

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VA O'RTA
MAXSUS TA'LIM VAZIRLIGI
O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH
VAZIRLIGI
O'RTA MAXSUS, KASB-HUNAR TA'LIMI MARKAZI

M.F.ZIYAYEVA, G.X.MAVLYANOVA

GINEKOLOGIYA

2- nashri

Tibbiyot kollejlari uchun darslik



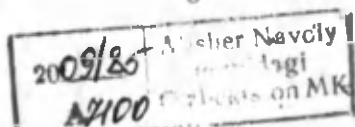
„O'QITUVCHI“ NASHRIYOT-MATBAA IJODIY UYI
TOSHKENT — 2008

Taqrizchilar:

- D.F.Karimova** — TVMOI „Akusherlik va ginekologiya“ hamda „Bolalar va o‘smirlar ginekologiyasi“ kafedrasini mudiri, O‘zbekiston akusher-ginekologlar assotsiatsiyasi prezidenti, t.f.d., prof.;
- G.G.Yuldasheva** — Respublika tibbiyot kolleji „Akusherlik va ginekologiya“ kafedrasini mudiri;
- L.M.Gaziyeva** — O‘DK tibbiyot kolleji „Akusherlik va ginekologiya“ kafedrasini mudiri;
- R.I.Xo‘jayeva** — O‘DK tibbiyot kolleji „Akusherlik va ginekologiya“ kafedrasini oliy toifali o‘qituvchisi.

Darslik 14 bobdan iborat bo‘lib, unda ayollar jinsiy a‘zolarining anatomiyasi, ginekologik bemorlarni tekshirish usullari, jinsiy a‘zolar nuqsonlari, ayollar jinsiy a‘zolarining yallig‘lanish kasalliklari, bachadonning noto‘g‘ri holati, bolalar va o‘smirlar ginekologiyasi, jinsiy yo‘l bilan yuqadigan kasalliklar, bepushtlik, seksologiya va seksopatologiya hamda boshqa mavzular o‘z aksini topgan.

Darslik tibbiyot kollejlari o‘quvchilari uchun mo‘ljallangan bo‘lib, undan shu soha mutaxassislari, o‘qituvchilar foydalanishlari mumkin.

10-35593
381

Z 410810000-122 Qat'iy buyurtma.-2008.
353(04)-2008

© „O‘qituvchi“ NMIU, 2007- y.

ISBN 978-9943-02-110-5

© „O‘qituvchi“ NMIU, 2008- y.

SO'ZBOSHI

O'zbekiston Respublikasi hukumati tomonidan „Ta'lim to'g'risida“ gi qonun va „Kadrlar tayyorlash Milliy dasturi“ ning qabul qilinishi hozirgi zamon taraqqiyoti rivojlanishida malakali, so'nggi texnologiyalarni qo'llab o'z ustida tinmay ishlaydigan bilimli kadrlar yetishtirishni talab qiladi.

Ayniqsa, jamiyatimizda har tomonlama barkamol inson tarbiyalashda Ona — ayolning o'rni o'zgachadir. Ayol sog'lom va yetuk bo'lsa, bunday ayoldan sog'lom, baquvvat farzand tug'iladi, millat genofondi mustahkamlanadi. Ayolning sog'ligini bolaligidan saqlash darkor. Shuning uchun sog'liqni saqlash tizimida xotin-qizlar sog'lig'iga katta ahamiyat berilmoqda, kasalliklarning oldini olishda ulkan ishlar amalga oshirilmoqda. Davlatimiz tomonidan 1906- yil „Onalar va bolalar“ yili deb e'lon qilinishi, 2000- yilda 46- sonli qaror bilan „Sog'lom avlod“ Dasturining tasdiqlanishi buning yaqqol dalilidir.

Oilaviy poliklinika va stasionarlarda ayollarga muntazam ravishda tibbiy yordam ko'rsatib kelinmoqda.

Shu nuqtayi nazardan kelib chiqqan holda tibbiyot kollejlari o'quvchilari uchun ginekologiya fanining o'rni g'oyat muhimdir. Ushbu darslikda ayol organizmining tug'ilgan davridan boshlab butun umri davomida bo'ladigan barcha normal fiziologik va patologik jarayonlar yoritilgan. Bundan tashqari, kasalliklarning kelib chiqish sabablari (etiologiyasi), ularning kechishi (klinikasi), simptomlari (belgilari), tashxisi, davolash va profilaktika choratadbirlari haqidagi mavzular ham o'rin olgan.

To'g'ri yig'ilgan anamnezning ahamiyati nechog'liq e'tiborga molikligi, o'quvchi har bir detalga e'tibor berishi lozimligi nazarda tutilgan holda ayni mavzu batafsil yoritilgan.

Kitobda ginekologiya amaliyotida uchraydigan homiladorlik davrida salbiy omillar ta'sirida xomila embriogenezining buzilishi va buning oqibatida tug'ilgan qiz bolaning jinsiy a'zolari nuqsonlari haqida hamda ularni davolash usullari, ginekologik yordamga murojaat qilishga sabab bo'ladigan holat — hayz faoliyatining buzilishi va buning natijasida organizmda ro'y beradigan jarayonlar, shuningdek, yallig'lanish, onkologik kasalliklar, bolalar va o'smirlar ginekologiyasi mavzulari o'z aksini topgan.

1-BOB. GINEKOLOGIYA GINEKOLOGIYA FANI HAQIDA TUSHUNCHA

Ginekologiya grekcha soʻzdan olingan boʻlib, ginekos — ayol va logos — fan, oʻrganish maʼnosini anglatadi. Ginekologiya ayollar haqidagi fan boʻlib, ayollar organizmiga bogʻliq boʻlgan oʻziga xos xususiyatlarni, tanosil aʼzolarining kasalliklari va shu kasalliklar tufayli vujudga keladigan patologik jarayonlarni oʻrganadi. Ayollar aʼzolaridagi oʻzgarishlar va ular funktsiya-sining buzilishi baʼzan boshdan oʻtkazilgan turli infeksiya yoki surunkali kasalliklar, yurak, jigar, buyraklar yoki qalqonsimon bez kasalliklari hamda tugʻuruqdagi jarohatlar oqibatida roʻy berishi mumkin.

Akusherlik ginekologiyaning homiladorlik va tugʻuruq bilan bogʻliq boʻlgan fiziologik va patologik jarayonlarini oʻrganadigan bir boʻlagidir.

Ginekologiya umumiy va maxsus boʻlimlardan iborat. Ginekologiyaning umumiy boʻlimi ayol jinsiy aʼzolari kasalliklarining belgilari, ularni aniqlash, umumiy tekshirish usullari, kasalliklarning oldini olish va ularni davolash yoʻllarini oʻrgatsa, xususiy ginekologiya boʻlimi kasalliklarning kechishi, belgilari, ularni aniqlash yoʻllari, davolash hamda kasalliklarning oldini olish chora-tadbirlarini oʻrgatadi.

Ginekologiya tibbiyotning boshqa koʻp sohalari — anatomiya, fiziologiya, mikrobiologiya va virusologiya, anesteziologiya va reanimatologiya, xirurgiya, terapiya, endokrinologiya kabi fanlar bilan chambarchas bogʻliq.

Oʻsmirlar ginekologiyasi, endokrinologik kasalliklarni operativ va nooperativ yoʻllar bilan davolash hamda onkologik kasalliklar boʻlimi keyinchalik ginekologiyadan alohida fan sifatida ajralib chiqdi.

Ayollar kasalliklari toʻgʻrisidagi maʼlumotlarni „Avesto“ asarida, shuningdek, Hindiston, Misr va Yunonistonda topilgan qoʻlyozmalarda ham uchratish mumkin. Tibbiyot ilmining bobokaloni buyuk mutafakkir Abu Ali ibn Sino

o'zining 1012—1023- yillarda yozgan „Tib qonunlari“ asarida ayollar kasalliklarining ba'zi turlari haqida fikr yuritadi. XVI asrning mashhur olimi, Boburning xos tabibi Yusufiy o'zining „Tibbi Yusufiy“ asarida ayollar kasalliklari, ularning kechishi va davosi haqida yozgan.

Ginekologiya fani XIX asr oxirlaridagina mustaqil fan sifatida ajralib chiqdi. Birinchi ayollar kasalliklarini davolovchi bo'limlar Sankt-Peterburgda (1842) va Moskvada (1875) ochildi. Rossiyada 1858- yilda A.A.Kiterning „Ayollar kasalliklarini o'rganish to'g'risida qo'llanma“si nashr etildi. Ginekologiya fani rivojiga rus olimlaridan A.Y.Krassovskiy (1821—1898), V.F.Snegiryov (1847—1916), K.F.Slavyanskiylar (1847—1898) katta hissa qo'shdilar.

Ginekologiya faniga asos solgan yana bir guruh olimlar D.O.Ott (1855—1929), V.S.Gruzdev (1866—1938), A.Z.Mandelstam (1894—1984), K.K.Skrobanskiy (1874—1946), I.F.Jordania (1895—1962), V.I.Bodyajina (1904—1987) kabilardir.

O'zbekistonda 1920- yil SamDuning „Meditsina“ fakultetida „Akusherlik va ginekologiya“ kafedrasida ish boshladi. 1927- yil Toshkentda „Onalik va bolalikni muhofaza qilish“ ilmiy tekshirish instituti ochildi. O'zbekistonning iqlimiy sharoitini nazarga olib, ayollarda eklampsiya kechishi o'rganildi. Tug'uruqdan keyingi septik kasalliklarning kechishi, homiladorlik toksikozlari, tug'uruqni og'riqsizlantirish, bepushtlik masalalari tekshirib, o'rganildi. O'zbekistonda ginekologiyaning rivojlanishida K.G.Xurshyov, A.A.Shoroxov, A.A.Kogan, G.L.Vaynshteyn, P.I.Brukson, A.D.Asfandiyorova, M.A.Finkel, M.N.Volox-Isayeva va boshqalarning hissalari katta bo'ldi.

Toshkent meditsina instituti „Akusherlik va ginekologiya“ kafedrasining mudiri bo'lib ishlagan professor Abram Aronovich Koganning izlanishlari ayollar jinsiy a'zolari kasalliklarida nerv sistemasining ahamiyati, klimaks, rakning organizm bo'ylab tarqalishi va menopauza kabi masalalarga qaratilgan.

Olim va ajoyib pedagog A.A.Kogan respublikamizda mahalliy kadrlarni yetishtirish sohasida katta ishlarni amalga oshirdi. Professor A.A.Qodirova va dotsent O.K.Mirsogatov bilan hamkorlikda tibbiyot bilim yurtlarida ta'lim olayotgan o'quvchilar uchun „Akusherlik“ nomli katta darslik tayyor-

ladilar. Samarqandda akademik I.Z.Zokirov rahbarligida tuxumdon va bachadon o'smalari muammosi ustida ish olib borildi. Andijon tibbiyot institutida respublikamizning ba'zi bir kurortlaridagi bolneologik va fizik omillarning ayollar jinsiy a'zolari kasalliklarining kechishiga ta'siri o'rganildi (prof. F.N.Gubaydullina.)

Ginekologiya fanidagi yangiliklar va yechilmagan masalalar O'zbekiston akusher-ginekologlarining I—VI anjumanlarida keng muhokama qilindi (1971—2003).

Yurtimizda mutaxassislar tayyorlash va ularning bilimlarini oshirish uchun 16 ta maxsus kafedra, O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi qoshida „Akusherlik va ginekologiya“ ilmiy tekshirish instituti va uning 4 ta filiali ishlab turibdi.

Ginekologiya-endokrinologiya sohasida O'zbekiston „Akusherlik va ginekologiya“ ilmiy tekshirish instituti xodimlari (prof. D.D.Kurbanov, prof. M.Sh.Sodiqova) tinmay izlanishlar olib bormoqdalar. Ular buqoq bezi kasalliklarining jinsiy a'zolar faoliyatiga ta'siri yuzasidan ilmiy ishlar qilmoqdalar. Shu kasallikka chalingan ayollarda homiladorlikdan saqlanishning ilmiy jihatdan asoslab berilgan turlari taklif qilingan.

So'nggi yillarda oilani sog'lomlashtirishga qaratilgan ishlar keng ko'lamda olib borilyapti. Kutilmagan homiladorlikning oldini olish maqsadida qo'llaniladigan kontrasteptiv vositalardan foydalanish natijasida onalar va bolalar o'limi ko'rsatkichlari ancha pasaydi.

2-BOB. XOTIN-QIZLAR JINSIY A'ZOLARINING ANATOMIYASI

Xotin-qizlar jinsiy a'zolari tashqi va ichki jinsiy a'zoldan tarkib topgan. Ularga qov, katta va kichik jinsiy lablar, klitor, qin dahlizi, uretra, qizlik pardasi, qin, bachadon, bachadon naylari va tuxumdonlar kiradi.

Tashqi jinsiy a'zolar (*Genitalia externa*)

Qov (*mons pubis*) qorin devorining pastki qismi bo'lib,teri osti kletchatkasiga boy, voyaga yetgan davrida jun bilan qop-

lanib, asosan, yuqoriga qarab turadigan uchburchak shaklidagi sohadir.

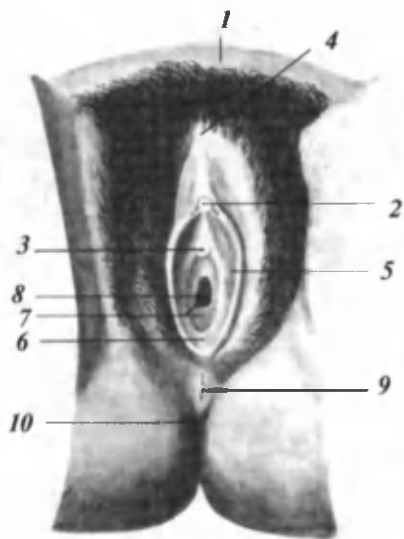
Katta jinsiy lablar (*labia pudendae major*) — ikkita teri burmasidan hosil bo'lgan. Bular da yog' kletchatkasi, yog' va ter bezlari bo'ladi.

Old va orqa tomonda ular old va orqa bitishmalar bilan bir-biriga qo'shilgan. Katta jinsiy lablar jinsiy yoriq bilan bir-biridan ajralib turadi. Katta jinsiy lablar pastki uchdan bir qismining bag'rida qin dahlizining katta Bartolin bezlari (*glandula Bartolini*) joylashgan. Shular vestibular bezlar deb aytiladi. Bu bezlardan ishlanib chiqadigan ishqoriy sekret qinga kirish yo'lini namlab turadi va urug' suyuqligini suyultirib beradi. Bu bezlarning chiqarish yo'llari kichik jinsiy lablar bilan qizlik pardasi o'rtasidagi egatchaga ochiladi.

Kichik jinsiy lablar (*Labia pudenda minor*) ham ikkita teri burmachalaridan iborat. Bular shilliq parda ko'rinishida bo'lib, katta jinsiy lablarga nisbatan ichki tomonda joylashgan. Normada jinsiy yoriq yumilib turadi va qinga infeksiya o'tishi hamda qurib qolishdan saqlaydi.

Klitor (*Clitoris*) — jinsiy yoriqning old burchagida joylashgan bo'lib, qon tomirlari va nerv chigallari juda ko'p bo'lgan ikkita g'orsimon tanachadan tuzilgan. Klitorning boshi, tanasi va oyoqchalari bo'lgani uchun u ko'zga aniq tashlanib turadi.

Qin dahlizi (*Vestibuli vaginae*) — kichik jinsiy lablar bilan cheklangan bo'shliq. Siydik chiqarish kanalining tashqi teshigi, dahliz katta bezlarining chiqarish yo'llari, qinga kirish yo'li qin dahliziga ochiladi. Qin



1-rasm. Ayollar tashqi jinsiy a'zolari:

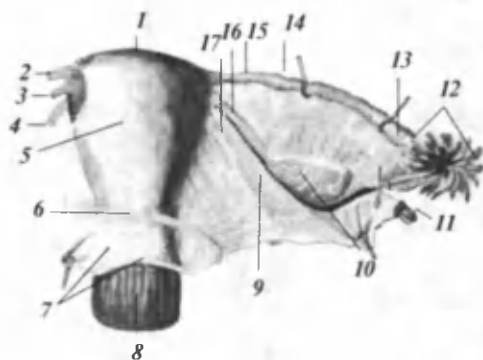
1—qov; 2—klitor; 3—uretra; 4—katta uyatli lablar; 5—kichik uyatli lablar; 6—qin dahlizi; 7—qizlik pardasi; 8—qinning tashqi teshigi; 9—oralik; 10—anal teshigi.

dahlizida juda ko'p mayda shingilsimon bezlar va chuqurchalar bor.

Qizlik pardasi (Humen) — tashqi va ichki jinsiy a'zolari bir-biridan ajratib turadigan biriktiruvchi to'qimadan iborat yupqa to'siq. Bu parda halqasimon, yarimoyisimon, tishsimon, kuraksimon shaklda bo'ladi. Qizlarda u qinga kirish teshigini bekitib turadi, har ikki tomonidan yassi epiteliy bilan qoplangan. Birinchi jinsiy aloqa mahalida qizlik pardasi yirtilib, har xil darajada qon ketadi. Bu pardaning qoldiqlari gimenal so'rg'ichlar deb ataladi, tug'uruq mahalida yana yorilganidan keyin qolganlari mirtasimon so'rg'ichlar deb ataladi.

Ichki jinsiy a'zolar (*Genitalia interna*)

Qin (Vagina, yunoncha Colpos) — voyaga yetgan ayolda uzunligi 8—10 sm, kengligi 2—1,5 sm keladigan muskul va fibroz to'qimadan iborat naydir. Qin devorining ichki shilliq qavatida juda ko'p ko'ndalang burmalar ko'rinadi. Devorning ikkinchi muskul qavati tolalari ko'ndalangiga va uzunasiga yo'nalgan. Qinning old, orqa, yon tomonidagi o'ng va chap gumbazlari tafovut qilinadi. Hammasidan chuqurroq bo'ladigan orqa gumbazida qin suyuqligi, jinsiy aloqa vaqtida esa urug' suyuqligi to'planadi.



2-rasm. Xotin-qizlar ichki jinsiy a'zolari:

- 1—bachadon tubi; 2—bachadon naylari;
- 3—tuxumdonlarning o'z boylami;
- 4—bachadonning yumaloq boylami;
- 5—bachadon tanasi; 6—bachadon bo'yini;
- 7—qorin pardasi (*peritoneum*);
- 8—qin; 9—bachadonning keng boylami;
- 10—tuxumdon; 11—lig. *suspensorium ovari*;
- 12—nay shokilalari; 13—bachadon nayining ampulr qismi;
- 14—bachadon nayi (Fallopiy nayi);
- 15—bachadon nayining istmik (bo'g'zi) qismi;
- 16—bachadonning yumaloq boylami; 17—intersetseal fimbriya qismi.

Qin devorlari shilliq parda, muskul qatlami va o'rab turuvchi kletchatkadan tashkil topgan. Qinning shilliq pardasi ko'p qavatli yassi epiteliy bilan qoplangan bo'lib, pushti rangda va tug'uruq ma-

halida qinning cho'zilishini ta'minlab beradigan bir talay ko'n-dalang burmalardan iborat. Qin bo'shlig'ida kislotali muhit bo'lishi qin basillalari yoki Dederleyn tayoqchalari hayot fao-liyati davomida hosil bo'ladigan sut kislotaga bog'liqdir. Ular qin shilliq pardasidagi epiteliy hujayralarining glikogenini sut kislotaga qadar parchalaydi.

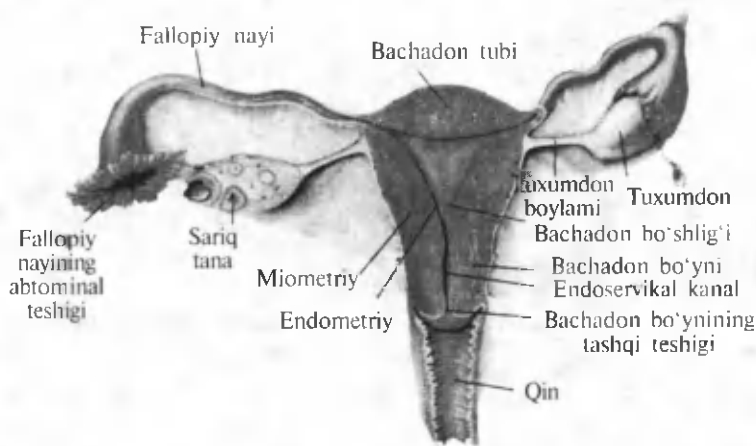
Qinda shilliqosti qavati bo'lmaganligi tufayli, bezlar ham bo'lmaydi. U qon hamda limfa tomirlaridan va qisman bachadon bo'ynidan ajralgan suyuqlik hisobiga namlanib turadi. Qin chiqindisida qindan ko'chgan epiteliylar, qiz bolaning yoshiga qarab, gramm-musbat batsillalar — Dederleyn tayoqchalari (*bacillis vaginalis Dederleini*) bo'ladi.

Odatda, qiz bola balog'atga yetgan sari qin suyuqligi nordon reaksiyaga aylana boradi. Bu reaksiya qancha turg'un bo'lsa, qin shuncha toza bo'ladi (balog'atga yetgan qizlarda). Odatda qin chiqindisining tozaligi 4 darajaga bo'linadi:

1) epiteliy hujayralar va qin tayoqchalari (Dederleyn tayoqchalari), $pH=4,0-4,5$, nordon reaksiyali;

2) epiteliy hujayralar va Dederleyn tayoqchalari, $pH=5,0-5,5$, nordon reaksiyali, onda-sonda leykotsitlar, kam miqdorda kokklar bo'ladi;

3) Dederleyn tayoqchalari ancha kam, leykotsitlar, epiteliy hujayralar, kokklar ko'proq, $pH=6,0-6,6$, neytral yoki ishqoriy reaksiyali;



3-rasm. Ayollar ichki jinsiy a'zolari (frontal qirqim).

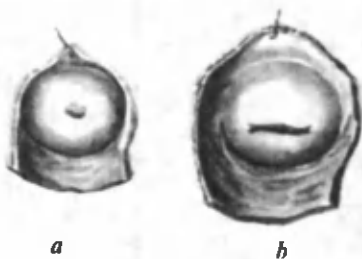
4) Dederleyn tayoqchalari bo'lmaydi, leykotsitlar, kokklar, gonokokk, trixomonada, trixomonoz va bakteriyalar ko'p, pH=7,0—8,0, ishqoriy reaksiyali.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda hali Dederleyn tayoqchasi bo'lmaydi, ammo onadan o'tgan gormon tufayli chilla davrining boshlarida qiz bola qinida nordon reaksiya saqlanishi kuzatiladi.

Bachadon (*Uterus*, yunoncha *metra* yoki *hysteri*) — silliq muskullardan tuzilgan noksimon shakldagi ichi bo'sh a'zo bo'lib, old-orqa yo'nalishda biroz yassilangan.

Uning tanasi, bo'yin old qismi va bo'yni tafovut etiladi. Tanasining qavariq ustki qismi *bachadon tubi* deb ataladi. Bachadon bo'shlig'i uchburchak shaklida bo'lib, ustki burchaklariga bachadon naylarining teshiklari ochiladi. Pastki tomonda bachadon bo'shlig'i torayib, bachadon bo'yni old qismiga aylanadi va bachadonning ichki teshigi (bo'g'zi) bilan tugallanadi.

Bachadon bo'yni (*Cervix uteri*) bachadonning pastki, tor qismi bo'lib, unda qin gumbazlaridan pastroqqa turtib chiqib turadigan qin qismi va qin gumbazlaridan yuqoriroqda turadigan qinusti qismi tafovut qilinadi. Bachadon bo'yni silindrsimon shaklga ega. Bolalik davrida va jinsiy a'zolari rivojlanmay qolgan ayollarda bachadon bo'yni konussimon shaklda bo'ladi. Bachadon bo'ynining ichidan uzunligi 1—1,5 sm keladigan bo'yin kanali (servikal kanal) o'tadi, uning ustki bo'limi bachadonning ichki teshigi, pastki bo'limi esa tashqi teshigi bilan tugallanadi.



4-rasm. Bachadon bo'yni:
a—tug'magan ayol bachadonining bo'yni; b—tuqqan ayol bachadonining bo'yni.

Bachadonning uzunligi 7—9 sm ni tashkil qiladi. Tubi sohasida kengligi 4,5—5 sm, devorlarining qalinligi 1—2 sm ni tashkil qiladi. Bachadon massasi 50 g dan 100 g gacha yetadi.

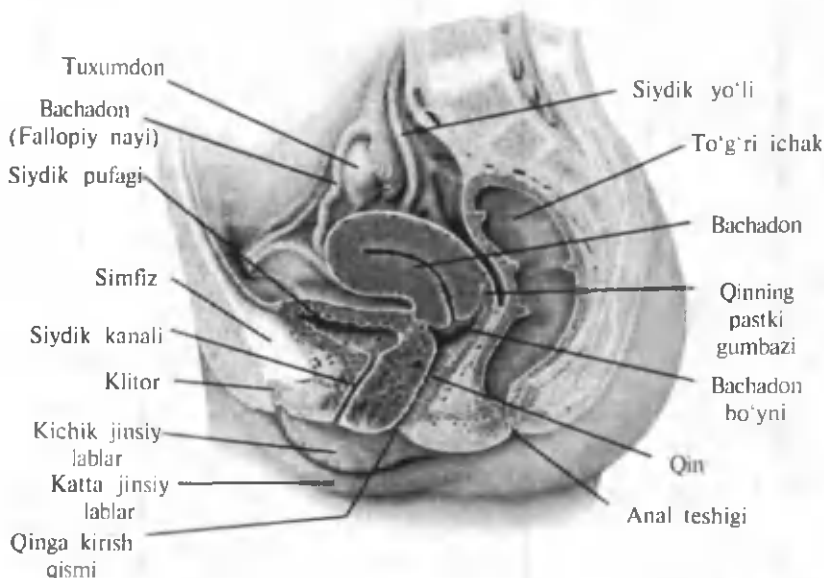
Bachadon devori uch qavatdan tuzilgan. Ichki qavati silindrsimon bir qavatli hil-pillovchi epiteliy bilan qoplangan, bir talay naysimon bezlari bo'ladigan shilliq parda

(endometriy) dir. Bachadon shilliq pardasining ikki qavati: muskulli qavatiga taqalib turadigan bazal qavat va hayz sikli mahalida ritmik o'zgarishlarga uchrab turadigan yuza — funksional qavat tafovut qilinadi. Bazal qavat o'suvchi qavat bo'lib, funksional qavati shundan tiklanib, o'rni to'lib turadi. Bachadon devorining kattagina qismini o'rta muskulli (miometriy) qavat tashkil qiladi. Muskulli qavat silliq muskul tolalaridan tuzilgan bo'lib, uzunasiga ketgan, tashqi va ichki sirkular joylashgan o'rta qavatlardan iborat. Bachadonning tashqi—seroz qavati (perimetriy) uni qoplab turadigan qorin pardasidan iborat.

Bachadon kichik chanoq bo'shlig'ida qovuq bilan to'g'ri ichak orasida, chanoq devorlaridan teng masofada joylashgan. Bachadon tanasi oldinga, simfizga biroz engashgan (bachadon anteverziyasi), bo'yniga nisbatan (bachadon antefleksiyasi), bu burchak 70°ga oldinga ochilgan. Bachadon bo'yni orqaga qaragan, tashqi teshigi qinning orqa gumbaziga taqalib turadi.

Bachadon naylari (*Tuba uterina, salpinx*) bachadonning o'ng va chap burchaklaridan boshlanib, yon tarafga chanoqning yon devorlari tomoniga qarab boradi. Ularning uzunligi o'rtacha 10—12 sm, yo'g'onligi 0,5 sm. Bachadon naylarining devorlari uch qavat: bir qavatli silindrsimon hilpillovchi epiteliy bilan qoplangan shilliq parda, o'rta — muskul va tashqi — seroz qavatdan tashkil topgan. Bachadon naylarining bachadon devori bag'riga o'tuvchi intersitsial qismi, ko'proq toraygan o'rta qismi, istmik qismi va voronka holda tugallanadigan keng — ampular qismi tafovut qilinadi.

Tuxumdonlar (*Ovarium*) — ayollarning juft jinsiy bezlaridir. Ular bodomsimon shaklda va oqish-pushti rangda bo'ladi. Voyaga yetgan ayolda tuxumdon uzunligi o'rtacha 3,5 sm ni, eni 2—2,5 sm, qalinligi 1,1—5 sm, massasi 6—8 g ni tashkil qiladi. Tuxumdonlar bachadonning ikkala tomonida, serbar boylamlar orqasida joylashgan bo'lib, ularning orqa varaqlariga birikkan. Tuxumdon murtak epiteliy qavati bilan qoplangan, uning ostida biriktiruvchi to'qimadan iborat oqsil parda joylashgan bo'ladi. Yanada chuqurroqda po'stloq qavat joylashgan, unda bir talay birlamchi follikulalar, rivojlantirishning har xil bosqichlarida turgan follikulalar, sariq tanalar topiladi. Tuxumdonning ichki qavati asosan biriktiruvchi to'qimalardan tashkil topgan miya qavati bo'lib, undan bir talay



5-rasm. Ayollar ichki jinsiy a'zolari (sagital kesimi).

qon tomirlar va nervlar o'tadi. Jinsiy jihatdan yetuklik davrida tuxumdonlarda oy sari tuxum hujayralar ritmik ravishda yetilib borib, urug'lanishga yaroqli bo'lib qoladi va qorin bo'shlig'iga chiqib turadi. Tuxumdonlar ichki sekretiya bezlaridir, ular, jinsiy gormonlar ishlab chiqarib turadi.

Bachadon naylari, tuxumdonlar va bachadon boylamlari **bachadon ortiqlari** (*Adnex*) deb ataladi.

Jinsiy a'zolarining boylam apparati va kichik chanoq kletchatkasi

Ayollar jinsiy a'zolarining normal joylashishiga quyidagi omillar yordam beradi: jinsiy a'zolarining tonusi, jinsiy a'zolar orasidagi o'zaro munosabat, diafragma, qorin devori va chanoq tubi mushaklarining kelishib ishlashi, bachadonni ko'tarib turadigan, mustahkamlaydigan va ushlab turadigan apparatlari.

Bachadonning ko'tarib turadigan apparati boylamlardan iborat. Ular qatoriga juft bo'ladigan dumaloq, serbar boylamlar, voronka-chanoq boylamlari va tuxumdonlarning xususiy boylamlari kiradi. Dumaloq boylamlar bachadon burchaklaridan, bachadon naylarining old tomonidan chiqib.

chov kanali orqali o'tadi va qov birlashmasi sohasida birikib, bachadon tubini oldinga tortib turadi. Serbar boylamlar bachadonni kichik chanoqda ma'lum holatda ushlab turadigan asosiy boylamlar bo'lib, qorin pardasining qo'shqavat varaqlari ko'rinishida bachadon qovurg'alaridan chiqib, chanoqning yon devorlariga boradi. Boylamlar varaqlari orasida bachadon yoni kletchatkasi bor. Serbar boylamlarning davomi bo'lmish voronka-chanoq boylamlari nay voronkasidan chanoq devorlariga boradi. Tuxumdonlarning o'z boylamlari orqa tomonda va bachadon naylarining chiqish joyidan sal pastroqda bachadon tubidan tuxumdonlarga birikadi.

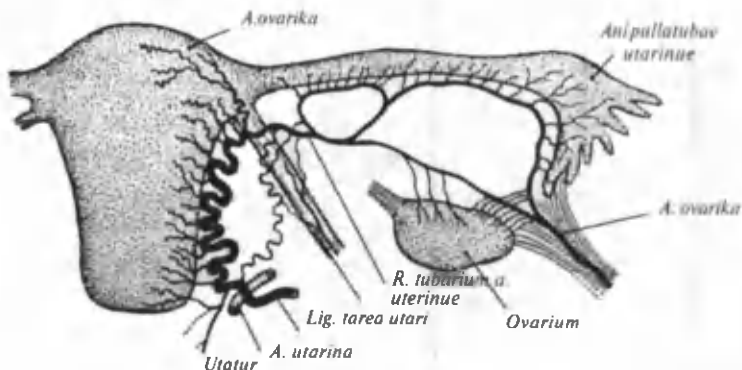
Mustahkamlovchi apparatga **dumg'aza-bachadon boylamlari** (*lig.sacruterinum*), asosiy boylamlar, bachadon-qovuq va qovuq-qov boylamlari kiradi. Dumg'aza-bachadon boylamlari bachadon tanasining bo'yniga o'tish sohasida orqa yuzasidan boshlanib, ikkala tomondan to'g'ri ichakni o'rab o'tadi va dumg'azaning old yuzasiga birikadi. Bu boylamlar bachadon bo'ynini orqaga tortib turadi. Asosiy boylamlar bachadonning pastki bo'limidan chanoqning yon devorlariga qarab boradi. Bachadon-qovuq boylamlari ham bachadonning pastki bo'limidan boshlanib, old tomonga, qovuqqa qarab boradi va so'ngra qovuq-qov boylamlari tarzida simfizga qadar davom etadi.

Bachadonning tutib turuvchi yoki tayanch apparatiga chanoq tubining uch qavat muskullari va fassiyalari kiradi.

Bachadon yon bo'limlaridan tortib, chanoq devorlarigacha bo'lgan kamgakni **bachadon yoni** — **parametral kletchatka** (parametriy) egallab turadi, undan tomir va nervlar o'tadi. Parametral kletchatkadan tashqari paravezikal (qovuq yoni) paravaginal (qin yoni) va pararektal (to'g'ri ichak yoni) kletchatkasi ham chanoq kletchatkasi jumlasiga kiradi.

Jinsiy a'zolarining qon, limfa tomirlari va innervatsiya bilan ta'minlanishi

Jinsiy a'zolar qon va limfa tomirlari tarmog'iga juda boy. Ichki jinsiy a'zolari qon bilan ta'minlab turadigan asosiy manbalar bachadon va tuxumdon arteriyalaridir, ularning oxirgi bo'limlari bir-biri bilan anastomozlar hosil qiladi (6-rasm). Jinsiy a'zolarning hamma arteriyalari bir nomdagi venalar bilan birga davom etib boradi.



6-rasm. Ayollar ichki jinsiy a'zolarining qon bilan ta'minlanishi.

Jinsiy a'zolarning limfa yig'ib oladigan limfa tomirlari chov, yonbosh, bel, dumg'aza, aorta limfa tugunlariga va boshqa tugunlarga boradi.

Jinsiy a'zolar innervatsiyasi juda murakkab. Unda simpatik va parasimpatik nerv sistemasi, shuningdek, orqa miya nervlari ishtirok etadi. Jinsiy a'zolar faoliyatini oliy nerv markazlari idora etib turadi.

Normal hayz sikli

„Menstruatsiya“ so'zi (ya'ni, hayz) lotin tilidan olingan bo'lib, *mens* — oy ma'nosini bildiradi. Demak, hayz so'zi „oy ko'rish“ ma'nosini anglatadi.

Hayz (oy ko'rish) deb, ayollarning bachadonidan vaqt-vaqti bilan muntazam ravishda qon kelishiga aytiladi. Hayz balog'atga yetish jarayonining dastlabki oylarida 12—15 yoshlar orasida kuzatiladi. Qizlar 16—17 yoshda to'liq balog'at yoshiga yetadilar. Hayzda qon ketishi ma'lum bir muddat — 3—6 kun davom etadi. Hayz ayolning bola tug'adigan yoshi davomida qaytarilib, faqat homiladorlik va ko'pincha bola emizish davrida kuzatilmaydi. Hayz klimaks davrida (45—55 yoshda) to'xtaydi. Har gal hayz ko'rganda ayol 50—150 ml gacha qon yo'qotadi. Hayz qoni ishqoriy reaksiyali, qo'ng'irrangda, shilliq aralash bo'lib, unda ivish jarayoni kam bo'ladi.

Qiz bola birinchi marta hayz ko'rganda uning organizmida bir qator o'zgarishlar sodir bo'ladi. Tana shakli birmuncha

o'zgaradi, ayollarga xos ikkilamchi jinsiy belgilar paydo bo'ladi, ko'krak bezlari kattalashadi, qov ustida junlar paydo bo'ladi, tashqi va ichki jinsiy a'zolar to'liq yetiladi. Hayz sikli hayz ko'rishning birinchi kunidan to kelgusi hayzning birinchi kunigacha hisob qilinadi.

Ko'pincha hayz sikli 28 kun, kamdan kam ayollarda 21 yoki 30—32 kun davom etadi. Hayz sikli mobaynida ayollar organizimda turli o'zgarishlar kuzatiladi.

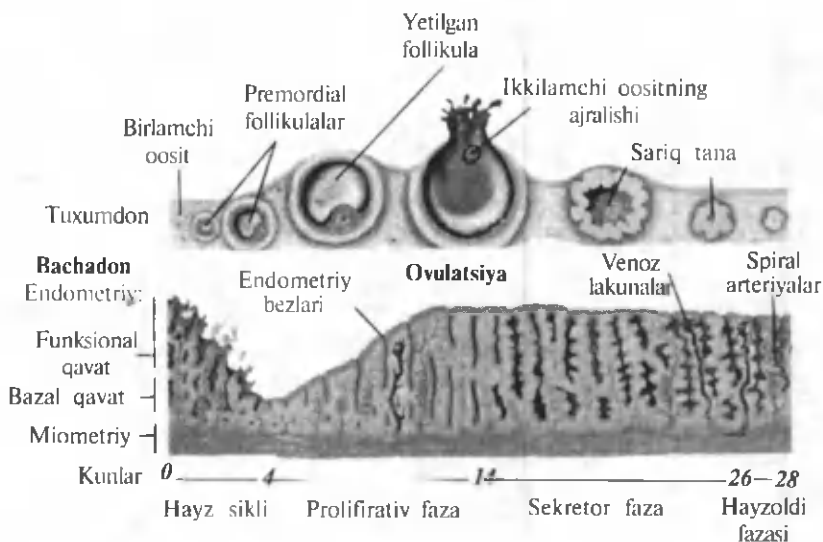
Hayz sikli fiziologik jarayon bo'lib, bu sikl oxirgi hayzning birinchi kunidan to keyingi hayzning boshlanish kunigachadir. Hozirgi tushunchalarga asosan hayz sikli kechishida 5 ta bosqich farqlanadi: 1) bosh miya po'stlog'i; 2) gipotalamus; 3) gipofiz; 4) jinsiy bezlar; 5) periferik a'zolar (bachadon, bachadon naychalari, qin).

Birinchi — oliy bosqichga bosh miya po'stlog'i va ekstragipotalamik serebral tuzilmalar (limbik tizim, gippokamp, bodomsimon tana) kiradi.

Bosh miya po'stlog'i — hayz siklini boshqarish va tartibga solish vazifasini bajaradi. Bosh miya orqali tashqaridagi ta'sirotlar nerv tizimining pastdagi hayz siklida ishtirok etuvchi bo'limlarga uzatiladi.

Tajriba va klinik kuzatuvlar shuni ko'rsatadiki, asabiy holatlarda jinsiy a'zolar tizimlarida bir qator o'zgarishlar bo'lib, hayz siklining holati va tartibi izdan chiqadi. Ammo hozir ham bosh miya po'stlog'ida yoki uning biror qismida hayz siklini boshqaruvchi markaz aniqlanmagan.

Ikkinchi bosqich — gipotalamus, oraliq miyaning bo'limi bo'lib, bir qator o'tkazuvchi nerv tolalari (aksonlar) tufayli bosh miyaning turli bo'limlari bilan bog'liq bo'ladi. Shunga ko'ra u markaziy nerv tizimining hayz siklini boshqarishda ham ishtirok etadi. Gipotalamusda barcha periferik gormonlar uchun, shular qatorida tuxumdonlar uchun ham retseptorlar bor. Demak, gipotalamus organizmga atrof-muhitdan uzatiladigan impulslarning bir-biri bilan muloqot qilishini ta'minlaydi. Shu bilan bir qatorda, u ichki sekretiya bezlarining faoliyatida ham ishtirok etadi. Gipotalamusda stimullovchi (liberinlar) va bloklovchi (statinlar) gormonlar ishlab chiqariladi. Shular qatorida folliberin va lutiberin gipofizga ta'sir qiladigan gonadotropinrelizing gormon (GnRG), luteinlovchi relizing gormon (LGRG) ishlab chiqariladi.



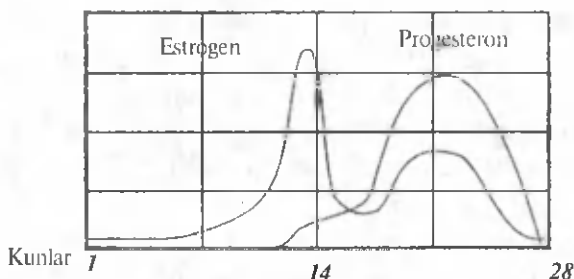
7-rasm. Hayz sikli.

Gipofiz gipotalamus bilan murakkab anatomik faoliyati jihatidan murakkab bog'langan bo'lib, uchinchi bosqichni tashkil qiladi.

Gipofiz old bo'lagining faoliyati gipotalamusdan ajraladigan neyrogormonal sekretiya ta'sirida nazorat qilinadi. Gipofizning old bo'lagi *adenogipofiz*, orqa bo'lagi esa *neyrogipofiz* deb yuritiladi. Adenogipofizda asosiy 6 ta gormon ishlab chiqiladi: follikulaning yetilishini ta'minlovchi follikula stimullovchi gormon (FSG), sariq tana taraqqiyotini ta'minlaydigan luteinlovchi gormon (LG), luteinotrop gormon (LTG), somatotrop (STG), tireotrop (TTG) va adrenokortikotrop (AKTG) gormonlar.

Hayz siklini boshqarishning to'rtinchi bosqichiga periferik endokrin a'zolar kiradi (tuxumdon, buyrakusti bezi va qalqonsimon bez).

Tuxumdon jinsiy bez bo'lib, ikkita asosiy vazifani bajaradi: 1) follikulalarning siklik ravishda taraqqiyoti — ovulatsiyasi; yetilgan tuxum hujayrasi ajraladi; 2) tuxumdon ikki xil jinsiy gormon: estrogen va progesteron ishlab chiqaradi. Undan tashqari qisman erkaklar gormoni — androgenlar ham ishlab chiqaradi (8-rasmga qarang).



8-rasm. Hayz siklida tuxumdon gormonlari konsentrasiyasining grafik ko'rinishi.

Tuxumdonda dastlab follikula yetila boradi. Bu jarayon FSG va LG gormonlari hamda oksitosinning reflektor ta'siri va follikula devoriga proteolitik fermentlarning ta'sirida follikula qorin bo'shlig'iga yoriladi, ya'ni yetilgan tuxum hujayra qorin bo'shlig'iga chiqadi.

Demak, birlamchi follikula 3 ta: regeneratsiya, yetilish va ovulatsiya bosqichlarini bosib o'tadi. Follikulaning eng yetilgan, yorilishga tayyorlangan holati *Graaf pufakchalari* deb ataladi va shundan keyin ovulatsiya ro'y beradi. Ovulatsiyadan keyin yorilgan follikula o'rnida yangi tana, ya'ni sariq tana vujudga keladi (7-rasm). Sariq tananing shakllanishi va taraqqiy etish jarayonida donador hujayralar ko'payadi va tuxumdonning mezenxima stromasi qon tomirlari bilan birgalikda rivojlanadi.

Sariq tana quyidagi bosqichlarni bosib o'tadi:

1-bosqich — proliferatsiya; 2-bosqich — qon-tomirlar bilan ta'minlanish bosqichi, 3-bosqich — gullash bosqichi, 4-bosqich — sariq tananing so'nish bosqichi.

Hayz siklida bachadon shilliq pardasida quyidagicha o'zgarishlar yuz beradi.

Bachadon shilliq pardasi (endometriy) ikki: *bazal* va *funksional* qavatlardan iborat.

Hayz bachadon shilliq pardasining deskvamatsiya bosqichi bilan boshlanadi va 3—4 kun davom etadi. Bu fazada bez yo'llaridagi epiteliy asta-sekin halok bo'ladi, shilliq qavat qisman eriydi (autoliz), qisman parchalanib va yana qisman fagositoz natijasida shilliq qavatning ustki spongioz qavati

ko'chib tushadi. Bazal qismi yaqinidagi bir qismi saqlanib qoladi. Bazal qavatlari yuzasidagi ko'chgan spongioz qavat o'rnida qolgan yara yuzasidan qon ketadi. Deskvamatsiya bilan birga, regeneratsiya boshlanadi, hayz qoni to'xtab bachadon shilliq pardasida qayta qurish (bitish), ya'ni regeneratsiya jarayoni va sikl boshlanadi.

Hayz qoni tamom bo'lganidan keyin bachadonning yupqa bazal qavatidan shilliq qavat tez o'sa boradi, bunda 4—5 kun davomida uning qalinligi 4 martagacha oshadi. Shilliq qavatning faqat o'zi qalinlashib qolmay, balki bag'rida joylashgan bezlar ham uzunlashib kattalashadi va burma shaklini oladi, ammo bez epiteliysi yetarli darajada kattalashib uzun tortishiga qaramasdan sekret ajratmaydi. Shunga ko'ra bez bo'shliqlarida hali suyuqlik bo'lmaydi. Bachadon shilliq pardasidagi bunday o'zgarishlar *proliferatsiya* bosqichi deyiladi. Hayz siklining 13—15- kunlarida bu fazaning yetilgan davri bo'ladi. Shundan keyin epiteliy hujayralarida sekretsia ajralishining dastlabki belgilari kuzatiladi.

Bu faza endometriyda *sekret ajratish* bosqichi deyiladi. 16-kundan boshlab, bez epiteliysi yadrosida bo'linish jarayoni to'xtaydi. Hujayralar bo'yiga uzunlashadi, ancha yiriklashadi, suyuqlik (sekret) bilan to'lishadi. Parmaga o'xshagan bezlar yana ko'proq egri-bugri bo'lib qoladi. 19—20 kunlarda silindrsimon epiteliy uzunlashib arrasimon shaklga kiradi, bez bo'shlig'i tomonga ko'proq o'sadi. Shilliq qavat qalinlashgan, xuddi homiladorlikdagi desidual hujayralarga o'xshab ketadi.

Shilliq qavatdagi hujayralar shishib kattalashadi. Bunda shilliq to'qimasi 3 qavat bo'lib, *kompakt, spongioz va bazal* qismlarga bo'linadi. Sekretor fazaning oxirini hayz ko'risholdi, homiladorlikning boshlanisholdi deb hisoblasa bo'ladi.

Hayz siklining birinchi yarmida ovulyatsiyadan oldin, proliferatsiya fazasida tuxumdonda rivojlanayotgan follikuladan ajralgan estrogen gormoni asosiy vazifani bajaradi. Bu gormon follikulning ichki qavatidan ajraladi. Ovulatsiyadan so'ng sariq tana gormoni (progesteron) bachadon shilliq pardasida sekretor suyuqlik chiqishiga imkon beradi va bachadon shilliq pardasini homiladorlikka tayyorlaydi. Bunda faqat sekretsiyaga ta'sir qilibgina qolmasdan, balki yuzada joylashgan bezlarda glikogen ajralishiga ham imkon tug'iladi.

Agar ayol homilador bo'lmasa, hayz ko'radi, bunda bachadonning qisqarishi kuchayadi, chunki ayol organizmida progesteron kamayib ketadi, esterogenlar miqdori oshadi. Bachadonning qisqarishi natijasida bachadondan hayz qonining ajralib chiqishi ta'minlanadi.

Ba'zi ayollarda hayz sikli ovulatsiyasiz kechadi. Buni *ovulatsiyasiz sikl* deyiladi. Ovulyatsiani aniqlashda turli ginekologik tekshirishlardan tashqari, bachadon shilliq qavati qirib olinganda unda sekretiya chiqarish fazasi bo'lmay, faqat proliferatsiya fazasi ko'rinsa, bu holat ovulatsiya bo'lmaganiga dalil bo'ladi. Bunday holatda ayollar homilador bo'la olmaydilar. Bundan tashqari, bir qator ginekologik tekshirishlar (to'g'ri ichak harorati, bazal haroratni o'lchash, bachadon bo'ynidan ajralgan shilliqning cho'ziluvchanligi, kristallga aylanishi va boshqalar) yordamida ham tuxumdon faoliyati aniqlanadi.

3-BOB. GINEKOLOGIK BEMORLARNI SUBYEKTIV TEKSHIRISH USULLARI

Anamnez

Har bir kasallik diagnostikasida anamnezning ahamiyati ayniqsa katta.

Batafsil to'plangan anamnezga va bemor umrining kasallikdan oldingi tarixini hisobga olgan holda, kasallik patogenezini aniqlashga alohida ahamiyat beriladi.

Shuning uchun ham odam organizmi kasalliklarining alohida bir holida kasallangan organizmning, umrining o'ziga xos barcha xususiyatlarini ham hisobga olish kerak.

Ginekologik bemorni tekshirishga kirishishdan avval anamnez to'play bilish kerak. To'g'ri to'plangan anamnez kasallikning kelib chiqish sababini tezda oydinlashtirib beradi. Masalan, temperaturasi ko'tarilgan, qornining pastki qismi qattiq og'riyotgan, yiringli oqmalar paydo bo'lgan bemor bachadon ortiqlari tekshirilgan paytda qattiq og'riq sezadi. Ayni vaqtda bachadon ortiqlarining kattalashganligi ham aniqlanadi. Bemordan so'ralganda jinsiy hayot boshlaganidan

keyin tez orada kasallanganligini, dastlab siydik chiqarish vaqtida qattiq og'riq turishini, keyin oqchil (beli) kela boshlaganini aytadi. Bunda bemorda so'zak bor deb gumon qilinadi.

Ba'zan anamnezni ma'lum sabablarga ko'ra (bemor o'zidan ketib qolgan, behush va sh.k.) bemorning o'zidan to'plab bo'lmaydi. Masalan, behush yotgan bemor tekshirilganida tomirining qo'lga arang unnashi, tomirining tez-tez urayotganligi, teri va shilliq pardalarining umuman rangsizligi, qo'l-oyoqlarining sovuqligi, yuza nafas olayotganligi aniqlanadi, bemor savollarga javob qaytarmaydi. Bunday hollarda bemorning yaqinlari yoki tevarak-atrofdagilardan so'rashga to'g'ri keladi.

Mukammal anamnez to'plash uchun muayyan sxemadan, anamnezni to'plash rejasidan foydalangan ma'qul.

Bemor stasionarga keltirilganda uning kelgan vaqti, qayd daftaridagi nomeri, familiyasi, ismi, otasining ismi, tug'ilgan joyi, millati, yoshi, kasbi va qiladigan ishi kasallik tarixiga yozib qo'yiladi. So'ngra dastlab, bemorni tibbiy yordamga majbur etgan shikoyatlari aniqlanadi.

Bemorning asosiy shikoyatlari aniqlangandan keyin anamnez quyidagi tartibda to'planadi.

Bemorning yoshi

Ginekologik kasalliklar diagnostikasida yoshning ahamiyati katta. Ayollarning yoshiga qarab jinsiy apparati turlicha ishlaydi. Muayyan yoshdagi ayol uchun tamomila normal bo'lgan holat boshqa yoshdagi ayol uchun ba'zan jiddiy kasallik belgisi bo'lishi mumkin. Bundan tashqari, bir qancha ginekologik kasalliklar reproduktiv davrida kamroq, keksalik davrida esa ko'proq uchraydi. Ba'zan bir xil kasalliklarning o'zi turli yoshda klinik belgilar bilan farq qiladi va turlicha davo usullarini talab etadi. Masalan, reproduktiv davrida bachadon fibromiomasini bilan og'riq bemor rentgen nurlari bilan davolanmaydi (chunki rentgen nurlari tuxumdonning follikular apparatini yemirib yuboradi), keksalik davrida esa, aksincha, bachadon fibromiomasini operatsiya qilgandan ko'ra unga rentgen nurlari bilan davo qilgan ma'qulroq.

Mehnat va turmush sharoitining ta'siri

Ayolning jismoniy mehnat bilan shug'ullanishi o'zicha kasallikka sabab bo'lolmaydi, faqat noqulay mehnat sharoiti va zarur profilaktika tadbirlarining amalga oshirilmasl原因 ginekologik kasalliklar kelib chiqishida katta rol o'ynaydi.

Jismoniy mehnat bilan shug'ullanadigan ayollarda qin va bachadon devorlarining osilib tushishi kabi kasalliklar tez avj oladi, lekin jismoniy mehnatga o'rganmaganlik, tug'uruq vaqtida chanoq tubining shikastlanish holatlari kasalliklarning oson avj olishiga imkon beradi.

Profilaktika tadbirlarini ishlab chiqishda ish vaqti, uning jadalligi, ishning bir xilligi, ish paytida gavdaning noqulay vaziyati, masalan, uzoq vaqt o'tirib, tik turib ishlash e'tiborga olinadi.

Turmushda umumiy va shaxsiy gigiyena qoidalariga rioya qilmaslik, badan tozaligi uchun ishlatiladigan parvarish buyumlaridan hammaning foydalanishi bir qancha kasalliklarning, ayniqsa, yallig'lanishga xos kasalliklarning kelib chiqishiga sabab bo'ladi.

Bemorning shikoyatlari

Bemor shikoyatlarini tinglayotgan paytda, dastlab uning markaziy nerv sistemasi funksiyasining buzilishiga taalluqli savollarga javob olinadi.

Anamnez to'plashda kasallikning qachon va qanday boshlanganligini aniqlash bilangina kifoyalanmay, mazkur kasallikning bemor hayotidagi qanday bo'lmasin ko'ngilsiz hodisalar, masalan, biror ruhiy shikastlanish, og'ir kechinmalar yoki ilgari boshdan kechirilgan qandaydir kasalliklar tufayli boshlanganligini ham aniqlash muhim ahamiyatga ega.

Shundan so'ng kasallikning belgilarini aniqlashga kirishiladi. Ya'ni bemor asab sistemasining holati serzardaligi, mudroq bosishi yoki aksincha uyqusizligi va h.k., o'z kasaliga munosabatini (ma'yus, ruhi tushgan, qilinadigan operatsiyadan cho'chiydi va h.k.) aniqlab olinadi.

So'ngra bemorda og'riq sezgilari borligini (og'riq xarakteri, lokalizatsiyasi), jinsiy a'zolardan kelayotgan shilliqsimon suyuqlik umumiy xarakterdagi belgilar: bosh aylanishi, junjish,

temperatura ko'tarilishi, a'zolar funksiyasining buzilishdan shikoyatlar bor-yo'qligi anqlanadi.

Og'riq. Og'riqlar har xil joyda bo'ladi. *Bachadon* va *qovuqdagi* yallig'lanish jarayonlarida og'riqlar odatda qorinning pastki qismida, o'rta chiziq bo'ylab joylashadi, *bachadon ortiqlarining* kasalligida qorin pastki qismining yon tomonlarida og'riq seziladi; *bachadon retrofleksiyasida*, *parametriy orqa bo'limlarining yallig'lanishida*, *perimetritda* dumg'aza va bel sohasi og'riydi. Ammo *chanoq a'zolarining* kasalliklarida og'riq qorinning yuqori bo'limlariga, orqaga, ko'krakka, ikki songa tarqalishi mumkin. Bular irradiatsiyalangan, ya'ni aks etgan og'riqlar deyiladi. Og'riq o'z xarakteriga ko'ra, damba-dam tutadigan (yoki spazmatik), g'ijimlovchi, sanchib turadigan, kesuvchi, o'q kabi otiluvchi va timdalovchi og'riqlarga bo'linadi.

Dam-badam tutib turuvchi og'riqlar, odatda, chanoq a'zolari bilan qorin bo'shlig'idagi a'zolar silliq mushaklarining qisqarishidan kelib chiqadi. Masalan, homila tuxumining qoldiqlari, qon laxtalari, shilliq parda ostidagi fibromatoz tugunlar bachadonda tutilib qolib, ta'sir etishi natijasida bachadon qisqarganida, bachadondan tashqaridagi homiladorlik bachadon nayidagi abort tipida o'tib bachadon nayining muskulli devori qisqarganida, dam-badam qovuq yo'li (uretera) ga tosh kelganida va ichak kasalliklarida ham dam-badam (spazmatik) og'riq tutishi mumkin.

Bachadon noto'g'ri joylashganda, chanoq a'zolari o'rnidan siljiganida, kichik chanoq a'zolarida qon dimlanishidan giperemiya ro'y berganda (ayniqsa, tuxumdon venoz chigillari-ning giperemiyasida), tuxumdon ortiqlari va chanoq klet-chatkasidagi surunkali yallig'lanish jarayonlarida, zararsiz (illatsiz) o'smalar nerv tutamlari yoki nerv oxirlarini qisib qo'yganda **g'ijimlovchi og'riq** seziladi.

Yallig'lanish eksudati qorin pardasiga ta'sir etganida yoki bachadondan tashqaridagi homiladorlik tufayli qorin bo'shlig'iga qon quyilganida **sanchiqli** va **kesuvchi og'riqlar** paydo bo'ladi. Bachadondan tashqaridagi homiladorlikda qorin bo'shlig'iga qon quyilganida og'riq ko'pincha o'mrov va kurak suyaklariga o'tadi (**o'q kabi otiluvchi og'riqlar**).

Chanoq a'zolari rakining o'tib ketgan xillarida **timdalovchi**

og'riq seziladi. Bu *og'riq* aksari juda kuchli bo'lib, ancha uzoq davom etadi.

Og'riqlarning jadalligi, odatda, yallig'lanish jarayonining jadalligiga bog'liq bo'ladi. O'tkir yallig'lanish jarayonlarida, ayniqsa, qorin pardasi yallig'langanda o'tkir, chidab bo'lmaydigan og'riq bo'ladi. Yallig'lanish jarayoni o'tgan sari og'riq ham kamayadi.

Oqchil (beli). Ayol jinsiy a'zolarining kasalliklarida bemorlar ko'pincha qindan oqchil suyuqlik (*fluor*) oqayotganidan shikoyat qiladilar. Bu ajralma (oqma) shilimshiq, seroz-shilimshiq, shilimshiq-yiringli va yiringsiz bo'lishi mumkin. Sog'lom ayol qinidan aksari ozgina sarg'imtir suyuqlik chiqib turadi. Jinsiy a'zolar normal holatda bo'lsa, ayol buni sezmaydi. Patologik holatlarda shilliq pardalar sekretsiyasi haddan tashqari kuchayganda, oqchil paydo bo'ladi.

Oqchil, odatda, jinsiy a'zolarining kasallanishi natijasi bo'lib, tashxis qo'yishni osonlashtiradigan belgilardan biri hisoblanadi. Masalan, servikal kanal (bachadon bo'yni kanali) shilliq pardasining yallig'lanishi bilan davom etadigan kasalliklarda oqchil quyuuq, cho'ziluvchan, loyqa shilimshiq tusini oladi; oqchil bachadon tanasidan kelayotgan bo'lsa, sersuv chiqindi tusida bo'ladi. Jinsiy a'zolarining biron bo'limidagi yallig'lanish jarayonlarida ko'pgina yallig'lanish ekssudati paydo bo'ladi, bu ekssudat qonning shakliy elementlari (yiring tanachalari) aralashgan qon zardobidan iborat bo'lsa, oqchil yiring aralash sarg'ish yashil tusi bilan ajralib turadi.

Bachadon noto'g'ri joylashganda chanoqda qon dimlanishi mumkin va bunda yurak kasalliklari sababli qon aylanishi buziladi. Surunkali ich qotishi oqibatida ham ajraladigan suyuqlik miqdori ortishi mumkin. Homiladorlik normal o'tayotganda, ko'pincha, ko'p ajralma keladi. Bu ajralma ko'chgan yuza — epiteliy aralashganligi tufayli quyuuq holatda bo'ladi.

Infantilizm, nerv kasalliklari ham oqchil chiqishiga sabab bo'ladi. Yallig'lanish bilan davom etadigan kasalliklardan har xil o'smalar, ayniqsa, yomon sifatli (illatli) o'smalar paydo bo'lganda ham hamisha oqchil keladi. Oqchil, ko'pincha jiddiy kasalliklarning birdan bir belgisi bo'lishi mumkin. Bachadon

rakida oqchilga ko'pincha qon aralashgan bo'ladi, o'sma taraqqiy etgan sayin, o'sma parchalanganda va nekroz hosil bo'lganda oqchil badbo'y hidli bo'ladi.

Siydik a'zolarining funksiyasi

Ayolning jinsiy a'zolari anatomik jihatdan qovuqqa va siydik chiqarish kanaliga yaqin joylashgan ginekologik bemorlarda ko'pincha siydik chiqarish turli xilda buziladi: tez-tez siygisi qistaydi, siydik tutolmaydi yoki aksincha, siydik ushlanib qoladi, nihoyat, siydik chiqarishning boshida yoki oxirida og'riq turishi mumkin.

Qinning old devori osilib tushganda (aksari bunda qovuqning devori ham qatnashadi), noto'g'ri joylashgan bachadon qovuqqa ta'sir etganda, ya'ni qovuq devorini qisganda, odam tez-tez siygisi keladi; tuxumdon va bachadon o'smalari, siydik chiqarish kanali va qovuqning yallig'lanish holatlarida ham shunday belgilar paydo bo'ladi.

Siydik-tanosil yo'llari, asosan, qovuq-qin oqmalarida ko'pincha siydik tutib bo'lmaydi. Ba'zi bemorlar siydigi qin orqali beixtiyor chiqib ketadi, ayni vaqtda qovug'ini bemalol bo'shataveradi ham. Bu siydik yo'llari (uretralar) dan birida oqma borligini bildiradi.

Qin tamomila tashqariga chiqib qolganda siydik ushlanib qoladi. Ba'zi bemorlar qinni joyiga k'rgizib qo'rganlaridan keyingina qovug'ini bo'shata oladilar. Bachadon devorlarida miomatoz tugunlar va kichik chanoqdagi jinsiy a'zolarining boshqa o'smalari bo'lganda orqaga egilgan bachadon qisilib, siydik ushlanib qolishi nihoyasiga yetadi.

Ginekologik kasalliklar jinsiy a'zoldan qovuqqa tarqaladi va siydik chiqarish funksiyasining turli tarzda buzilishiga sabab bo'ladi. Ayol jinsiy a'zolarining yomon sifatli o'smalari (rak) qovuqqa ham o'tib, uning funksiyasini buzadi. Yallig'lanish bilan davom etadigan kasalliklarda jinsiy a'zolar ham, siydik chiqarish apparati ham baravar zararlanishi mumkin. Masalan, ayolga so'zak yuqqanda qinga ham, uretraga ham infeksiya bir vaqtda o'tadi — siydik chiqarishning boshida achishish va keskin og'riq seziladi (uretrit belgilari). Yuqoridagi belgilar jinsiy hayot boshlangandan keyin yuzaga chiqishi so'zak kasalligi borligini ko'rsatadi.

Ichak funksiyasi

Ginekologik bemorlar qator hollarda defekatsiya akti buzilganligidan, ko'pincha ichlari qotayotganligidan shikoyat qiladilar. Ich qotishining sabablari har xil. Hojat vaqtida og'riq zo'rayganida bemorlar ko'pincha, masalan, chanoq a'zolarining yallig'lanish jarayonlarida ich keltirmaslikka harakat qiladilar. Kichik chanoq a'zolarining yallig'lanishi kasalliklari tufayli uzoq vaqt o'rinda yotish sababli ichak atoniyasi kelib chiqadi, bu esa ba'zan ich qotishiga sabab bo'ladi.

Bemorlar Duglas bo'shlig'ida yallig'lanish eksudati ancha to'planganda to'g'ri ichakda tez-tez tenezmlar paydo bo'lib, og'riq turishidan shikoyat qiladilar. Duglas bo'shlig'ida xaltali absesslar paydo bo'lib, to'g'ri ichakka ochiladigan bo'lsa, to'g'ri ichak shilliq pardasi bunga javoban bir talay shilimshiq chiqarish bilan reaksiya ko'rsatadi. Bemorlar buni ko'pincha „ichim ketdi“ deb o'ylaydilar. Og'ir septik jarayonlar va peritonitlar, holdan toydiruvchi ich ketishi bilan davom etadi.

Bolalik davri

Bolalik davriga doir ma'lumotlarni to'plaganda bemorning bolalik davri qanday sharoitda o'tganligini, qanday kasalliklar bilan og'riganligini aniqlash, difteriya, skarlatina, ich terlama, qaytalovchi tif va tepkili terlama kabi infeksiyalarga alohida e'tibor berish zarur. Bu infeksiyalar ba'zan chuqur iz qoldirib, jinsiy a'zolarining rivojlanishi va funksiyasini buzadi.

