlar borligi shular jumlasidandir. U yoki bu omillarning ustun bo‘lishi kasallikning simptomatikasida aks etadi.

Ko‘pincha bachadon miomasining asosiy va ilk simptomi hayz funksiyasining buzilishi – ya‘ni meno- va metrorragiya tarzida bachadondan qon ketishidir. Kasallikning

kuchayib borishi bilan bunday buzilishlar borgan sari kuchliroq ifodalanadi va ko'pincha bemorning kamqonligiga va mehnat qobiliyatining buzilishiga olib keladi.

Bachadon miomasining klinikasida bachadondan qon ketishi bilan birga og'riq sindromi ham kuzatiladi. Og'riq turlicha xarakterli va sabablari ham har xil bo'ladi. Odatda, og'riq qorinning pastki qismlarida, belda kuzatilib, mioma tugunchalarining kichik chanoq nerv chigallariga bosishi, bu tugunlarni qoplab turuvchi qorin pardaning cho'zilishi bilan bog'liq bo'ladi. Ko'pincha davomli, kuchli ifodalangan og'riq o'smaning tez o'sishi bilan bog'liq. Mioma tugunida qon aylanishi to'satdan buzilgan hollarda og'riq o'tkir xarakterli bo'lib, hatto o'tkir qorin kasalligi manzarasiga ega bo'lishi mumkin.

Mioma katta bo'lsa va o'sish jarayoni sekin-astalik bilan bo'lganda, og'riq, odatda, simillovchi xarakterda va hayz siklining to'liq davomida kuzatiladi. Mioma tugunlari, ayniqsa, serbar boylamning varaqlari orasida joylashganda og'riq kuchli ifodalanadi va davomli bo'ladi. Hayz davrida to'lg'oqsimon og'riqlar o'smaning shilliq ostida (submukoz) joylashuviga xosdir. Submukoz tugunning tug'ilishida kuzatiladigan og'riq ham shu xilda to'lg'oqsimon bo'ladi. Bachadon miomasining klinikasida qo'shni a'zolar funksiyasining buzilishlari (siydik pufagi, to'g'ri ichak) muhim rol o'ynaydi. Bular mioma tugunlari boylamlar orasida, qorin parda ostida, bachadon bo'ynida joylashganida ko'proq kuzatiladi. Bachadon miomasida kuzatiladigan menorragiya bachadon ichki yuzasining kattalashuvi va demak, hayz paytidagi deskvamatsiya kattalashgan yuzadan ko'chib tushishi, miometriy va qon tomirlarning o'zgarishi, endometriyning giperplaziyasi, miometriy qisqarish qobiliyatining buzilishi bilan bog'liqdir. Hayzning cho'zilib ketishi va ko'p qon yo'qotilishi ko'pincha qo'sh keluvchi endometri-

oz bilan ham bog‘liq bo‘ladi. Ko‘pgina hollarda bachadondan qon ketishi miomatoz tugunning topografik joylashuvi, ayniqsa, o‘sma submukoz joylashuvi bilan bog‘liq bo‘ladi.

Asoratlari. Bachadon miomasining nisbatan ko‘p uchraydigan asorati – subseroz tugunning qon bilan ta‘minlashi buzilishi va oqibatda nekrozga uchrashi bo‘lsa, subseroz joylashgan tugunning oyoqchasi buralib qolishi va tug‘ilayotgan submukoz tugun bachadon ichining tashqariga ag‘darilib chiqishi ba‘zida uchraydigan asoratdir. Mioma xatarli o‘smaga aylanishi ba‘zi ma‘lumotlarga ko‘ra, 2% ga etadi.

Bachadon miomasi (UTT va MPT)



Tashxisi. Bemorlarning ko‘pchiligida bachadon miomasi tashxisini qo‘yish qiyin bo‘lmaydi, chunki odatdagi ginekologik bimanual tekshiruvda bachadon kattalashgan, harakatchan, og‘riqsiz, zich konsistensiyali, sirti notekis aniqlanadi. Birlamchi diagnostikada hozirgi kunda UTT transvaginal orqali bachadon o‘lchamlari va tugunlari joylashuvini aniqlashda keng qo‘llanmoqda. Dopplerografiya bachadon miomasida qon aylanishini tugunlarda baholash uchun qo‘llaniladi. Dopplerografiyani bachadon miomasida embolizatsiyasida nazorat qilish uchun ham qo‘llaniladi.

Uzoq muddat qon ketib yurgan hollarda bachadonni zondlash va bachadon ichi va servikal kanalni qirib olish, gisterosonografiya, gisteroskopiya kabi qo‘shimcha tekshirish usullarini qo‘llash tashxisni aniqlashtirish imkonini beradi. «Tilla standart» submukoz miomasi diagnostikasida gisteroskopiya hisoblaniladi. Katta miomatoz tugunlarining topografik joylashishini aniqlash uchun MRT tavsiya qilinadi.

Differensial tashxis. Bachadon miomasi bilan homiladorlikni differensial tashxislashda bachadonning zich konsistensiyasi, o‘sma sirtining notekisligi, hayzda ko‘p va uzoq qon ketishini e‘tiborga olish lozim va bu holda homiladorlikni inkor etish mumkin. Bundan tashqari, anamnezni o‘rganish, homiladorlikning shubhali va taxminiy belgilarini hisobga olish, xorionik gonadotropinni aniqlash, ultratovush tekshiruvini diagnozni aniq belgilashga ko‘maklashadi.

Bachadon miomasini bachadon sarkomasi bilan differensial tashxislashda o‘smaning tez o‘sishi, bemorning yoshi, chirindisimon oqchil kelishi, qorin pastida og‘riq bo‘lishi, ozish, qon ketishsiz kamqonlik, umumiy ahvolning og‘irlashuvi kabilarga e‘tibor beriladi. UTTda sarkomaga hos belgilar bo‘lganda dopplerografiyada arterial qon tezligi ko‘payishi ($\geq 0,4$ sm³/s) qatorida rezistentlik indeksi kamayishi ($\leq 0,4$ sm³/s) kuzatiladi. Bundan tashqari, bachadon miomasini qorin pardadan sirtida joylashgan o‘smalar, buyrak distopiyasi, tuxumdon va ichak o‘smalari bilan differensiallashtirish lozim.

Davolash. Gospitalizatsiyaga ko‘rsatmalar:

- Bachadon miomasida qon ketishi;
- Miomatoz tugunida qon aylanishining buzilishi;
- Miomatoz tugunining oyoqchasi buralib qolishi;
- Yondosh a‘zolar faoliyati buzilganda;
- Rejali xirurgik davolash uchun.

Hozirgi kunda bachadon miomasi ikki xil usulda – konservativ va xirurgik davolanadi.

Konservativ davoga ko'rsatmalar:

- Yosh ayollarda (reproduktiv va premenopauzal davrlarda);
- Bachadon miomasi katta bo'lmaganda (10–12 haftalik homiladorlikkacha);
- Mushak orasida joylashgan miomatoz tugunlar;
- Miomatoz tugunchasi 3 sm kam bo'lganda;
- Bachadon ichi deformatsiya bo'lmagan holda (submukoz miomasi).

Bachadon miomasining asosiy konservativ davosi gormonal preparatlardir. Gormonal terapiya hayz siklining koreksiyasi uchun qo'llaniladi. Shu maqsadda **progesteron** (didrogesteron, siproteron atsetat) va androgenlar, 19-nosteroidlar (levonorgestrel, noretisteron atsetat) ishlatiladi. Androgenlar yosh ayollarga, semizlikda, qandli diabet va qon-tomir kasalliklarda tavsiya qilinmaydi. Progestagenlarning o'smaga qarshi ta'siri o'sma hujayralarining mitotik aktivligini pasaytirishiga asoslanadi va shu yo'sinda uning o'sishini tormozlaydi.

Hozirgi zamonda bachadon miomasini davolashda **anti-gonadotropinlar** (gestrinon, danazol), antiestrogen va antiprogesteron ta'sirida vaqtinchalik amenoreyani chaqiradi, va **agonist (GnRG) gonadotropin-rilizing gormonlar** (triptorelin, gozerelin, buzerelin) vaqtincha gipogonadizmga olib keladi.

Yosh ayollarga birinchi bosqichda agonist GnRG – depo turlari diferelin (Diferelin, triptorelin 3,75 mg) 1 marta 28-30 kunda 3 oy davomida UTT nazoratida 3 oyda 1 marta. Ikkinchi bosqichda esa mikro yoki kam dozali AOK (novinet) beriladi. Hayz sikli saqlangan ayollarga primolyut yoki dyufaston 10 mg dan siklning 16-kunidan 25-kunigacha 4-6 oy davomida beriladi. 17-OPK esa 1 ml dan siklning 14-, 17-, 21-kunlari 6 oy davomida belgilanadi.

Premenopauzal yoshdagi ayollarga uzaytirilgan ta'sirli gonadoliberin agonistlari ishlatilib, bular gonadotropinlar sekretsiyasini to'sadi va shu tufayli menopauzani chaqiradi (diferelin, danazol, buserelin, zoladeks, triptorelin). Danazol bir kunda 400 mg dozada 6-8 oy davomida, zoladeks (goserelin) 3,8 mg dan beri ostiga 28 kunda 1 marta, dekaptil-depo 3,75 mg dan mushak orasiga 28 kunda 1 marta, buserelin endonazal sprey tarzida ishlatiladi. GnRH agonistlari bilan davolash davomiyligi 3-6 oyni tashkil etadi. Davolanish vaqtida ayol sekin-asta menopauzaga kirib keladi.

Reproduktiv yoshdagi simptomli bachadon miomasi (qon ketishi va /yoki ko'plab miomalik ($n \geq 2$) yirik bachadon (2-5sinf) bor farzand ko'rishni istamaydigan ayollarga 2014-yil 27-yanvardan Yevropa komissiyasi Yevro Ittifoq tarkibiga kiruvchi davlatlarda **Esmiya® (5 mg)** preparatini bachadon miomasini davolash uchun 3 oydan iborat 2 kursda qo'llanilish ko'rsatmalarini kengaytirishga ruxsat berdi. Esmiya (ulipristat atsetat 5mg) – progesterone retseptorlarining selektiv modulyatori bo'lib, miometiy va endometriyadagi progesterone retseptorlariga antiglyukokortikois aktivlik va esterogen darajasini pasaytirmasdan ta'sir ko'rsatadi. Bachadondan qon ketishida tez va turg'un nazoratni ta'minlaydi. Endometriyda spetsifik, ortga qaytuvchi o'zgarish va aminoreya chaqiradi. Davo kursi hayzning birinchi kundan boshlab to'xtovsiz 3 oy. Undan so'ng 2 oy tanaffus (endometriy tiklanishi uchun). Ushbu qaror Dori vositalari bo'yicha Yevropa agentligi (**European Medicines Agency – EMA**) tomonidan ma'qullangandan so'ng, komitet (Committee for Medicinal Products for Human Use – CHMP) qabul qilindi.

Xirurgik davo laparotomik yoki laparoskopik usulida qo'llanadi. Hozirgi zamonda gisterektomiyani faqat ko'rsatma bilan tavsiya qilinadi.

Bachadon miomasida medikamentoz terapiya ambulator sharoitda



Aralash oral kontraseptivlar



Levonorgestrelli bachadon ichi vositasi (Mirena)



Gonadotropin-rilizing gormoning agonisti (aGnRG)



Esmyla (ulipristal atsetal 5 mg) - bu progesteron Retseptorlarning Selektiv Modulyatori

Jarrohlik yo'li bilan davolashga ko'rsatmalar quyidagilar:

- sarkoma shubhasida va bachadon o'sishi tez bo'lganda (4 haftalik 1 yil ichida);
- bachadon miomasi katta – 12 haftalik homiladorlikdan oshsa;
- bachadon miomasi kuchli og'riqli bo'lsa;
- anemiya va bemor mehnat qobiliyatining buzilishiga sabab bo'ladigan ko'p miqdorda qon ketishi bilan kechsa;
- mioma tez o'sgan hollarda;
- mioma endometrioz bilan qo'shib kelsa;
- miomatoz tugun qon aylanishi buzilib, tugunning nekrozi yuz bersa;
- submukoz tugunli mioma va bu tugun tug'ilayotgan hollarda;
- postmenopauzada bachadon miomasi o'sishi;
- bachadon bo'yni miomasi;
- yondosh a'zolarining faoliyati buzilganda;
- mioma tuxumdonning chin o'smasi bilan qo'shib kelganda.
- medikamentoz davo samarasizligi.

Operatsiyaning hajmi va xarakteri bemorning umumiy ahvoli, yoshi, o'smaning o'sish xususiyatlari, joylashuviga qarab belgilanadi.

Quyidagi operatsiyalar qo'llanadi:

- bachadon arteriyasi embolizatsiyasi (EMA);
- konservativ miomektomiya;
- bachadon amputatsiyasi;
- bachadon ekstirpatsiyasi.

Laparoskopik gisterektomiyani faqat bachadon miomasi 11-12 haftaligigacha qilinadi, miomaning katta o'lchamlarida 16-18 haftalikda laparotom usuli qo'llaniladi. Bachadonni saqlab qoladigan operatsiyalardan biri bu transservikal miomektomiya submukoz joylashgan bachadon miomasidir.

Skrlning. Kichik chanoq a'zolari UTTsini 25 yoshdan boshlab bir yilda bir marta o'tkazish.

Bachadon miomasi profilaktikasi. Anamnezda abort, bachadon ichi qirishlar, jinsiy a'zolarida yallig'lanish bo'lmagan ayollarda kam uchraydi. Bachadon miomasi bor ayollarga bir yilda 2 marta UTT o'tkazish va issiq hammom, sauna, insolyatsiya, beldan past sohasiga massaj va fizioterapevtik davolash tavsiya qilinmaydi.

7.3. Endometrioz

MKB –10 kodi: N80 – endometrioz.

Endometrioz – disgormonal, immun tizimiga bog'liq xatarsiz kasallik bo'lib, tuzilishi va funksiyasi bo'yicha endometriyga o'xshash to'qimaning bachadon shilliq qavatidan tashqarida o'sib ketishi bilan ifodilanadi. Endometrioz 10% ayollarda uchraydi va turli yoshda bo'lish ehtimoli bor. Kichik chanoq sohasida og'rig'i bo'lgan bemorlarning 80%da kuzatiladi, bepushtlikda esa 30% da aniqlanadi. Asosan, endometriozning genital turi eng ko'p uchraydi. Faqat 6-8% ayollarda ekstragenital turini diagnostika qilish mumkin.

Endometrioz kasalligini tasnifi

Lokalizatsiyasi bo'yicha quyidagi turlari farq qilinadi:

1.Genital endometrioz:

– tashqi – bachadondan tashqari endometrioz (tuxumdon endometrioz, bachadon naylari, chanoq pardasi, rekto-vaginal va qin endometriozlari);

– ichki – bachadon endometrioz (adenomioz), endometriod geterotopiyalar bachadon tanasining mushak qavatida o‘shidir.

2. Ekstragenital endometrioz (qovuq, ichak, buyrak, kindik, nervlar, operatsiya chandiqlari va boshqa a‘zolaridagi).

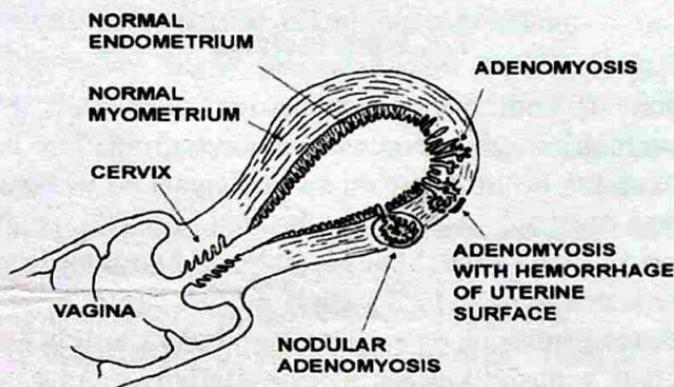
Ichki – bachadon endometrioz (adenomioz) tasnifi:

I-bosqich – patologik jarayon faqat bachadonning shilliq qavatida;

II-bosqich – patologik jarayon bachadonning mushak qavatida;

III-bosqich – patologik jarayon bachadonning seroz qavatigacha tarqalgan;

IV-bosqich – patologik jarayon kichik chanoq parietal pardasigacha va qo‘shni a‘zolariga tarqalgan.



Tashqi genital endometriozga quyidagilar kiradi:

Ekstraperitoneal turlari – tashqi jinsiy a‘zolar, qin, bachadon bo‘yni, retroservikal soha endometrioz.

Tuxumdon endometriozni tasnifi:

I-bosqich – tuxumdondagi bitishmalar va chandiqlarsiz yakka mayda geterotopiyalar;

II-bosqich – bitta tuxumdonda 5-6 sm dan ortiq bo‘lmagan endometrioid kistasi, chanoq qorin pardasining yakka geterotopiyalari;

III-bosqich – ikkala tuxumdonning kistalari, bachadonning seroz qavatida, nay va parietal qorin pardasida kichik geterotopiyalar, tuxumdon ortiqlarida va qisman ichaklarda chandiqlar hosil bo‘lishi;

IV-bosqich – katta o‘lchamli ikkala tomonlama tuxumdonning kistalari (6 sm dan katta), qo‘shni a‘zolariga tarqalgan (qovuq, to‘g‘ri ichak) chandiqlari.

Endometrioz tugunchalar, aniq chegarasiz infiltratlar shaklida, yoki gemorragik yoki jigarrang quyuq suyuqlik bilan to‘lgan kistalar shaklida bo‘lishi mumkin. Endometrioz hujayrali atipiya va tinimsiz avtonom o‘shish xususiyatiga ega emas; homiladorlik endometriozning klinik aktivligini pasaytiradi va regressiyaga olib keladi.

Retroservikal endometriozni tasnifi:

I-bosqich – endometrioz o‘choqlari rektovaginal kletchatkasida joylashgan;

II-bosqich – endometrioz to‘qimasi bachadon bo‘yni, qin devoriga tarqalgan;

III-bosqich – patologik jarayon dumg‘aza-bachadon boylamlarida va to‘g‘ri ichak seroz qavatiga tarqalgan;

IV-bosqich – patologik jarayon to‘g‘ri ichakning shilliq qavatida, bachadonning orqa go‘mbozida tarqalgan bo‘lib bachadon ortiqlarida chandiqlar hosil bo‘lishi.

Endometriozning xavfli omillari:

Konstitutsional omillar:

1. oilaviy anamnez;

2. vazni normada, ko'proq ozg'in, nimjon ayol;
3. sepkil va nevuslar bo'lsa.