Balog'atga yetish davri va hayz xarakteri. Shimoliy mintaqalarda qizlar 14—16 yoshda hayz ko'ra boshlaydi, hayz ko'rish odatda 43—48 yoshda tugaydi. Janubiy mintaqalarda qizlar ertaroq 12—13 yoshda hayz ko'ra boshlaydilar. Odatda qiz bolalar har 28 kunda hayz ko'radi (21—30 kunda hayz ko'rish normal hisoblanadi), hayz 3—5 kun davom etadi. Hayz qoni dastlab kam, odatda ikkinchi va uchinchi kuni qon ko'proq ketadi, so'ngra yana kamayib, tugaydi. Hayz qoni to'q rangli bo'lib, ivimaydi (chunki bachadon bo'ynining sekreti aralashgan bo'ladi). Har qanday patologik qon ketishida jinsiy a'zoldan chiqadigan qon ivib qoladi.

Normal hayz ko'rishda kasallik sezgilari paydo bo'lmasligi

kerak, lekin ba'zi ayollar qornining pastida og'riq sezishi, boshi og'rish mumkin. Yana shuni qayd qilish kerak:

— hayz tipi birdaniga tayin bo'lmasligi, ya'ni birinchi hayzdan keyin bir qadar uzoqroq (bir necha oygacha) vaqt o'tishi mumkin;

— hayz ko'rish xarakteri umr bo'yi o'zgarishi mumkin, masalan, jinsiy hayot boshlangach, tug'uruqdan keyin.

Ayollarning hayz funksiyasini aniqlaganda, quyidagi savollarga javob olish zarur:

1. Hayz ko'rish necha yoshda boshlangan va odatdagi tipi qachon tayin bo'lgan?

2. Hayz qancha vaqtdan keyin takrorlanadi va necha kun davom etadi?

3. Hayz ko'rganda qancha (kam, o'rtacha, ko'p) qon ketadi?

4. Qon laxtalari ko'rinadimi va bu laxtalar qachon paydo bo'ladi?

5. Hayz ko'rishda og'riq seziladimi, qachon seziladi? Hayz ko'rishdan ilgari, hayz ko'rish kunlarida yoki hayz ko'rishdan keyinmi, og'riq xarakteri qanday?

6. So'nggi hayz ko'rish qachon boshlangan va qachon tamom bo'lgan?

Anamnez to'plashda ba'zan hayz ko'rishdan ilgari yoki hayz ko'rish kunlarida tana temperaturasining ko'tarilishi kuzatiladi. Siydik-tanosil a'zolari: bachadon naylari, tuxumdon, chanoqning qorin pardasi yoki chanoq kletchatkasida yallig'lanish jarayoni bosilmasdan davom etayotgan ayollar hayzi isitma bilan bo'ladi.

Jinsiy hayot

Ayolning hayz funksiyasi bilan tanishgach, uning jinsiy hayotda bo'lganligi surishtiriladi. Agar jinsiy hayotda bo'lgan bo'lsa, qaysi yoshdan boshlanganligi, muntazam yoki onda-sonda yashaganligi, jinsiy aloqalarning normal yoki boshqacha o'tganligi surishtiriladi. Jinsiy a'zolarida yallig'lanish jarayonlari ko'pincha jinsiy hayot kechiruvchi ayollarda paydo bo'ladi. Jinsiy aloqada qon kelishini bilish muhim ahamiyatga ega, bachadon bo'ynida eroziya borligi ham qon ketishiga sabab bo'ladi. Bachadon bo'yni raki ba'zan qon ketishining birdan bir belgisi bo'lishi mumkin.

Bachadon ortiqlarida va parametriyda yallig'lanish bo'lsa, jinsiy aloqada og'riq seziladi va infantilizmni ko'rsatadi. Infantilizm boshqa jinsiy a'zolar bilan birga qin ham yetilmagan bo'ladi. Vaginizm yoki oraliq muskullarning spazmi, shuningdek, qinning keskin torayishi va bitib qolishi yoki qinning butunlay bo'lmasligi aloqa qila olmaslikka sabab bo'ladi.

Homiladorlik va uning qanday o'tganligi to'g'risidagi ma'lumotlar

Homiladorlik, tug'uruq va chilla (tug'uruqdan keyingi) davrida biron-bir kasallik bilan og'rish ginekologik kasalliklarga sabab bo'lishi mumkin.

Bemor hayotining shu davriga taalluqli savollar quyidagilardan iborat:

1. Ayol necha marta homilador bo'lgan?
2. Jinsiy hayot boshlaganidan keyin birinchi marta qachon bo'yida bo'lgan?
3. Homiladorlik va tug'uruq davri qanday o'tgan?
4. Qayerda (uyida, kasalxonada) tug'gan?
5. Tug'uruq vaqtida operativ yordam ko'rsatilganmi?
6. Chillasi qanday o'tgan?

Ayolning tug'maganligiga bir qancha kasalliklar (jinsiy a'zolarining yetilmaganligi, tug'ma atreziyalar, bachadonning noto'g'ri joylashganligi, boshidan kechirgan yallig'lanish jaryonlari va h.k.) sabab bo'lishi mumkin.

Bitta tug'gandan keyin tug'maydigan bo'lib qolish ayolning so'zak bilan og'rishi oqibati bo'lishi mumkin. Jinsiy hayot boshlaganidan keyin so'zak bilan og'rigan ayol homilador bo'lsa, so'zak infeksiyasi jinsiy apparatning ichkari bo'limlariga hali zarar yetkazmagan bo'ladi. Bachadon bo'shlig'i homila tuxumi bilan band bo'lgan vaqtda infeksiyaning ilgarilama harakati to'xtaydi, ammo tug'uruqdan keyin so'zak infeksiyasining bachadon bo'shlig'iga kirishi uchun yo'l ochiladi — ko'tariluvchi so'zak deb nomlanuvchi kasallik avj oladi.

Jami homiladorlikdan nechtasida bola tushirilganligi, nechtasida esa bola o'z-o'zidan tushganligini aniqlash ham muhim, chunki bola tushirtirish (ayniqsa, sun'iy abort) bir qancha ginekologik kasalliklarga sabab bo'ladi. Ayni vaqtda bachadonning yetilmaganligi, zaxm, bachadon shilliq pardasining yallig'lanishi, fibromiomalar va shunga o'xshash

kasalliklar bolaning o'z-o'zidan tushishiga (spontan abortga) sabab bo'ladi. Bachadon yetilmaganda birinchi homiladorlik odatda bola tushishi bilan tugaydi, takror homiladorlik esa bolaning yetilib tug'ilishi bilan nihoyasiga yetadi.

Chilla davri qanday o'tganligini bilish uchun bemorning tana harorati, isitma qancha davom etganini, qancha vaqt qon ketganini, tug'uruqdan keyin qachon o'rnidan turganini aniqlash zarur. So'ngra bemorning bola emizganligi, bo'yida bo'lishdan saqlaydigan dorilardan foydalanganligini aniqlash kerak.

Nihoyat, bemor bu kasalligining ilgari og'rigan kasalliklari bilan bog'lanishini aniqlash uchun avval boshidan o'tkazgan kasalliklar qanday avj olganligini aniqlash, shuningdek, avvalgi kasallikka qilingan davo usuli boshidan kechirgan hamma operatsiyalar, surishtiriladi.

GINEKOLOGIK BEMORLARNI OBYEKTIV TEKSHIRISH

Bemorning umumiy ahvoli

Anamnestik ma'lumotlar to'plangandan so'ng bemorni obyektiv tekshirishga kirishiladi. Bemor ayol organizmi bir butun ekanligini doimo esda tutish lozim. Shuning uchun uning umumiy qiyofasi, yurish-turishi, teri va teriosti kletchatkasining holatiga ham ahamiyat beriladi. Nerv va yurak-qon tomir sistemalari, nafas a'zolarining holati ginekologik kasalliklarga tashxis qo'yish va davolashda katta ahamiyatga ega.

Bemor terisi va shilliq pardalarining rangsizligi (ko'p qon ketishidan), pulsi, nafas olishi, reaksiyalarining susayganligi (kollaps) ni e'tiborga olib, kichik chanoq a'zolarini tekshirish bilan kifoyalanilmaydi.

Bemorning umumiy ahvolini (uzoq vaqt qon ketishi natijasida kelib chiqqan kamqonlik, ozg'inlik) ko'zdan kechirib bachadon rakining o'tib ketgan xili deb tashxis qo'yib bo'lmaydi, chunki bemorni ba'zan davolash mumkin. Bachadon ortiqlarining siliga gumon tug'ilganda o'pka yoki bezlar silini aniqlash, bachadon bo'yni zahmdan zararlanganiga gumon tug'ilganda, bachadon bo'ynidagi leykoderma va toshmani aniqlash juda muhimdir.

Ginekologik bemorlarni tekshirish sharoitlari

Ginekologik bemorlar kasalxona sharoitida tekshirilishi kerak.

Poliklinika va statsionarlarda bemorni tekshirish uchun oddiy konstruksiyadagi ginekologik kreslodan foydalanish mumkin. Bunday stolda ba'zi ginekologik operatsiyalar, masalan, bachadonni qirish, bachadon bo'ynini biopsiya qilish ishlari bajariladi (9, 10-rasmlar).

Tekshirish uchun qo'lni tayyorlash

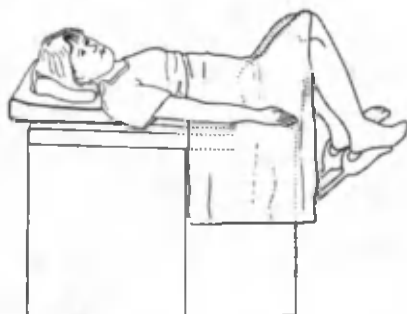
Bemorni tekshirayotgan paytda unga infeksiya kirmaydigan sharoit vujudga keltirish lozim. Bemorlarni tekshirishdan oldin qo'l qoida bo'yicha yuviladi va dezinfeksiya qilingan rezina qo'lqop kiyiladi. Qin orqali o'tkazilgan har bir tekshirishdan oldin qo'l sovunlab yuviladi va dezinfeksiya qilinadi. Qo'lqop kiyib tekshirganda ham qo'lni shunday dezinfeksiya qilish zarur.

Bemorni tekshirishga tayyorlash

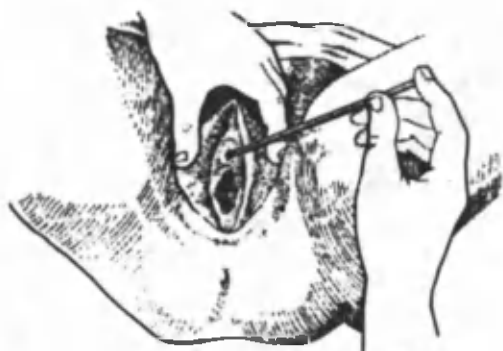
Ginekologik tekshirish uchun tashqi jinsiy a'zolar qon, yiringli ajralma yoki najas bilan ifloslangan bo'lsa, ular yuviladi. Yiringli, sassiqlik ajralmali kasalliklarda (masalan, bachadon bo'yni rakida) qin dezinfeksiyalovchi moddalarning (kaliy permanganat, furatsilin va h.k.) kuchsiz eritmasi bilan chayiladi. Bachadondagi barcha muolajalar (bachadon bo'ynini



9-rasm. Tekshirish paytida bemorning tirsaksiz stoldagi vaziyati.



10-rasm. Tekshirish paytida bemorning tirsakli stoldagi vaziyati.



11-rasm. Kateterlash.

kengaytirish, bachadonga zond kiritish, shuningdek, orqa gumbazni punksiya qilish) da tashqi jinsiy a'zolar va qin sinchiklab dezinfeksiya qilinadi.

Jinsiy a'zolarini tekshirishdan oldin bemorning qovug'ini bo'shatish buyuriladi. Kasallik xususiyatiga ko'ra

bemor o'zi siya olmasa, kateter yordamida qovuq bo'shatiladi.

Siydik yo'llari kasalliklarida siydikni yig'ib, infeksiya joylashgan qism haqida ma'lumot olish mumkin.

Kateterlash quyidagicha o'tkaziladi: qo'l yuvib dezinfeksiya qilinganidan keyin uretra teshigini bemalol ko'zdan kechirish uchun jinsiy lablar chap qo'lning bosh va o'rta barmog'i bilan keriladi. 0,1 % sulema eritmasi yoki boshqa dezinfeksiyalovchi eritmada ho'llangan paxta yordamida ikkinchi qo'l bilan uretra og'zi klitordan qin og'zigacha tozalab artiladi. Jinsiy lablarni chap qo'lda kerishni davom ettirib, o'ng qo'l bilan kateterning keng uchi (pavilyon qismi)dan ushlanadi va uning tashqi uchini barmoq bilan berkitib turib, uretraga kiritiladi. Ayollar uretrasi kalta (3—4 sm) va keng bo'lgani uchun kateter oson kiradi (11-rasm).

Kateterni ushlab turgan qo'lning bosh barmog'i bilan „pavilyon“ teshigi qisiladi. Bu amal kateterda qolgan siydikning tashqi jinsiy a'zolariga tushishiga yo'l qo'ymaydi.

Ikki qo'llab tekshirishdan oldin qovuq tekshiriladi, qovuq to'la bo'lsa, tekshirish qiyinlashadi va jinsiy a'zolarining surilishiga sabab bo'ladi.

To'g'ri ichakning pastki qismida ba'zan qattiq najas to'planadi, bu najas qin og'zini toraytiradi, qin orqali tekshirishni qiyinlashtiradi, yuqoriroqda turgan bo'lsa, o'sma degan taassurot tug'diradi. Buning oldini olish uchun to'g'ri ichakni bo'shatish zarur.

TASHQI TEKSHIRUV

Qorinni ko'zdan kechirish

Stolga zarur asboblarni taxt qilib qo'yilgandan keyin bemorga ginekologik stolga qornini va jinsiy a'zolarini ochib yotish taklif qilinadi. Avval, bemorning qorni ko'zdan kechiriladi. Qorinning shakli, katta-kichikligi, avvalgi homiladorlikdan, operatsiyalardan qolgan yamoqlariga, qorin devorlarining bo'shashganligi, qorinning dam bo'lgan-bo'lmaganligi, ichiga tortilgan-tortilmaganiga, oqma teshiklariga, yaralar, toshmalar, qorin muskullarining bir-biridan qochgan-qochmaganligiga, churra bor-yo'qligiga, venalarning kengayganligi, pigmentatsiya, kindik va junning holatiga e'tibor beriladi. Qorin bo'shlig'idagi yoki qorin devori bag'ridagi o'smalardan, shuningdek, shish, assit yoki meteorizm tufayli kelib chiqadigan do'ppayishlarga e'tibor beriladi.

Do'ppaygan joyning kattaligi va shakliga qarab bemor qanday kasallikka (ayniqsa, ozg'in ayollarda) chalinganligini aniqlash mumkin. Masalan, tuxumdonning kistasimon o'smalari ko'pincha yakka sharsimon tuzilma shaklida; bachadonning ko'p sonli fibromiomalari o'zaro bog'langan konglomerat shaklida bo'ladi. Tuxumdon kistalarida qorin, odatda, gumbaz shaklida do'ppayib chiqib turadi. Assitda qorin yon bo'limlarining simmetrik ravishda do'ppayib turishi sababli anchagina xarakterli tus oladi, assit suyuqligi ko'p to'plangan-dagina qorin shar shakliga kiradi.

Qorin bo'shlig'idagi o'smalar aktiv yoki passiv, bir yo'la ham aktiv, ham passiv surilishi mumkin. Nafas harakatlari ta'sirida diafragmaning surilishi sababli organning joyidan qo'zg'alishi *aktiv surilish* deb ataladi. Shifokorning qo'li bilan o'smaning joyidan qo'zg'alishi *passiv surilish* deb ataladi. Yomon sifatli (xavfli) o'sma katta muddatli bo'lsa, umuman siljmaydi. Jinsiy a'zolarining o'smalari odatda aktiv siljmaydi, lekin passiv ravishda siljishi mumkin (tuxumdonning uzun oyoqli kistalari va bachadonning subseroz fibromatoz tugunlari).

Ichak, charvi, me'da, qorin pardasi orqasidagi tugunlardan boshlangan o'smalarni qorin palpatsiyasida aniqlash mumkin. Differensial diagnostikada hamisha shuni nazarda tutish kerakki, jinsiy a'zoldan boshlangan o'smalar odatda kichik

chanoq bilan bog'langan bo'ladi, o'smaning yoysimon konturi qavariq tomoni bilan yuqoriga qarab turadi.

Shish qorinning, asosan, pastki bo'limlarida, tashqi jinsiy a'zolarida va oyoqda joylashadi, shu bilan birga, shish ustidagi teri xarakterli tus oladi: teri to'lishib, yaltirab turadi, barmoq bosilganda izi tushadi.

Umumiy meteorizmدا qorin umumiy sathi bir tekis do'ppayadi, ichak tutilganda qorinning bir sohasi do'ppayib chiqadi, xolos.

Diqqat bilan ko'zdan kechirilganda dam bo'lgan ichak qovuzloqlarining teridan ko'rinib turgan konturlarini aniqlash va ularning peristaltik harakatini kuzatish mumkin. Qorindagi homilaning harakatini va nihoyat, aorta pulsatsiyasini ham kuzatsa bo'ladi.

Qorinni paypaslash (*palpatsiya*)

Qorinni ko'zdan kechirib bo'lgandan keyin palpatsiyaga kirishiladi. Buning uchun ikkala qo'l kafti qorinning simmetrik joylariga qo'yiladi (12-rasm) va qo'llarni sekin-asta tekis harakatlantirib, qorin terisi, uning qalinligi, tarangligi, sezgirligi, konsistensiyasi (yumshoq-qattiqligi) va qorin to'g'ri muskullarining bir-biridan qanchalik qochganligi paypaslab



12-rasm. Qorinni ikki qo'llab paypaslash (*palpatsiya*).

bilinadi. Simmetrik joylar doimo taqqoslab turiladi. Qorinni bir qo'l bilan ham paypaslab ko'rish mumkin (13-rasm). Qo'llar iliq bo'lishi shart, aks holda bemor seskanishi, va qorin muskullari qisqarib, tekshirish qiyinlashishi mumkin. Chuqurroq palpatsiyada, qorin devorlari yumshoq bo'lganda, umurtqa pog'onasi ustida aortaning urib turishini, dumg'aza oxirini, ichakni (to'lganiga qarab) aniqlash mumkin. Chov sohasida chov limfa bezlarining kattalashganligini, churra do'ppayib turganligini, bachadon yumaloq boylamining o'smalari va venalarning varikoz kengaymalarini aniqlash mumkin. Qorinning yuqori bo'limida, qovurg'alar ostida o'ng tomonda jigar cheti, chap tomonda taloq cheti (bu a'zolar kattalashgan bo'lsa) paypaslab topiladi. Buyraklar va ichkarida yotgan o'smalarni paypaslab topish uchun qo'l bel ostiga olib boriladi (14-rasm). O'zgarmagan ichki jinsiy a'zolar qorin devorlari orqali paypaslanganda qo'lga unnamaydi.

Qorin bo'shlig'ida o'sma bo'lsa, uning yuqori va yon chegaralari, yonbosh chuqurchalari tomondagi va kichik chanoq bo'shlig'i tomondagi chegaralari, o'sma ustidagi qorin terisinnng harakatchanligi va qorin terisi ostidagi o'smaning harakatchanligi aniqlanadi. So'ngra o'smaning kattaligi, shakli va yuzasi, konsistensiyasi (zichligi, yumshoqligi, elastiklilik darajasi) aniqlanadi.

Ba'zan qorinni paypaslaganda, ayniqsa, laporatomiya dan keyin paypaslashda krepitatsiya seziladi. Bu sezgi qorin terisi osti kletchatkasiga havo kirishiga (teriosti emfizemasiga) bog'liq.



13-rasm. Qorinni bir qo'llab paypaslash.



14-rasm. Ichkaridagi o'smalarni paypaslash.

Qorin bo'shlig'ida suyuqlik borligi quyidagicha bilinadi: bir qo'l kafti qorinning yon yuzalaridan biriga tiraladi, ikkinchi qo'l qarama-qarshi tomondan qo'yilib, qoringa tiralgan qo'lga tomon zarb bilan harakatlantiriladi, shunda fluktuatsiya seziladi. Qorin devori haddan tashqari yog' bosib ketganda soxta fluktuatsiya (yog' bosgan devorning tebranishi) sezilishi mumkin.

Bemorning qornini paypaslayotib qorinning turli qismlariga qo'l bilan bosganda sezgirlik o'zgarishiga e'tibor berish zarur. Ichki jinsiy a'zolarining yallig'lanish kasalliklarida, ayniqsa, qorin pardasi yallig'lanish tomonga tortilgan bo'lsa, paypaslanganda bezillaydi. Qorin devoriga qo'l tekkizganda qorin muskullari „himoyalani“, qisqaradi.

Qorinni paypaslab, qorin bo'shlig'idagi muayyan a'zolar (masalan, o't pufagi, chualchangsimon o'simta) ning yallig'lanish jarayonlari uchun xos og'riq nuqtalar ham aniqlanadi. Chualchangsimon o'simta kasalliklarida Mak-Burney nuqtasidagi og'riqning xarakterli belgilaridan biri ekanligi ma'lum. Mak-Burney nuqtasi, o'ng yonbosh suyagining oldingi yuqori qirrasini kindik bilan birlashtiruvchi chiziqning o'rtasida bo'ladi. Appenditsitni aniqlash uchun Mak-Burney nuqtasini topa bilish juda muhim. Qorin devorining tuxumdon o'rniga mos keladigan nuqtasi qayerda ekanligini ham bilish zarur. Bu nuqta kindik Pupart boylamining o'rtasi bilan tutash-tiruvchi chiziqning o'rtadagi uchdan bir qismi bilan pastdagi uchdan bir qismi oralig'idagi chegarada joylashgan.

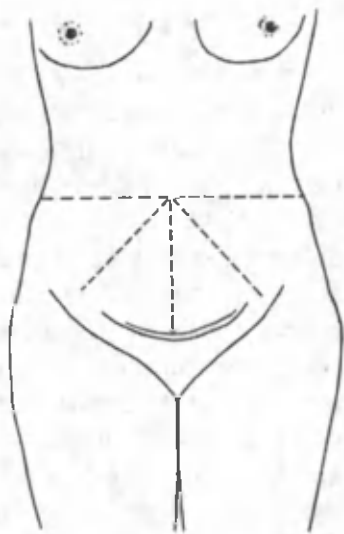
Qorinni tukillatib ko'rish (*perkussiya*)

O'smalarning konturlarini va ayrim a'zolarining chegaralarini aniq bilish uchun qorin odatda barmoqlar bilan tukillatib ko'riladi, ya'ni perkussiya usuli qo'llaniladi. Barcha o'smalar, shuningdek, parda bilan qoplangan eksudativ parametritlar bo'g'iq tovush beradi, ichak va me'da ustida esa timpanik tovush eshitiladi.

Qorin bo'shlig'ida erkin suyuqlik bo'lsa, perkussiyada qorinning o'rtasida timpanik tovush eshitiladi, qorinning ikki yonida, suyuqlik to'plangan joylarda bo'g'iq tovush chiqadi, bemor vaziyati o'zgartirilganda bo'g'iq tovush chegaralari o'zgaradi.

Qovuq to'lgan bo'lsa, perkussiyada bo'g'iq tovush eshitiladi. Shuning uchun kichik chanoq sohasini tekshirishdan oldin qovuqni bo'shatib olish kerak. Bachadondan tashqaridagi homiladorlikda qorinni perkussiya qilish diagnostika (qorin bo'shlig'ida qon to'planganligini aniqlash) uchun juda muhim ma'lumot hisoblanadi.

Qorinni tukillatib ko'rib ayol jinsiy a'zolarining o'smalarini jigar, taloq va shu kabi a'zolarining o'smalaridan ajratish mumkin. Jigar va taloq o'smalari uchun xarakterli belgi shuki, o'sma bo'lganda chiqadigan tovush shu a'zolar ustida to'g'ridan-to'g'ri chiqadigan sal bo'g'iqroq tovushga aylanadi va kichik chanoq sohasidan timpanit sohasi bilan ajralib turadi. Ayolning jinsiy a'zolaridan boshlangan o'smalardagi sal bo'g'iq tovush bevosita kichik chanoq sohasiga o'tadi. Perkussiyani 15-rasmda ko'rsatilgan yo'nalishda kindikdan boshlab qilgan ma'qul.



15-rasm. Qorinni perkussiya qilish (yo'nalishi punktir chiziq bilan ko'rsatilgan).

Qoringa quloq tutib ko'rish (*auskultatsiya*)

Qorinning kattaligi va shakliga qarab bachadonda homila (homiladorlikning keyingi muddatlarida) yoki o'sma borligini bilib bo'lmaganda, qoringa quloq solib ko'rish (*auskultatsiya* qilish) zarur. Homiladorlikda qoringa quloq solib homilaning yurak urishi, qimirlashi, bachadon shovqinlari aniqlanadi. Bachadon naylariga havo berilganda ham qoringa quloq solib ko'riladi. Bachadon naylariga havo berilganda nayning ampu-lar uchidan chiqayotgan havo shovqinini ba'zan eshitsa bo'ladi.

Umumiy peritonitda qoringa quloq solib ko'rilsa, ichak peristaltikasi to'xtab qolgani sababli ichak shovqinlarining batamom yo'qolganligi bilinadi.

Tashqi jinsiy a'zolari ko'zdan kechirish

Tashqi jinsiy a'zolari ko'zdan kechirish uchun bemor ginekologik kresloga yotqiziladi.

Dastlab bemorning qoviga e'tibor beriladi: qov shakli, teri ostidagi yog' qatlamining holati, jun xarakteri qayd qilinadi. Yo'l-yo'lakay sonning ichki yuzalari ko'zdan kechiriladi (bichilganligi, ekzema, kondiloma, varikoz tugunlar bor-yo'qligi). So'ngra katta va kichik jinsiy lablar (kattaligi, shish, yara, o'sma, varikoz tugunlar, kondilomalar bor-yo'qligi, jinsiy yoriqning yumilish darajasi, oraliq yirtilganligi, yamoqligi) va nihoyat, orqa chiqaruv teshigi sohasi (gemorroidal tugunlar, yoriqlar, kondilomalar, yaralar borligi, shilliq pardasining tashqariga chiqib qolganligi) ko'zdan kechiriladi. Keyin qin dahlizini ko'zdan kechirish maqsadida jinsiy lablar chap qo'lning bosh barmog'i va o'rta barmoq bilan keriladi (16-rasm). Bu yerda klitor (shakli, kattaligi, rivojlanish nuqsonlari), uretra tashqi teshigi shilliq pardasining holati (poliplar borligi, uretradan ajralayotgan ajrilmalar xarakteri), paraurtral yo'llar (yallig'lanish borligi, yiringli tiqilmalar), katta va kichik jinsiy lablarning ichki yuzasi (shilliq pardasining holati, pigmentatsiyasi, yaralari bor-yo'qligi), qizlik pardasi (butunligi, yirtilish shakli, yamoqlarining holati), orqa tortma (yirtilganligi, yamoqlari) ko'zdan kechiriladi.



16-rasm. Ichki tekshirishdan oldin tashqi jinsiy a'zolar va qin og'zini ko'zdan kechirish.

Qin dahliziga qizlik pardasining oldingi va tashqi tomonida Bartolini bezlarining chiqarish yo'llari ikki yoqdan ochiladi. Chiqarish yo'lining teshigini sinchiklab ko'rish kerak, ajrilmalarning xarakteri, so'zak dog'larining mavjudligi, teshik atrofining shishganligi, qizarganligiga e'tibor beriladi.

Qin dahlizining shilliq pardasini ko'zdan kechirganda shu pardaning sianoziga (ko'karganligiga) e'tibor beriladi. Sianoz chanoqda o'sma

borligini, bachadonning noto'g'ri joylashganligi tufayli qonning dimlanib qolganligini yoki homila borligini bildiradi va h.k.

Qin devorlarining pastga tushish yoki tashqariga chiqib qolish hodisalarini aniqlash uchun bemorni kuchantirish yoki yo'taltirish kerak.

Ko'zgular yordamida ko'zdan kechirish

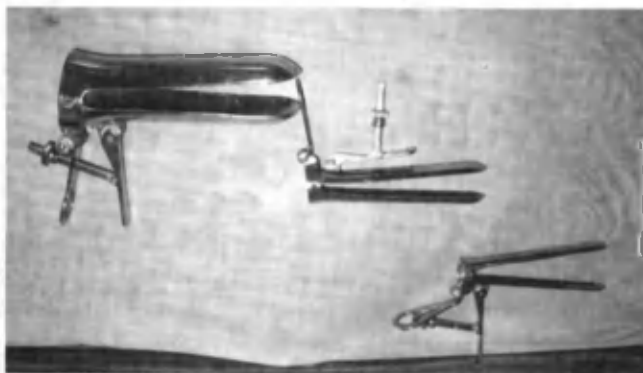
Ginekologik bemorni tashqi va ichki tekshirishdan so'ng chanoq a'zolari ko'zgular yordamida ko'zdan kechiriladi. Xavfli eroziyalar shu usulda tekshirib aniqlanishi mumkin. Qin ko'zgulari tuzilish jihatidan silindrsimon, tavaqali va qoshiqsimon ko'zgularga bo'linadi.

Siydik chiqarish kanali va klitor sohasi eng sezgir bo'lgani uchun ko'zgu kiritishda juda ehtiyot bo'lish zarur. Ko'zguni buragansimon harakatlantirib, uchi qin gumbazlariga tiralguncha, bachadonning qindagi qismi esa ko'zgu teshigiga to'g'ri kelguncha ichkariga kiritiladi. Silindrsimon ko'zgulalar qin devorlarini va bachadon bo'ynining qindagi qismini ko'zdan kechirish va bachadon bo'ynining qindagi qismiga dori surtish kabi terapevtik muolajalar uchun ham qulaydir.

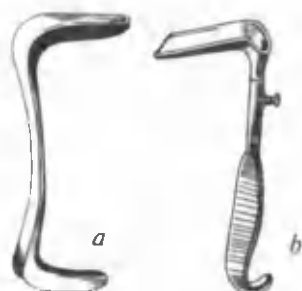
Ambulatoriyada qo'sh tavaqali Kusko ko'zgusidan foydalangan ma'qul (17-rasm).

Ko'zguni ichkariga siljitib va dasta tarmoqlarini vint bilan yaqinlashtirib, bachadon bo'ynini ko'rish yoki belgilangan manipulatsiyalarni bajarish uchun ochiladi.

Qoshiqsimon ko'zgulalar qoshiq bilan dastadan iborat. Bu tipdagi ko'zgulalar ko'proq ishlatiladi: ularni istagancha siljitib,



17-rasm. Har xil o'lchamdagi ikki tavaqali Kusko ko'zgulari.



18-rasm. *a* — Sims ko'zgusi; *b* — S simon ko'zgu.



19-rasm. *a* — Frinch ko'zgusi; *b* — podyomnik (elevator).



20-rasm. Bachadon bo'ynining qindagi qismini ko'zgular bilan ochish (qinga qoshiqsimon ko'zgu va ko'targich kiritilgan).

qinning barcha bo'limlarini, devorlarini, gumbazlarini va bachadon bo'ynini qarab chiqish mumkin. Bachadon bo'ynining qindagi qismini ko'zdan kechirganda oldingi va keyingi lablarning shakli, kattaligi, rangi, uzunligiga, tashqi teshikning shakliga va mavjud o'zgarishlarga (bachadon bo'ynining yirtilganligi, eroziya, yaralar, poliplar va hokazolarga) e'tibor beriladi. Qoshiqsimon ko'zgular yordamida qin ichkarisida va bachadon bo'ynida manipulatsiyalar va qinda biron operatsiyani bajarish mumkin. Ko'zgularning uzunligi va shakli har xil bo'ladi.

Qoshiqsimon ko'zgularning ba'zi nusxalarida qoshiq bilan dasta yaxlit bo'ladi. Ko'pincha qoshig'i dastasiga qulf yordamida biriktirilgan ko'zgulardan foydalaniladi (18, 19-rasmlar). Qinni va bachadon bo'ynining qindagi qismini qoshiqsimon ko'zgulardan ko'zdan kechirishda ko'targichdan ham foydalaniladi (20-rasm). Qoshiqsimon ko'zgulardan

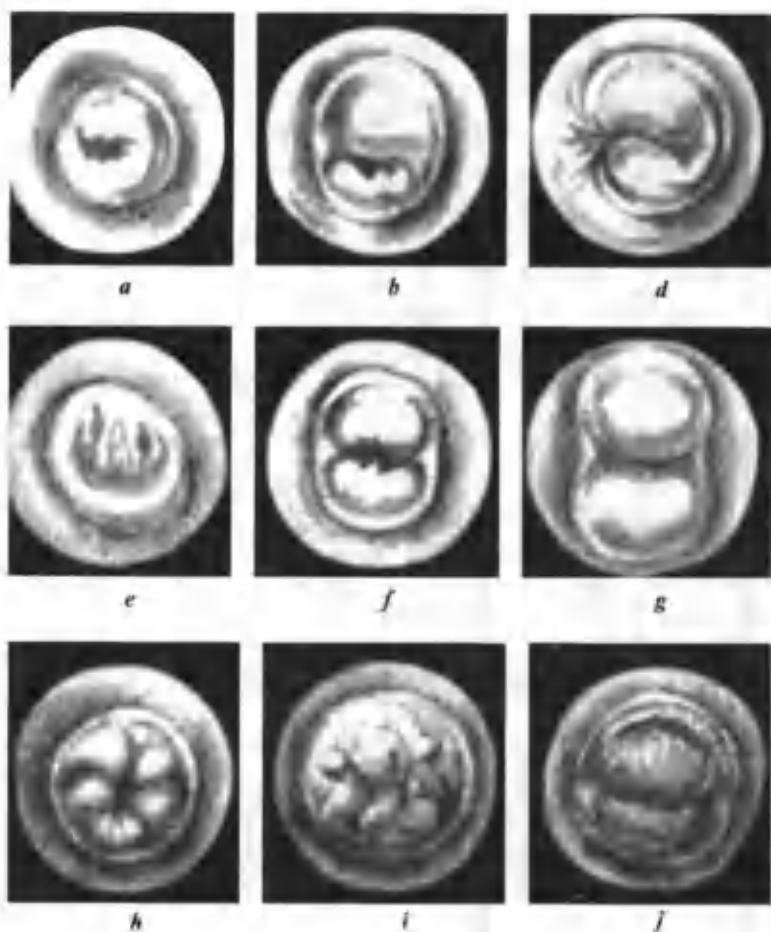
foydalanganda ularni ushlab turish uchun yordamchi hamshira zarurligi bu ko'zgularning kamchiligi hisoblanadi.

ICHKI TEKSHIRISH

Qinga barmoqlarni tiqib tekshirish *ichki tekshirish* deb ataladi. Ginekologiya amaliyotida ichki tekshirish ikki yo'l bilan bajariladi: bir qo'lning bir yoki ikki barmog'i qinga kiritiladi, tekshirilayotgan a'zo (bachadon, uning ortiqlari) qorin devori orqali ikkinchi qo'l bilan ushlab turiladi yoki kichik chanoqdan biron sohasining holatini paypaslab bilishga harakat qilinadi. Ichki tekshirish ko'pincha o'ng qo'l bilan bajariladi.

Klitor va qinning uretra yonidagi old devori eng sezgir joylar ekanligini nazarda tutish kerak, ya'ni qinga barmoqlarni suqqanda barmoq bilan bosmaslik lozim. Barmoqlar qinning old devori bo'ylab emas, balki orqa devori bo'ylab sirpanib borishi, qin torligidan barmoqlarni kiritish qiyin bo'lsa, oraliqni pastga bosish, barmoqlarga esa vazelin surtish lozim.

Barmoqlarni qinga chuqurroq kiritganda shilliq pardaning holati (namlik darajasi, o'simtalar borligi, g'adir-budurligi, surilish darajasi, yoki aksincha, siljimasligi), o'smalar, to'siq borligi aniqlanadi. Qinning old devori orqali uretra (infiltrat bo'lsa) paypaslab aniqlanishi mumkin. So'ngra akusher barmog'i bilan bachadon bo'ynining qindagi qismini topadi, uning shakli (konussimon, silindr shaklida), kattaligi, bachadon tashqi teshigining shakli (tug'magan ayollarda yumaloq, tug'gan ayollarda esa ko'ndalang yoriq shaklida), tug'uruqdan keyin bachadon bo'ynining yirtilganligi va yamoqlanganligi, o'smalar borligi va shunga o'xshashlar aniqlanadi. Bachadon bo'yni ko'ndalangiga chuqur yirtilgan bo'lsa, ikkita labga (oldingi va orqa lablarga) bo'linganday tuyuladi, bunday hollarda bachadon bo'yni kanalining shilliq pardasi qin bo'shlig'iga ag'darilib chiqadi (*ectropion*). Bachadon bo'ynida eroziya bo'lsa, paypaslaganda yuzasi ba'zan duxobaga o'xshab tuyuladi; *ovula Nabothi* kichik do'mboqchalar shaklida barmoqqa unnaydi, bachadon bo'ynining tashqi teshigi fiziologik jihatdan yopiq turadi. Bachadonning o'rnidan siljiganligini bachadon bo'ynining vaziyatiga qarab bilish mumkin. Normada bachadon bo'yni qat'iy o'rta chiziqda bo'ladi; tashqi teshigi (ayol tikka turganda) pastga va orqaga qarab turadi (21-rasm).



21-rasm. Bachadon bo'ynining ko'zgu yordamida ko'rilgandagi holatlari:

a—bachadon bo'ynining orqa labidagi kichik yamoqlar; *b*—bachadon bo'ynining o'ng tomondagi yirtiq, yamoqlar; *d*—bachadon bo'yni va qin devori tug'uruq vaqtida yirtilib yamoq bo'lib qolgan; *e*—bachadon bo'ynining tashqi teshigi yarimoy shaklidagi yoriqqa o'xshaydi, bachadon bo'ynining old labi ag'darilib chiqqan; *f*—bachadon bo'yni ikki tomondan yirtilgan, yamoqlar, servikal kanal shilliq pardasi picha ag'darilib chiqqan (*ektropioni*); *g*—bachadon bo'yni ikki tomonlama chuqur yirtilgan, bachadon bo'ynining keng ag'darilib chiqishi (*ektropioni*); *h*—bachadon bo'yni yulduz shaklida yirtilgan, yamoqlar; *i*—bachadon bo'yni ochilib turgan servikal kanali, bachadon bo'ynidagi kistoz o'zgarishlar. *k*—epiteliy-muskul giperplaziyasida bachadon bo'ynining ko'rinishi, bachadon bo'yni ikki yon tomondan yirtilgan.

Gumbazlar tekshirilganda ularning chuqurligi, kengligi, shilliq pardasining siljishi, boʻrtgan-boʻrtmaganligi, oʻsmalari, infiltratlari, ularning qoʻshni aʼzolar bilan bogʻlanganligi tekshiriladi, tekshirish vaqtida ogʻriq sezilish-sezilmasligi aniqlanadi.

Keyin bachadonning vaziyati, shakli, kattaligi va konsistensiyasini bilish uchun barmoqlarni qinga suqib, bachadonning qindagi qismini picha yuqoriga va oldinga koʻtarib, bachadon tubi qorinning old devoriga yaqinlashtirib ushlanadi. Shundan keyin tashqaridan qoʻyilgan qoʻl bilan qorin devori avaylab bosiladi, barmoqlarni bachadon tanasinnng orqa yuzasida joylashtirishga harakat qilinadi (22-rasm). Keyin ikkinchi qoʻl barmoqlari old gumbazga koʻchiriladi, bunda bachadon tanasi ikkala qoʻl barmoqlari orasida seziladi. Normal holatda bachadon oʻrta chiziqda, simfiz bilan dumgʻazadan, shuningdek, chanoqning yon devorlaridan bir xil masofada joylashadi. Bachadon tubi yuqoriga va oldinga (kichik chanoq ogʻzining tekisligidan tashqariga chiqmaydi), bachadon boʻyni esa pastga va orqaga qaragan boʻladi. Bachadon boʻyni bilan tanasi oʻrtasida oldinga (qovga) tomon ochiq turadigan burchak bor. Bachadonning bunday shakli va vaziyati *anteflexioversi* deyiladi. Buning maʼnosi shuki, bachadon oldinga qaragan burchak ostida bukilgan va bundan tashqari, oldinga egilgan boʻladi. Bachadonning bu normal



22-rasm. Bir yoʻla qin va qorin devori orqali tekshirish (normal vaziyatdagi bachadonni paypaslab topish).

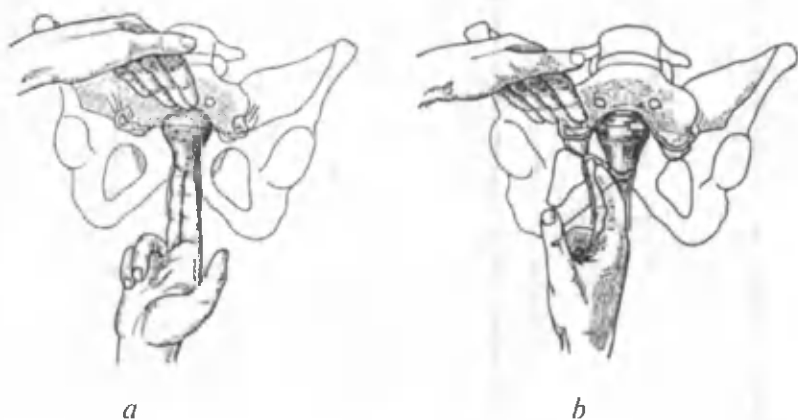


23-rasm. Bir yoʻla qin va qorin devori orqali tekshirish (bachadon orqaga siljiganda uni paypaslab topish).

(tipik) vaziyati bir qancha hollarda o'zgarganligini, jumladan bachadonning turlicha qayrilganligini va biron tomonga egilgan yoki siljiganligini bildiradi. Bu esa tekshirish usulini o'zgartishga majbur etadi. Masalan, bachadon orqaga siljiganda (ayniqsa, orqaga qayrilganda) „tashqi“ qo'lning barmoqlarini bachadonning orqa yuzasiga yetkazib bo'lmaydi va tekshirish texnikasi o'zgartiriladi, ya'ni bachadonning orqa yuzasi orqa gumbazga kiritilgan „ichki“ qo'l bilan, old yuzasi esa „tashqi“ qo'l bilan paypaslanadi (23-rasm).

Voyaga yetgan ayolning bachadoni normal holda oldindan orqaga qarab yassilangan nok shaklida bo'ladi; yuzasi silliq bo'lib, paypaslanganida og'rimaydi va hamma tomonga bir qadar siljiy oladi. Klimakterik davrda bachadon fiziologik jihatdan kichrayadi. Bachadonning kichrayishi bilan davom etadigan patologik holatlarga infantilizm va bachadon atrofiyasi misol bo'ladi.

Bachadon tekshirilgandan keyin bachadon ortiqlari (tuxumdonlar va naylar) paypaslanadi, shuningdek, kletchatka va qorin pardasining holati ham aniqlanadi (24-rasm). Bachadon boylamlari, kletchatkasi va ortiqlari normal xolatda shu qadar yumshoq va mayin bo'ladiki, paypaslab bo'lmaydi. Kamdan kam hollarda normal tuxumdonni (ko'pincha, pastga tushganda) bodomsimon tana shaklida paypaslab topish mumkin, u harakatchan bo'lib, paypaslaganda seziladi. Bachadon ortiqlarini tekshirish va bachadon atrofidagi klet-



24-rasm. Bimanual ginekologik tekshiruv:

a—bachadonni paypaslash; b—bachadon ortiqlarini paypaslash.

chatkaning holatini aniqlash uchun unga kiritilgan barmoqlar yon gumbazlardan biriga joylashtiriladi, „tashqi“ qo‘l esa, qorin devoriga chuqur botirilib, ikkala qo‘l barmoqlarini birlashtirishga harakat qilinadi. Bunda agar bachadon ortiqlari kattalashmagan yoki kletchatkada infiltrat bo‘lmasa, ikkala barmoqlarni birlashtirish mumkin bo‘ladi.

To‘g‘ri ichak najasga to‘lib ketganda o‘sma yoki infiltrat bor degan taassurotni tug‘dirishi mumkin. Bunda quyidagi oddiy usul yordam beradi: to‘g‘ri ichakka yig‘ilib qolgan najas barmoq bilan bosilganda izi qoladi, o‘sma yoki infiltrat bo‘lganda esa, bunday hodisa kuzatilmaydi. Shuning uchun, bemorni tekshirishdan oldin klizma qilib, to‘g‘ri ichagi tozalanadi.

Qin orqali tekshirish tamom bo‘lgach, barmoqda qolgan chiqindilar xarakteriga e‘tibor berish kerak.

To‘g‘ri ichak orqali ikki qo‘llab tekshirish

Ginekologik bemorni qin orqali tekshirishning iloji bo‘lmaganda (qizlik pardasi yirtilgan ayollarda, qin bituvi — atreziyalarda), shuningdek, chanoq a‘zolarini (chanoq kletchatkasining orqa bo‘limlari, chanoq-bachadon boylamlari va shunga o‘xshash holatlarda) mukammal tekshirish zarur bo‘lganda to‘g‘ri ichak orqali tekshirishga to‘g‘ri keladi.

Tekshirishdan avval klizma qilib ichak tozalanadi. Rezina qo‘lqop kiyib yoki vazelin surtilgan bir barmoqqa kiygiziladigan rezina bilan tekshiriladi. Qin orqali tekshirishda bemor qay vaziyatda yotsa, bunda ham shunday vaziyatda yotadi, qo‘llarning vaziyati ham o‘shanday bo‘ladi (25-rasm).

Ba‘zan rekto-vaginal yo‘l bilan tekshirishga to‘g‘ri keladi. Bu usulda qinga ko‘rsatkich barmoq, to‘g‘ri ichakka esa o‘rta barmoq suqiladi, ikkinchi qo‘l bilan esa chanoqdagi a‘zolar qorin devori orqali paypaslanadi. Ayrim hollarda qinga bosh barmoq, to‘g‘ri ichakka esa ko‘rsatkich barmoq kiritgan ma‘qul (26-rasm). Bu usulda to‘g‘ri ichak — qin to‘sig‘iga bevosita aloqador bo‘lgan infiltratlar va o‘smalarning vaziyatini bilib olish mumkin.

Qin operatsiyalarida qin devorlarini va operatsiya maydonchasini artish uchun tamponlar uzun qisqich — kornsang yoki uzun pinsetlar (bo‘yi 20 sm) bilan ushlanadi.



25-rasm. Rekto-abdominal (qorin devori va to'g'ri ichak orqali) tekshirish.



26-rasm. To'g'ri ichak, qin va qorin devori orqali tekshirish.

Qin devorlari va bachadon bo'ynini artish uchun kichkina doka sharchalar zarur, bu sharchalar uzun ginekologik pinsetlar — anatomik yoki xirurgik pinsetlar bilan ushlanadi.

Diagnostika maqsadida, shuningdek, har bir branshasida bittadan o'tkir tishchasi bo'lgan pulevoy qisqich yoki har bir branshasida ikkitadan ayri tishi bo'lgan Myuzo qisqichi ishlatiladi.

Bachadon bo'yni kanali yoki bachadonning shilliq pardasiga biron dori modda eritmasini surtish kerak bo'lganda ingichka, uchida o'yoqchasi bo'lgan uzun metall tayoqchadan foydalaniladi.

Ba'zan diagnostika, shuningdek, davolash maqsadida bachadon bo'yni oldindan kengaytiriladi. Shu maqsadda Gagar kengaytirgichlaridan foydalaniladi. Kengaytirgichlar to'plami-ning nomeri odatda 3 dan boshlanib, 4; 4,5; 5 va hokazo tarzida yoziladi. Kengaytirgichlar taxtlanib, nomeriga qarab shifokorga uzatiladi.

QO'SHIMCHA TEKSHIRISH USULLARI

Bachadonga zond solish

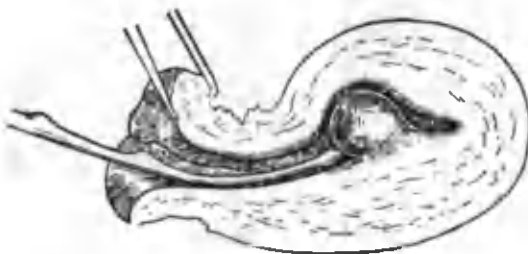
Bachadon bo'shlig'ining uzunligi, servikal kanalning ochiqligi va uzunligini aniqlash yoki bachadon o'smalari (jumladan, submukoz fibromiomalari) bo'lganda bachadon bo'shlig'ining shakli haqida taxminiy ma'lumot olish uchun bachadonga zond solib ko'riladi (27, 28 29-rasmlar).



27-rasm. Bachadon zondi.



28-rasm. Bachadon bo'shlig'iga zond kirgizish.



29-rasm. Submukoz miomada bachadonni zondlash.

Bachadonga zond solish uchun quyidagi asboblari tayyorlab qo'yiladi: qoshiqsimon ko'zgular, ko'targichlar, ikki juft pulyovka yoki uchli qisqich, uzun anatomik pinset va bachadon zondi.

Barcha asboblarni ishlatishdan oldin qaynatib, sterilizatsiya qilish shart. Shifokor va hamshira ham qo'llarini xuddi xirurgik operatsiyaga tayyorlangandek tayyorlashlari kerak. Qovug'i bo'shatilgan bemor ginekologik kresloga o'tqaziladi,

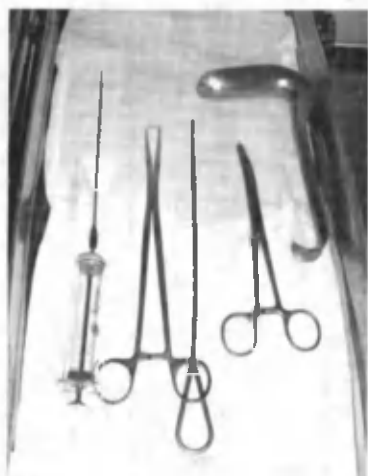
keyin qin bachadonni qirish operatsiyasiga tayyorlagandek tayyorlanadi.

Bachadonga zond solish operatsiyasi aseptika sharoitida o'tkazilishi lozim. Servikal kanalda va bachadonda yallig'lanish bo'lsa, shuningdek, homiladorlikka gumom tug'ilganda zond solish yaramaydi.

Qinning orqa gumbazi orqali qorin bo'shlig'ini punksiya qilish

Qorin pardasida yallig'lanish jarayonlari bo'lganda kichik chanoqda to'plangan suyuqlik (yiring, eksudat) xarakterini aniqlash uchun qinning orqa gumbazi diagnostika maqsadida teshiladi, ya'ni punksiya qilinadi. Duglas bo'shlig'idagi o'smalarning (kistalarning) suyuqlik xarakterini aniqlash uchun bu usuldan foydalanish yaramaydi, chunki bunda infeksiya kirish va o'smaning tarqalib ketish xavfi bo'ladi.

Bu operatsiya uchun asboblari, xodimlar va bemor barcha aseptika va antiseptika qoidalaridagi muvofiq tayyorlanadi. Asboblardan *qin* ko'zgulari (qoshiqsimon va yassi ko'zgular), ikkita podyomnik, ikki juft pulevoy qisqich, ikkita uzun pinset, 10 yoki 20 ml sig'imli shprisga tegishli uzun (12—15 sm) yo'g'on igna tayyorlab qo'yiladi (30-rasm).



30-rasm. Ginekologik tekshiruvda qo'llaniladigan asboblari:

- 1—qoshiqsimon ko'zgu;
- 2—pulevoy qisqich; 3—bachadon zondi; 4—punksiya qilish shprisi; 5—uchi egilgan qisqich.

Orqa gumbaz sinov maqsadida quyidagicha punksiya qilinadi. Shprisga qadalgan igna bilan orqa gumbaz devori o'rta chiziq bo'ylab, bachadon bo'yidan 1 sm naridan teshiladi (31-rasm). Porshenni tortib, Duglas bo'shlig'idagi suyuqlik shprisga tortiladi. Igna olingandan keyin gumbaz devorining teshilgan joyiga yod surtiladi. Olingan suyuqlik (qon,

yiring, eksudat) tekshirish uchun laboratoriyaga yuboriladi.

Tashxis qo'yish maqsadida bachadon qirilib, qirindini gistologik tekshirish bachadon tanasidagi yomon sifatlil o'smalarni aniqlashning muhim usuli hisoblanadi.

Qator hollarda diagnostika maqsadida qirib olish o'rniga vakuum-nasosga rezina shlang orqali ulangan, bachadon bo'shlig'iga kiritiladigan maxsus kanyulya yordamida vakuum-biopsiya bilan ham kifoyalaniladi.



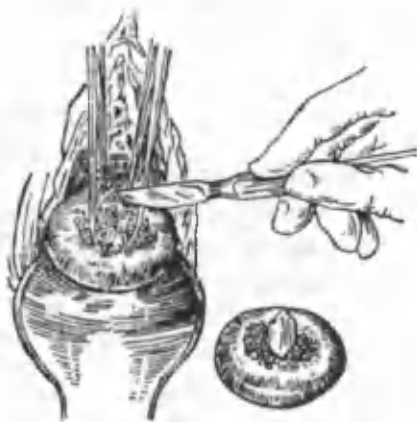
31-rasm. Qinning orqa gumbazini punksiya qilish texnikasi.

Biopsiya

Tashqi jinsiy a'zolar, qin va bachadon bo'ynini ko'zdan kechirish orqali aniqlangan o'smalarni aniqlash maqsadida o'smalardan parchalar qirib olinadi (32-rasm).

Bu usul xavfli o'smani o'z vaqtida aniqlashda, homila tuxumi elementi qoldirlari qolganida, endometriy sili, polinozlarda gumon qilinganda qo'llaniladi. Hayz sikli buzilganda (asiklik yoki noaniq etnologiyali siklik qon ketganda) ham bachadon shilliq qavati qiriladi va gistologik tekshiriladi. Bu muolajani o'tkazish uchun quyidagi asbobdan foydalaniladi: qoshiqsimon qin ko'zgulari, pulevoy qisqich, bachadon zondi, Gegar kengaytirgichlari, kyuretkalar

Muolaja aseptika qoidalariga rioya qilingan holda o'tkaziladi. Qinga ko'zgu kiritilgach, bachadon bo'ynining old labiga pulevoy qo'yiladi va anesteziya maqsadida orqa-yon gumbazlariga 80—100 ml 0,25 %li novokain eritmasi yoki vena orqali ralipsol, sombrevin,



32-rasm. Biopsiya — tekshirish uchun bachadon bo'ynidan to'qima parchasini olish.

epontol yuboriladi. So'ng bachadon zondi yordamida bachadon holati va uzunligi aniqlanadi. Shundan keyin bachadon bo'yni Gegar kengaytirgichlarida kengaytiriladi (dilatasiya).

Keyin bachadon shilliq qavati kyuretkalar yordamida qiriladi. Qirib olingan massa lotokka yig'iladi, ko'zdan kechirilgach 5% li formalin yoki 96 % li spirtga solib gistologik tekshiruvga laboratoriyaga jo'natiladi.

Biopsiyaga ko'rsatma:

Bachadon bo'yni, qin va tashqi jinsiy a'zolardagi patalogik jarayon xususiyatini aniqlash maqsadida.

Sharoit:

1. Aseptika va antiseptika qoidalariga rioya qilish.
2. Bemorning roziligini olish.
3. Malakali tibbiyot xodimining borligi.
4. Asbob-anjomlarni tayyorlash:
 - qoshiqsimon Simps ko'zgusi;
 - kornsang;
 - o'qsimon qisqich, 2 dona;
 - ikki tishli Myuzo qisqichi;
 - skalpel;
 - igna tutgich va igna.

Tayyorlash:

1. Sanitariya ishlovi o'tkazish.
2. Siydik qopini katetrlash.
3. Psixoterapiya.
4. Tinchlantiruvchi dori vositalarini berish.
5. 0,1% li 1,0 ml atropin, 2% li 1,0 ml promedol qilish.

Muolajani bajarish

- 1) ginekologik kresloga taglik solinadi;
- 2) bemor ginekologik krseloga yotqiziladi;
- 3) qo'llar maxsus usulda yuviladi;
- 4) Simps ko'zgulari va ko'targich yordamida bachadon bo'yni ochiladi;
- 5) paxtali tampon kornsang yordamida olinadi;
- 6) ushbu tampon bilan bachadon bo'yni 1:50000 nisbatda suyultirilgan furatsillin eritmasi bilan yuviladi;
- 7) bachadon bo'ynining old labi o'qsimon qisqich bilan qisiladi;

8) o'qsimon qisqichni shu holatda ushlab yordamchi xodimga buyuriladi;

9) o'ng qo'lga skalpel ushlanadi;

10) tekshirish uchun to'qima kesib olinadi;

11) kesib olingan to'qima 20 %li formalin eritmasiga solinadi;

12) gistologik tekshiruv uchun yo'llanma yoziladi.

Sistoskopiya

Ginekologiya amaliyotida bu tekshirish usuli ko'pincha, qovuq kasalliklarida shilliq pardadagi o'zgarishlar xarakterini aniqlash uchun, shuningdek, qo'shni a'zolarining kasalliklarida jinsiy a'zolar raking qovuqqa tarqalgan-tarqalmaganligini bilish uchun, chanoqdagi absesslarning qovuqqa ochilganiga gumon tug'ilganda va shunga o'xshash hollarda qo'llaniladi. Sistoskopiya uchun sistoskopdan tashqari kateter, qovuqqa to'ldirish uchun 3 %li borat kislotasi eritmasi (500 ml), sistoskopni artish uchun toza spirt tayyorlab qo'yish zarur.

Gisterosalpingografiya

Bepushtlik sabablari haqidagi masalani hal qilish uchun bachadon bo'shlig'i va bachadon naylarining ochiqligi tekshiriladi. Gisterosalpingografiya usulida tekshirish uchun quyidagilar kerak bo'ladi: Braun shprisi, rentgenkontrast modda, silindrik yoki tavaqali ko'zgu, pulevoy qisqich (2 ta) va kornsang.

Gisterosalpingografiya usulida tekshirish uchun aseptika va antiseptika qoidalariga qat'iy amal qilgan holda bachadon



33-rasm. Sil kasalligida endometriy va bachadon naylarining gisterosalpingogrammasi.



34-rasm. O'tkazuvchanligi buzilganda bachadon naylarining gisterosalpingogrammasi.

bo'shlig'iga kontrast moddalar (yodolipol, verografin, kardiostat va natriy bromid) 2—5 mm hajmda yuborilganidan keyin bemor gorizontol holatda rentgenga tushiriladi. Rentgenogrammada bachadon bo'shlig'iga yuborilgan kontrast moddalar bachadon naylariga o'tib, soya shaklida ko'rinadi. Shu soyalarga qarab, bachadon naylarining ochiq yoki yopiqqligini bilsa bo'ladi (33, 34- rasmlar).

Gazli rentgenopelviografiya (*pnevmo pelviografiya*)

Qorin bo'shlig'iga gaz yuborib *pnevmo peritoneum* holatini sun'iy vujudga keltiramiz, so'ngra rentgen tasviriga tushiriladi va bachadon konturi, ortiqlari, boylamlari holati aniqlanadi. Bu usul bachadon va uning ortiqlari rivojlanishidagi nuqsonlarda, o'smalar qo'l bilan palpatsiya qilinmaganda tashxis qo'yish maqsadida qo'llaniladi. Tekshirish o'tkazishdan bir kun oldin yoki o'sha kuni tozalovchi huqna qilinadi va qovuq bo'shatiladi.

Moneliklar: markaziy nerv sistemasining kasalliklari, yurak qon-tomiri yetishmovchiligi, bronxial astma, o'pka emfizemasi, jinsiy a'zolarining o'tkir yallig'lanishi, qorin bo'shlig'idagi katta o'smalar.

Bikontrast rentgenpelvigrafiya

Bu muolaja ayrim ginekologik kasalliklarda jinsiy a'zolarining tashqi konturi bilan birga bachadon va Fallopiy naylari shilliq pardasi relyefining holatini aniqlash maqsadida o'tkaziladi. Tekshiruv karbonat angidrid gazi bilan rentgenkontrast moddalar yordamida o'tkaziladi.

Chanoq flebografiyasi

Bu usul o'smalar lokalizatsiyasini aniqlashda yuqoridagi usullar yordam bermaganda qo'llaniladi. Bunda kichik chanoq venoz sistemasiga bachadon devori yoki qov suyagining gorizontol shoxchasi orqali kontrast modda yuboriladi va rentgenografiya qilinadi. Rentgenogrammada qon tomirlarning tarmoqlanishiga qarab patologik jarayonni topografik diagnostikasi va xarakteri aniqlanadi. Kontrast modda sifatida suvda eruvchi yod preparatlari (kardiostat, diodon) qo'llaniladi.

Chanoq limfografiyasi

Limfografiya rak jarayonining qay darajada tarqalganligini, radikal operatsiya ko'lamini aniqlashda va nur terapiyani nazorat qilishda qo'llaniladi. Oyoqning yuzaki limfa tomirlari orqali (suvda yoki yog'da eruvchi kontrast moddalar) yuborilib rentgenogramma qilinadi. Rentgenogrammada limfa tomirlarining kengayganligi, limfostaz, limfa tugunlarining deformatsiyasi va boshqalar aniqlanadi. Bu usul ixtisoslashgan maxsus klinikalarda, markazlarda qo'llaniladi.

Moneliklar: umumiy og'ir hollarda, yurak qon-tomiri, o'pka, jigar, buyrak kasalliklarida va yod preparatlariga allergiya bo'lganda.

ENDOSKOPIK TEKSHIRUV USULLARI

Kolposkopiya

Diagnostika maqsadida bachadon bo'yni va qindagi shubhali eroziyalarni ko'zdan kechirish uchun kolposkopdan foydalaniladi (35-rasm). Bu asbob qin va bachadon bo'ynining shilliq pardasini 10—30 baravar kattalashtirib, aniq ko'rish va shubhali joylarni aniqlash imkonini beradi.

Ayollarning ichki jinsiy a'zolarini maxsus optik yorituvchi asbob — endoskop yordamida vizual tekshirish uchun asbob yo old qorin devori orqali (laparoskopiya) yoki qinning orqa burmasi orqali (kuldoskopiya) qorin bo'shlig'iga kiritiladi. Pelveoskopiya tuxumdon kistasi va bachadon miomatoz tugunchalari o'rtasida differensial tashxis o'tkazish qiyin bo'lgan hollarda, bachadon ortiqlarining boshqa kasalliklarini topishda ikki qo'llab tekshirish mumkin bo'lganda qo'llaniladi.



35-rasm. Kolposkop.

Gisteroskopiya

Bunda maxsus optik sistema bilan ta'minlangan silindr shakldagi asbob yordamida bachadon ichki yuzasi ko'zdan kechiriladi. Gisteroskopiya yordamida bachadon shilliq qavatidagi patologik jarayonlar, shilliq qavat giperplaziyasi, poliplar, submukoz mioma, bachadon tanasi raki va endometriozlar aniqlanadi.

Rektoskopiya

To'g'ri ichak devori okular va yorituvchi asbob bilan ta'minlangan naysimon ko'zgudan iborat rektoskop yordamida tekshiriladi.

Ko'rsatmalar: to'g'ri ichak rakida (noaniq etiologiyali qon ketganda), shuningdek, bachadon bo'yni rakining 3-darajasida radiy qo'llashdan oldin qilinadi.

Laboratoriya tekshiruvlari

Yallig'lanish jarayonini qo'zg'atuvchi kasallik mikrobinini aniqlash, shuningdek, qin suyuqligining holatini bilish maqsadida ginekologiya amaliyotida ko'pincha qin florasini tekshirishga to'g'ri keladi. Tekshirish uchun surtma olishdan oldin bemor qinini chaymasligi kerak, uretra suyuqligini tekshirish zarur bo'lganda esa, tekshirishdan oldin qovug'ini bo'shatmasligi kerak, chunki ajralmalar siydik yoki dezinfeksiyalovchi moddalar bilan yuvilib ketib, surtmada bakteriyalar aniqlanmasligi mumkin.

Tekshirish uchun siydik chiqarish kanalidan, qinning pastki, yuqori qismlaridan, servikal kanaldan surtma olinadi. Surtma olishdan ilgari steril ko'zgular, toza buyum oynalari, steril paxta sharchalar, Folkman qoshiqchasi, tarnovsimon zond yoki anatomik pinset branshalari tayyorlab qo'yilishi kerak.