Ginekologik va reproduktiv omillar:

1. erta menarxe;
2. erta boshlangan dismenoreya;
3. menstrual hayzi qisqa bo'lganda (proyomenoreya) va uzoq, ko'p qon ketganida (polimenoreya);
4. homilador bo'lmagan ayollar;
5. obstruktiv myuller nuqsonlari.

Klinika. Endometrioz klinikasi – uning joylashishiga bog'liq va turiga qarab xilma xil bo'ladi. Qorin pardasi, tuxumdon, tuxumdon naylari va rektovaginal endometriozida asosiy simptom – doimiy chanoq og'riqlari, davolash samaradorligi yo'qligi, dispareuniya (jinsiy aloqa vaqtida og'riq), dismenoreya (hayz vaqtida og'riq) va dizuriya kuzatiladi. Endometrioz o'choqlari yiringlashi, hatarli o'zgarishga uchrashi, uning atrofida yallig'lanish reaksiyasi yuz berishi mumkin.

«Shu simptomlar bo'lsa endometriozga shubha qilish kerak!*	%*
Dismenoreya	78.7
Chanoq og'riqlari	69.4
Dispareuniya	44.9
Ichak faoliyati buzilishi	36.4
Ichakdagi og'riq	29.0
Bepushtlik	26.2
Tuxumdon kistalari	19.5
Dizuriya	9.9
Siydik chiqishida boshqa muammolar	6.2

Bachadon endometriozi (adenomiozda).

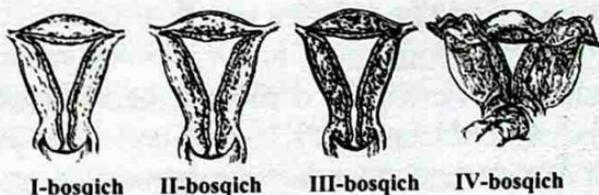
Uning klinikasida quyidagi simptomlar farq qilinadi:

– hayz boshlanish arafasida va u tugagandan so‘ng 3-5 kun davomida qindan to‘q jigarrang ajralma keladi va bu endometriozi bo‘shliqlaridagi suyuqlik bachadon ichiga tushishi bilan bog‘lanadi;

– hayz sikli buzilishi giperpolimenoreya turida bo‘lib, bu simptom adenomiozning diffuz turida kuchliroq ifodalanadi va anemiyaga olib keladi;

– hayz oldidan va hayz paytida og‘riq sindromi kuzatilib, bu belgi adenomiozning tugunchakli turida kuchliroq ifodalanadi;

– bachadon kattaligi va shakli o‘zgaradi – hayz arafasida bachadon kattalashadi (taxminan 8-9 haftalik homiladorlikka mos), hayz tugashi bilan 2-3 haftaga kichrayadi (6-7 haftalikkacha), bachadon sharsimon bo‘lib qoladi. 40% adenomioz bo‘lgan ayollarda endometriyni giperplaziyasi aniqlanadi.

Adenomioz bosqichlari

I-bosqich

II-bosqich

III-bosqich

IV-bosqich

Adenomiozda ko‘p uchraydigan simptomlar:

- qon ketish – 87%;
- dismenoreya – 84%;
- hayz vaqtida laxta qon ketish – 84%;
- qorin dam bo‘lishi – 55%;
- holsizlik, tez charchash – 52%;
- bepushtlik – 50%gacha.

Kam uchraydigan: disxeziya, qabziyat, diareya, gematuriya.

Oraliq va qinning endometriozi – yumaloq yoki noto‘g‘ri shaklli ko‘kimtir tuzilmalar – «ko‘zlar» ko‘rinishida bo‘ladi. Hayz arafasida bularning o‘lchami kattalashadi, hayz paytida esa bu yerdan to‘q rangli qon ajraladi.

Bachadon bo‘yni endometriozida ayolda menstrualaro va jinsiy aloqa vaqtida kontakt qon ketishi xos klinik belgisi deb hisoblanadi. Bachadon bo‘ynining qinga qaragan qismi endometriozi o‘lchamlari kichik (diametri 2-5 mm), bachadon bo‘ynining och pushti rangi fonida qizil rangli bo‘ladi. Siklning lyutein fazasida va ayniqsa, hayz arafasida endometrioz o‘choqlari ko‘kimtir-qizil rangli bo‘lib, kattalashadi va qonab turadi. Endometrioz psevdoroziya ko‘rinishida bo‘lib, gemorragik suyuqlik bilan to‘lgan bezchalarga ega. Endometriozning bu xildagi lokalizatsiyasiga og‘riq xos emas.

Bachadon naylarining endometriozi – kam uchraydigan holat. Endometrioid geterotopiyalar, asosan, nayning seroz qavatida joylashib, kichik o‘lchamda bo‘ladi va bular endometriozning «kichik» turlariga kiradi.

Tuxumdon endometriozi tuxumdonning po‘stloq zonasida endometrioid to‘qima o‘choqlari hamda endometrioid kistalar shaklida kuzatiladi. Kichkina endometrioid o‘choqlar o‘sib kattalashadi, ularda qon to‘planadi, o‘choqlar orasida to‘siqlar yemiriladi va kistalar vujudga keladi. Endometrioid kista bitta tuxumdonda yoki ikkala tuxumdonda bo‘lishi mumkin, kattaligi har xil (0,5 sm dan 10 sm gacha) bo‘ladi. Endometrioid kistalarga atrofdagi to‘qimalar bilan bitishmalar hosil bo‘lishi, zich kapsula va ichida shokolad rangli gemorragik suyuqlik («shokoladli kista») bo‘lishi, hayz arafasida va hayz davrida kuchayadigan uzluksiz og‘riqlar va bu og‘riqlarning belga, dumg‘azaga, to‘g‘ri

ichakka irradiatsiyasi xos. Kista devorlarining mikroperforatsiyasi bo'lishi mumkin, bunda og'riq sindromi keskin kuchayishi va atrofdagi a'zolar bilan zich bitishma hosil bo'lishi kuzatiladi. Bimanual tekshirilganda bachadon ortiqlari sohasida og'riqli, kam harakat yoki harakatsiz, elastik konsistensiyali o'smasimon hosila aniqlanadi. Atrofdagi a'zolar bilan bitishmalar hosil qilganda kistaning o'lchamlari va konsistensiyasi noaniqroq bo'lib qoladi.

Retroservikal endometrioz bachadon bo'ynining orqa yuzasida va bachadonning istmik qismida, shuningdek, dumg'aza-bachadon boylami yopishgan sathda rivojlanadi. Ginekologik tekshirilganda bachadon bo'yni orqasida zich, notekis, qo'zg'almas, palpatsiyasi keskin og'riqli, hayz arafasida kattalashadigan tugunchalar aniqlanadi. Asosiy simptomi hayz oldida va hayz davrida keskin kuchayadigan og'riqdir. Og'riq qinga, dumg'azaga, to'g'ri ichakka irradiatsiyalanadi.

To'g'ri ichak-bachadon chuqurchasi va boylamlar qorin pardasining endometriozini faqat laparoskopiyada aniqlash mumkin (ko'kimtir o'choqlar – «ko'zchalar» ko'rinadi). Endometriozning bu shakli – «kichik» turiga kiradi. Asosiy simptomi – bepushtlik va keskin og'riq sindromi.

Ekstragenital endometrioz. Bemor ko'pincha doimiy og'riqlardan shikoyat qiladi. Jinsiy a'zolardan tashqarida o'sma paypaslanishi va shuningdek, davriy qon ajralishi bo'lsa, bunda endometrioz haqida fikr yuritish mumkin. Ekstragenital endometrioz eng ko'p yo'g'on va to'g'ri ichakda kuzatiladi. Bunda qorin sohasida va belda davriy og'riq, tenezmalar, qabziyat, to'g'ri ichakdan davriy qon ketishi kuzatiladi.

Siydik pufagi endometriozida klinik manzara siklik og'riq, dizuriya, gematuriya bilan ifodalanadi.

Pnevmotoraks, gematoraks yoki hayz kunlari qonli balg'am kuzatilishi o'pka endometriozining tipik belgilaridir.

Endometrioz diagnostikasi. Kasallik tashxisini aniq-lashda klinik belgilari, kasallik o'tkirlashuvi, hayz bi-lan bog'liqligi, akusherlik va ginekologik operatsiyalarni boshdan kechirgani ahamiyatga ega. Obyektiv tekshirish uchun quyidagi usullar qo'llaniladi: ko'zgu orqali, bima-nual, rektovaginal tekshirish. Diagnostika uchun keng foy-dalaniladigan UTT hisoblanadi, u yordamida tuxumdonda endometrioz kistalari, adenomiozda bachadon devoridagi o'zgarishlar aniqlanadi. Rentgen usuli – GSGda (gisterosal-pingografiya) hayzning 5-7-kuni qilinadi va endometriozga xos belgilar aniqlanadi. KT, MRTda esa patologik jarayon chegaralarini aniqlash mumkin. Kolposkopiya bachadon bo'yni endometrioz va gisteroskopiya adenomiozni da-rajasi aniqlash mumkin. Laparoskopiya esa, asosan, tash-qi endometrioz diagnostikasida qo'llaniladi.

Davolash. Endometriozni davolash kompleks, differen-siallashgan bo'lishi kerak va konservativ hamda jarrohlik usullarni o'z ichiga oladi.

Konservativ usullarga gormonal, yallig'lanishga qarshi, desensibilizatsiyalovchi va simptomatik terapiya kiradi.

Gormonal terapiya:

- nospetsifik, samarali, xavfsiz;
- retsidivning va kasallikning kuchayishi oldini oladi;
- qayta jarrohlik davosini kamaytiradi.

Gormonal davosini patogenetik asosida – vaqtincha tuxumdonning faoliyatini susaytirib «psevdomenopauzani» chaqirishda quyidagi dori-vositalar yordamida:

- agonist gonadotropin-rilizing-gormon (aGn-RG);
- antagonist Gn-RG – antGn-RG (setrotid, orgalutran);
- aromataza ingibitorlari (letrazol, anastrozol va b.);
- progestagenlar (vizanna, «Mirena»);
- progesteron retseptorlarning selektiv modulyatorlari;
- AOK.

Endometriozning medikamentoz davosi

Preparat	Ta'sir mexanizmi	Doza va qabul qilish tartibi	Nojo'ya ta'siri
GnRG agonistlari, depo turlari: diferelin, triptorelin, dekapeptil depo 3,75	gipofizning gonadotrop sekretsiyasi blokadasi (medikamentoz gonadektomiya)	mushak orasiga 1 marta 28 kunda, umumiy: 3-6 marta	klimakterik yoshiga xos vegetativ qon tomir simptomlar, suyak to'qimasining mineral zichligi kamayishi
Antigonadotropinlar: Danazol, gestrinon	gonadotropinlar blokadasi, endometriy atrofiyasi	danazol 400-600 mg/sut 6 oy davomida. Gestrinon 2,5 mg haftasida 2 marta 6 oy per os	androgen bilan bog'liq dermatopatiya, giperlipidemiya, gipertenziya, tana vaznini ko'payishi
Progesteronlar: dienogest 2 mg (Vizanna, Savis)	proliferatsiyani to'xtatish, detsidualizatsiya	vizanna 1 marta sutkasiga uzluksiz, per os, 3-6 oy	tana vazni ko'payishi, depressiya, giperlipidemiya, suyuqlik chiqishining kechikishi
Progesteron analogi: didrogesteron (Dyufaston)	proliferatsiyani to'xtatish, detsidualizatsiya	hayz siklining 5-kunidan 25-kunigacha 20-30 mg/sut yoki uzluksiz, per os	aniqlanmagan
Sintetik progestagenlar: noretisteron	proliferatsiyani to'xtatish, detsidualizatsiya va endometriyning atrofiyasi	sutkasiga 5mg 6 oy davomida, per os	tana vaznining ko'payishi, giperlipidemiya, suyuqlik chiqishining kechikishi

Aralash monofaz estrogen-gestagen preparatlar (Jeanine, Klaira, Lindinet)	endometriyning proliferatsiyani va ovulyator gonadotropinlarni to'xtatish (tormozlash)	6-9 oy uzluksiz, per os	giperkoagulyatsiya, suyuqlik chiqishining kechikishi
---	--	-------------------------	--

Progestagenli monoterapiya – davolashning boshlang'ich bosqichi.

Hozirgi vaqtda endometrioz davosida quyidagi peroral progestagenlar tavsiya qilinadi: medroksiprogesterona atsetat (MPA), noretisteron atsetat (NETA), didrogesteron (dufaston), dienogest (vizanna, savis).

Progestagenlarni parenteral turlari: MPA, mushak ostiga yuboriladi (depo-provera), levonorgestrel tarkibidagi BIV (mirena).

Xirurgik davolashga ko'rsatmalar:

- adenomiozning tugunchakli turlari;
- adenomiozning diffuz shakli bachadon miomasi va/ yoki endometriyning giperplastik jarayonlari bilan qo'sh kelishida;
- adenomiozning III-darajasida;
- tuxumdonlarning endometrioid kistalari;
- retroservikal endometrioz;
- oraliq, qin va bachadon bo'ynining qin qismi endometrioz;
- endometriozning «kichik» shakllari.

Reabilitatsiya. Xirurgik davo choralarining samarasini, retsidivlarining profilaktikasini ta'minlash uchun operatsiyadan so'ng reabilitatsiya qilinishi lozim. Buning uchun tiklovchi davo kursi o'tkaziladi. Endometriozda ko'p uchraydigan yallig'li reaksiyalar bitishma va chandiqlar hosil

qilishini hisobga olib operatsiyadan yallig'lanishga qarshi preparatlar – natriy tiosulfati, prostaglandinlar sintezini tormozlovchi preparatlar (indometatsin, voltaren, diklofenak, dikloberl va boshq.), giposensibilizatsiyalovchi preparatlar (dimedrol, zodak, suprastin va boshqalar) qo'llanadi. Zarur bo'lsa, «kichik» trankvilizatorlar, valeriana, pustirnik preparatlari va boshqalar buyuriladi. Og'riqni qoldiruvchi preparatlar va usullar endometriozni kompleks davolashda muhim o'rin tutadi.

Endometriozda kontratseptiv va davolash uchun dorilar



7.4. Tuxumdon xavfsiz o'smalari va tuxumdon o'sma tuzilmalari

MKB – 10 kodi: D27 – Tuxumdon xavfsiz o'smalari;

D39.1 – Noaniq tuxumdon o'smalari;

N83.0 – Tuxumdon follikulyar kistasi;

N83.1 – Sariq tana kistasi.

Ayollar jinsiy a'zolari kasalliklari ichida birinchi darajadagi tuxumdon o'smalari egallaydi. Umumiy ayollar jinsiy kasalliklarining 60-77 % ini tuxumdon o'smasi tashkil etadi. Shundan eng ko'pini epitelial o'smalar tashkil etadi,

o'smalardan 75-82,3 % qismi xavfsiz o'smalar hisoblanadi. Xavfsiz tuxumdon o'smalari uchraganda unga amaliy va ilmiy tomondan yordamlashish uchun uni xavfli o'smaga aylanishining oldini olish uchun chuqur darajada tekshirish o'tkazish zarur.

Tuxumdon xavfsiz o'smalari – tuxumdon hajmli o'sma tuzilmasi, tuxumdon to'qimasidan o'sib chiqadi, hamma yoshdagi ayollarda kuzatiladi, reproduktiv potensialni kamaytirib, jarrohlik davolashga ko'rsatma bo'ladi.

Tuxumdon o'sma tuzilmalari (sinonim: tuxumdon kistasi) – retension hosila bo'lib, hosila bo'shlig'iga suyuqlik yig'ilishi hisobiga paydo bo'ladi. Patogenezida gormonal buzilishlar (gonadotropinlar FSG, LGning giperproduksiyasi), bachadon ortiqlarining surunkali yallig'lanish jaryonlari. Kistoma – bu tuxumdonlarning chin o'smasi hisoblanadi va ular hujayralarning ko'payishi hisobiga o'sish xususiyatiga ega.

Etiologiya va patogenez. Tuxumdon o'smasining rivojlanishi uchun sharoit paydo bo'lishi uchun asosiy sabab, bu bolalikda infeksiyon va yallig'lanish bilan kechadigan kasalliklarni o'tkazgan hisoblanadi va bu reproduktiv tizim funksiyasi o'zgarishi bilan ifodalanadi, 10-37,8% yallig'lanishli kasalliklardan so'ng bachadonning xavfsiz o'smalari hosil bo'ladi. Tuxumdon o'smalarining etiologiya va patogenezida genetik aspekt asosiy rol o'ynashi mumkin. Odam organizmidagi hujayralarida genetik apparatining yetishmovchiligi natijasida limfa tugunlari kattalashishi kuzatiladi. Xavfsiz tuxumdon o'smalarining rivojlanishida ba'zi klinik ko'rsatmalar sabab bo'ladi: hayzning kech bo'lishi, menstrual funksiyaning buzilishi, jinsiy rivojlanishning sustligi, bepustlik, reproduktiv davrida erta hayz siklining tugashi. Reprodukativ tizimning funksional faoliyatini o'rganishda 54% bemorlarda bu kasallik monofazali

menstrual sikl fonida rivojlanadi. Operatsiyagacha 48,6% bemorlarda tekshirish o'tkazilganda ularda endometriyni geperplastik jarayoni va 42 % da disgarmonal xavfsiz sut bezi o'smalari aniqlangan. Ko'pchilik bemorlarning hayz sikli davomidagi LG sekretsiyasi bilinarli darajada kamaygan bo'ladi, ayniqsa, ovulyatsiya oldi davrida.

Tuxumdon o'smalari xavf omillari:

- erta menarxe;
- kechki menopauza;
- reproduktiv faoliyatining buzilishi;
- gormonal buzilishlari bor ayollar – hayz siklining buzilishi, gormonal bepushtlik;
- anamnezida tuxumdonda operatsiyalar bo'lgan ayollar
- sistektomiya va boshqalar;
- naslida ya'ni yaqin qarindoshlarida tuxumdon va endometriy o'smalari bor ayollar;
- kichik chanoq a'zolarining surunkali yallig'lanish jarayonlari.

Tasnifi. Tuxumdon o'smalari xavfli va xavfsiz turlarga ajraladi.

- Yuzaki epitelial-stromali o'smalar (seroz, mutsinoz, endometrioid o'smasi, mezonefroid, Brenner o'smasi, aralash epitelial, differensirovkasi yo'q o'smalar va boshqa);
- Stromal hujayrali o'smalar (androblastoma, follikulyoma, tekoma, fibroma, ginandroblastoma);
- Lipid hujayralari o'smalari;
- Germinogen o'smalar (disgerminoma, teratoma, embriional kartsinoma, xoriokartsinoma va aralash o'smalar);
- Gonadoblastomalar (mezenximal, gemopoetik, nevrogen);
- Ikkilamchi metastatik o'smalar.
- Tuxumdon o'sma tuzilmalari (follikulyar kista, sariq tana kistasi, tuxumdon endometriozi, tuxumdon stromasi

giperplaziyasi va gipertekozi, yallig'lanish jarayon, paraovarial kista).

Asoratlanmagan tuxumdon o'smalarida klinik belgilar xususiyatli emas. Hamma tuxumdon o'smalari bor ayollarga 5 ta palpator belgilarini aniqlash tavsiya qilinadi: bir yoki ikkala tarafigini aniqlash, harakatchanligi, og'riq bor-yo'qligi, konsistensiyasi, o'lchami.

Hayz siklining, qo'shni a'zolar faoliyatining buzilishi va boshqa klinik belgilari o'smani sifatiga qarab aniqlanadi.

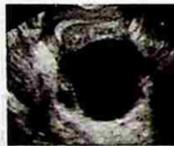
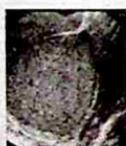
Follikulyar kista. Yupqa devorli hosila bo'lib, tuxumdonni bir qismidan bo'rtib chiqadigan, boshqa qismlari o'z holida saqlangan bo'ladi. Retension tuzilma katta o'lchamlargacha yetadi. Bu kistani ichki yuzasida granulez hujayralar qavati saqlangan bo'lib, lekin tuxum hujayra aniqlanmaydi. Kista saqlaması suvli bo'ladi.

Klinika. Yosh ayollarda rivojlanadi, hayz siklining vaqtida kelmasligi va keyin menoragiya kuzatilishi. Kista bir tomonlama, harakatchan, og'riqsiz, elastik konsistensiyali va 6 sm gacha bo'ladi. Malignizatsiyaga uchramaydi va 3-6 oyda o'zi yo'q bo'ladi.

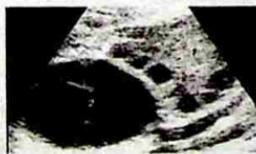
UTTda tuxumdonning turli kistalari



Tuxumdonning sariq tana kistalari



Endometrioid kista



Paraovarial kista

Sariq tana kistalari. Gormonal buzilishlar natijasi bo'lib, sariq tana o'zining rivojlanish bosqichida qayta rivojlanishga uchraydi. Lekin qandaydir buzilishlar natijasida bu jarayon amalga oshmay, sariq tana rivojlanishda davom etadi, kistasimon hosilaga aylanib, yirik tovuq tuxumidek o'lchamga yetadi. Kista tarkibi to'q sariq rangga ega bo'lib, klinikasi bachadondan tashqari homiladorlikni eslatadi.

Bemor ko'ngil aynash, sut bezlarining dag'allashishi hissini sezadi. Homiladorlikning obyektiv belgilari paydo bo'ladi: hayz to'xtashi, jinsiy a'zolar to'laqonligi, bachadon kattalashib, yumshoqlashadi. Bemorni tekshirganda ortiqlar sohasida o'smasimon hosilani aniqlaganda, bachadondan tashqari homiladorlik bo'yicha shubhaga boriladi. Shuni esda tutish kerakki, sariq tana kistasi yelbo'g'oz va xorionepiteliomaning yo'ldoshi bo'lib, XG reaksiyasi suyultirilgan siydikda musbat chiqadi. O'smaning retension xarakterligini aniqlash qiyinchiliklar tug'diradi.

Epitelial o'smalar eng ko'p uchraydi. Seroz o'smalar 40-50 yoshda, 10-15 sm gacha, bir tomonlama va bo'shlig'ida suyuqlik bo'ladi, hayz sikli o'zgarmagan holda.

Mutsinoz o'smalar. Bularning xususiyati ko'p kamerali, bir tomonlama va o'lchamlari katta bo'ladi, kesib ko'rilganda tarkibida shilliq aniqlanadi.

Endometrioid o'smalar. Gistologik tuzilishi bo'yicha endometriy to'qimasiga o'xshash va estrogenlarga sezuvchan retseptorlarga ega.

Stromal hujayrali o'smalar donador hujayrali o'smalar – estrogenlar hosil qiladi. Androblastoma – androgenlar sintez qiluvchi o'sma. Ko'proq yosh ayollarda uchraydi, bir tomonlama o'lchamlari kichik, sariq olov rangli maskulinizatsiyalovchi o'sma hisoblanadi.

Fibromalar – kamdan-kam uchraydi, bir tomonlama, og'riqsiz, kichik o'lchamda, harakatli, hayz sikli buzili-

shi aniqlanadi, asosan, postmenopauza davrida, poliserozit (gidrotoraks, astsit) bilan asoratlanadi.

Germinogen o'smalar – disgerminomalar, bolalik va yoshlik davrida uchraydi. Nur bilan davolashga sezuvchan.

Teratomalar – dermoid kista (yetilgan teratoma) bir tomonlama, 15-25% ikki taraflama bo'lishi mumkin, og'riqsiz, harakatli, notekis konsistensiyali, 15 sm gacha, kesib ko'rilganda tarkibida soch tolalari, tishlar, tirnoqlar va boshqa teri ortiqlari topiladi. Hayz sikli o'zgarmagan. Xavfli o'smaga aylanish xavfi kam.

Tuxumdon o'smalarida tekshirish usullari:

1. Anamnezda – qachon shikoyatlari paydo bo'lgan va tuxumdonda o'sma aniqlangan;

2. Umumiy tekshirish (ko'rik, regional limfatik tugunlarni paypaslash, umumiy qon analizi va boshqa), qorin palpatsiyasi;

3. Bimanual va rektoabdominal tekshirish;

4. Qin ko'zgularida ko'rish: bachadon bo'ynini ko'rish va aspirat olish imkonini beradi;

5. Qorin bo'shligini punksiya qilish, qorin bo'shligidan suyuqlik olish va uni sitologik tekshirish imkonini beradi;

6. UTT: abdominal va qin datchik yordamida o'smani ko'rish;

7. Pnevmoipelviografiya, gisterosalpingografiya;

8. Kompyuter tomografiyasi, MRT – aniq va qavatmaqavat tekshirish va limfotugunlarda metastazlar borligini aniqlash imkonini beradi;

9. Rektoromanoskopiya, irrigoskopiya, sut bezlarini tekshirish (mammografiya, UTT);

10. O'sma onkomarkerlarini aniqlash – maksimal axborot beruvchi tekshirish usuli hisoblanadi:

– Rak embrional antigeni (REA), α -fetoprotein (AFP), XGCH – germinogen o'smalarida aniqlashda diagnostik usuli;

«Ginekologik kasalliklar»

– CA 125, CA 19-9 – epiteliyal siya xavfini aniqlaydi, ayniqsa, p
– endometrioz va yallig‘lanish kuzatiladi;

– NE4 – tuxumdon saratonini

– SCC Ag – yassi qavatli kart

– Indeks ROMA (NE4+CA tuxumdonning xavfli o‘smalarid sida tavsiya qilinadi;

– VEGF– malignizatsiya jaray

– BRCA1,2 – tuxumdon va su lanish xavfini aniqlaydi.

Qo‘shimcha qilib quyidagi te

– qonda C-reaktiv oqsil aniql

– gormonal tekshirish (estradi

– surtma mikroskopiyasi;

– qin ajralmalarini mikrobiol tiklarga sezuvchanligini aniqlash

Tuxumdon o‘smalari asoratla

– o‘sma oyoqchasining bural

– yiringlash;

– malignizatsiya.

Taqqoslama: ekstragenital k zotsele, o‘tkir appenditsit, appe don apopleksiyasi, tuboovarial t

Davolash. Tuxumdon kistas yordamida konservativ olib bor gandan keyin natija bermasa, yo bo‘lsa operativ laparoskopiya kistomalari faqat operativ usulic

8-BOB

KLIMAKTERIK DAVR VA MENOPAUZA

MKB –10 kodi – N95.1 – menopauza va klimakterik holati.

Klimakterik davr va menopauza. Klimakteriy soʻzi (yunoncha *climacter* – zina poyalari) bu: fiziologik davr, ayol organizmida umumiy oʻzgarish yuzaga keladi, jinsiy aʼzolarida involyutsion jarayoni kuzatiladi: reproduktiv funktsiya, keyinchalik hayz siklining toʻxtashi bilan ifodalanadi. Klimakterik davr qarish bilan kechadi, hayz toʻxtashi, hayz oldi, menopauza va postmenopauzaga boʻlinadi. Klimakterik sindrom (KS) – bu klimakterik davrning tabiiy kechishini asoratlaydigan va oʻtish davrida organizmning biologik transformatsiyasi bilan rivojlanadigan oʻziga xos simptomkompleks boʻlib hisoblanadi.

KS oʻtish davridagi 40-70% ayollarda kuzatiladi. Uning rivojlanishi jinsiy gormonlar ishlab chiqilishining buzilishi bilan bogʻliq. Barvaqt menopauza 40 yoshgacha va erta menopauza – 40-44 yoshda boʻlishi mumkin. Erta menopauza sabablari: bachadon yoki tuxumdonlarni jarrohlik yoʻli bilan olib tashlash va tuxumdonning yetishmovchiligida kuzatiladi. Tuxumdonning yetishmovchiligi seks xromosomalarning nuqsonida, autoimmun kasalliklarda (gipotireoidizm, buyrak usti bezining yetishmovchiligi) va kimyo, nurli terapiya sabab boʻladi.

Tasnifi. Klimakteriy davrida quyidagi davrlar ajratilgan:

– premenopauza – birinchi klimakterik simptomlar paydo boʻlishidan oxirgi oʻzi kelgan hayz sikligacha davri. Bunda tuxumdonlar faoliyatining soʻnishi somatik va psixologik oʻzgarishlar bilan kechadi, 90% ayollarda kuzatiladi va 45 yoshdan keyin boshlanadi;

– menopauza – oxirgi oʻzi kelgan hayzdan 12 oy oʻtib. Bu tabiiy qarish jarayoni boʻlib, tuxumdonlar faoliyati

soʻnadi. Menopauzaning oʻrtacha yoshi – 51 yosh. Menopauza tugʻmagan ayollarda ertaroq kuzatiladi;

– perimenopauza – premenopauzaning va 1 yilgi menopauza orasidagi davr;

– postmenopauza – menopauzadan boshlanib, oxiri 65-69 yoshgacha boʻlib, erta (5 yilgacha) va kechki (5-10 yil) postmenopauzaga ajratiladi va ayol hayotining uchdan bir qismini tashkil etadi. Tuxumdonlar uchun bu nisbatan dam olish davri.

Etiologiya va patogenezi. Klimakterik davr asta-sekin tuxumdon faoliyatining susayishi (birinchi 1-3 yilda), keyin esa tuxumdonda estrogenlar ajralishi toʻliq toʻxtaydi. Postmenopauzada gormonal va metabolik oʻzgarishlar sekin-asta yuz beradi. Postmenopauzada tuxumdonlar oʻzining endokrin faoliyatini va baʼzi bir gormonlar sekretsiasini davom ettiradi. Ayollar qoni zardobidagi estradiol va estron periferik toʻqimada buyrak usti bezlari ishlab chiqaradigan androgenlardan hosil boʻladi. Estrogenlarning katta qismi androstendiondan hosil boʻladi. Bu, asosan, mushak va yogʻ toʻqimalarida yuz beradi. Shu sababli semiz ayollarda zardobdagi estrogen miqdori koʻpayib, progesteron yoʻqolganligi sababli bachadon tanasi saratoni xavfi ortadi. Ozgʻin ayollar qoni zardobida estrogenlar miqdori kam boʻlib, osteoporoz xavfi ortadi. Postmenopauzada progesteron sekretsiasini toʻxtaydi.

Klinik belgilari va patologik holatning kelib chiqish muddatiga qarab, KS 3 guruhga ajratiladi: erta, oʻrta davomiyli va kechki.

1-guruh – erta simptomlar:

– vazomotor buzilishlar: issiqlik quyilishi, koʻp terlash, yurak urib ketishi, qaltirash, bosh ogʻrigʻi, gipo- yoki gipertenziya;

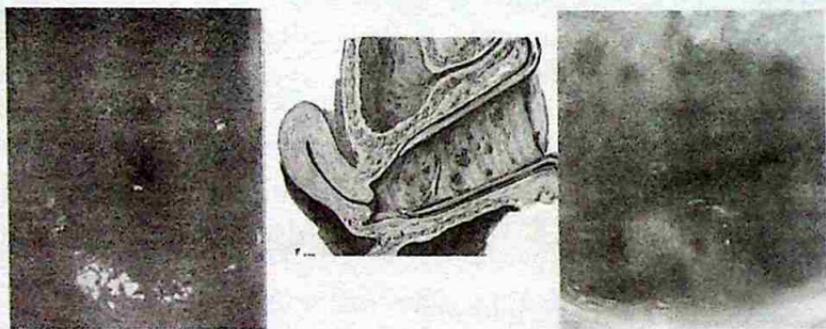
– emotsional – psixik: taʼsirchanlik, uyquchanlik, uyqusizlik, holsizlik, tashvishlanish, depressiya, xotira buzilishi, eʼtibor kamayishi, libido susayishi (85% ayollarda).

Issiqlik quyilishlar – gipoestrogeniyaning ko‘p kuzatiladigan belgilaridan biri. Issiqlik quyilishlari odatda 1–3 minut davom etadi va bir sutkada 5–10 marta takrorlanishi mumkin. Og‘ir holatlarda 30 martagacha kuzatiladi. Tabiiy menopauzada bu holatlar kamroq, sun‘iysida – ko‘proq kuzatiladi.

2-guruh – o‘rta davomiylik simptomlar, menopauzadan 3-5 yildan so‘ng paydo bo‘ladi, urogenital buzilishlar, teri va uning ortiqlari o‘zgarishi bilan kuzatiladi (tirnoq sinishi, quruqligi, ajinlar paydo bo‘lishi, soch qurushi va to‘kilishi).

3-guruh – kechki almashinuv buzilishlari – bu postmenopauzal metabolik sindromi (ateroskleroz, arterial gipertenziya, giperlipidemiya, insulinrezistentlik), nevrologik simptomlar (kognitiv, xotira, ko‘rish qobiliyati, eshitish funksiyalarining pasayishi), suyak-mushak tomonidan (osteoporoz, osteoartrit).

Bachadon bo‘ynining atrofik epiteliysi



Gipoestrogeniya tufayli siydik yo‘llari epiteliysi atrofiyasi va uretra kengayishi kuzatiladi. Bu ayollarda stressli siydik tuta olmaslikka, atrofik vaginit sababli urogenital buzilishlar disparyuniya, retsidivlanuvchi bakterial va zamburug‘li vaginitlar yuzaga keladi.

Urogenital buzilishlar:

- atrofik vaginit;
- bakterial vaginoz;
- atrofik sistouretit;
- pollakiuriya;
- nikturiya;
- tsistalgiya;
- stressli siydik tuta olmaslik;
- giperrefleksiya;
- qovug‘liq bo‘shamasligi hissi.

Estrogen defitsitida: tashqi jinsiy a‘zolar terisida distrofiya (krauroz); qin epiteliysi yupqalanishi, quruqlashi-shi, infeksiyalanishi; uretra va siydik qovug‘ida dizuriya va infeksiyalar; bachadonda – epiteliyning yupqalashishi, shikastlanuvchanlik va sitologik o‘zgarishlar; kichik chanoqning mushaklari va paylari: bo‘shashi, tushishi va ush-lolmasligi kuzatiladi.

Menopauza tabiiy yoki sun‘iy bo‘lishidan qat‘iy nazar osteoporozga olib keladi.

Osteoporoz rivojlanishiga ayollarda xavf omillari:

1. Ozg‘in, nimjon va past bo‘yli ayollar;
2. Oilaviy anamnezda suyak jarohatlanishi borligi;
3. Kechki menarxe (15 yoshdan keyin);
4. Erta menopauza (50 yoshgacha);
5. Oligo- va amenoreya reproduktiv yoshda;
6. Anovulyatsiya va bepushtlik;
7. Uzoq davom laktatsiyasi;
8. Chekish, alkogolizm, kofein ko‘p miqdorda iste‘mol qilish;
9. Jismoniy passivlik.

Osteoporoz ozuqa bilan kam miqdorda kalsiy iste‘mol qilganda kuzatiladi. Premenopauzada, agar kalsiyga boy

oziq-ovqatlar (sut mahsulotlari), qabul qilinmasa, suyak to'qimasi kamayadi.

Diagnostika. Anamnezida ginekologik va somatik kasalliklar, operatsiyalar, sut bezi saratonining oilaviy xavfi, trombozga bor-yo'qligini ahamiyat berish kerak. Umumiy tekshirishda: qon bosim va tana vaznini aniqlash, ginekologik ko'rik va sut bezlarini paypaslash.

Klimakteriyga xos gormonal o'zgarishlari:

- estradiol miqdori kamayishi (<80 pmol/l);
- FSG yuqoriligi ($>15-20$ ME/l);
- AMG kamayishi $<1,0$ ng/ml;
- androgen/estrogen nisbatining ko'tarilishi;
- FSG yuqoriligi va LG/FSG <1 ;
- indeks estradiol/estron <1 ;
- nisbiy giperandrogeniya yoki androgenlar defitsiti;
- ingibin V ning kamayishi.

Klimakterik sindrom estrogendefitsit simptomokompleksining belgilariga asoslangan.

Tekshirish usullari:

- indeks Kupperman yordamida klimakterik simptomlarini baholash;
- bachadon bo'ynini sitologik tekshirish (Papanikolau usulida);
- qonda FSG, LG, estrogenlarni, prolaktin, TTG va testosteronni aniqlash;
- biokimyoviy analizlar va koagulogramma;
- mammografiya;
- qon bosim va pulsni tekshirish;
- qin orqali UTT.

Menopauzal Kupperman indeksi

Simptomlar	Darajalar ballari			
	yo'q	Yengil darajali	O'rta darajali	Og'ir darajali
Vazomotor	0	1	2	3
Paresteziyalar	0	1	2	3
Uyqusizlik	0	1	2	3
Nevrozlik	0	1	2	3
Melanxoliya	0	1	2	3
Bosh aylanishi	0	1	2	3
Artralgiya va mialgiya	0	1	2	3
Bosh og'rig'i	0	1	2	3
Yurak tez-tez urishi	0	1	2	3
Formikatsiya (chumolilar yurish hissi)	0	1	2	3

Klimakterik sindromi darajasini aniqlash:

- <20 ball – klimakterik sindromining yengil kechishi;
- 20-35 ball – klimakterik sindromining o'rta darajali kechishi;
- >35 ball – klimakterik sindromining og'ir darajali kechishi.