Bemordan surtma olinadi va buyum oynasiga yupqa qilib surtiladi. Ajralma olish uchun qinning yuqori bo'limlariga ko'zgular kiritiladi va pinset branshasi bilan suyuqlik olinadi. Bachadon bo'yni kanalidan ajralma olish kerak bo'lsa, bachadon bo'ynining qindagi qismi ko'zgular bilan ochiladi, tashqi teshik sohasi steril paxta sharcha bilan artiladi va Folkman qoshiqchasi yoki pinset branshasi bilan bachadon

bo'yni kanalidan olinadi. Olingan ajralmalardan buyum oynalarida surtmalar tayyorlanadi va tekshirish uchun laboratoriyaga yuboriladi. Buning uchun quyidagi blanka to'ldiriladi:

Bakteriologik laboratoriyaga yo'llanma

1. Familiyasi, ismi, sharifi _____
2. Yoshi _____
3. Tashxisi _____
4. Sirtma olingan kun _____
5. Maqsad: tozalik darajasini aniqlash uchun surtma
6. Imzo _____

Kasallik mikrobinani aniqlash uchun ajralmalar ba'zan undiriladi (ekib ko'riladi).

Diagnostika maqsadida va davolash usulini tanlash uchun, shuningdek, organizmning infeksiyaga qarshi kurash qobiliyatiga baho berish uchun har bir bemorning qoni tekshirilishi lozim. Ginekologiyada eritrotsitlarning cho'kish reaksiyasi (ROE — реакция оседания эритроцитов) dan keng qo'llaniladi. Eritrotsitlarning cho'kish reaksiyasi normada birinchi soatda 8—10 mm ni tashkil etadi (Panchenkov metodi), yallig'lanish jarayonlarida esa jarayon jadalligiga qarab tezlashadi (soatiga 3—60 mm).

So'nggi vaqtlarda bachadon rakini aniqlash maqsadida qindan olingan surtmalarni tekshirish tavsiya etilmoqda. Bunda rakka gumon tug'diradigan hujayra komplekslari aniqlanishi mumkin.

O'sma bor deb shubhalanishga asos bo'ladigan belgilarga: hujayralar polimorfizmi (turli-tumanligi), katta piknotik yadroli yirik hujayralar, ya'ni katta-kichikligi va shakli har xil bo'lgan, odatda, quyuq bo'yaladigan yadroli hujayralarning mavjudligi, hujayralar va yadrolarning bir xil kattalikda bo'lmasligi, bir talay mitozlar borligi, qin chiqindilarida uchrab qoladigan va o'sma hujayralarining to'dalaridan tarkib topgan yirik durdalar kiradi. Shunday xarakterli o'sma hujayralari guruhining aniqlanishi to'g'ri tashxis qo'yishga asos bo'ladi.

Bu usul yaxshi sifatli yoki yomon sifatli o'smalar bor deb gumon qilingan bemorlarni profilaktika maqsadida ko'zdan kechirish uchun yalpi tekshirishda ahamiyatga ega.

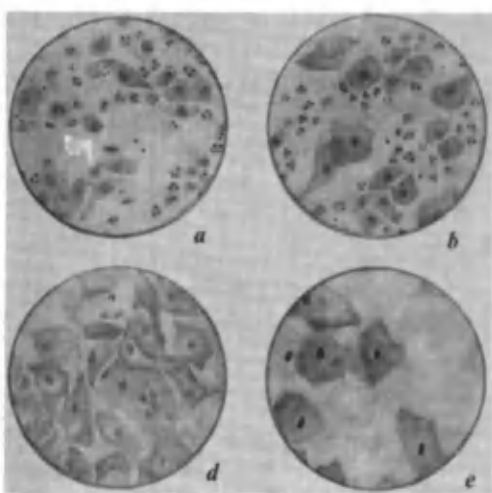
Ba'zi ginekologik kasalliklarda gormon preparatlar bilan davolash buyurilganda qindan olingan surtmalardan tuxumdonlarning gormonal funksiyasi aniqlanadi.

Ayol organizmining estrogenlar bilan ta'minlanganlik darajasini aniqlash uchun qindan surtma olib, quyidagicha tekshiriladi. Qindagi massa (yuqori bo'limlaridan) shisha pipetka yordamida yig'iladi va buyum oynasiga surtiladi, quritiladi va avval 15 minut davomida gematoksilin bilan, so'ngra 2—3 minut eozinning 1%li suvli eritmasida bo'yaladi. Shundan keyin surtma suvsizlantiriladi, ravshanlashtiriladi va yopgich oyna ostida Kanada balzamida qotiriladi.

Surtma mikroskop ostida o'rganilganda quyidagi sitologik tasvir (tiplar) ko'rinadi:

1-tip surtma. Butun hujayraning hajmi kichik bo'lgan epiteliyning bazal (atrofiyalangan) hujayralari katta yadrosi bilan ko'rinadi. Bu tasvir esterogenlar keskin yetishmaganida kuzatiladi va yosh ayollarda tuxumdonlar gipofunksiyasida yoki menopauzada bo'lgan ayollarda uchraydi (36-rasm, *a*).

2-tip surtma. Ham bazal, ham oraliq (muguzlanuvchi) hujayralar va leykositlar ko'rinadi. Bunday manzara esterogenlar o'rtacha darajada yetishmasligi uchun xosdir (36-rasm, *b*).



36-rasm. Qindan olingan surtmalarning sitologik tiplari.

3-tip surtma. Katta yadroli oraliq (muguzlanuvchi) hujayralar, onda-sonda uchraydigan bazal hujayralardan ko'p bo'ladi. Bunday surtma uchun esterogenlar ozgina yetishmasligi xosdir (34-rasm, *d*).

4-tip surtma. Faqat protoplazmasi kuchsiz bo'yalgan piknotik yadroli katta hajmdagi muguzlanuvchi hujayralar ko'rinadi. Bunday sitologik

manzara tuxumdonlarning esterogen funksiyasi yetarliligini ko'rsatadi (34-rasm, e).

Gonadotrop gormonlar kelib chiqishi jihatdan ikki xil: gipofizar gonadotropinlar; xorionik gonadotropinlar bo'ladi.

Tuxumdoni olib tashlangan ayollar, keksa xotinlar, rak bo'lgan bemorlar va ba'zan bachadon fibromiomasini bor ayollarning siydigida gipofizar gormonlar ko'p bo'ladi. Sog'lom homilador ayollar, patologik homilador (yelbo'g'oz) ayollar, shuningdek, xorionepitelioma bo'lgan kishilarning qoni va siydigidan xorionik gormonlar topiladi.

Ashg'eym va Sondek taklif etgan tashxis usuli voyaga yetmagan urg'ochi sichqonlar (vazni 6—8 g) organizmiga gonadotrop gormoni yuborilganda shu sichqonlar jinsiy bezlarining reaksiya ko'rsatishiga asoslangan.

Tekshirish uchun bemorning ertalabki siydigidan birinchi porsiyasi olinadi. Siydik olingandan keyin, uni darhol tekshirishning iloji bo'lmasa, siydikni konservatsiya qilish uchun bir tomchi siydikka 25—30 ml hisobidan trikrezol qo'shiladi, so'ngra siydik chayqatilib, muzlatgichga qo'yiladi.

Homilador bo'lmagan ayolning siydigi yoki qonida taylagina xorionik gonadotropinning aniqlanishi deyarli hamisha xorionepitelioma rivojlanayotganidan darak beradi.

Gidrotubatsiya

Bu usul bachadon naylari o'tkazuvchanligini aniqlashda qo'llaniladigan usul bo'lib, bunda bachadon bo'shlig'iga maxsus apparat manometr yordamida 150—180 mm simob ustuni bosimi ostida steril suyuqlik (novokain eritmasi bilan antibiotik preparati) yuboriladi.

Ultratovush yordamida tekshirish (UTT)

Ultratovush yordamida tekshirish (UTT) noinvaziv asboblarning yordamida tekshirish usuli bo'lib, bachadon kasalliklari va o'smalari, bachadon ortiqlari kasalliklari, bachadonning rivojlanish nuqsonlarini aniqlashga imkon beradi (37-rasm). Tashxis qo'yish asboblarning so'nggi modellari samarali bo'lib, follikulalarning o'sishi, ovulatsiya ro'y berishini kuzatish imkonini beradi; endometriy qalinligini qayd etadi, uning giperplaziyasi va poliplarini aniqlab beradi.



37-rasm. Bemorni ultratovush yordamida tekshirish.

„Ko‘z qorachig‘i“ fenomeni

Bu usul yordamida estrogen gormonining konsentratsiyasi aniqlanadi.

Hayz siklining follikular fazasida bachadon bo‘yni kanalidagi bezlar ko‘p miqdorda shilliq ajratadi, estrogen-follikulin gormonining konsentratsiyasi oshgan sari ularning miqdori ham oshib boradi.

Ovulatsiya davriga kelib sekret juda ko‘payadi. Sekret oshgani sari bachadon bo‘ynining tashqi teshigi kengaya boradi, nihoyat uning kengligi 0,25—0,3 sm ga yetadi, shakli yoriqqa o‘xshab ketadi, lekin bo‘yin shakli saqlanib qoladi (ovulatsiya vaqtida bo‘yin shakli dumaloq bo‘ladi).

Qin ko‘zgulari yordamida bachadon bo‘yni kanali ko‘zdan kechirilganda, hayz siklining 8—9- kuni uning teshigida ko‘z qorachig‘iga o‘xshab ketadigan holat kuzatiladi. Bachadon bo‘yni kanalida tiniq oqsil bo‘ladi. Lekin bachadon ichi qorong‘i bo‘lganligi uchun, u ham qoramtir bo‘lib ko‘rinadi. Shu sababli u ko‘z qorachig‘iga o‘xshaydi.

Ma‘lumki, estrogen bachadon bo‘ynidan ajraladigan shilliqni suyultiradi, progesteron esa uni quyuqlashtiradi va kamaytiradi.

Ko‘z qorachig‘i fenomenining holati quyidagicha belgilanadi:

- a) manfiy (–) bo‘lsa, aniq emas;
- b) musbat (+) bo‘lsa, biroz aniq;

d) (++) bo'lsa, bachadon bo'yni kanalining tashqi teshigi 0,2 sm ga ochiq, qisman aniq;

e) (+++) bo'lsa, bachadon bo'yni kanalining tashqi teshigi 0,3 sm ochiq, shilliq ko'p, estrogen gormoni yetarli bo'ladi.

Bazal haroratni o'lchash usuli

Bazal haroratni o'lchash usuli ovulatsiyadan so'ng progesteron ishlab chiqarilishi hisobiga haroratning ko'tarilishiga asoslangan. Osulyatsiyadan so'ng bazal harorat 0,2—0,4 gradusga ortadi va shu darajada sikl oxirigacha turadi. Harorat har kuni oral (5 daqiqa), rektal (3 daqiqa) va vaginal (3 daqiqa) yo'l bilan ertalab — o'rindan turmasdan yoki kunning xohlagan vaqtida 3—5 soatli damdan so'ng o'lchanadi. Harorat jadvalda bitta chiziq bilan birlashtirilgan nuqtalar ko'rinishida belgilanadi. Nofertil fazaning boshlanishini aniqlash uchun mijozga qator maslahatlar beriladi.

- Xayz siklining birinchi 4 kunligida bazal haroratga ahamiyat bermaslik;

- Nofertil faza 6 kundan keyin 3 kun qator harorat ko'rsatilganda boshlanadi. Boshqacha qilib aytgandan „6 dan keyingi uch“ qoidasi;

- Tana bazal harorati oxirgi 3 kun ko'tarilgandan to keyingi xayz boshlangunga qadar jinsiy aloqa qilish mumkin;

Bazal haroratni o'lchash tartibi o'quvchilarga tushuntirilayotganda bu muolajadan maqsad, jarayonni amalga oshirish harakat algoritmi bayon etiladi. Bunda zarur jihozlar ham ko'rsatib o'tiladi.

Jumladan: bemorning temperatura varaqasi, rangli qalamlar (qora, qizil), chizg'ich, 2 ta termometr, dez eritma.

4-BOB. AYOLLAR JINSIY A'ZOLARINING NUQSONLARI

Jinsiy a'zolar turli embrional kurtaklardan rivojlangan. Masalan, bachadon, uning naylari va qinning talaygina qismi Myuller yo'llaridan, tuxumdon — embrional buyraklar bilan yonma-yon yotadigan jinsiy bog'lamlardan, tashqi jinsiy a'zolar — tananing pastki qismidagi teri qoplagichi va siydik-tanosil kavagidan taraqqiy etadi.

Ma'lumki, ona qornidagi homila rivojlanishining turli davrlarida differensiyalanish jarayonlari ro'y beradi, shu jarayonlar tufayli embrion uzil-kesil shakllanadi.

Homilaning shakllanishi va rivojlanishida to'qimalarning differensiyalanishi buzilsa, jinsiy a'zolar bir-biridan ajrab qolishi mumkin.

Siydik-tanosil sistemasida ayrim qismlarning qo'shib va bitib ketmasligiga to'qimalarning ba'zan o'smay qolishi sabab bo'lishi mumkin. Ona qornidagi hayoti davrida va tug'ilgandan keyin yallig'lanish jarayonlari sababli bo'shliqlar devorlarining yopishib qolishi va bitib ketishi, qator hollarda embrionda moddalar almashinuvining buzilishi, jumladan, ichki sekretsiya bezlaridagi o'zgarishlar tufayli rivojlanish to'xtab qolishi mumkin.

Jinsiy a'zolar ona qornidayoq noto'g'ri rivojlanishi mumkin, xususan, endokrin kasalliklar: diabet, giper-gipotireoz, genetik omillar, xromosomalar abberatsiyasining tashqi sharoit ta'sirida buzilishi, toksik moddalar, pestisidlar va kimyoviy preparatlar bilan zaharlanishi, chekish, ichkilik ichish, turli yuqumli kasalliklar, brutsellyoz, parotit, qizilcha, toksoplazmoz, gripp, listerioz, ornitoz, ona va homila o'rtasidagi rezus faktorning mos kelmasligi ham jiddiy sabab bo'ladi. Onadagi homiladorlikning 8—9 haftasidan boshlab homilaning a'zolari va yo'ldoshi shakllana boshlaydi, shu davrda embrion turli ta'sirlarga darrov beriluvchan bo'ladi, shunga ko'ra uning turli a'zo va sistemalarida nuqsonlar vujudga kela boshlaydi.

Adrenogenital sindrom

Tashqi jinsiy a'zolarining rivojlanishidagi illatlardan tug'ma adrenogenital sindrom: adrenogenital sindromi 3500—5000 tug'uruqda bitta uchraydi. Bu genetik tug'ma kasallik bo'lib, ferment sistemasining gidroksilazaning buyrakusti po'stlog'i faoliyatidagi yetishmovchiligi bilan bog'liq. Bunda kortizolning yetarli darajada shakllanmaganligi AKTG ning ko'p ajralib chiqishiga sabab bo'ladi. Adrenogenlarning ko'p ajralishi jinsiy a'zolarida virilizatsiyani oshiradi — klitor kattalashadi, urogenital sinus vujudga keladi. Bu holat bola hali ona qornidaligi davridayoq namoyon bo'ladi.

Klinikasi. Adrenogenital sindromda qizlarda suyaklarning o'sishi, bo'y o'sishi tezlashadi, 6—7 yoshdan, vaqtdan ilgari jinsiy a'zolar rivojlanadi, erkaklik ikkilamchi jinsiy belgilari vujudga keladi. Klitor kattalashadi, tuk erkaklarnikiga o'xshab chiqadi, ovozi yo'g'onlashib, muskullar kuchi oshadi, ammo sut bezlari rivojlanmaydi, hayz ko'rmaydi.

Davosi. Glukokortikoidlar kortizon, prednizolon, deksametazon bilan davo olib boriladi. Davolash 10 yoshdan oldin boshlangan bo'lsa, qizlarda sut bezlari kattalashadi, tuxumdonning endogen sekretsiyasi oshibgina qolmay, gipofizning gonadotrop faoliyati ham normallasadi. Operatsiya yo'li bilan 10—11 yoshda davolanadi: penisga o'xshash klitor olib tashlanadi; qinga kirish joyi tiklanadi.

Infantilizm

Infantilizm (lot. *infantis* — bolalarga xos, bolalarcha) — organizmning o'sishdan to'xtab qolishi, ya'ni kattalarda bolalarga xos bo'lgan jismoniy va ruhiy xususiyatlarning saqlanib qolish nuqsoni. Infantilizm tug'ma bo'lishi yoki o'sish davridagi har xil kasalliklar ta'sirida kelib chiqishi mumkin. Bolalikda bo'lib o'tgan yuqumli kasalliklar (sil, qizamiq, bezgak), qo'rg'oshin, simob, morfin va boshqalardan zaharlanish, ichki sekretsiya bezlari va miya kasalliklari, tomirlardagi nuqsonlar (aorta, o'pka arteriyasi, yurakdagi chap bo'lmacha qorincha teshigining torayganligi, uzoq davom etgan og'ir me'da-ichak kasalliklari) infantilizmga sabab bo'lishi mumkin.

Klinikasi. Infantilizmning yaqqol belgisi — pakanalik. Odamning bo'y-basti ko'pincha bolalarga xos bo'lib qoladi, gavda bichimi nozik, ko'krak qafasi uzun, tor, suyaklar ingichka, xotin-qizlarda ko'pincha chanoq tor; yurak kichkina, aorta tor, qon bosimi past bo'ladi. Ikkilamchi jinsiy belgilar, tashqi va ichki jinsiy a'zolar ham tuzuk rivojlanmay qoladi. Qovda junlar kam, chot ichiga botib tortilgan, tashqi jinsiy a'zolar yaxshi taraqqiy qilmagan. Katta jinsiy lablarda yog' qatlami kam, kichik jinsiy lablar burishgan, jinsiy lablar birbirlaridan qochibroq turadi. Shunga ko'ra, jinsiy teshik ochilib turadi. Qin tor, kalta; shilliq qavatlari serburma, bachadon bo'yni uzun; bachadon tanasi kichkina, yassilashgan — oldinga egilgan; naylar ingichka, egri-bugri, shokilalar teshigi taraqqiy qilmagan bo'ladi. Tuxumdon kichkina, Duglas

bo'shlig'i juda chuqur, bachadon boylamlari yetarli cho'zilmaydi, elastik emas, shuning uchun tug'uruq jarayonida jarohatlanadi. Hayz ko'rish ancha kechikadi, og'riqli, hayz qoni kam, hayz ko'rish davri qisqa bo'ladi, ba'zi hollarda umuman hayz ko'rmaydi; ba'zan esa aksincha bo'ladi. Infantilizm yaqqol ifodalangan bo'lsa, ayol homilador bo'lmaydi. Qisman infantilizmda homilador ayolda chala tug'ish holatlari kuzatildi.

Davosi. Follikul va gipofiz gormonlardan berish, kaloriyasi yuqori ovqatlar bilan ovqatlanish, fizkultura bilan shug'ullanish, iqlimni o'zgartirish.

Tuxumdonlar va bachadon naylari nuqsonlari

Tuxumdonlar nuqsonlari ularning haddan tashqari katta bo'lishi yoki juda kichikligi va hatto umuman yo'qligidan iborat.

Tuxumdonlarning tug'ma giperplaziyasi (kattalashuvi), asosan, follikular qavatning giperplaziyasi, odatda, funksional faoliyatga ta'sir etmaydi.

Tuxumdonlar juda kichrayganda (gipoplaziyada) follikular qavat kichrayib qoladi va to'la rivojlanmaydi. Bunday chala rivojlangan tuxumdonda tuxum hujayralar va primordial follikulalar bo'lmaydi yoki follikulalarning o'sishi va rivojlanishi to'xtab qolgan bo'ladi. Infantilizmda jinsiy bezlar gipoplaziyasi kuzatilib, ikkilamchi jinsiy belgilar bilinar-bilinmas bo'ladi.

Ikkala tuxumdon va bachadon naylarining mutlaq bo'lmasligi rivojlanishida boshqa nuqsonlar bilan tug'ilgan, yashashga ojiz qiz bolalardagina kuzatiladi. Bitta tuxumdonning bo'lmasligi kam uchraydi.

Bachadon bir shoxli bo'lganda va bachadon shoxlaridan biri chala rivojlanganda uning bitta nayi (tuxum yo'li, shuningdek, bitta tuxumdon) bo'lmaydi. Bachadon naylari cho'ziq, ingichka burmali bo'ladi.

Bachadon va qinning rivojlanish nuqsonlari

Bachadon va qinning chala rivojlanishi. Ko'pincha shunday hollar uchraydiki, voyaga yetgan ayol normal rivojlangani holda bachadon ilk rivojlanish davrlariga xos shaklini saqlab qoladi. Bachadon chala rivojlanganda qinda ham nuqsonlar kuzatiladi.

Ayni vaqtda bachadon tanasi kam rivojlangan, bo'yni esa tanasiga nisbatan uzunroq bo'ladi. Bachadon tanasi odatda keskin antefleksiya holatida, tashqi teshigi bilinar-bilinmas, qin kalta va tor, gumbazlari deyarli bo'lmaydi. Bachadon va qinning chala rivojlanishi ko'pincha umumiy infantilizmning juz'iy ko'rinishi hisoblanadi. Bunday ayollarda ko'pincha umumiy infantilizm belgilari kuzatiladi, ya'ni ko'krak qafasi uzun, tor, chanog'i kambar, dumbasi yassi, sut bezlari chala taraqqiy etgan, ko'kraklari kichkina, qo'ltiqlarida jun o'smagan bo'ladi; to'qimalari elastik bo'lmay, tug'uruq vaqtida salga shikastlanadi.

Jinsiy a'zolarining chala rivojlanishiga xos belgilar quyidagilar: vulva kichkina, katta jinsiy lablar yetarlicha rivojlanmagan, kam yog' bosgan, kichik jinsiy lablar kam rivojlangani uchun silliq yoki burishgan, shuning uchun jinsiy lablar ochilib turadi, oraliq ichiga botgan, qin kalta va tor, burmalari yaxshi rivojlanmagan, qin gumbazlari yassi, bachadon bo'ynining qindagi qismi kichkina, tashqi teshigi zondni arang o'tkazadigan nuqta shaklida, bachadon kichkina (normal bachadondan 2—3 sm kalta), bachadon bo'yni uzun. Bachadon ko'pincha giperantefleksiya holatida yotadi (bachadon bo'yni bilan tanasi o'rtasidagi burchak haddan tashqari o'tkir). Bachadon naylari ingichka, ancha buralgan, shilliq pardasi kam burmalangan, fimbriyalari kam taraqqiy etgan, tuxumdonlar kichkina, Duglas bo'shlig'i juda chuqur, bachadon boylamlari dag'al bo'ladi.

Hayz funksiyasining buzilishi. Yuqori infantilizmda to'liq amenoreya kuzatiladi, sust infantilizmda birinchi hayz qoni hamisha kechroq keladi va ko'pincha dismenoreya kuzatiladi. Ketadigan qon miqdori ham har xil: ba'zilarida qon kam ketsa, boshqalar, aksincha, ko'p qon yo'qotadi. Yuqori darajali infantilizmda ayol tug'maydi, sustroq darajali infantilizmda ayolning bo'yida bo'lishi mumkin, ammo bachadon yetarli taraqqiy etmagani uchun homiladorlik ko'pincha abort (bola tashlash) bilan tugaydi.

Davosi. Butun organizmni mustahkamlovchi umumiy davo kursi o'tkaziladi. Yaxshi ovqatlanish, jismoniy mashqlar bajarish, iqlim omillari ham asosiy davo choralariga kiradi.

Qizlik pardasi va qinning bitib ketishi (*atresia hymenis et vaginae*). Jinsiy kanal biron qismining bitib ketishi

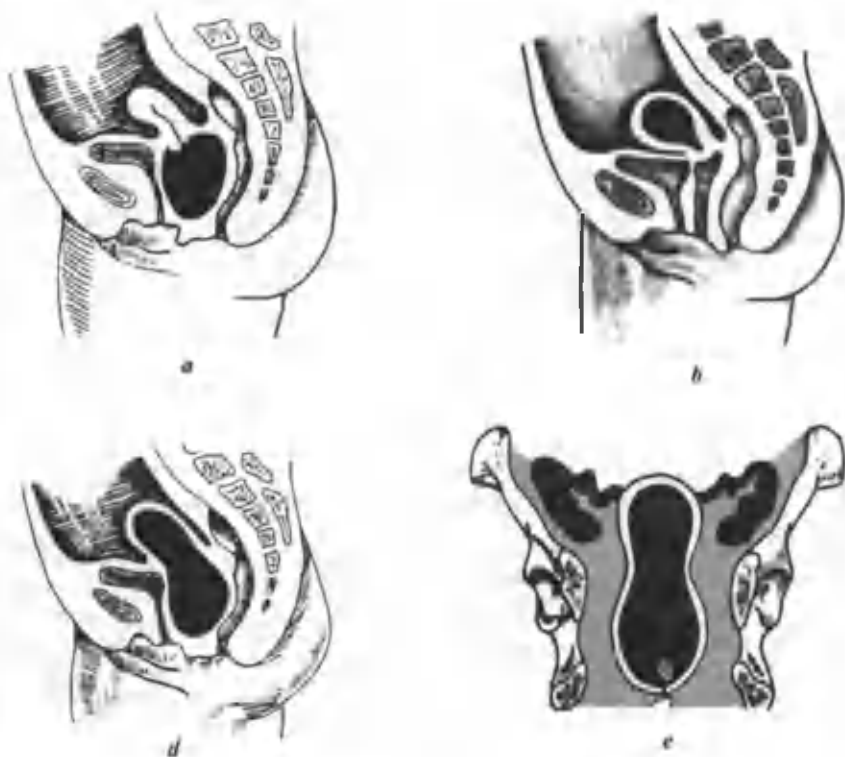
ginatreziya deb ataladi. Bitib ketgan qismning joylashuviga qarab qizlik pardasi, qin va bachadon bo'yni kanalining bitib qolishi tafovut qilinadi.

Jinsiy kanal rivojlanish nuqsonlari yoki ona qornidagi hayot vaqtida ro'y beradigan yallig'lanish tufayli bitib ketadi. Asosan, bolalik davrida turli yuqumli kasalliklar (qizamiq, skarlatina, difteriya, ich terlama, tepkili terlama, qaytalovchi terlama, so'zak va shunga o'xshashlar) bilan og'rish natijasida ham shunday o'zgarishlar yuz beradi. Qiz voyaga yetgach, tug'uruq vaqtida va tasodifan jarohatlanish tufayli ham jinsiy kanal bitib ketishi mumkin. Bolalik davrida qizlik pardasi va qin bitib qolsa hech qanday belgi kuzatilmaydi. Qiz hayz ko'ra boshlagan paytda qornining pastida og'riq va taranglik his qiladi. Hayz muddatlari kelganda, qorinning pastki qismi va bel og'riydi. Bunga, ko'pincha, ko'ngil aynishi, bosh og'rig'i, bosh aylanishi, yurak „o'ynashi“, temperatura ko'tarilishi va shunga o'xshash umumiy belgilar ham qo'shiladi. Betoblik belgilari oy sayin kuchayib, ma'lum vaqtdan keyin doimiy bo'lib qoladi. Keyinchalik, qovuq va ichak funksiyasining buzilish belgilari kuzatiladi (tez-tez zahartang qiladi va ich qotadi). Nihoyat, bemor ayol qorni sekin-asta kattalashayotganini sezadi.

Bachadon bo'yni kanali va qin ochiq bo'lib, qizlik pardasi bitib ketgan bo'lsa, hayz qoni qinda yig'ilib, qizlik pardasi do'ppayib chiqadi. Qon yana to'plana borib, qinni har tomonga cho'zadi va qonli o'sma gematokolpos (*heamato-colopos*) paydo bo'lishiga sabab bo'ladi (38-rasm, a).

Qin kengayib ketganidan keyin jarayonga bachadon ham qo'shiladi. Bachadonning avval bo'yni, so'ngra bo'shlig'i kengayib, gematometra (*haematometra*) va gematokolpos vujudga keladi (38-rasm, d).

Bachadon bo'ynining kanali bitib qolgan bo'lsa, gematometra birlamchi tartibda hosil bo'lishi ham mumkin (38-rasm, b). Qin va bachadondagina emas, Fallopiy naylarida (bachadon naylarida) ham qon to'planib, ayni vaqtda Fallopiy naylarining ampular (kengaygan) qismlari yopishib qoladi (38-rasm, e). Ichki jinsiy a'zolarining shu tariqa cho'zilishi oqibatida to'plangan qon ba'zan deyarli butun kichik chanoq bo'shlig'ini egallaydi. Bu bo'shliqda to'plangan qon quyuq yopishqoq bo'lib, jigarrang tusga kiradi, qora moydek quyuq



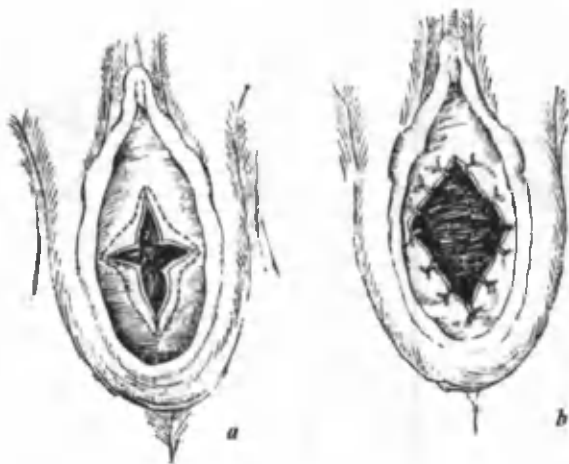
38-rasm. Jinsiy a'zolar rivojlanishidagi nuqsonlar:

a—gematokolpos; *b*—gematometra; *d*—gematokolpos va gematometra;
e—gematokolpos, gematometra va gematosalpinkis.

bo'lib qoladi. Bu — qon tanachalarining parchalanishiga, shaklli elementlarning aynab, cho'kib tushishiga, shilimshiq va ko'chgan epiteliyning qo'shilishiga bog'liq.

Yiring paydo qiluvchi bakteriyalar qinga kirganda to'plan-gan qon yiringlaydi; bachadonda yiring to'planadi, bunga *piometra* deb aytiladi. Bu kasallikni aniqlash unchalik qiyin emas. Jinsiy a'zolar tekshirilganda qizlik pardasi, qin yoki bachadon bo'ynining bitib qolganligini barmoqlar yoki zond bilan tekshirish mumkin. Bilqillagan yumshoq o'sma borligi to'g'ri ichak orqali tekshirilganda qo'lga seziladi.

Atreziyalar operatsiya yo'li bilan davolanadi. Qizlik pardasi va qinning pastki bo'limi bitib ketganda shu joydan tilish yoki qinning teshigini berkitib turgan to'siqni olib tashlash va uni tikish bilan kifoyalansa bo'ladi (39-rasm, *a,b*). Servikal kanal



39-rasm. Qizlik parda atryaziyasida xirurgik davolash usuli.

bitib ketganda bachadon ba'zan shu joydan yuqoriroqdan teshiladi. Bunday operatsiyani qilishning iloji bo'lmaganda bachadonni olib tashlashga to'g'ri keladi.

Yuqorida aytilganidek, bachadon va qin Myuller yo'llarida rivojlanadi, bu jarayon homilaning ona qornidagi hayotining ikkinchi oyi oxiriga to'g'ri keladi. Myuller yo'llarining bir-biriga qo'shiladigan qismida bachadon va qin, bir-biriga qo'shilmaydigan yuqori qismlarida esa Fallopiy naylari hosil bo'ladi.

Homilaning ona qornidagi hayoti vaqtida Myuller yo'llarining qo'shilish jarayonida quyidagi sabablarga ko'ra quyidagi rivojlanish nuqsoni kelib chiqishi mumkin:

- Myuller yo'llarining rivojlanmasligi va kam rivojlanishi;
- Myuller yo'llaridan faqat bittasining rivojlanishi;
- ikkala Myuller yo'lining mustaqil rivojlanishi va ular orasidagi to'siqning saqlanib qolishi.

Tug'ilgan, yashab keta oladigan bolada albatta bachadon bo'ladi, chunki bachadon hatto yo'qdek tuyulgan hollarda ham sinchiklab tekshirilib, silliq muskul tolalarining kichik bir to'plamini (bachadon kurtaklarini) topish mumkin. Bunday hollarda qin aksari chala rivojlanadi yoki butunlay bo'lmaydi (qin aplaziyasi).

Myuller yo'llari chala rivojlanganda va qo'shilmay qolganida ikkita rudimentar bachadon vujudga keladi.

Ona qornidagi hayot vaqtida faqat bitta Myuller yo'li taraqqiy etsa, bir shoxli bachadon (*uterus unicornis*) vujudga keladi (40-rasm). Bir shoxli bachadon tanasi odatda yoy shaklida yonga qiyshayib, yuqoriga tomon sekin-asta torayib boradi va sezilmasdan Fallopiy nayiga o'tadi. Bu nuqsonda qin aksari tor bo'lib qoladi, chunki u juft organning bitta yarmidan taraqqiy etadi. Tuxumdon va Fallopiy nayi odatda normal rivojlanadi.

To'la rivojlangan bir shoxli bachadon normal ishlaydigan bo'lgani uchun odatda hech qanday kasallik belgilarini keltirib chiqarmaydi. Bunday bachadonli ayol ham xuddi bachadoni normal ayoldek bo'yida bo'lishi mumkin, ayni vaqtda homiladorlik va tug'uruq normadan o'zgarmay o'tishi ham mumkin.

Myuller yo'llaridan biri to'g'ri rivojlangan, ikkinchisi esa rivojlanmay qolgan bo'lsa, *rudimentar* yoki *boshlang'ich Myuller yo'li* deb ataladi. U ba'zan boshlang'ich shox bachadonning ikkinchi yarmiga taqalib turgan bir tutam muskul to'qimasidan iborat bo'ladi. Bunday hollarda bachadon shoxi bo'shlig'i butunlay bo'lmaydi (41-rasm).

Boshlang'ich shox sal kam rivojlangan bo'lsa, muskul to'qimasi qalinroq bo'lib, shox ichida bo'shliq ko'rinadi. Shilliq parda bilan qoplangan bu bo'shliq bilinar-bilinmas yo'l orqali bachadon bo'shlig'iga tutashadi, ba'zan bachadonga tutashmay qolishi ham mumkin (42-rasm). Bunda qo'shimcha normal ishlaydi. Shox bachadon tanasiga tutashgan bo'lsa, hayz qoni bachadon bo'shlig'i orqali qinga chiqadi; tutashmagan bo'lsa — qo'shimcha shoxda qon



40-rasm. Bir shoxli bachadon.



41-rasm. Muskul shaklidagi rudimentar shoxli bachadon.

to'planadi, natijada rudimentar shox devori yorilib, ichga qon ketadi.

Rudimentar shoxdagi homiladorlik ona sog'ligi uchun jiddiy xavf tug'diradi. Bachadon va qo'shimcha shox bir-biri bilan tutashganda ham, tutashmaganda ham bunday homiladorlik ro'y berishi mumkin. Bu homila urug'langan tuxum hujayraning sirtidan (qorin bo'shlig'i ichidan) siljib kelishi tufayli rivojlanadi. Rudimentar shoxdagi homiladorlik kechishi va natijalari jihatidan bachadondan tashqaridagi homiladorlikka o'xshaydi. Shu sababli bu nuqson operatsiya yo'li bilan bartaraf etiladi.

Rivojlanish jarayonida Myuller yo'llari chala qo'shilsa yoki butunlay qo'shilmay qolsa, bachadon shoxlari normal rivojlanishi yoki rivojlanishda o'zgarish bo'lishi mumkin.

Chala rivojlanishning yuqori darajasida bachadonning ikkala yarmi bir-biridan batamom ajralib qoladi, bu qo'shbachadon (*uterus didelphus*) deb ataladi (43-rasm). Bachadon qo'shaloq bo'lganda aksari siydik-tanosil sistemasining tuzilishida boshqa nuqsonlar ham ro'y beradi, ular homilaning yashab ketishiga to'sqinlik qiladi. Voyaga yetgan qizlarda bunday nuqson juda kam uchraydi.

Bachadon tanasi ikkita bo'lib, ikkala bo'yin bir-biriga zich taqalib tursa, bunday bachadon qo'sh shoxli, qo'sh bo'shliqli bachadon (*uterus bicornis bicollis*) deb ataladi (44-rasm).

Bachadonning ikkita ayrim tanasi bitta umumiy bo'yin bilan tutashgan bo'lsa, bunday bachadon *uterus bicornis unicollis* deb ataladi (45-rasm), bu holda bachadon tanasi to'la



42-rasm. Bo'shlig'i bor rudimentar shoxli bachadon.



43-rasm. Qo'shaloq bachadon va qo'shaloq qin.



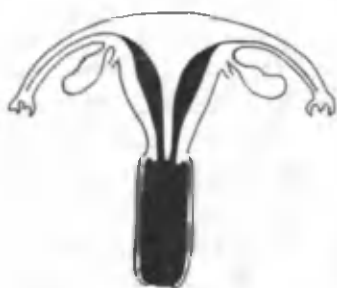
44-rasm. Ikki shoxli va ikki bo'yinli bachadon.



45-rasm. Ikki shoxli bitta bo'yinli bachadon.



46-rasm. Egarsimon bachadon.



47-rasm. To'siq bilan bo'shlig'i ikkiga bo'lingan bachadon.

va qisman ajralgan bo'lishi mumkin. Myuller yo'llarining faqat yuqori qismlari chala qo'shilganda bachadon ba'zan tub sohasida egarga o'xshab botib turadi va u, *uterus arcuatus* deyiladi (46-rasm).

Kamdan kam hollarda bachadon bo'shlig'i bitta bo'lganda tashqi teshik ikkita bo'ladi, bachadon bo'ynining kanali to'siq bilan to'la yoki qisman ajralib turadi, bunga qo'sh bo'shliqli bachadon (*uterus septus duplex*) deyiladi (47-rasm).

Bachadon bo'shlig'i bitta bo'lgani holda ba'zan tashqi teshik ikkita bo'ladi, lekin bachadon bo'ynining kanali to'siq bilan butunlay yoki qisman ajralib turadi, bunday bachadon *uterus biforis* deb nomlanadi (48-rasm).

Yuqorida qayd etilgan hollarda qin qo'shaloq bo'lishdan tortib, old devorda bilinar-bilinmas to'siq paydo bo'lishigacha o'zgarishi mumkin (49-rasm).



48-rasm. Uterus biforus.



49-rasm. Normal rivojlangan bachadon va qo'shaloq (to'siq bilan bo'lingan) qin.

Bachadon rivojlanishi nuqsonlari yuqori darajaga yetmagan bo'lsa, odatda, hech qanday belgi va shikoyat kuzatilmaydi.

Ikkala bachadon bir xilda rivojlanganda har qaysisida homila bo'lishi mumkin. Ikkita bachadonning birida homila bo'lganda, ikkinchisi yumshaydi, hajmi picha kattalashadi va ichida tug'uruq vaqtida yoki tug'uruqdan keyingi davrda haydalib chiqadigan parda bo'ladi. Tug'uruq odatda normal o'tadi.

Bachadon bo'shlig'i ikkita bo'lganda, yo'ldoshning bir qismi to'siqqa yopishgan bo'lsa, tug'uruqdan keyingi davrda ba'zan asoratlar kuzatilishi mumkin. Bachadon bo'yni va qindagi to'siq homilaning haydalib chiqishiga to'sqinlik qilishi mumkin. Tug'uruq vaqtida to'siqning yirtilishi ko'p qon ketishiga sabab bo'ladi, qonni to'xtatish uchun operatsiya talab etiladi.

Qo'shaloq bachadon va qo'shaloq qin jinsiy tizimning normal funksiyasiga xalaqit beradigan bo'lsa, davo kursi o'tkazilishi lozim. To'siq jinsiy aloqaga to'sqinlik qilsa yoki homila va tug'uruqning o'tishiga xalal bersa, uni tilishga to'g'ri keladi. Ayrim hollarda ikki shoxli bachadon operatsiya qilinib, bir shoxli bachadonga o'zgartiriladi.

Qinning torayishi

Qinning torayishi tug'ma yoki hayot davrida vujudga keladigan nuqsondir.

Qinning tug'ma tor bo'lishi ko'pincha homilaning ona qornida yashash vaqtida ro'y bergan yallig'lanish jarayon-

larining oqibati hisoblanadi. Qinning hayoti davrida torayib qolishi esa bolalik vaqtida turli yuqumli kasalliklar (chin chechak, skarlatina, difteriya) bilan og'rish oqibatida qinning yallig'lanishi va qiz bola voyaga yetib, tug'ganidan keyin chilla davrida og'ir kasalliklarga chalinishi natijasida kelib chiqadi.

Ba'zan bachadon bo'yni yoki qin raki radiy nurlari bilan davoganiidan keyin qin torayib qoladi va hatto qin to'la atreziyaga uchraydi. Bunday hollarda chandiqliq to'qimasi paydo bo'ladi va qinning torayishiga sabab bo'ladi. Atreziya esa qin shilliq pardasining nekrozi tufayli qin devorlarining bir-biriga yopishib qolishi oqibatida kelib chiqadi.

Qin juda oz torayib, halqasimon kichkina tortmadan iborat bo'lishi yoki aksincha ko'p torayib, deyarli boshidan oxirigacha zich bo'lib qolishi mumkin. Ozingina toraysa, qinda hech qanday belgi bo'lmaydi.

Qin ko'p toraysa, hayz qoni bachadonda ushlanib qolib, gematometra va gematokolpos vujudga kelishi mumkin.

Davosi. Operatsiya qilib davolanadi, ya'ni butun yamoq to'qimasi tilinib, kambut to'qimalarga chok solinadi.

Radiy nurlari tufayli qin toraygan bo'lsa, operatsiya yo'li bilan davolash **mumkin emas.**

Tashqi jinsiy a'zolarining rivojlanish nuqsonlari

Tashqi jinsiy a'zolarining rivojlanish nuqsonlari nisbatan kam uchraydi. Bu nuqsonlar ba'zan yangi tug'ilgan chaqaloqlarda kuzatiladi. Ba'zan shu nuqson bilan birga, qorin old devorining pastki qismi, qov birlashmasi (simfiz), klitor va qovuq sfinkteri ikkiga ajralgan (kertik) bo'ladi.

Siydik chiqarish kanali orqa devorining chala rivojlanishining (*gipospadiya*) belgisi shuki, uretra teshigi qin dahlizida bo'lmay, qinning ichida bo'ladi.

Orqa chiqaruv teshigining bitib qolishi (*atresia ani*) yoki qin dahlizi sohasiga o'tib qolishi (*anus vestibularis*) singari holatlar, katta va kichik jinsiy lablarning bir-biriga yopishib o'sishi, goho gipertrofiya jarayonlari kuzatiladi (klitor uzaygan, kichik jinsiy lablar uzunchoq). Yuqorida qayd etilgan rivojlanish nuqsonlari operatsiya yo'li bilan davolanadi.

Germafroditizm

Chin germafroditizm nuqsonida jinsiy bezlarda erkak va ayol elementlari bo'lishi bilan birga, har bir bez o'z jinsiga yarasha baravar ishlayveradi.

Tashqi yoki ichki jinsiy a'zolarning nonormal tuzilishi yoki jinsiy a'zolar tuzilishining ikkilamchi jinsiy belgilarga mos kelmasligi sababli *xunasalik* (germafroditizm) kelib chiqadi. Bunday holatni soxta germafroditizm yoki psevdogermafroditizm deb atash to'g'ri bo'ladi, chunki jinsiy a'zolarning tuzilishi va ikkilamchi jinsiy belgilar emas, balki faqat jinsiy bez va uning ishlashi belgilab beradi.

Soxta germafroditizm erkak va ayol psevdogermafroditizmiga bo'linadi.

Ayol psevdogermafroditizmida klitor ancha kattalashib, cheti yaqqol ko'rinadi, katta va kichik jinsiy lablar bir-biriga yopishgan bo'ladi; jinsiy belgilar ayolga xos tipda bo'ladi.

Erkak psevdogermafroditizmida jinsiy bez erkakka xos tipda bo'ladi. Chala rivojlangan jinsiy olat gipertrofiyalangan klitorga o'xshaydi; uretra teshigi chala taraqqiy etgan jinsiy olat ustida, pastroqda joylashadi; ikkiga ajralgan yorg'oq (moyak xaltasi) katta jinsiy lablarga o'xshab ketadi; moyaklar qorin bo'shlig'idan yo butunlay tushmaydi, yo chov kanalida, yoxud jinsiy lablarda bo'lib, paypaslaganda qo'lga unnaydi. Erkak psevdogermafroditizmi ayol psevdogermafroditizmiga nisbatan ko'proq uchraydi. Shunga asoslangan holda, bunday shaxslarni, shubhali hollarda erkak tipiga qo'shish kerak.

Chin germafroditizm deb, odamda bir yo'la ham erkak jinsiy hujayralari, ham ayol jinsiy hujayralari bo'ladigan rivojlanish nuqsoniga aytiladi. Tashqi jinsiy a'zolarning tuzilishi ayol yoki erkaknikiga yaqin bo'lishi mumkin. Chin germafroditizmida erkak urug'iga xos elementlar va urug' xaltasi bo'ladi.

Soxta germafroditizm. Ichki va tashqi jinsiy a'zolar anatomik tuzilishi jihatidan shu jinsga xos bo'lmaydi. Ayollardagi soxta germafroditizm tashqi, ichki, to'la bo'ladi. *Tashqi soxta germafroditizm*da klitor odatdagidan katta va kichik jinsiy lablar bir-biriga yopishib ketgan bo'ladi. Jinsiy bezlar, ayollar

tipida, bachadon, bachadon naylari va qin yetarlicha rivojlangan bo'ladi. *Ichki* germafroditizm tuxumdon, bachadon naylari, bachadon, qin bo'lgani holda, urug' chiqarish yo'llari va parauretral bezlar rivojlangan bo'lib, prostata beziga o'xshab ketadi. *To'la soxta* germafroditizm ichki va tashqi germofroditizm bir vaqtda uchraydi.

Bachadon va qinning ikkiga ajralgan bo'lishi

Bu nuqson Myuller yo'llarining bir-biriga qo'shilmaligi natijasida kelib chiqadi. Bunda har ikki tamonda bittadan bachadon va bachadon naychasi bo'lib, har bir bachadon uchun alohida qin bo'ladi. Ba'zan qo'sh bachadon, qo'sh bo'yin bo'lib, qin yarmidan boshlab, faqat to'siq bilan ajralgan bo'ladi. Bachadon ikki shoxli, bitta bo'yinli va bitta qinli bo'lishi ham mumkin. Ko'pincha bitta shoxli bachadon kuzatiladi. Egarsimon, to'siqli, goho qisman to'siqli bachadon bo'ladi. Bolalar yoshlikda shikoyat qilmasliklari mumkin, lekin jinsiy hayot boshlangandan keyin shikoyat paydo bo'ladi.

Davosi. Operatsiya yo'li bilan davolanadi.

Qizlik pardasining bituv bo'lishi. Odatda, bu holat qiz bola balog'atga yetib, hayz ko'rish muddati boshlanguncha sezilmaligi mumkin. Qiz hayz ko'ra boshlagan davrda ham hayz qoni tashqariga chiqmay, qinga yig'ila boradi, natijada qin kengayib taranglashadi. Hayz ko'rish davrida qiz bola belda, qorinning pastki sohasida dard tutganga o'xshash og'riq sezadi, lanj bo'ladi, ko'ngli ayniydi, yurak o'ynashi kuzatiladi. Qin kengayib, cho'zilib, chanoqning kirish sathigacha yetadi. Tashqi tomondan ko'zdan kechirilganda qizlik pardasi qinga yig'ilgan qon bosimi ostida ko'kimtir bo'lib do'ppayib chiqadi. Hayz qoni asta-sekin bachadon bo'yni kanalini, bachadonni, hatto bachadon naychalarini ham to'ldirishi mumkin.

Davosi. Skalpel bilan qizlik pardasini butsimon shaklda kesib, hayz qoni chiqariladi va jinsiy teshikni ochiq qoldirib uning kesilgan chetlari tikib qo'yiladi.

Jinsiy rivojlanmaslik

Bu patologiya gonadalarning diskineziyasi oqibatida ro'y berib, jinsiy bezlarning rivojlanishi davomida turli nuqsonlar kelib chiqadi, ba'zan hatto tuxumdon to'qimasi bo'lmasligi ham mumkin. Bu xromosomadagi nuqsonlarga bog'liq.

Gonadalar diskineziyasiga homila hali ona qornidaligida, ya'ni embriogenez vaqtida ona organizmiga zararli omillar, asosan, zaharlanish, infeksiya va boshqalar salbiy ta'sir qilishi sabab bo'ladi.

Gonad to'qima juda sezgir bo'lib, salbiy omillar uni zararlaydi va halokatga uchratadi, oqibatda u qo'shimcha to'qimaga aylanadi. Ayrim ginekologlar bez holatni bachadon ichida homilaning yemirilishi deb talqin qiladilar.

Ko'p mualliflarning olib borgan tadqiqotlariga qaraganda, gonadalar diskineziyasida 80 % bemorda jinsiy xromatin yoki mezotsin bo'lmaydi. Bundan tashqari, ularda xromosom yig'indisi ham to'liq bo'lmaydi (46 ta o'rniga 45 ta).

Shunday qilib, gonadalar rivojlanishi jarayonida jinsiy xromosomalarning embriogenez davrida bo'linmasligi oqibatida ular diskineziyaga uchraydi, ya'ni organizm jinsiy rivojlanmaydi.

Gonadalar disgeneziyasi

Gonadalar yunoncha so'z bo'lib, „jinsiy bezlar“, *disgeneziya* esa „rivojlanishning buzilishi“ ma'nosini anglatadi.

Ba'zan tuxumdon to'qimasi umuman bo'lmashligi (gonadalar aplaziyasi) ham mumkin. Gonadalar diskineziyasida amenoreya holati ko'p uchraydi. Birlamchi 30—43 % gacha amenoreya gonada nuqsoniga bog'liq bo'ladi.

Etiopatogenezi. Bu turdagi patologiya xromosomalar nuqsoniga bog'liq. Gonada disgeneziyasining vujudga kelishiga ona organizmiga salbiy ta'sir qiladigan omillar — infeksiya va intoksikatsiyalar sabab bo'ladi. Bu holat, asosan, jinsiy bezlarning shakllanish davriga to'g'ri keladi.

Jinsiy xromatin bo'lmaganda jinsiy xromosoma tekshiriladi. Xromosomalar yig'indisi to'liq bo'lmaganligi ko'rinadi (46 ta xromosoma o'rniga 45 ta). Xromosomaning mitoz jarayonida bo'linmasligi yoki erkak hamda ayol tuxumining qo'shilish jarayonidagi anafaz bo'linishda birortasining tushib qolishi oqibatida xromosoma yig'indisi to'liq bo'lmaydi. Gonada disgeneziyasida onadagi bittagina jinsiy xromosoma X dan turli holatlar, xususan, rang ko'rlik belgisi kuzatiladi va bu holat faqat onada bo'ladi. Shunday qilib, ona tomonidan jinsiy xromosomalarning bo'linmasligi rivojlanish (ovo-

genез va spermatogenez) ning erta muddatlarida ularni differensiya qilish vaqtida to'xtashi gonada diskineziyasiga sabab bo'ladi.

Gonadalar disgeneziyasida „tuxumdon“ tomonidan gonadotropinga javob reaksiyasi bo'lmagani uchun, gonadotropin ishlab chiqarish kuchayadi. Hamma bemorlarda ham gonadotropin konsentratsiyasi yuqori bo'lavermaydi.

Klinikasi. Klinikada gonada diskineziyasining 3 xil sindromi kuzatiladi:

- 1) Shereshevskiy-Terner sindromi;
- 2) gonadalar disgeneziyasining „toza“ turi;
- 3) aralash turi.

Hozircha gonadalar disgeneziyasi har xil klinik turlarining sabablari aniqlanmagan.

Shereshevskiy-Terner sindromi genetik nuqsonlar yig'indisi bo'lib, ulardagi ayrim to'qimalarning rivojlanish xususiyati bo'lmaydi (mezodermal qavatlardan boshlangan muskul va terining embrional davrda zararlanishi), „toza“ turida esa muskul, suyak va boshqa sistemalarning normal rivojlanishida gonadalar ma'lum darajada zararlangan bo'ladi. Gonada diskineziyasining aralash turida har ikki belgilari uchrashi mumkin.

Gonadalar disgeneziyasining „toza“ turi

Gonadalar disgeneziyasining toza turi haqida birinchi bor Shvayer tomonidan 1955- yili yozilgan. Bu turda jinsiy rivojlanish juda orqada qolsa-da, somatik (jismoniy) nuqsonlar uchramaydi. Odatda, bunday bemorlarning bo'ylari normal yoki baland bo'lib, gavda tuzilishi ham ayollarga xos bo'ladi (ayollar fenotipi).

12 ta bemordan 7 tasining bo'yi 162 sm dan baland bo'ladi. Tana tuzilishi displastik xarakterda, ba'zilarida tana tuzilishi interseksual holatda (ko'krak qafasining aylanasi kattalashgan, chanoq o'lchovlari biroz kichik, ayrimlarining tana tuzilishi evnuxoid (*evnux* yunonchasiga — „haram og'asi“, „haram xodimi“, „bichilgan qul“ ma'nosini anglatadi) tipida chanoqning ko'ndalang o'lchovi juda kichik, oyoqlar uzunlashgan holni kuzatish mumkin. Bu bemorlarda sut bezining butunlay bo'lmasligi yoki juda kam rivojlanganligi, qo'ltiqosti va tashqi jinsiy a'zolar sohasida kam tuk bo'lishi,

badan va tashqi jinsiy aʼzolar yaxshi rivojlanmaganligi koʻzga yaqqol tashlanadi. Qin surtmasida atrofiyaga uchragan hujayralar uchraydi, somatik nuqsonlar boʻlmaydi. Ularning suyak sistemasida Shereshevskiy-Terner nuqsonlari kuzatilmaydi. 17-KS normal holatda, gipofizning gonadotrop faoliyati yuqori darajada boʻladi.

Normal hayz koʻradigan ayollardagina testosteron konsentratsiyasi boʻladi. Jinsiy xromatin koʻp hollarda kamaygan, baʼzan normal boʻlishi ham mumkin.

Gonadalar disgeneziyasining „aralash“ turi

Bu xil gonadalarni dastlab Soxval (1965) ajratgan. Bunday bemorlarda ayollar fenotipi (erkaklar fenotipi kam uchraydi) koʻzga tashlanadi. Jinsiy xromatin yoʻq, tashqi jinsiy aʼzolar ayollarga xos boʻlib, qin va bachadon boʻladi. Tuxumdon oʻrnida bir tomonda qoʻshimcha toʻqimali gonada rudimenti, ikkinchi tomonda disgenetik erkak urugʻdoni boʻladi. Chin germafroditizmdan gonadalar disgeneziyasining aralash turi ovarial va testikular elementlar borligi bilan farq qiladi.

Gonadalar disgeneziyasining aralash turida bemor odatda baland boʻyli boʻlib, sut bezlari boʻlmaydi. Tashqi jinsiy aʼzolar va qoʻltiqosti tuklari koʻp boʻladi. Baʼzan gipertrixoz kuzatilib, bemorning tovushi past boʻlib, somatik nuqsonlar uchramaydi.

Jinsiy xromatin boʻlmagan bemorlarda sitogenetik tekshirishlarda kariotiplardan X0 (XX yoki XY) aniqlanadi (*kario* yunoncha — „hujayra yadrosi“ni anglatadi). *Kariotip* turga xos boʻlgan, xromosomalar morfologik belgilari oʻlchami, shakli, oʻziga xos tuzilishi, soni va hokazolar majmuyidir. Qorin devori ochib qaralganda bachadon naychalarining yaxshi rivojlanmaganligi (baʼzan faqat bir tomonda), gonadalardan biri rudiment holatida boʻlib, oqimtir biriktiruvchi toʻqima, ikkinchi tomonida oval yoki dumaloq shakldagi erkak urugʻdoni elementlari topiladi.

Gonadalar disgeneziyasining aralash turida oʻsmalar hosil boʻlishi, xususan, koʻproq gonadatomalar tipidagi oʻsmalar uchraydi. Agar ikkinchi tomondagi erkak urugʻdonida oʻsma paydo boʻlsa, klitorning bilinadigan darajadagi gipertrofiyasi, virilizatsiya, tana tuzilishining erkakka oʻxshab ketishi va hokazolar uchraydi. Agar oʻsma borligi aniqlansa, albatta laparotomiya qilish zarur.

5-BOB. BACHADONNING NOTO'G'RI HOLATI

Jinsiy a'zolari tutib turuvchi apparatlarni boylash, pay, chanoqosti muskullarining normal holati bachadon va qinning fiziologik qo'zg'aluvchanligiga xalaqit bermaydi. Agar shu apparatlarda biror patologik holat vujudga kelsa, chanoq a'zolarining topografiyasi o'zgarib boshlaydi. Bachadon va qinning pastga siljishi va tushishiga quyidagilar sabab bo'ladi:

1) ichki jinsiy a'zolarining embrional taraqqiyotidagi nuqsonlar, chanoqosti innervatsiyasining buzulishi, bachadon ostidagi muskullarning tug'ma gipoplaziyasi va boshqalar;

2) jinsiy a'zolarining rivojlanishidan to'xtashi qarilikda bachadon naylari chanoq ostidagi muskullarining atrofiyasi;

3) homiladorlik va tug'uruq patologik holatda kechganda qorin devori muskullarining asteniyasi va quvvatsizlanib qolishi; ko'p suv, ko'p homila, tor chanoq, osilgan va o'tkir uchli qorin va boshqalar;

4) tug'uruq jarayonidagi shikastlanishlar oqibatida chanoq tubidagi mushaklarning bo'shashishi yoki jarohatlanishi.

Qorin bo'shlig'idagi biron a'zoni, jumladan, chanoq vaziyatini alohida ko'zdan kechirish yaramaydi. Barcha a'zolar bir-biriga yaqin joylashgan, bir-birini suyab turganligi uchun ular ozmi-ko'pmi doimiy muvozanatda bo'ladi. Diafragma, qorin devori va chanoq tubining o'zaro ta'siri tufayli qorin bo'shlig'ida shunday muvozanat vujudga keladi. Kichik chanoq boylamlari, biriktiruvchi to'qima va muskullardan tuzilgan apparat tufayli chanoq a'zolari chanoqda o'z o'rnini saqlab turadi va fiziologik yoki patologik sharoit taqozosi bilan qorin bo'shlig'ida vujudga kelgan bosimga ma'lum darajada qarshilik ko'rsatadi.

Qo'shni a'zolar (qovuq va ichak) holati ham bachadonning vaziyatiga ta'sir etadi.

Bachadon chanoqning o'rtasida joylashgan, tubi oldinga va yuqoriga qaragan, qindagi qismi esa pastga va orqaga yo'nalgan bo'ladi (50, 51-rasmlar). Bachadonning bunday vaziyati *og'ish* deb ataladi. Bachadon tanasi qayoqqa qaraganiga qarab, bachadonning quyidagi vaziyatlari tafovut qilinadi:

• *anteversio* — normal (to'g'ri, tipik) vaziyat — bachadon tanasi oldinga qaragan;



50-rasm. Bachadonning tepaga ko'tarilishi.



51-rasm. Bachadonning pastga tushishi va qinoldi devorining tashqariga chiqishi.

- *lateroversio* — chanoqning yon devoriga qaragan;
- *retroversio* — orqaga qaragan.

Bachadon bo'yni tanasiga o'tadigan joyda oldinga qaragan o'tmas burchak bor, burchakning tepasi ichki teshik sohasiga mos keladi. Bachadon bo'ynining bachadon tanasiga nisbatan bunday joylashuvi egilish, fleksiya (*flexio*) deb ataladi. Bachadonning og'ishidagi kabi, burchakning qay tomonga ochilganligiga qarab bachadon egilishining quyidagi turlari farqlanadi:

- *anteflexio* — bachadonning normal, tipik vaziyati;
- *retroflexio* — bachadonning orqaga engashgan vaziyati;
- *lateroflexio* — bachadonning chanoq yon devoriga qayrilgan bo'lishi.

Bachadonning tanasi bilan bo'yni o'rtasidagi burchak oldinga ochilgan, bachadon tanasi ham oldinga qaragan, qindagi qismi esa orqaga va pastga yo'nalgan vaziyatini *normal (tipik) vaziyat (anteflexio-versio uteri)* deb hisoblanadi. Bu vaziyatda bachadon bo'ynining tashqi teshigi interspinal chiziq, ya'ni ikkala *spinae ischii* ni birlashtiruvchi chiziq ro'parasida bo'ladi.

Bachadon vaziyati tipik vaziyatdan keskin farq qiladigan darajada o'zgargan bo'lsa, *bachadonning patologik vaziyati* deb aytiladi.

Bachadon vaziyatining quyidagi o'zgarishlari tafovut qilinadi (52, 53, 54-rasmlarga qarang):

- o'zgargan pozitsiya (*positio*), ya'ni bachadonning



52-rasm. Bachadon va qin old devorining qisman tashqariga chiqishi (bachadon bo'yni cho'zilgan).



53-rasm. Bachadonning to'liq tashqariga chiqishi.

chanoq bo'shlig'ida u yoki bu tomonga butunlay siljib qolishi (surilishi);

— bachadonning gorizontal og'ishi (*versio*), ayni vaqtda bachadon tanasi bilan bo'yni o'rtasidagi burchak deyarli tekislanib ketadi (*ante-*, *retro-*, *lateroversio*);

— kuchaygan yoki o'zgargan egilish (*flexio*) — bachadon bo'yni bilan tanasi o'rtasidagi burchak o'tkirroq bo'ladi (*anteflexio pathologica*, *retro-*, *lateroversio*);

— bachadon uzunasiga ketgan o'z o'qi bo'ylab buriladi (54-rasm) (*torsio*);

— bachadon ag'darilib chiqadi (*inversio uteri*).

Bachadonning surilishi (dispositio) a'zoning patologik vaziyati hisoblanadi. Bunda butun bachadon oldinga, orqaga yoki yon tomonga tortilgan, yoxud normadan tashqari ko'tarilgan (*elevatio*) yoki pastga tushgan (*descensus uteri*) yo bo'lmasa, nihoyat, jinsiy yoriqdan tashqariga chiqqan (*prolapsus uteri*) bo'ladi. Bachadonning qaysi tomonga siljishiga qarab quyidagilar tafovut qilinadi:

• *antepositio* — oldinga surilish;



54-rasm. Bachadonning o'z o'qi atrofida buralishi.

- *retropositio* — orqaga surilish;
- *lateropositio* — yon tomonga surilish.

Duglas bo'shlig'idagi o'smalar, qon quyilishi sababli bachadon oldinga suriladi (*antepositio*, 55-rasm). Bachadonni qorin devoriga yopishtirish operatsiyasi (bachadon ventrofikatsiyasi) da shunday vaziyat sun'iy yo'l bilan vujudga keltiriladi.

Dumg'aza-bachadon boylamlari qisqarganda, shuningdek, yallig'lanish jarayoni natijasida tortmalar paydo bo'lganda, bachadon ko'pincha orqaga surilib qoladi (*retropositio*). Ba'zan bachadondan oldingi o'smalar bu a'zolari orqaga surib yuboradi. Tekshirishdan oldin hamisha qovuqni bo'shatish zarur, chunki to'lib ketgan qovuq bachadon tanasini orqaga itaradi. *Retropositio* da butun bachadon ba'zan dumg'aza suyagining botiq qismida yotadi (56-rasm).

Chanoqning qarama-qarshi yarmidagi o'sma yoki kletchatkadagi infiltrat bachadonni chanoqning yon devoriga taqab qo'yishi natijasida bachadon yon tomonga suriladi (*lateropositio*). Bundan tashqari, yallig'lanish jarayonlaridan keyin bachadon serbar boylamlarining burishib qolishi tufayli bachadon yon tomonga surilishi mumkin.

Tuxumdon ortiqlarining boylamlar o'rtasida joylashgan o'smalari, qin o'smalari qin atreziyasida qinga to'plangan qon (gematokolpos), to'g'ri ichak o'smalari va shunga o'xshashlar



55-rasm. Bachadonning oldinga surilishi (*antepositio*).



56-rasm. Dumg'aza-bachadon boylamlarining qisqarishi sababli bachadonning orqaga surilishi (*retropositio*).

bachadonni kichik chanoq bo'shlig'idan surib yuborishi natijasida bu a'zo ko'tarilib qoladi (*elevatio*). Shunday vaziyatni sun'iy yo'l bilan bachadon tubini qorin devoriga balandroq yopishtirib vujudga keltirish mumkin.

Bachadonning og'ishi

Yuqorida aytilganidek, normal (tipik) holatda bachadon *anteversio* vaziyatida yotadi. Ammo chanoq devorlariga nisbatan olinganda shu vaziyat biron tomonga turlicha o'zgarishi mumkin: bachadonning oldinga qarab — haddan tashqari og'ishi patologik *anteverziya*, orqaga og'ishi *retroverziya*, yon tomonga (o'ngga yoki chapga) og'ishi *lateroverziya* deb ataladi.

Bachadonning patologik og'ishiga bachadonni ushlab turuvchi apparat (boylamlar) ning yetarli rivojlanmasligi, infantilizm (dumg'aza-bachadon boylamlarining tug'ma kaltaligi), har xil o'smalar, pardaga o'ralgan qorin ekssudatlari va nihoyat, yallig'lanish jarayonlari sabab bo'ladi (57-rasm). Patologik anteverziyada ayol tikka turganda bachadon tubi bachadon bo'ynidan pastda qoladi, bachadon bo'yni normal holatdan farq qilib, yuqoriga va orqaga yo'nalgan bo'ladi.

Qorni osilib ketgan homilador ayollarda, bachadonning old devori qovuqning qorin pardasiga yopishib ketganda va churra tushganda bachadon anteverziyasi kuzatiladi.

Bachadon og'ishlaridan *retroverziyaning* ahamiyati katta. Bunda bachadon tubi yuqoriga va orqaga, bachadon bo'yni esa pastga va oldinga qaragan bo'ladi.

Ayol tug'ganidan va operatsiyadan so'ng uzoq vaqt chalqancha yotishi natijasida bachadon retroverziyasi kelib chiqadi. Ba'zan o'smalar paydo bo'lganda, bachadonning tug'uruqdan keyingi involutsiyasi noto'g'ri borganda, qovuq to'lib ketganda, qin devorlari pastga tushganda va nihoyat, qovuq bilan bachadon o'rtasidagi



57-rasm. Bachadonning patologik oldinga (o'tkir burchakli) egilishi (antefleksiya).

bo'shliqqa ichak qovuzloqlari tushib qolganda bachadon tanasining og'irligi sababli retroverziya kelib chiqadi.

Oraliqning shikastlanishi natijasida qinning pastga tushishi (quyiga qaralsin) bilan retroverziya o'rtasida bevosita bog'lanish bor.

Bachadon chanoqning yon devoriga og'ganda (*lateroverziyada*) bachadon tubi yuqoriga va yon tomonlardan biriga, bachadon bo'yni esa pastga va bachadon tanasining qarama-qarshi yon tomoniga qaragan bo'ladi. Bachadonning bir tomonga og'ishi bachadon tanasining o'smalardan surilishi natijasi, bachadon naylari va tuxumdonlardagi yallig'lanish jarayonining, bachadon atrofidagi kletchatkaning yallig'lanishi (parametrit) natijasi hisoblanadi.

Bachadon noto'g'ri og'ganda (ayniqsa, *retroverziyada*) ko'pincha hajmi kattalashadi. Sababi, bachadon noto'g'ri yotishi sababli serbar boylamlar bag'ridan o'tuvchi venalar qisiladi va shu tariqa qonning oqishi qiyinlashib qoladi.

Bachadonning normal vaziyatida bir qancha o'zgarishlar uchraydi. Masalan, bachadon bachadon bo'yni bilan birga to'g'ri yoki sal yoysimon chiziqda yotishi mumkin, ba'zan esa bachadon bo'yni bilan bachadon tanasi o'rtasida burchak hosil bo'ladi. Shu burchakning oldinga, orqaga, o'ngga yoki chapga ochiq turganligiga qarab, antefleksiya, retrofleksiya, bachadonning o'ngga yoki chapga egilishi deb aytamiz (59-rasm).

Normal antefleksiya (anteflexio) bilan patologik antefleksiyani bir-biridan farqlash zarur.



58-rasm. Bachadonning egilishi.



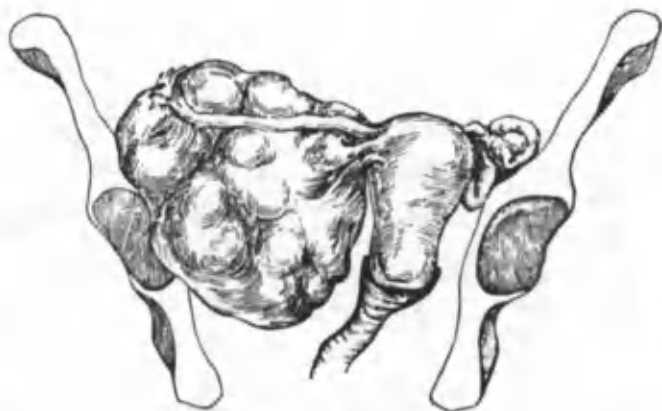
59-rasm. Bachadonning chapga egilishi.

Patologik antefleksiyaning asosiy sababi infantilizmdir. Bunda dumg'aza-bachadon boylamlari tug'ilganda kalta bo'ladi. Dumg'aza-bachadon boylamlari ichki teshik sohasini orqaga tortsa, yumaloq boylamlar bachadonning orqa devoriga ta'sir etadigan bosim (qorin bo'shlig'idagi bosim) yordamida bachadon tanasini o'z o'rnida ushlab turadi, natijada keskin antefleksiya vujudga keladi. Bu nuqson ko'pincha tug'ma bo'ladi. Bachadonning o'ngga yoki chapga egilishi (*lateroflexio dextra et sinistra*) ko'pincha rivojlanish nuqsoni hisoblanadi. Ammo tug'ilishdan keyin bachadon serbar boylamlaridan birining yallig'lanib, yamoq tortib, o'zgarishi natijasida ham shu holat kelib chiqishi mumkin.

Retrofleksiya (retroflexio) da bachadonning qindagi qismi oldinga ko'proq suriladi. Teshik pastga qaragan bo'ladi, bachadonning orqaga egilgan tanasi orqa gumbaz orqali sharsimon jism shaklida paypaslab topiladi (58-rasmga qarang). Retrofleksiya retroverziyaning keyingi bosqichi hisoblanadi. Retroverziyani keltirib chiqaruvchi hamma sabablar bachadon retrofleksiyasiga ham sabab bo'ladi.

Bachadonning harakatchan va qimirlamaydigan (fiksatsiyalangan) retrofleksiyasi tafovut qilinadi. Harakatchan retrofleksiyada bachadonni ikki qo'llab tekshirishda shu vaziyatdan oson qutilish mumkin.

Ba'zan tuxumdonda paydo bo'lgan o'sma hisobiga bachadon chapga siljib qoladi (60-rasm)



60-rasm. Tuxumdondagi o'sma hisobiga bachadonning chapga siljishi.

Bachadonning pastga tushishi va tashqariga chiqishi

Bachadonning chanoq o'qi bo'ylab pastga surilishi uning *pastga tushishi* deb ataladi. Bachadon normal holatidan pastga surilsa-yu, jinsiy yoriqdan tashqariga chiqmasa, bachadon pastga tushgan (*descensus uteri*) deb aytiladi. Bachadon pastga juda surilib, jinsiy yoriqdan tashqarida qolsa, *bachadon tashqariga chiqqan (prolapsus uteri)*; jinsiy yoriqdan bachadonning faqat bo'yni chiqib tursa, *bachadon qisman tashqariga chiqqan (prolapsus uteri partrialis)*, bachadon jinsiy yoriqdan butunlay chiqib qolgan bo'lsa, bachadon tashqariga to'la chiqqan (*prolapsus uteri totalis*) deyiladi.

Chanoq tubini hosil qiluvchi to'qimalar tug'uruq vaqtida yirtilsa yoki ko'p tug'gan xotinlarning shunday to'qimalari qayta cho'zilaverib funksional kamchiliklar kelib chiqsa, qorin devori, chanoq tubi va diafragma muskullari bir-biriga bog'liq holda ishlashi tufayli qorin bo'shlig'i a'zolarining o'zaro muvozanati buzilib, chanoq a'zolarining surilishi uchun sharoit vujudga keladi.

Oraliq yirtilganidan keyin o'z vaqtida choklanmagan bo'lsa, bu jinsiy a'zolarining pastga tushishiga va tashqariga chiqib qolishiga sabab bo'ladi.

Qinning old devori sekin-asta pastga tushar ekan, bachadonning qindagi qismini ham o'zi bilan torta boshlaydi, shunga ko'ra bachadonning mazkur qismi oldinga surilib qoladi. Bachadon bo'ynining oldinga surilishi bachadon vaziyatiga ta'sir qilmasdan qolmaydi. Richag qoidasiga muvofiq bachadon orqaga og'adi va bachadon retroverziyasi kelib chiqadi. Bachadon bilan birga, serbar boylamlar ham o'z vaziyatini o'zgartadi. Shu tufayli venalar qisilib, venoz qon yaxshi yurishmaydi. Yuqorida aytilganlarga ko'ra, chanoqda qon aylanishining buzilishi natijasida bachadon bo'rtib, og'irroq bo'lib qoladi; og'riq turadi, oqchil keladi, shuningdek, hayz buziladi. Shundan keyin bachadon retroverziya holatidan retroverziya-retrofleksiya holatiga o'tadi va bunda bachadon ham pastga tusha boshlaydi.

Nihoyat, so'nggi bosqichda (oraliqning yirtilishi natijasida) orqaga qayrilgan bachadon tashqariga chiqib qoladi. Buning obyektiv belgisi — pastga tushayotgan bachadon qin og'zidan

tashqariga chiqa boshlaydi. Baʼzan bachadon boʻynining faqat qindagi qismi (ayniqsa, kampilarda) tashqariga chiqadi. Sababi qarilikdagi atrofiya tufayli muskullardan mahrum boʻlgan va pastga tushayotgan qin devorlariga qoʻshilib tortiladigan bachadon boʻyni qin ogʻzidan tashqariga chiqib qoladigan darajada uzunasiga choʻziladi.

Qin orqa devorining pastga tushishi va toʻgʻri ichak devorining tashqariga chiqib qolishi qin — toʻgʻri ichak toʻsigʻining qay darajada buzilganiga va muskullarning qancha choʻzilganligiga bogʻliq.

Qinning orqa devorini toʻgʻri ichak bilan birlashtiruvchi kletchatka yumshoqroq (zichlashmagan) boʻladi, shunga koʻra toʻgʻri ichak qinning tashqariga chiqayotgan orqa devoriga kamdan kam ergashadi, lekin qinning orqa devori ancha pastga tushgan boʻlsa, toʻgʻri ichakning pastki boʻlimi qin devori bilan birga pastga tushadi (*rectocele*). Bachadon boylamlari tufayli bachadon oʻz vaziyatida tursa, tashqariga chiqqan qin bachadonning boylamlari boʻshashmaguncha va bachadon tanasi pastga tushmaguncha bachadon boʻynini tortaveradi.

Jinsiy aʼzolarning pastga tushishi va tashqariga chiqishi biron bosqichda toʻxtab qolishi ham mumkin.

Bachadonning notoʻgʻri vaziyatiga xos klinik belgilar

Asosan, bachadon retroverziya — fleksiyasidagi koʻp shikoyatlar *menoragiyalarga* taalluqli. *Menoragiya* — chanoqda qon yurishmasligi sababli bachadon giperemiyasining oqibati hisoblanadi. Koʻpincha bemorlar chanoqda qon yurishmasligi sababli bachadon shilliq pardasining sekretsiyasi kuchayganida oqchil ajralmadan shikoyat qiladilar.

Defekatsiyada bemorlar dumgʻazada ogʻriq turishi, baʼzan ayniqsa, uzoq tikka turilganda oyoqlar ogʻrishidan noliydilar. Ogʻriq joylar va ogʻriq darajasi har xil boʻladi. Defekatsiyada ogʻriq yoki toʻgʻri ichakning bosilish hissi bezovta qiladi. Defekatsiyada ogʻriq odam kuchanganida bachadonning surilishiga qarab seziladi. Defekatsiyada ogʻriq tufayli dastlab ichni ataylab toʻxtatib turilsa, keyinchalik ich qotishi surunkali tarzga oʻtadi.

Siydik chiqarish ham turli tarzda buzildi. Patologik antefleksiyada bachadonning qovuqni bosishi yoki bachadon retroverziyasida bachadon bo'ynining ta'siri tufayli tez-tez zahartang tutadi. Bachadon retroverziyaafleksiyasi ba'zan tug'maslikka sabab bo'ladi, chunki tashqi teshik oldinga surilganligi sababli sperma orqa gumbazda to'planib, bachadonga kirishi qiyinlashadi.

Bachadon bilan qin pastga tushgan sayin qovuq churrasi do'ppayib chiqa boshlaydi, natijada qovuqning bir qismi uretraning ichki teshigidan pastroqda bo'ladi, undagi siydik esa oqib chiqolmay, ushlanib qoladi. Bachadon tashqariga chiqqan bo'lsa, uretraning qisilishi va qayrilib qolishi sababli siydik chiqarish to'xtalib qoladi. Bemorlar tashqariga chiqqan a'zolarini joyiga kirgizib qo'yilgandan keyingina siydik chiqara olishlarini aytadilar.

Bachadonning noto'g'ri vaziyati bemorni ko'zdan kechirish vaqtida tasodifan aniqlab qolinishi mumkin. Bachadonning tashqariga chiqib qolishi paypaslab aniqlanadi. Paypaslaganda tashqi jinsiy a'zolar oldida nok shaklida ag'darilib chiqqan qin turadi, uning bag'rida esa bachadon qo'lga unnaydi. Ag'darilib chiqqan qinning eng qavariq qismida bachadonning tashqi (odatda, kengaygan) teshigi bo'ladi. Tashqariga chiqqan qinning shilliq pardasi qalin tortgan, dag'allashgan, quruq bo'lib, teriga o'xshaydi. Tashqi teshik atrofida, ba'zan shilliq pardaning yon yuzalarida, ko'pincha dekubital yaralar shaklidagi yotoq yaralar kuzatiladi.

Kasallik boshida tashqariga chiqqan a'zolari bemorning o'zi bemalol joyiga kirgizib qo'yadi, lekin keyinchalik shilliq parda qalin tortib, dag'allashgan sayin a'zolari joyiga kirgizib qo'yish qiyinlashadi.

Qinning katta kistalari va o'smalar qindan tashqariga chiqib turishi mumkin. Ayrim ayollar bu kista va o'smalarni tashqariga chiqib qolgan bachadon deb o'ylaydilar.

Bachadon bilan qinning tashqariga chiqishi tug'uruq vaqtidagi shikastlanish oqibati bo'lishi ham mumkin.

Bachadonning ag'darilib chiqishi

Bachadonning ichki yuzasi (shilliq pardasi) tashqariga, qorin tomondagi yuzasi esa ichkariga qaragan holatda surilishi bachadonning ag'darilib chiqishi (*inversio uteri*) deb ataladi.

Butun bachadon joyidan ko'chib, qindagi qismi o'z joyida qolsa, bunga bachadonning *to'la ag'darilib chiqishi* deyiladi. Bachadon *chala ag'darilib chiqqanda* bachadonning faqat tubi bo'shlig'iga kirib turadi.

Bachadon tanasining devorlari bo'shashib, servikal kanali ochilganda va tortuvchi yoki bosuvchi biron kuch bachadon tubiga yuqoridan pastga qarab ta'sir etganda, bachadon *ag'darilib* qoladi. Bu holat, ko'pincha, tug'uruq vaqtida — yo'ldosh tushish davrida (bachadon bo'shashganda Krede usulini qo'llash, yo'ldoshni kindikdan tortib chiqarish va h.k.) kuzatiladi. O'smalar, masalan, shilliq parda ostidagi mioma (bachadon tubidan chiqqan mioma) bachadonni shu tariqa joyidan ko'chirishi mumkin. O'sma oyoqchasi uzun, ingichka va mayin bo'lsa, bunday polipning tashqariga chiqishi bachadonning ag'darilishiga sabab bo'lmaydi. Polip oyoqchasi kalta, yo'g'on va cho'zilmaydigan bo'lsa, bachadon devorini ergashtirib, a'zoni ag'darib tashqariga chiqadi.

Tug'uruqdan keyin bachadonning ag'darilib chiqqani aniqlanmasa va vaqtida bunga davo qilinmasa, bachadon shu noto'g'ri vaziyatda involutsiyalanadi, natijada bachadon doimo ag'darilib qoladi.

Bachadonning ag'darilib chiqqanini aniqlash uchun qinga barmoq suqilganda barmoq yumaloq tuzilmaga tegadi.

Bachadonning noto'g'ri vaziyatlarini davolash

Bachadonning noto'g'ri vaziyati subyektiv shikoyatlarga va funksiyalarning buzilishiga sabab bo'lmasa, bu bachadonni davolash uchun asos bo'lolmaydi. Og'riq turishi, tez-tez siyish, siyish vaqtida og'rishi, siydik tuta olmaslik, noto'g'ri hayz ko'rish va shunga o'xshash belgilar paydo bo'lganda davo choralari ko'rilishi kerak. Bachadonning noto'g'ri vaziyatini konservativ va jarrohlik usullarini qo'llab davolash mumkin.

Harakatchan bachadon retrofleksiyasining konservativ davosi shu vaziyatni qo'l bilan to'g'rilab qo'yish va bachadonni to'g'ri vaziyatda qimirlatmay qo'yishdan iborat.

Ginekologik kresloda bemor odatdagicha chalqancha vaziyatda yotadi, akusher o'ng qo'lining ikki barmog'ini qinga suqib, chap qo'li bilan bachadonni orqa gumbazi tomondan bosadi va bachadon tanasini ko'tarib, dumg'aza chuqurchasidan chiqarishga harakat qiladi. Chap qo'l bilan bachadon



61-rasm. Bachadon bo'yinga Pessariy qo'yish.

tanasi qov birlashmasiga (simfizga) suriladi. Chap qo'l bilan ishlagan vaqtda qinga kiritilgan barmoqlar old gumbazni surib beradi va bachadon bo'ynining qindagi qismini orqaga bosib, uni normal vaziyatga keltiradi. Bachadonning to'g'ri vaziyati qinga kiritilgan Pessariy bilan ushlab turiladi (61-rasm). Pessariy to'g'ri tanlanib, yaxshi kiritilsa, bemorni bezovta qilmay, bachadonni normal vaziyatda ushlab turadi.

Pessariylar qattiq kauchuk yoki selluloiddan yasaladi. Bemor pessariy tutganda qinini har kuni chayib turishi kerak, aks holda pessariy halqasi bachadon va qin chiqindilaridan ifloslanadi, natijada chiqindilar halqa atrofiga yig'ilib, shilliq pardani ta'sirlaydi. Kolpit va bachadon bo'yni eroziyasida pessariyani qo'llab bo'lmaydi. Jarrohlik usullari ishonchliroq bo'lib, hech qanday xavf tug'dirmaydi.

Bachadon noto'g'ri vaziyatining oldini olish

Bachadon noto'g'ri vaziyatining oldini olish shu kasallikka sabab bo'lgan etiologik omillarni bartaraf qilishdan iborat. Masalan, qiz organizmi nazorat qilib turilmasa, uning qovug'i va ichagining o'z vaqtida bo'shalishiga e'tibor berilmasa, bolalik davrida bachadon noto'g'ri vaziyatni egallashi mumkin.

Bachadonning noto'g'ri vaziyatidan kelib chiqadigan kasalliklar keyingi davr — turmushga chiqqandan keyin ham avj olishi mumkin. Bola tashlash, bola tushirish (abort), shundan keyin bachadonning yallig'lanishi, noto'g'ri va chala involutsiya qilish, tug'uruqdan keyingi davrning noto'g'ri o'tishi, bu davrda turli asoratlarning kelib chiqishi bachadonning noto'g'ri vaziyatni egallashiga sabab bo'ladi. Tug'uruqdan keyingi davrda ayol qorin devorini qattiq taranglantirmasligi, o'rnidan barvaqt turmasligi (birinchi marta tug'uvchilar kamida to'rt-besh kundan keyin, takror tug'uvchilar kamida uch kundan keyin) kerak.

Ichak faoliyati va bachadonning yetarli involutsiyalanishiga e'tibor berish zarur, chunki bachadon yaxshi qisqarmaganda,

ayniqsa, tugʻgan xotin uzoq vaqt chalqancha yotganda, bachadon retrofleksiyaverziya holatiga oʻtishi mumkin.

Jismonan chiniqmagan ayollar qorin devorining uzoq vaqt tarang boʻlishi bachadonning vaziyatiga, pastga tushishiga va tashqariga chiqishiga taʼsir etmay qolmaydi.

6-BOB. HAYZ FAOLIYATINING BUZILISHI

Hayz siklining buzilishi polietiologik kasallik boʻlib, uning sabablari juda koʻp. Organizmning yoshiga bogʻliq boʻlgan omillar, ruhiy holatlar, oilada va ishda boʻladigan koʻngilsiz voqealar, periferik endokrin bezlar faoliyatining buzilishi, oʻtkir va surunkali yalligʻlanish jarayonlari, jinsiy aʼzolaridagi oʻsmalar va hokazolar kasallik sabablari boʻlishi mumkin. Etiologik omillar ichida, ayniqsa, qizlarning jinsiy rivojlanish davrida boshlaridan kechirgan yuqumli kasalliklarni aniqlash muhim ahamiyatga ega. Virusli gepatitda faqat tuxumdonda morfologik jihatdan oʻzgarishlar roʻy beribgina qolmay, balki gipotalamusda ham xuddi shunga oʻxshash oʻzgarishlar yuz beradi. Endogen va ekzogen omillar hayz siklini boshqaruvchi gipotalamus-gipofiz — tuxumdon sistemasining turli qismlariga taʼsir koʻrsatishi oqibatida disfunktsional qon ketishi roʻy berishi mumkin. Fiziologik holatda hayz siklini boshqarishda bosh miya poʻstlogi, gipotalamus, gipofiz, tuxumdon va bachadonning ahamiyati katta. Bu aʼzolar oʻzaro bogʻliqdir.

Hayz sikli buzilishining sabablari

Hayz sikli buzilishiga quyidagilar sabab boʻladi:

- 1) endokrin bezlardan birining neyrogormonal (gipotalamus-gipofiz) omillar taʼsirida faoliyati buziladi;
- 2) infeksiya, intoksikatsiya, jarohatlar, oʻsmalar tufayli bir yoki bir necha bezlarning faoliyati yetarli boʻlmaydi;
- 3) ayrim bezlarda gormonlarning vujudga kelishida fermentlar stimulatsiyasi yetarli boʻlmaydi;
- 4) biron gormon organizmning kerakli joyiga yetib bormaydi;
- 5) gormonlarning taʼsir qilish sharoiti buziladi;
- 6) baʼzi gormonlarning taʼsir qilish faolligi buziladi.

Hayz sikli buzilishining tasnifi

Hayz sikli buzilishining quyidagi turlari mavjud:

1. Amenoreya — 6 oy mobaynida hayz sikli bo'lmashligi.
2. Davriy o'zgarishlar.

Hayz kuchi va davomiyligining „+“ belgisi ostida o'zgarishi quyidagilar:

— *gipermenoreya* — hayz qonining ko'p miqdorda kelishi;
— *polimenoreya* — hayzning 7 kun va undan ortiq davom etishi;

— *giperpolimenoreya* — uzoq vaqt davomida va ko'p miqdorda qon kelishi (menorragiya).

Hayz kuchi va davomiyligining „-“ belgisi ostida o'zgarishi quyidagilar:

— *gipomenoreya* — hayzda ajraladigan qon miqdorining kam bo'lishi;

— *oligomenoreya* — hayz muddati qisqa — 2 kundan kam davom etadi;

— *gipopolimenoreya* — qisqa muddat va kam miqdorda qon keladi.

Hayzning tipi va ritmi bo'yicha o'zgarishi

I. *Tipi*:

— *opsomenoreya* — hayzning juda kam bo'lishi (6—8 haftada 1 marta);

— *sponiomenoreya* — hayz siklining juda uzoq davom etishi (1 yilda 9—4 marta);

— *proyomenoreya* — qisqargan hayz siklining tez-tez bo'lishi.

II. *Anovulator disfunktsional qon ketish*:

— anovulatsiya bo'lgan proliferatsiya fazasi estrogen ko'pligi tufayli uzoq vaqt davom etadi, estrogen kamayishi bachadondan qon ketishiga sabab bo'ladi.

III. *Algodismenoreya* — hayzning og'riqli bo'lishi:

— *algomenoreya* — hayz vaqtida jinsiy a'zolarida og'riq paydo bo'ladi;

— *dismenoreya* — hayz davrida organizmda turli o'zgarish (bosh og'rig'i, ishtaha buzilishi, ko'ngil aynishi) yuz beradi;

— *algodismenoreya* — umumiy va mahalliy belgilarning birgalikda uchrashi.

IV. *Bachadondan asiklik qon ketishi:*

— *metrorragiya* — hayzga bog'liq bo'lmagan qon ketishi.

Amenoreya

6 oy davomida hayz ko'rmaslik alohida bir kasallik bo'lmay, bir qancha kasalliklarning mahalliy va umumiy belgisi hisoblanadi. Amenoreyaning quyidagi turlari bor:

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

2. **Chin amenoreya** — hayz sikli boshqaruvining 5 zvenodan birida sezilarli o'zgarishlar bo'lganda yuzaga keladi va shunga bog'liq holda jinsiy gormonlar ishlab chiqarish davriyligi buziladi hamda hayz ko'rilmaydi.

3. **Fiziologik amenoreya** — organizmdagi ayrim fiziologik holatlar sababli ayol hayz ko'rmaydi. U quyidagi davrlardan iborat:

- bolalik davri;
- homiladorlik laktatsiya davri;
- menopauza davri.

4. **Patologik amenoreya** — organizmda kechayotgan patologik holatlar tufayli ayolning hayz ko'rmasligi:

— *birlamchi*, hayzning bolalik davridan boshlab kelmasligi;

— *ikkilamchi*, hayzning avvaliga kelib, so'ngra ayrim sabablarga ko'ra to'xtab qolishi. Bizga ma'lumki, hayz siklining boshqarilishida 5 halqa: po'stloq — gipotalamus — gipofiz — tuxumdon — bachadon ishtirok etadi. Mana shu halqalardan birortasining buzilishi amenoreyaga olib keladi. Amenoreyaning quyidagi shakllari bo'ladi:

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

Amenoreyaga quyidagilar sabab bo'ladi:

— tuxumdon, gipofiz va boshqa a'zolarining zararlanishi tufayli yuzaga keladigan gormonal buzilishlar;

- MNS kasalliklari (shizofreniya, miya o'smalari, meninjoensefalit, ruhiy shikastlanish);
- o'tkir va surunkali yuqumli kasalliklar;
- surunkali intoksikatsiya (alkogolizm, giyohvandlik);
- alimantar omillar — ochlik, kamqonlik, semizlik;
- ekstragenital kasalliklar: yurak-qon tomir kasalliklari, jigar kasalliklari;
- bachadon kasalliklari, endometrit.

MNSning organik shikastlanishida birlamchi amenoreya kamdan kam uchraydi. Asosiy sabablari: miya o'smalari, surunkali meningoensefalit, araxnoidit, surunkali seroz meningit, epidemik ensefalit.

Psixogen amenoreya qattiq hayajonlanish (stress), ruhiy va fiziologik charchash tufayli yuzaga keladi.

Ruhiy shikastlanish, ochlik, neyroinfeksiya va boshqalar sababli gipotalamik amenoreya kelib chiqadi. Bunda, asosan, miyaning do'nglikosti sohasida patologik o'zgarishlar yuz beradi.

Gipotalamik amenoreya ko'pincha quyidagicha funksional tabiatli bo'ladi:

- ruhiy (psixogen);
- Kiari-Frommel sindromi;
- „soxta homiladorlik“;
- „asabdan bo'ladigan“ anoreksiya (ruhiy anoreksiya);
- turli infeksiyon kasalliklar va zaharlanish tufayli yuzaga keladigan amenoreya.

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

- vegetotomir va moddalar almashinuvining buzilishi, tomir krizlari, AQB asimetriyasi;
- hushdan ketish;
- yurak aritmiyasi;
- yog' va suv-tuz almashinuvi buzilishi tufayli gipotalamik tipdagi xomsemizlik.

Tashxisi.

1. Bazal harorat monofazali menstrual sikllar.
2. Qin surtmasida estrogenning to'yinishi kamaygan.
3. FSG ning keskin pasayishi yoki umuman yo'qligi tufayli estrogen gormonlar ajralishi kamayadi.

4. Diagnostik maqsadda, o'smani inkor etish uchun bosh miya rentgenografiya qilinadi.

5. Jinsiy gormonlarning ekskresiya sathi aniqlanadi.

Gipofizar amenoreya adenogipofizning organik shikastlanishi tufayli yuzaga keladi. U ikki guruhga bo'linadi:

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

- Shixan sindromi — tug'uruqdan keyingi gipopituitarizm;

- Simmonds kasalligi — gipofizar kaxeksiya.

2. Gipofiz o'sma tufayli yuzaga keladigan amenoreya:

- Isenko-Kushing kasalligi.

- Akromegaliya.

3. Adipozogenital distrofiya — homiladorlikdagi toksoplazmoz, yoshligida va jinsiy rivojlanish davridagi infeksiyon kasalliklar tufayli yuzaga keladi. Bunda quyidagi belgilar kuzatiladi: semizlik, suyaklarda nuqsonlar, jinsiy a'zolar gipoplaziyasi, amenoreya.

4. Laurens—Munn—Bidl sindromi, bunda yuqoridagi belgilar, undan tashqari, pakanalik va bir qancha rivojlanish nuqsonlari kuzatiladi.

5. Xende—Myuller—Krischen kasalligi — gipotalamogipofizning organik shikastlanishi tufayli yuzaga kelib, bunda pakanalik, jinsiy infantilizm, osteoporoz, qandsiz diabet, endoofalmaz belgilari kuzatiladi.

Tuxumdon amenoreyasi, asosan, genetik o'zgarishlar bilan bog'liq bo'lib, tuxumdon faoliyatining o'zgarishi tufayli yuzaga keladi.

Gonadalar faoliyati buzilishining quyidagi turlari mavjud:

1. Gonadalar diskineziyasi.

2. Testikular feminizatsiya.

3. Tuxumdonlar birlamchi gipofunksiyasi.

Gonadalar disgeneziyasi (Terner-Shereshevskiy sindromi) tuxumdon to'qimasining birlamchi tug'ma rivojlanmaslik kasalligidir. Xromosomalar to'liq emas — 45X0 bo'ladi, jinsiy xromatin 10% kamaygan, jinsiy a'zolar rivojlanmagan, ayolning bo'yi past, suyaklar osteoporoz va boshqalar kuzatiladi.

Testikular feminizatsiya ayollar fenotipiga mos, lekin gonadalar va genetik jihatdan jinsi erkak xromosomalar

o'zgartirgan, erkaklar gonadasi ko'p miqdorda estrogenlar ishlab chiqaradi.

Klinik belgilari: tashqi jinsiy a'zolari sust rivojlangan, bachadon va uning ortiqlari ba'zan bo'lmaydi, birlamchi amenoreya, sut bezlarining ortiqcha rivojlanishi, bepushtlik. Bu holda gonadalarning „xavfli“ o'smaga aylanish xavfi bor.

Tuxumdonlarning birlamchi gipofunksiyasi. Follikular apparatning shikastlanishi homilaning ona qornidagi davrida (toksikozlar, homiladorlik asoratlari, tuberkulyoz va boshqalar), turli o'smalarning mavjudligi tufayli bo'lishi mumkin. Bu umumiy yoki jinsiy infantillikka olib keladi, ya'ni bo'y-chanlik, bachadon bo'ynining konussimon bo'lishi, bachadon giperantifleksiyasi, chanoqning torligi kuzatiladi. Gipofizning gonadotrop gormonlar ishlab chiqarishi kuchaygan bo'ladi.

Tuxumdon amenoreyasiga yana quyidagilar sabab bo'ladi:

- tuxumdonning vaqtidan ilgari yetishmovchiligi;
- tuxumdonlar sklerokistozi;
- tuxumdonning androgen ishlab chiqaruvchi o'smalari tufayli yuzaga keladigan amenoreya;
- kastratsiya (bichish)dan keyingi sindrom.

Bachadon amenoreyasi *sabablari:*

- bachadon jarrohlik yo'li bilan olib tashlanganda;
- sil tufayli yuzaga kelgan endometrit;
- bachadon endometriysiga kimyoviy vositalarning ta'siri tufayli yuzaga kelgan amenoreya (yod, spirt, radioaktiv kobalt).

Klinikasi: Umumiy holsizlik, serjahllik, tez yig'lab yuborish, xotiraning pasayishi, yurakda og'riq, terlash, boshning tez-tez og'rishi va boshqalar.

Davolash. asosan, etiologik, ya'ni shu kasallikni yuzaga keltirgan sabablarni bartaraf qilishga qaratilgan bo'ladi. Dam olishni to'g'ri yo'lga qo'yish, ratsional ovqatlanish, vaqtida dam olish, uxlash, jismoniy mashqlar bajarish, iqlimni o'zgartirish, ayniqsa, maqsadga muvofiqdir. Bundan tashqari, ionogalvanizatsiya, sedativ preparatlar, trankvilizatorlar, dardondorilar: A, E, C, B guruh vitaminlar tayinlanadi. Jinsiy a'zolarining yetishmovchiligi kuzatilsa, gormonal preparatlar, Shixan sindromi, Simmonds kasalligida o'rin bosuvchi vositalar: jinsiy steroidlar, tireoidin, glukokortikoid, AKTG buyuriladi. Tuxumdon amenoreyasida siklik gormonal tera-

piyadan foydalaniladi. Sil tufayli yuzaga kelgan amenoreyada o'ziga xos davolash usullari qo'llaniladi.

Buyrakusti bezining tug'ma giperplaziyasida (tug'ma adrenogenital sindrom) buyrakusti bezining po'stloq qismidagi fermentlar yetishmasligi tufayli kortizol sintezi buziladi.

Gipotireozda (triogen nanizm) bo'ying o'smasligi, aqliy jihatdan orqada qolish, suyakdagi o'zgarishlar, amenoreya, jinsiy rivojlanishning kechikishi va boshqalar kuzatiladi.

Anovulator qon ketishi

Anovulator qon ketishi quyidagi holatlarda kuzatiladi:

1. Qisqa muddatda follikulalar yorilmay qolib, mayda kistachalarga aylanganda.

2. Follikulalar uzoq vaqt davomida yorilmay, mayda kistachalarga aylanganda.

3. Yetilmagan follikulaning atreziyasi (yorilmay qolishi) yoki kistachaga aylanib qolganda.

Anovulator disfunktsional qon ketishi hayzning to'xtab qolishi (7—8 haftagacha) va bachadondan qon ketishi bilan xarakterlanadi. Hayz to'xtab qolgandan keyingi qon ketishida qon turli miqdorda, tezlikda va har xil muddatlarda davom etaveradi. Disfunktsional qon ketishi jinsiy rivojlanish davrida ham bo'lib, qizlarda hatto kamqonlik kasalligini keltirib chiqaradi. O'smir (yuvencil) yoshidagi disfunktsional qon ketishi ancha erta boshlanadi. Shunga ko'ra, bachadonidon disfunktsional qon ketgan qizlarning rivojlanish davri sog'lom qizlardan jismoniy, jinsiy jihatdan ancha farq qiladi (bachadon va tuxumdon gipoplaziyasi kuzatilishi mumkin).

Algodismenoreya

Algodismenoreya — hayzning sikli buzilib, og'riqli kelishi. Qorin pastida dardsimon, bel sohasida og'riqlar kuzatiladi, umumiy holsizlik bo'ladi. Algomenoreya bo'lishi ham mumkin. Birlamchi (funktsional) algomenoreya — ichki a'zolarning anatomik o'zgarishlari bilan bog'liq emas. Ikkilamchi algomenoreya — kichik chanoqdagi a'zolarning patologik o'zgarishlari bilan bog'liq bo'ladi. Ikkilamchi algomenoreyaga quyidagilar sabab bo'ladi: endometrioz, ichki jinsiy a'zolar nuqsoni, surunkali yallig'lanish kasalliklari va boshqalar.

Birlamchi algomenoreya yosh ayollar va qizlarda, ko'pincha, menarxe boshlangach 1—1, 5 yildan keyin uchraydi.

Davosi. Ibuprofen, TEVA, nurafen, nimulid, butadion, vovenak-P, melbek-forte, diklofenak-ratsiofarm, indometatsin tabletkasi hayz boshlanishidan 2—3 kun oldin, 3—4 oy davomida ichiladi. Kindik sohasiga elektroforez qo'llaniladi. Sintetik progestinlar, regividon, mikroginon tavsiya etiladi. Vitamin E, igna bilan davolash usuli qo'llaniladi.

Asiklik qon ketishi ko'proq menopauza va reproduktiv davrlarda uchraydi, asosan, bachadon rakining belgisidir.

Hayz sikli buzilganda qo'llaniladigan tekshirish usullari:

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

Neyroendokrin sindromlar

Neyroendokrin sindromlarga:

- hayz oldi sindromlari;
- klimakterik sindromlar;
- postkastratsion sindromlar kiradi.

Hayz oldi sindromi (HOS) ko'pgina patologik simptomlar yig'indisidan iborat bo'lib, hayz boshlanishidan bir necha kun oldin boshlanadi va hayzning birinchi kunlari bu simptomlar yo'qoladi. Asab, endokrin, qon tomir sistemalari va modda almashinuvining buzilishi bu simptomlarning kelib chiqishiga sabab bo'ladi.

HOS ko'pincha fertil yoshda kuchli emotsional stresslar, patologik tug'uruq, abort asoratlari, umumiy kasalliklardan keyin kuzatiladi. Sariq tana faoliyati susayishi yoki ovulatsiya bo'lmasligi kuzatiladi. Hayz sikliga qarab simptomlar paydo bo'ladi. Bemor haddan tashqari injiq, yig'loqi, tushkun kayfiyatda bo'ladi, bosh og'rig'i, uyqusizlik, ko'ngil aynishi, qayt qilish, sut bezlarining dag'allashuvi, meteorizm, teri qichishi, yurak sohasida og'riq, yurakning tez urishi, xoti-

raning susayishi, ayrim paytda tana haroratining ko'tarilishi kuzatiladi.

Davosi. Psixoterapiya, dori (medikamentoz) preparatlardan trioksazin, xlozepid; diuretiklardan kaliy preparatlari, progesteron preparatlari buyuriladi, hayz siklining II fazasida va simptomaterapiya o'tkaziladi.

Klimakterik sindrom (KS) patologik sindromlar yig'indisi bo'lib, ayolni hayzdan qolish davrida, yani o'tish davrida kuzatiladi. Bunga gipotalmus-gipofiz-tuxumdonlar sistemalarining o'zgarishi sabab bo'ladi. Har xil turda sindromlarning klinik ko'rinishi — vegetativ qon tomiri, endokrin va ruhiy asab buzilishlaridir. Bu sindromlar taxminan 40% ayollarda, 45—50 yoshda uchraydi.

Klinikasi. Ayol birdan qizib ketadi, terlaydi, yurakda og'riq sezadi, yig'loqi, haddan tashqari ta'sirchan bo'lib ketadi, boshi og'riydi, uyqusi buziladi, boshqa simptomlar kuzatiladi. Agar ayolda boshqa ekstragenital kasalliklar bo'lsa, bu davrda kasallik yomon kechadi (gipertoniya, IBS va boshqalar).

Davosi. Kompleks psixoterapiya, havo gimnastikasi, suv bilan davolash, toza havoda sayr qilish, parhez (achchiq choy, kofe, shokolad, quyuq sho'rva mumkin emas) tavsiya etiladi. Brom preparatlari, trioksazin, valerianka, bellospon; fizioterapiya, galvanik yoqa, yoqa-yuz galvanizatsiyasi buyuriladi.

Og'ir formalarida gormonal preparatlardan estrogen, progesteron va androgen bilan birga androgen-testosteron-propionat, gestogen-170pk, depoprover buyuriladi.

Postkastratsion sindrom. Bachadon raki, tuxumdonlarning xafli o'smasi, naylardagi yiringli jarayonlar natijasida tuxumdon atrofiyasi tufayli tuxumdon operatsiya qilib olib tashlanadi. Natijada ayolda postkastratsion sindrom vujudga keladi. Ruhiiy-asab, vegetativ qon tomir va endokrin modda almashinuvi sistemalarida sezilarli o'zgarishlar paydo bo'ladi.

Klinikasi. Jizzakilik, tushkunlik, qo'rquv, tezda toliqish, xotiraning susayishi, tananing qizib ketishi, ko'p terlash, bosh og'rig'i, ko'ngil aynishi, qayt qilish, yurak sohasida og'riq, yurakning tez urishi, hushdan ketish hollari kuzatiladi.

Ovarioektomiya o'tkazilgan ayollarning 60—70 %ida postkastratsion sindrom kuzatiladi. Bir yil davomida bu belgilar sekin-asta yo'qolib boradi. 25% ayollarda bu simptomlar 2—5 yilgacha cho'ziladi.

Bu sindrom cho'zilib ketganda semirish, giperxolestere-miya, qon tomirlar tonusining buzilishi (gipertoniya yoki gipotoniya), ateroskleroz belgilari paydo bo'ladi.

Davosi. Umumiy quvvatlovchi terapiya, davo gimnastikasi, suv muolajalari, piyoda yurish, suzish psixoterapiya bilan birga olib boriladi.

Sedativ preparatlar (trioksazin, seduksen, frenalon, valerianka, ellenium va boshq.) va fizioterapevtik muolajalar (bo'yin-yuz galvanizatsiyasi, galvanik yoqa va boshq.) tavsiya etiladi.

Bachadondan disfunktsional qon ketishi (BDQK)

Disfunktsional qon ketishi deb, tuxumdonlar gormonal faoliyatining buzilishi, gonadotrop gormonlar ish faoliyatining buzilishi tufayli yuzaga keladigan jarayonga aytiladi. Bunda endometriyda doimo morfologik o'zgarishlar kuzatiladi. BDQK ginekologik kasalliklarning 10—15% ini tashkil etadi va turli yoshdagi ayollarda, hatto qizlarda yuvenil qon ketishi, tug'uruq yoshidagi ayollarda, menopauzadan oldin va klimakterik yoshda ham kuzatiladi.

Ayol organizmida hayz siklining kechishi juda murakkab biologik hodisa bo'lib, uning asosida bosh miya po'stloq qismi — gipotalamus — gipofiz — tuxumdon — bachadon sistemasining bir-biriga ta'siri natijasidagi jarayon yotadi. Bu 5 ta halqa o'zaro bog'langan bo'lib, ulardan biri tushib qolganida hayz siklining buzilishi kuzatiladi. Hayz sikli buzilishining ko'rinishlaridan biri bachadondan disfunktsional qon ketishidir.

BDQKni yuzaga keltiradigan bir qancha omillar mavjud:

1. Markaziy nerv sistemasining buzilishi — asab zo'riqishi, stress omillari, aqliy va jismoniy zo'riqish, jarohatlanish.
2. O'tkir va surunkali infeksiyalar (gripp, surunkali tonzillit, revmatizm, sil).
3. Jinsiy a'zolarning surunkali yallig'lanish jarayonlari.
4. Ichki sekretiya bezlari xastaliklari.
5. Ba'zi dorilarni muntazam ichish oqibati (neyroleptiklar).

BDQK, asosan, 3 davr — balog'atga yetganda, 20—25% „yetilish“ davrida va 50—60% hollarda klimakterik davrda, ya'ni organizmning „so'nish“ davrida uchraydi.

Yuqorida qayd etilgan omillar ta'sirida bir-biri bilan uzviy bog'langan halqalardan birining funksional o'zgarishi kuza-tiladi, bu esa, o'z navbatida, tuxumdonlar faoliyatining quyi-dagicha buzilishiga olib keladi:

- a) ovulatsiyaning buzilishi;
- b) sariq tana rivojlanishi II fazasining va progesteron ishlab chiqarilmaslik;
- d) ayol organizmiga faqat estrogenlarning uzoq ta'sir etishi.

Shu o'zgarishlarga ko'ra BDQK ni quyidagicha tasniflash mumkin.

1. Anovulator qon ketishi:
 - follikullar atreziyasi tipida;
 - follikullar persistensiyasi tipida.
2. Ovulator qon ketishi:
 - follikulin fazasining qisqarishi;
 - utein fazasining uzayishi;
 - utein fazasining qisqarishi.

Ayollarni yoshga qarab tasniflash:

1. Yuvenil qon ketishi.
2. Tug'uruq yoshidagi ayollarda BDQK.
3. Klimakterik premenopauzada qon ketishi.

Follikula yetilishi buzilishining 2 tipi kuzatiladi.

Follikulaning uzoq persistensiyasi — yetilgan 1—2 ta katta follikula bir qancha vaqtgacha yorilmasdan turadi va estrogenning aktiv fraksiyalarini chiqara boshlaydi. Organizm-da estrogen gormonlari darajasining yuqoriligi aniqlanadi. Bu gormonlar ta'sirida bachadonda nafaqat proliferatsiya jarayoni, balki giperplaziya, polipoz, kistoz holatlari, boshqa a'zo va sistemalarda ham o'zgarishlar kuzatiladi. Bu holat ko'pincha tug'uruq yoshidagi ayollarda kuzatiladi.

Follikulaning atreziya holati — bunda follikula yetilishi oxiriga yetmaydi, kichik yoki katta follikula darajasida to'xtaydi va orqaga rivojlanish holati kuzatiladi.

Giperplaziyaga uchragan endometriyda qon tomirlari o'sib ketishi va kengayishi mumkin. Estrogenlar ta'sirida qon tomirlar yupqalashib, mo'rt bo'lib qoladi, ularning tonusi o'zgarib, qisilish yoki kengayish holatlari kuzatiladi. Bu endometriyda qon aylanishning buzilishiga, qontalash holatlar va bu yerda nekrozlar yuzaga kelishiga sabab bo'ladi. Nek-

rozlar uzilib qon ketishi mumkin. Qon ketish holatlari ko'pincha hayz sikli buzilgan, hayz to'xtab qolganda yuzaga keladi. Qon ketish darajasiga qarab (uzoq yoki qisqa) atreziya yoki persistensiya holatini aniqlash mumkin.

Persistensiya — o'z vaqtida ovulatsiya bo'lmaslik tufayli follikulaning odatdagidan kattalashib ko'proq, lekin qisqa vaqt qon ketishi kuzatiladi. *Atreziyasida* qon kamroq ketib, uzoq vaqt cho'zilishi kuzatiladi. Har ikkala holatda ham qon ketishi ayolni kamqonlik kasalligiga olib kelishi mumkin.

BDQK iga tashxis qo'yish

Bachadonidan disfunktsional qon ketgan ayollarning tashqi ko'rinishi o'zgarmaydi. Ayolda ko'pincha hayz 2—3 oy to'xtab, keyin biroz qon surkala boshlaydi, keyin kuchayib ketadi. Qon ketishi hayz muddati o'tgach boshlanadi.

Qin yoki ichak qin orqali tekshirilganda bachadonning biroz kattalashganligi, sharsimon va yumshoq holatdaligi aniqlanadi. Follikulaning qaysi tipda o'zgarganligini aniqlash uchun quyidagi funktsional diagnostika (tashxis) testlari qo'llaniladi:

1. Follikulalar persistensiyasiga xos o'zgarishlar:
 - bir fazali bazal harorat;
 - „qorachiq“ belgisi: „+++“ yoki „++++“;
 - yuqori darajali KPI (kariopiknotik indeks) 50—70%;
 - qin surtmasining tipi III—IV darajada bo'ladi.

2. Follikulalar atreziyasi tufayli qon ketishiga xos o'zgarishlar:

- bir fazali bazal harorat;
- uzoq vaqt kuzatiladigan „qorachiq“ belgisi: „+“ yoki „++“.

Tashxis qo'yishda quyidagilardan foydalaniladi:

— aniq yig'ilgan anamnez (bepushtlik, homila tashlash hollari);

- umumiy va qin orqali bimanual tekshirish;
- gisteroskopiya;
- endometriyni tekshirish (endometriy biopsiyasi, diagnostik qirish usuli, endometriy aspiratsiyasi);
- qon analizi: qonda XG ni, trombotsitlar miqdorini, leykotsitlar formulasini aniqlash;
- gormonlar miqdorini tekshirish;

— funksional diagnostika testlari.

Davosi. Bemorning yoshi, kasallikning kelib chiqish sabablari, patogenezi va boshqa a'zolar faoliyatining izdan chiqqanlik darajasini hisobga olib, har taraflama kompleks davolash tadbirlari qo'llaniladi. Davolashdan asosiy maqsad: bemorning umumiy ahvolini yaxshilash, qon ketishini to'xtatish, uning takrorlanishi-ning oldini olish, tuxumdon faoliyati va gipotalamus—gipofiz—tuxumdon—bachadonning o'zaro buzilgan munosabatlarini tiklashdan iborat. Klimakterik yoki menopauzaga yaqin bo'lgan davrda tuxumdon faoliyatini sun'iy vositalar orqali so'ndirish masalasi qo'yiladi.

BDQK ni davolashda umumiy ahvolni yaxshilovchi, simptomatik davolash usuli va gormonlar hamda jarrohlik usullari qo'llaniladi.

Umumiy davolashda bemorga salbiy ta'sir etuvchi omillar bartaraf etiladi, aqliy va jismonan dam olinadi. Bu maqsadda preparatlardan biopassit, notta va fizioterapevtik usullarni qo'llash maqsadga muvofiq. Masalan, endonazal elektroforez vitamin B₁ bilan yoki elektroforez brom va kalsiy bilan Sherbakov yoqasi ko'rinishida qo'yiladi. Bachadon bo'ynini elektr stimullash usullari bachadon-gipofiz refleksini qo'zg'atishga yordam beradi.

Simptomatik davolashda bachadonni qisqartiruvchi vositalar (oksitotsin va boshqalar), qon to'xtatuvchi vositalar (kalsiy xlorid, vikasol, ditsinon), kamqonlikka qarshi vositalar (globeks, tardiferon, aktiferrin, ferrum-lek tabletkalari), vitaminlar (C, E, B guruhi, duovit, pregnovit, oligovit) dan foydalaniladi.

O'simliklardan tayyorlangan mastodinon, remens dori vositalari ham samarali ta'sir ko'rsatadi.

Davolashning asosini gormonlar tashkil etadi. Gormonlar ikki xil: gemostatik va tuxumdonlar faoliyatini tartibga solish xususiyatiga ega:

Gormonal gemostaz — yosh qizlar va tug'ish yoshidagi ayollarda qon ketishini to'xtatish maqsadida qo'llaniladi (ko'pincha bachadonni diagnostik qirish usulidan keyin):

• estrogen — qon to'xtatish maqsadida follikular gormondan foydalaniladi. U bachadon shilliq qavati regeneratsiyasini tezlashtiradi. Gipofizda FSGning ortiqcha ishlab chiqarilishini kamaytirib, FSG va LGLarning o'zaro munosabatini nor-

mallashtiradi. Estrogenlar 3—4 kun davomida nisbatan katta dozada beriladi;

- etinilestradiol, progesteron, norkolut, dyufaston;
- estrogenlar va progesteron birgalikda sintetik progestinlar ko'rinishida qo'llanildi. Asosiy maqsad gipofizning gonadotrop faoliyatini to'xtatishdir.

Yuvenil qon ketishida xorionik gonadotropin 4 hayz sikli davomida: 1-oy 1500 TBdan mushak orasiga 12—15 kun; 2-oy — 1000 TBdan, 3-oy — 500 TBdan mushak orasiga yuboriladi. Sintetik progestinlar 1 tabletkadan hayzning 5-kunidan 25- kunigacha 3 oy mobaynida beriladi.

Siklik gormonal terapiya hamma yoshdagi ayollarda follikulalar atreziiyasi kuzatilganda va estrogenlar yetishmovchiligida qo'llaniladi.

Klimakterik davrda, 48—50 yoshdan keyin, yuzaga kelgan BDQKda tuxumdondlar faoliyatini to'xtatish uchun androgenlar qo'llash (testosteron propionat) maqsadga muvofiq.

Androgenlarni qo'llashga moneliklar: gipertrixoz, gipertoniya kasalligi, jigar xastaliklari.

BDQKda qo'llaniladigan zarur choralardan biri bachadon bo'shlig'ini diagnostika maqsadida qirishdir. Bunda nafaqat tashxis qo'yish, balki qon ketishini to'xtatishga ham erishiladi. Bu usulni qo'llash yosh qizlarda oxirgi chora bo'lsa, 30—40 yoshdagi ayollarda qo'llaniladigan birinchi choradir. Agar gistologik tekshiruvda rakoldi holatlari kuzatilsa (atipik giperplaziya, adenomatoz poliplar proliferatsiya bilan), jarrohlik usuli qo'llaniladi.

Katta yoshdagi ayollarda klimakterik qon ketishi kuzatilganda, bachadon endometriysini qirish usulidan keyin tarkibida estrogen bo'lgan preparatlarni qo'llash tavsiya etilmaydi, chunki ular yurak-qon tomirlar faoliyatini, jigarning surunkali xastaliklarini, o't pufagi kasalliklarini qo'zg'atishi, qon bosimini ko'tarishi, giperxolesterinemiya, giperqlikemiya holatlarini keltirib chaqirishi mumkin.

BDQK profilaktikasi. Disfunktsional qon ketishining oldini olish choralari juda muhim va ko'p qirralidir, ya'ni:

- barcha genital va ekstragenital kasalliklarni davolash;
- qiz bolalarni yoshligidan boshlab sog'lomlashtirish

ishlarini olib borish, jismoniy tarbiya bilan shug'ullantirish, ovqatlantirish, o'qish, dam olishni to'g'ri yo'lga qo'yish;

— jinsiy hayot gigiyenasiga rioya qilish va boshqalar.

BDQKning oldi o'z vaqtida olinsa, to'g'ri davolansa, keyinchalik yuzaga keladigan turli onkologik kasalliklarning oldi olingan bo'ladi.

Yuvenil qon ketishi (YQK)

Yuvenil qon ketishi balog'at yoshiga yetgan qizlarda bachadondan asiklik qon ketishi bo'lib, bu holat ginekologik kasalliklarning 10% ni tashkil etadi.

Etiologiyasi va patogenezi. Kasallik polietiologikdir, asosan, o'tkir va surunkali infeksiyon kasalliklar (angina, surunkali tonzillit, gripp, revmatizm, pnevmoniya), noto'g'ri ovqatlanish (gipovitaminozlar), ko'ngilsiz voqealar — ruhiy shikastlanish, charchash va boshqalar tufayli kelib chiqadi. Bunda endogen va ekzogen omillar ontogenez davrida gipotalamus hujayralarining retseptor faoliyatiga ta'sir etishiga ko'ra, uning markazining ta'sirchanligi oshadi; gipotalamus gipofizga to'liq ta'sir ko'rsata olmaydi, gonadotrop gormoni kam ajraladi. Bu, o'z navbatida, tuxumdonda follikulalar yetilishiga ta'sir etib, anovulatsiyani yuzaga keltiradi. YQK da anovulatsiyaning o'ziga xos turi, follikulalar atreziiyasi (yorilmay qolishi) yoki kistaga aylanib qolishi kuzatiladi.

Estrogenlar uzoq vaqt davomida ko'p, progesteron esa oz miqdorda ajraladi. Bu hol endometriyda proliferatsiya holatini keltirib chiqaradi. Giperplaziya yuzaga kelib, bez-kistali o'zgarishlar yuz beradi. Bu hol qon tomirlar o'zgarishiga, nekroz va qon ketishi holatini yuzaga keltiradi.

Klinikasi. Ko'p miqdorda, uzoq (7 kun va undan ko'p) qon ketishi bilan xarakterlanadi. Ko'pincha hayz sikli to'xtab qolgandan keyin (1,5—6 oy) qon ketib, kamqonlik kasalligini keltirib chiqarishi mumkin.

Asiklik qon ketishi menarxe vaqtdan boshlanishi yoki menarxedan 1,5—2 yil, biron infeksiyon kasallikdan keyin, aqliy jismoniy charchash tufayli yuzaga keladi. 87% hollarda endometriyda giperplastik o'zgarishlar, adenomatoz va atipik giperplaziya kuzatilishi mumkin. Bunday paytlarga shifokordan katta e'tibor talab qilinadi.

YQK klinikasi qancha miqdorda qon yo'qotganligiga bog'liq: tez charchash, holsizlik, ishtahaning yo'qligi, bosh og'rishi, yurakning vaqt-vaqti bilan og'rishi kuzatiladi. Qon analizida trombotsitlar miqdorining o'zgarganligi, fibrinogen konsentratsiyasining pasayishi, qon ivish qobiliyatining pasayishi kuzatiladi.

YUQKda tekshirish usullari:

1. Bazal (to'g'ri ichak) haroratini o'lchash.
2. UTT o'tkazish.
3. To'g'ri ichak orqali tekshirish.
4. Umumiy qon va trombotsitlar sonini tekshirish.
5. Qonda progesteron miqdorini tekshirish.
6. Gonadotrop gormonlar (FSG, LG) konsentratsiyasini aniqlash.

Davosi. Bachadondan YQKni davolash usullari shu patologik holatni vujudga keltirgan sabablarni aniqlab, shu asosda davo choralarini qo'llashga asoslangan. Har bir bemorga alohida yondashish talab qilinadi. Davolashni, asosan, ikki bosqichga bo'lish mumkin:

- qon ketishini to'xtatish;
- hayz siklini tartibga solish.

Agar kasalxonaga murojaat qilgan qiz bolada o'tkir kam-qonlik belgilari kuzatilsa (arterial qon bosimi pasaygan, taxikardiya, holsizlik, gemoglobin miqdori 70 g/litrdan past bo'lsa, gematokrit 20%), qon o'rnini bosuvchi eritmalar (stabizol, refortan) quyish zarur, keyin gormonal gemostaz usuli qo'llaniladi va siklik yoki sintetik progestin bilan terapiya o'tkaziladi.

7-BOB. XOTIN-QIZLAR JINSIY A'ZOLARINING YALLIG'LANISH KASALLIKLARI

Xotin-qizlarning yallig'lanish kasalliklari ginekologik kasalliklar orasida birinchi o'rinda turadi. Bu kasallikda ayol organizmidagi anatomo-fiziologik xususiyatlar alohida o'rin tutadi. Jumladan, jinsiy a'zolari tashqi ta'sirlarga yaqinligi, hayz funksiyasiga bog'liq bo'lgan har oydagi siklik o'zgarishlar, abort va tug'uruq vaqtidagi jinsiy yo'llar to'qimasining shikastlanishi shular jumlasidandir. Bundan tashqari, homiladorlik vaqtida organizmning tashqi muhitning turli salbiy

ta'sirlariga qarshiligining kamayishi, to'qimalarning shikastlanishi, operativ aralashuvlar postgemorragik anemizatsiya bilan qo'shib kelganda yallig'lanish jarayonining rivojlanishiga sabab bo'ladi. Organizmning qarshilik kuchini pasaytiruvchi omillarga psixik va fizik jihatdan toliqish, sovuq qotish, gripp va boshqalar ham kiradi. Nospetsefik yallig'lanishni strepto va stafilokokklar, ichak tayoqchasi, protey va boshqa mikroorganizmlar keltirib chaqaradi. Surunkali kasallik jarayonlarida yallig'lanish o'choqlarida ko'pincha enterokokk va ichak tayoqchasi topiladi. Infeksiya gematogen va limfogen yo'llar orqali tarqaladi. Ko'pincha tarqalish birga kuzatiladi. Yallig'lanish o'chog'ining lokalizatsiyasiga qarab vulvit, servisit, endometrit, salpingoofarit farqlanadi.

Yallig'lanish kasalliklarining o'tkir, o'rtacha darajalari patogenezida qo'zg'atuvchi mikroob muhim rol o'ynaydi. Uning kechishi bilan yallig'lanish o'chog'ini chegaralashga qaratilgan organizmning qarshilik reaksiyasi ishga tushadi. Kasallikning surunkali bosqichlarida qo'zg'atuvchi mikroob o'zining patogenetik ahamiyatini yo'qotadi.

Yallig'lanish kasalliklari bo'lgan ayollar jinsiy a'zolaridagi o'ziga xos o'zgarishlar quyidagilar:

Og'riq — doimiy belgilardan biri. Jinsiy a'zolarining ta'sirlanishi natijasida paydo bo'ladigan impulslar orqa miya orqali bosh miya po'stlog'iga yetib boradi va bu yerda og'riq sezish xususiyatiga qayta ishlanadi. Yallig'lanish jarayonlaridagi og'riq ko'p omillar (chandiqli jarayonlar) va og'riq sezuvchi retseptorlarning fizik-kimyoviy ta'sirlanishi (moddalar almashinuvining buzilishi, intoksikatsiya)ga bog'liq. Og'riq xususiyatlari:

— yallig'lanish jarayoni chanoq qorin pardasiga o'tishida og'riq metroendometritdagiga qaraganda kuchliroq bo'ladi;

— yallig'lanish jarayonining o'tkir bosqichida og'riq darajasi o'rtacha, surunkali bosqichidagiga qaraganda jadalroq bo'ladi;

— og'riq jadalligi yallig'lanishni keltirib chaqiruvchi qo'zg'atuvchining xususiyatiga bog'liq;

— og'riq hayzdan oldin, hayz vaqtida, sovuq qotganda va jismoniy zo'riqish paytida kuchayadi.

Hayz funksiyasining buzilishi. Bu buzilishlar giperpolimenoreya, metrorragiya bilan kechadi. Asiklik qon ketishlar

jinsiy a'zolarining yallig'lanishi natijasida kelib chiqadigan tuxumdon disfunktsiyasigagina emas, balki o'smalarga ham bog'liq.

Jinsiy funktsiya. Jinsiy hayot paytidagi og'riq bachadon ortiqlari, bog'lovchi apparat, chanoq kletchatkasi va qorin pardasining yallig'lanishi bilan bog'liq. Jinsiy aloqa paytidagi qonli ajralmalar (kontaktli qon ketish) bachadon bo'yni polipida, kolpit, endoservisit bachadon bo'yni eroziyasida (saratondan tashqari) kuzatiladi.

Tug'ish funktsiyasi. Yallig'lanish kasalliklariga ikkilamchi bepustlik xosdir.

Sekretor funktsiya. Qindan ajraladigan oqchil kasallik belgisi bo'lib, ko'pincha bachadon bo'yni, bachadon, qin yallig'lanadi. Bachadon bo'yni va tanasi rakida ham oqchil ajralmalar kelishini esda tutish kerak. Estrogenital kasalliklar ham gipersekretsiyani keltirib chaqirishi mumkin.

Siydik tanosil sistemasi holatiga baho berish maqsadida tekshiruvni tashqi jinsiy a'zolaridan boshlash kerak. Vulvo Bartolin bezlari yo'llarining chiqish joylari, parauretral yo'llar, uretra, qinga kirish sohasining shilliq pardasida o'zgarishlar kuzatiladi.

Tashqi jinsiy a'zolar ko'zdan kechirilgandan so'ng, qin va bachadon bo'yni ko'zgular yordamida tekshiriladi.

XOTIN-QIZLAR JINSIY A'ZOLARINING NOSPETSIFIK YALLIG'LANISHI

Vulvit

Reproduktiv yoshdagi ayollarda vulvit ko'pincha kolpit, servitsit, endometrit oqibatida qindan chiqadigan ajralmalar tarkibidagi patogen mikroorganizmlar tashqi jinsiy a'zolariga infeksiya yuqtirish oqibatida yuzaga keladi. Birlamchi vulvitning rivojlanishiga bichilish, tashqi jinsiy a'zolar gigiyenasiga rioya qilmaslik, kimyoviy, termik, mexanik ta'sirlar, endokrin kasalliklar, perional sohadagi yallig'lanish kasalliklari sabab bo'ladi. Ikkilamchi jarayon ko'pincha vulvovaginit xarakteriga ega.

Vulvit o'tkir fazada tashqi jinsiy a'zolarining giperemiyasi, shishishi, seroz yiringli va yiringli qoplam bo'lishi bilan xarakterlanadi.

Subyektiv shikoyatlarga: og'riq, achishish, umumiy holsizlik kiradi. Vulvitning surunkali bosqichida giperemiya, shish, eksudatsiya, qichishish kamayadi, lekin vaqt-vaqti bilan takrorlanib turadi.

Davosi. Qoqio't damlamasidan vanna qilish, antibakterial mazli preparatlar qo'llash, yondosh kasalliklarni davolash lozim.

Vulvovaginit

Vulvovaginit (lot. *vulva* — tashqi jinsiy a'zo, *vagina* — qin, *it* — yallig'lanish) — ayollar tashqi jinsiy a'zolari va qinining yallig'lanishi. Bunda qindan ko'p chiqindi ajrala boshlaydi, vulva sohasi qichishib, og'riydi, yurganda og'riq zo'rayadi, tashqi jinsiy a'zolarining terisi, ba'zan son va dumbaning ichki yuzasi qizaradi. O'z vaqtida davo qilinsa, bemor tezda tuzalib ketadi. Kechiktirilgan hollarda kasallik surunkali tus olib, tez-tez qaytalanib turadi, qin oldingi va orqa devorlarining yopishib qolishi, 3—4 yashar qiz bolalarda jinsiy lahlar orasining bitib qolish hollari kuzatiladi.