Davolash. KSni davolash kompleks, individual, nomedikamentoz hamda medikamentoz terapiyani (nogormonal va gormonal) o'z ichiga oladi.

Erta vazomotor belgilarida gormonal terapiya tavsiya qilinmaydi, issiqlik quyilishlar 3 – 5 yilda o'zi o'tib ketadi. Urogenital buzilishlarda gormon o'rinbosuvchi terapiya olgan 50% bemorlarda samara beradi. Qin, siydik yo'llari va qovuqning asosdagi epiteliy estrogena bog'liq bo'lib, menopauzadan 4 – 5 yildan so'ng 30% gormon o'rin bosuvchi terapiya olmagan ayollarda qinda atrofiya kuzatiladi.

MGT olmagan postmenopauzadagi ayollar bir yilda 3 – 5% gacha suyak to'qimasini yo'qotadi. Ayniqsa, birinchi

5 yilda son suyagi boshchasida 20% kompakt va g'ovak to'qimasi yo'qotiladi.

Klimakterik sindromini davolash 3 bosqichdan iborat:

1-bosqich: Ratsional gigienik mehnat tartibi, parhez (uglevod va yog'lar miqdorini chegaralash), shifobaxsh jismoniy tarbiya.

2-bosqich: Gormonsiz medikamentoz terapiya bu simptomatik davolash bo'lib – sedativ va antidepressant vositalar tavsiya qilish.

3-bosqich: Menopauzal gormonal terapiya (MGT). Asosiy maqsadi ayolning umumiy ahvolini yaxshilash, kechki kuzatiladigan o'zgarishlarning oldini olish va ayollarga minimal va optimal dozada bo'lgan vositalar ishlatiladi.

Menopauzal Gormonal terapiyaning asosiy prinsiplari:

- MGT tartibiga estrogenlar kiradi;
- Progesteragenlar – endometriyni giperplastik jarayondan himoya qiladi;
- Gisterekтомиya bo'lgan ayollarga estrogenli monoterapiya tavsiya qilinadi;
- Osteoporoz, ateroskleroz va urogenital o'zgarishlarning oldini olishda GO'T 5-7 yil davomida davolash;
- Har bir ayol ko'rsatma va qarshi ko'rsatmalarini bilishi kerak.

Menopauzal gormonal terapiya (MGT). Ko'rsatmalar:

- erta va barvaqt menopauza;
- klimakterik sindrom (og'ir darajasi);
- og'ir atrofik jarayon (urogenital buzilishlar);
- osteoporoz profilaktikasi;
- postkastratsion sindrom;
- hayot tarzini yaxshilash uchun.

MGT tavsiya qilishdan oldin ayolni, albatta, tekshirish

lozim:

- anamnez;

– ginekologik tekshirish va kichik chanoq a'zolarining UTT;

- sut bezlarini tekshirish (mammografiya, UTT);
- surtma sitologiyasi (Papanikolau);
- gemostaziogramma.

Absolyut qarshi ko'rsatmalar:

- ko'krak bezi saratoni va shubha bo'lganda;
- ko'krak bezining saratoni va shubha bo'lganda;
- jinsiy a'zolarining estrogen bog'liq o'smalar va endometriy saratoni yoki shubha bo'lganda;
- aniqlanmagan qindan qon ketish;
- davolanmagan endometriy giperplaziyasi;
- tromboembolik kasalliklar, anamnezda - tromboz;
- davolanmagan gipertenziya;
- o'tkir va og'ir jigar kasalligi ;
- teri porfiriyasi (fermentopatiya);
- preparatni ko'tara olmaslik

Nisbiy qarshi ko'rsatmalar:

- bachadon miomasi va endometrioiz;
- migren;
- oilaviy gipertriglitsridemiya;
- jigar tosh kasalligi;
- epilepsiya;
- yuqori xavfli sut bezi saratoni bo'lganda.

Tekshirgandan so'ng, agar qarshi ko'rsatmalar bo'lmasa gormonal terapiyani tavsiya qilsa bo'ladi. MGT klimakterik sindromda 80–90% holatlarda samara beradi. Yurak ishemik kasalligi va insult xavfini 2 marta kamaytiradi, estrogenlar aterosklerotik pilakchalar hosil bo'lishining oldini oladi. Gormonal o'rin bosuvchi terapiyaning optimal yoshi perimenopauza davri.

Gormonal terapiyasidagi estrogen turlari:

- Tabiiy estrogenlar (odam) -17b estradiol, estradiol-valerat, estriol;

– Kon'yugirlangan estrogenlar – ekvilin-sulfat + estron-sul'fat + estradiol izlari;

– Sintetik estrogenlar – etinilestradiol va mestranol (AOK).

MGT tarkibida tabiiy estrogen va progestin tutuvchi vositalar bo'lib, ular monofazali, ikkifazali va uch fazali turlarga bo'linadi.

Estrogenli monoterapiyani bachadoni yo'q ayollarga tavsiya qilinadi (proginova, estrofen, premarin, ovestin), yoki transdermal estrogenlar (Lenzetto®, divigel'), yoki tibolon – estrogen transselektiv regulyatori (ledibon, livial).

Gestagenli monoterapiya. Perimenopauzadagi BQK, adenomioz va bachadon miomasida tavsiya qilinadi. Davolash usullari:

– didrogesteron (dyufaston) 10 mg 2 mahal hayzning 11-kunidan 25-kunigacha DQK ayollarda;

– bachadon ichi levonorgestrel rilizing-sistemi – bachadon ichiga bir marta 3 yilda;

– medroksiprogesteron 10 mg 1 marta kuniga hayzning 5-kunidan 25-kunigacha yoki 10 mg 1 marta 16-kunidan 25-kunigacha;

– progesteron (mikro dozali) 100 mg 3 marta hayzning 5-kunidan 25-kunigacha.

Kombinirlangan gormon o'rinbosuvchi terapiya ikki yoki uch fazali estrogen-gestagen preparatlar siklik yoki uzluksiz rejimda perimenopauzadagi bachadoni bor ayollarga beriladi.

Ikki fazali estrogen-gestagen vositalar – femoston 2/10, femoston 1/10, klimonorm, klimen. Hozirgi kunda ikki fazali vositalarga quyidagilar kiradi:

Femoston 2/10(17b – estradiol 2,0 mg, didrogesteron 10 mg – dyufaston) va Femoston 1/10 (17b – estradiol 1,0 mg, didrogesteron 10 mg (dyufaston).

Divina (2 mg estradiol valerati, 10 mg metoksiprogesteron atsetat).

Klimen (2 mg estradiol valerati, 10 mg siproteron atsetat).

Siklo-proginova (2 mg estradiol valerati, 0,5 mg norgestrel).

Klimonorm (2 mg estradiol valerati, 0,15 mg levonorgestrel).

Uch fazali dorilar – Trisekvens va Trisekvens-forte. Faol moddolari: estradiol va noretisteron atsetat.

Monofaz estrogen-gestagenli vositalar postmenopauzadagi bachadoni bor ayollarga (femoston 1/5, klimodien, kliogest, pazogest), yoki tibolon – estrogen transsektiv regulyatori (ledibon, livial) beriladi.

Monokomponentli peroral vositalar:

Femoston 1/5 (17b - estradiol 1,0 mg + 5mg didrogesteron-dyufaston);

Klimodien (estradiola valerati 2,0 mg + 2,0 mg dienogest);

Kliogest (17b - estradiol 2,0 mg +1 mg noretisteron atsetat);

Pazogest (2 mg estradiola+1 mg noretisterona atsetata);

Livial, Ledibon (tibolon 2.5 mg 28 tabletka).

Klimaktoplan – tabiiy, kompleks vosita bo‘lib hisoblanadi. Tarkibidagi o‘simlik tabiatli komponentlar termoregulyatsiyaga ta‘sir qiladi. Dori 1–2 tabletkadan kuniga 3 marta ovqatdan yarim soat oldin yoki bir soatdan keyin og‘izda erib ketgunicha so‘riladi.

Klimadinon – bu ham tabiiy dori. Tabletkalar to‘plamda 0,02 g dan 60 dona. Ichish uchun tomchilar – 50 ml flakonda.

Klimakteriyani davolashda yangi yo‘nalish selektiv estrogen–retseptor modulyatorlari bo‘lib hisoblanadi. Raloksifen estrogen retseptorlarini stimullab, bir vaqtda antiestrogen xususiyatiga ham ega. Bu vosita sut bezi saratonni davolash uchun ishlab chiqilgan, tamoksifen guruhiga kiradi. Raloksifen osteoporoz, insult va miokard infarkti xavfini kamaytiradi.

9-BOB

GINEKOLOGIYADA SHOSHILINCH YORDAM HOLATLARI

Shoshilinch yordam holatlarida ginekologik kasalliklarida qon ketishi yoki kuchli og'riq, va turli simptomlar birgalikda qo'shilishib kuzatiladi (og'riq, ko'ngil aynish, qusish, qon ketishi, kollaps, holsizlik va «o'tkir» qorin belgilari).

Birinchi shoshilinch yordam talab qiladigan ginekologik kasalliklar va holatlar

Sindromlar	Homiladorlik yo'qligida	Homiladorlik bilan bog'liq
Jinsiy yo'llardan qon ketish	<ul style="list-style-type: none">- disfunktsional qon ketish- adenomoz- bachadon miomasi- bachadon bo'yni eroziyalari, saratoni- jinsiy a'zolarining jarohatlanishi- AOK iste'mol qilganda	<ul style="list-style-type: none">- abortlar (boshlangan, yo'ldagi abort, chala)- bachadondan tashqari homiladorlik- trofoblastik kasalliklari (yelbo'g'oz, xorionepitelioma)
Og'riq	<ul style="list-style-type: none">- o'tkir salpingoofarit- tuxumdon apopleksiyasi- o'tkir pelvioperitonit- tuxumdon kistasi oyoqchalarining buralib qolishi- bachadon miomatoz tugunining qon aylanishi buzilishi- endometrioz kasalligi	<ul style="list-style-type: none">- abortlar (xavf soluvchi, boshlangan, chala)- bachadondan tashqari homiladorlik- bachadon perforatsiyasi
Og'riq va qon ketish	<ul style="list-style-type: none">- bachadon miomasi (submukoz turida)- jinsiy a'zolarining jarohatlanishi- BIV qo'llanganda	<ul style="list-style-type: none">- abortlar (boshlangan, yo'ldagi abort, chala)- bachadondan tashqari homiladorlik

Isitma ko'tarilishi va og'riq	– o'tkir pelvioperitonit – o'tkir salpingooofarit – parametrit – jinsiy a'zolarining xavfli o'smalari – appenditsit	– chilla davridagi endometrit, tromboflebit – abortdan keyin endometrit – kesar kesishdan keyin peritonit – mastit
-------------------------------------	---	---

«O'tkir qorin» termini katta guruhni tashkil qilib, qorin bo'shlig'i a'zolarining hayot uchun xavf soluvchi asoratlar bilan kechuvchi, faqat xirurgik davo bilan qutilish mumkin bo'lgan holatdir.

Ginekologik amaliyotda o'tkir qorin quyidagi kasalliklarda kuzatiladi:

- Bachadondan tashqari homiladorlik;
- Tuxumdon apopleksiyasi;
- Bachadon ortiqlari o'tkir yallig'lanishi (pelvioperitonit);
- Tuxumdon kistasi oyoqchalarining buralib qolishi;
- Bachadon miomatoz tugunining qon aylanishi buzilishi.

«O'tkir qorin» – bu sindrom qorindagi kuchli og'riq, qorin oldingi devor mushaklari taranglashishi (qorin to'g'ri mushakning defansi), ko'ngil aynish, qusish, qorin dam bo'lishi, Shyotkin-Blyumberg simptomi musbat, ich kelishi buzilishi bilan kechadi. Klinik kechishi olib kelgan sabablarga qarab kechadi. Yashirin kechganda O'K ayrimlarda individual holda intoksikatsiya va peritonit bilan kechishi mumkin. O'tkir qorin kichik chanoq va qorin bo'shlig'i a'zolari kasalliklari natijasida kelib chiqadi va shoshilinch xirurgik davoni talab qiladi.

9.1. Bachadondan tashqari homiladorlik

MKB – 10 kodi 000.0 – abdominal (qorin) homiladorligi;

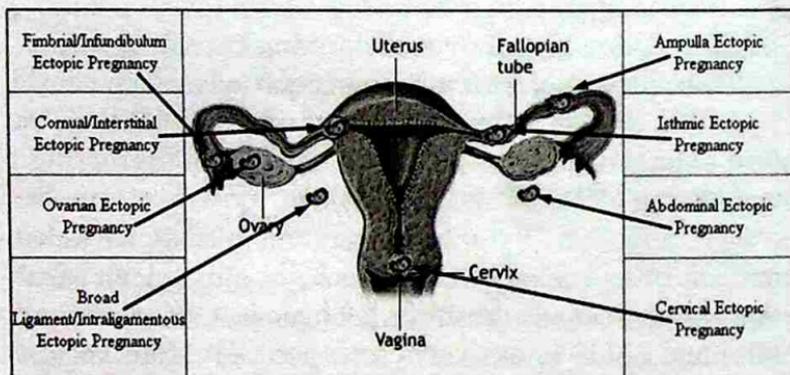
000.1 – naydagi homiladorlik;

000.2 – tuxumdondagi homiladorlik;

000.8 – bachadondan tashqari homiladorlikning boshqa turlari (bachadon bo‘yni, qo‘shimcha bachadon shoxidagi, intraligamentar joylashishi);

000.9 – aniqlanmagan turi.

Bachadondan tashqari homiladorlikda urug‘langan tuxum hujayra bachadon bo‘shlig‘idan tashqarida implantatsiya bo‘lishi bilan ifodalanadi. Bachadondan tashqari homiladorlik umumiy ginekologik bemorlarning 1,2% – 4,4% ini tashkil etadi. Eng ko‘p nay homiladorligi (99%), keyin qorin, tuxumdon, bachadon rudimentar shoxi homiladorligi uchraydi.



Oxirgi yillarda bachadondan tashqari homiladorlik uch-rash soni ko‘payib kelmoqda.

Etiologiya va patogenezi. Bachadondan tashqari homi-ladorlik kelib chiqishida asosiy sababchisi bachadon ortiq-lari yallig‘lanish kasalliklari, infantilizm, bachadon naylari qisqaruvchanligi buzilishi, trofablast yuqori aktivligi, en-dokrin buzilishlar.

Nay homiladorligi buzilganda qon ketish kuzatiladi va buning natijasida nay bo'shlig'ida qon to'planadi, peritubar yoki bachadon orti gematomasi shakllanadi. Nay yorilishi, qorin va tuxumdon homiladorligi buzilishidagi qon ketish juda kuchli va ayol hayoti uchun juda xavfli bo'ladi.

Bachadondan tashqari homiladorlikda xavf guruhiga quyidagilar kiradi:

- Bachadon ortiqlarida surunkali yallig'lanishi;
- Tuxumdon disfunktsiyasi;
- Bachadon nay-peritoneal bepushtligi;
- Anamnezida bachadondan tashqari homiladorlik bo'lganda.

Hayz sikli vaqtida kelmaganda β -XGCHni aniqlab, transvaginal UTT qilish lozim.

Tasnifi.

Homiladorlik joylashishiga qarab: ampulyar, istmik, va interstitsial naydagi turlariga ajratiladi.

Tuxumdondagi homiladorlik:

- tuxumdon yuzasida joylashgan rivojlanayotgan homiladorlik;
- intrafollikulyar rivojlanayotgan homiladorlik.

Etiologiyasi. Bachadondan tashqari homiladorlik uch-rash soni ortishi ko'p qilingan abortlar, tashqi genital endometrioz, BIV, neyroendokrin buzilishlar bilan bog'liq. Yallig'lanish jarayoni bachadondan tashqari homiladorlikda 42-80% sabab bo'ladi. EKU qilingan ayollarda 2%da uchraydi.

Klinika. Bachadondan tashqari homiladorlikda ham ayollarda bachadon ichi homiladorlikka o'xshab hayz sikli vaqtida kelmaganligi, sut bezlarining taranglashuvi, ko'ngil aynashi kuzatiladi. Naydagi homiladorlik eng ko'p uchraydigan turiga kiradi. Klinik jihatdan bachadon nayidagi homiladorlik rivojlanayotgan va rivojlanishdan

to'xtagan (bachadon nayi yorilishi, bachadon nayidagi abort)ga bo'linadi.

Kasallik BIV fonida ham yuz berishi mumkin. Anamnezda bemor jinsiy a'zolar yallig'lanish kasalliklari, hayz siklining buzilishi (infantilizm), tez-tez abort qildirganligi va abortdan keyingi davrda asoratlar kuzatilganligi aniqlanadi. Ko'pincha bachadondan tashqari homiladorlik 4-6-haftalarda to'xtaydi. Klinikasi nay homiladorligini (kam hollarda tuxumdon) to'xtaganida yuz beradi. Bemor qorindagi keskin o'tkir og'riqqa, uning orqa teshikka, belga, jinsiy a'zolariga tarqalishidan shikoyat qiladi. Anamnezidan hayzning tutilishi, ba'zan bo'lmasligining yoki klinikasi navbatdan tashqari hayz vaqtida kuzatilishi aniqlanadi. Ko'zdan kechirganda bemor umumiy ahvoli o'rtacha og'irlikda, ba'zan hushsiz adinamik bo'ladi. Teri qoplamlari rangpar, sovuq, yopishqoq ter bilan qoplangan, taxikardiya, gipotoniya. Tana harorati subfebril yoki normada bo'ladi. Tili nam qorni keskin og'riqli (ko'proq pastki bo'limlarida), qorin old devori mushaklari taranglanishi aniqlandi, Shyotkin-Blyumberg simptomi musbat. Ginekologik tekshirishda qin dahlizi, shilliq qavati va bachadon bo'yinchasi qin qismi sianoz, o'tkir to'q qon yoki malla ajralmalar surkaluvchi xarakterda bo'lishi aniqlanadi. Bu holat homiladorlikni to'xtatgandan so'ng sariq tana orqaga qayta rivojlanishi va bachadon detsidual qavati ko'chishi tufayli yuzaga keladi. Bachadon normaga nisbatan katta, yumshoq. Bachadon nayi yorilishida kuchli ichki qon ketishi va qorin oldingi mushagi taranglashishi sababli jinsiy a'zolarini aniqlab bo'lmaydi. Bachadon bilan birgalikda, ko'proq u orqasida kattalashgan yumshoq konsistensiyali, og'riqli o'smasimon tuzilma aniqlanadi.