Vulvovaginitni turli mikroblar (ko'pincha, stafilokokk, streptokokk, ichak tayoqchasi, ba'zan difteriya tayoqchasi) va zamburug'lar qo'zg'atadi. Kasallikning kelib chiqishiga shaxsiy gigiyena qoidalarining buzilishi, vulva terisi va qin shilliq pardasining shikastlanishi (shilinish, chaqalanish), oqchil ta'siri, shuningdek, organizmning himoya funksiyasini susaytiradigan turli surunkali kasalliklar (tonzillit, piyclonefrit) va moddalar almashinuvining buzilishi bilan bog'liq bo'lgan kasalliklar (semirish, qandli diabet) sabab bo'lishi mumkin.

Davosi. Organizm immunitetini oshirish, birlamchi infeksiya o'choqlari sanatsiya qilinadi; mahalliy davolardan qin chayiladi, antibiotik terapiya o'tkaziladi.

Kolpit

Kolpitni aniq turdagi bakteriyalar yoki ularning 2—3 xil qo'zg'atuvchisidan tarkib topgan assotsiatsiyalari keltirib chiqarishi mumkin.

Bakterial kolpit ko'pincha servisit, bachadon bo'yni psevdoroziyasi, ba'zan uretrit va vulvit bilan kechadi.

Kasallikning o'tkir bosqichida bakterial kolpit giperemiya, shilliq qavatning shishi, eksudatsiya, seroz yiringli, yiringli ajralmalar bilan kechadi.

Yallig'lanish jarayonining o'tkir osti bosqichidan oldin giperemiya, shish, eksudatsiya kamayadi. Bunda kolposkopiya qilinganda giperemiya va shishdan tashqari nuqtasimon qon quyilishlar aniqlanadi. Surunkali bosqichda giperemiya va shish yo'qoladi, o'zgarishlar faqat kolposkopiya da aniqlanadi.

O'tkir kolpitta bemorlarni og'riq, qichishish, achishish, ba'zan peshob vaqtidagi og'riq bezovta qiladi. Kasallikning surunkali bosqichida og'riq hissi kamayib, seroz, ayrim hollarda esa yiringli ajralmalarning jinsiy yo'llardan kelishi asosiy belgi hisoblanadi.

Davosi. Kolpitta kompleks davo chorasi qo'llaniladi, chunonchi:

— ekstragenital kasalliklar, neyroendokrin, modda almashinuvi va boshqa funksiyalarning buzilishini davolash;

— mutlaq tuzalguncha jinsiy aloqadan voz kechish, aloqadoshni ham tekshirish va davolash.

Tashqi jinsiy a'zolari qoqio't damlamasi bilan 3 mahal yuvish tavsiya etiladi. Kolpitning o'tkir bosqichida, yiringli ajralmalar bo'lganda qin ichini qoqio't damlamasi yoki dezinfeksiyalovchi eritmalar bilan chayish lozim. Qin ko'pi bilan 3—4 kun davomida chayiladi aks holda, glikogen saqlovchi qin shilliq qavati epiteliysining deskvamatsiyasi paydo bo'ladi. Qinni uzoq muddat chayish qin nordon muhiti va normal florasi tiklanishiga to'sqinlik qiladi.

Antibakterial preparatlardan siteal, xlorfilipt yoki uning 2%li yog'li eritmasini qo'llash tavsiya qilinadi. Tarkibida vitamini bor oblepixa(chakanda) yog'i mahalliy qo'llaniladi. Kolpitning surunkali bosqichida estrogenlarni mahalliy qo'llash maqsadga muvofiq: 0,1% li estrodiol dipropionat pasterizatsiya qilingan na'matak yog'ida eritilib ishlatiladi. Ko'pgina patogen va shartli-patogen mikroblarning antagonisti bo'lgan sut achitqisi bakteriyalari bilan qinni sanatsiyalash ham ijobiy natija beradi.

Qizlardagi glist invaziyasi bilan bog'liq bo'lgan kolpitlarni davolashda gigiyenik talablarga rioya qilish, diyetani qayta ko'rib chiqish, ya'ni o'tkir ta'sirlovchi ovqatlarni iste'mol qilmaslik, uglevodlar miqdorini kamaytirish, meva va sabzavotlarni ko'p iste'mol qilish, organizmning qarshilik kuchini oshirish lozim. Qindan ko'p miqdorda ajralma kelganda elastik

ingichka nay orqali biror dezinfeksiyalovchi eritma bilan qinni yuvish kerak.

Qoqio't, marmarak (shelfey) damlamalaridan 3—5 kun davomida o'tirovchi vannochkalar qilish maqsadga muvofiq.

Endoservitsit (servitsit)

Endoservitsit — bachadon bo'yni kanali shilliq pardasining yallig'lanishi bo'lib, uni stafilokokklar, streptokokklar, gonokokklar, ichak tayoqchalari keltirib chiqarishi mumkin.

Endoservitsitning kelib chiqishiga organizmning umumiy quvvatini pasaytiruvchi kasalliklar, tug'uruq paytida bachadon bo'ynining, oraliqning yirtilishi, ichki jinsiy a'zolarining tushishi, kimyoviy, termik jihatdan ta'sirlanish va kuyishlar sabab bo'ladi.

Endoservitsitning o'tkir, o'rtacha o'tkir va surunkali bosqichlari farqlanadi. O'tkir endoservitda bachadon bo'yni atrofida qizarish, shish kuzatiladi. Bachadon bo'yni kanalidan yiringli yoki shilliq-yiringli ajratma kelib turadi. Kasallik o'rtacha o'tkir va surunkali bosqichlarga o'tganida qizarish va shish kamayadi, ajralma shilliq-yiringli, keyinchalik shilliqi bo'ladi.

Endoservitsit ko'pincha eroziyalar bilan qo'shilib keladi. Endoservitsit anamnez yig'ish, ko'zguna yordamida tekshirish, bachadon bo'yni kanalidan ajralayotgan ajralmani bakteriologik tekshirish orqali aniqlanadi.

Davosi. Antibiotiklar (sefalekssin-Teva-500, eritromitsin-Teva), ketonal rektal shamchalari qo'llaniladi. Siteal va 2% li iliq soda eritmasi bilan chayiladi; fizioterapevtik muolajalar qo'llaniladi; kaliy yodid bilan elektroforez qilinadi.

Endometrit

Endometrit bachadon shilliq qavatining (endometriy) yallig'lanishidir. Endometritning o'tkir, o'rtacha o'tkir, surunkali bosqichlari tafovut qilinadi.

O'tkir endometrit uchun tana haroratining ko'tarilishi, qorin pastida og'riq, bachadondan yiringli badbo'y hidli ajralma chiqishi, ba'zan bachadon shilliq qavati ayrim qismlarining nekrozga uchrashi natijasida metrorragiya bo'lishi xosdir.

Surunkali endometrit uchun oqchil ajralma kelishi, biroq og'riq bo'lishi, hayz oralig'ida qonli ajralma kelishi xosdir.

Bemor qorin pastida og'irlik seziladi, qabziyat, uyquning buzilishi, ta'sirchanlik kuzatiladi. Ko'p hollarda tuxumdon gipofunksiyasi kuzatiladi. Qin orqali tekshirilganda bachadon og'irli bo'ladi, biroz kattalashgan, yumshoq konsistensiyali bo'ladi, bachadon bo'yni kanalida ko'p miqdorda yiringli ajralma kelib turadi.

Tashxis.

1. Anamnez yig'ish.
2. Umumiy va ginekologik tekshirish.
3. Bakteriologik tekshirish.
4. Ultratovush orqali tekshirish.

Davosi. Yotoq rejimi buyuriladi; qorin pastiga muzli xaltacha qo'yish tavsiya etiladi; antibiotiklar, og'riq qoldirish uchun nosteroid yallig'lanishni bartaraf etuvchisi preparatlar, umumiy quvvatlantiruvchi preparatlar (baliq moyi), vitamino-terapiya, fizioterapevtik muolajalar qo'llash buyuriladi.

Salpingit

Salpingit (yunon. *salpinx* — nay) bachadon (Fallopiy) nayining yallig'lanishi kasalligidir. Nayga so'zak, sil infeksiyasi va boshqa mikroblar tushishi natijasida salpingit kelib chiqadi. Infeksiya ko'pincha bachadondan yoki qon va limfa orqali kiradi. Dastlab bachadon nayining shilliq qavatlarini, keyinchalik boshqa qavatlarini ham yallig'lanadi. Bachadon nayi berkilib qolishi yoki chandiqlanishi mumkin. Salpingit ko'pincha bachadondan tashqari homiladorlik yoki bepushtlikka sabab bo'ladi. Kasallik odatda o'tkir va xronik kechadi. Yallig'lanish tuxumdon va bachadon ortig'iga ham o'tishi mumkin (adneksit). Bemor kasalxonada davolanadi. Kasallikning oldini olishda shaxsiy gigiyena qoidalariga amal qilish, so'zak bilan og'riq bemorlar o'z vaqtida davolanishlari lozim. Kasallik xronik kechgan hollarda sovqotishdan saqlanish kerak.

Salpingooforit

Salpingooforit — bachadon naylarining va tuxumdonning yallig'lanishi. Infeksiya tarqash yo'llari quyidagilar:

- yuqoriga ko'tariluvchi infeksiya (bachadondan);
- pastga tushuvchi infeksiya (qorin pardasidan);
- limfogen yo'l bilan.

Klinikasi. Jinsiy yo'llardan ko'p miqdorda sekretiya kelishi, bachadon ortiqlarida ekssudativ jarayonlar, ginekologik tekshirganda og'riq, subfebrilitet, biroz leykotsitoz, gipoalbuminemiya. Bemor umumiy ahvolidning yomonlashishi, mehnat faoliyatining susayishi, kayfiyatining beqarorligi, ta'sirchanlik kuzatiladi.

Chuqur paypaslanganda aorta yo'li bo'ylab, pastki kovak vena, yopqich mushaklar sohasida, dumg'aza chigali sohasida og'riq seziladi. Bachadon ortiqlari biroz kattalashgan, zichlashgan, paypaslanganda kam og'riqli bo'ladi. Qonda leykopeniya yoki leykositlarning soni me'yorda, limfotsitoz aniqlanadi.

Tashxisi.

1. Anamnez yig'ish.
2. Qin orqali tekshirilgandagi ma'lumotlar (bachadon ortiqlarining kattalashganligi, zichlashganligi, paypaslaganda bezillab og'riqli bo'lishi).
3. Ultratovush orqali tekshirish.

Davolash. Antibiotiklar (seftazidin-Yunik, sulperazon, siprinol tabletkasi) va metronidazol-TEVA, efloran; og'riq qoldiruvchi preparatlar (diklofenak-ratiofarm, dikloberl); desensibilovchi preparatlar; umumiy quvvatlantiruvchi moddalar (vitaminlar, UFO, induktotermiya, ultratovush va boshqalar) qo'llash tavsiya etiladi.

Asoratlar (gidrosalpinks, piosalpinks peritonit) berganda operativ davo choralari ko'riladi.

Parametrit

Parametrit — bachadon yon kletchatkalarining yallig'lanishi.

Parametritning kelib chiqishiga birinchi o'rinda aerob mikroblar sabab bo'ladi. Bu jarayon diffuz yallig'lanish bo'lib, limfangit, perivaskular shish bilan kechadi. Limfatik tomirlar kengayib tromb va yiringli massa bilan to'ladi. Ekssudat seroz, seroz yiringli, yiringli bo'lishi mumkin.

Yon parametrit, oldingi parametrit va orqa parametritlar farqlanadi.

Klinikasi. Tana harorati 38—39°C gacha ko'tariladi, bemor titraydi, qorin pastida biroz og'riq bo'ladi. Tili nam, qabziyat bo'ladi. Qonda SOE (eritrotsitlarning cho'kish tezligi) tezlashadi, leykotsitoz. Agar yallig'lanish jarayoni qorin pardasiga

o'tsa, kuchli og'riq turadi. Qin orqali va to'g'ri ichak orqali tekshirilganda bachadon yon tomonida, old orqa tomonda infiltrat aniqlanadi. Dastlab, infiltrat keng boylam kletchatkasining yuqorigi yoki pastki qismida, keyinchalik hamma qismlarigacha kirib boradi. Qin orqa gumbazi bo'rtib chiqadi. Infiltrat paypaslanganda kam og'riqli, konsistensiyasi oldin yumshoq, keyinchalik qattiq bo'ladi. Orqa parametritda to'g'ri ichak orqali tekshirilganda infiltrat yaxshi aniqlanadi.

Yuqoridagi belgilar, tekshirish natijalarida olingan ma'lumotlarga ko'ra, parametrit eksudati joylashgan tomonda *spina iliaca anterior superior* ustida perkutor tovushning to'mtoqlashishi, eksudativ peritonitda to'mtoq tovushning yo'qolishiga qarab parametritni boshqa kasalliklardan ajratish mumkin.

Pelvioperitonit

Pelvioperitonit — kichik chanoq qorin pardasining yallig'lanishi. Infeksiya limfogen va gematogen yo'llar bilan o'tadi. Ko'pincha salpingooforit bilan qo'shilib keladi. Ko'p hollarda ayollar pelvioperitonitdan tuzalib ketadilar. Ba'zan esa kasallik umumiy peritonitga o'tib ketishi mumkin.

Qorin pardasining to'g'ri ichak va bachadonorti absessi

Bu kasallikning kelib chiqishiga quyidagilar sabab bo'ladi:

- infeksiyaning naylar orqali limfogen yo'l bilan o'tishi;
- kriminal (jinoiy) abort qilinganda shikastlanishi;
- chanoq qorin pardalarida tarqalgan peritiftitik infiltrat;
- nayli homiladorlikda nay yorilishi va gematomaning infeksiyalanishi.

Kasallikning kechishi. Boshlang'ich davrida asosiy kasallik belgilari (salpingooforit, appenditsit va h.k.) kuzatiladi. Keyinchalik yiring yig'ila borib intoksikatsiya belgilari kuzatiladi, siyish va defekatsiyaning qiyinlashuvi kuzatiladi. Keyinroq infiltrat so'rilishi yoki absess qinga yoki to'g'ri ichakka yorilishi mumkin. Absess yorilgandan keyin bemor ahvoli yaxshilana boshlaydi. Agar absess qorin bo'shlig'iga yorilsa, tarqalgan peritonit paydo bo'ladi.

Tashxisi. Yuqoridagi belgilarga asoslaniladi. Asosiy kasallik aniqlanadi. Qin va to'g'ri ichak orqali ko'rilganda orqa gumbaz orqali tilsimon yoki yarimsharsimon shaklda bo'rtib chiqqan fluktuatsiyalanuvchi infiltrat kuzatiladi. Konsistensiyasi kasallikning boshida qattiq, keyinchalik yiring hosil bo'lgandan keyin yumshaydi.

Ekssudativ parametrit

Bu kasallik bemor umumiy ahvoning birdan yomonlashuvi bilan kechmaydi. Bachadon to'g'ri ichak abscessida infiltrat tilsimon yoki yarimsharsimon shaklda orqa gumbazdan bo'rtib turadi. Bu infiltrat to'g'ri ichakning yon devorida emas, faqat old devorida aniqlanadi. Parametral infiltrat esa gumbazning orqa va yon tomonlarida bo'rtib, bachadon va to'g'ri ichak devorlariga yaqinlashib, ularni yarim aylana shaklida o'rab oladi. Parametral infiltrat chanoq devorlariga yopishadi, to'g'ri ichak bachadon abscessida yopishmaydi.

Yallig'lanishga olib keluvchi *sabablarni bartaraf etish* hali kasallikka chalinmasdan abortlarga yo'l qo'ymaslik, shaxsiy gigiyenaga amal qilish va nazoratni yo'lga qo'yish, ayollar o'rtasida sanitariya-oqartuv ishlarini olib borishdan iborat.

XOTIN-QIZLAR JINSIY A'ZOLARINING SPETSIFIK YALLIG'LANISH KASALLIKLARI

Zaxm

Zaxm (fors-tojik — *jarohat, yara*) *Lues sifilis* barcha a'zo va sistemalar zararlanishi bilan kechadigan venerik (tanosil) kasalligi. Zaxm kasalligi qadimdan ma'lum. Xristofor Kolumb ekspeditsiyasining matroslari Gaiti orolida yashovchi mahalliy aholidan o'ziga zaxm yuqtirib, Yevropada zaxm tarqalishiga sabab bo'lishgan, degan taxminlar bor. XV asr oxirlariga kelib Rossiyada ham zaxm paydo bo'lgan. „Sifilis“ so'zi XVI asr italyan shifokori va shoiri D.Frakastoro tomonidan yozilgan poemasidagi Xudo tomonidan qilmishlari uchun tanosil kasalligi bilan jazolangan Sifilus ismli cho'pon nomidan kelib chiqqan. Abu Ali ibn Sinoning „Tib qonunlari“ asarida bu kasallik „farang“ kasalligi deb nomlangan.

Zaxmni (oqish) rangsiz *treponema (speroheta pallidum)* qo'zg'atadi, u kishi organizmiga jarohatlangan teri

yoki shilliq pardalar orqali kiradi. Bemor zaxm tarqatadigan manbadir, kasallik, asosan, bemor bilan (xususan, sinashta bo'lmagan kishilar bilan) jinsiy aloqa qilganda yuqadi, shuningdek, uy-ro'zg'or buyumlari, idish-tovoq, tish cho'tkasi, sochiq, choyshab, ko'rpa-yostiqlardan foydalanganda, bemor bilan bitta papiros chekilganda yoki u bilan o'pishganda ham yuqishi mumkin.

Zaxm bilan kasallangan odam avvaliga o'zini mutlaqo sog'lom sezadi, 3—4 haftadan keyin yashirin (inkubatsion) davri tugagach, oqish treponemalar kirgan joyda zaxmning birinchi belgisi — og'rimaydigan qattiq yara (qattiq shankr) paydo bo'ladi (zaxmning birinchi davri). Yara (shankr)ga yaqin limfa tugunlari yallig'lanib, kattalashadi. Yara yumaloq yoki oval shaklida, chetlari tekis bo'lib, sog'lom teridan ajralib turadi; uning tubi silliq go'sht rangida, xuddi loklangandek yaltirab, ushlab ko'rilsa, qo'lga qattiq unnaydi, shuning uchun *shankr* deyiladi. Zaxm yaralari teri va shilliq qavatning har qanday qismida, masalan, labda, murtak bezlarida, ko'krak bezlarida, qo'lda uchrashi mumkin. Qattiq shankr badanda ko'pincha bitta-ikkita joyda bo'lib, davolanmasa ham bir necha haftadan keyin asta-sekin o'z-o'zidan bitib ketishi mumkin. Lekin bu kasallik tuzaldi, degan gap emas, aksincha, u davom etayotgan bo'ladi. Teriga yoki shilliq pardaga kirib olgan oqish treponema tez ko'payib, qon va limfa tomirlari orqali butun organizmga tarqaladi. Bunda zaxmning ikkinchi davri boshlanadi: badan, qo'l-oyoq terisiga pushti dog', mis rangli tuguncha (papula) ko'rinishidagi katta-kichik toshmalar (rozeola) toshadi. Zaxm tugunchalari jinsiy a'zolarida, orqa chiqaruv teshigi atrofida, og'iz bo'shlig'i, dumba oralig'idagi burmalarda paydo bo'lib, suvlanib, yaltirab turadi. Orqa teshik atrofida teri doimo ishqalanib turganligi uchun zaxm tugunchalari kattalashib ketishi, bir-biri bilan qo'shilib, yirik kondilomalarga aylanishi, usti oqarib shilinishi va suv ochib turishi mumkin. Tugunchalar lab, til, murtak, shuningdek, tovush boylamlarining ichki yuzasida paydo bo'lsa, bemorning ovozi bo'g'ilib qoladi. Bu davrda u atrofda u uchun nihoyatda xavflidir. Bemorning sochi oqarib, to'kila boshlaydi; boshning ma'lum bir qismidagi soch butunlay tushib ketib, bemor kal bo'lib qoladi (zaxmga aloqador kasallik). Bemorning qosh va kipriklari ham

to'kilib ketishi, shuningdek, bo'yin sohasida oq mayda jigarrang dog'lar (zaxm leykodermasi) paydo bo'lishi mumkin. Kasallik qaytalanib turadi.

Keyinchalik zaxmning oxirgi — uchinchi davri boshlanadi, kasallik jiddiy tus oladi: ichki a'zolar, nerv va suyak sistemasi zararlanadi; katta-katta zaxm gummalari paydo bo'lib, qiyin bitadigan yaraga aylanadi. Kasallik oqibati gummalar o'rnashgan a'zoga bog'liq. Aorta, ichak, jigar kabi hayot uchun muhim a'zolar zararlangan, bemor hayoti xavf ostida qoladi. Agar burun zararlangan bo'lsa, uning tog'ay va suyagi yemirilib, bemor badbashara, burni egarsimon bo'lib qoladi. Zaxmda nerv sistemasining zararlanishi orqa miya so'xtasi va progressiv falajga sabab bo'ladi. Orqa miya so'xtasida — umurtqa pog'onasida xanjar sanchgandek og'riq paydo bo'ladi, siyish va ich kelish maromi buziladi; ko'rish nervi atrofiyaga uchrasa, bemor ko'r bo'lib qoladi, progressiv falajda bemorning es-hushi kirar-chiqar bo'lib, xotirasi zaiflashadi, talaffuz buziladi, poyma-poy yozadi.

Ba'zan, zaxm uzoq vaqtgacha yashirin kechadi, bunday vaqtda zaxmga tashxis qo'yish ancha qiyin. Bemor to'la davolanmagan bo'lsa, zaxm avlodiga o'tishi mumkin, bunda bola ona qornidayoq zaxm bilan kasallanib qoladi. Tug'ma zaxm deb ana shunga aytiladi. Homilador ayol zaxm bilan og'rib davolanmasa, bolasi tushishi, muddatidan ilgari o'lik yoki kasal bo'lib tug'ilishi mumkin. Tug'ma zaxm bilan tug'ilgan bolada ko'pincha ichki a'zolar, suyak va nerv sistemasi, ko'rish, eshitish a'zolari zararlangan bo'ladi; badanga dog'ga o'xshash tugunsimon juda ko'p toshma toshadi; odatda bunday bolalar hayotining dastlabki haftalaridayoq o'ladi.

Davosi. Zaxmga qarshi umumiy davo kurslari o'tkaziladi. Bunday bemorlar dispanser nazoratida bo'ladilar. Davolangan-dan keyin har 6 oyda qayta analiz (qon RW, qindan surtma) topshiriladi.

Zaxmda turg'un immunitet hosil bo'lmaydi, shuning uchun kasallik qaytalanishi ham mumkin. Kasallik o'z vaqtida aniqlansa va unga davo qilinsa, bemor og'ir asoratlarga yo'liqmay, butunlay sog'ayib ketadi. Bemorning oila a'zolari maxsus tekshiruvdan o'tkaziladi va ularga profilaktik davo qilinadi.

Zaxm bilan og'riqan bemorlar boshqalarga oshkor qilinmaydi (sir saqlanadi). Tug'ma zaxmning oldini olish uchun homiladorlikning ikkinchi yarmida ayol qoni Vasser-man reaksiyasiga tekshiriladi.

So'zak

So'zakning chaqiruvchisi gonokokk (*Neisseria gonorrhoeae*) dir. Uni 1879- yilda birinchi bo'lib A. Neisser Bumm gonokokk kulturasidan ajratib olgan va kasallikning patologik ko'rinishini tasvirlagan. Diplokokk shaklida bo'lib, cho'zilib ketgan (buyrak shakli), gonokokk uzunligi 1,6—1,8 mm, eni 0,6—0,8 mm. Oralig'ida chuqurchasi bor, tashqaridan kapsulasimon hosila o'rab turadi.

Gonokokk — so'zak qo'zg'atuvchisi 1879- yilda Albert Neyser tomonidan kashf qilingan. Tashqi ko'rinishi kofe doniga o'xshaydi.

Laborator **diagnostikasi**. Asosiy usul — bakteriologik (gonokokk hujayra ichi shakli kuzatiladi, gramm-manfiy). So'zakda orttirilgan immunitet bo'lmaydi. Organizmning reaktivligi o'zgarishi aniqlangan. So'zakning ikki: yangi (ko'pi bilan 2 oy kechadi) va surunkali turi farqlanadi: Yangi turi, o'z navbatida:

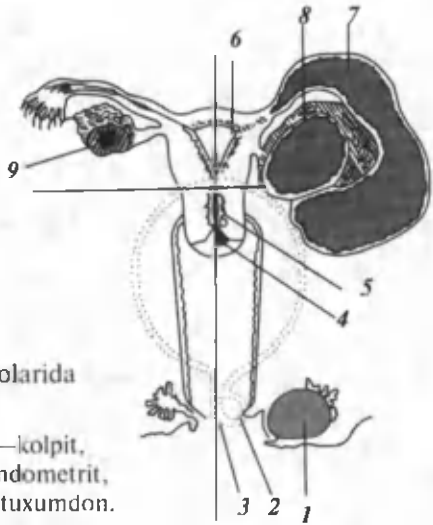
- o'tkir,
- o'rtacha o'tkirda bo'linadi.

Yangi so'zakning torpid formasi (kam belgili) shaklida so'zak klinik ko'rinishi rivojlanmasa ham gonokokklar aniqlanadi.

Surunkali so'zak 2 oy va undan ko'proq vaqtdan keyin to'satdan boshlanadi. Bu jarayon qo'zg'alishsiz kuzatilishi ham mumkin.

Ayollarda so'zakning kechish xususiyatlari

So'zak umumiy infeksiyon jarayon bo'lib, ko'p o'choqli maxalliy jadal kechadi. So'nggi yillarda so'zak klinik ko'rinishi kasallik epidemiologiyasida asosiy o'rinni egallaydi. Hozirgi vaqtda ayollarda so'zak yashirin holda boshlanib, subyektiv buzilishlarsiz kechadi, shuning uchun uzoq vaqt aniqlanmay qoladi. Yuqish yo'llari, asosan, jinsiy yo'l bilan, ba'zan maishiy yo'l bilan yuqadi, yashirin davri — 14—15 kungacha. Tarqalish yo'li (62-rasm) limfa tomirlari orqali, gonokokk qonga tushishi



62-rasm. Ayollar jinsiy a'zolarida so'zakning tarqalishi:

- 1—Bartolinit, 2—parauretrit, 3—kolpit,
4—servisit, 5—endoservisit, 6—endometrit,
7—saktosalpinks, 8—pioovar, 9—tuxumdon.

mumkin. Qonning bakteritsid ta'siri ostida nobud bo'lib, gonotoksin ajratadi. Gonotoksin ta'sirida bosh og'rig'i, anemiya, bo'g'imlarning shikastlanishi va boshqalar kuzatiladi.

Tekshirish usullari. Anamnez yig'ish vaqtida kasallikning qanday rivojlanganligi so'raladi, jinsiy hayotga bog'liqligi aniqlanadi. Bemor genitaliydagi ajralmalar, hayz siklidan so'ng qorin pastida og'riq, harorat ko'tarilishi, asiklik qon ketishi, bepushtlikdan shikoyat qiladi.

Obyektiv tekshirish bemorni ko'zdan kechirishdan boshlanadi, qorin devori paypaslanadi, vulva ko'zdan kechiriladi, chov limfa tugunlari kattalashganligi seziladi. Uretra tekshirilganda giperemiya, shish, infiltratsiya, paypaslanganda esa xamirsimonlik aniqlanadi; surtma uretra massaj qilingandan keyin olinadi.

Qinni ko'zgu orqali tekshirganda bachadon bo'yni servikal kanalidan yiringli ajralmalar, to'g'ri ichakda esa shish, giperemiya va ajralmalar kuzatiladi.

Gonokokkni aniqlash qiyin bo'lgani uchun quyidagi infeksiya qo'zg'atish (provokatsiya) usullari qo'llaniladi:

1) kimyoviy — uretraning shilliq qavati, to'g'ri ichak 1%li, bachadon bo'yni esa 5%li lapis yoki lyugol eritmasi bilan artiladi;

2) alimentar — sho'r, achchiq ovqat, spirtli ichimlik iste'mol qilish tavsifiya etiladi;

3) biologik — gonovaksina 200—500 MMT yoki pirogenal 200—250 MPD mushaklar orasiga yuboriladi;

4) termik (diatermiya) — bakteriologik tekshiruv uchun provokatsiyadan 24—48—72 soat o'tgach surtma olinadi, ekma 72 soatdan so'ng, 1—2 sutka oralig'ida bajariladi.

Quyi bo'lim so'zagi

Vulva yallig'lanishi — *vulvit* ikkilamchi rivojlanadigan kasallik bo'lib, ko'pincha infantilizm, homiladorlik va klimaks davrida kuzatiladi.

Klinikasi. Tashqi jinsiy a'zolar shishgan, qizargan, kriptalar yiring bilan qoplangan.

Shikoyatlar: qichishish, achishish, og'riq va ajralmalar kelishi.

Vestibulit yuqoridagi kasallik kabi rivojlanadi. Surunkali holatlarda klinik ko'rinishi bez og'izchalarida ham nuqtali qizarish ko'rinishida namoyon bo'ladi.

Uretra yallig'lanishi so'zak bilan og'rigan 71,2% bemorda kuzatiladi. Bu, asosan, uretra bezlari kasalligi hisoblanadi.

Klinikasi. Tez-tez va og'riqli siyish va simillovchi og'riqdan shikoyat bo'ladi.

Ko'rik paytida uretra lablari qizargan va shishgan, gardish ko'rinishida osilib turadi. Uretra paypaslanganda sarg'ish ajralma chiqadi.

Gistologik tekshiruvda to'qima va epiteliy zararlanganligi, epiteliyning o'choqli siyraklashishi, degranulatsiya va deskvamatsiyasi aniqlanadi.

Parauretrit. Parauretral yo'llarning bezlari uretraga kirish pastki yarimdoirasida joylashgan va uretraning jinsiy devorlariga ochiladi.

Klinikasi. Yo'llar og'izchasi shishgan, qizargan, tuguncha ko'rinishida aniqlanadi, og'riqli.

Katta vestibular bezlarning yallig'lanishi. Kasallik bachadon bo'ynidan vulvaga, uretraga yiring tushishi oqibatida rivojlanadi. Bu chiqaruv yo'llarining yallig'lanishi shilliq qavat yuzasida qizil dog' ko'rinishida namoyon bo'ladi. Chiqaruv yo'llarining kirish qismi yopilib qoladi va yiring yig'ilib soxta abscess hosil bo'ladi. Katta jinsiy lablarning pastki 1/3 qismida fluktuatsiya aniqlanadi. So'zakda Bartolinit ko'pincha ikki tomonlama bo'ladi. Abscess yiringli hosila bo'lib, bez paren-

ximasi kapsula qismi ilvirab turadi va biriktiruvchi to'qima bilan o'raladi. Regionar limfa tugunlari og'riqli, yallig'langan joyda teri giperemiyalangan, bez yaqinidagi to'qima bilan birikadi. O'sma birdan og'riqli, harakatsiz va aniq chegarali bo'lib qoladi.

Yallig'lanish jarayoni surunkali bosqichga o'tganda chiqaruv naylari yopilib, Bartolin bezining kistasi hosil bo'lishi mumkin. Bunda yallig'lanish belgilari kuzatilmaydi.

So'zakli kolpit juda kam uchraydi.

Yuqoriga ko'tariluvchi so'zak

Endometrit so'zak bilan og'rigan 60% bemor bachadon shilliq qavatida kelib chiqadi. Kasallik paydo bo'lgandan so'ng yiringli ajralmalar oqadi. Ikkala qo'l bilan tekshirilganda bachadon og'riqli, kattalashgan, yumshoq konsistensiyali. Navbatdagi hayzda epiteliiy regeneratsiyasi tez yuzaga chiqadi, ba'zan hayz orasida qon ajralishi (12—14 kun) kuzatiladi va bu og'riqli bo'ladi.

Salpingooforit. Ko'tariluvchi infeksiya bachadondan bachadon nayiga, tuxumdonga, qorin pardasiga tarqaladi. Nayda, asosan, ikki tomonlama so'zak bilan kasallanadi. Kasallikning boshlang'ich davrida nay shilliq qavati shishgan, qizargan, qalindashgan, burmalar stromasida infiltratlar, leykotsit, plazmatik hujayralar, limfotsitlar bo'ladi. Epiteliyning har xil qismlarida jarohatlanish kuzatiladi, burmalar yopishadi, bo'shliqda eksudat yig'iladi. Fimbriyalar yopishadi va nayning ampular qismi yopiladi. Yiringli jarayonda nayning ampulyar va istmik qismi yopiladi. Nay 20 sm ga kattalashadi, retortasimon shaklga kiradi va ichida yiring yig'iladi.

So'zakli **ooforit** salpingitdan keyin rivojlanadi, qorin pardani jarohatlaydi va keyin tuxumdonga tarqaladi. Kirish eshigi bo'lib follikula va sariq tana hisoblanadi. Yiringli follikulada soxta abscess bo'lib, u tuxumdon parenximasiga tarqaladi va chin abscessli adneksitga (piovar) aylanadi. Surunkali salpingitda nayning mushak qavatida o'ziga xos distrofik o'zgarishlar va tuboovarial o'sma rivojlanadi.

Yiringli salpingooforit (piosalpinks) **klirikasi** yallig'lanish jarayoni qo'zg'algan va hayz sikli buzilgan bo'ladi. Ko'p bemorlarda kasallik natijasida umumiy ahvol yomonlashgan, harorat

ko'tariladi (39°C va undan ortiq), qonda leykotsitlar miqdori oshadi (40—60 ming). Ikki qo'llab ginekologik tekshirishda ikki tomonlama qalinlashgan, shishgan va paypaslaganda og'riqli ortiqlar seziladi. To'lg'oqsimon og'riqlar va qaltirash kuzatiladi. Piosalpinks hosilasida bemor ahvoli og'irlashadi (qorin sohasida og'riq kuchayadi, ko'ngil ayniydi, meteorizm, axlat tutiladi).

Kasallik erda boshlanganda nay funksiyasini tiklash maqsadida yallig'lanishga qarshi mahalliy reaksiyalar kuchayadi, yiring tarqalmasligi uchun nay fimbriyalari yopishib qoladi. Yiringli salpingooforit va piosalpinks bir necha oy davriy qo'zg'alishli kechadi va surunkali xarakterga ega bo'ladi. Lekin infeksiyaning virulentligi kuchli bo'lsa, yiring qisman qorin bo'shlig'iga tushadi, kasallikning o'tkir ko'rinishi yuzaga chiqadi. Qin orqali tekshirishda bachadon yonboshida yallig'lanish o'smasi aniqlanadi. Tuxumdondagi yallig'lanish hayz funksiyasining buzilishiga sabab bo'ladi. Sariq tana jarohatlanishi tufayli uzoq vaqtli hayz oralig'i davrida qon ketishi mumkin. Yiringli salpingit reproduktiv funksiyaning buzilishiga, ya'ni bepushtlikka sabab bo'ladi. O'tkir darajadagi so'zakda **davolash** erda boshlansa, ijobiy natijaga erishish mumkin; surunkalisida — a'zo funksiyasi kamdan kam hollarda tiklanadi.

Pelvioperitonit. Gonokokk qorin bo'shlig'iga kanalikular yo'l bilan yiringlagan naydan va limfogen yo'l orqali tushadi.

Klinikasi. Qorin pastki qismida birdaniga og'riq seziladi, harakatlanganda og'riq kuchayadi, bosh aylanadi, ko'ngil ayniydi, qusish, axlat tutilishi, gaz tutilish holatlari kuzatiladi. Harorat 40°C va undan yuqori ko'tariladi, doimiy isitmalash; ishtaha yo'qoladi, til oqaradi, quruqlashadi. Qorin paypaslanganda gipogastral sohada og'riq bo'ladi. Kasallik hayz, abort, tug'uruqdan keyin, jismoniy zo'riqishdan keyin paydo bo'ladi. Yiringli pelvioperitonit o'z vaqtida davolansa, ijobiy natijaga erishish mumkin.

So'zakli diffuz peritonit klinikasi. Kasallik birdan boshlanadi. „O'tkir qorin“ klinikasi kam rivojlanadi, peritoneal ko'rinishlar asosan, 2—3 kun (7 kungacha) saqlanadi va tez yo'qoladi. Tana harorati uncha yuqori bo'lmaydi, kasallik avj olsa yurak yetishmovchiligi bo'lib, ichak parezi kuzatiladi, o'lim holatlari 15—25% ni tashkil etadi.

Davosi.

Mahalliy va umumiy belgilarga asoslangan holda operativ davo qo'llaniladi:

1. Immunoterapiya, spetsifik-gonovaksina, nospetsifik — pirogenal, autogemoterapiya.

2. Mahalliy terapiya (UFO).

3. Fizioterapiya (diatermiya, elektroforez, UVCH).

Ko'tariluvchi so'zakda:

1. Antibiotiklar (ifitsef, nolitsin 400 mg, siprinol 500 mg, vibromitsin, trombitsin, seftriakson yoki lendatsin, roksitromitsin)

2. Dezintoksikatsion terapiya.

3. B, C, P vitaminlar guruhi.

4. Immunokorreksiya va fizioterapiya.

AYOLLAR JINSIY A'ZOLARINING SIL KASALLIGI

Ayollar, asosan, nafas yo'li orqali (havo-tomchi, alimentar yo'l, embrional davrda) sil kasalligiga chalinadilar. Odam organizmida silning rivojlanishiga sil mikrobakteriyasi (*Mycobacterium tuberculosis*) tushishi va, asosan, organizmning qarshilik ko'rsatish kuchining pasayib ketishi sabab bo'ladi. Jinsiy a'zolarida sil infeksiyasining paydo bo'lishi va rivojlanishi, ya'ni birlamchi sil kasalligining paydo bo'lishi gematogen generalizatsiya bosqichiga bog'liq. Genital silning klinik kechishi, asosan, jinsiy hayot bilan bog'liq. Surunkali kam belgili sil o'tkir jarayongacha rivojlanadi. Bemorlarda genitally sil tahlilida ko'pincha seroz qavatida erta silga olib keladigan yallig'lanishlar (peritonit, plevrit) aniqlanadi. Biroq bunda intoksikatsiyaga o'xshash klinik belgilar bo'lmasligi ham mumkin. Genitally sili o'choqli xarakterga va avj olib kechishga moyil bo'ladi. Hayzning kech boshlanishi silda nisbiy belgi hisoblanadi. Hayz siklining buzilishi sil kasalligida endometrit va salpingooforitga olib keladi. Amenoreya bachadon shilliq qavatidagi o'zgarishlar va endometriyning biriktiruvchi to'qimaga aylanishi sababli kelib chiqadi.

Silning klinik shakli bo'yicha tasnifi.

Ayollar jinsiy a'zolarida sildan keyingi o'zgarishlar

Faol belgisi bo'yicha sil (Va va Vb guruh dispanser nazoratida).

Ayollar jinsiy a'zolarining sili, asosan, surunkali kechadi va kam belgili bo'ladi. Sil kasalligi ko'proq bachadon naylarida,

keyin bachadonda, kamroq — tuxumdonda va kamdan kam hollarda qin va tashqi jinsiy a'zolarida kuzatiladi.

Kasallik kechish turi bo'yicha (o'tkir, o'rtacha o'tkir, surunkali), tarqalishi bo'yicha (bachadon, bachadon bo'yni, vulva, qin jarohatlanishi va qorin pardasi hamda qo'shni a'zolarida assit bilan birga), fazasi bo'yicha (infiltratsiya, so'rilish, kalsinoz, chandiqlanish), batsilla tarqatuvchiga (BK+ va BK- hayz qoni ekmasida, hayzlararo davrda jinsiy yo'ldan ajralgan ajralmalar) ko'ra o'ziga xos xarakterga ega bo'ladi:

- bachadon ortiqlarining orttirilgan sili (Vb guruh dispanser nazoratida bo'ladi) — periooforit va ooforit shaklida uchraydi;

- chandiqli-bitishma turi (chandiqliq va ichki genitaliy va a'zolararo yassi suyakli bitishmalar);

- jarayonning kechish xarakteri bo'yicha: o'tkir, o'rtacha o'tkir, surunkali bo'lishi mumkin;

- tarqalishi bo'yicha (bachadonning chegaralangan sili va silning vulva, qin, bachadon bo'yni va ortiqlariga tarqalishi);

- batsilla tashuvchilik: endometriydan surtma va hayzlar orasidagi davrda ajralgan ajralmalarni ekish natijasida, ya'ni: batsilla koxi (BK) (-), BK (+).

Bachadon ortiqlari sili

Bachadon ortiqlari silida bachadon nayi makroskopik tekshirilganda qalinlashgan, yallig'lanish belgilari, tuxumdon bilan birikish kuzatiladi. Bitishmalar ba'zan yaqqol ko'rinadi. Bachadon nayi seroz qavatida kazeoz o'choqlar ko'rinadi. Nay paypaslanganda zichlashganligi aniqlanadi. Mikroskopik tekshiruvda o'ziga xos o'zgarishlar — mayda, chegaralangan o'choqlar farqlanadi (kazeoz xarakterli kalsinatsiyalangan sohalar). Bu o'zgarishlar nospetsifik yallig'lanish reaksiyalari bilan birga o'tadi.

To'qimaning yallig'lanish reaksiyasi bachadon nayining qalinlashishiga olib keladi. Agar jarayon qorin bo'shlig'iga o'tsa, u holda atrofini o'rab turgan a'zolarida bitishmalar va og'riqli yuzaga keladi. Hayz sikli buzilishi mumkin. Bachadon ortig'i yallig'langan hosilaga aylanadi. Kasallikning bu shakli uchun yaqqol anatomik o'zgarishlar va umumiy qoniqarli holat, hayz siklining buzilishi xosdir. Ayrim hollarda kasallik

o'tkir tus oladi, tana harorati ko'tarilishi, qaltirash, qorinda og'riq, pelvioperitonit va peritonit rivojlanadi. Yaxshilab davolansa, bemor tuzaladi, lekin yoriqlar hosil bo'lishi mumkin.

Bachadon nayi anatomik o'zgarishlarga uchragan, kattalashgan, bo'shlig'i kazeoz massa va yiring bilan to'lgan bo'ladi. Tuxumdongda yallig'lanish belgilari, shilliq qavatda burmalar va nayning chuqur sohalarida o'choqlar saqlanganligi aniqlanadi. Kapsulada ba'zan tuboovarial hosila alohida kazeoz o'choqdek ko'rinadi. Davolangandan keyin bachadon ortiqlarida makroskopik tekshiruvda bachadon gipoplaziyasi, nay zichlashishi, kichik chanoqda dag'al fibroz o'sishi, a'zolarning noto'g'ri joylashuvi va funksiyasining buzilganligi kuzatiladi.

Bachadonning sil oqibatida jarohatlanishi

Bachadondan qirindi olib sitologik tekshirilganda silli endometrit aniqlandi. Hayz sikli buzilsa, bepushtlik kelib chiqqanda va shikoyatlar tufayli tekshiruv o'tkazilganda bu kasallik aniqlanadi. Kasallik avj olsa, patologik jarayon endometriyning barcha qavatlariga tarqaladi. Hayz ko'rish buziladi (qon ketadi, hayzning boshqarilishi buziladi, ikkilamchi amenoreya paydo bo'ladi), bemorning umumiy ahvoli qoniqarli holatda bo'ladi.

Gistologik tekshiruvda o'rtacha sil o'simtalari, endometriyning me'yorida bo'lmasligi aniqlanadi. Genital sili fibromiometriyani davolashdan so'ng kelib chiqadi. Antibakterial terapiyadan keyin bachadon bo'yni, vulva va qin sili kamroq uchraydi.

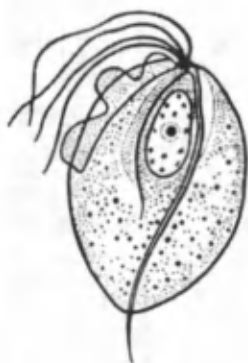
Tashxisi:

1. Rentgenologik usul (gistosalpingografiya).
2. Laboratoriya usuli (endometriyni sitologik va tuberkulin sinamasi asosida tekshirish).

Davosi:

1. Kompleks kimyoterapiya.
2. Antibiotikoterapiya (rifampitsin).
3. Simptomatik yallig'lanishga qarshi davo.
4. Xirurgik davo.

Trixomoniaz



73-rasm. Qin
trixomonadasi.

1836- yili Donne qindan bir hujayrali xivchinli parazitni topdi. 1870-yilda I.P.Lazerovich qinning shilliq qavatidagi ayrim yallig'lanish kasalliklarida *Trichomonas vaginalis* (63-rasm) bor ekanligini isbotladi. Trixomonada bir-lamchi lokalizatsiya bo'yicha joylashadi, yaxshi sharoitda ko'payadi va shilliq qavatda o'ziga xos yallig'lanish reak-siyasini keltirib chaqiradi. Trixomonada infeksiyasi yuqqandan keyin quyidagi **klinik belgilar** kuzatiladi: qichishish, vulva sohasida achishish, ko'pikli oqchil kelishi.

Trixomonadali kolpit. O'tkir kolpitda bemorlar uzoq vaqt davomida keluvchi suyuq, ko'pikli, oq-sariq va sarg'ish rangli oqchil oqishidan shikoyat qiladilar. Uzoq vaqt epiteliy birikishi hisobiga shilliq qavat ushoqsimon, yiringli hujayralar qaymoq-simon, oqchil badbo'y hidli va yemiruvchi xarakterga ega bo'ladi. 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, granulozli, yarali va aralash bo'ladi. Bunda qinda patologik transsudat miqdorining oshishi kuzatiladi. Ajralmalar ko'p bo'lib, hamma chuqurliklarni to'ldiradi, bachadon bo'ynining qindagi qismi „unda cho'milayotgandek“ tuyuladi. Miqdori, rangi, hidi va konsistensiyasi trixomonadaga xos. Trixomonadalar ko'pincha qo'shimcha flora bilan birga aniqlanadi. Kasallik organizmdagi ayrim sharoitlarda, ya'ni homiladorlikda, abort va boshqa operativ muolajalardan keyin rivojlanadi. Jarayon qindagi bachadon bo'ynini zararlantiradi. Ba'zi bemorlarda bachadon bo'ynida uncha katta bo'lmagan eroziv o'choqlar va qizil granulatsiyalar topiladi.

O'rtacha o'tkir trixomoniazda ham shu belgilar kuzatiladi (o'tkir trixomonada belgilari singari). Surunkali trixomonadali kolpitda shikoyat va **klinik ko'rinishlar** birdan boshlanadi, kasallik profilaktik ko'rik vaqtida behosdan aniq-

lanadi. Tashqi jinsiy a'zolar atrofida dermatit, qin kirish qismida shish, giperemiya, bachadon bo'yni ham ko'pincha qizargan bo'ladi. Shilliq qavat og'riqsiz, mayda o'choqli, yarali, shishgan. Ajralmalar quyuc, oq rangli, ko'pikli bo'ladi. Ba'zan o'tkir uchli kondilomalar uchraydi.

Tashxisi. Tekshirishning kultural usuli qo'llaniladi.

Ayol albatta turmush o'rtog'i bilan birga davolanadi.

Trixopol, fazijin, naksodjin (tinidazol), atriikan, immunitetni mustahkamlovchi dorilar, mahalliy davolash uchun trixomonatsid, klion-D, terjinan qo'llaniladi.

Jinsiy a'zolar xlamidiozi

Xlamidiyalar (*Chlamydia trachomatis*) — gramm-manfiy bakteriyalar bo'lib, ikkita hayot shakliga ega: infeksiyon — hujayradan tashqarida joylashgan (elementar tanacha) va hujayra ichida joylashgan noinfeksiyon bosqichi (retikular tanacha); inkubatsion davri 5—30 kun. Embrionlarga infeksiya uzatilishi isbotlangan.

Xlamidiyali yallig'lanish kasalliklari erkaklarda (uretrit, epididimit, orxiepididimit, prostatit), ayollarda (kolpit, servisit, eroziyalar, uretrit, salpingit va boshqalar), hatto chaqaloqlarda (konyuktivit, ootit, pnevmoniya) ham infeksiyalangan tug'uruq yo'llardan tug'ilganida kasallik paydo bo'lishi mumkin.

Kasallik, asosan, kam belgili, uzoq vaqt davom etib, tez-tez qayta o'tkir holatga o'tishi mumkin. **Klinik kechishi** esa boshqa kasallik chaqiruvchilar qo'zg'atgan kasalliklarga o'xshash bo'ladi. Surunkali xlamidiyali salpingit naylarning interstitsial qismida bitishmalar hosil qilib nayli bepushtlikka yoki bachadondan tashqari homiladorlikka olib keladi.

Tashxisi. Xlamidiyalar oddiy bakteriologik tekshiruvda aniqlanmaydi. Shilliq qavat qirindisi va surtmani o'rganish uchun maxsus sitologik tahlil spetsifik monoklonal antitanachali muhitda o'stiriladi va mikrobn DNKsining bir qismi bir nechta ming marotaba ko'paytirilib aniqlashga oson qilib beradi. Qonda xlamidiyalarni aniqlash uchun immunoferment analiz yordamida spetsifik antitanachalar IgG va IgM topiladi.

Davosi. Kasallikni ilk davrlarida tashxis qo'yib aniqlash va vaqtida turmush o'rtog'i bilan birga davolash orqali ijobiy natijalarga erishiladi. Xlamidiozni davolashda etiotrop preparatlar qo'llaniladi: dalatsin S, makropen yoki zitrotsin,

vibramitsin (doksitsiklin); makrolidlar guruhidan roksitromitsin-LEK yoki roksibel, eritromitsin, rovamitsin, sumamed, ftorxinolon guruhidan siprinol (sispers) 500 mg, abaktal 400 mg va boshqalar. Ko'pincha antibakterial terapiya infeksiya yo'qolishiga emas, balki kam belgili, subklinik yoki latent kechuvchi xlamidiozga olib keladi. Bachadon bo'yni eroziyasida mahalliy davolash ham o'tkaziladi.

Ureaplazmoz va mikoplazmoz

Tashqi muhitda keng tarqalgan va juda xilma-xil mikoplazmalardan faqat olti turi odam organizmiga ziyon yetkazishi mumkin. Bulardan ikki xili *Mecoplasma hominis* va *Ureaplasma urealyticum* jinsiy a'zolar tizimida yallig'lanish kasalliklari vujudga keltirishi mumkin. Mikoplazmalarning organizmda qarshilik kuchi va immunitet pasayganda patogen faolligini ko'rsatadi. Ko'pincha ureaplazma va mikoplazmalar boshqa mikroblar bilan birga aniqlanadi.

Tashxis qo'yish uchun qonda spetsifik antitanachalar — IgM va IgG aniqlanadi yoki bachadon bo'ynining servikal kanalidan kultural sitologik usul yordamida aniqlanadi. Mikoplazmalar qin ajralmasida „qovurilgan tuxum“ koloniyalari ko'rinishida aniqlanadi.

Tashqi jinsiy a'zolar zararlanishi sust ko'rinishda bo'ladi. Ko'pincha siydik sistemasi birlamchi zararlanadi. Bachadon ortiqlari yallig'lanish kasalliklaridan hayz siklining 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'uruqdan oldin suv ketishi, muddatdan oldin tug'uruq, chilla davrida septik kasalliklar kuzatiladi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda neonatal o'lim kuzatiladi.

Davosi. Xlamidiozda qo'llaniladigan preparatlar yordamida davo ko'rsatiladi.

Oddiy herpes virusi (OGV)

Jinsiy a'zolar kasalliklarini qo'zg'atadigan viruslardan eng ko'p uchraydigani *oddiy herpes virusidir*. Virus havo-tomchi va jinsiy yo'l bilan tarqaladi. Birlamchi infeksiyalangandan keyin OGV latent formasiga aylanadi va keyinchalik immunitet pasayganda (gripp, yuqumli kasalliklar va

boshqalar) reaktivatsiyaga uchraydi. Umumiy holat o'zgaradi, bosh og'rig'i, bir xilda baland tana harorati kuzatiladi. Shunindek, teri va shilliq qavatlarida gerpetik toshmalar paydo bo'ladi. Gerpetik kasallik ko'p xil klinik ko'rinishlarda ifodalanadi, chunonchi, 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 kasalliklari.

OGP homilador ayolda yo'ldosh orqali oson o'tib, homilaning infeksiyalanishiga olib keladi. Virus birinchi o'rinda nerv tubining patologiyasi va nuqsonlariga (anensefaliya, gidrosefaliya, spinae bifida), xromosom o'zgarishlarga 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.

Davolash uchun herpesga qarshi preparatlardan: asiklovir, zoviraks, viroleks, ulkaril, sikloferon; immunomodulatorlardan: immunomodulin, timogen, timalin, viferon suppozitoriyalari, umumiy quvvatlantiruvchi terapiya, vitaminlar qo'llaniladi. Mahalliy davolashda gerpetik toshmalarga qarshi zoviraks yoki asiklovir kremi qo'llaniladi.

Sitomegalovirus (SMV)

Sitomegalovirus 1956- yili kashf etilgan (sinonimlari: sitomegaliya, so'lak bezining virusli kasalligi, inkluzion sitomegaliya, qo'shimchali kasallik) qo'zg'atuvchisi — *citomegalovirus hominis*. Sitomegaliya so'zi *gigant hujayra* ma'nosini bildiradi. Keng tarqalgan virusli infeksiya bo'lib, so'nggi yillarda jinsiy tizim a'zolari kasalliklarining etiologik sabablaridan sitomegalovirus (SMV) va oddiy herpes virusi (OGV) ahamiyatlidir. SMV yo'ldosh orqali homilaga o'tib, turli xil nuqsonlarga olib kelishi mumkin. Birinchi o'rinda nerv tubining nuqsonlari va homila nobud bo'lishiga yoki kasal bo'lib tug'ilishiga (mikrosefaliya, ko'rlik, epilepsiya, serebral falaj va boshqalar) sabab bo'ladi. Kasallik havotomchi va jinsiy yo'l bilan tarqaladi.

Klinik kechishi, asosan latent kechuvchi va subklinik, surunkali salpingooforit, endometrit, kolpit bo'lib o'tadi. Homiladorlik davrida SMVning o'tkir va surunkali formasi-

ning avj olishi (asosan, URVI klinikasi mavjud bo'ldi) homilaning kasallanishiga olib kelishi mumkin.

Tashxisi. Qonda spetsifik antitanachalar IgG va Igm immunoferment analiz bilan yoki PSR usulida aniqlanadi. Servikal kanaldan sitologik usulda topiladi.

Davosi. 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. Davolash homiladorlikdan oldin va homiladorlik davrining 12- haftasidan keyin o'tkazilishi zarur.

Antivirus preparatlardan sikloferon, zoviraks, viroleks, asiklovir, ulkaril qo'llaniladi. Immunokorreksiya uchun viferon perrektal suppozitoriyalar, viusid, immunomodulin, timolin, timopgen kabi nospetsifik immunomodulatorlar, baliq yog'i, vitaminlar qo'llaniladi. Davolashda plazma ferez, AUFOK (bemor qonni ultrabinafsha nurlar bilan zararsizlantirish) qo'llanish ham yaxshi samara beradi.

Odam immun tanqisligi virusi

Orttirilgan immun tanqislik sindromining (OITS) chaqiruvchisi birinchi marta 1983- yilda Fransiyadagi Paster institutining olimi Lyuk Montanye tomonidan aniqlangan (64-rasm). Kasallik, asosan, jinsiy yo'l bilan qon orqali va kontakt-maishiy yo'l bilan yuqishi mumkin.

Sindromning rivojlanishiga asosiy sabablardan biri immun tizim T-xelper limfotsitlarining



64-rasm. Odam immun tanqisligi virusi.

(antitanachalar ishlab chiqarishdagi yordamchilar) jarohatlanishi bo'ladi. Birlamchi belgi bo'lib dermatoz paydo bo'ladi, undan keyin tarqalgan limfadenopatiya kamida 3 oy davom etadi. Ushbu holat 1,5—3 yilgacha yagona belgi bo'lishi mumkin. Lekin ba'zan, ayniqsa, kasallikning oxirgi bosqichida holsizlik, subfebrilitet, tunda terlash, mial-

giya, artralgiya, splenomegaliya, nevrologik belgilar, T-xelperlar sonining kamayish belgilari qo'shiladi.

Odam immuntanqisligi virusi negizida oddiy herpes virusi va kandidozning qaytalanishi shilliq qavatlarni kasallantiradi. Klinikasi juda og'ir, og'riqli kechadi va OITS rivojlanishiga olib keladi.

Inkubatsion davri 3—4 haftadan 5—6 yilgacha. Virus termolabil bo'lib, 20 minut davomida 56°C ta'sirida inaktivatsiyaga uchraydi. Lekin xona haroratida virus buyumlar va anjomlarda 7 kungacha saqlanadi va faol bo'ladi.

Tashxisi. Qonda immunoferment usuli bilan spetsifik antinachalar va immun tizimidagi o'zgarishlarga asosan aniqlanadi.

Davosi. Virusga qarshi effektiv choralar yo'q. Davolashda immunostimulyatorlar: izoprinozin, timozin, indometatsin, siklosporin A, interferonlar, azidotimidin va lamivudin qo'llaniladi.

8-BOB. BEPUSHTLIK. SEKSOLOGIYA VA SEKSOPATOLOGIYA ASOSLARI

Bepushtlik (sterilitas), deb erkak va ayol 1 yil davomida hech qanday kontratseptiv vositalarsiz jinsiy hayot kechirsayu, ammo farzand ko'rmasligiga aytiladi. 10—15% turmush qurgan oilalarda pushtsizlik kuzatiladi: shundan 60—70% ayollarda, 30—40% erkaklarda uchraydi. Birlamchi va ikkilamchi bepushtlik farqlanadi. Homila umuman bo'lmasa — birlamchi, agar oldin homiladorlik kuzatilib, so'ngra bepushtlik yuzaga kelsa — ikkilamchi bepushtlik hisoblanadi.

Bepushtlikni keltirib chiqaruvchi sabablarga jinsiy a'zolarining yallig'lanishi, ichki sekretiya bezlarining kasalligi, jinsiy a'zolar gipoplaziyasi, infantilizm, jinsiy a'zolarining siljishi va shikastlanishi, organizmni holsizlantiruvchi infeksiyalar (sil, zaxm va boshq.), intoksikatsiyalar (nikotin, alkohol, morfin, simob, mishyak va boshqa moddalar bilan zaharlanish) kiradi. Shuningdek, endometrioz, sifatsiz ovqatlanish, bachadon ichida yod bilan muolaja o'tkazilganda, jinsiy a'zolarining o'sma va immun sistemasining zaiflashishi sabab bo'ladi.

Erkaklar bepushtligi

Erkaklar bepushtligiga ko'p hollarda spermatozogenezning buzilishi sabab bo'ladi.

Klinik andrologiyaning asosiy muammolaridan biri — bepushtlik hisoblanadi. Erkak jinsiy a'zolarining bepushtligiga asosiy sabab quyidagilardan iborat:

I. Erkak urug'i doimiyligining buzilishi:

— FSG va PG sekretyasining buzilishi;

— giperprolaktinemiya.

II. Urug'ning birlamchi buzilishi:

— idiopotik;

— varikotsele;

— xromasom (Klaynfelter sindromi);

— kriptorxizm;

— orxitlar;

— kimyoviy agent va dorilarning ta'siri;

— surunkali kasalliklar;

— immunologik kasalliklar;

— urug' ipchalarining bo'lmasligi oqibatida spermatozoidlar harakatining sustligi.

III. Urug' chiqaruvchi yo'l o'tkazuvchanligining buzilishi:

— tug'ma;

— yallig'lanish oqibatida;

— bronxoektaz bilan bog'liq.

IV. Qo'shimcha jinsiy bezlarning buzilishi:

— prostatit;

— vezikulit;

— urug' yo'li va moyakning tug'ma yoqligi.

V. Jinsiy hayotning buzilishi:

— jinsiy aloqaning kamligi;

— spermitsid va kremlarni qo'llash;

— impotensiya;

— retrograd ejakulatsiya;

— gipospadiya.

VI. Ruhiy omillarning ta'siri.

VII. Yuqumli kasalliklar (sil, so'zak, brutselloz) ta'siri.

Nasl qoldirishda erkak omilining roli yetilgan tuxum hujayrani urug'lantirish hamda erkak spermatozoidining yarim genetik materialini kiritish yo'li bilan erkak individumi irsiy belgilarini uzatishdan iborat. Spermatozoid 72—74 kun davomida rivojlanadi. Yuqorida aytib o'tilgan patologik omillar ta'sirida bu jarayon buziladi, natijada urug'lanish ro'y bermaydi.

Mizoj sustligi. Jinsiy zaiflik, impotensiya — normal jinsiy aloqa qila olmaslik. Bunday holat jinsiy funksiyaning buzilishiga, jinsiy maylning susayishi yoki yo'qolishi, jinsiy olat (zakar)ning to'lishib, tarang tortmasligi (ereksiya) va shahvat kelmasligi (eyakulatsiya)ga aloqador bo'lishi mumkin. Mizoj sustligining sabablari jinsiy a'zolar, endokrin sistema, periferik nervlar va bosh miya oliy bo'limlari funksiyasining buzilishiga bog'liq. Mizoj sustligi mustaqil kasallik bo'lmay, odatda, azaldan mavjud kasallik yo'ldoshi bo'lib boradi. Chunonchi, mizoj sustligi bosh miya yoki ayrim ichki sekretiya bezlaridagi o'zgarishlar tufayli ro'y bergan ba'zi endokrin kasalliklarda, olatga boradigan nerv tolalari, orqa miya shikastlanganda (olat to'lishib, tarang tortmaydigan hollarda) uchraydi.

Mizoj sustligining eyakulatsiya buzilishidan, ya'ni bemavrut shahvat kelishidan iborat ko'rinishi, odatda, boshqa aloqatlariga qaraganda ertaroq boshlanib, bu turli urologik kasalliklarga, qovuq ishi va jinsiy funksiyalarni idora etadigan, bosh miyada joylashgan nerv markazlari faoliyatining aynashiga bog'liq bo'lishi mumkin.

Mizoj sustligi og'ir kechinmalarga va er-xotin o'rtasiga sovuqlik tushib qolishiga sabab bo'ladi. Qator hollarda soxta impotensiya kuzatiladi. Bunday holat odamning o'zidagi ba'zi fiziologik o'zgarishlar (masalan, yoshga aloqador o'zgarishlar) munosabati bilan jinsiy hayotning qovushmasligini noto'g'ri talqin qilishidan, o'z juftining sovuqroq munosabatda bo'lishi va boshqalardan kelib chiqadi.

Erkaklar pushtsizligining *sekretor* turi spermatogenez buzilishi bilan xarakterlansa, *ekskretor* turi sperma ajralishining buzilishi bilan xarakterlanadi.

Normal spermatogramma parametrlari:

1. Eyakulat miqdori — 2—5 ml.

2. Eyakulatda spermatozoidlarning umumiy miqdori 50 mln.dan ko'p.
3. Aktiv harakatchanlik 50% dan yuqori.
4. Aglutinatsiya yo'q.
5. pH-7,2-7,8.
6. Leykotsitlar 1,0 gacha.

Ayollar bepushtligi

Ayollar bepushtligi sababi ovulatsiyaning buzilishi, reproduktiv sistemaning anotomik nuqsonlari, bachadon va qinning gipoplaziyasi, infantilizm, tuxumdon yetishmovchiligi, bachadon naylarining spermatazoid o'tkazish qobiliyatining susayishi va jinsiy a'zolarida yallig'lanish (gonoreya, sil va boshqalar) kasalliklari hisoblanadi.

Ayollar bepushtligining belgilari ko'p hollarda faqat jinsiy sistemadagi patologik o'zgarishlar emas, balki boshqa a'zolaridagi kasalliklar natijasida ham kelib chiqadi. Ichki jinsiy a'zolar yallig'lanishi jarayonidagi belgilarga og'riq, ajralmalar, bachadondagi miomadan qon ketishi va boshqa holatlar misol bo'ladi.

Gormonal bepushtlikda tuxumdon ovulator funksiyasining boshqarilishi va uning buzilishi kuzatiladi. Natijada ovulatsiya sodir bo'lmaydi.

Ayollarda jinsiy a'zolarining yallig'lanish kasalliklari va uning asoratlari 60-70% bepushtlikka sabab bo'ladi. Jinsiy a'zolarining yallig'lanish kasalliklari, xususan, bachadon va uning ortiqlarining yallig'lanishi bachadon nayining faoliyatini, o'tkazuvchanligini buzadi. Bu esa, o'z navbatida, tuxumdon faoliyatining funksional buzilishiga olib keladi.

Ayollarda bachadon nayining zararlanishi ko'pincha so'zakli salpingit asoratidan so'ng ham kelib chiqadi.

Ayol bepushtligiga sabab bo'luvchi omillar quyidagilar:

- jinsiy maylni buzilishi;
- giperprolaktinemiya;
- gipotalamo-gipofizar qismining organik buzilishi;
- FSG darajasining ko'payishi natijasidagi amenoreya;
- hayz siklining buzilishi;
- jinsiy a'zolarining tug'ma nuqsonlari;
- bachadon naylari ikki taraflama o'tkazuvchanligining

buzilishi;

- endometrioz;
- jinsiy a'zolar sili;
- jinsiy a'zolar o'sma kasalliklari;
- immunologik omillarning ta'siri.

Tashxisi. Bunda anamnez (hayz va ovulatsiya anamnezi), sistem kasalliklari, o'tkazilgan jarrohlik muolajalari, yallig'lanish kasalliklari so'rab-surishtiriladi. Gormonal tekshirish (LG, FSG, prolaktin, testosteron) o'tkaziladi. Hayz siklining 6—8 kunida gisterosalpingografiya, ovulatsiya kunlarida — gidrotubatsiya o'tkaziladi. Follikulalar o'sishining ultratovush biometriyasi o'tkaziladi. Erkak spermasi tahlil qilinadi. Hayz siklining 12—14 kunlarida postkoital testlar (PKT) o'tkazish, laparoskopiya, hayz boshlanishidan 2—3 kun oldin endometriy biopsiyasi o'tkazish ham yaxshi samara beradi.

Tekshirish usullari

1. Birlamchi so'rab-surishtirish.
2. Umumiy tibbiy tekshiruv.
3. Urogenital tekshiruv.
4. Terapevt, genetik va seksopatolog tekshiruvi o'tkazish.

Laborator-tekshiruv.

1. Spermogramma.
2. Prostat suyuqligi sitologik tekshiruvi.
3. Xlamidioz, ureaplazmoz, miokoplazmoz, sitomegalovirus, oddiy virusli herpes-torg infeksiyasini aniqlash.
4. Spermani bakterilogik tekshirish.
5. Antispermal antitanani aniqlash.
6. Kichik chanoq a'zolarini UTT qilish.
7. Qalqonsimon bezni UTT qilish.
8. Moyak a'zolari termografiyasi.
9. Gormonli skrining.
10. Tibbiy-genetik tekshiruv.
11. Rentnologik usul (bosh suyakni tekshirish va buyraklar flebografiyasi).
12. Testikular biopsiya.

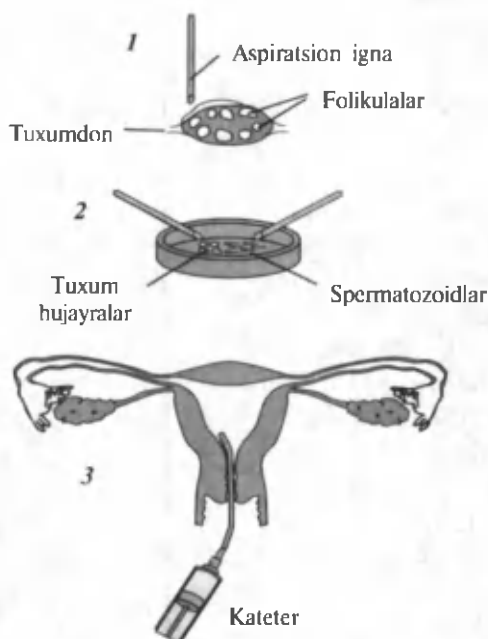
Davosi. Bepushtlik sababi aniqlangandan so'ng davo boshlanadi. Bachadon naylari yopiq bo'lganda gidrotubatsiya fizioterapevtik muolaja bilan o'tkaziladi. Gormonal bepushtlik esa umumiy quvvatlovchi preparatlar, gormonlar bilan bog'liq holda davolanadi. Agar davo terapiyasi natija bermasa, sun'iy

urug'lantirish muolajasi o'tkaziladi. Buning uchun ayolga hayz siklining o'rtasida 14—15 kuni 5 kun ichida kunora bachadonga spermatozoid yuboriladi. Ko'pgina hollarda yaxshi natija beradi.

Ekstrakorporal urug'lantirish

Ekstrakorporal urug'lantirish va embrion transplantatsiyasi nisbatan yangi, ancha murakkab va qimmat davolash usullaridan biri bo'lib, bu odam tuxum hujayrasini *in vitro* sharoitda urug'lantirish, uni urchitish va embrionni bachadonga joylashtirishdan iboratdir (65-rasm).

In vitro usuli bilan urug'lantirish muvaffaqiyati dastavval yetishgan ootsitlar olishning optimal (qulay) muddatlarini aniqlashga va barcha muolajalarni bajarish texnikasining aniqligiga bog'liq.



76-rasm. Ekstrakorporal urug'lantirish:

1—tuxumdonidan tuxum hujayrani ajratib olish; 2—sperma bilan tuxum hujayrani aralashtirish; 3—embrionni bachadon bo'shlig'iga ko'chirib qo'yish.

Yetilgan tuxum hujayrani xirurgik yo'l bilan (follikulalar punktsiyasi) ajratib olinadi. Keyin bu tuxum hujayra erkak spermatozoidi bilan mikroskop ostida urug'lantiriladi. So'ng maxsus inkubatorida ma'lum muddatgacha embrion holatigacha o'stiriladi. Bu embrion bachadon bo'shlig'iga kirgiziladi va implantatsiya bo'lishi va homila rivojlanishi kuzatiladi.

Sun'iy insiminatsiya

Sun'iy insiminatsiya (sun'iy urug'lantirish) — bu usul hayz siklining o'rtasida ovulatsiya davrida (tuxum hujayrasi

yetilganda) o'tkaziladi. Bunda erkak yoki donor spermasi hayz siklining 13—15—17-kunlari qinga quyiladi. Normada ayolda urug'lanish kuzatiladi. Agar urug'lanish bo'lmay homiladorlik kuzatilmasa, bu muolaja 3 oy davomida har oyda takrorlanadi.

Seksologiya

Seksologiya (lot. *sexus* — jinc va yunon, *logos* — fan) insonning jinsiy hayoti, fiziologiyasi va patologiyasini o'rganadi.

Hozirgi seksologiyaning biologik-tibbiyot yo'nalishi jinsning biologik asoslarini, jumladan, jinsning shakllanishida biologik va madaniy-sotsial omillar mutanosibliigi (psixoseksual o'zgarishlarni aniqlash va bartaraf etishda amaliy ahamiyati bor), turli jinsiy belgilar, jumladan, jinsiy gormonlarning erkaklar va ayollar ruhiyatiga va xulq-atvoriga ta'siri; jinsiy funksiyalar (seksual o'zgarishlarning diagnostikasi va davosi uchun asos bo'ladi) o'rganiladi.

Tadqiqotlarning sotsial-tarixiy yo'nalishi erkaklar va ayollarning sotsial funksiyalari va faoliyat shakllarining xususiyatini o'rganadi; yosh, kasb-hunar, sinf, region, millat va shu kabilarga bog'liq jinsiy xulq-atvor va ma'naviy an'analar haqida ma'lumot to'playdi va umumlashtiradi; jinsiy xulq-atvor normalarining tarixiy evolutsiyasini o'rganadi, jinsiy tarbiya va ma'rifat usullarining ta'sirchanligini tekshiradi.

Seksologiyaning psixologik yo'nalishi yoshga qarab bo'ladigan seksual xususiyatlarni, jumladan, o'smirlar va yoshlar seksual holatini, jinsiy individual xususiyatlarini va u bilan bog'liq sezgi hayajonlarni (sezgi-erotik va ma'naviy axloq), shuningdek, seksual holatning sotsial-psixologik hamda solishtirma-psixologik masalalarni o'rganadi. Insonda vujudga keladigan jinsiy kasalliklar, ularning tashxisi, profilaktikasi tibbiyotning maxsus bo'limi — seksopatologiyada o'rganiladi.

Jins — organizmning nasl qoldirish va irsiy informatsiyani nasldan naslga o'tkazishni ta'minlab beradigan jami belgi va xossalari. Nihoyatda ko'p turlar organizmi erkak yoki ayol jinsiga mansubligi bilan bir-biridan farq qiladi. Jins jinsiy ko'payish bilan bog'liq. Erkak va ayol organizmi turli xildagi maxsus erkak va ayol jinsiy hujayralarini (spermatozoidlar va tuxum hujayralar) ishlab chiqaradi, ularning urug'lanish jarayonida qo'shilishi yangi organizm yaratilishiga sabab bo'ladi.

Jins belgilarining tashqi alomatlari, masalan, tanasining shakli va hajmi, rangi (hayvonlarda), jun chiqishi, tashqi jinsiy a'zolar va tovush apparatining tuzilish xususiyatlari, psixofiziologik xususiyatlari ikkilamchi jinsiy belgilar deb, jins tashqi belgilari alomatlarining o'zi esa jinsiy ikki xillik (dimorfizm) deb aytiladi.

Sitogenetik tekshiruvlar natijasida jinslar bo'linishining genetik asosi aniqlangan. Har ikkala jins uchun bir xildagi xromosomalardan tashqari (ular autosomalar deyiladi), faqat ayol yoki erkak organizmi hujayralariga xos xromosomalar ham bor. Bunday xromosomalar (X- Y-xromosomalar) jinsiy xromosomalar deb ataladi.

Erkak va ayol organizmining nojinsiy somatik hujayralarini faqat xromosomalar yig'indisiga qarab emas, balki ularning yadrolaridagi jinsiy xromatin deb ataladigan maxsus modda bor-yo'qligiga qarab ham farq qilish mumkin. Erkak organizmi hujayralari yadrosida 90—95% holda jinsiy xromatin topilmaydi. Normal ayollarda esa jinsiy xromatinning bitta tanachasi bo'ladi. Ana shu farq turning erkak yoki ayol jinsiga mansubligiga ishonchli dalil bo'la oladi va undan tibbiyotda hamda sud tibbiyot amaliyotida keng foydalaniladi.

Jinsiy hayot

Jinsiy hayot — murakkab jismoniy, ruhiy va ijtimoiy jarayonlar kompleksi. Jinsiy hayot urug'-avlodni davom ettirib borish uchungina xizmat qilib qolmasdan, balki erkak bilan ayol o'rtasidagi ma'naviy yaqinlikni ham ifoda etadi. Jamiyat taraqqiy etib borishi bilan jinsiy hayot ham murakkab tusga kirib, individuallashib borgan. Jinsiy hayotdagi ruhiy va jismoniy tomonning nisbati, shuningdek, seksuallikning har xil shakliga munosabat turli jamiyatda turlicha bo'lib, har bir jamiyatning o'z jinsiy axloq normalari bor. Seksuallikka tegishli narsalar inson turmushida katta ahamiyatga ega, lekin seksuallik inson hayotini belgilab beradigan asosiy omil deb o'ylash noto'g'ri.

Jinsiy hayot balog'at yoshiga qarab boshlanadi. Jinsiy hayotning jadalligi, ya'ni jinsiy aloqalarning nechog'liq tez-tez bo'lib turishi odamning tug'ma xususiyatlari, yoshi, salomatligi, shuningdek, ijtimoiy omillarga (o'lgan tarbiyasi, tur-

mush sharoitlari va boshqalarga) bog'liq. Seksuallikning asosiy tomonlari *libido*, *ereksiya*, *koutis*, *eyakulatsiya* va *orgazmdir*.

Libido yoki **jinsiy mayl**, odam o'zini tiyib turishi va boshqa bir qancha sharoitlar, asosan, atrofdagi vaziyatga qarab har xil bo'ladi. U jinsiy bezlarning ishlashiga bog'liq. Erkak seksualligining eng tipik ko'rinishi ereksiya va eyakulatsiyadir. Ereksiya reflektor akt bo'lib, buning natijasida jinsiy olat kattalashib, tarang tortadi, shunda jinsiy aloqa qilish mumkin bo'ladi. Jinsiy aloqadan keyin yoki bunday aloqaga qulaylik tug'dirmaydigan sharoitlarda ereksiya barham topadi. Bir necha sekunddan bir necha minutgacha davom etadigan jinsiy aloqa vaqtida jinsiy olatning bevosita ta'sirlanishi natijasida jinsiy qo'zg'alish kuchayib borib, odatda shahvat to'kilishi, ya'ni *eyakulatsiya* yuz beradi. Seksopatolog mutaxassislar fikriga qaraganda, kishining jinsiy mijozida uchraydigan kamchiliklar ko'pincha jinsiy a'zolar kasalliklariga bog'liq bo'lmay, balki er bilan xotin o'rtasidagi murosaning to'g'ri kelmasligi, ularning bir-biriga mos emasligiga bog'liq ekan.

Ayol bo'yida bo'lib qolganida jinsiy aloqani davom ettirishi mumkinmi? Bo'yida bo'lganda jinsiy yaqinlikdan butunlay o'zini tiyib yurish shart emas, lekin aloqa vaqtida, shubhasiz, ehtiyot bo'lish kerak. Homiladorlikning dastlabki va oxirgi 2—3 oyi davomida, shuningdek, ko'z yoriganidan keyin dastlabki 2 oy ichida jinsiy aloqadan batamom o'zini tiyib turish kerak. Bu paytda erkak kishi ayolni tushunishi, uni ehtiyot qilishi lozim.

Ichkilikka ruju qo'ygan odamlarning uchdan bir qismi jinsiy funksiyasi susayib qolganligidan noliydi, ayollarda esa hayz ko'rish muddatidan ilgari barham topadi, ayolning homilador bo'lishi pasayadi, homiladorlik va tug'uruq vaqtida asoratlar ro'y beradi.

Chekish ham erkaklar mizojiga salbiy ta'sir ko'rsatadi. Nikotin mizojni susaytirib yuborishdan tashqari, moyak to'qimasiga halokatli ta'sir etishi mumkin.

Jinsiy funksiyaning yoshga bog'liqligi. Kishi umrining turli davrlarida jinsiy funktsiya turlicha bo'ladi. Balog'at davrida jinsiy mayl (*libido*) uyg'onib, o'g'il bolalarda ixtilom bo'lib tursa, qiz bolalarda hayz ko'rish boshlanadi. Jinsiy hayotni barvaqt boshlash jinsiy a'zolar kuchining qirqilishiga, jinsiy aktivlikning susayib ketishiga olib keladi. 27—50 yasharlik davr

yetuk seksuallik davri hisoblanib, jinsiy aktivlik yetarlicha tekis bo'lishi bilan xarakterlanadi. Keyingi davrlarda jinsiy aktivlik asta-sekin pasayib, jinsiy hayot so'nib boradi.

Jinsiy hayot gigiyenasi

Umumiy gigiyena qoidalari jinsiy hayot uchun ham taalluqli. Jinsiy hayotda biror norma belgilanmagan bo'lsa-da, kishi o'ziga mos keladigan ba'zi me'yorga amal qilishi kerak. Ana shunday „normadagi“ jinsiy hayot mezonlaridan biri — bu kishi o'zini yaxshi, tetik, bardam sezadigan, qanoatlanganligini his qila olishidir. Yosh qaytgan chog'da jinsiy aktivlikni sun'iy yo'llar bilan kuchaytirish sog'liq uchun zararli. Badanni toza tutish to'g'risidagi umumiy gigiyena qoidalari tashqi jinsiy a'zolarga ham taalluqli. Jinsiy a'zolarining normal ishlab turishi boshqa ichki a'zolarining, ayniqsa, ichak va qovuqning normal holatda bo'lishiga ham bog'liq. Jinsiy a'zolar, ayniqsa, ayollar jinsiy a'zolarini shamollashdan asrash muhim. Kun tartibiga amal qilish, maromda ovqatlanish, fizikultura va sport bilan shug'ullanish jinsiy hayotning normal o'tishiga yordam beradi.

Jinsiy mayl, libido — insondagi jinsiy instinktlarning ko'rinishi bo'lib, nasldan naslga o'tib keladigan tug'ma mexanizmlar in'ikosi, jinsiy ehtiyoj, rag'bat. Jinsiy mayl hayot uchun muhim bo'lgan boshqa ehtiyojlar (masalan, ovqatlanish ehtiyoji)dan farq qilib, bola tug'ilgandan keyin paydo bo'lmay, balog'atga yetish davrida shakllanadi va rivojlanadi, keyinchalik jinsiy funksiyalar so'nishi bilan asta-sekin yo'qolib ketadi. Insonda jinsiy maylga asos bo'ladigan instinktlar tobe rolini o'ynaydi, chunki faqat insonga xos bo'lgan oliy nerv faoliyati ularni nazorat qilib boradi.

Erkaklarda jinsiy maylning o'zgarishi jinsiy aktivlikning hamma ko'rinishlariga — ereksiya, ejakulatsiya va organizmga ta'sir etadi. Ayollarda jinsiy maylning bir qadar davriy bo'lishi, ya'ni ba'zida kuchayib, ba'zida susayib turishi hayz sikli bilan bog'liq. Yosh qaytgan sayin jinsiy maylning so'nib borishi organizmda ro'y beradigan bir qancha o'zgarishlar bilan davom etadi. Bu narsa ayollarda ko'proq seziladi (klimakteriya davri).

Onanizm (*masturbatsiya*) erogen sohalar (aksari jinsiy a'zolar)ni orgazm (xush yoqish) hosil qilish maqsadida sun'iy

ta'sirlantirishdir. Onanizm odamlardagina emas, hayvonot olamida ham keng tarqalgan. Onanizmning sog'liqqa ta'siri to'g'risida juda ko'p qarama-qarshi fikrlar mavjud. Ko'pchilik olimlar onanizm turli xil jinsiy buzilishlarga sabab bo'ladi, deb hisoblaydilar. Seksologlarning fikricha, asosan, pubertat, ya'ni balog'atga yetish davrida paydo bo'ladigan va jinsiy hayot boshlanishi bilan barham topadigan onanizm avvalo biosotsial disgarmoniya bilan bog'liq. Bunda jinsiy uyg'onish davri boshlanishiga qaramay, shaxs sotsial jihatdan yetilmagan bo'ladi. Bu disgarmoniya akseleratsiya tufayli chuqurlashadi. Balog'atga yetish davrida vujudga keladigan onanizm tipi bilan bir qatorda masturbatsiyaning quyidagi boshqa variantlari ham bo'ladi: bolalik davrida, jinsiy mayl paydo bo'lishiga qadar kuzatiladigan barvaqt yoki balog'atga yetish davrigacha bo'lgan masturbatsiya, odatda jinsiy hayot boshlangandan keyin paydo bo'ladigan yordamchi masturbatsiya (ayollarda aksari nomuntazam jinsiy turmush yoki seksual jihatdan qoniqmaslikdan yuzaga keladi); bolalarda yoki o'smirlarda onanizm bilan shug'ullanadigan tengqurlariga taqlid qilish sababli paydo bo'ladigan masturbatsiya. Masturbatsiyaning keng tarqalgan tiplari — jinsiy yetilish davridagi onanizm va barvaqt (balog'atga yetish davrigacha bo'lgan) masturbatsiya.

Balog'atga yetish davrigacha bo'lgan onanizm zararli odat sifatida jinsiy a'zolarining tor-tanqis kiyimlardan ta'sirlanishi natijasida paydo bo'lishi mumkin. Bola bunda his qilinadigan yoqimli sezgilarni keyinchalik jinsiy a'zolarini ataylab ta'sirlantirish yo'li bilan takrorlashga harakat qiladi.

Onanizmning oldini olish uchun bola o'rnida qo'llarini ko'rpaning ustiga qo'yib yotishi, kiyimlari tor bo'lmasligi, ichki kiyimlarini haftasiga 2—3 marta almashtirishi lozim. Bola hayotda serharakat bo'lishi, jamoaga aralashishi, organizmini chiniqtirishi va sport bilan shug'ullanishi kerak. Bolalarda onanizmning oldini olishda gijjalarni yo'qotish ham muhim o'rin tutadi. Bolaning ovqatida o'tkir va ziravorli taomlar, achchiq choy va kofe bo'lmasligi, uxlash oldidan keragidan ortiqcha ovqat yemasligi kerak. Onanizm bilan shug'ullanadigan o'smirlar hissiyotni qo'zg'atadigan filmlarni tomosha qilmasliklari va bunday kitoblarni o'qimasliklari lozim. Qiz bolalarga voyaga yetish davrida alohida diqqat-e'tibor va to'g'ri gigiyenik tarbiya talab qilinadi. Xususan, ular

bichimi qulay siynaband taqishlari va qad-qomatlariga mos kiyimlar kiyishlari kerak.

Jinsiy maylni tiyish. Jinsiy hayot davrida jinsiy aktivlik har xil darajada bo'ladi. Yetuklik davrida har bir kishining o'zga xos jinsiy aktivlik maromi yoki darajasi qaror topadi. Kishi jinsiy aloqa qilib, qanoat topganidan keyin odatda jinsiy mayl asta-sekin kuchayib boradi va keyingi aloqadan so'ng yana bosilib qoladi.

Jinsiy aktivlikning odat bo'lib qolgan maromi buzilganida (masalan, yaqin kishisidan judo bo'lganida) jinsiy mayl majburan tiyib turilganda turli o'zgarishlar kelib chiqishi mumkin. Bu o'zgarishlar kishining yoshi, mizoji, jinsiy maylining darajasi va boshqalarga bog'liq. Jinsiy maylni majburan tiyib turish odatda nevrozsimon o'zgarishlar bilan namoyon bo'ladi. Kishining tajang bo'lib, uyqusi buzilishi, jinsiy mavzudagi gap-so'zlarga ko'proq e'tibor berish va boshqalar shular jumlasidandir. Jinsiy maylni tiyishning to'la ifodalangan ko'rinishlari, asosan, balog'atga yetish davrida, o'smirlarda kuzatiladi. Odatda, jinsiy aktivlik yetarli darajaga yetib, ma'lum bir maromga tushganidan keyin (asosan, nikohdan keyin) jinsiy hayot normallashib qoladi.

9-BOB. XOTIN-QIZLAR JINSIY A'ZOLARINING XAVFSIZ VA XAVFLI O'SMALARI

O'sma (tumor, shish, rak, saraton, kanser) patologik jarayon bo'lib, organizmda to'qima va hujayraning normal o'sishi, rivojlanishining o'zgarishi yoxud buzilishidir. Bunday betartib o'sish oqibatida a'zolar faoliyati o'zgaradi va buziladi.

Hozirgacha o'smalarni keltirib chiqaruvchi sabablar va ularning etiopatogenezi noma'lum. O'sma etiopatogenezi xususida olimlar turli qarashlarga egalar.

O'simta hujayrasi organizm hujayrasining sifat va shakl jihatdan o'zgargan shakli hisoblanadi. Bu o'zgargan hujayralarning o'sishi natijasida o'sma hosil bo'ladi. O'smalarning o'ziga xos tomoni shundaki, hujayraning ko'payishiga sabab bo'luvchi tashqi ta'sir to'xtagandan keyin ham hujayralar ko'payishda davom etadi.

O'smaning rivojlanishini 4 bosqichga bo'lish mumkin:

1-bosqich — to'qimalarning betartib diffuz o'sishi — giperplaziyasi;

2-bosqich — o'smaning o'chog'da o'sib proliferativ rivojlanishi;

3-bosqich — chegaralangan tugun — o'smaning paydo bo'lishi;

4-bosqich — malignizatsiya — atrofdagi to'qimalarning infiltratsiyasi va yemirilishi.

So'nggi yillarda gormonlar rolining ahamiyati o'rganilgan-da, ularning ayniqsa bachadon, sut bezi va tuxumdonlar o'smasiga ta'siri borligi aniqlandi. O'sma atipik tuzilishi va o'ziga xos almashinuv jarayonlari bilan boshlang'ich to'qimadan farq qiladi.

O'sma rivojlanganda uni vujudga keltiruvchi a'zo yoki to'qimalar hamisha kattalashavermaydi. O'sma ba'zan o'sish jarayonida biror a'zoning asosiy to'qimasini yo'q qilib tashlaydi, natijada yara vujudga keladi. Ayol jinsiy a'zolarining o'smalarida, ayniqsa, bachadon, qin va vulvaning yomon sifatli o'smalarida yara shaklidagi o'smaning avj olishi ko'p uchraydi.

O'smalarning morfologik tuzilishi va klinik jihatdan kechishiga qarab, *yaxshi sifatli (xavfsiz)* va *yomon sifatli (xavfli)* o'smalarga bo'linadi.

Yomon sifatli (xavfli) o'smalarga quyidagi xususiyatlar xos:

— taraqqiy etish jarayonida atrofdagi sog'lom to'qimalarni o'rab o'sadi va ularni yemiradi (o'smaning atipik, ifiltratsiyalanuvchi, destruktiv o'sishi);

— birlamchi o'sma olib tashlangandan keyin retsidiv va metastazlar beradi;

— bemorning umumiy ahvoriga va modda almashinuviga ta'sir qilib, ko'pincha kaxeksiyaga (cho'pday ozib ketishga) sabab bo'ladi.

O'smalarni xavfsiz va xavfli guruhlarga ajratish

Xavfsiz o'smalar to'qima ichiga o'sib kirish, ularni buzish va metastaz hosil qilish xususiyatiga ega bo'lmay, o'sib borishi davomida yon to'qimalarni siljitib, organizmda chuqur o'zgarishlar keltirib chiqarmaydi.

Xavfli o'smalar to'qima ichiga kirib boradi, ularning rivojlanishini buzadi hamda qon va limfa tomirlari orqali yaqin

va uzoqdagi a'zo va to'qimalarga tarqalib metastaz hosil qiladi, organizmni holsizlantirib, ozib-to'zib ketishga, oxir-oqibat o'limga olib kelishi mumkin.

Xavfsiz o'smalar to'satdan paydo bo'lmaydi. Ularning paydo bo'lishiga ko'p hollarda uzoq davom etadigan rakoldi holatlari sabab bo'ladi. Bularga leykoplakiya, krauroz, bachadon bo'yni polipi, bachadon bo'yni eroziyasi, ektropion kiradi.

Leykoplakiya — shilliq qavat ustida sal bo'rtib turuvchi, tovlanuvchi oq dog' ko'rinishidagi o'sma. Asosan, kichik jinsiy lablar, klitor atrofi va qin sohasida bo'ladi. Tarqalish chegarasi aniq sezilib turadi, o'sgan sari leykoplakiya qalinlashadi. Kasallik qichishish bilan kechadi.

Krauroz — tashqi jinsiy a'zolar to'qimalarining atrofiyasi va burishib qolishi bilan namoyon bo'ladi, shilliq qavat va teri elastikligini yo'qotadi, tabiiy dog'lar rangsizlanadi. O'ta yupqalashgan shilliq qavat pergament qog'ozi ko'rinishini oladi. Rivojlanib boruvchi atrofiya klitorning, kichik va katta lablarning tekislanishiga, qinga kirish joyining keskin torayishiga olib keladi. Bemorni qichishish, siydik ajrashi va defekatsiya vaqtida og'riq, jinsiy hayotning qiyinlashishi kabi noxushliklar bezovta qiladi. Ko'pincha ikkilamchi infeksiya qo'shiladi.

Ko'p hollarda krauroz va leykoplakiya birga uchraydi, bunday hollarda kasallik xavfli o'smaga aylanishi mumkin.

Tashqi jinsiy a'zolar va qinning rakoldi holatlarini davolash birmuncha qiyinlik tug'diradi. Davolashda umumiy quvvatlovchi (mehnat va dam olishni to'g'ri yo'lga qo'yish, achchiq, sho'r ovqatlar va spirtli ichimliklar iste'mol qilishni chegaralash), desensibilizatsiyalovchi terapiyani qo'llash, trankvilizatorlar buyuriladi. Mahalliy 10% li anestezin va 2% li dimedrol mazi, 2% li rezorsinli bog'lamlar, 0,1% li gistamin eritmasi qo'llaniladi, shuningdek, novokainli blokada qilinadi.

Bachadon bo'ynining rakoldi holatlariga: polip, bachadon bo'yni eroziyasi va ektropion kiradi. Rakoldi jarayonlari tug'ma yoki orttirilgan xarakterdagi patologik holat bo'lib, uning asosida ma'lum bir sharoitda bachadon bo'yni raki rivojlanadi.

Bachadon bo'yni polipi — bachadon bo'yni sohasidan

o'sib chiqib, kam uchraydi va ko'pincha endometriy xastaligidan rivojlanadi.

Bachadon bo'yni eroziyasi — bachadon bo'yni qin qismining yemirilishi, chaqalanishi.

Ektropion — asosan tug'uruq vaqtida bachadon bo'yni yirilishining sifatsiz choklangan sohasida rivojlanadi. Bachadon bo'ynini qin oynalari, kolposkop yordamida ko'rish natijalariga qarab tashxis qo'yiladi. Shiller namunasi (bachadon bo'yni 2% li Lyugol eritmasi bilan artilganda zararlangan soha bo'yalmaydi), sitologik tekshirish va biopsiya natijalari ham aniq tashxis qo'yishga imkon beradi.

Bachadon bo'yni rakoldi kasalliklarini davolash konservativ va jarrohlik yo'li bilan o'tkaziladi.

Yallig'lanish jarayonini yo'qotish uchun to'qima trofikasi (oziqlanishi)ni yaxshilashga qaratilgan konservativ davolash (qin vannalari, yog'li tamponlar, gormonal malham, mazlar) tavsiya etiladi. Atipik hujayralar bo'lmasa, koagulyatsion, krijarrohlik va jarrohlik yo'llari bilan bachadon bo'yni amputatsiyasi o'tkaziladi.

Endometriyning rakoldi kasalliklariga adenomatoz, adenomatoz poliplar va endometriyning atipik giperplaziyasi kiradi. Endometriy giperplastik jarayonining ko'rinishi bo'lib, bunda ko'pincha qon ketish holati kuzatiladi.

Tashxis aniq yig'ilgan anamnez, ginekologik ko'rish va aspiratni sitologik tekshirish, gisteroskopiya natijalariga asosan qo'yiladi.

Giperplastik jarayonlar aniqlanganda, asosan, menopauza davrida ehtiyot bo'lish talab etiladi. Bunday kasallar „xavfli“ guruhga kiradi.

Ular dispanser nazoratiga olinib, doimo tekshirib turiladi va davo choralari o'tkaziladi.

Bachadon miomasi

Bachadon miomasi deb, mushak to'qimasidan, fibromioma — biriktiruvchi to'qimalardan tashkil topgan, gormonlarga moyil bo'lgan xavfsiz o'smaga aytiladi. Mioma keng tarqalgan kasallik bo'lib, ginekologik bemorlarning 10—27% da, 30 yoshga yetgan bemorlarning 20% ida, 40 yoshdan katta bemorlarning esa 40% ida uchraydi.

Ayollar organizmida bachadon miomasining kelib chiqishi, asosan, gormonal o'zgarishlar tufayli, ya'ni gipotalamus—gipofiz—buyrakusti bezi tuxumdon orasidagi munosabatning, biron-bir qismining shikastlanishi hamda bachadondagi o'zgarishlar natijasida xususan miometriyning giperplaziyasi tufayli vujudga kelishi mumkin.

Gipofizning gonadotrop gormoni tekshirilganda, hayz sikli davomida organizmida progesteron gormonining miqdori kamligi, bu esa, o'z navbatida, hayz siklining ikkinchi davri yetishmovchiligiga olib kelishi aniqlangan. 70—80% hollarda bachadon miomasi bemorlarda patologik hayz sikli mavjudligini ko'rsatadi, xususan, anovulator, ya'ni davriy yoki ovulator, hayz kelishi, ammo lyutein davrning yetishmovchiligi sifatida namoyon bo'lgan hayz siklini kuzatish mumkin. Klinik va eksperimental tadqiqotlarga tayanib, ayollar organizmida ro'y bergan gormonlar o'zgarishi, xususan, estrogen gormonlarning ko'p ishlanishi, bachadon miomalari paydo bo'lishida muhim rol o'ynaydi, deb taxmin qilinadi.

Bachadon miomasi bilan kasallangan ayollarning kasallik tarixiga ahamiyat berilsa, ularning yoshligida har xil yuqumli kasalliklar bilan, 1/3 qismi bachadon ortiqlarining yallig'lanishi, bepushtlik bilan kasallanganligi aniqlangan. Bu holatlar, o'z navbatida, organizm ichki sekretiya bezlarining faoliyati o'zgarishiga sabab bo'lgan. Bu holat hayz siklining buzilishiga ta'sir qilib, bir-biriga bog'liq bo'lgan patologik halqani hosil qiladi, bu bachadon miomasining kelib chiqishiga sabab bo'lgan. Bachadon miomasining kelib chiqishiga faqat uzoq muddat davomida estrogen-gestagen gormonlarning organizmga ta'sirining buzilishigina emas, balki bachadon mushaklarini ta'minlovchi nerv retseptorlarining g'ayritabiiy qo'zg'aluvchanligi ham sabab bo'ladi.

Tasnifi. Bachadon miomasi tugunchalarining rangi oqimtirliigi bilan atrofdagi bachadon mushak to'qimalaridan ajralib turadi, boshqa mushak to'qimalariga qaraganda konsistensiyasi qattiqroq, zichroq bo'ladi. Ko'pincha mioma tugunchalari 95% bachadon tanasida va 5% bachadon bo'ynida uchraydi. Ko'pincha tugunchalar bachadon tubida, ayniqsa, bachadonning orqa devorida joylashadi. Bachadonning old devorida orqa devoriga nisbatan 2 marotaba kam uchraydi. Mioma tugunlari kamdan kam hollarda bachadon devorlarida, bacha-

don bo'yni va qinda (1%) uchraydi. Mioma tugunlarining o'sish jarayoni yo'nalishi bo'yicha uch xil bo'ladi:

1) submukoz — 15—25% shilliqosti qavatida joylashib, tugunchalar bachadon bo'shlig'i tomon o'sadi;

2) interstisial — 30% tugunchalar bachadon devoridagi mushak qavatining orasida joylashadi;

3) subseroz — 30% o'sma qorin pardasining ostida joylashgan bo'ladi. Bunday hollarda ko'p tugunli miomalarda bachadonning har tomonlama bir xil kattalashganini, ba'zan esa bir tomonlama kattalashganini aniqlaymiz. Bachadon kattaligi 39—40 haftalik homiladorlikdagi darajada bo'lishi ham mumkin.

Subseroz tugunlar bachadon shaklini keskin o'zgartirib yuboradi va qorin bo'shlig'i tomonga qarab o'sib, bachadon devoriga har xil uzunlik va qalinlikdagi o'sma oyoqchasi bilan bog'lanadi. Agar subseroz tugunlar ko'p miqdorda bo'lsa, xuddi kartoshka tunganaklariga o'xshab ketadi. Shilliq qavati ostida joylashgan tugunchalar esa bachadon bo'shlig'i tomon o'sib, uning shakli o'zgarishiga, keyinchalik bachadonning kuchli qisqarishiga hamda bachadon bo'ynining ochilishiga olib keladi va tugunchalarning qin tomonga tug'ilishi sodir bo'ladi.

O'smalar siydik pufagi yoki to'g'ri ichak tomonga qarab o'sgan bo'lsa, shu a'zolarining faoliyati buziladi.

Klinikasi. Ayrim hollarda bachadon miomasi hech qanday belgilersiz kechadi, ayollarda shikoyatlar bo'lmaydi, ammo profilaktika maqsadida ayol tekshirilganda aniqlanadi. 60—80% hollarda asosiy belgilardan biri bemorda qon ketishi hisoblanadi. Qon ketishi alomatlari ham turli bemorlarda turlicha kechadi. Ba'zilarida hayz sikli uzayishi yoki hayz vaqtida qon miqdorining biroz ko'payishi — menorragiya kuzatilsa, ba'zilarida tartibsiz, juda ko'p to'xtovsiz qon ketib, og'ir turdagi kamqonlik kasalligiga sabab bo'lishi mumkin.

Hayz 10—12 kungacha davom etib, juda ko'p miqdorda qon ketadi, bunga *giperpolimenoreya* deyiladi.

Bunday turdagi qon ketishining sabablari quyidagilar:

- bachadon mushaklari qisqarishining buzilishi;
- bachadon shilliq qavati yuzasining kattalashishi;
- estrogen gormon metabolizmining o'zgarishi;
- bachadon shilliq qavati regeneratsiyasining susayishi.

Miomalarda ko'p uchraydigan belgilardan yana biri *og'riqdir*. Og'riq xuddi dard tutganga, sanchiqqa o'xshash bo'lib, ayniqsa hayz ko'rishdan oldin va hayz ko'rish vaqtida kuchayadi, pastga tortganga o'xshab zo'rayishi yallig'lanishdan keyingi bitishmalar borligidan darak beradigan belgi hisoblanadi.

Og'riq, asosan, o'smaning o'lchamiga va uning qayerda joylashganligiga bog'liq. Agar o'sma butun kichik chanoq bo'shlig'ini to'ldirib turgan bo'lsa, o'smaning qo'shni a'zolarini bosib ezishidan paydo bo'ladi. Bachadon shilliq qavati ostida joylashgan o'smalarda hayz ko'rish vaqtida yig'ilgan qonni hamda shu bilan birga, shilliq qavat ostidagi o'smani ham bachadondan tashqariga chiqarishda kuchli dardsimon og'riq paydo bo'ladi. O'smaning infeksiyalanishi, kichik chanoq bo'shlig'idagi a'zolarining yallig'lanishi, bachadon miomasi birga uchraganda 2/3 hollarda bemorlarda og'riq paydo bo'ladi. Og'riq subseroz o'sma oyoqchasi buralib qolgan vaqtda ham sodir bo'ladi. Chunki bunda o'sma oyoqchasi tarkibidagi qon tomirlar buralib siqiladi va o'smaning oziqlanishi buziladi. Bu esa o'smada yallig'lanish sodir bo'lishiga olib keladi. Bunday vaqtlarda zudlik bilan jarrohlik amaliyoti qo'llaniladi. O'smalar juda tez kattalashib o'sganda ham og'riq bo'ladi, ayniqsa o'sma bachadonning keng boylami orasiga o'sganda shunday bo'ladi, chunki bunday vaqtlarda og'riq o'smaning qorin pardasi nerv tolalarining retseptorlariga ta'siri natijasida sodir bo'ladi.

O'smaning qo'shni a'zolari bosish belgilari ko'pincha katta hajmdagi o'smalarda kuzatiladi. Lekin kichik o'lchamdagi o'smalar kichik chanoqqa tiqilib qolgan va qaltis joylashgan bo'lsa, qo'shni a'zolarga salbiy ta'sir qiladi. Agar o'sma bachadonning old devorida joylashgan bo'lsa, siydik pufagiga ta'sir ko'rsatadi. Bachadonning orqa tarafida va bachadon bo'ynida joylashgan o'sma esa to'g'ri ichakka ta'sir ko'rsatadi. Ba'zi hollarda o'sma o'sib, siydik pufagini yuqoriga ko'tarib qo'yadi. Bunday hollarda siydik chiqarish kanali uzunlashib, kanalning teshigi torayadi. Bunda bemorning siyishi qiyinlashadi. Agar o'sma to'g'ri ichakni ezib qo'ygan bo'lsa, bemorning hojati qiyinlashib, to'xtab qolishi va qabziyat bo'lishi mumkin. Ayni vaqtda siydik yo'llarini ezib qo'yib, gidroureter va gidronefroz holatlariga sabab bo'ladi.

Mioma tuxum hujayraning bachadon bo'ylab harakat qilishiga to'sqinlik qiladi. Bachadon burchaklarida joylashgan intramural mioma bachadon nayining interstitsiy qismini yopib qo'yadi. Bundan tashqari, anovulatsiya bepushlikka olib keladigan asosiy sabablardan biri sanaladi.

Mioma asoratlari:

1. Mioma oyoqchasining buralib qolishi, bunda „o'tkir qorin“ belgilari kuzatiladi: o'tkir og'riq, til yuzasining o'zgarishi, chanqash, ko'ngil aynishi, qayd qilish, Shyotkin-Blyumberg belgisi paydo bo'ladi, taxikardiya va boshqalar kuzatiladi.

2. Miomaning shishib nekroz bo'lishi, bunda kuchli og'riq, ko'pincha qon ketish va tana haroratining ko'tarilishi va boshqa belgilar kuzatiladi.

3. Shilliqosti qavati miomasining paydo bo'lishi, hatto bachadonning ag'darilishi kuzatiladi.

4. Mioma tugunlari infeksiyalanishi va yiringlashi mumkin.

5. Sarkomaga aylanishi mumkin.

6. Kuchli profuz qon ketishi.

7. Anemiya (kamqonlik) kuzatilishi mumkin.

Tashxisi:

- anamnez yig'ish;
- qin orqali tekshirish;
- UZD (UTT);
- funksional testlar o'tkazib sinash;
- bachadon bo'shlig'ini zond bilan tekshirish;
- bachadon bo'shlig'i va bachadon bo'yni kanalini alohida-alohida qirib gistologik tekshirish. Bunda alohida ehtiyotkorlik talab qilinadi, chunki tugunchalar nekrozga va qon ketishiga sabab bo'lishi mumkin;

- laparoskopiya;
- gisteroskopiya va biopsiya qilish, bunda asosan submukoz tugunlar aniqlanadi;

- gisterosalpingografiya (GSG), bunda kontrast moddani bachadon va shilliq qavatida to'planish nuqsoni kuzatiladi; Braun shprisi yordamida modda 5 minut davomida yuboriladi;

- kompyuter va yadro-magnit-rezonans (YMR) tomografiyasi.

Davosi. Miomasi bo'lgan hamma ayollar dastlab umumiy davolanadilar, ya'ni:

— vitamin A, baliq moyi yoki ayevit kapsulasi, vitamin C, kaliy yod, har oyda 7—10 kun nahorga nonushtadan 20—50 min avval 1/2—1/4 stakan meva sharbatlari (olma, o'rik, olxo'ri, qizil lavlagi, kartoshka — almashtirib ichiladi) buyuriladi;

— kamqonlikni davolash, bachadon mushaklarini yengil qisqartiruvchi dorilar tavsiya qilinadi (argotal, lagoxilus ekstrakti), klimakterik davrda remens yod eritmasi bachadonga — qorin pastiga elektroforez buyuriladi. Neyroleptiklardan seduksen, biopassit, notta, valeriana, frinalon tavsiya qilinadi. Agar yallig'lanish alomatlari ham kuzatilsa (surunkali salpingooforit va boshqalar) prodigiozan, pirogenal, nurofen, ibuprofen-TEVA buyuriladi;

— pirogenal 25—50 TB kunora inyeksiya qilinadi, har gal 25 TB dan oshirib boriladi — tana harorati 38° C ga ko'tarilguncha. Bir davolash kursida 10—30 marta inyeksiya qilinadi. Maksimal miqdori 1000 TB dan oshmasligi kerak.

Miomasi bo'lgan ayollarni davolash 4 toifaga bo'linadi.

1. Davolash shart bo'lmagan ayollar. Bu toifaga mansub ayollar har 3—4 haftada nazorat qilib turiladi.

2. Jarrohlik yo'li bilan davolanadigan ayollar.

3. Gormonal yo'l bilan davolanishi lozim bo'lgan ayollar.

4. Nur bilan davolash zarur bo'lgan ayollar.

Endometrioz

Endometrioz deb, bachadon shilliq qavati (endometriy) hujayrasining bachadondan tashqarida joylashib, taraqqiy qilishiga aytiladi. Akusher-ginekologlar endometriozni ayollar-ning sirli kasalligi deb nomlaydilar. Bu kasallikning kelib chiqish sababi aniqlanmagan. Endometrioz o'zgarish bo'lgan yerdan to'qima olib, mikroskop ostida qaralsa, keskin chegaralangan, mayda-mayda pufakchaga o'xshash bo'shliq yoki ari uyasini eslatadigan belgilar kuzatiladi. Pufakchalar ichida shilimshiq modda yoki qoramtiroq parda bilan qoplangan, gistologik tuzilishi bilan xuddi bachadon bo'shlig'i shilliq qavati tuzilishiga o'xshaydigan to'qima bo'ladi.

Endometrioz joylashgan o'choqda proliferatsiya, sekretiya yoki hayz ko'rganda ajraladigan qonga o'xshash qon quyilish

belgilari, ya'ni bachadon shilliq qavatidagi tuxumdondan ajralib chiqadigan steroid va gonadotrop gormonlar ta'sirida bo'ladigan siklik o'zgarishlarga o'xshash alomatlar kuzatiladi.

Endometriozlar esa o'z atrofiga joylashgan to'qimalarga o'sib kirish xususiyatiga ega. Bu bilan to'qimalarga proteolitik ta'sir qilib ularni parchalab, undan ham chuqurroqdagi qismlarni zararlantirishi mumkin. Endometrioz chegarasi notekis bo'lib, u seroz, mushak va shilliq qavatlarga, teriga, suyakusti pardasiga, hatto suyak to'qimasiga ham o'sib kiradi. Endometrioz pufakchasi yorilganda a'zoning hamma qismlariga qon, limfa yo'llari orqali tarqalishi kuzatiladi. Ginekologik kasalliklar orasida endometrioz 8—30% hollarda uchraydi.

Endometriozning kelib chiqishiga: tug'ma embrionlarning qoldiqlardan tashkil bo'lishi; qorin pardasining mezoteliy qavatida endometrioz shakllanishi; T-limfotsitlarga xos hujayralarning qon orqali tarqalishi; esterogen moddasining ko'payishi sabab bo'ladi. 5% hollarda jinsiy a'zoldan tashqarida rivojlangan endometrioz uchraydi.

Klinikasi endometriozning qaysi sohada joylashganligiga bog'liq. Endometriozning asosiy va doimiy belgilaridan biri — *og'riqdir*. Bemor qorinning pastki sohasida va belida kuchsiz, uzoq davom etadigan og'riqdan, hayz sikli davrida og'riqlar kuchayganligidan shikoyat qiladi. Og'riq hayz kunlaridan oldin paydo bo'lib, kuchayib hayz kunlari va undan keyin ham bemorni bezovta qiladi. Bu og'riqlar endometrioz o'chog'idagi bez to'qimalarning bo'rtishi, to'qimalarning ichi berk bo'shliqlarida suyuqlikning to'planishi natijasida kelib chiqadi.

Bachadon endometriози hayz siklining buzilishiga, qo'shni a'zoldan — to'g'ri ichak, siydik chiqarish yo'llari faoliyatining buzilishiga olib keladi. Shunga ko'ra ayol siyish vaqtida og'riqlar bo'lishidan, tez-tez siyishidan shikoyat qiladi. Hayz siklining buzilishi hayz siklidan 3—4 kun oldin va hayz tamom bo'lishidan keyin yana 3—4 kungacha oz miqdorda qoramtir rangda qon ketishi, hayz ko'rish davri 10 kun va undan ko'proq davom etib, ko'p qon ajralishi va og'riq bilan kechishi adenomioz kasalligiga xos belgilar hisoblanadi.

Hayz vaqtida ko'p qon ketishiga quyidagilar sabab bo'ladi:

- tuxumdon faoliyatining buzilishi (anovulatsiya);
- bachadon mushaklari qisqarish xususiyatining buzilishi;

— qon ketadigan yuzaning kattalashishi.

Endometrioz bilan kasallangan a'zo hayz ko'rish oldidan kattalashganini va hayzdan so'ng esa yana dastlabki hajmda bo'lishi kuzatiladi. Bemorda ovulatsiya jarayoni bo'lmasligi tufayli sekretor fazaning yetarlicha rivojlanmaganligi, kichik chanoq bo'shlig'idagi a'zolarida ko'pincha yallig'lanish alomat-lari bilan birgalikda kechganligi sababli chandiqlar paydo bo'ladi.

Bepushtlik — ichki va tashqi endometrioz belgilaridan biri bo'lib, bunga: anovulatsiya, sekretor fazaning yetarlicha rivojlanmaganligi, ko'pincha kichik chanoq bo'shlig'idagi a'zo-larning yallig'lanishi sabab bo'ladi.

Endometrioz to'qimalari qonga so'rilishi natijasida ko'pincha hayz vaqtida tana haroratining ko'tarilishi kuzatiladi. Endometrioz kasalligida chandiqlar rivojlanishi sababli 52,6% holatda bachadonning kichik chanoqda joylashishi va uning harakati buziladi.

Klinik kechishiga qarab yengil, o'rtacha va og'ir darajali endometrioz kuzatiladi. Kasallik yengil darajada kechganda bemor shikoyat qilmasligi ham mumkin. Kasallikning klinik belgilari unchalik ko'zga tashlanmaydi. Kasallik o'rtacha og'irlikda kechganda endometrioz belgilari ko'zga yaqqol tashlanadi, og'ir darajasida bemorning ahvoli ancha og'ir bo'lib, kasallik uzoq vaqt davom etadi, qayta-qayta xuruj bo'ladi.

Tashxisi. Kasallikning rivojlanish tarixi, uning klinik belgilari, qin orqali tekshirish (bachadon bo'shlig'ini qirib gistologik tekshirishdan so'ng), gisteroskopiya, laporoskopiya, ultratovush, gisterosalpingografiya (bachadonni va bachadon naychalarini rentgenda ko'rish) va boshqa usullarga asoslanib tashxis qo'yiladi.

Jinsiy a'zolarining tashqi endometriozi — qorin bo'shlig'i-dan tashqarida joylashgan endometriozi:

Qin endometriozi — ko'pincha, bachadon bo'yni endo-metriozi bilan birgalikda uchraydi, endometrioz tugunchalari dumaloq va noto'g'ri shakldagi ko'kimtir rangda bo'lib, hayz ko'rganda bu tugunchalardan ham qon ajralib chiqadi.

Bachadon bo'yni endometriozi so'nggi yillarda ko'p uchra-moqda. Bu asosan eroziyalarni davolashda diatermokoagula-tsiyaning keng qo'llanilishi tufayli rivojlanib, hosil bo'lgan yara

yuzasiga hayz qoni orqali ajralib chiqqan endometriy hujayralarining joylashib o'sishi natijasida kelib chiqadi. Bu holat hayzning ikkinchi yarmida diatermokoagulyasiya qilinganda sodir bo'ladi. Chunki diatermokoagulyasiyadan keyin hosil bo'lgan o'lik to'qima ajralib tushgandan so'ng, tozalanayotgan yara yuzasi ochilib, hali bitib ulgurmasdan, ikkinchi marta hayz kunlari to'g'ri kelganda endometrioiz rivojlanadi. Bachadon bo'yni endometriozi sun'iy abortda, bachadon shilliq qavati diagnostik maqsadda tozalanganda, bachadon bo'yni shikastlanishi natijasida yuzaga kelishi mumkin. Endometrioiz o'choqlari qizil rangda bo'lib, hayzdan 1—2 kun oldin ko'kmtir rangga aylanadi va hajmi kattalashadi. Hayzdan oldin va keyin qonning kam miqdorda kelishi bachadon bo'yni kanalining yuqori qismi shilliq qavatining shikastlanishidan darak beradi. Endometrioiz psevdooeroziya va surunkali endoservitsitga ham o'xshab ketadi.

Bachadon naylari endometriozi bachadon va tuxumdon endometriozi bilan birga uchraydi. Endometrioiz tugunchalari bachadon naychasining seroz va serozusti qavatida joylashib, juda kichik bo'ladi.

Klinik belgilari bachadon va tuxumdon endometrioiz belgilariga o'xshash bo'ladi.

Tuxumdon endometriozi. Bunda dastlab tuxumdon yuzasida ko'p mayda endometrioiz tugunchalar rivojlanadi, so'ngra bu tugunchalar yorilib, hammasi tuxumdonda yagona bo'shliq hosil qiladi. Bu bo'shliqqa qoramtir quyuq qon yig'ilib, tuxumdon hajmi kattalashadi va kistaga aylanadi. Kistalar bir yoki ikki tomonlama bo'lib, o'lchami 0,5—10 sm atrofida bo'ladi. Kistalar ichidagi gemorragik suyuqlik to'q jigarrangda bo'lganligi tufayli shokoladsimon kista nomi bilan yuritiladi. Suyuqlikning to'planish jarayonida endometrioiz kistalari yorilishi mumkin. Bunda qorinda qattiq og'riq, bu esa qorin bo'shlig'ida tuxumdon atrofida chandiqlar hosil bo'lishiga sabab bo'ladi.

Tashxisi. To'liq anamnez yig'iladi va obyektiv tekshiriladi. Kolposkopiya, bachadon bo'yni biopsiyasi, gistrosalpingografiya, gistroskopiya usullari qo'llaniladi. Tashxis qo'yish maqsadida bachadon bo'shlig'i va bachadon bo'ynidan qirma olinadi. Gistrosalpingografiyada kontrast modda yuborilganda „kontura

orti soyasi“ ni hosil qiladi. UTT da bachadon devorida mayda kistali o'zgarishlar ko'rinadi.

Davosi. Bemorning yoshi, jarayon lokalizatsiyasi, tarqalish darajasi, atrof to'qimaning yallig'lanish alomatlarini bor-yo'qligiga qarab konservativ yoki operativ davolanadi.

Tuxumdon o'smalari

Tuxumdon o'smalari ayolning turli yosh davrlarida uchrab, ginekologik kasalliklarning 6—8 %ni tashkil etadi. Bu kasallik juda xavfli, chunki asta-sekin o'sib, hech qanday belgi bermaydi. Asoratlar qo'shilgandan keyin belgilar paydo bo'ladi, afsuski bu paytda davolashning foydasi bo'lmaydi. Ko'pincha tuxumdon o'smalari 20 dan 40 yoshgacha uchraydi, 20—25 % hollarda xavfli o'smalarga aylanadi.

Tuxumdon o'smalari kelib chiqishi va turli-tuman tuzilishi jihatidan o'smalar orasida birinchi o'rinni egallaydi. Sababi: tuxumdon turli-tuman to'qimalardan tuzilgan, tuxumdonda hamisha bir qancha rudimentar (dastlabki, kurtak holdagi) tuzilmalar bo'lib, bular tuxumdonning embrional rivojlanish davridan saqlanib qolgan bo'ladi. To'plangan dalillarga asoslanib, organizmda gormonlar almashinuvining buzilishi tuxumdon o'smalarining kelib chiqishi va rivojlanishida katta rol o'ynaydi, deb aytish mumkin.

Tasnifi. Tuxumdonning chin o'smasini „kistoma“, retension tarkib topganini esa „kista“ deb yuritiladi.

Retension (orqaga qaytadigan) kista sekret tutilib qolishi bo'lib, bu o'smasimon kistalar to'qimalar parchalanishi natijasida paydo bo'lgan bo'shliqda suyuqlik to'planishi tufayli vujudga keladi va kistalarning 34% ini tashkil etadi (o'smasimon). Bunday o'smasimon kattalashgan bo'shliqlar yallig'lanish, hayz siklining buzilishi, tuxumdon endometriozlari (10%) va boshqa kasalliklar rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Follikular kista (75%), sariq tana kistasi (5%), tuboovarial, paraovarial (10%), Gartner yo'li, qin kistasi va endometrioz kistalari (tuxumdonda) uchraydi. Follikular kistalar ko'pincha mioma bo'lganda, lyutein kistalar esa yelbo'g'oz va xorionepiteliomada uchraydi. Follikulalar erimay, sariq tana orqaga qaytmaydi, ya'ni jarayon to'xtab qolishi tufayli hayz siklining izdan chiqishi kuzatiladi. Bu kistalar yumaloq shaklli, aylanasi 6—8 sm dan oshmaydi va ko'pincha klinik belgilarsiz kechadi.

Kistalar oyoqchalari buralishi tufayli kamdan kam hollarda o'tkir qorin belgilari kuzatiladi. Retension kistalar odatda konservativ usulda davolanadi (yallig'lanish jarayoniga qarshi preparatlar, immunokorrektorlar).

Blastomatoz kistomalar chin o'smalar bo'lib, kistalarning 66% ini tashkil qiladi. To'qimalar proliferatsiyasi, bo'shliqlarining suyuqlik bilan to'lishi tufayli o'smalar o'sishi kuzatiladi.

Turli-tuman to'qimalardan o'sishi bo'yicha — epitelial, birlashtiruvchi to'qimadan tuzilgan, teratoid va gormonal tuxumdon o'smalariga bo'linadi. Chin o'smalar, o'z navbatida, xavfsiz va xavfli o'smalarga bo'linadi.

Xavfsiz o'smalar tuxumdon tashqarisiga chiqmay o'sib boradi.

Xavfli o'smalar hujayralarning atipik bo'lishi, to'qimasining kam differensiallashgani, tez o'sishi, atrofdagi to'qimalarga tez o'sib kirib boradigan limfa tugunlari hamda uzoqdagi a'zolarga metastaz berishi bilan farqlanadi. Klinikada o'smalarining I.S.Krayevskaya (1960) tomonidan taklif qilingan tasnifi keng qo'llaniladi.

Tuxumdon o'smasining o'sish xarakteri, asosan, o'smaning tuzilishiga bog'liq. Xavfsiz o'smalar, masalan, fibromalar, dermoid kistalar odatda sekin o'sib, kamdan kam hollarda kattalashadi, holbuki xavfli o'smalar g'oyatda tez o'sadi, kapsula bilan o'raladi va qorin bo'shlig'ining boshidan oyog'igacha tarqaladi (disseminatsiya). Tuxumdonning xavfsiz o'smalaridan tuxumdon epitelial kistomalari ko'proq (70%) uchraydi. Bular chinakam xavfli o'smalarga aylanishi mumkin (malignizatsiya).

Seroz oddiy kistomalar eng ko'p uchraydigan tuxumdon o'smalaridan biri hisoblanadi. Uning hajmi 8 sm dan 30—40 sm gacha kattalashishi, hatto butun qorin bo'shlig'ini egallashi mumkin. Kistoma odatda bir kamerali, po'stlog'i yupqa, tekis shar shaklida, elastik konsistensiyali bo'ladi. Uning bo'shlig'ida seroz suyuqligi yig'iladi. O'sma ko'pincha bir tomonda — chap yoki o'ng tomonda joylashadi va qorin ichida harakatchan bo'ladi, chunki uning tuxumdon boylamlaridan iborat anatomik „oyoqchasi“ bor. Bulardan *L.ovarii propria*, *L.suspensorium ovarii* (yoki boshqacha aytganda *L.infundibulopelvic*) va *L.lata* ning mezosalpinks qismi qatnashadi. Kistoma o'sgan sari bu boylamlar cho'ziladi, bir-

biriga yaqinlashib o'smaning oyoqchasini paydo qiladi. Ayol yumush qilganda, egilganda, yonboshi bilan yotganda o'sma chapdan o'ngga yoki o'ngdan chapga siljib turadi va ko'pincha 180—360 gradusga aylanib qolishi mumkin. Bemor bunda qorin pastida bexosdan qattiq og'riq sezadi, ko'ngil aynishi, qayt qilishi mumkin, tomir urishi tezlashib, qorin pastida Shyotkin-Blyumberg belgisi paydo bo'ladi. Bu klinika „o'tkir qorin“ deb aytiladi. Bunday holda bemor tezda ginekologiya bo'limiga yotqizilib, darhol operatsiya qilinishi kerak

Ko'pincha o'smasi bo'lgan tuxumdon olib tashlanadi. Lekin operatsiya vaqtida odatda o'smaning „anatomik“ oyoqchasiga qisqichlar qo'yilganda, bunga bachadonning naychasi ham kiradi, u „xirurgik“ oyoqchasi deb, operatsiya esa „adnektomiya“ deyiladi. Kistoma oyoqchasining *buralib qolishi* eng ko'p uchraydigan asoratlardan biri, ikkinchi o'rinni *malignizatsiya* yoki *rakka aylanish asorati* egallaydi. Bu eng jiddiy asoratdir. Tuxumdonning epitelial o'smalaridan seroz (papillar) kistomalar va psevdomusinoz kistomalar 50% hollarda rakka aylanishi mumkin. Papillar kistomalarning kattaligi va shakli ham turlicha bo'ladi. Diametri, aksari, 25 sm dan oshmaydi. Papillar kistomalar ko'pincha bir kamerali, silliq yuzali bo'ladi. Kistoma bir necha kameradan iborat bo'lsa, yuzi g'adir-budur bo'ladi. Kistoma yuzasida so'rg'ichsimon o'simtalar bo'lmasa, silliq va yaltiroq bo'lib ko'rinadi. Tuxumdonning papillar epiteliysi polimorf bo'lib, ko'p qavatli, turli shakllarda uchraydi.

Kamerali kistoma yuzasi aksari g'adir-budur, kistoma bo'shlig'ida jelesimon suyuqlik bo'ladi.

Epitelial kistoma **rak** deb aytiladi. Tasnifi bo'yicha 3 xil rak farqlanadi: birlamchi, ikkilamchi va metastatik rak (Krukenberg raki, 1896).

Birlamchi rak 4,5% hollarda uchraydi. „Solidli rak“ — gistologiyasi bo'yicha tekis, bir xilda, oqimtir rangda, hujayralari, tomirlari, follikulalarini ajratib bo'lmaydi, kam differensiallashgan to'qima. 40 yoshdan oshgan ayollarda uchraydi, tezda assit ro'y beradi.

Ikkilamchi rak 60—50 % hollarda seroz papillar o'smalar rakka aylanadi, tez o'sib, suyuqliklar hajmi oshib, assit bitishmalari paydo bo'ladi, papillomalarning o'sib ketishi kuzatiladi. 17—20 % hollarda mutsinoz kistomalar rakka

aylanadi. Ularning malignizatsiyasi asta-sekin, ko'pincha 50 yoshdan keyin o'tadi.

Metastatik rak (10—30%) tuxumdonga, asosan, oshqozon va ichak rakidan limfa va qon orqali o'tadi. Shuning uchun tuxumdonda siljimaydigan, notekis, qattiq konsistensiyali o'sma topilsa, albatta oshqozon ichak yo'llarini endoskopiya, irrigoskopiya, rentgenografiya usullari bilan tekshirish kerak. Chunki metastazli rakni operatsiya yo'li bilan davolab bo'lmaydi. Rak tarqalishi bo'yicha 4 darajaga bo'linadi:

I daraja — bir tuxumdonda paydo bo'lgan;

II daraja — ikkita tuxumdonga, bachadon, bachadon naychalariga o'tgan;

III daraja — kichik chanoqdagi parametriy, regional limfatik tugunchalar, qorin shilliq pardasiga o'sib ketgan, assit paydo bo'lgan;

IV daraja — assit, uzoqdagi ichki a'zolarga (oshqozon, ichak, charvi, jigar) metastazlar beradi, kaxeksiya ro'y beradi.

I va II darajasida operatsiya qilib, butun jinsiy ichki azolar olib tashlanadi va nur hamda kimyo-terapiya qo'llaniladi (androblastin, karboplastin, farmorubitsin, sisplatin).

III—IV darajasida simpotomitik davolash: og'riqni pasaytiruvchi dori-darmonlar (morfiy, stadol, promedol va hokazo) qo'llaniladi.

Lekin I va II darajali rakning klinik belgilari bo'lmagani uchun bemorlar shifokorga og'riq, qon ketishi, qin orqali suyuq ajralmalar paydo bo'lganidan shikoyat qiladilar, afsuski, bunda kech bo'ladi. Chunki III va IV darajadagi rakda limfa, qon tomirlar, nervlarni yemirgan, metastaz bosqichi boshlangan bo'ladi. Tuxumdon fibromasi shu a'zoning biriktiruvchi to'qimasidan kelib chiqqan o'sma deb qabul qilingan. Tuxumdon fibromasi kam (7—5%), ko'pincha bachadon miomasi bilan birga uchraydi. Tuxumdon sarkomasi juda kam uchraydi. Odatda operatsiyadan keyin o'smani gistologik tekshirishdan o'tkazib, tashxis qo'yiladi. Teratomalarning eng tipik shakllari dermoidlardir. Dermoidlar xavfsiz o'smalardan bo'lib, jami tuxumdon o'smalarining taxminan 10% ida uchraydi. Ularning tuzilishida, odatda, uchala embrion qavat qatnashadi. Dermoidlar sharsimon silliq o'smalardan iborat bo'lib, sekin o'sadi, sekin harakatlanadi va ko'pincha bachadon bilan qovuq o'rtasidagi bo'shliqdan joy oladi. Dermoid

kista kesilganda suyuqlik bilan to'la xaltachaga o'xshaydi. Bu suyuqlik uy haroratida qotib yog'simon massa hosil qiladi.

Davosi. Asosan jarrohlik usuli qo'llanib, tuxumdon olib tashlanadi. Dermoid fonli xavfli o'sma kamdan kam bo'lsa-da, uchrab turadi. Dermoiddan aksari yassi hujayrali raklar paydo bo'ladi. Tuxumdon teratoblastomasi xavfli o'smalar qatoriga kiradi. Teratoblastomalar tez o'sadi, olib tashlangandan keyin ko'pincha qaytalanadi. Limfa qon tomirlari orqali tarqaladi. Ko'pincha qorin pardasiga yoyiladi (disseminatsiya). Teratoblastomalar qiz bolalarda yoki 20—30 yoshlardagi juvonlarda, ayniqsa, ko'p uchraydi (2,5—32% gacha). Teratoblastomalarning oqibati hamisha yomon bo'ladi.