UTTda bachadondan tashqari homiladorlik



Laborator tekshirishda: umumiy qon analizi – Nv kamaygan, eritrotsit, gematokrit. UTTda (asosan, transvaginal): cheti notekis tuzilma, qorin bo‘shlig‘ida suyuqlik, endometriyda – detsidual reaksiya belgilari.

Bachadon nayi yorilishi aniq klinik belgi bilan kechganda diagnoz qo‘yish qiyin emas. Diagnostikada qo‘shimcha orqa gumbaz punksiyasini bajarish mumkin, natijada ivimaydigan qora qon chiqadi.

Davolash. Bachadondan tashqari homiladorlikka shubha bo‘lganda bemor statsionarga yotqiziladi. Tashxis qo‘yilgandan so‘ng asosiy davolash usuli jarrohlik. Laparoskopiya orqali jarrohlikning bajarilishi faqat gemorragik shok bo‘lmaganda o‘tkazilishi lozim.

Rivojlanayotgan va rivojlanishdan to'xtagan bachadondan tashqari homiladorlik belgilari

Rivojlanayotgan bachadondan tashqari homiladorlik	Rivojlanishdan to'xtagan bachadondan tashqari homiladorlik
<p>– Kichik muddatli homiladorlik belgilari (qonli ajralma, ko'ngil aynishi, sut bezlarining taranglashuvi, qin va bachadon bo'yni qin qismi sianozi, bachadon bo'yni yumshashi, bachadon o'lchamlari kattalashishi, tez-tez siyish)</p> <p>– Qorin va qorin pastidagi og'riqlar, orqaga irradiatsiya bilan</p>	<p>– Kollaps va holsizlik</p> <p>– puls (110 va yuqori)</p> <p>– AQB pasayishi va gipovolemiya</p> <p>– Qorinda o'tkir og'riq</p> <p>– Qorin damlanishi</p> <p>– Qorin oldi devori mushaklari taranglashishi</p>

Naydagi va bachadondagi abort farqli belgilari

Naydagi abort	Bachadondagi abort
<p>– Ko'pincha erta muddatda to'xtaydi (4 va 6 haftada)</p> <p>– Og'riq ko'pincha bir tomondan chov sohasida, boshida tortiluvchi, so'ng dardsimon Og'riq huruji kuchli (to'satdan boshlanadi, shok, kollaps, Shyotkin-Blyumberg simptomi musbat)</p> <p>– Teri qoplami rangpar, puls tez, kam to'luvchi, gipotoniya</p> <p>– Jigarrang ajralma</p> <p>– Detsidual pardalar qisman yoki butunlay tushadi, suvda stakanda ko'rganda vorsinkalar aniqlanmaydi.</p> <p>– Kamqonlik – ketgan qon miqdori bilan mos kelmaydi</p> <p>– Kattalashgan bachadon noksimon, o'lchamlari homiladorlik muddatiga mos kelmaydi, bachadon bo'g'zi yopiq</p>	<p>– Ko'pincha 8-12 hafta orasida to'xtaydi</p> <p>– Og'riq dardsimon, asosan qorin pastida va dumg'aza o'rtasida – Ko'pincha 8-12 hafta orasida to'xtaydi</p> <p>– Og'riq dardsimon, asosan qorin pastida va dumg'aza o'rtasida. Seqin-asta kuchayib boradi.</p> <p>– Tashqi qon ketish kuchli, ajralmalar och-qizil rangda, ko'pincha laxtalar bilan og'riqlardan oldin boshlanadi</p> <p>– Detsidual pardalar qisman yoki butunlay tushadi, suvda stakanda ko'rganda vorsinkalar aniqlanadi</p> <p>– Kamqonlik ketgan qon miqdori bilan mos kelmaydi</p> <p>– Kattalashgan bachadon sharsimon, o'lchamlari homiladorlik muddatiga mos keladi, bachadon bo'g'zi bir oz ochiq</p>

9.2. Tuxumdon apopleksiyasi

MKB – 10 kodi N 83.0 – tuxumdonning gemorragik follikulyar kistasi

N83.1 – sariq tananing gemorragik kistasi.

Tuxumdon apopleksiyasi – bu reproduktiv yoshdagi ayollarning kasali bo‘lib, tuxumdon to‘qimasiga patologik qon quyilish va undan qorin bo‘shlig‘iga qon ketishidir. Ginekologik kasalliklar ichida 17% ni va qorin bo‘shlig‘iga qon ketishida tuxumdon apopleksiyasi 0,5-2,5% ni tashkil qiladi.

Tasnifi. Klinik belgilariga qarab bo‘linadi:

– og‘riqli yoki psevdopendikulyar turida og‘riq sindromi bilan ko‘ngil aynashi va tananing harorati ko‘tarilishi kuzatiladi;

– anemiya turida asosiy simptom – qorin bo‘shlig‘iga qon ketishi;

– aralash turi.

Qon yo‘qotish hajmiga qarab:

– yengil daraja (100-150 ml);

– o‘rta daraja (150-500 ml);

– og‘ir daraja (500 ml, ko‘p qon ketishi).

Etiologiyasi. Endogen sabablar: bachadonning noto‘g‘ri joylashishi, qon-tomirlar bosilib qolishi, tuxumdonda qon aylanishining buzilishi, kichik chanoqda chandiq va yallig‘lanish jarayoni, venalar kengayishi, tuxumdonning mayda kistozli o‘zgarishlari. Ekzogen sabablari: jinsiy aloqa, qorin jarohati, bimanul ko‘rik, jarrohlik amaliyoti. Ko‘p qon ketish xavfi antikoagulyant iste‘mol qilgan ayollarda kuzatiladi. Tuxumdonan qon ketishidan oldin gematoma hosil bo‘lib og‘riq chaqiradi.

Tuxumdon apopleksiyasi – chappa nisbatan o‘ng tomonda juda ko‘p uchraydi. Tuxumdonan qon ketish soni uning qon bilan ta‘minlanish xususiyatiga bog‘liq. Sariq tana turli zich qon-tomirlarga ega va tomir bilan qo‘shilib keng anastomoz

hosil qiladi. Ko'p holda qon ketish sariq tanadan vaskulyarizatsiya bosqichida ketadi. Kam holda yorilgan follikulada bo'ladi.

Klinika. Tuxumdon apopleksiyasi sodir bo'lishi tipik kuni hayz siklining – 12-13-kuniga to'g'ri keladi. Tuxumdon apopleksiyasida qorin pastida kuchli og'riq, taxikardiya, shok, hushdan ketish belgilari, ayrim holda sut bezidan seroz suyuqlik ajralishi, qindan shokolad rangli ajralmalar ajralishi bilan kechadi. Og'riq – doimiy, xurujsimon, to'lg'oqsimon, sanchuvchi bo'lishi mumkin. Ayol umumiy holsizlik, bosh aylanishi, bosh og'rishi, ko'ngil aynishi, tez-tez siyish, defekatsiya tez bo'lishidan shikoyat qiladi. Teri qoplami rangpar, puls tez, kam to'luvchi, gipotoniya, t^0 - norma chegarasida. Qorin palpatsiyasida og'riqli, oldingi mushak taranglashish, Shyotkin-Blyumberg simptomi aniqlanadi. Og'riq orqa chiqaruv teshigiga, chov sohasi, tashqi jinsiy a'zo, dumg'aza, oyoqqa tarqaladi. Perkusiya-da qorinni yon va pastki sohasida perkutor tovush bo'g'iq-lashishi kuzatiladi. Ichaklar parezi, siydik tutilishi mumkin. Anamnezidan hayz buzilganligi, hayz siklining o'rtasida kasallik qo'zg'alishi mumkin. Qin tekshirishda: yon, orqa gumbazi og'riqli, osilishi bo'ladi. Orqa gumbaz punksiyasida alvon rangli qon chiqadi. Bachadon bo'yni surilishi qattiq og'riq chaqiradi. Bachadon normal o'lchamda, ayrim payt biroz kattalashgan. Ortiqlar ham kattalashgan, og'riqli. Ba'zida qin orqali tekshirganda qorin oldingi devori og'riqli. Qon tahlili normada bo'lishi mumkin. UTT: bachadon va tuxumdonlar o'z o'lchamida, endometriy 2-faza transformatsiyasida, bachadonning orqa bo'shlig'ida – turli miqdorda suyuqlik aniqlanadi.

Taqqoslama tashxis: bachadondan tashqari homiladorlik, o'tkir appenditsit, kista oyoqchasi buralishi, piosal-pinks, buyrak kolikasi. Apopleksiyaning patognomik belgisi yo'qligi uchun tashxislash qiyin. Orqa gumbaz punksiya

va laparoskopiya qo‘shimcha tekshirish usulidir. Bu holatga diagnoz qo‘yish va bachadondan tashqari homiladorlik bilan taqqoslama tashxis o‘tkazish ham juda qiyin. Ko‘p hollarda bu diagnoz o‘tkir qorin tashxisi bilan qilingan operatsiyada aniqlanadi.

Davolash. Konservativ davo ayolda stabil gemodinamikada, peritoneal simptomlar bo‘lmaganda va qorin bo‘shlig‘ida kam miqdorda qon aniqlanganda olib boriladi.

9.3. Pelvioperitonit

MKB – 10 kodi: N73.3 – ayollarda o‘tkir chanoq peritoniti.

Pelvioperitonit – bu visseral va parietal qorin pardalarining yallig‘lanishi. Bu ikkilamchi jarayon bo‘lib kichik chanoq a‘zolarining o‘tkir yallig‘lanishing asoratidir. Pelvioperitonit o‘tkir gonoreya yoki ayollardagi pastki qavat jinsiy a‘zolarining infeksiyalarida rivojlanadi.

Tasnifi. Qorin bo‘shlig‘idagi ekssudat sifatiga qarab – seroz, fibrinoz va yiringli pelvioperitonitga ajratishadi.

Seroz yoki seroz-fibrinoz pelvioperitoniti o‘tkir bosqichida mikrosirkulyatsiya buzilishi, giperemiya va qorin pardasining shishi bilan ifodalanadi. Kichik chanoqda seroz ekssudat yig‘ilib, endoteliyda distrofik jarayon kuzatiladi.

Klinika. Bemor to‘satdan qorin pastidagi kuchli og‘riq, tana harorati 38-39^oSga oshishi, holsizlanish, umumiy quvatsizlikdan shikoyat qiladi. Umumiy intoksikatsiya belgilari, taxikardiya, ko‘ngil aynishi, Shyotkin-Blyumberg simptomu musbat, qorin damlanishi, dizuriya, disxeziya kuzatiladi. Qon tahlilida – leykotsitoz. Qin tekshirishda: yon, orqa gumbazi og‘riqli, osilishi bo‘ladi. Tuxumdonlar kattalashgan va kuchli og‘riqli. Orqa gumbaz punksiyasida yiring chiqadi. UTTga: bachadon o‘z o‘lchamida, tuxumdonlar kattalashgan, duglas bo‘shlig‘ida – suyuqlik aniqlanadi. Taqqosla-

ma tashxis: bachadondan tashqari homiladorlik, tuxumdon apopleksiyasi, xirurgik peritonit, appendikulyar infiltrat, parametrit.

Davolash. Ayolda stabil gemodinamikasida, peritoneal simptomlar bo'lmaganda va qorin bo'shlig'ida kam miqdorda suyuqlik aniqlanganda konservativ olib boriladi. Antibakterial davo (keng spektrli antibiotiklar, dezintokatsion-infuzion terapiya va h.k).

9.4. Tuxumdon kistasi oyoqchalarining buralib qolishi

MKB – 10 kodi: N83.5 – tuxumdon, tuxumdonning oyoqchalari va bachadon nayining buralib qolishi.

Tasnifi. Tuxumdon kistani oyoqchalarining buralib qolishi to'la (360° dan oshiq) yoki noto'liq (360° gacha).

Tuxumdon oyoqchalari va bachadon nayi buralib qolishi sababi o'simta yoki oyoqchali kistalar bo'lishi mumkin. Anatomik oyoqcha tarkibida mezoovarium, tuxumdon va nay bilan chanoq boylamlari, xirurgikda esa, anatomik oyoqchadan tashqari, bachadon nayi kiradi.

Klinika. Anamnezida ayol ortiqlar yallig'lanishi kasalliklari bilan tez-tez og'rigan bo'ladi, tuxumdonlar sohasida kista aniqlanganligi yoki uning o'lchamlari kattalashganligi bo'lishi mumkin. Tuxumdon kistalari oyoqchalari buralib qolishining klinik manzarasi ushbu jarayoning qanchalik tez rivojlanganligi va necha gradusga buralganligiga bog'liq. 180° gacha bo'lgan buralishlar simptomsiz kechishi mumkin. Buralish 270° gacha bo'lganda oson siqiluvchi venalar qisilib qoladi, qon oqib kelishi saqlanib qoladi. Tarqalgan qon quyilishlar hisobiga o'sma yuzasi qora-qo'ng'ir rangga kiradi. Ko'krak bo'shlig'iga gemorragik suyuqlik yig'iladi. Qon yo'qotilishi ancha sezilarli bo'lishi mumkin, ba'zan

kapsulaning kuchaytirib boruvchi yorilishida 1,5-2 gacha borishi mumkin. Kista oyoqchalarining to'liq (360°), ko'p martali buralishida qon oqimi to'xtaydi, natijada tezda kistaning nekrozi va keyinchalik peritonit rivojlanishi mumkin.

Kasallik qorin pastidagi kesqin og'riqlar bilan boshlanadi, og'riqlar tortuvchi xarakterda bo'lib, chov sohasiga, dumg'aza, orqa chiqaruv teshigiga, son sohasiga tarqaladi. Ko'ngil aynishi, qusish, tana haroratining ko'tarilishi kuzatiladi. Ba'zan og'riqlar shok, hushdan ketish manzaralari bilan birga kuzatilishi mumkin. Teri qoplamlari rangpar tusga kiradi, sovuq ter bilan qoplanadi. Tili quruq, oq karash bilan qoplangan. Qorin tarang, o'sma joylashgan tomonda og'riq bo'ladi, Shyotkin-Blyumberg simptomi o'sma joylashgan tomonda musbat. Puls tezlashgan, to'liqligi susaygan, AQB normada. Qonda leykotsitoz dinamikada kuchayib boradi. UTTda hosila aniqlanadi, ko'pincha perifokal yallig'lanish belgilari bo'ladi, orqa gumbazda suyuqlik bo'lishi mumkin. Qin orqali tekshirganda bir tomonlama o'smasimon tuzilma aniqlanadi, u og'riqli, taranglashgan, harakati cheklangan bo'ladi, o'sma lokalizatsiyasi joyida gumbazlar yassilangan va og'riqli bo'ladi. Hosila odatda dumaloq shaklda yuzasi silliq, zich elastik konsistensiyada bo'lib, ko'pincha bachadonning orqasida yoki yon tomonida va o'ng tomonda (dermoid kista) joylashadi. Tuxumdon kistalari oyoqchalari buralib qolishining sabablari to'liq o'rganilmagan. Bunda quyidagi omillar ahamiyatga ega: kista oyoqchalari venalarda qon bosimi va kistaning o'zida bosimning oshishi, gavdaning keskin aylanishi, ichaklarning kuchli peristaltikasi, siydik pufagining haddan tashqari to'liq bo'lishi, kistaning kichiq chanoq bo'shlig'idan qorin bo'shlig'iga o'tishi, kista oyoqchalarining uzun bo'lishi. Buralish so'dir bo'lishi uchun kistoz hosila uzun oyoqchali bo'lishidan tashqari, yetarli harakatchanlikka ham ega bo'lishi kerak.

Ko'pincha o'rtacha o'lchamli va dermoid kistalar buralishga moyil bo'ladi (dermoid kistalar tarkibi yog va sochlardan iborat bo'lganligi uchun yengil bo'ladi).

Taqqoslama tashxis: bachadondan tashqari homiladorlik va o'tkir appenditsit. Jarroh konsultatsiyasi tavsiya qilinadi.

Davolash. Faqat xirurgik.

9.5. Bachadon miomatoz tuguni qon aylanishining buzilishi

MKB – 10 kodi: D25 – bachadon leyomiomasi;

D25.0 – bachadon submukoz miomasi;

D25.1 – bachadon intramural miomasi;

D25.2 – bachadon subseroz miomasi.

Bachadon miomatoz tugunining qon aylanishi buzilishi bu miomatoz tuguni nekrozida kuzatiladi. Miomatoz tugun nekrozi ko'pincha homiladorlik, chilla davri vaqtida va abortdan keyin uchraydi. Uchrash soni bachadon miomasi aniqlangan ayollarning 7%ida bo'ladi.

Miomatoz tugun nekrozida qon aylanishi buzilishi bilan bog'liq, bu subseroz tugunining oyoqchasi burilishida, intersitsial tugunlarda ishemiya va tromb hosil bo'lishi natijasida kuzatiladi.

Klinika. Bemordaning birdan umumiy ahvoli yomonlashadi, bosh og'rig'i, ko'ngil aynishi, qusish, ishtaha buzilishi paydo bo'ladi. Ko'pincha qaltirash va tana harorati ko'tariladi. Qorin pastida to'lg'oqsimon og'riq kuchli va tortiluvchi xarakterda. Til quruq, oq karash bilan qoplangan. Qorin tarang, og'riqli. Qorinning pastki sohasida Shyotkin-Blyumberg musbat. Qin orqali tekshirganda bachadon kattalashgan burmali (miomani tugunli turiday), hamma yuzasi, og'riqli oyog'ida alohida tuguncha harakatchanligi chegaralangan. Periferik qonda leykotsitoz, chapga siljishi, ECHT oshishi. Leykotsitoz dinamikada oshib boradi.

Taqqoslama tashxis: tuxumdon apopleksiyasi, bachadondan tashqari homiladorlik, o'tkir appenditsit, asoratlangan o'tkir ayollar jinsiy a'zolarining yallig'lanishi (piosal-pinks, pioovar va boshqa).

Jarroh maslahati tavsiya qilinadi. Davolash faqat jarrohlik usulida.

9.6. Homiladorlikning birinchi yarmida qon ketishlar, o'z-o'zidan abortlar:

MKB O03 – o'z-o'zidan homila tushishi:

O02.1 – chala abort;

O20.0 – homila tushish xavfi.

Homiladorlikning barvaqt to'xtashi zamonaviy akusherlikning muhim muammosi. Bu patologiya uchrash soni homiladorlar soniga nisbatan 10 dan 20-25% ini tashkil qiladi. Homiladorlikda jinsiy a'zoldan qon ketishining asosiy sababchisi ayol kishining xohishiga bog'liq bo'lmasdan o'z-o'zidan kelib chiquvchi abortdir. Ayollar jinsiy a'zolarining yallig'lanish kasalliklarida homiladorlikning barvaqt to'xtashi uchrash soni 6,4 – 28% ni tashkil qiladi.