Davolash. asosan, o'z vaqtida operatsiya qilinib bachadonni qo'shimchalari bilan olib tashlashdan iborat, so'ngra rentgen va radiy nurlari chuqur ta'sir ettiriladi. Kimyoterapiya ham qo'llaniladi (siklofosfan, sarkolizin). Kasallikning oqibati ko'p hollarda yomon bo'ladi.

Tuxumdonlarning gormon chiqaruvchi bezlari asosan 2 guruhga bo'linadi:

Feminizatsiyalovchi (ayollashtiruvchi) o'smalar, bularga granulyoz hujayrali o'smalar bilan teka hujayrali o'smalar kiradi.

Maskulinizatsiyalovchi (erkaklashtiruvchi) o'smalar, bularga androblastomalar kiradi

Bachadon bo'yninig fon va rakoldi kasalliklari

Jinsiy a'zolar xavfli o'smalarining keng tarqalganligi va ayollar onkologik kasalliklari tizimida yetakchi o'rin egallaganligi bachadon tanasi, bachadon bo'yni fon va rakoldi kasalliklari muammolarining dolzarbligidan darak beradi. Reproduktiv yoshdagi ayollar onkologik kasalliklari orasida bachadon bo'yni o'sma jarayonlari ulushi 10% dan 15,7% gachani tashkil qiladi. Bachadon bo'yni raki noqulay fonda rivojlanib, rakoldi kasalliklarining so'nggi bosqichi bo'lib hisoblanadi.

„Fon jarayonlari“ degan atama alohida rakoldi kasalligi hisoblanmaydi, lekin uning fonida bachadon bo'yni raki va displaziyasi rivojlanish ehtimoli bo'lgan, etiologik va morfologik manzarasi har xil bo'lgan kasalliklarni o'z ichiga oladi. Fon va rakoldi kasalliklarini o'z vaqtida aniqlash va ratsional

davolash profilaktik onkologik tadbirlar tizimining muhim qismi hisoblanadi.

Bachadon bo'yni normada qin shilliq qavatining davomi bo'lib hisoblanadigan ektotservikal stromadan bazal membrana bilan ajralib, ko'p qavatli yassi epiteliy bilan qoplangan 5 qavatli hujayralardan tashkil topgan bo'ladi.

Servikal kanal bir qatorli silindrik epiteliy bilan qoplangan.

Ko'p qavatli yassi epiteliy endotservikisning silindrik endotserviksga o'tish joyi muhim ahamiyatga ega, chunki ko'pincha shu joyda hujayralarning atipik transformatsiyasi yuzaga keladi. Tug'ish yoshidagi sog'lom ayollarda ko'p qavatli yassi va silindrik epiteliy chegarasi aslida tashqi bachadon bo'g'zi sohasida joylashadi.

Qiz bolalar va tug'magan ayollarda bu chegara bachadon bo'ynining qin qismida joylashishi mumkin. Homiladorlik davrida ham xuddi shunday manzara kuzatiladi. Yosh o'tgan sari 2 xil epiteliyning tutashgan joyi servikal kanal tomon siljiydi va tashqi ko'zdan kechirib ko'rib bo'lmaydi. Xuddi shunday holat bachadon bo'yni diatermokoagulatsiyasi va kriodestruksiyasidan so'ng ham kuzatiladi.

1979- yilda JSST (Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti) bachadon bo'yni patologik jarayonlarining morfologik tasnifini tasdiqlagan, unga asosan:

- fon holatlari;
- rakoldi holatlari (displaziya);
- preinvaziv rak;
- invaziv rak farq qilinadi.

Bachadon bo'yni fon va rakoldi kasalliklarining kelib chiqishi ekzo- va endogen omillar yig'indisining ta'siri bilan ifodalanadi, ya'ni bachadon bo'yni to'qimasida mikrosirkulatsiyaning buzilishi, mikro va makrojarohatlar, gormonal o'zgarishlar, mikroblilik omillar.

Fon jarayonlari bachadon bo'yni patologik o'zgarishlarining 80—85% ni tashkil etadi. Ularga eroziyalar, psevdorroziyalar, leykoplakiyalar, eritroplakiyalar va polioplak kiradi.

Eroziya — bachadon bo'yni qin qismidagi patologik jarayon bo'lib, boshlang'ich bosqichlarida ko'p qavatli yassi epiteliy distrofiyasi, deskvamatsiyasi bilan, so'ngra esa eroziyalangan yuzada silindrik epiteliy rivojlanishi bilan

ifodalanadi. Tug'ma eroziya, haqiqiy eroziya va psevdoroziyalar farqlanadi (chin va soxta eroziyalar).

Tug'ma eroziya — ko'p qavatli yassi epiteliy bilan silindrik epiteliy o'rtasidagi chegaraning bachadon bo'yni tashqi bo'g'zidan tashqariga, tashqi bo'g'iz atrofiga siljishi bilan ifodalanadi. U yumaloq yoki noto'g'ri shaklda, och qizil rangda, silliq yuzali bo'ladi. Servikal kanaldan patologik ajralmalar kuzatilmaydi. Ular asosan bolalik va o'smirlilik yoshida bo'ladi.

Chin eroziyada bachadon bo'yni qin qismining ko'p qavatli yassi epiteliysi shikastlanib ko'chishi, natijada yallig'lanish tufayli jarohat yuzasi (epiteliy nuqsoni) hosil bo'lishi bilan ifodalanadi. U asosan tashqi bo'g'iz atrofida yoki bachadon bo'ynining orqa labida joylashadi. Eroziya och qizil rangda, noto'g'ri, biroz yumaloq shaklga ega bo'lib, ba'zan teGINGanda qonab ketishi mumkin. Kolposkopiya va mikroskopiyada yallig'lanish reaksiyasi belgilari aniq ko'rinadi. Haqiqiy eroziya qisqa vaqt davom etadigan jarayon bo'lib, 1—2 haftadan so'ng keyingi bosqichiga — psevdoroziyaga o'tadi. Shu sababli haqiqiy eroziya kamdan kam hollarda aniqlanadi.

Psevdoroziya haqiqiy eroziya negizida uzoq kechadigan patologik jarayon tufayli yuzaga keladi. Ko'p qavatli yassi epiteliy nuqsoni o'rnini servikal kanal shilliq qavati bir qavatli silindrik epiteliysi qoplaydi. Tashqi bo'g'iz atrofida joylashib, noto'g'ri shaklga, duxobasimon yoki notekis yuzaga, qizil rangga ega bo'ladi.

Leykoplakiya ko'p qavatli yassi epiteliyning qalinlashib, ortiqcha muguzlanishi bilan ifodalanadi. Ular faqat bachadon bo'ynining qin qismida emas, balki vulva sohasi va qin shilliq qavatida ham joylashadi, yupqa parda va oq rangli pilikchalar shaklida, oq-kulrang, yassi yoki yuzadan biroz bo'rtib turadi. Chegarasi aniq, tishsimon yoki surkalgansimon bo'lishi mumkin. Leykoplakiya yuzasi yod eritmasi bilan artilganda oq rangligicha qoladi. Davolashda kesib olinadi yoki kriodes-truksiya qilinadi, bunda lazer terapiyasi muvaffaqiyatli qo'llaniladi.

Eritroplakiya funksional yoki oraliq qavatlarning atrofiyasi hisobiga ko'p qavatli yassi epiteliy qavatining yupqalashishi yoki silliq qilinishi bilan ifodalanadi. Bu to'q qizil, yumaloq yoki noto'g'ri shaklda bo'lib, normal shilliq qavat yuzasidan biroz bo'rtib turadi. Uning qizil rangi yupqalashgan (atrofiyalangan)

epiteliy qavati orqali ko'rinib turadigan qon tomir to'ri bilan izohlanadi. Bazal va parabazal hujayralarning atipik giperplaziyasi eritoplakiya rakoldi jarayoni bo'lib hisoblanadi. Eritroplakiyani jarrohlik yo'li (ekssiziya) yoki diatermoelektrokoagulatsiyasi (DEK), krioterapiya yo'li bilan davolanadi.

Servikal kanal shilliq qavati polipi tashqi bo'g'iz atrofida joylashib, oyoqchali, ba'zan esa keng asosli bo'ladi. Morfologik jihatdan polip biriktiruvchi to'qimali oyoqchaga ega bo'lib, ko'p qavatli yassi yoki silindrik epiteliy bilan qoplanadi, oyoqchasi tarkibida bezli yoki bez-kistozli tuzilmasi bo'ladi. Ko'proq 40 yoshdan katta yoshdagi ayollarda kuzatiladi.

Bachadon bo'ynining rakoldi jarayonlari. Rakoldi kasalliklari guruhiga **displaziya** kiradi. Odatda, displaziya fon jarayonlaridan so'ng, ba'zan esa o'zgarmagan bachadon bo'ynida ham rivojlanadi. Ko'p qavatli yassi epiteliy displaziyasi hujayralari tuzilishi, differentsiatsiya va yetilishining buzilishi, ya'ni hujayralar atipiyasi bilan ifodalanadi.

JSSTning tasnifi (1982) bo'yicha hujayralar atipiyasi va epiteliyal qavatning shikastlanish chuqurligi bo'yicha displaziyaning 3 ta darajasi: kuchsiz, o'rtacha, kuchli displaziya farqlanadi.

Epiteliyal displaziyani keltirib chiqaradigan omillar quyidagilar:

- jinsiy hayotning erta boshlanishi, jinsiy mijozlarni tez-tez almashtirib turish;
- tug'uruq va abort vaqtida bachadon bo'ynining shikastlanishi;
- jinsiy a'zolarning yallig'lanish kasalliklari;
- organizmning 2 tipdagi oddiy uchuq virusi (2-OUV) va odam papillomasi virusi (OPV) bilan zararlanishi;
- giperestrogeniya;
- neftni qayta ishlash va tamaki ishlab chiqarish sanoatlaridagi zararli mehnat sharoitlari.

O'rtacha darajali displaziya 31—40 yoshga, kuchli darajali 40—50 yoshga to'g'ri keladi.

Tashxisi. Displaziya — faol, ko'p qavatli jarayon bo'lib, unga tashxis qo'yishda quyidagi tekshirish usullaridan foydalaniladi:

- 1) kengaytirilgan kolposkopiya;
- 2) sitologik tekshirish;

- 3) biopsiya usuli;
- 4) servikal kanal shilliq qavatini qirish.

Davosi displaziya darajasiga bog'liq bo'lib, quyidagi usullardan iborat:

- 1) diatermokoagulatsiya;
- 2) rogovento halqasi bilan diatermoelektrokonizatsiya;
- 3) bachadon bo'ynini konussimon yoki ponasimon qirqish;
- 4) bachadon ekstirpatsiyasi.

Bachadon bo'yni raki

Bachadon bo'yni raki bachadon bo'ynining qin qismidagi yassi ko'p qavatli epiteliydan hamda bachadon bo'yni kanalidagi bezsimon epiteliydan rivojlanadi. Rak bilan xastalangan bemorlarning 94—95% ida yassi hujayrali rak, 4—6% ida bezsimon rak aniqlanadi. Bachadon bo'yni raki yosh hamda yoshi katta ayollarda bir xil rivojlanadi. Yosh ayollarda bachadon bo'yni raki metaplaziya bilan bog'liq bo'lgan, uzoq muddat davom etadi, patologik proliferatsiya fonida rivojlanadi. Bu jarayon atipik zona hosil bo'lishi va shu to'qima tomirlarining atipiyasi bilan kuzatiladi. Bu kolposkopik tekshiruvda aniqlanadi. Yoshi katta ayollarda proliferativ jarayon va metaplaziya kam ifodalanib, rak chin eroziya, har xil shakldagi yaralar ko'rinishida paydo bo'ladi.

Rakning boshlang'ich shakllarini (epitelial karsinoma, mikrokarsinoma) aniqlash, rakning oxirgi bosqichlariga qarshi kurashishda katta ahamiyatga ega.

Bachadon bo'yni raki boshlang'ich shakllarining **klirik manzarasi** nospetsifik bo'ladi. Ko'pincha bachadon bo'yni raki tug'ish yoshidagi, 40 yoshdan oshgan ayollarda uchraydi. Tug'magan va jinsiy hayotda yashamaydigan ayollar kam kasallanadilar.

Rakoldi kasalliklari bachadon bo'yni raki rivojlanishida katta rol o'ynaydi. Dastlab rak belgisiz kechadi. Dastlabki belgisi kontakt vaqtidagi qonli ajralma va oqchil ajralmasi hisoblanadi. Ajralmalar dastlab suvsimon xarakterda, keyinchalik esa qon aralash keladi. Tashqi ko'rinishi go'sht yuvindisiga o'xshash, chirigan hidli bo'ladi.

Jinsiy aloqada, ginekologik ko'zgu va tampon tekkizilganda, defekatsiyada, jismoniy zo'riqishda, yo'talganda, ku-

changanda, og'ir yuk ko'targanda qonli ajralmalar kelishi mumkin. O'smaning nekrozlanishi va limfatik tomirlarning yemirilishi natijasida ajralmalar keladi.

Rak jarayoni keng tarqalganda og'riq sindromi kuzatiladi. Sababi rak infiltratlari nerv tugunlarining ezilishini vujudga keltiradi.

Keyinchalik jarayon rivojlanishi bilan dizurik va defekatsiya buzilishi belgilari kuzatiladi. Siydik nayining ezilishi gidrouretrit va gidronefroz rivojlanishiga olib keladi. Siydik pufagining shikastlanishi shilliq qavatida dastlab shish, keyinchalik nekroz va oqma hosil bo'lishi bilan kuzatiladi. Ko'p uchraydigan asorati siydik chiqaruv yo'llari infeksiyasi hisoblanadi. To'g'ri ichak zararlanganda esa rektovaginal oqmalar rivojlanadi.

Bemorlarning umumiy ahvoli uzoq muddat qoniqarli bo'ladi. Kasallikning o'rtacha davomiyligi, davolanmasa, 2 yilga yaqin. Bemorlar uremiya, peritonit, sepsis, kaxeksiya va qon ketishidan vafot etadilar.

Tarqalish bosqichlari:

0 bosqich — preinvaziv rak, bazal membrana epiteliysiga o'smagan.

I bosqich — rak bachadon bo'yni bilan chegaralangan.

II bosqich — rak bachadon bo'ynidan tashqari sohalarni qoplaydi va quyidagi turlari farqlanadi:

a) parametriyning bir yoki ikki tomonlama zararlanishi, chanoq devorlariga o'tmagan (parametral rak);

b) infiltratsiya qinning 2/3 qismida (qindagi turi — vaginal turi) joylashgan;

d) o'smaning bachadon tanasiga o'tishi (bachadon turi).

III bosqich: a) o'sma infiltrati bir yoki ikkala parametriyni zararlantiradi, infiltrat kichik chanoq devorlariga ham o'tadi;

b) o'sma qinning pastki qismlariga tarqaladi;

d) chanoq va chov limfa tugunlariga chegaralangan metastaz beradi.

IV bosqich — o'smaning qovuqqa, to'g'ri ichakka va boshqa a'zolarga metastaz berishi.

Tashxisi analiz va tekshirishlarga asoslanib qo'yiladi.

Har bir bemor qin ko'zgulari bilan tekshirilishi zarur. Dastlabki bosqichlarda bachadon bo'yni eroziyasiga va qat-

tiqlanishiga e'tibor beriladi, keyinchalik bachadon bo'ynining gulkaramga o'xshab o'sganligi aniqlanadi (ekzofit shakli). Servikal kanal rakida bachadon bo'yni bochkasimon shaklda va konsistensiyasi qattiq bo'ladi (endofit shakli). Qattqlik, tuzilma elastikligining yo'qolishi, g'ovaksimon va tekkanda qonashi bachadon bo'yni rakiga xos belgilardir.

Qin ko'zgulari orqali bachadon bo'yniga qaralganda endo-va ekzofit shaklli rakka xos o'zgarishlar aniqlanadi. Jarayonning tarqalish darajasini aniqlash uchun parametriy va dumg'aza-bachadon boylamlarini paypaslab ko'rish kerak.

Tashxisni tasdiqlash uchun: Shiller sinamasi, qin surtmasi gistologik tekshirish usullari qo'llaniladi.

Davosi. 1-bosqichda operatsiya qilib davolanadi; 2—3 bosqichlarda — kompleks nur va kimyoterapiya, 4- bosqichda — belgiatik davolash usuli qo'llaniladi.

Profilaktikasi. Bachadon bo'yni rakoldi va fon kasalliklarini erta — dastlabki davrida to'g'ri tashxis qo'yib aniqlash va tezda davo choralarini qo'llash.

BACHADON TANASINING FON VA RAKOLDI KASALLIKLARI

Endometriyning patologik holatlari fon jarayonlari (endometriy poliplari, bezli giperplaziya) va rakoldi kasalliklari (atipik giperplaziya) bilan farqlanadi.

Endometriy rakoldi kasalligi hujayra elementlari atipiyasi, ularning polimorfizmi bilan ifodalanadi. Endometriyning rakoldi o'zgarishlari quyidagi termin bilan ta'riflanadi: „atipik bezli giperplaziya“, „adenomatoz“, „adenomatoz giperplaziya“, „preinvaziv rak“.

Rakoldi giperplastik jarayonlari 10% bemorlarda endometriy rakiga o'tishi (ayrim mualliflar fikricha 2% dan 50%gacha), ba'zan uzoq vaqt persistensiyasi yuz berishi, ba'zan esa so'rilib ketishi mumkin.

G.M.Saveleva va V.N.Serov (1980) endometriyning rakoldi kasalliklarining klinik-morfologik tasnifini tavsiya etishgan, u quyidagilardan iborat:

- har qanday yoshdagi adenomatoz poliplar;
- har qanday yoshdagi gipotalamus va neyroendokrin buzilishlari bilan kechadigan endometriyning bezli giperplaziyasi;

— asosan, menopauza va undan keyingi davrlardagi takrorlanuvchi endometriyning bezli giperplaziyasi.

Endometriyni qirib tozalagandan so'ng takrorlanadigan bezli giperplaziya va gormonoterapiyaga sezgir bo'lgan giperplastik jarayonlar ham endometriyning rakoldi kasalligi bo'lib hisoblanadi.

Giperplastik jarayonlar malignizatsiya xavfi bo'lgan metabolik buzilishlar, semirish, uglevod va lipid almashinuvining gepatobiliar tizim va me'da-ichak yo'li faoliyatining buzilishiga olib keladi.

Rakoldi kasalliklari **etiologiyasi**. Giperestrogenemiya, semirish, giperglikemiya.

Klinikasi. Endometriy rakoldi kasalligi bo'lgan bemorlar ko'p hollarda hech nimadan shikoyat qilmaydilar. Ko'pincha kasallik bachadon bo'yni polipi, mioma va boshqa patologiyalar tufayli tashxis qo'yish maqsadida qirish vaqtida aniqlanadi.

Turli shakldagi giperplastik jarayonlarning belgilari nisbatan bir xil bo'ladi.

Bemorlar asosan jinsiy yo'llardan qonli ajralmalar kelishidan shikoyat qiladilar.

Tashxisi. Bachadon tanasi rakoldi kasalliklariga tashxis qo'yishda quyidagi usullardan foydalaniladi:

- anamnez yig'ish;
- birlamchi ko'zdan kechirish;
- aspiratsion biopsiya;
- gisteroskopiya, gisterografiya va boshqalar.

Davosi. Bemorning yoshi, hayz faoliyati va endometriy holatiga qarab davolash usuli ishlab chiqiladi.

Reproduktiv yoshdagi bemorlarda endometriyning takrorlanuvchi bezli giperplaziyasi va poliplarida davolash qon ketishini to'xtatish va hayz siklini shakllantirishga qaratilgan. Qon ketishini to'xtatish uchun siklik tartibda estrogenlar va progestagenlar kombinatsiyasi 6—8 sikl davomida buyuriladi.

Qon to'xtatish uchun estrogenlarni qo'llashga monelik bo'lganda OPK ni 250 mg dan 3—8 kun davomida har kuni mushak orasiga yuborish mumkin.

Estrogen va progesteronlar tayinlash yo'li bilan hayz siklini to'g'ri shakllantirishga erishish mumkin.

Klimakterik va erta postmenopauza yoshidagi ayollarda endometriy poliplari va bachadonning bezli kistoz giperplaziyasida gormonal terapiya qo'llash samara berishi mumkin. Bunday bemorlarga androgenlar buyuriladi. Poliplarni olib tashlash yo'li bilan davolashni samarali o'tkazish mumkin.

Yosh bemorlarda endometriyning atipik giperplaziyasini davolashda OPK yoki depo-proverani qo'llash maqsadga muvofiq.

Gormonal davolash dasturi to'liq tugagandan so'ng aspiratsion biopsiya, gisteroskopiya, bachadon bo'shlig'ini total qirishdan so'ng gistologik tekshirishga ko'rsatma beriladi.

Bachadon tanasi raki

Bachadon tanasi raki 50—60 yoshdagi ayollarda ko'proq uchraydi. Ko'pincha organizmdagi gormonal o'zgarishlar natijasida rivojlanadi. Endometriy raki ko'pincha quyidagi kasalliklar bilan birga uchraydi: bachadon fibromiomas, tuxumdonning feminizatsiyalovchi o'smasi, bachadon tanasi shilliq qavati giperplaziyasi, qandli diabet, semizlik, jigar faoliyatining buzilishi.

Rak endometriyning yuzasi silindrsimon epiteliysi, bachadon shilliq qavati bezlari silindrik epiteliysi yoki embrional geterogen epiteliydan rivojlanishi mumkin. Ba'zan bachadon burchaklari va chetlari zararlanadi. Kasallik boshlanayotganda o'sma tugunsimon, papillar yoki polipoz ko'rinishda bo'ladi.

Tashxisi. Bachadon ichi qirib tozalanganda ko'p miqdorda ushoqsimon qirindi olinadi. Bachadon tanasi raki gistologik jihatdan quyidagicha farqlanadi:

- xavfli adenoma;
- adenokarsinoma;
- shilliq qavat raki;
- rakning solid formasi;
- epidermal rak.

Bachadon tanasi rakining tarqalish bosqichlari quyidagicha:

1-bosqich — o'sma bachadon endometriysi bilan chegaralangan;

2-bosqich: a) miometriy infiltratsiyasi bilan; b) bir yoki ikki tomonlama parametriy infiltratsiyasi, kichik chanoq

devorlari zararlanmagan; d) bachadon bo'yniga o'tishi bilan chegaralangan;

3-bosqich: a) parametrik infiltratsiyasi va kichik chanoq devorlari zararlanishi bilan; b) bachadon tanasi raki regional limfa tugunlariga, bachadon ortiqlariga, qinga metastaz bergan; d) bachadon tanasi raki qorin bo'shlig'iga o'tishi bilan chegaralangan;

4-bosqich: a) jarayon qorin bo'shlig'iga, qovuqqa, to'g'ri ichakka o'tgan; b) uzoqdagi a'zolarga metastaz bergan.

Klinikasi. Boshqa jinsiy a'zolar rakiga nisbatan bachadon tanasi raki yengilroq kechadi. Uzoq muddat bemor ahvoli qoniqarli bo'ladi. Lekin ayol holsizlanib tez charchaydi. Infeksiya qo'shilishi yoki bachadon bo'shlig'idagi ajralmalar natijasida tana harorati ko'tarilishi, leykotsitoz, ECHT oshadi. Bachadon tanasi raki va tarqalish jarayonini diagnostika qilish maqsadida qo'shimcha usullar qo'llaniladi. Endometriy aspiratsiyasi, sitologiyasi, qirmasi, gistologik tekshiruv, bachadonni UTT, gisteroskopiya, kompyuter tomogrammasi, yadromagnitli rezonans (YAMR), sistoskopiya, rektomanoskopiya, ekskretor urografiya qilish ham mumkin. Endometriy rakining boshqa asosiy belgilari sifatida qonli ajralmalarni „go'sht yuvindisi“ ko'rinishida postmenstrual davrda yoki yoshlikda asiklik qon ketishini ko'rsatib o'tish mumkin.

Og'riq kasallikning kechki belgisi hisoblanadi. O'sma jarayonining rivojlanishi bilan og'riq doimiy tus oladi. Og'riq patologik jarayon bachadon seroz qavatini, qo'shni a'zolari yoki nerv tugunlarini ezishi hamda parametriyning rakli infiltratiga bog'liq.

Davosi. Davolash kompleks tarzda olib boriladi. Operatsiya, keyinchalik nur terapiyasi o'tkaziladi. Kombinatsiyalangan davo — pangisteroektomiya, rentgenoterapiya yoki telegammaterapiya bilan. Kombinatsiyalangan terapiya, asosan, bachadon 1-bosqich o'smasi va 2-bosqichning bachadon tanasi rakiga ko'rsatma bo'lib hisoblanadi. 2-bosqich (bachadon turidan tashqari) va 3-bosqichdagi rakda kompleks nur terapiya o'tkaziladi; 4-bosqichda davo asosan belgiatik tus oladi.

Gormonoterapiya — kompleks yoki kombinatsiyalangan usulga qo'shimcha tarzda olib boriladi.

Davolashda quyidagi dorilar keng qo'llaniladi: metiltestosteron, testosteron propionat, oksiprogesteron, noresterat,

depoprovera, sisplastin-TEVA, doksorubitsin — TEVA, vinkristin, geksalen.

Profilaktikasi. Endometriy yallig'lanishini, har xil gormonal buzilishlarni o'z vaqtida aniqlab, tezda davolash; profilaktika ishlarini o'z vaqtida nafaqat ayollar, balki erkaklar orasida ham olib borish; ayollar orasida har 6 oyda muntazam ginekologik tekshiruvlarni o'tkazish.

10-BOB. XOTIN-QIZLAR JINSIY A'ZOLARINING SHIKASTLARI

Jinsiy a'zolarining shikastlari ginekologiya amaliyotida ko'p uchraydi. Tug'uruqning noto'g'ri olib borilishi, yiqilish, urilish, tos suyagining sinishi oqibatida ichki a'zolarining shikastlanishi, kesilish, yirtilish, qurol-aslahalardan yaralanish, qo'pol jinsiy aloqa tufayli ichki va tashqi jinsiy a'zolarining shikastlanishi shular jumlasidandir. Ayollar jinsiy a'zolarining shikastlari quyidagi turlarga bo'linadi:

1. Tashqi jinsiy a'zolar va qinning shikastlari.
2. Bachadon shikastlari.
3. Oqma yaralar.

Tasnifi. Keltirib chiqaruvchi sabablarga ko'ra shikastlar quyidagi guruhlariga bo'linadi:

1. Begona narsalar kirishi natijasida shikastlanish.
2. Jinsiy a'zolarining yangi shikastlari:
 - jinsiy aloqaga bog'liq yangi shikastlar;
 - jinsiy aloqaga bog'liq bo'lmagan yangi shikastlar.
 - kesuvchi, sanchuvchi buyumlar orqali yetkazilgan shikastlar;
 - kuyish.
3. Jinsiy a'zolarining eski shikastlari va ularning chandiqli o'zgarishi:
 - oraliq va qin jarohatlari (yirtilishlari);
 - bachadon jarohatlari.
4. Jinsiy a'zolarining to'mtoq buyumlardan shikastlanishi.
5. Shifokorlik muolajasini noto'g'ri olib borish natijasida kelib chiqqan shikastlanishlar.
6. Siydik—qin va ichak—qin oqmalari.

Quyidagi holatlarda qinga begona narsalar tushishi mumkin:

- bemorga tibbiy yordam ko'rsatilayotganda (pessariylar, dokali va paxtali tamponlar);
- homiladorlikning oldini oluvchi vositalar ishlatilganda (erkak va ayollar prezervativi);
- masturbatsiya va homiladorlikni to'xtatish maqsadida qinga biror buyum kiritilsa.

Klinikasi. Og'riq, jinsiy a'zolardan qon ketishi, ba'zan qo'shni a'zolarining shikastlanishi, „qorin bo'shlig'i a'zolarining tushib qolishi va infeksiyon asoratlari.

Qindagi begona narsalar ginekologik tekshiruvda ko'zgu va barmoq yordamida aniqlanadi.

Davolashning asosiy qismi — bu yot narsani olib tashlash, dezinfeksiyalovchi eritma yoki boshqa antiseptiklar bilan chayishdan iborat.

Qizlik pardaning shikastlanishi

Qizlik pardaning shikastlanishi — defloratsiya, odatda, birinchi jinsiy aloqa vaqtida yuzaga keladi. Bunda qizlik parda chetlari chuqur yirtilmaydi va oz miqdorda qon ketadi. Ba'zida birinchi jinsiy aloqa vaqtida qizlik parda asosigacha yirtiladi va ko'p miqdorda qon ketishi kuzatiladi. Bunday patologik yirtilishlarga qizlik pardaning qattiqligi (rigidlilik), etliligi, jinsiy a'zolarining to'liq rivojlanmaganligi hamda haddan tashqari jismoniy kuch va zo'rlik sabab bo'lishi mumkin. Asosiy simptomlari og'riq va qon ketishidir. Venalar, kavernoza lakunalar va arteriya shoxchalarining yorilishi ko'p qon ketishiga sabab bo'ladi.

Jinsiy a'zolarining yopiq shikastlari

Yopiq shikastlarga o'tkir bo'lmagan buyumlardan yoki ikkilamchi yo'l — tos suyaklarining shikastlanishi orqali yuzaga keladi. Bunday shikastlanishlar oqibatida gematoma rivojlanadi. Gematoma shikast tekkan joyda: tashqi jinsiy a'zolar, qin, oraliq sohalarda bo'lishi mumkin. Shikastlangan sohada og'riq bo'ladi. Gematoma qin va ichak atrofi kletchatkalariga tarqalsa, tenezmlar paydo bo'ladi; siydik ajralishi va defekatsiya qiyinlashadi. Shikastlangan joy shishadi va ko'kimtir-qora yoki ko'kimtir-qizil tus oladi. Gematoma kletchatka bo'yicha tarqalsa, birinchi o'rinda kamqonlik belgilari namoyon bo'ladi (tashqi qon ketish bo'lmasa ham).

Gematoma tashqi jinsiy a'zolarni ko'rish va barmoq bilan paypaslab tekshirish orqali aniqlanadi. Birinchi navbatda, qonni to'xtatish lozim. Infeksiya tushmasligi va og'riqni kamaytirish maqsadida teri qatlami butunligini saqlash zarur. Bemor yotqizib qo'yiladi, muzli xalta va og'riq qoldiruvchi vositalar buyuriladi. Zudlik bilan stasionarga jo'natiladi.

Bachadon bo'ynining yirtilishi

Bachadon bo'yni o'z-o'zidan yoki zo'rlik bilan — bir tomondan yoki har ikki tomondan yirtilishi mumkin.

Bachadon bo'yni o'z-o'zidan quyidagi hollarda **yirtiladi**:

- bachadon bo'ynida yallig'lanish jarayonlari bo'lsa;
- yo'ldosh oldin kelganda;
- ilgari yirtilgan bo'lsa;
- homila oldinda keluvchi qismi katta bo'lsa;
- ayol yoshi katta, birinchi tug'ayotgan bo'lsa.

Bachadon bo'yni yirtilishining 3 darajasi farqlanadi:

1-daraja — yirtilish ko'pi bilan 2 sm;

2-daraja — yirtilish kamida 2 sm va qin gumbaziga yetmaydi,

3-daraja — yirtilish qin gumbazigacha davom etib, chuqur bo'ladi.

Bachadon bo'yni har ikki tomondan yirtilganda (ko'pi bilan 0,5 sm bo'lsa), u ko'pincha belgisiz o'tishi mumkin, chuqur yirtilganda esa, tomirlar shikastlanib, qon ketadi. Qon aksari tashqariga oqadi, chuqur yirtiqda qon qisman parametral kletchatkaga kirib, shu sohada gematoma hosil bo'ladi.

Bachadon bo'yni yirtilgan-yirtilmaganligini aniqlash uchun ko'zgular, ko'targich va qisqichlardan foydalaniladi. Agar bachadon bo'yni yirtilgan bo'lsa, qon ketmayotganligiga qaramasdan, albatta uni choklash kerak.

Yirtilgan bachadon bo'ynini choklash. Choklashdan oldin tashqi jinsiy a'zolar dezinfeksiya qilinadi, keyin qin ko'zgusi va qin ko'targich yordamida qin ochiladi. Yirtilgan joy yuqorisidan birinchi chok solinadi. Yirtilgan qismining yuqori chegarasi shu tariqa aniqlanadi. Keyin yirtiqning hammasi tikiladi.

Jarohat choklab bo'lingach, iplarni tikilgan joyidan 1 sm qoldirib qirqiladi va yod surtiladi.

Bachadonning yirtilishi

Bachadonning yirtilishi ayollar jinsiy a'zolari shikastlanishining kam uchraydigan va og'ir formasi hisoblanadi. Bachadon yirtilishi ko'pincha tug'uruq, ba'zan homiladorlik vaqtida uchraydi.

Bachadon yirtilishiga quyidagilar sabab bo'lishi mumkin:

1) bachadon devorida abortdan keyin qolgan patologik o'zgarishlar;

2) bachadonning yallig'lanish kasalliklari;

3) ilgari bo'lib o'tgan kesarcha kesish operatsiyasi;

4) konservativ miomektomiyadan keyin bachadondagi yaxshi bitmagan chandiqlar;

5) homila boshi bilan ona chanog'ining to'g'ri kelmasligi;

6) homilaning katta bo'lishi;

7) homila boshining yozilgan holatda oldinda yotishi;

8.) Homilaning ko'ndalang yoki qiyshiq vaziyatda kelishi.

Bachadon yirtilishining quyidagi turlari farqlanadi:

— tahdid solayotgan;

— boshlanayotgan;

— boshlanib bo'lgan.

Tahdid solayotgan bachadon yirtilishining klinik ko'rinishlari ko'pincha aniq bilinadi. Bunda ketma-ket to'lg'oq tutib, bir to'lg'oq bilan ikkinchi to'lg'oq orasidagi davrda bachadon deyarli bo'shashmaydi. Pastki bachadon segmenti juda cho'zilib, yupqa tortib qoladi, shunga ko'ra kontraksion halqa balandda turadi va qiyshiq yo'nalishda bo'ladi. Pastki segmenti cho'zilib ketganligi sababli, bachadon qum soatga o'xshab qoladi. Bachadonning dumaloq boylamlari juda tarang tortilib turadi, pastki bachadon segmenti paypaslansa, bezillab og'riydi. Tug'ayotgan ayol betoqat bo'lib, chinqirib-baqiradi, chidab bo'lmaydigan og'riq zo'ridan o'zini har yonga tashlaydi. Tekshirib ko'rilganda homilaning yurak urishlari eshutilib turadi-yu, lekin gipoksiyaga xos alomatlar qayd qilinadi: yurak urishlari tezlashgan, bo'g'iq va aritmik bo'ladi.

Tug'ayotgan ayol qovug'ini bo'shatishga qiynaladi, homilaning oldinda yotgan qismi qovuqni bosib qo'ygani tufayli aksari kateter bilan ham siydikni chiqarib bo'lmaydi.

Bachadon yirtilishi tahdid solayotganligi aniqlanganida tahdid solayotgan bachadon yorilishining boshlanib bo'lgan yorilishga o'tib ketishiga yo'l qo'ymaslik maqsadida tug'uruq faoliyatini darhol to'xtatish yoki susaytirish zarur. Tug'uvchi ayolga, uni katakaga olib yotqizmasdan turib, narkoz beriladi va tug'uruq faoliyati susayishiga erishilganidan keyin shoshilinch kesarcha kesish qilish uchun ayolni operatsiya xonasiga olib boriladi. Qorindagi bola o'lib qolgan, chuqur narkoz sharoitlarida tahdid soluvchi bachadon yirtilishi simptomlari bo'lganda homilani yemirish operatsiyasi qilinadi.

Bachadon yirtilishi xavfi tahdid solib turganda va ***bachadon yorilishi boshlanayotganda*** ayolni transportga solib boshqa joyga olib borib bo'lmaydi, unga o'sha joyning o'zida yordam ko'rsatish zarur.

Boshlanib bo'lgan bachadon yirtilishi. Bachadon yorilib bo'lganda tug'uvchi ayolning o'zini tutishi va holati o'zgaradi. U beparvo bo'lib qoladi, badanining terisi va shilliq pardalari oqarib ketadi, yuzini muzdek ter bosib, ko'ngli ayniydi va qayt qiladi. Pulsu tezlashadi, qon tomirlar sust to'lishadigan bo'ladi, arterial bosimi pasayadi. Bachadon shakli keskin o'zgaradi, tug'uruq faoliyati to'xtaydi. Homila qismlari qorin bo'shlig'ida qo'lga unmaydi. Homilaning yurak urishlari eshitilmaydi. Homila bachadondan qorin bo'shlig'iga chiqib qolib halok bo'ladi, bachadon yorilganda uning yirik tomirlaridan qorin bo'shlig'iga qon quyiladi.

Ayolni zudlik bilan operatsiya qilish zarur. Qorin yirtilgandan keyin bachadon yorig'ining xarakteri va ayolning ahvoriga qarab yorilgan joyi tikiladi yoki bachadon olib tashlanadi. Bachadon yirtilishiga yo'l qo'ymaslik chorasi, ya'ni **profilaktikasi** tug'uruqqa yordam berish ishini to'g'ri tashkil qilishdan iborat. Bachadon yirtilishi ehtimoli jihatidan yuqori xavfli guruhni tashkil etadigan homilador ayollarni to'g'ri hisobga olib, sinchiklab kuzatib borish katta ahamiyatga ega. Chanog'i tor, muddati o'tib ketgan, homilasi yirik, kesarcha kesishdan, konservativ miomektomiyadan keyin, abort vaqtida bachadoni teshilgan va naydagi homiladorlik munosabati bilan qilingan operatsiyadan keyin bachadoni chandiqlik bo'lib qolgan homiladorlar ana shu guruhga kiritiladi.

Siydik-tanosil oqmalari

Siydik - jinsiy a'zolar oqmalari. Ikkita bo'shliqli a'zo yoki bo'shliq va teri qoplamlari orasida hosil bo'lgan sun'iy yo'l **oqma** deyiladi. Oqmalarning quyidagi turi mavjud:

— siydik pufagi oqmasi: pufak — qin, pufak — bachadon, pufak — ortiqlar orasidagi oqma;

— siydik yo'li oqmalari; siydik yo'li — qin, siydik yo'li — bachadon oqmalari;

— uretra — qin oqmalari: uretro — pufak — qin oqmalari;

— kombinatsiyalashgan oqmalar: siydik — jinsiy a'zolar, siydik — ichaklararo oqmalar;

— murakkab oqmalar.

Oqmalarning hosil bo'lish sabablari turlicha:

- 1) tug'uruq vaqtidagi shikast;
- 2) operatsiya va muolajalar vaqtida ichak, siydik va jinsiy a'zolariga yetkazilgan shikastlar;
- 3) rivojlanish nuqsonlari;
- 4) o'smalarning parchalanib-yemirilish davrida;
- 5) nur ta'siridagi shikastlar;
- 6) yiring yoki boshqa patologik mahsulotlarning bachadon ortiqlaridan qin, ichak va siydik a'zolariga yorilishi;
- 7) ichakning pastki qismida sil jarayoni;
- 8) qo'shni a'zolar devorlarining shikastlanishi.

Siydik — jinsiy tanosil a'zolar oqmalari ichak - jinsiy a'zolar oqmalariga qaraganda ko'p uchraydi, chunki siydik yo'li va siydik pufagining bo'yinchasi qov ravog'ida joylashgan. Uni kichik chanoqqa tiqilib kirgan homila boshi ezadi, sigmasimon ichak esa ancha qulay sharoitda joylashgan. U homila boshi bosimidan himoyalangan.

Oqmaning asosiy belgilari:

- siydik va axlatni tutib tura olmaslik;
- tashqi jinsiy a'zolar, qin, siydik qopi, siydik yo'li, buyraklarda yallig'lanish jarayoninig mavjudligi;
- oqma teshiklaridan yiring oqishi.

Agar yaxshilab anamnez yig'ilsa, oqma mavjudligi, uning hajmi, joylashgan o'rni, xarakterini aniqlash mumkin. Katta o'lchamli oqmalar ko'zgu yoki qo'l bilan tekshirilgandayoq aniqlanadi. Oqma yo'lini qin orqali zondlash, siydik qopi

to'lish sinamasini o'tkazish yo'li bilan, yana sistoskopiya, xromosistoskopiya va fistulografiyadan foydalanib aniqlash mumkin.

Davosi. Faqat jarrohlik yo'li bilan davolash mumkin. Oqma shakllangandan 4—6 oydan so'ng operatsiya qilinadi. Operatsiyadan so'ng doimiy kateter, siydik qopini antibiotik va antiseptiklar bilan yuvish buyuriladi.

11-BOB. GINEKOLOGIYADA O'TKIR QORIN HOLATI VA SHOSHILINCH YORDAM KO'RSATISH

„O'tkir qorin“ so'zi yig'ma atama bo'lib, bunda qorin bo'shlig'i „halokati“ ifodalanadi, ya'ni belgilar (belgilar kompleksi) rivojlanadi. Bu belgilar ichida *peritonit* — qorin pardasining yallig'lanishi alohida o'rin tutadi. Bunda quyidagi belgilar: kuchli og'riq, qorin mushaklarining tarangligi, ko'ngil aynishi, qayt qilish, qorin pardasining ta'sirchanligi, qon ketishi, xushdan ketish, shok kuzatiladi.

Ginekologiyada „O'tkir qorin“ holati quyidagilarda kuzatiladi:

- bachadondan tashqari homiladorlikda;
- tuxumdon apopleksiyasida;
- bachadon miomasida;
- bachadon bo'yni rakida;
- tuxumdon kistasi va kistomalari oyoqchalari buralib qolganda.

„O'tkir qorin“ holati kasalliklari **klinikasiga** ko'ra (patogenezidan kelib chiqib) 3 guruhga bo'linadi:

1. Ichki jinsiy a'zolardan kuchli qon ketishi (bachadondan tashqaridagi homiladorlik, tuxumdonlardan qon ketishi).

2. Ichki jinsiy a'zolda to'satdan qon aylanishining buzilishi (tuxumdon kistomalari oyoqchalarining buralib qolishi yoki miomatoz tugunchalarda qon aylanishining buzilishi).

3. Piosalpinks (nayda yiring to'planishi) yoki piovara (tuxumdon absessi) ning yorilishi va buning natijasida peritonitning kuzatilishi.

Bundan tashqari bachadondan qon ketishi ham sabab bo'ladi.

Bachadondan tashqaridagi homiladorlik

(*Graviditas extrauterina seu ectopica*)

Bachadondan tashqaridagi homiladorlikda urug'langan tuxum hujayra bachadon bo'shlig'ida payvandlanmaydi va rivojlanmaydi, aksincha bachadondan tashqarida, bachadon nayida, tuxumdonda, qorin bo'shlig'i yoki bachadonning shoxli rudimentida payvandlanadi va rivojlanadi.

XVIII asrgacha ayrim adabiyotlarda bachadondan tashqaridagi homiladorlik holatlari bayon etilgan bo'lsa ham, ko'pgina olimlar bunday bo'lishi mumkin emas deb ta'kidlaganlar.

Bachadondan tashqaridagi homiladorlikning rivojlanishida (*gr.ectopio*) spermatozoid bilan qo'shilgan tuxum hujayra odatdagicha bachadon ichida emas, balki bachadon naychalarida (*gr.extrauterina tubora*), qorin bo'shlig'ida (*gr.extrauterina abdominolis*), tuxumdonda, shuningdek, bachadonning qo'shimcha shohida ham rivojlanishi mumkin.

Bachadondan tashqaridagi homiladorlikning 98—99 %i bachadon naychalarida uchraydi.

Tasnifi. Bachadondan tashqaridagi homiladorlikning quyidagi turlari mavjud:

I. Abdominal (qorin bo'shlig'idagi) homiladorlik.

II. Bachadon nayidagi homiladorlik (*gr.extra uter tubaria*), o'z navbatida, homilaning:

a) intersstitsial qismida joylashishi (9,15%);

b) istmik qismida joylashishi (49,6%);

d) ampular qismida joylashishi (40,3%).

III. Tuxumdondagi homiladorlik (*gr.ovarialis*).

IV. Bachadondan tashqarida homiladorlikning boshqa turlari:

a) bachadon bo'ynidagi homiladorlik;

b) aralash — kombinatsiyalangan homiladorlik (masalan, tuxumdon-fimbrial qismida joylashishi);

d) bachadon shoxidagi homiladorlik;

e) boylamlararo homiladorlik;

V. Aniqlanmagan homiladorlik.

Bachadondan tashqari homiladorlik ginekologik kasalliklarning 1—6% tashkil etadi.

Etiologiyasi va patogenezi. Homilaning bachadon naychalarida rivojlanishiga naycha mushaklarining qisqarishi (peris-

taltikasi) sust bo'lishi, naychalardagi yallig'lanishdan keyin qolgan chandiqlar, o'smalar, endometrioz, bachadon va naychalar sili, asabiy-ruhiy iztirob va boshqalar sabab bo'lishi mumkin. Infantil ayollarning naylari uzun va egri bo'lgani uchun spermatozoid qo'shilgan tuxum hujayra bachadonga yetib kelolmay, naychalarning biror qismida to'xtab taraqqiy qila boshlaydi.

Ko'pchilik mualliflarning ta'kidlashicha, o'ng tomondagi bachadon naylarida rivojlanayotgan homiladorlik appenditsit bilan birga kechishi ham mumkin.

Agar ayol bolasini uzoq vaqt emizsa ham, bachadon shilliq qavati atrofiyaga uchraydi. Bu ham bachadondan tashqarida homiladorlikka sabab bo'lishi mumkin.

Klinikasi. Homilador ayol homilasi qayerda joylashganidan qat'i nazar, boshqorong'i bo'lib, achchiq, sho'r, nordon narsalarni ko'ngli tusaydi, sut bezlari qattiqlashadi, qin shilliq qavati va bachadon bo'ynining qin qismi ko'kimtir bo'lib, barmoqlar bilan qin orqali tekshirilganda bachadon biroz kattalashgan bo'ladi. Hali homila tuxumi o'rnidan ko'chmagan, nay yorilmagan bo'lsa, shu homilali nay yo'g'onlashgan va yumshagan bo'ladi, homila tuxumi joylashgan joy yo'g'onlashgan bo'ladi (kolbasasimon).

Homila tuxumi ko'chmagan bo'lsa, biologik, serologik va immunologik reaksiyalar musbat bo'ladi. Agar homila qorin bo'shlig'ida taraqqiy qilsa u qimirlaganda ayol qattiq og'riq sezadi. Homilaning yurak urishini ham eshitish mumkin (elektrokardiografiya, va boshqa maxsus asboblarda yordamida) va laparoskopiya, endoskopiya hamda ultratovushlar yordamida homiladorlikka tashxis qo'yish mumkin.

Bachadondan tashqarida homiladorlikka ko'pincha homiladorlik to'xtaganda (nay yorilganda yoki nayda abort bo'lganda) tashxis qo'yishi oson bo'ladi.

Simptomatikasi.

1. Og'riq (doimiy, xurujsimon) qorinning pastki qismida, og'riq to'satdan boshlanadi, orqa teshikka irradiatsiya beradi.
2. 15—20% holatlarda hayz tutilish holatlari kuzatilmaydi.
3. Qorin pardasining ta'sirlanish belgilari, ayniqsa qorinning pastki qismida qorin palpatsiyasi og'riqli, mushak defansi sust.

4. Frenikus simptomi.
5. Qorinning pastki yon qismlarida perkutor tovushning pastligi, sustligi.
6. Ko'ngil aynishi, qayt qilishi, hiqichoq tutishi kuzatiladi.
7. Tana harorati pasayishidan to subferilgacha kuzatiladi.
8. Taxikardiya. Arterial bosim pasayadi, ayrim holatlarda xushdan ketadi.
9. Qizil qon tanachalari ko'rsatkichlari pasayadi.
10. UTT da Duglas bo'shlig'ida suyuqlik aniqlanadi. Ayrim hollarda Fallopiy naylarida homila tuxumining vizualizatsiyasi qayd qilinadi.
11. Qining orqa gumbazi punksiya qilinganda to'q rangli quyulmagan qon chiqadi.

Bachadondan tashqaridagi homiladorlik urug'langan tuxumning bachadondan tashqarida, ko'pincha bachadon nayida rivojlanishi, urug'langan tuxum bachadon nayining bo'sh tomoni orqali qorin bo'shlig'iga o'tishi (nay aborti) yoki nayning yorilishiga olib keladi. Qorin bo'shlig'iga qon ketadi, shok kuzatiladi.

Tashxis algoritmi quyidagicha:

1. Bachadondan tashqarida homiladorlikka gumon qilinganda va tashxis qo'yilganda bemor nosilka yoki katakda keltiriladi. Agar kasalxonada operatsiya bo'limi bo'lmasa, boshqa davolash korxonasiga gospitalizatsiya qilinadi.

2. Tekshirish qisqa vaqt ichida o'tkaziladi.

3. Qo'shimcha tekshirish usullaridan tartib bo'yicha quyidagilar qo'llaniladi: UTT, qinning orqa gumbazini punksiya qilish, homiladorlikka skrining test o'tkazish.

4. Gumon qilinganda zudlik bilan laparoskopiya o'tkaziladi va tashxisi aniqlanguncha klinik kuzatuv ostida bo'ladi. Navbatchi shifokor va hamshiraga topshirilganda bemor nazorat ostida bo'lishi lozimligi ta'kidlanadi.

5. Tashxis qo'yilgandan keyin bemor qabul bo'limidan operatsiya blokiga keltiriladi va venaga infuzion eritmalar yuboriladi; shu bilan birga, vaqtni o'tkazmaslik maqsadida tugallanmagan tekshiruvlar (qon va siydik analizi olinadi) bajariladi.

6. Gemorragik shok holatlarida venaga tomchilatib eritmalar yuboriladi; markaziy vena kateterizatsiya qilinadi.

Arterial bosimni ko'tarish uchun operatsiyani kechiktirish mumkin emas.

7. Peridural va umurtqa pog'onasi anesteziyasi man etiladi.

8. Quyidagi hollarda qonni reinfuziya qilishga ruxsat etiladi: bachadondan tashqarida homiladorlikning kichik muddatlarida, 12 soat davomida bachadondan tashqari homiladorlik to'xtatilganda, qorin bo'shlig'ida qon quyqumlari, yallig'lanish va o'smalar bo'lmaganda qilinadi.

Davosi. Tashxis qo'yilgandan keyin bemor stasionarga gospitalizatsiya qilinadi, qat'iy yotoq rejimi, tinch sharoit yaratiladi. Shifokor tekshiruvigacha og'riq qoldiruvchi dori preparatlari berilmaydi. Kasallikning klinik ko'rinishini o'zgartirmaslik uchun, huqna (klizma) qilinmaydi, qorinning pastiga muz yoki issiq qo'yilmaydi.

Bachadondan tashqari homiladorlikni kompleks davolash quyidagilardan iborat:

1. Operatsiya qilish.

2. Qon oqishiga, gemorragik shokka va qon yo'qolishiga qarshi kurash choralarini qo'llash.

3. Operatsiyadan keyingi davrni to'g'ri olib borish.

4. Bemorning reproduktiv faoliyatini tiklash.

Operatsiya. Stasionarda aniq tashxis qo'yilgandan keyin bemor 30—40 minut ichida operatsiya qilinadi. Hozirgi vaqtda salpingoektomiya (bachadon naylarining olib tashlanishi) qilinadi. Operatsiya bilan bir vaqtda gemostransfuziya o'tkaziladi.

Ayrim hollarda avaylovchi operatsiyalar bajariladi (masalan, bolasi yo'q ayollarda, anamnezida avval ham bachadondan tashqarida homiladorlik kuzatilgan bo'lsa). Bunda homila tuxumi olib tashlanadi va bachadon naylari plastikasi o'tkaziladi, ya'ni nay saqlab qolinadi. Bu operatsiya a'zo saqlovchi operatsiya deyiladi.

Operatsiyalar homilaning joylashishiga qarab qilinadi. Barcha operatsiyalar laparotomik yoki laposkopik usulda bajariladi.

Laparotomiyada qorin old devori kesiladi. 90% holatlarda patologik o'zgargan bachadon naylari olib tashlanadi.

Laparoskopiyada qorinning old devorida 3—4 ta joy teshiladi va qorin bo'shlig'iga maxsus asbob — laposkop kiritiladi. Monitorida bajariladigan operatsiya kattalashtirilgan

tasvirda ifodalanadi. O'z vaqtida qilingan laparoskopiya natijasida 99% holatlarda bachadon naylari saqlab qolinadi.

Laparoskopiyaning afzalligi shundan iboratki, kosmetik jihatdan samarasi yaxshi, operatsiya vaqtda bajariladi, operatsiyadan 2—3 kun o'tgach stasionardan uyga ketishi mumkin.

Operatsiyadan keyingi davrda bemor parvarishi

Operatsiya tugagandan keyin bemor atrofiga tezda grelka qo'yib chiqiladi, qorniga esa qumli xalta qo'yiladi, keyinchalik muz xaltaga almashtiriladi.

Shifokor ko'rsatmasi bo'yicha infuzion terapiya davom ettiriladi va og'riqsizlantiriladi. Preventiv antibiotik qilinadi. Operatsiyadan keyin 4—5-kundan boshlab nospetsifik davolash boshlanadi, umumiy quvvatlantiruvchi, gemostimullovchi, de-sensibilizatsiya terapiyasi o'tkaziladi. Adekvat ovqatlantiriladi.

Autogemoterapiya kalsiy preparati bilan birga (5—10 inyeksiyalar) hamda biostimulyatorlar, B-C guruh vitaminlar qo'llaniladi. 5 kundan boshlab UVCH (yuqori chastotali to'lqinlar) 5 seans, keyin 2% li rux sulfat eritmali elektroforezni qorin—bel sohasiga qo'llash (15—25 muolaja) tavsiya qilinadi.

Reproduktiv faoliyatni tiklash. Operatsiya qilingan ayollarning 40—50% ida operatsiyadan keyin yallig'lanish natijasida ikkinchi bachadon nayida bepushtlik yoki qayta bachadondan tashqarida homiladorlik kuzatiladi.

Operatsiyadan keyingi terapiyada naylarning o'tkazuvchanligini tiklash, naylar faoliyatini oshirish va chandiqlarning oldini olish maqsadida kompleks davolash chora-tadbirlari qo'llaniladi. Yallig'lanishning oldini oluvchi terapiya o'tkaziladi.

Operatsiyadan 2 oy o'tgach induktotermiya, ultratovushli terapiya, biostimulyatorlar, proteolitik fermentlar bilan davolanadi. 3—4 oydan keyin shu davo kursi yana qaytariladi; undan keyin balchiq bilan davolash va ozokerit bilan davolash qo'llaniladi. 6 oy davomida o'tkazilgan terapiya reproduktiv faoliyatni tiklashda yordam beradi. Shuni unutmaslik lozimki, ayol davolanish davrida yana bachadondan tashqarida homila bo'lmasligining oldini olish maqsadida gormonal kontraseptivlardan foydalaniladi.

Kontraseptiv davolash usuli. Ko'pi bilan 5 haftali bachadondan tashqaridagi homiladorlikda qisqa kurslik metatreksat yoki progesteron antagonisti — mifepreston buyuriladi. Bu o'z navbatida homila tuxumining rezorbsiyasiga olib keladi. Bachadon naylarining shilliq qavati o'zgarmaydi. Asorati — preparat qilingandan 1—2 hafta o'tgach qon ketishi mumkin.

Yuqorida qayd etilganlarga ko'ra quyidagicha xulosaga kelish mumkin: 50% ayollarda saqlab qolingan bachadon naylari zaif bo'ladi va 70—80% holatlarda operatsiyadan keyin bepushtlik kuzatiladi. Shuni ham e'tiborga olish kerakki, 2—20% bemorlarda bachadondan tashqaridagi homiladorlik yana takrorlanishi mumkin.

Operatsiya qilingan har uchinchi ayolda normal homiladorlik bo'ladi. Shuning uchun bunday ayollar ikkilamchi bepushtlikka sabab bo'luvchi havfli guruhga kiritiladilar.

Tabiiy yo'l bilan homilador bo'lmagan ayollarda ekstrakorporal urug'lanish usuli qo'llaniladi.

Profilaktikasi. Abortlarning (kontraseptiv usullardan foydalanish), yallig'lanishning oldini olish, infantilizm va jinsiy a'zolar o'smalarini davolash.

„O'tkir qorin“ sindromida tez yordam ko'rsatish

„O'tkir qorin“ sindromiga, asosan, bachadondan tashqaridagi homiladorlik, tuxumdon kistasining yorilish holatlari kiradi.

Bu mavzuni o'qitishdan **maqsad** o'quvchiga „O'tkir qorin“ sindromida bemorga zudlik bilan shoshilinch yordam berishni o'rgatishdir.

Harakat algoritmi quyidagicha:

- bemorga qat'iy yotoq rejimi buyuriladi;
- agar bemor hushida bo'lsa, uni tinchlantirishga harakat qilinadi;
- zudlik bilan shifokor va laborant chaqiriladi;
- qoringa muzli xalta qo'yiladi;
- bemorga ichishga va yeyishga ruxsat berilmaydi;
- og'riq qoldiruvchi dori va spazmolitiklar qilinmaydi;
- zudlik bilan qorin bo'shlig'ida o'tkaziladigan operatsiya uchun steril stol tayyorlanadi;
- qon guruhi aniqlanadi;
- arterial bosim o'lchanadi, puls sanaladi;
- shifokor buyurgan ko'rsatmalar bajariladi.

Tuxumdon apopleksiyasi

Tuxumdon apopleksiyasi (*apoplexiya ovarii*) ovulatsiya davrida follikula yorilishi natijasida tuxumdon parenximasiga qon quyilishi va uning to'qima butunligining buzilishi hamda qorin bo'shlig'iga qon oqishi bilan boshlanadi. Bu holat 16—30 yoshli ayollarda kuzatiladi.

Tuxumdon apopleksiyasi ayol jinsiy a'zolarining yallig'lanish kasalliklari natijasida kelib chiqadi. Unda tuxumdon qon tomirlarining o'tkazuvchanligi buzilib, tuxumdon kapsulasi yoriladi va qorin bo'shlig'iga qon ketadi.

Tuxumdon apopleksiyasi ayol jismoniy zo'riqqanda, og'ir yuk ko'targanda, shikastlanish natijasida ham kelib chiqishi mumkin.

Klinikasi. Kasallik to'satdan qorinning pastki sohasida kuchli og'riq bilan boshlanib, butun epigastral sohaga, to'g'ri ichakka irradiatsiya beradi. Og'riq bosh aylanishi, hushdan ketish, sovuq ter bosishi, ko'ngil aynishi va qayt qilish bilan kuzatiladi. Klinik ko'rinishiga qarab tuxumdon apopleksiyasini 3 turga bo'lish mumkin:

- og'riqli;
- anemiyali;
- aralash.

Og'riq to'g'ri ichakka ham o'tadi. Ba'zan og'riq kuchli bo'lganligi sababli ayolda o'tkir qon-tomir yetishmovchiligi kuzatiladi.

Kasallikning aralash turida og'riqli va anemik ko'rinishlar birgalikda uchraydi.

Qorin paypaslab ko'rilganda og'riqli, shishgan va nafas aktida sust ishtirok etayotganligi aniqlanadi.

Ginekologik tekshiruvda bachadon bo'yni tekshirilganda og'riqli, bachadon kattalashmagan, qattiq, bachadon ortiqlari va tuxumdon kattalashgani aniqlanadi.

Tashxisi. Klinik ko'rinishi, anamnezi va obyektiv tekshiruvga ko'ra tashxis qo'yiladi. Tashxis qo'yishda UTT va qin orqa gumbazini punksiya qilish muolajasi o'tkaziladi.

Davosi. Kasallangan bemor ahvoli dastlab o'rtacha bo'lib, kam qon ketsa bemor konservativ davolanadi (yotoq rejimi, qorin sohasiga muzli xalta qo'yish, qon o'rnini bosuvchi dori vositalari qo'llaniladi).

Kasallikning o'tkir davri o'tib bo'lgach, bemorga fizioterapiya, dori elektroforezi buyuriladi.

Bachadondan qon ketganda shoshilinch yordam ko'rsatish

Odam organizmi a'zolari ichida eng ko'p qon ketadigan a'zo bu bachadondir. Homiladorlik, tug'uruq va chilla davriga aloqador qon ketishidan tashqari, bachadondagi (ayniqsa, endometriydagi) mahalliy jarayonlar, shuningdek, ayol organizmining umumiy kasalliklari sababli bachadondan qon ketishi mumkin. Bachadondan qon ketishi sabablarini hamisha oson aniqlab bo'lavermaydi. Buning uchun katta tajriba, bilim va ko'pincha maxsus tekshirish usullari talab qilinadi. Shu sababli o'rta tibbiyot xodimlari bachadonidan qon ketayotgan ayolga tashxis qo'yish uchun mutaxassis shifokorga murojaat qilishlari lozim. Ammo bachadondan birdaniga ba'zan shu qadar ko'p qon ketadiki, bemorning hayoti xavf ostida qoladi. Bunday paytda shifokor yetib kelguncha yoki bemorni statsionarga yetkazib borguncha shoshilinch yordam ko'rsatish lozim bo'ladi.

Homiladorlikdan boshqa vaqtda hayotga xavf tug'diradigan bunday qon ketishi ko'pincha qizlarning balog'atga yetish davrida (yuvencil qon oqishi), shuningdek, preklimakterik va klimakterik davrlarda kuzatiladi. Qon ketishining bu turi boshqa holatlarga nisbatan og'irroq o'tadi.

Voyaga yetgan ayolda hayot uchun xavfli qon oqishlar, odatda, homiladorlikka (jumladan, chala abortga) va bachadonda o'smalar borligiga (submukoz fibromiomalarga) bog'liq bo'ladi. Klimakterik va postklimakterik davrlarda qon ketishi ham ko'pincha yomon sifatli o'smalar rivojlanishi bilan bog'liq bo'ladi.

Qon ketishning yuqorida qayd etilgan turlarini davo qilishda, albatta, dastlab ularning sabablarini aniqlab, bartaraf etish asosida davo qilish kerak, ammo shifokor kelguncha shoshilinch yordam berganda konservativ xarakterdagi bir qancha tadbirlarni qo'llasa bo'ladi. Bunday tadbirlar quyidagilardan iborat: qon to'xtatuvchi dorilar (ergotin, pituitrin, kalsiy xlorid) berish; qinga tampon qo'yish, so'ngra miya va yurak anemiyasini bartaraf etish uchun karavotning oyoq tomonini ko'tarib qo'yish.

Kuchli anemiyada qon quyish operatsiyasi bajariladi.

Qin quyidagicha tamponada qilinadi: qo'l yaxshilab dezinfeksiya qilinadi; bemorning qovug'i bo'shatiladi, tashqi jinsiy a'zolari va qin sinchiklab tayyorlanadi. So'ngra qin ko'zgular bilan ochiladi va barcha gumbazlariga steril tamponlar tiqiladi, qinning o'zi ham bo'shroq tamponlanadi. Tampon uzun pinset yordamida kiritiladi. Tamponada qilingach, bemorning oyoqlari juftlashtirilib, tizzasidan sochiq bilan bog'lanadi. Qorin pastiga yuk (qumli xalta) qo'yiladi.

Tampon kamida 12 soat, ko'pi bilan 24 soat turadi, keyin tampon almashtirilishi lozim. Bemor ehtiyotlik bilan shifoxonaga yetkaziladi.

Kuchli anemiyada, qulay transport topilmasa, tamponadadan keyin shifokor yetib kelguncha bemor o'z joyida qoldiriladi.

Bachadondan qon ketganda zudlik bilan yordam ko'rsatishdan **maqsad** o'quvchilarga shifokor yetib kelgunga qadar yordam berishni o'rgatish.

Jihozlar:

- qon guruhini aniqlash uchun standart zardoblar yig'masi;
- qon guruhini aniqlash uchun qo'llaniladigan markerlangan likopcha;
- izotonik eritma bilan to'ldiriladigan bir martalik sistema (vena ichiga yuborish uchun);
- sistema uchun shtativ;
- bir martalik shprislar;
- arterial bosimni o'lchash uchun apparat;
- sekundomer;
- muzli xalta;
- 70% li etil spirti;
- steril shariklar;
- kornsang;
- anatomik pinset;
- donor qoni (shifokor ko'rsatmasi bo'yicha);
- qon to'xtatuvchi dori vositalari;
- bachadon bo'shlig'ini qirish uchun asboblari;
- qo'lqop;
- sudno;
- 3% li xloramin eritmasi;
- furatsilin eritmasi (1:6000).