O'z-o'zidan abort tasnifi.

O'z-o'zidan abort bosqichlari quyidagicha farqlanadi:

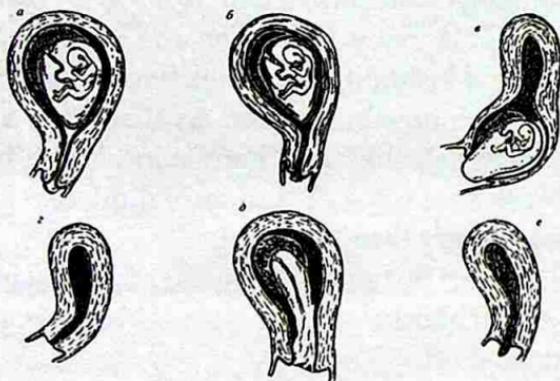
- xavf soluvchi abort;
- boshlangan abort;
- yo'ldagi abort;
- chala abort;
- to'liq abort.

Etiologiyasi. Homiladorlikning barvaqt to'xtash sabablari turli-tuman bo'lib, ko'pgina omillar ta'sirida, ya'ni bir emas, balki bir nechta sabablarning bir vaqtda yoki birin-ketin ta'siri oqibatida yuzaga keladi.

Homiladorlik barvaqt to'xtashi sabablarining quyidagi tasnifi:

1. jinsiy a'zolarining infeksiyalari;
2. gormonal buzilishlar;
3. istmiko-servikal yetishmovchiligi;
4. onaning infeksiyon kasalliklari;
5. bachadon rivojlanishining nuqsonlari, bachadon va tuxumdon o'smalari;
6. onaning turli kasalliklari (buyrak, qon-tomir va boshqa somatik kasalliklar);
7. xromosom anomaliyalar (kariotipning struktur anomaliyalari);
8. jismoniy zo'riqish va stresslar;
9. tashqi muhit negativ omillari.

Abortlar bosqichlari:



a) xavf soluvchi abort; b) boshlangan abort; v) yo'ldagi abort;
g) to'liq abort ; d) chala abort; e) septik abort.

Homiladorlikning barvaqt to'xtashida infeksiya birinchi o'rinni egallaydi. Bunga, eng avvalo, latent kechuvchi infeksiyon kasalliklar, ya'ni urogenital infeksiyalari (xlamidi-oz, mikoplazma, bakterial vaginoz, sitomegalovirus, herpes va boshqa). Urogenital infeksiyalari homiladorlikning to'x-

tashida asosiy rol o'ynaydi. Ular ko'pincha servikal kanal ajralmasida aniqlanadi. Endokrin sabablarida eng ko'p uchraydigan tuxumdonlar gipofunksiyasi va turli genezli giperandrogeniyalar hisoblanadi.

Klinika. O'z-o'zidan abortning kelib chiqishida bachadon qo'zg'aluvchanligi va qisqaruvchanligi buzilishi katta ahamiyatga ega, bunda ko'p va har xil sabablar homila tushishiga olib keladi.

O'z-o'zidan abortda yaqqol bo'lmagan qorinni pastga tortib turuvchi og'riqlar, tonus yuqori, ba'zida qonli ajralmalar bo'lishi mumkin.

Diagnostika. Ginekologik tekshiruvda bachadon muddatiga mos kattalashgan yoki biroz kichik, bachadon bo'yni esa, abortning bosqichiga bog'liq.

Boshlangan abort. Homila tuxumi ko'chishi, qorinni pastga tortuvchi doimiy yoki dardsimon og'riqlar, bachadon yuqori tonusda, qonli ajralmalarning bo'lishi. Qin ko'zgularida bachadon bo'yni o'zgarishsiz, tashqi bo'g'iz yopiq holda, qonli ajralmalar doimo bo'lishi, homiladorlikni saqlash mumkin.

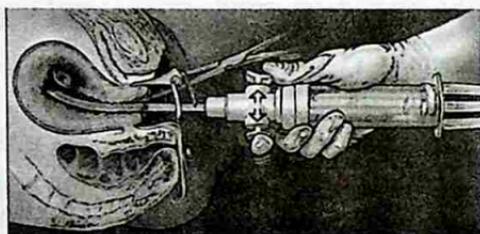
Yo'ldagi abort. Homila tuxumi butunlay ko'chgan, kuchli, tez-tez, dardsimon og'riqlar, bachadon bo'yni ochila boshlaydi, ko'p qonli ajralmalar, qon ketishi. Og'ir holat hisoblanib, postgemorragik shok, anemiyaga olib keladi. Qin orqali tekshirilganda bachadon bo'yni qisqargan, servikal kanal ochiq, 1-2 barmoq kiradi. Homiladorlikni saqlab qolish mumkin emas. Qon to'xtatish bachadon bo'shlig'ini tozalash bilan amalga oshiriladi. Zudlik bilan qon to'xtatuvchi chora ko'riladi.

Chala abort (to'liq bo'lmagan abort) – qorin pastida og'riq, qon ketishi, og'ir holat bo'lib, homiladorlikni saqlab qolish mumkin emas. Bachadon bo'yni qisqargan 2 barmoq ochiq, bachadon homiladorlik muddatidan kichik. Davo

chorasi – bachadon bo‘shlig‘ini tozalash vakuum-aspiratsiya bilan amalga oshiriladi.

To‘liq abort. Shikoyatlar, og‘riqlar va qonli ajralmalar yo‘q. Anamnez bo‘yicha abort sodir bo‘lgan. Qin orqali ko‘rganda bachadon zich, bachadon bo‘yni qisqargan, servikal kanal berk, abort to‘liq bo‘lganligidan dalolat beradi. Yordamning keragi yo‘q. Bunday abort istmiko-servikal yetishmovchilikda sodir bo‘ladi.

Davolash. Boshlangan, yo‘ldagi va chala abortlarda medikamentoz va xirurgik davo birgalikda o‘tkaziladi.



Medikamentoz davolash:

- uterotoniklar (oksitotsin 5 ED m/o, yoki 5ED vena ichiga 400 ml izotonik eritmada 2 marta kuniga;
- traneksam kislotasi m/i yoki v/i;
- keng spektrli antibiotiklar yoki ftorxinolonlar, metronidazol 0,25 mg 2 marta sutkasiga birgalikda beriladi.

O‘z-o‘zidan abort bo‘lgan ayollarni dispanser nazoratga olib, homila tushgani sababini aniqlash uchun tekshirish kerak. Tekshirish infeksiyalarga (xlamidioz, mikoplazmoz, herpes, sitomegalovirus va boshqa), AFS, gormonal tekshiruv abortdan 2 oy keyin o‘tkaziladi.

9.7. Gestatsion trofoblastik kasalliklari

Gestatsion trofoblastik kasalliklari – umumiy termin bo‘lib, homiladorlik bilan bog‘liq trofoblast ishlab chiqaruvchi proliferativ anomaliyalari hisoblaniladi. Trofoblastik kasallangan ayollar ko‘pchiligi reproduktiv yoshda bo‘ladi. Yelbo‘g‘oz – 30 yoshgacha, destruksiya yelbo‘g‘oz – 20-24 yoshda va kech reproduktiv 40-49 yoshida, xorionepitelioma – 20-40 yoshli ayollarda uchraydi.

Klinik tasnifi.

1. Yelbo‘g‘oz – homilador ayollarda homila tuxumining kasalligi, tukli parda (xorion) epiteliysining o‘tib ketishi va tuk stromasining shishi bilan ifodalanadi. Yelbo‘g‘oz to‘liq (klassik) va noto‘liq (qisman) bo‘lishi mumkin. Yelbo‘g‘ozning to‘liq turida butun xorion egallashi, qisman esa faqat bir qismini egallashi mumkin.

2. Gestatsion trofoblastik neoplaziya (xorionepitelioma) – bu xavfli gestatsion trofoblastik kasallik invaziv bo‘lib, xoriogonik gonadotropin sekretiysiyasiga ega. Xorionepitelioma metastatik yoki nometastatik bo‘lishi mumkin.

Yelbo‘g‘oz. Bu holat etiologiyasi aniqlanmagan.

Ikkita nazariya katta e‘tiborga ega:

– infeksiyon birlamchi nazariyaga asosan, infeksiyon agent (virus va bakteriyalar) ta‘sirida xorionda o‘zgarishlar kelib chiqadi.

– birlamchi gormonal yoki genetik nuqsonda yelbo‘g‘oz sababini estrogenlar yetishmovchiligi bilan bog‘lashgan. Yelbo‘g‘ozning genetik kelib chiqishi gipotezasida embrion xromosomalari aberratsiyasi natijasida homila nobud bo‘lib, xorionda yelbo‘g‘oz xos o‘zgarishlari sodir bo‘ladi.

Simptomatika va diagnostikasi: Tashxis so‘rab-surishtirish, ko‘rish, UTT, siydikdagi XG miqdorini tekshirish orqali qo‘yiladi. Odatda, 20-30 yoshli ayollarda kuzatiladi.

Kasallik homiladorlik belgilari bilan boshlanadi (amenoreya) 2-3 oylik amenoreya fonida jinsiy yo'llardan qonli ajralmalar kelishi kuzatiladi. Bachadondan yelbo'g'oz pufakchalari ajralishi kamdan-kam kuzatiladi va bu yelbo'g'ozning mutlaq belgisi hisoblanadi. Bachadon ichida homila yo'qligi (UTT da tekshirganda), bachadon kattalashgan, homiladorlik muddatida nisbatan katta, kuchli erta toksikoz va preeklampsiya belgilari kuzatiladi, qin orqali ko'rganda bachadon zich elastik konsistensiyali, muddatidan katta. 20 haftalik homiladorlikdagi bachadon kattaligida klinik, bachadonni paypaslaganda (homila yo'qligi), homila qimirlashi va yurak urushi aniqlanmaydi. UTT tekshirishlarida bachadonda homila borligi belgisi kuzatilmaydi. XG (xori-onik gonadotropin) qonda va siydikda miqdorli aniqlanadi (qonda miqdori 50-100 marta normal rivojlangan homiladorlikka nisbatan yuqori bo'lib, siydikda ko'payishi, katta suyultirishlarda ham: 1:10, 1:20).

Yelbo'g'ozda 30-40% ayollarda ikki taraflama katta o'lchamli lyutein kistalar hosil bo'ladi. Qon ketish miqdori turli bo'lib, 61,7% da ko'p miqdorda ketadi. Kattalashgan o'sma bachadon devorining yemirilishi sababli, ko'pincha bachadonda perforatsiya holati kuzatiladi (25%), qorin bo'shlig'iga qon ketish belgilari yuzaga keladi. Qon ketish ikkinchi trimestrdan, 15% ayollarda erta preeklampsiyaning belgilari kuzatilishi mumkin. Ikkinchi ko'p uchraydigan simptom bu qorin pastida va bel sohasida kuchayib boradigan og'riqlar. Og'riqlar bachadon yorilish xavfi (37,5%), yoki yorilishi bilan bog'liq (25%). Destruksiyali yelbo'g'oz xorionepiteliomaga o'xshab boshqa organizmdagi a'zolarida 27 – 59% metastazlar beradi. Eng ko'p qin (30,3%), o'pka (25%), parametral kletchatka (16,1%), kam holda metastazlar bachadon naylarida, jinsiy lablarda, katta charvida, bosh miyada bo'ladi.

Kasallikning asosiy isboti – bachadondan mayda uzum shingiliga o‘xshash tarkibli ajlarmalar chiqishi. Qon zardobida XG 100000 mME/ml dan oshishi, UTTda ko‘p exosignallar bo‘lishi («qor bo‘roni»), homila yo‘qligi aniqlanadi.

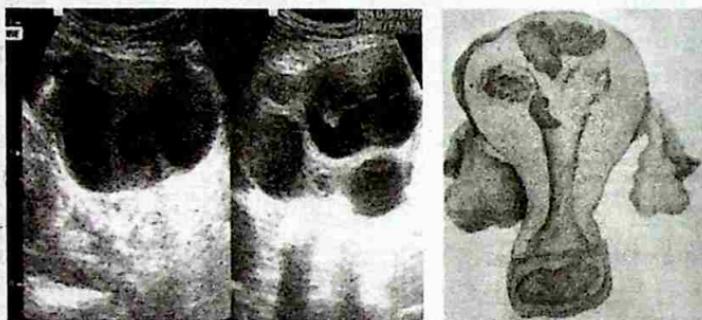
Davolash. Yelbo‘g‘ozni olib tashlash. Buning uchun vakuum aspiratsiya maqsadga muvofiq. Bu muolajaga bemorni yaxshilab tayyorlash kerak, chunki jarrohlik muolajasi kengaytirilishi mumkin (amputatsiya, ekstirpatsiya). Chiqqan aspiratni gistologik tekshiruvga yuborish. Yelbo‘g‘ozning morfologik turlari: oddiy yelbo‘g‘oz, xorial epiteliyning o‘rta proliferatsiyali yelbo‘g‘oz va invaziv yelbo‘g‘oz ajratiladi. Yelbo‘g‘oz olib tashlangandan keyin bu jarayon orqaga qaytadi.

Yelbo‘g‘oz olib tashlangandan keyin bemor ikki yil mobaynida onkolog va dispanser nazoratida bo‘lishi shart. Dispanser kuzatuvida siydikdagi XG miqdori tekshirilib, bachadon UTT bajarilib turiladi. Fizikal tekshiruv va XG ni miqdori har 1-2 haftada salbiy javobgacha aniqlaniladi, keyin esa, har oy 2 yil davomida nazorat qilish lozim, to‘liq eliminatsiyaga o‘rtacha 70 kun ketadi. Birinchi yil mobaynida har bir oyda ginekologik ko‘rikdan o‘tishi va siydikdagi XG aniqlanishi kerak. Ikkinchi yili 3-4 oyda bir marta ginekologik ko‘rik va siydikdagi XG titrini aniqlash kerak. Agar XG titri kamaymasa, bemor onkologik klinikaga gospitalizatsiya qilinadi. Sistematik qonni XGga topshirishi 80% holatlarda xorionepiteliomaning rivojlanishining oldini oladi. Ikki yil davomida ayol homiladorlikdan saqlanish uchun AOK tavsiya qilinadi (LG ni miqdorini kamaytirish maqsadida). Agar XG miqdori o‘ssishi kuzatilsa, ko‘krak qafasi rentgenologik tekshiriladi, metastaz o‘pkada bor-yo‘qligini aniqlash uchun va kimyoterapiya tavsiya qilinadi.

Taqqoslama diagnoz: bachadon miomasi, agar miomada ikkilamchi o‘zgarishlar bo‘lsa (shish, nekroz), rivojlanmagan homiladorlik.

Xorionepitelioma – bu eng xavfli trofoblast hujayralaridan hosil bo‘ladigan o‘sma. Xorionepitelioma 2-20% hollarda avval o‘tkazilgan yelbo‘g‘oz natijasida rivojlanadi. Xorionepitelioma bachadoning eng xavfli o‘smalaridan biridir. U homila elementidan rivojlanadi, demak, u bachadonda joylashadi, shuning uchun xorionepitelioma deganda bachadon xorionepiteliomasi tushuniladi.

Xorionepitelioma



Etiologiya. Xorionepitelioma rivojlanish nazariyasi quyidagicha tushuntiriladi: homila tuxumi patologiyasi va ona organizmi o‘zgarishi nazariyasi. Xorial epiteliy bir nechta hujayrasiga xavfli o‘sma belgilari xos. Bu hujayralar homila tug‘ilgandan keyin implantatsiya bo‘lishi va proliferatsiya xususiyatiga ega bo‘ladi. Xorionepitelioma rivojlanishi boshqa nazariyasiga binoan, bemor organizmi reaktivligi pasayib ketishi sabab deb ko‘rsatiladi (sintsitiolizin yetishmovchiligi, estrogenlar yetishmovchiligi). Endometriyda tuxum hujayrasi implantatsiya bo‘ladigan joyida tugun o‘sib chiqadi. Xorionepiteliomaning tuguni submukoz, intersitsial va subseroz joylashishi mumkin. Tugunning o‘lchamlari turli bo‘lib, notekis konsistensiyali, kesimda – qoramtir-qizil rangli qon quyilishi va nekroz o‘choqlari bilan,

tashqi ko'rinishidan gematomani eslatadi. Mikroskopik tekshirganda o'sma tarkibida trofoblast elementlari aniqlanadi: keskin o'zgargan Langgans va sinsitiy hujayralari. Xorionepiteliomaning asosiy farqi – bu o'smada qon-tomir va biriktiruvchi to'qima yo'qligi, ifodalovchi hujayra polimorfizmi, giperxromatoz, Langgans hujayralarida dam-badam mitozlari. Latent davr – bu oxirgi homiladorlik tugallash vaqtdan toki trofoblastik kasallikning boshlanishini gumon qilmoq vaqti. Latent davr destruktiv yelbo'g'ozda 6 oygacha bo'lsa, xorionepiteliomada 9 yilgacha yetib boradi. Bemorning yoshi 20 dan 60 gacha, lekin ko'pincha 25 – 35 yoshlarda uchraydi. Ko'pincha o'sma o'tkazilgan yelbo'g'ozdan keyin rivojlanadi, asosan, destruksiyalovchi turidan, kam hollarda abortdan keyin (29%), tug'ruqdan keyin (18%) rivojlanadi. Oxirgi homiladorlik bilan kasallik klinik belgilari yuzaga chiqquncha bo'ladigan latent davr bir necha oydan 20 yilgacha bo'lishi mumkin. Ko'pchilik bemorlarda xorionepitelioma homiladorlik tugagandan keyin 1 yil davomida rivojlanadi. Bunday bemorlarni tekshirish va maxsus (onkologik) statsionarlarda kuzatuv ostiga olish kerak. Xorionepiteliomaning klinik belgilari bachadondagi o'smani va boshqa a'zoldagi metastazlari bilan aniqlanadi.

Klinika. Klinik jihatdan kasallik metastaz xarakteriga bog'liq. Lekin ko'pincha birlamchi o'choq bachadonda joylashadi. Shuning uchun asosiy simptom qon ketishi (88,5%) kuzatiladi. Qon ketishi har xil vaqtda bo'lishi mumkin: homiladorlik vaqtida, abort va tug'ruqdan keyin, yelbo'g'oz olib tashlagandan keyin. Menopauzada qon ketishida ham xorionepiteliomaning namoyon bo'lishi. Jinsiy a'zoldardan seroz va ixoroz ajralmalar bachadon ichi o'smasining yoki qindagi metastazining yemirilishi sababli (17,1%) bo'lishi. Uzoq vaqt qon ketishi anemiyaga olib keladi va intoksikat-

siya, taxikardiya kuzatiladi. Qorin pastida va bel sohasidagi og'riqlar o'smani bachadon seroz qavatiga, parametral kletchatkaga, bachadon naylariga va ichaklarga yemirilishi oqibatida bo'lishi mumkin.

Xorionepitelioma – metastaz kasalligi deb aytilgan, chunki xavfli jarayonni generalizatsiyasi tezkor bo'lib (81,4%), metastazlar gematogen yo'li bilan tarqaladi, ayrim holatlarda metastazlarning limfatik tugunlarida aniqlanadi. Xorionepiteliomaga xos lokalizatsiyalar: o'pka – 57,8%, qin – 47,8%, parametral kletchatka – 10%, jigar – 12%, buyrak – 5%, bachadon naylari – 3,6%, tuxumdonlar – 0,7%, bosh miya – 10% va yolg'iz metastazlar katta charvi, me'da osti bezi va boshqa a'zolar.

Kasallik prognozi hamma vaqt jiddiy. Bunday bemorlar dispanser nazorati ostida bo'lishi kerak. Birinchi yilda har oyda, ikkinchi yilda har 2-3 oyda tekshiriladi. Keyingi yillarda metastazi yo'q bemorlar yiliga 2-3 marta tekshiriladi, metastazi bor bemorlar, asosan, o'pkada bo'lsa har 3 oyda tekshiriladi.

Hozirgi vaqtda trofoblastik kasalliklarning diagnostikasi asosida 4 xil tekshirish usuli qo'llaniladi: klinik, rentgenologik, UTT, gistologik va XG aniqlash.

10-BOB KONTRATSEPSIYA

10.1. Gormonal kontratsepsiya

Aralash oral kontratseptivlar (AOK). Eng yuqori samarador saqlanish usullaridan biri, tarkibiga ayollar jinsiy gormonlarining sintetik analoglari kiradi.

AOK lar tarkibidagi etinilestradioliga qarab ajratiladi:

- Yuqori dozali AOK – 50 mkg EE/sut (ovidon, antevin, non-ovlon);
- past dozali AOK – 30 mkg dan yuqori bo‘lmagan EE/sut (regulon, midiana, belara);
- mikro dozali AOK – 20 mkg EE/sut (lindinet, novinet, dimiya).

Kontratsepsiya maqsadida past va mikrodozali preparatlarni qo‘llash tavsiya qilinadi.

AOKlarning profilaktik ta’siri – xavf omillarining kamayishi:

- endometriy, tuxumdon saratonining rivojlanishi;
- sut bezlarining xavfsiz o‘smalari paydo bo‘lishi;
- anemiya;
- bachadondan tashqari homiladorlik.

AOK ni davolash ta’siri:

- hayz siklini boshqarish;
- dismenoreyaning kamayishi yoki yo‘qolishi;
- hayz vaqtida qon ketishining kamayishi;
- ovulyator og‘riqlarning yo‘qolishi;
- kichik chanoq yallig‘lanishi uchrash sonining kamayishi;
- HOSni davolash;
- giperandrogen holatlarni davolash.

AOKni o‘smir yoshida davolash-protektiv ta’siri: hayz vaqtida qon ketishining kamayishi, dismenoreya, JYOYUK xavfi, retrograd tashlanishining ifodalanish darajasi;

- o'smir yoshidagi PKTS, tuxumdon tranzitor kistalar-ning profilaktikasi;
- endometrioz, bachadon miomasi;
- DQK, endometriy giperplaziyasi, diffuz mastopatiya;
- husnbuzar;
- autoimmun patologiya;
- osteoporoz.

Gormonal kontratseptiv tasnifi

Aralash estrogen-gestagenli kontratseptivlar:

- oral (monofaz, ikki fazali, uch fazali);
- parenteral (qin koltsoasi – nova-ring; transdermal kontratseptiv sistemasi – evra);

Faqat gestagenli kontratseptivlar:

- oral (mini-pili – mikrolyut, eksklyuton, laktinet, charozetta) va shoshilinch kontratsepsiya (eskapel, postinor);
- parenteral (levonorgestrel implanti – norplant, implanon; medroksiprogesteron inyeksiyasi; gormonal bachadon ichi sistemasi – mirena).

Aralash oral kontratseptivlar (AOK) tarkibida estrogen va progestagen bor. Estrogen komponenti bu sintetik estrogen – etinilestradiol, progestagen esa turli sintetik progestinlar.

AOKlar ta'sir qilish mexanizmi:

- ovulyatsiyaning yo'q bo'lishi,
- bachadon bo'ynidagi shilliq qavatining quyuqlashishi,
- endometriyni implantatsiyaga to'sqinlik qilishi.

AOKning kontratseptiv xususiyatini progestagen komponenti ta'minlaydi. Tarkibidagi etinilestradiol esa, endogen estradiolning o'rniga endometriy proliferatsiyasini chaqirib hayz siklini nazorat qiladi. Sintetik progestagenlar endometriy sekretor transformatsiyasini chaqiradi, proges-

teron retseptorlari hisobiga. Undan tashqari, sintetik progesteronlar antiandrogen, antimineralkortikoid xususiyatiga ega. Antiandrogen xususiyat hamma AOKlarda bor, tez ta'sir qiladigan AOKlar tarkibida siproteron atsetat (diane-35, xloe), drospirenon (yarina, midiana, djes) va dianogest (janin, klayra) kiradi.

AOK turlari

№	AOK nomi	Tarkibidagi estrogen	Tarkibidagi gestogen
1	Ригевидон /Rigevidon	0,03 mg EE (Ethinilestradiol)	0,15 mg levonorgestrel
2	Диане-35/ Diane 35	0,035 mg EE	2 mg siproteron asetati
3	Регулон/Regulon	0,03 mg EE	0,15 mg desogestrel
4	Микрогинон/Микрогупон	0,03 mg EE	0,15 mg levonorgestrel
5	Жанин/Jeanine	0,03 mg EE	2 mg dienogest
6	Белара/Belara	0,03 mg EE	2 mg chlormadinone atsetati
7	Мидиана/Midiana	0,03 mg EE	3 mg drospirenone
8	Ярина/Yarina	0,03 mg EE	3 mg drospirenone
9	Ярина®Плюс/ Yarina®Plus	0,03 mg EE	3 mg, drospirenone + levomefolate calcium 0,451 mg
10	Линдинет 20 / Lindynette 20	0,02 mg EE	0,075 mg gestodene
11	Новинет / Novynette	0,02 mg EE	0,15 mg desogestrel

12	Джес /Yaz	0,02 mg EE	3 mg drospirenone
13	Джес® Плюс / Yaz® Plus	0,02 mg EE	3 mg drospirenone + levomefolate calcium 0,451 mg
14	Клайра /Qlaira	3-2-1mg estradiol valerate	2-3 mg dienogest

Progestagenlarning turlari:

- androstan va estran mahsulotlari (testosteron, 19-nor-testosteron mahsulotlari);
- pregnan mahsulotlari (progesteron, retroprogesteron va boshqa);
- spironolakton mahsulotlari (17-alfa spironolaktonlar).

Nojo'ya ta'sirlari: bosh og'rig'i, bosh aylanishi, qon bosim ko'tarilishi, ko'ngil aynishi, qusish, mastodiniya, xloazma, tana vaznining ko'payishi, varikoz venalar holatining yomonlashishi.

Nojo'ya ta'sirlari birinchi oylarda 10-40% ayollarda kuzatiladi, keyin 5-10% ga kamayadi.

JSST kriteriyalari asosida AOK va SPOK ga qarshi ko'rsatmalar:

- chuqur venalar trombozi, TELA (anamnezda), tromboz yoki tromboemboliyaning rivojlanish yuqori xavfi (katta jarrohlikda, uzoq immobilizatsiya, tug'ma trombofilialarda);
- IBS, insult (anamnezida – serebrovaskulyar kriz);
- arterial gipertenziyada sistolik QB ≥ 160 mm rt st. va/ yoki diastolik QB ≥ 100 mm rt st va/ yoki angiopatiya bilan;
- yurak kasalliklarining asoratlari (qon aylanish kichik halqasida gipertenziya, yurak bo'lmachalarida fibrillyatsiya, anamnezda septik endokardit);
- qon tomir kasalliklarning xavf omillari (35 yoshdan katta, chekish, qandli diabet, gipertenziya);

- jigar kasalliklari (o‘tkir virusli gepatitlar, jigar sirrozi va o‘smasi, gepatoserebral distrofiya);
- o‘choqli nevrologik belgili migren;
- qandli diabet angiopatiyasi va/yoki uzoq vaqt davomiyligi (20 yildan ortiq);
- sut bezi saratoni, shubha bo‘lganda ham;
- chekish (15 dan ortiq sigaret kuniga) 35 yoshdan kattalarga;
- laktatsiya (birinchi 6 hafta tug‘ruqdan keyin);
- homiladorlik.

AOKni to‘xtatgandan keyin reproduktiv tizim faoliyati tezda tiklanadi. 85-90% ayollar yil davomida homilador bo‘lishi mumkin. Urug‘lanishgacha AOK qabul qilish zarari yo‘q.

AOKni har bir ayolga somatik, ginekologik va oilaviy anamnezini hisobga olib individual tavsiya qilinadi.

JSST (1996) tomonidan kontratsepsiya usullarining qo‘llanishiga tavsiyalar bo‘yicha kategoriyalar ishlab chiqildi, shunga ko‘ra, ularni 4 kategoriyadan biriga kiritish mumkin:

1-kategoriya. Kontratseptivlarni qo‘llashga monelik bo‘lmagan holatlar;

2-kategoriya. Qo‘llanilayotgan usul foydasi uning nazariy yoki isbotlangan zararidan yuqori;

3-kategoriya. Qo‘llanilayotgan usul zarari uning nazariy yoki isbotlangan foydasidan yuqori (usuldan foydalanish tavsiya etilmaydi, yoki mos usul topilmagan hollardagina qo‘llash mumkin);

4-kategoriya. Kontratseptivga bog‘liq, sog‘liq uchun yo‘l qo‘yilmaydigan xavf tug‘diruvchi holatlar, usuldan foydalanib bo‘lmaydi.

JSST tavsiyalari AOKni tanlashda quyidagi sxema yordamida:

- AOK bo‘yicha maslahat berishni va AOK larning qabul qilish qoidalarini o‘rgatish;

- somatik va ginekologik statusni baholab oral kontratseptivlarning JSST kategoriyasini aniqlash;
- ayol xohishiga qarab AOK tanlash;
- 3-4 oy davomida nojo'ya ta'sirini nazorat qilish, kerak bo'lsa AOKni almashtirish yoki to'xtatish;
- AOK qabul qilish davomida dispanser nazorat.

AOK qabul qilgan ayollar nazorati:

- Ginekologik tekshiruv, bachadon bo'yni kolposkopiya va sitologiyasi bilan bir yilda 1 marta;
- Sut bezini tekshirish yilda 1-2 marta, perimenopauzadagi ayollarda mammografiya 1 marta;
- Qon bosimini regulyar o'lchash (Diastolik QB ≥ 90 mm rt st ortiq bo'lsa AOKni to'xtatish kerak);
- Ko'rsatma bo'yicha maxsus tekshirish (nojo'ya ta'sirida).

Qabul qilish qoidalari:

- birlamchi qabulda hayzning 1-5-kunidan, amenoreya-da kunining farqi yo'q;
- AOKni abort qilgan kundan boshlash kerak;
- tug'ruqdan keyin: emizadigan ayollarga AOK berilmaydi, ularga faqat progestagenlar (mini-pili) tug'ruqdan 6 haftadan (42 kundan) keyin tavsiya qilinadi. AOK faqat emizmaydigan ayollarga tug'ruqning 21-kunidan tavsiya qilsa bo'ladi;

Har bir upakovka 1 oylik siklga mo'ljallangan, odatda, upakovkada 21 gormon tarkibli tabletkada bor, ularni har kuni 1 tabletkadan qabul qilinadi, keyin 7 kun tanaffus qilish kerak.

Hayz siklini 7 haftagacha va undan ko'proq uzaytirish maqsadida uzluksiz AOKni qabul qilish kerak. Uzluksiz kontratsepsiyani (regulon, midiana, belara, novinet, dimiya, janin, lindinet 20, logest, marvelon) 3-6 oy davomida davolash maqsadida endometriozni jarrohlik operatsiyasidan keyin, disfunktsional qon ketishda, perimenopauzada vazomotor va nerv-psixik o'zgarishlarda tavsiya qilinadi.

Sof progestinli oral kontratseptivlar (SPOK)

Shu guruhga kiradigan oral kontraseptivlar (mini-pili) tarkibiga faqat kichik dozali (300-500 mkg) progestagenlar kiradi. Mini-pili (ekslyuton, laktinet, charozetta) uzluksiz qabul qilinadi sutkani bir vaqtida hayzning 1-kunidan. Chilla davrida esa, emizikli ayollar tug'ruqdan 6-haftadan keyin boshlash tavsiya qilinadi.

SPOK ta'sir qilish mexanizmi: bachadon bo'ynidagi shilliq qavatining kamayishi va quyuqlashishi, endometriyani implantatsiyaga to'sqinlik o'zgarishi, nayning qisqaruvchagligining kamayishi hisobiga urug'langan tuxum hujayra migratsiyasi sekinlashishi, ovulyatsiyaning bo'lmasligi 25-30% ayollarda aniqlangan.

SPOKga ko'rsatmalar:

- laktatsiya davri (tug'ruqdan 6 oy keyin);
- estrogenlarga qarshi ko'rsatma bo'lganida (ekstragenital kasalliklar);
- yoki estrogen bilan bog'liq asoratlar;
- reproduktiv va kech reproduktiv yoshdagi ayollar, premenopauza;
- semizlik.

SPOK afzalliklari:

- progestagenlar kichik dozali, estrogen komponenti yo'qligi;
- qon-tomir kasalliklarini va serebrovaskulyar buzilishlari rivojlanishi xavfi kamroq AOK ga nisbatan;
- uglevodlar almashinuvi va qon quyilish tizimiga ta'siri yo'qligi;
- dismenoreyada, XOS, ovulyator og'riqlarda, ichki jinsiy a'zolar yallig'lanishida davolash ta'siri;
- fertil holat tez tiklanishi (3 oy davomida);
- laktatsiya vaqtida qabul qilish mumkin;

– chekadigan va 35 yoshdan katta ayollarda qabul qilish imkoni.

SPOK. Nojo‘ya ta’sirlari: hayz sikli buzilishi, ko‘ngil aynishi, qusish, depressiya, tana vazni ko‘payishi, libidoning susayishi, bosh og‘rig‘i, bosh aylanishi, mastalgiya.

Parenteral gormonal kontratseptivlari

Tasnifi:

- inyeksiyali – medroksiprogesteron;
- implantlar – levonorgestrel (norplant), yoki etonogestrel(implanon);
- transdermal kontratseptiv sistemasi norelgestromin + etinilestradiol (evra);
- qin koltsoi – etonogestrel + etinilestradiol (nova-ring).

Ta’sir qilish mexanizmi: bachadon bo‘ynidagi shilliq qavatining quyuqlashi, endometriyning implantatsiyaga to‘sqinlik o‘zgarishi, nay qisqaruvchangligining kamayishi.

Qarshi ko‘rsatmalar: o‘tkir tromboflebit yoki tromboembolik holatlar, sut bezining saratoni, o‘tkir gepatit, jigar sirrozi og‘ir turi, jigar o‘smasi.

Tezkor (postkoital, avariya) kontratsepsiya – saqlanmagan jinsiy aloqadan keyin homiladorlikning oldini olish usuli. Tezkor kontratsepsiyaning saqlanmagan jinsiy aloqadan keyin, birinchi 24-72 soat ichida samaradorligi kuzatiladi. Tezkor kontratsepsiyada AOK, progestagenlar, antigonadotropinlar (danazol), antiprogestinlar (mifepriston yoki RU-486), mis tarkibli BIV lar qo‘llanadi.

Yuzpe usuli. Monofazali AOK yordamida o‘tkaziladi, etinilestradiolning 1 dozasi 100 mkg (3-5 tabletka sutkasida). Birinchi dozani saqlanmagan jinsiy aloqadan keyin 72 soat davomida, ikkinchi dozang – 1-dozadan 12 soatdan keyin qabul qilish kerak.

Qarshi ko'rsatmalar: homiladorlik, estrogenlarga qarshi bo'lgan holatlar (anamnezda tromboemboliyalar, og'ir jigar kasalliklari, noaniq qon ketish, sut bezlarining va endometriy saratoni).

Nojo'ya ta'sirlari: ko'ngil aynish (51%), qusish (19%), mastalgiya, qon ketishi.

Progestagenli tezkor kontratsepsiyasi. Levonorgestrel (postinor va eskapel). Postinor 0,75 mg (1 tab/sut) 48 soat davomida saqlanmagan jinsiy aloqadan keyin va 12 soatdan keyin shu dozani takror qabul qilish kerak. Eskapel 1,5 mg (1 tab/sut) 1 marta 72 soatdan kech bo'lmasidan.

Antiprogestinli tezkor kontratsepsiyasi. Mifepriston (ginepriston) noretindron mahsuloti bo'lib, yuqori darajali progesteron va glyukokortikoid retseptorlariga ta'sirida endometriyda selektiv antigravidar o'zgarishlariga va bachadon kontraktilligini oshirishiga olib keladi. Saqlanmagan jinsiy aloqadan keyin 72 soat davomida qabul qilish kerak. Barcha yoshdagi ayollarda samaradorligi yuqori.

Antigonadotropinli tezkor kontratsepsiyasi. Danazol gonadotropin gormonlarni (FSG va LG) kamaytirib, ovulyatsiyani to'xtatib, bachadon shilliq qavatining atrofiyasiga olib keladi. Tezkor kontratsepsiya uchun danazol ikki marta 600 mg 12 soat intervalida 72 soat ichida qabul qilinadi. Nojo'ya ta'sirlari ko'p bo'lgani sababli bu usul kamdan-kam qo'llaniladi.

Mis tarkibli BIV yordamida tezkor kontratsepsiyasi. Tezkor kontratsepsiyasi uchun saqlanmagan jinsiy aloqadan keyin 5 kun davomida mis tarkibli BIVni bachadon ichiga qo'yish. Tug'magan va yuqori xavfli yallig'lanish kasalliklari bo'lgan ayollarga tavsiya qilinmaydi.

10.2. Bachadon ichi kontratsepsiyasi

Eng ko'p tarqalgan homiladorlikdan saqlanish usuli.

Bachadon ichi kontratsepsiyasining 2 turi bor:

- nomedikamentoz (inert yoki neytral);
- medikamentoz, tarkibida mis yoki gestagenlar.

Kontratseptiv ta'sirining turli nazariyalari bor. Bu abortiv ta'siri, endometriyning aseptik yallig'lanishi, enzim buzilishlar, bachadon naylari peristaltikasining tezlashishi va misning spermatoksik ta'siri.

BIK ning afzalliklari:

- yuqori samaradorligi;
- ayol organizimiga tizim metabolik ta'siri yo'q;
- olib tashlagandan keyin, homilador bo'lish qobiliyati tez tiklanadi;
- jinsiy aloqa va emizishga bog'liq emasligi;
- iqtisod tarafdin qulay (arzon, uzoq vaqt davomida qo'llaniladi).

BIK ning kamchiliklari:

- birinchi yil davomida og'riq bo'lishi;
- hayz vaqtida ko'p qon ketishi va anemiyaga olib kelishi;
- jinsiy a'zolarida yallig'lanish xavfi yuqori;
- har hayzdan keyin BIV ning iplarini tekshirish kerak;
- tug'magan ayollarga mumkin emas.

BIK ning samadorligi – 99,8%, inert BIV da – 91 – 93%, gormonal – 99,8% va misli BIV da – 93,8%.

Absolyut qarshi ko'rsatmalar:

- o'tkir va o'tkir osti ayollar jinsiy a'zolarining yallig'lanishi;
- tez-tez retsidivli surunkali jinsiy a'zolarining yallig'lanishi;
- bachadon bo'yni va tanasining xavfli o'smalari;

- jinsiy a'zolaridan noaniq qon ketish;
- homiladorlik.

BIV ni qo'yishdan oldin tekshirish:

- bakteriologik tekshirish (qin va bachadon bo'ynidan);
- umumiy qon va siydik tahlili;
- JYOYU infeksiyalarga tekshirish;
- qonni VICH, RW, gepatit V va S tekshirish;
- kengaytirilgan kolposkopiya;
- kichik chanoq a'zolarining UTT tekshiruvi.

10.3. Ayollar jarrohlik kontratsepsiyasi

Ixtiyoriy jarrohlik kontratsepsiyasi (IJK) yoki ayollar jarrohlik sterilizatsiyasi – bu homiladorlikdan saqlanadigan qayta tiklanmaydigan eng yuqori samarador usul. IJK laparoskopik, mini-laparotomiya yoki an'anaviy laparotom usuli bilan qilinadi (masalan kesar kesish vaqtida).

Bachadon okklyuziyasining 4 turi bor:

- naylarni bog'lash (Pomeroy, Parkland usullari);
- mexanik naylarni bloklash maxsus uskuna yordamida (Filshi titan zajimi, Xalka-Vulf prujinasi);
- termoenergetik ta'siri (bachadon naylarini koagulyatsiyasi bachadondan 3 sm oralig'ida);
- boshqa usullar (bachadon naylariga probka, kimyoviy modda yuborish – chandiq hosil bo'lishiga).

IJK quyidagi muddatlarda o'tkaziladi:

- hayzining ikkinchi fazasida;
- ginekologik operatsiya vaqtida tug'ruqdan 6 oy keyin;
- asoratlanmagan sun'iy abortdan keyin;
- tug'ruqdan keyingi sterilizatsiya – kesar kesish amaliyoti vaqtida, tug'ruqdan keyin 48 soat davomida.

IJKga ko'rsatmalar:

- ayolning o'z xohishi;

– tibbiy ko‘rsatmalar: yurakning og‘ir nuqsonlari, yurak qon tomir, nafas yo‘llari, siydik yo‘llari, nerv tizimi va qon kasalliklari, xavfli o‘smalar (homiladorlikka qarshi ko‘rsatmalar bo‘lganda).

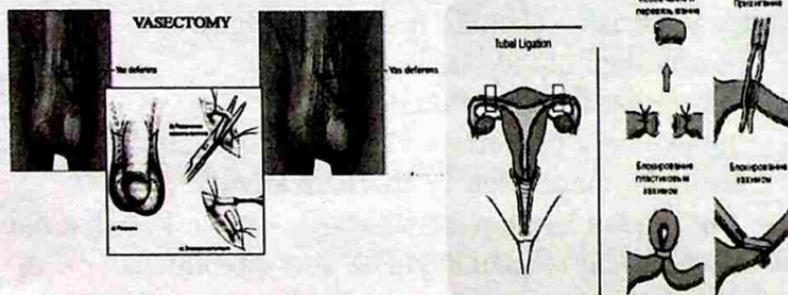
IJK ga qarshi ko‘rsatmalar:

Absolyut qarshi ko‘rsatmalar – jinsiy a‘zolarining o‘tkir yallig‘lanishi.

Nisbiy qarshi ko‘rsatmalar:

- lokal va generalizatsiyalashgan infeksiyon kasalliklar;
- yurak va qon-tomir kasalliklari (aritmia, arterial gipertenziya);
- respirator kasalliklari;
- kichik chanoq o‘smalari;
- qon ketish;
- qandli diabet;
- yaqqol kaxeksiya;
- qorin bo‘shlig‘idagi va/yoki kichik chanoq a‘zolarining chandiqli kasalliklari;
- semizlik;
- kindik churraasi (laparoskopiyaga qarshi ko‘rsatma).

Ixtiyoriy jarrohlik kontpatsepsiyasi (erkaklar va ayollar)



Chilla davrida IJK qarshi ko'rsatmalar:

Absolyut qarshi ko'rsatmalar – qog'onoq suvlari 24 soat va undan ortiq vaqt ketganda va tug'ruqdagi o'tkir infeksiyalanish.

Nisbiy qarshi ko'rsatmalar – arterial gipertenziya (A/D >160/100 mm rt st), tug'ruqda qon ketish sababli anemiya (Nv <80 y/l) va semizlik III-IV-darajali.

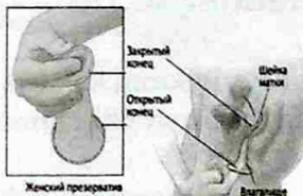
Boshqa kontratsepsiya usullari

Baryer kontratsepsiya usullari. JYOYU infeksiyalardan saqlaydi:

- erkaklar prezervativi;
- ayollar: diafragma, bachadon bo'yni kolpachogi, ayollar prezervativi, kontratseptiv gubkalar.

Kimyoviy kontratsepsiya usullari. Spermitsidlar (jеле, shamchalar, tabletkalar, plyonkalar va gubkalar).

Kontratsepsiya barer usullari
Prezervativlar (erkak va ayollar uchun)



Fiziologik(tabiiy) kontratsepsiya usullari. Kalendar (ritmik) usuli, bazal haroratni o'lchash, bachadon bo'yni shillig'i cho'ziluvchanligi, simtoterml usuli va ovulyatsiya aniqlaydigan test.

10.4. Erkaklar kontratsepsiyasi (EK)

Erkaklar kontratsepsiyasi ahamiyatga ega, ayniqsa, ayol kontratsepsiya usullari bilan foydalanishiga imkoniyat bo'lmaganda.

EKning uchta guruh usullari bor:

- spermatozoidlar yetilishiga yo'l bermaydigan;
- spermatogenezni jabirlash;
- spermatozoidlarni ayollar jinsiy a'zolariga yo'l bermaydigan usul.

Eng ko'p tarqalgan erkaklar kontratsepsiya usullari:

– xulqiy tiyilganlik, o'zini to'xtatish va soitus interruptus (lat.);

– mexanik (baryer) – prezervativlar;

– xirurgik – IJK (vazektomiya).

Spermatogenez blokadasiga ultratovush yordamida erishsa bo'ladi, lekin asoratlari ko'p bo'lgani sababli bu usulni kontratsepsiya uchun qo'llanmaydi. Spermatogenez va spermatozoidlarning yetilishiga issiq qilishning salbiy ta'siri bor. Testikulalar tana haroratiga yetilganda spermatozoidlar miqdori va faoliyati susayadi.

Erkaklar kontratsepsiyasi. Gormonal erkaklar kontratsepsiyasi asosida:

– LG va FSG ning miqdorini kamaytirish;

– testikulyar ichi testosteronni eliminatsiyasiga olib kelish;

– androgen effektini quvvatlash uchun testosteron yuborish.

Testosteron LG va FSG gormonlarni miqdorini kamaytirib, Leydig hujayralarida testosteron ishlab chiqishini to'xtatib, testikulalarda androgenlar keskin kamayadi.

Erkaklar kontratsepsiyasiga qarshi ko'rsatmalar:

– qandli diabet og'ir kechishi;

- gipertonik kasalligi;
- gormonga bog‘liq o‘smalar;
- jigar va buyrak og‘ir kasalliklari;
- gemostaz tizimida o‘zgarishlar;
- bepisht nikoh;
- psixik kasalliklar;
- prostata bezi kasalliklari (xavfsiz giperplaziya, sara-toni);
- oligozoospermiya.

Kontratseptiv sxemalar:

- testosteron va gestagen (0,5 mg levonogestrel) birgaligida – tez va yaqqol spermatogenezning kamayishiga olib keladi;
- testosteron va agonist GnRG birgaligida – gonadotropinlarning sekretiysi kamayishi kuzatiladi;
- testosteron va antagonist GnRG birgaligida samara-dorligi – FSG va LG sekretiysini kamaytirishidan iborat.

ADABIYOTLAR RO'YXATI:

1. Abduraximov M.M. O'zbekcha-ruscha va ruscha-o'zbekcha lug'at / «Fan» nashriyoti, 2007

2. Антибактериальная терапия воспалительных заболеваний органов малого таза без ошибок и экспериментов: методическое руководство для врачей / Под ред. Радзинского В.Е., Козлова Р.С., Духина А.О. – М.: Редакция журнала Status Praesens, 2013.

3. Бесплодный брак. Руководство для врачей. Под ред. Кулакова В.И., Москва, 2006. – 616 с.

4. Вольфф М. фон, Штуте П./Гинекологическая эндокринология и репродуктивная медицина, 2018. – 511 с.

5. Гинекологическая эндокринология/Под ред. В.Н.Серова. – М.: МЕД-пресс-информ, 2004. – 528 с.

6. Гинекология Руководство для врачей/Под ред. Савельевой Г.М., Сухих Г.Т. Манухина И.Б., Москва, 2013. – 704 с.

7. Громова О.А., Трошин И.Ю., Лиманова О.А. Сравнительное исследование доказательной базы эффективности и безопасности применения пероральной и трансдермальной форм заместительной гормональной терапии эстрогенами у женщин в различные возрастные периоды. /Проблемы репродукции, №6, 2013.

8. Лечение женского и мужского бесплодия. Вспомогательные репродуктивные технологии. Под ред. Кулакова В.И., Леонова Б.В., Кузмичева Л.Н., Москва, МИА, 2005.

9. Магзумова Н.М., Комилжанова Д.К. Лечение смешанной герпесвирусной инфекции у супружеских пар с бесплодием и невынашиванием/Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья, №3-4 (I), 2017, С.80.

10. Магзумова Н.М., Миркасимова Ю.И. Комплексная терапия синдрома поликистозных яичников у женщин с бесплодием/Вестник Академии, 2016, №1, С.75-78.

11. Манухин И.Б. Геворкян М.А. Синдром поликистозных яичников./М.: ООО» Медицинское информационное агентство. 2014. –192.

12. Назаренко Т.А. Стимуляция функция яичников М.: «МЕДпресс-информ» 2015. – 288 с.

13. Пшеничникова Т.Я. Бесплодие в браке. – М.: Медицина, 2011. – 318 с.

14. Руководство по гинекологии под ред.акад. РАМН проф. Э.К. Айламазян, В.В. Потин, 2012.

15. Руководство по репродуктивной медицине /Б. Карр, Р. Блэкуэлл, Р. Азиз. Перевод с английского под общей редакцией д. м. н., профессора И. В. Кузнецовой/ Практика. Москва. – 2015.

16. Серов В.Н., Дубницкая Л.В., Тютюнник В.Л. Воспалительные заболевания органов малого таза: диагностические критерии и принципы лечения. Русский медицинский журнал. 2011; 19, 1 (395): 46-50. 215.

17. Серов В.Н., Прилепская В.Н., Овсянникова Т.В. Гинекологическая эндокринология. – М.: 2014. – С. 528.

18. Сметник В.П. Эстрогены. – М.: Практическая медицина, 2012. – 176 с

19. Стандарты диагностики и лечения гинекологических заболеваний в лечебных учреждениях системы здравоохранения Р.Узбекистан, Ташкент, 2018. С. 88.

20. Шестакова И.Г. Сложные вопросы использования эстрогенов в репродуктивном возрасте. Практическое руководство, 2018.

21. Ших Е.В. Сравнительные клинико-фармакологические аспекты применения пероральных и трансдер-

мальных форм эстрогенов. «Акушерство и гинекология», №1. 2016. С. 260.

22. Экстракорпоральное оплодотворение и его новые направления в лечении женского и мужского бесплодия, Москва, МИА, 2004.

23. Эндометриоз: диагностика, лечение и реабилитация. Клинические рекомендации. Москва, 2013, – 86 с.

24. Ярмолинская М.И., Русина Е.И., Хачатурян А.Р., Флорова М.С./Клиника и диагностика генитального эндометриоза /Журнал акушерства и женских болезней, 2016. выпуск 5, с. 4-21

25. Ashurova U.A., Magzumova N.M. Treatment of urogenital infections in couples with infertility/16th World Congress on human reproduction 18/21 march 2015, Germany P120.

26. Bruce R. Carr, Richard E. Blackwell, Ricardo Azziz, Essential reproductive medicine. 2015. – 832 с.

27. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for treatment of sexually transmitted diseases. MMWR. 2010.

28. European Society for Human Reproduction and Embryology (ESHRE) Guideline Group on POI. ESHRE Guideline: management of women with premature ovarian insufficiency. Hum Reprod. 2016 May;31(5):926-37.

29. European Guideline for the Management of PIDisease. http://www.iusti.org/regions/Europe/pdf/2012/PID_Treatment_Guidelines-Europe_2012v5.pdf.

30. ESHRE Guideline update 2013; Accessed at: <http://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Endometriosis-guideline.aspx>.

31. Giakoumelou, S., Wheelhouse, N., et al., (2016). The role of infection in miscarriage. Human Reproduction Update, 22(1), 116 – 133.

32. Gromova O.A., Torshin I.Iu., Dzhidzhikhiia L.K., Gogoleva I.V. Roles of vitamin D in the prevention and treatment of female infertility Gynecology. 2016; 18 (3).

33. International evidence-based for the assessment and management of polycystic ovary syndrome, 2018.

34. Fauser B C, Tarlatzis BC, Rebar R, et al. Consensus on women's health aspects of polycystic ovary syndrome (PCOS): the Amsterdam ESHRE/ASRM Sponsored 3rd PCOS Consensus Workshop Group. Fertil Steril 2012; 97: 28-38.

35. Fertility problems: assessment and treatment. Clinical guideline Published: 20 February 2013 nice.org.uk/guidance/cg156.

36. Management of women with premature ovarian insufficiency. Guideline of the European Society of Human Reproduction and Embryology. POI Guideline Development Group. December. 2015.

37. Optimizing natural fertility: a committee opinion, Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine in collaboration with the Society for Reproductive Endocrinology and Infertility, 2013.

38. Richard S. Legro, Silva A. Arslanian et al. Diagnosis and Treatment of Polycystic Ovary Syndrome: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab. First published ahead of print October 22, 2013 as doi:10.1210/jc.2013-23.

39. Sadicova D.R., Magzumova N.M. Combined PCOS correction in women: hormonal, surgical and immunological./8th International scientific conference «European Applied Sciences: modern approaches in scientific researches» January 30. 2014. P 29-35.

40. Sarıdoğan E. Endometriosis in teenagers. Women's Health. 2015; 11(5):705-709.

41. Schram G., Steffens D. A 12-month evaluate of the CMA-containing oral contraceptive Belara: efficacy, tolerability and anti-androgenic properties/Contraception. 2013. Vol.67. №4. P. 305-312.

42. Sexual transmitted diseases. Recommendations and Reports. Treatment Guidelines, 2013.

43. Society for Assisted Reproductive Technology and the American Society for Reproductive Medicine. Assisted reproductive technology in the United States: 2011 Assisted Reproductive Technology Fertility Clinic Success Rates Report. CDC 2013; www.cdc.gov/art/.

44. Updated 2013 International Menopause Society recommendations on menopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health T. J. de Villiers, A. Pines, N. Panay, M. Gambacciani, D. F. Archer, R. J. Baber, S. R. Davis, A. A. Gompel, V. W. Henderson, R. Langer, R. A. Lobo, G. Plu-Bureau и D. W. Sturdee, on behalf of the International Menopause Society CLIMACTERIC 2013;16:316–337.

45. Vessey M, Yeates D, Flynn S (September 2010). «Factors affecting mortality in a large cohort study with special reference to oral contraceptive use». *Contraception*. 82 (3): 221–229. doi:10.1016/j.contraception. 2010.04.006. PMID 20705149.

O'quv-uslubiy nashr

N.M.MAGZUMOVA

GINEKOLOGIK KASALLIKLAR

Muharrir

Feruza EGAMOVA

Badiiy muharrir

Dilfuza SALIXODJAYEVA

Kompyuterda sahifalovchi

Dildora JO'RABEKOVA

Texnik muharrir

Surayyo AHMEDOVA

Litsenziya raqami: AI № 252, 2014-yil 2-oktabrda berilgan.

Bosishga 30.09.2021-yilda ruxsat etildi.

Bichimi 84x108 1/32.

Bosma tabog'i 6,5. Shartli bosma tabog'i 10,92.

Garnitura «Academic UZ». Ofset qog'ozi.

Adadi 1000 nusxa. Buyurtma № 164.

Bahosi kelishilgan narxda.

«Yangi asr avlodi» NMMda tayyorlandi.

«Yoshlar matbuoti» MCHJda chop etildi.

100113. Toshkent, Chilonzor-8, Qatortol ko'chasi, 60.

Murojaat uchun telefonlar

Nashr bo'limi – (78) 147-00-14, (78) 129-09-72.

Marketing bo'limi – (98) 128-78-43; 397-10-87;

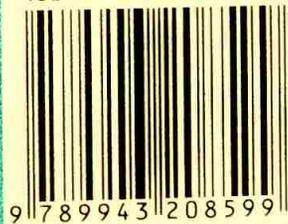
faks – (71) 273-00-14;

e-mail: yangiasravlodi@mail.ru



www.book.uz

ISBN 978-9943-20-859-9



9 789943 208599