Harakat algoritmi

Bunda quyidagi ishlar bajariladi:

- ginekologik kresloga kilyonka solib, ayol yotqiziladi;
- zudlik bilan shifokor va laborant chaqiriladi;
- ayolni tinchlantirishga harakat qilinadi;
- qorniga muzli xalta qo'yiladi;
- arterial bosimi o'lchanadi va pulsi sanaladi;
- qon guruhi aniqlanadi va qonli likopcha shifokor kelgunga qadar turadi;
- qo'lqop kiyiladi;
- ayol jinsiy a'zolari furatselin eritmasida yuviladi va quritiladi;
- kuchli qon ketganda, shifokor kelguncha, venaga 10 ml 10% li kalsiy xlorid eritmasi yuboriladi, iztonik eritmali bir martalik sistema bemorga ulanadi;
- bachadon bo'shlig'ini qirish uchun zarur asboblari, steril stol tayyorlanadi;
- shifokorning barcha ko'rsatmalari bajariladi;
- hamma muolajalardan keyin ishlatilgan barcha asboblari, bog'lov materiallari xloramin eritmasiga solinadi;
- qo'qoplar yechiladi, qo'l yuviladi.

O'sma oyoqchasining buralib qolishi

Harakatchan o'smalarning birmuncha ko'p uchraydigan va xavfli oqibatlaridan biri o'sma oyoqchasining buralib qolishi hisoblanadi.

Subseroz fibromatoz tugunlarining oyoqchasi kamdan kam hollarda buralib qoladi. Ko'pincha bachadon ortiqlarining o'smalari, jumladan, tuxumdonlarning uzun oyoqchali kistalari buralib qoladi. Uzun oyoqchali o'smalar kalta va keng oyoqchali o'smalarga nisbatan ko'proq buralib qoladi. Ichak peristaltikasi, o'smaning notekis o'sishi, qorin ichidagi bosimning o'zgarishi, shikastlanish, homiladorlik munosabati bilan o'sma oyoqchasi buralib qolishi mumkin. O'sma oyoqchasi to'satdan yoki sekin-asta buralib qoladi. O'sma oyoqchasi to'satdan buralib qolganda hamma belgilar tez avj oladi. O'sma oyoqchasi sekin-asta buralganda esa qon aylanishi aytarli buzilmaydi, o'smaga qon kelishi uncha o'zgarmaydi.

O'sma oyoqchasining to'satdan buralib qolishiga xos belgilari o'ziga xos. Bemor to'satdan keskin og'riq seza boshlab, ko'pincha ko'ngli ayniydi va qusadi. Qorni tarang tortadi, ichi kelmasligi va gazlar yurishmasligi sababli qorni dam bo'ladi (meteorizm). Tomir tez-tez uradi-yu, tuzuk to'lishmaydi, ya'ni puls sust bo'lib, tezlashadi. Yuqorida aytilgan hamma belgilar qorin pardasining ta'sirlanishi natijasida kelib chiqadi, butun manzara esa qisilgan churra, buyrak sanchig'i va shunga o'xshash kasalliklarda kuzatiladigan shokka o'xshaydi. O'sma oyoqchasi birdaniga buralib qolganda undan o'tuvchi venalarning qisilishi tufayli venada qon yurishmay qolib, o'sma hamisha kattalashadi. Ayni vaqtda kapillarlarining yorilishi sababli o'sma bag'riga ko'pincha qon quyiladi. Ba'zan shu qadar ko'p qon quyiladiki, ichdan qon ketish belgilari paydo bo'ladi: bemor o'zidan ketadi, rangi o'chadi, pulsi pasayadi, oyoq-qo'llari soviydi va hokazo.

O'sma oyoqchasi ko'p buralsa, venalargina emas, qon keltiruvchi arteriyalar ham qisiladi, arterial qon kelmay qolishi sababli o'sma nekrozga uchraydi, iriydi; yiringlashi, ichakdan mikroblar kirishi sababli chirib, parchalanishi va o'z vaqtida operatsiya qilinmasa peritonitga sabab bo'ladi, bemor halok bo'lishi mumkin.

O'sma oyoqchasining buralib qolgan-qolmaganligi yuqorida keltirilgan belgilariga qarab aniqlanadi. Ichki tekshirishda odatda kichik chanoqdan boshlanuvchi o'sma paypaslab topiladi, lekin o'sma oyoqchasi birdaniga buralib qolganda qorin bezillab turgani uchun tekshirish natijalari hamisha aniq bo'lavermaydi.

Oyoqchasi birdaniga buralib qolgan o'sma hali yiringlab va yemirilib ulgurmaganda bemorning temperaturasi odatda normal yoki subfebril bo'ladi. Bemor o'zida o'sma borligini ilgari bilmay yurgan bo'lsa, anamnez ma'lumotlari katta ahamiyat kasb etadi. Yuqorida aytilgan belgilar paydo bo'lishi bilan ba'zan bemor ilgari o'zi paypaslab yurgan o'smasining birdaniga o'sganligini to'satdan payqab qolishi mumkin.

Buralib qolgan o'smani faqat operatsiya yo'li bilan davolash mumkin. Operatsiya qancha barvaqt qilinsa, shuncha yaxshi bo'ladi.

O'tkir pelvioperitonit

O'tkir pelvioperitonit abortdan so'ng, bachadonichi vositalari qo'yilganda, bachadon ichi qirib tekshirilganda, gisteroskopiya, laparoskopiya, gidrotubatsiya muolajalari o'tkazilganda, surunkali urogenital kasalliklar oqibatida kelib chiqadi.

Etiologiyasi. Urogenital transmissiv infeksiya, shartli patogen aerob va anaerob infeksiya, spetsifik infeksiya (so'zak, sil, aktinomikoz) keltirib chiqaradi.

Kasallik o'tkir boshlanadi. Bemorning tana harorati ko'tariladi, eti uvishadi, qorin pastida kuchli og'riq kuzatiladi, pulsi tezlashadi, ko'ngil aynashi, qayd qilish kuzatiladi, tili quriydi.

Qorin shishgan, peristaltika sust, ichaklardan havoning chiqishi qiyin bo'ladi.

Qon tahlili: leykotsitoz, oq qon formulasi chapga siljigan.

Asoratlari: bachadon orqa sohasi abssessi, ichaklar oralig'i abssessi, jigarosti va diafragmaosti abssessi.

Bachadon nayi homiladorligi yorilishidan hosil bo'lgan infeksiyalangan gematoma

Bunday gematomada hayz kechishi, postgemorragik anemiya kuzatiladi va kasallik boshlanishida harorat normal bo'ladi. To'g'ri ichak-bachadon abssessida esa hayz sikli buzilmaydi. Tana harorati ko'tariladi. Qonda leykotsitoz, leykotsitar formulaning chapga siljishi kuzatiladi. Orqa gumbaz punksiya qilinganda olingan ma'lumotlarga qarab, bu kasalliklarni bir-biridan ajratish mumkin (abssessda yiring, nay yorilganda qon olinadi).

Piosalpinks

Bunda nayda yiring yig'iladi. Tekshirilganda ikki tomonlama notekis bo'ladi.

Tuxumdon abssessi. Bunda yumaloq yoki oval shakldagi hosila aniqlanadi. Bu hosila bachadon orqasida yoki yon tomonida aniqlanadi.

Pelvioperitonit va parametritni davolash

Davolash kompleks holda quyidagi tartibda olib boriladi:

1. Organizmga umumiy ta'sir qilish.

2. Infekcion jarayonga ta'sir qilish.
3. Simptomatik davo.
4. Fizioterapevtik davolash.
5. Xirurgik usulda davolash.

Bemorga tinch holat yaratib beriladi, yotoq tartibi tayinlanadi; bemor juda ta'sirchan bo'lsa, brom preparatlari beriladi. Infeksiya o'choqlari sanatsiya qilinadi. Infekcion jarayonning uzoq vaqt davom etishi natijasida suv-tuz almashinuvi buziladi va jigarning zararsizlantiruvchi funksiyasini pasaytiradi. Intoksikatsiyaga qarshi kurashish uchun bemorga ko'p suyuqlik ichish buyuriladi va dezintoksikatsion preparatlar tayinlanadi. Bemorga umumiy quvvatlantiruvchi preparatlar, oqsil moddalar quyiladi, vitaminoterapiya o'tkaziladi. Infekcion jarayonga ta'sir qilish uchun keng spektrli antibiotiklardan: vankomitsin-TEVA, roksitromitsin-LEK, sulpe-razon, editsin, ifisef, seftozidin-YUNIK, amoksiklav 1-2 gr.dan 3 mahal yoki siprinol, efloran, metronidazol-TEVA beriladi. Bu dori vositalari 5-7 kundan ortiq tayinlanganda disbakterioz va kandidomikozlarning oldini olish uchun daflukan buyuriladi. Simptomatik davo qilinganda bemorga og'riq qoldiruvchi preparatlar beriladi (dikloberl, 0,1 g ketonal mushak ichiga yoki shamcha holdagi rektal 1-2 mahal). Kasallikning o'tkir davrida qoringa muzli xaltacha, keyinchalik issiq grelka qo'yiladi. Hayz sikli buzilganda gormonal terapiya o'tkazish mumkin. To'g'ri-ichak bachadon abscessida orqa kolpotomiya qilinib, yiringli bo'shliqqa drenaj qo'yiladi. Agar parametral infiltrat yiringlagan bo'lsa, orqa gumbaz punksiya qilinadi. Yiring chiqsa ham, orqa kolpotomiya qilinadi. Agar parametral jarayon pupart boylami ustida qorin pardasining old devoriga o'tsa, qorin pardasidan tashqari laparotomiya qilinadi.

12-BOB. BOLALAR VA O'SMIRLAR GINEKOLOGIYASI

QIZ BOLALAR JINSIY A'ZOLARINING ANATOMIK VA FIZIOLOGIK XUSUSIYATLARI

Qiz bolaning jinsiy a'zolari ichki va tashqi jinsiy a'zolardan tarkib topgan.

Tashqi jinsiy a'zolar (*genitalia externa*) qov, katta va kichik jinsiy lablar, klitor, qin dahlizi va Bartolinii bezlaridan

iborat. Tashqi jinsiy a'zolar bilan ichki jinsiy a'zolarni qizlik pardasi ajratib turadi.

Qov (*mons veneris*) qorin devorining pastki qismi bo'lib, qiz bolaning balog'atga yetish jarayonida shu sohaga yog' qatlami yig'ila boradi. Qiz bola to'la balog'atga yetganda bu yog' qatlami ancha taraqqiy qilgan bo'ladi. Chunki bu holat gormonal jarayon bilan bog'liq bo'ladi. Qovning har ikki yonida qov burmalari joylashgan. Qovning pastki chegarasi katta jinsiy labga tutashadi. Qiz bola balog'atga yetgan sari qov ustida tuk ko'paya borib, tuklanish gorizontal holda bo'ladi.

Tashqi jinsiy a'zolar

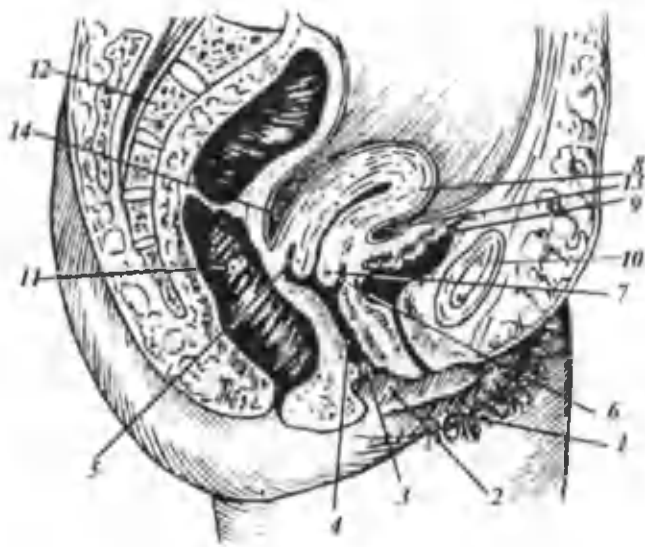
Katta va kichik jinsiy lablar (*labia pudendia majora et minora*) qovdan birmuncha pastda, uzunasiga joylashgan katta teri burmasidan iborat. Ular bir-biridan jinsiy yoriq bilan ajralib turadi. Orqa tomonga sekin-asta toraya borib, o'zaro qo'shiladi va yupqa teri burmasini hosil qiladi (*comissura labia posterior*).

Balog'atga yetgan qizlarda katta jinsiy lablar sathi ma'lum miqdorda tuk bilan qoplangan bo'ladi. Bolalik va balog'atga yetish davrida katta lablarning terisi juda nozik, och pushti rangda bo'lib, oson jarohatlanishi mumkin. Qiz bola balog'atga yetgan sari jinsiy lablardagi yog' qatlami qalinlasha boradi.

Katta jinsiy lablarning pastki 1/3 qismida Bartoliniy (*glandula Bartolini*) bezi faoliyati jinsiy balog'atga yetish davridan boshlanadi.

Kichik jinsiy lablar (*labia pundenda minora*) katta jinsiy lablardan ichkarida joylashib, bo'ylama joylashgan teri burmalaridan iborat. U orqa (pastki) tomonda katta jinsiy lablarga qo'shilib ketadi. Yuqorida kichik lablar burmasining har biri 2 tadan burmaga ajraladi va ichki hamda tashqi oyoqchalar deb ataladi. Har ikki labning tashqi oyoqchalari o'zaro qo'shilib, klitorning chekka kertmigini (*praeputum clitoridis*), ichki oyoqchalari klitor ostida ko'ndalang joylashib, yugancha (*frenulum clitoris*) hosil qiladi (66-rasm).

Klitor (*clitoris*) katta jinsiy lablar bilan kichik jinsiy lablarning yuqori chegarasida joylashgan bo'lib, konussimon 2 ta g'ovak tanadan tashkil topgan. Klitorning boshi, tanasi va oyoqchalari bo'lgani uchun u ko'zga aniq tashlanib turadi.



66-rasm. Ayol kichik chanog'i ichidagi a'zolari (sagital kesim):

1—katta jinsiy lablar; 2—kichik jinsiy lablar; 3—qinga kirish joyi; 4—qin;
 5—qinning orqa gumbazi; 6—qinning old gumbazi; 7—bachadon bo'yni,
 8—bachadon tanasi; 9—siydik qopi (qovuq); 10—simfiz; 11—to'g'ri
 ichak; 12—dumg'aza; 13—qovuq-bachadon oralig'i. 14—to'g'ri ichak
 bilan bachadon oralig'i (Duglas bo'shlig'i).

Klitorning oyoqchalari qov va quymich suyaklari ustiga yopi-
 shib turadi. Klitorda juda ko'p miqdorda mayda nerv sho-
 xobchalari bo'lib, bu shoxobchalar tufayli uni jinsiy sezish
 a'zosi deb atash mumkin. Klitorning o'zida maxsus qon tomiri
 yo'q, u jinsiy a'zo tomirlari orqali qon bilan ta'minlanadi.

Qin dahlizi (verstibulum vaginae) ni qindan qizlik pardasi
 ajratib turadi. Bu qism ham yupqa teri qavati bilan qoplangan.
 Qin dahlizida juda ko'p mayda shingilsimon bezlar va
 chuqurchalar bor. Qiz bola balog'atga yetguncha shilliq qavat
 yupqa bo'lib, oson jarohatlanishi mumkin.

Siydik chiqarish yo'li (uretra) qiz bolalarda hali kalta
 bo'lib, balog'atga yetish davrida kattalashib borib, bo'yi yetgan
 qizlarda uning uzunligi 3—4 sm ga yetadi. Uning shakli
 deyarli to'ppa-to'g'ri bo'lib, qin old devorining tashqi yuzasida
 joylashgan, yuqori qismi siydik qopi (qovuq) bilan birikkan
 bo'ladi. Shilliq qavati silindrsimon epiteliy bilan qoplanib,
 to'g'ri joylashgan burmasi ham bo'ladi. Siydik yo'lining
 qovuqqa yaqin qismi muskul qavatining aylanma tolalari bilan

zichlashib, kanalning ichki siquvchi muskuli (sfinkter) ni hosil qiladi. Kanalning tashqi teshigi atrofida ko'ndalang-targ'il muskullardan tashkil topgan tashqi siquvchi muskul (sfinkter) bo'ladi. Siydik chiqarish yo'lining tashqi teshigi klitordan 1,5—2 sm pastda turadi. Bu teshik dumaloq yoriqsimon va ba'zan yulduzsimon shaklda bo'ladi. Siydik chiqarish yo'lining tashqi teshigi har yonida suyuqlik chiqaradigan bezlar joylashgan.

Qizlik pardasi (*hymen*) biriktiruvchi to'qimali pardadan iborat, unda muskul va nerv tolalari, qon tomirlari bor. Qizlarda u qinga kirish teshigini berkitib turadi. Qizlik pardasi turli (halqasimon, panjarasimon, yarimoysimon, parraksimon va h.k.) shakllarda bo'lib, uning tabiiy teshigi bor. Shu teshik orqali balog'atga yetganda hayz qoni ajraladi.

Ba'zan tug'ma yoki yallig'lanish jarayoni (vulvit) natijasida parda teshigi bituv bo'lishi mumkin.

Qizlik pardasi har ikki tomonidan yassi epiteliy bilan qoplangan.

Orqa chiqaruv yo'li bilan tashqi jinsiy a'zolar o'rtasidagi soha „chot“ deb ataladi. Chot elastik bo'lib, teri, muskul, fassiya va yog' qatlamlaridan tashkil topgan.

Ichki jinsiy a'zolar

Ichki jinsiy a'zolariga qin, bachadon, bachadon naychalari va tuxumdonlar kiradi.

Qin (*vagiha, colpos*) yumshoq muskul to'qimalaridan tuzilgan elastik naycha bo'lib, balog'atga yetgan qizlarda uzunligi 8,9 sm, kengligi 2—2,5 sm gacha bo'ladi.

Qin o'rta qismi devorlari bir-biriga tegib turadi, yuqori qismi esa kengaya borib, 4 ta, ya'ni old, orqa va ikkita yon gumbazlarni hosil qiladi. Bu gumbazlar yuqoridan qin bo'shlig'iga kirib turgan bachadon bo'ynini o'rab turadi. Shu sababli bu gumbazlar old, orqa va ikki yon tomondagi qin gumbazlari deb ataladi. Old tomondan qin devorining pastki qismi siydik chiqarish yo'liga, yuqori qismi esa qovning yuzasiga tegib turadi.

Qinning orqa devori to'g'ri ichakka yaqin turadi (qinning orqa devori) va undan oraliq to'qimalar yordamida ajralgan bo'ladi. Orqa devorining yuqori qismi qorin parda bilan

qoplangan. Ikki yon tomondan qinni chanoqdan muskullar va kletchatkalar ajratib turadi.

Qinning shilliq pardasi och pushti rangda bo'lib, ko'p qavatli yassi epiteliy bilan qoplangan. Bu epiteliy qinning orqa va old devorlarida ko'p burmalar (*Columnae Rugarum*) hosil qiladi. Shilliq parda ostida shilliqosti qavati bo'lmay, faqat ikki qavat muskul joylashgan (aylanma va uzunasiga ketgan).

Balog'atga yetmagan qiz bolalarda qinning shilliq pardasi yupqa hamda nozik bo'ladi va burmalar deyarli bo'lmaydi. Shuning uchun u oson shikastlanishi mumkin.

Qinda shilliqosti qavati bo'lmaganligi tufayli, bezlar ham bo'lmaydi. U qon hamda limfa tomirlaridan va qisman bachadon bo'ynidan ajralgan suyuqlik hisobiga namlanib turadi. Qin ajralmasida qindan ko'chgan epiteliylar, qiz bolaning yoshiga qarab, gram-musbat basillalar — Doderleyn tayoqchalari (*bacillis vaginalis Daderleini*) bo'ladi.

Odatda, qiz bola balog'atga yetgan sari qin suyuqligi nordon reaksiyaga aylana boradi. Bu reaksiya qancha turg'un bo'lsa, qin shuncha toza bo'ladi (balog'atga yetgan qizlarda) odatda qin tozaligi 4 ta darajaga bo'linadi, ya'ni:

1. Epitelial hujayralar va qin tayoqchalari (Doderleyn tayoqchalari), $pH = 4,0 - 4,5$, nordon reaksiyali.

2. Epitelial hujayralar va Doderleyn tayoqchalari, $pH = 5,0 - 5,5$, nordon reaksiyali, onda-sonda leykotsitlar, kam miqdorda kokklar bo'ladi.

3. Doderleyn tayoqchalari ancha kam, leykotsitlar, epitelial hujayralar, kokklar ko'proq, $pH = 6,0 - 6,6$, neytral yoki sut ishqoriy reaksiyali.

4. Doderleyn tayoqchalari bo'lmaydi, leykotsitlar, kokklar, gonokokk, trixomonada va bakteriyalar ko'p, $pH = 7,0 - 8,0$, ishqoriy reaksiyali. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda hali Dederleyn tayoqchasi bo'lmaydi, ammo onadan o'tgan gormon tufayli chilla davrining boshlarida qiz bola qinida nordon reaksiya saqlanishi kuzatiladi.

Bachadon (*uterus*) tekis tolali muskullardan tuzilgan kovak a'zo.

Balog'atga yetgan qizlarda uning uzunligi 6—7 sm, tub sohasining kengligi 4—4,5 sm, devorining qalinligi 1—1,5 sm, og'irligi 40—50 g bo'ladi. Uning hajmi kattalashib, ayollarniki kabi bo'lib qoladi. Bachadon quyidagi 4 qismdan iborat:

- tubi (*fundus*);
- tanasi (*corpus*);
- bo'yin oldi (*isthmus*);
- bo'yni (*cervix, collum*).

Bachadon chanoq suyagining to'g'ri o'qi bo'yicha joylashgan, uning tubi kichik chanoqning kirish qismi chegarasida (*linia innominata*), bo'yinning tashqi teshigi quymich qirrasining biriktiruvchi chizig'ida (*spina ishiadica*) turadi. Bachadon tanasi oldinga egilgan va og'gan (*anteflexio, versio*) holatda bo'lib, bo'ynining tashqi teshigi qinning orqa gumbaziga qaragan. Bachadon tanasi bilan bo'yni o'rtasida to'mtoq burchak hosil bo'lgan. Qovuq to'lganda bachadon juda oldinga, ba'zan orqa tomonga egilgan yoki yuqoriga ko'tarilgan holatda, to'g'ri ichak to'lganida qarama-qarshi tomonga suriladi.

Qin bo'shlig'iga kirib turgan bachadon bo'ynining *qin qismi* (*portio vaginalis*), qinga yopishib turgan joyidan yuqorisi *bo'yinning yuqori qismi* (*portio supravaginalis*) deb ataladi.

Bachadon bo'ynining shilliq qavati qiyshiq burmali, qalinligi 2 mm bo'ladi, uzunchoq silindr shaklidagi epiteliy bilan qoplangan. Shilliq qavatining qalin joyida bezlar ko'p, ular ishqoriy reaksiyada suyuqlik ajratadi. Bachadon bo'shlig'ining shilliq pardasi tekis yuzali bo'lib, bir qavatli silindrik, qisman kiprikli epiteliy bilan qoplangan. Shilliq qavatning o'zi ikki qavatdan, ya'ni bachadon bo'shlig'iga qaragan, hayz sikliga muvofiq tarzda o'zgaruvchan funksional yuza qavat va bachadonning muskul qavati ustidagi bazal qavatdan iborat bo'ladi. Bachadon muskullari uch qavatdan (bo'ylama, ko'ndalang, aylanma) iborat.

Bachadon naychalari (*tubae uterinae, tubae Fallopii*) bachadon tanasining yuqori burchagidan boshlanib, chanoqning yon devorlariga qarab yo'naladi, so'ngra pastga qayrilib, uning bukilgan tomoni tuxumdonga qaragan bo'ladi. Bolalikda naychalar ancha ingichka va egri-bugri, balog'atga yetganlarida naychalar ayollarnikiga o'xshab boradi.

Naychalarning tashqi teshigi voronkasimon kengayib, uning qirg'oqlarida shokilalar (fimbriyalar) bo'ladi. Naycha yo'li bachadon bo'shlig'i bilan qo'shilgan. Bu yerda naychalar boshqa qismiga nisbatan juda tor, atigi 0,7—0,8 mm bo'ladi. Bachadondan uzoqlashgan sari naycha kengaya borib, 6,7 mm

ga yetadi. Naychalarning uzunligi 10—12 sm atrofida bo'ladi. Ularning tashqi teshiklari qorin bo'shlig'iga qarab ochiladi. Naychalar uch: qisqa, bachadon devori orasida joylashgan (*pars intersticialis*), bo'yin oldida toraygan (*pars isthmica*) va voronka qismlardan (*pars ampularis*) iborat.

Tuxumdon (*ovarium*) juft a'zo bo'lib, bachadonning ikki yonida, keng boylamning orqa varag'iga old sathi bilan joylashgan (unga tegib turadi). Ikki yuzasi esa kichik chanoq bo'shlig'iga qaragan. Tuxumdon loviya shaklida bo'lib, uzunligi 2,25 sm, kengligi 0,8 sm, og'irligi 5,7 g. Tuxumdon bachadonning tub sohasi yonidan boshlanib, o'zining maxsus boylamiga (*ligamentum ovaria propria*) osilib turadi. Tuxumdon 4 qavatdan iborat: ustki epitelial qavat, oq parda (*tunica albuginae*) po'stloq va miya qavatlaridan iborat. Tuxumdonning po'stloq qavatida birlamchi follikulalar joylashgan, ular yangi tug'ilgan qiz bolalarda 45 000—50 000 tagacha bo'ladi.

Balog'atga yetish jarayonida follikulalarning bir qismi atrofiyalansa-da, ba'zilari yetarli darajada rivojlanmay, atreziyaga uchraydi. Agar ayol butun hayoti davomida biror marta ham homilador bo'lmagan bo'lsa, unda 450—500 ta follikula yetishadi. Butun jinsiy taraqqiyot davomida follikulalar asta-sekin yetila boradi. Balog'atga yetgach, ular ketma-ket yetilib, yorilganidan keyin (ovulatsiya) 13—14 kun o'tib, qiz bola hayz ko'radi. Ba'zi patologik holatlarda ovulatsiyasiz ham hayz ko'rish mumkin. Bu hol quyida batafsil ko'rib chiqiladi.

Tuxumdonning miya qavatida qon, limfa tomirlari va nerv tolalari joylashgan.

Hayz ko'rish (oy ko'rish — *mensis*) deb, balog'atga yetgan qizlarning bachadonidan vaqt-vaqti bilan qon kelishiga aytiladi. Ma'lumki, hayz balog'atga yetish davrining oxirida *menarxe* sifatida boshlanadi.

Hayz ko'rish oraliq'i ko'pincha 24 kun, kamdan-kam hollarda 21, 26, 30, 32 kun bo'lib, 3—4, goho 7 kun davom etishi mumkin. Qizlar 16—17 yoshlarida jinsiy jihatdan to'la yetiladilar. Birinchi hayz — *menarxe* 13—14, ba'zan 11—12 yoshdan boshlanadi. Ba'zilarda tartib siklik holatda bo'lmaydi. Avval anovulator holati kuzatiladi, sekin-sekin normal holga tushib ketishi yoki biror patologik sababga ko'ra,

ancho vaqtgacha va hatto butun hayoti davomida shu holat davom etishi mumkin.

Qiz bola har gal hayz ko'rganida 40—70 ml gacha qon yo'qotadi. Hayz vaqtida ajralgan massa faqat qondangina iborat bo'lmay, unda bachadon shilliq qavati funksional qismining ko'chib tushgan bo'lakchalari ham bo'ladi. Hayz qoni ishqoriy reaksiyali, qo'ng'ir rangda bo'lib, unda ivish jarayoni sust kechadi. Tarkibida glikogen, yog' moddalari va fermentlar ham bo'ladi.

Qiz bolalar birinchi marta hayz ko'ra boshlaganlarida ular organizmida, shu jarayonda ishtirok etadigan a'zolarida ritmik ravishda o'zgarishlar yuz beradi, xususan:

- tuxumdonda — tuxumdonning hayz sikli yuz beradi;
- bachadonda — bachadonning hayz sikli yuz beradi;
- organizmda — butun organizmning hayz sikli yuz beradi.

Hayz sikli fiziologik jarayon bo'lib, bu sikl oxirgi hayzning birinchi kunidan to keyingi hayzning boshlanish kunigacha bo'lgan davrni o'z ichiga oladi. Uni murakkab neyrohumoral sistema boshqaradi. Hozirgi tushunchalarga binoan, hayz sikli 5 ta bosqichda o'tadi: 1) bosh miya po'stlog'i; 2) gipotalamus; 3) gipofiz; 4) jinsiy bezlar — tuxumdon; 5) periferik a'zolar (bachadon naychalari, bachadon, qin)da. Bu a'zolar tuxumdondan ajraladigan gormonlar ta'sirida shu hayz siklida ishtirok etadi va unga ta'sir ko'rsatadi.

Qiz bolaning rivojlanishida quyidagi davrlar muhim hisoblanadi:

- chaqaloqlik davri (1—10 kun);
- emish yoshi davri (10 kundan 1 yilgacha);
- yosh bolalik davri (1—3 yil);
- birlamchi bolalik yoshi (4—7 yosh);
- ikkilamchi bolalik yoshi (8—11 yosh);
- o'smirlilik yoshi (12—15 yosh);
- o'spirinlik yoshi (16—20 yosh).

Ko'p olimlar muolaja o'tkazishda quyidagi tasniflarga amal qiladilar:

1. Qiz bolaning ona qornidagi taraqqiyot davri.
2. Chaqaloqlik davri.
3. „Neytral“ davr — 7 yoshgacha.

4. Prepubertat, balog'atga yetishdan oldingi — 7 yoshdan hayz ko'rguncha bo'lgan davr.

5. Pubertat davr — hayz ko'rish boshlanganidan 16 yoshgacha.

6. O'smirlik davri — 16 dan 18 yoshgacha.

Qiz bolalarni ginekologik tekshirish usullari

To'g'ri o'tkazilgan tekshirish usullari aniq tashxis qo'yishga va kasallikni vaqtida davolashga imkon beradi. Qiz bolalarda uchraydigan ginekologik kasalliklar orasida *birinchi* o'rinni tashqi jinsiy a'zolar va qindagi yallig'lanish jarayoni (70%) egallaydi. *Ikkinchi* o'rinda hayz siklining turli o'zgarishlari (23%), *uchinchi* o'rinda jinsiy taraqqiyotning buzilishi (1, 2%), *to'rtinchi* o'rinda jinsiy a'zolardagi o'smalar (1%), *beshinchi* o'rinda jinsiy a'zolar taraqqiyotidagi nuqsonlar turadi. Boshqa turdagi (dismenoreya, sinexiya, tashqi jinsiy a'zolardagi leykoplakiya, kondilomalar) kasalliklar 0,8% ni tashkil qiladi.

Qiz bolalarni ginekologik tekshirish maxsus usullar bo'yicha olib boriladi. Bundan asosiy maqsad — qiz bolaning yoshiga qarab ro'y beradigan fiziologik va patologik holatlarni o'rganishdir (tug'ilganidan 16 yoshga kirguncha).

Ginekologik tekshirishlardan asosiy maqsad olingan ma'lumotlar asosida aniq tashxis qo'yish. Qiz bolalardagi ginekologik kasalliklarni aniqlash uchun tekshirish umumiy va maxsus usulda olib boriladi.

Qiz bolalarni umumiy tekshirish usullari

Dastlab ona bilan suhbat o'tkazilib, so'rab-surishtiriladi, ya'ni: ona homilador bo'lishidan oldin va shu qiziga homilador bo'lganidan keyin qanday kasalliklarni boshidan kechirgan, homiladorlik davri va tug'uruq qanday o'tgan, bolaning tug'ilgan vaqtidagi vazni, shu jarayondagi patologik holati qanday bo'lgan, ona suti yetarli bo'lganmi yoki bola sun'iy ravishda ovqatlantirilganmi, u qanday nuqsonlar bilan tug'ilgan, balog'at davrigacha qanday kasalliklar bilan og'rigan, menarxe boshlanganmi yoki yo'qmi, ana shu ma'lumotlar diqqat bilan o'rganiladi.

Bundan tashqari, qiz bolaning kun tartibi, ovqatlanish rejimi, yaxshi ko'rgan mashg'ulotlari, o'z tengdoshlari bilan

qanday muomalada bo'lishi, ota-onasi bilan munosabati va oiladagi muhit ta'sirida undagi patologik o'zgarishlar sabablari o'rganiladi.

Onadan kerakli ma'lumotlar olingandan keyin, qiz bolaning kasalligi yuzasidan shikoyati, kasallikning boshlanishi, qayeri og'riyotgani, og'riqning xarakteri (kuchlimi, kuchli emasmi, og'riqning qancha vaqt davom etishi), atrofga tarqalishi (qorin bo'shlig'igami, pastgami, to'g'ri ichak sohasigami va boshqalar), tana harorati, uyquasi, ishtahasi, kayfiyati so'raladi. Albatta, shu yoshgacha yuqumli kasalliklar bilan og'ri-gan-og'rimaganligini, yuqumli kasalliklarga chalingan bemorlar bilan (sil, so'zak, o'tkir yuqumli kasalliklar, bo'g'ma, qizamik, skarlatina) muloqotda bo'lgan-bo'lmagani surishtiriladi.

Olingan mu'lumotlar asosida undagi ginekologik kasallik-larni aniqlash oson kechadi.

Qiz bolalarni tekshirish, ularning umumiy tana tuzilishini ko'zdan kechirishdan boshlanadi. Tomir urishi, tana harorati, arterial qon bosimi, o'zining umumiy ahvoli, tana tuzilishi shaklining xususiyatlari, jismoniy yetilishi, taraqqiyotidagi nuqsonlar, teri sathining holati, til va og'iz shilliq pardasining ko'rinishi hamda ikkilamchi jinsiy belgilar, shu belgilarning uning hozirgi holatiga to'g'ri kelish-kelmasligi aniqlanadi, so'ng nafas olishi, qon aylanishi, jigari, siydik chiqarishi, ovqat hazm qilish a'zolari tekshiriladi.

Qizlarda qo'llaniladigan ginekologik tekshirish usullari

Yosh va balog'atga yetgan qizlarni ginekologik tekshirish bir-biridan farq qiladi.

Qiz bola yosh bo'lsa, uni chalqancha yotqizilib, tizzasi bo'g'imidan bukiladi (oyog'i qorin devoriga yaqinlashtiriladi).

Balog'atga yetgan yoki yetish arafasida bo'lgan qizlar esa tizza va son bo'g'imlarini bukadilar, bunda oyoqlari qorin devoriga yaqinlashadi. Bunday yotqizilganda, qin ancha kaltalashib, bachadonni biroz oldinga suradi, bunday tekshirish usuli ancha qulay.

Tekshirish boshlanishidan oldin to'g'ri ichak va qovuq bo'shatilishi lozim. Tekshirish quyidagicha olib boriladi: qiz bolaning umumiy ahvoli, terisi va ko'zga ko'rinadigan shilliq pardalarining rangi, ko'krak bezining holati (balog'atga yetish davridagi qizlarda), qorin devori va uning nafas olishda

ishtirok etishi, ko'pchigan yoki ko'pchimaganligi tekshiriladi. Paypaslash orqali jigar, qora taloq yo'g'on ichak va oshqozon, ko'richakning holatini ham aniqlash zarur. Qorin bo'shlig'idagi a'zolarining holati tekshirib bo'lingach, qov yuzasining holati, undagi yog' qatlami, sochlar va nihoyat tashqi jinsiy a'zolar, xususan, katta va kichik lablarning qay darajada rivojlanganligi, siydik chiqarish yo'li va teshigining holati aniqlanadi (qizillik, yara, jarohat, dog'lar va boshqalarga e'tibor beriladi). Keyin qizlik pardasi va qinoldi dahlizi ko'zdan kechiriladi. Qin dahlizidagi bezlar, ularning sekret chiqarish teshiklarining holati, parauretral yo'llar, bundan tashqari, bez yo'llari va siydik chiqarish yo'llarining teshigi ham ko'zdan kechiriladi, qin va to'g'ri ichakdan surtma olinadi. Surtma olish uchun turli asboblardan, jumladan bolalar uchun maxsus oynadan ishlangan kateter, tomizgich, naychalar, uchi dumaloq zond, turli kattalikdagi qoshiqchalar, agar ular bo'lmasa, sterillangan, yog'ochdan ishlangan tayoqchalar qo'llaniladi. Surtma olish uchun tekshiriladigan yuzaga asbob biroz tekkizilib yoki qirib olinadi; qin surtmasini esa pipetka yoki noksimon ballon yordamida olinadi. Olingan surtma buyum oynasiga surtiladi va unga jinsiy a'zoning qaysi qismidan olinganligi yozib qo'yiladi va quritiladi. Quritilgan surtma to'g'ri saqlansa, uzoq vaqt turishi mumkin.

Qiz bolalarda qin orqali tekshirish usuli qo'llanilmaydi.

Mabodo to'g'ri ichak yoki qinda shish bor deb taxmin qilinsa, juda ehtiyotlik bilan jimjiloqni qinga, boshqa barmoqni to'g'ri ichakka tiqib tekshiriladi.

Qiz bolalar ichki jinsiy a'zolarining holati to'g'ri ichak orqali tekshiriladi. Zarur bo'lganda qin orqali tekshirish o'tanasining ruxsati bilan amalga oshirilishi shart. Tekshirish paytida, albatta, qizning onasi va yana biror shaxs qatnashishi lozim. Aks holda tekshiruvchi javobgarlikka tortilishi ham mumkin.

Qin va bachadon bo'ynini tekshirishda maxsus, bolalar uchun ishlatiladigan qin oynasi yoki uretroskopdan foydalaniladi.

Kichik yoshdagi qizlarni (3—4 yosh) ko'rishda (to'g'ri ichak, qorin devori orqali) narkozdan foydalanish maqsadga muvofiqdir. Bunda qorin devori va chot orasi biroz bo'shashib, ko'rish osonlashadi.

Qo'shimcha maxsus tekshirish usullari

Vaginoskopiya. Turli yorituvchi asboblarda yordamida qin va bachadon bo'ynining qin qismini ko'zdan kechirish usuli *vaginoskopiya* deyiladi.

Ko'rish oynalari klinikada ko'p ishlatilmaydi. Uretroskop yordamida tekshirishda ancha ijobiy natijalar olindi (siydik yo'li tekshiriladi). Ko'pincha Valentina uretroskopi ishlatiladi. Endoskopiya qo'llaniladigan asboblarni ehtiyotlik bilan ishlatish kerak, aks holda qiz bolaning jinsiy a'zolariga shikast yetishi mumkin.

Vaginografiya. Bunda qin rentgen nuri yordamida ko'zdan kechiriladi. Balog'atga yetish davrida, hayz ko'rilmasidan oldinroq qinda biror nuqson yoki qinning torayganligiga shubha tug'ilsa, vaginografiyadan foydalanish mumkin. Bu usulda novokainning 0,25% li eritmasi qizlik pardasiga yoki shu sohadagi chandiqli to'qimaga shpris orqali yuboriladi. Shpris uchun yo'g'onligi 1,5—2 mm, uzunligi 10 sm (mandrenli) bo'lgan nina foydalaniladi. Inyeksiya qilinganida nina mandren ichida bo'lishi lozim. Chunki mandren nina ichiga yog' to'qimasi yoki qon quyqasi tushib qolishidan saqlaydi. Nina orqali suvda eriydigan 20—50 ml kontrast eritma yuboriladi (qinning katta-kichikligiga qarab), kontrast modda qinga hech qanday to'siqsiz, oson kirishi kerak. Bunda shpris orqali bosimni oshirish yaramaydi. Kontrast modda qiyinlik bilan yuborilsa, bu nina uchi qin bo'shlig'ida emasligidan yoki qin bo'shlig'ining kichikligidan darak beradi.

Vaginografiyani eritma yuborilgan zahoti amalga oshirish lozim. Albatta, bundan oldin qovuq va to'g'ri ichak bo'shatiladi.

Zond yordamida tekshirish. Bu usul qiz bolalarda qo'llaniladi. Bunda qinning holati aniqlanadi. Ba'zan to'g'ri ichak va qin orqali tekshirishda ham zonddan foydalaniladi. Bu usul yordamida qinga kirib qolgan yot jismlar (tugmacha, cho'p va boshqalar) aniqlanadi va ular olib tashlanadi (28-rasmga qarang). Qin to'siqli bo'lganida, qizlik pardasi yaqin bo'lganida (qinga qon to'lgan bo'ladi) nina ishlatiladi.

Kolpositologik tekshirish usuli bolalar ginekologiyasi amaliyotida keng qo'llaniladi. Bu yo'l bilan tuxumdonning gormonal faoliyati aniqlanib, lozim bo'lsa, onkositologik tekshirish usuli ham qo'llaniladi.

Tuxumdon faoliyatini aniqlash uchun surtmani qinning yon gumbazlaridan, onkositologik tekshiruv uchun esa, bachadon bo'ynining tashqi teshigi va qinning orqa gumbazidan olinadi.

Aspiratsiya (so'rib olish) usuli ham ginekologiya amaliyotida keng qo'llaniladi. Keyingi vaqtlarda bachadon bo'shlig'ida sitologik tekshiruv o'tkazish maqsadida aspiratsiyadan foydalanilmoqda. Qiz bolalarning bachadon bo'yni kanalini aspiratsiya qilish uchun Braun shprisidan foydalanish ancha qulay.

Funksional diagnostika usuliga bazal haroratni o'lchash va kolpositologik tekshirish usullari taalluqlidir. Undan bolalar ginekologiyasi amaliyotida keng foydalaniladi. Bu usul yordamida hayz siklining fazalari aniqlanadi.

Funksional tekshirish usullari:

- bazal haroratni o'lchash;
- ko'z qorachig'i fenomenini aniqlashdan iborat.

Qizlar jinsiy a'zolarining yallig'lanish kasalliklari

Qizlarda jinsiy a'zolar, xususan, tashqi jinsiy a'zolar va qinning yallig'lanish kasalliklari ayollarga nisbatan ko'proq uchraydi. Ularda qo'shimcha tashqi jinsiy a'zolar, qinda va to'g'ri ichakda so'zak tufayli yallig'lanish kasalligi uchrashi mumkin. Bu asosan, jinsiy a'zolarining anatomik va fiziologik xususiyatiga bog'liq.

Qiz bola „neytral“ davrda infeksiyaga chidamsiz bo'ladi. Bolalikda boshdan kechirilgan so'zak kasali jinsiy a'zolarining anatomik va fiziologik holatiga jiddiy zarar yetkazishi mumkin. Gonokokk naychalarga o'tishi, ularni yallig'lantirishi, oqibatda kasallik tuzalganidan keyin ham bu joyda chandiqlar qolishi mumkin. Bu ayolning bepusht bo'lishiga sabab bo'ladi.

Yallig'lanish jarayoni pubertat yoshda kam uchraydi. Chunki bu davrga kelib qiz bolaning jinsiy a'zolari ancha yetilgan va kasallikka qarshi kurashish quvvati ancha oshgan bo'ladi.

Yallig'lanish jarayonida birinchi o'rinni infeksiya egallaydi, keyin turli xil termik, kimyoviy va toksik omillar turadi.

Agar organizm sog'lom bo'lsa, barcha tashqi ta'sirlarga bardosh bera oladi. Yallig'lanish ayrim a'zodagi kasallik bo'lmay, balki butun organizm kasalligidir.

Yallig'lanish jarayonida qiz bolalarda ham kattalardagi kabi qator holatlar: to'qimaning o'zgarishi, uning zararlanishi, qon

tomirlari sistemasining buzilishi, hujayra elementlarining ko'payishi (proliferatsiya) kuzatiladi.

Yallig'lanish kasalligida, ba'zi hollarda og'riq uncha qattiq bo'lmasa-da, fiziologik holat deyarli o'zgarmaydi, boshqa hollarda og'riq kuchli bo'ladi va fiziologik holatga ham putur yetadi. Yallig'lanish jarayoni qaysi joyda yuz bermasin va qaysi a'zoni zararlamasin, unda quyidagi o'ziga xos 5 ta klinik belgi uchraydi:

- qizarish (*rubor*);
- o'sha joyda haroratning oshishi (*gypertermia*).
- shish (*tumor*);
- og'riq (*dolor*);
- faoliyatning buzilishi (*functio laesa*).

Qizlar jinsiy a'zolarida yallig'lanishning ikki turi uchraydi:

1. Spetsifik yallig'lanish.
2. Nospetsifik yallig'lanish.

Spetsifik yallig'lanishga:

- so'zak;
- zaxm;
- sil;
- trixomonna; parazitlar kasalliklari;
- oqarish (molochnitsa);
- enterobioz kiradi.

Tarqalishi jihatidan:

- yuqoriga ko'tariluvchi;
- pastga suriluvchi;
- qon va limfa orqali tarqaladigan yallig'lanish kasalliklari

farq qilinadi.

Spetsifik bo'lmagan yallig'lanish jarayonlariga streptokokk, stafilokokk, ichak tayoqchalari va boshqa turdagi infeksiyalar sabab bo'ladi.

Yallig'lanish kasalliklarining kechish darajasi qiz bolalar jinsiy a'zolarining nozik tuzilganligiga, organizm qarshilik kuchining yetarli bo'lmasligiga va mikroblarning virulentligiga ham bog'liq bo'ladi.

Qizlarda so'zak kasalligi

So'zak kasalligi haqida yuqorida batafsil bayon etilgan. Qizlarda so'zak maishiy yo'l (gigiyenaga rioya qilmaslik—

umumiy sochiq, mochalka, ich kiyimlar, ko'rupa-to'shakdan foydalanganda) yuqadi.

Ammo pubertat yoshida bachadon ichida gonokokk yashay olmaydi. Chunki bachadon shilliq pardasidagi siklik o'zgarish — hayz ko'rish jarayonida gonokokk bachadon shilliq pardasining funksional qavati bilan birga ko'chib tushadi. Ammo bu orada u bachadon naychalariga o'tib qolishi, shuningdek, bachadon bo'ynida saqlanib qolishi mumkin.

So'zak bilan og'rigan bemor ikkinchi marta kasallanishi ham mumkin, chunki u o'zidan keyin immunitet qoldirmaydi.

Kasallikning yashirin davri 2—3 kun, kamdan kam holatlarda 2—3 hafta davom etishi mumkin. Bu mikroorganizmlarning verulentligiga, bemor organizmining holatiga bog'liq bo'ladi. Kasallikning inkubatsion (yashirin) davri qancha qisqa bo'lsa, kasallik shuncha og'ir kechadi.

To'qimalarda yuza jarohat bo'lishi ko'p mikroorganizmlarning kasallik chaqirishi uchun qulay. Ammo gonokokk uchun jarohatning yuza bo'lishi shart emas. Gonoreya ma'lum joy kasalligi bo'lmasdan, umumiy organizm kasalligidir. Infeksiya shilliq parda sohasiga, xususan, qinga tushishi bilan tezlikda yuqoriga ko'tarilib, ichki jinsiy a'zo va sistemalarga tarqaladi, a'zolar faqat kasallanibgina qolmay, undan ajralgan endotoksin butun organizmga ta'sir qiladi. Endotoksin limfogen va gematogen yo'llar bo'ylab tarqaladi.

So'zak bilan og'rigan bemorlarda lanjlik, bosh og'rig'i, haroratning ko'tarilishi, muskul va bo'g'imlardagi og'riq shu endotoksindan kelib chiqishi mumkin.

Qizlarda so'zak kasalligining kechishi kattalardagidan ancha farq qiladi. Kasallanish sabablari (etiologiyasi va patogenezini), kasallikning klinik kechishi, tashxis qo'yish va davolash omillari ham boshqacharoq bo'ladi. Ularning so'zak kasali bilan kasallanishi ona tug'ishi jarayonida u so'zak bilan og'rigan bo'lsa, qiziga o'tishi mumkin. Bu jarayonda infeksiya faqat jinsiy a'zogagina emas, ko'zga (bu a'zoda ham silindrik epiteliya bor) va ko'z so'zagini (blenoreya) vujudga keltirishi mumkin. Shuning uchun, qizlar tug'ilganda ularning jinsiy a'zolari va ko'zlariga albutsidning 30% li eritmasi tomiziladi. Bu usul profilaktika omillaridan biri bo'lib, qizlarning so'zak bilan og'rishining oldini oladi.

Pubertat yosh va balog'atga yetish davrida so'zak mikrobi qizga onasi, opalari yoki qarindosh-urug'laridan (ularning yotish joylari bir bo'lsa, vanna va boshqa narsalardan umumiy foydalanilsa) yuqishi mumkin. Jinsiy yo'l orqali o'tishi kam uchraydi. Ammo qiz bolaning so'zak bilan og'riqligini aniqlash uchun (ayniqsa, o'smir yoshda) uning jinsiy muloqotda bo'lgan-bo'lmaganligini aniqlash shart.

Qizlarda kasallikning klinik kechishi uning organizmining anatomik-fiziologik xususiyatiga, siydik chiqarish va jinsiy a'zolarining holatiga bog'liq bo'ladi.

Yangi tug'ilgan qiz bolalar qinida onadan o'tgan gormonlar tufayli, nordon sharoit bo'ladi, bu sharoit ma'lum darajada infeksiyaga qarshilik ko'rsatadi. Qiz bola onasini emish davrida qinda nordon sharoit bo'lib turishi mumkin. Ammo bu holat bola o'sgani sari o'zgarib boradi. Ya'ni qindagi nordon reaksiya asta-sekin sustlashib, neytral yoki ishqoriy reaksiyaga ega bo'lib, bu holat bola 8—9 yoshga kirgunicha saqlanib qoladi. Uning organizmida estrogen gormoni osha borishiga qarab qin reaksiyasi asta-sekin nordonlashadi va nihoyat kattalarnikiga o'xshab qoladi. Bundan tashqari, qiz bolalarning bachadon bo'yni kanali ayollarnikiga o'xshab, shillikli tiqin bilan bekilgan bo'lmaydi. Qindagi neytral yoki ishqoriy reaksiya, qin shilliq pardasining nozik bo'lishi so'zak kasalligining tarqalishi uchun qulay sharoit tug'diradi. Qizlarda so'zak, odatda, avvalo siydik chiqarish yo'li, parauretral yo'llar, qinga kirish joyi, bachadon bo'yni hamda to'g'ri ichak sohasini zararlaydi. Ana shular kattalardagi so'zakdan farqidir.

Bolalarda ham jinsiy a'zo, pastki va yuqori qism so'zagi deb aytiladi. Ularda ham so'zakning yashirin davri 2—4 kun, ba'zan undan ham ko'p bo'lishi mumkin. Qizlarda so'zak o'tkir tusda o'tishi yoki surunkali tarzda yoki sust formada kechishi mumkin. So'zak surunkali kechganda, kasallik hatto 2 oygacha davom etadi. Bunday davrda kasallikning klinik belgilari sust bo'lgani uchun, ko'zga tashlanmasligi mumkin. Kasallik shu yo'sinda kechib, vaqt-vaqti bilan kuchayib, qaytalanishi mumkin. Kam hollarda so'zak kasali aniq, klinik belgisiz kechishi natijasida yetuklik davrigacha davom etishi mumkin. Bunday qizlar turmushga chiqqanlaridan keyin,

birinchi jinsiy aloqadayoq erkakka kasallik yuqtirishlari mumkin.

So'zakning kechishi faqat qiz bola organizmining umumiy holati va uning yoshigagina emas, uning organizmidagi mikroorganizmlarining verulentlik xususiyatiga ham bog'liq.

Klinikasi. Tashqi jinsiy a'zolar shishadi va qizaradi, siydik chiqaruv yo'li ham qizarib, qinda qotgan yiring ko'rinadi. Ajralib chiqqan yiringning qotib qolishi natijasida jinsiy lablar bir-biriga yopishib qoladi. Jinsiy a'zodan oqayotgan yiring chot terisining bichilishiga sabab bo'ladi, kasallik og'riqli davom etadi. Agar katta lablar yirib ochilsa, qon chiqadi. Shilliq qavat ko'kimtir sariq rangli yiring bilan qoplangan bo'ladi. Qindan chiqindi ko'p ajraladi. Yallig'lanish jarayoni juda osonlik bilan siydik yo'li va Bartoliniy bezlariga o'tishi mumkin. Chunki bu a'zolarining shilliq qavati silindrik epiteliy bilan qoplagan bo'lgani uchun, gonokokk shu epiteliyga o'ch bo'ladi va unga yaqin joylashib oladi. Ammo qizlarning siydik chiqarish yo'li va Bartoliniy bezi kattalarnikiga nisbatan ancha kam kasallanadi.

Yuqoriga ko'tariluvchi infeksiya qiz bolaning yoshiga bog'liq. Qiz bola qancha yosh bo'lsa, infeksiya shuncha kam tarqaladi. Menarxe davri yaqinlashgan sari infeksiya ko'proq tarqaladi.

Jinsiy a'zodan ajralgan yiring ko'pincha to'g'ri ichakni zararlaydi. Uning shilliq qavati shishib, qizaradi va yiringli karashlar bilan qoplanadi. Ich kelganida bola kuchli og'riq sezadi. U ichini tutib turishga intiladi. Natijada ichakning pastki qismida axlat yig'ilib, bu ham, o'z navbatida, shu sohada qonning tiralib qolishiga sabab bo'ladi, yallig'lanish jarayonini yanada og'irlashtirib yuboradi. Kasallikning o'tkir formasida tana harorati ko'tariladi. Bu davr 2—4 hafta davom etadi. Keyin surunkali yoki o'rtacha holatga o'tadi. Bunda zararlangan a'zoldagi shishlar, qizillik va chiqindilar ham kamayadi, ammo kasallikni qo'zg'atuvchi mikroob hali halok bo'lmagan bo'ladi. Kasallikning surunkali davrida tashxis qo'yish biroz qiyin bo'ladi. Kasallikni qo'zg'atuvchilar bez yo'llarida uzoq turib qolishi mumkin.

Kasallikning o'tkir davrida tashxis qo'yish uncha qiyinlik tug'dirmaydi, ammo surunkali tusga o'tsa, ancha murakkablashadi. Odatda, gonokokkni aniqlash uchun siydik chiqarish

yo'li, bachadon bo'yni kanali va qindan surtma olinadi. Bez yo'llaridan surtma olish uchun, shu yo'llar avval yengil massaj qilinadi. Olingan chiqindini assit suyuqligiga yoki qonli agarga ekish yo'li bilan bakteriya turi aniqlanadi.

Surtmadan har doim ham gonokokkni topish mumkin bo'lavermaydi. Shuning uchun gonokokkni topishda uni qo'zg'atish (provokatsiya) usulidan foydalaniladi. Hayz ko'rilgan vaqtda kasallik zo'rayib, mikrobnani aniqlash oson bo'ladi (fiziologik provokatsiya).

Balog'atga yetgan qizlarning bachadon bo'yni kanaliga, uning shilliq qavatiga 5—10% li lapis (azot-kislotali kumush) surtilib, bachadon bo'yni qitiqlanadi, shunda chuqurda joylashgan mikroblar ancha yuzaga chiqadi. Qo'shimcha ravishda komplement bog'lash, bakteriologik va serologik tekshirish usullaridan foydalanish ham mumkin.

Davosi. Kasallikning o'tkir davrida bemor o'rnida yotishi va suyuqlikni ko'p iste'mol qilishi lozim (siydik bilan mikroblar chiqib ketishi ko'zda tutiladi). Davolashda kerakli natijalarga erishish uchun infeksiya manbayini yo'qotish va infeksiya tarqalishining oldini olish lozim.

Yengil hazm bo'ladigan va chuchuk taomlar buyuriladi (bolalarning yoshiga qarab). Kasallik ko'zga o'tmasligi uchun, bolaga qo'lini tez-tez yuvib turish tayinlanadi. Jinsiy a'zolar bir kunda bir necha marta 2% li rivanol eritmasi bilan chayiladi, keyin artilib, rux moyi surtiladi. Qo'shimcha ravishda, sulfanilamid preparati, penitsillin va boshqa antibiotiklardan foydalanish ham mumkin; ko'proq penitsillin ishlatiladi. Surunkali so'zakda, ayniqsa, so'zak proktitida (to'g'ri ichak yallig'lanishi) protorgolning 0,5—5% li eritmasi bilan huqna (klizma) qilish ham foyda beradi. Odatda penitsillin bilan davo qilingach, gonokokklar 24 soat ichida yo'qoladi. Davolab bo'lingandan keyin 5 kun va yana 2—3 hafta davomida bemor nazoratdan o'tkazib turiladi. Bu nazorat bemorda kasallik belgilari qolmaguncha davom ettiriladi.

Profilaktikasi. Ayollar maslahatxonasida homilador ayollar har tomonlama tekshiriladi. Qin ajralmalari, bachadon bo'yni va siydik chiqarish yo'llaridan surtmalar olinadi; ajralmalar ekilib, tekshiriladi. Chaqaloqni so'zakdan asrash maqsadida shunday qilinadi.

So'zak bilan og'rib, davolangan bolalarni yiliga bir necha marta (kamida 3 marta) klinik va laboratoriya ko'rigidan o'tkazilganidan keyingina, bolalar muassasalariga qatnashlariga ruxsat berish mumkin bo'ladi.

Qizlar jinsiy a'zolarining sil kasalligi

Sil umumiy infeksiyon kasallik bo'lib, odatda surunkali kechadi. Uning qo'zg'atuvchisi — sil tayoqchasi (*bacillae Kochae*)dir. U birinchi marta 1882-yilda Kox tomonidan aniqlangan.

Jinsiy a'zolar sil kasalligini o'rganish XVIII asrdan boshlanib, uni dastlab Morgan 14 yoshli qizning jinsiy a'zosidan topgan.

Sil tayoqchasining organizmga tushishi har doim ham bitta kasallik qo'zg'atavermaydi. Buning uchun organizmning qarshilik kuchi kamaygan (boshqa kasalliklar, oilaviy sharoit, ovqatlanishning buzilishi va h.k.) bo'lishi kerak. Sil vujudga kelishiga qarab 2 qismga bo'linadi:

- birlamchi sil;
- ikkilamchi sil.

Birlamchi sil kasalligida limfangoit va uning atrofidagi limfa bezlarining kasallanishi natijasida ro'y beradi.

Ikkilamchi sil, sil bilan og'rib o'tgan bemorlarda vujudga keladi.

Jinsiy a'zolar sili ko'pincha gematogen (qon tomir) yo'li, ba'zan limfa yo'li orqali, kamdan kam hollarda qo'shni a'zolaridan o'tadi.

Sil uchun spetsifik proliferativ o'zgarishlar xos bo'lib, bunda sil granulemalari (do'mbog'ining) shakllanishi bilan xarakterlanadi. Bu do'mboq, odatda, epitelial hujayralardan (qo'shimcha to'qimalardan vujudga kelgan plastinkasimon, rangsiz bo'yaladigan, pufakchalarga o'xshash yadroli), tomirlar endoteliysining retikular hujayralaridan tashkil topgan. Do'mboqchalarning *birinchi* o'ziga xos xususiyati — unda ko'p yadroli „gigant“ hujayralar mavjud. *Ikkinchi* xususiyati — sil tufayli yallig'lanish yuz berganda, unda suzmaga o'xshash koziyoz nekroz hosil bo'ladi.

Sil do'mboqchalari tufayli bachadon bo'yni, qin va tashqi jinsiy a'zolarida yarachalar hosil bo'ladi. Qizlarda jinsiy a'zolar sili, ular yallig'lanish kasalligi bilan og'riganlaridan keyin

paydo bo'ladi. Qizlar kasallik bilan 8—15 yoshlarda ko'p og'riydilar; 12—16 yoshli qizlarda bachadon naychalari zararlanadi.

Naychalar sili

Naychalar sili umumiy jinsiy a'zolar siliga nisbatan ko'p (100%) uchraydi. Asosan, gematogen yo'l bilan yuqib, shu sohadagi qon tomir kapillarlar turlarining ko'pligi tufayli infeksiya oson o'tadi, bunda naychalarning shilliq qavati qalinlashib, ularda miliar do'mboqchalar borligi ko'zga tashlanadi. Shilliq qavat burmalari ko'pincha bir-biriga yopishib qolib, naycha bo'shlig'ida ko'p miqdorda eksudat bo'ladi. Shilliq qavat epiteliysida 2 xil jarayon kuzatiladi. Bir joyda proliferatsiya (o'sish), ikkinchi joyda diskvamatsiya (ko'chish) bo'ladi. Kasallik boshida naychalarning muskul va seroz qavati zararlanmagan bo'ladi. Ba'zan sil chegaralanib, shu yerda ohaklanish kuzatiladi. Agar naychaning ampular qismi bekiilib qolmagan bo'lsa, kasallik avj olib, naychalarning barcha qavatini zararlab, qo'shni a'zolarga ham tarqaladi. Natijada sil mezosalpingiti va peresalpingit vujudga keladi. Bunda naychalarning muskul qavatida limfoid elementlar va hatto sil do'mboqchalarini ham ko'rish mumkin. Sil og'irlashgan sari, do'mboqchalar bir-biriga qo'shilib parchalanadi va oqibatda kazioz holat yuzaga keladi. Naychalar ichi kozioz massa bilan to'ladi.

Agar naychalarning ampular qismi bekiilib qolsa (obliteratsiya), unda sekret naychalar ichi tutilib, oqibatda naychalar ichi to'lib qoladi, uning ichi suyuqroq (kazioz) massa bilan to'lgan bo'ladi. Infeksiya limfa yo'llari yoki a'zolar bo'ylab, o'z atrofida joylashgan ichak, siydik qopi va chanoqning seroz pardasigacha yetib boradi. Chanoq pardasida dastlab eksudatsiya, keyin produktiv yallig'lash tufayli chandiqlar paydo bo'ladi. Organizmning qarshilik kuchi pasayib boradi va nihoyat naychalar teshilib, ichaklar, siydik qopida naycha-ichak yoki naycha-siydik qopining oqmasi paydo bo'ladi.

Tuxumdonlar sili

Kasallik naychalardan to'g'ridan to'g'ri yoki limfa-qon yo'llari bo'ylab tuxumdonga o'tadi. Bu kasallikning ikki turi

uchraydi: *perioofarit* (tuxumdon atrofidagi to'qimaning yallig'lanishi) va *sil oofariti* (tuxumdonning yallig'lanishi).

Agar infeksiya tuxumdon parenxemasiga kirsa, unda sil do'mboqchalarining yig'indisi tuxumdon bo'shlig'ida paydo bo'ladi. Ular keyinchalik absess hosil qiladi. Tuxumdon sili o'z vaqtida va to'g'ri davolansa, tez tuzaladi. Kamdan kam hollarda tuxumdon sili og'ir formaga o'tadi. Bunday vaziyatda tuxumdonni olib tashlashga to'g'ri keladi.

Bachadon sili

Bachadon naychalardagi teshik orqali emas, balki limfa yo'li orqali zararlanadi. Sil kasalligi endometriyning o'zinigina zararlashi kam uchraydi. Endometriy sili 3 xil ko'rinishda uchraydi:

1. **Produktiv formasi** — endometriyda do'mboqlar soni ortadi.

2. **Miliar formasi** — tarqalgan shaklda bo'ladi.

3. **Kozioz parchalanish** — muskul qavatiga o'tadigan formasi.

Endometriy silida hayz sikli tekshirilganda, turli hollarni ko'rish mumkin. Balog'atga yetgan qizlarda hayz siklining 7-kuni (proliferatsiyaning ertangi muddatida) sil aniqlanmaydi. 7—12-kuni bachadon shilliq qavatining proliferativ fazasining keyingi muddatida ayrim epiteliial hujayralar ko'zga tashlanadi. Shilliq qavatning sekretiya fazasida gigant hujayralar egallagan aniq sil do'mboqlari ko'rinadi. Sil kasalligi ayniqsa hayz oldidan yaqqolroq namoyon bo'ladi. Uning *produktiv fazasida* bachadondan olingan qirma juda oz bo'ladi. Agar tuxumdon faoliyatiga putur yetmagan bo'lsa, hayz sikli normal bo'lishi mumkin. Silning *miliar formasida* intoksikatsiya tufayli va gormonal sistema faoliyatining pasayganligi sababli hayz sikli buziladi.

Kazioz formasida esa, jarayon ancha og'irlashadi, endometriy bilan muskul qavati ham zararlanadi. Bunda piometra hosil bo'lib, bachadon bo'shlig'ida suzmaga o'xshash yiring yig'iladi. Agar kasallik yaxshi davolansa, bachadon ichida chandiqlar qoladi. Qiz bolalar balog'atga yetgach, ularda birlamchi amenoreya holatini (*amenorrhea*) kuzatish mumkin bo'ladi.

Jinsiy a'zolar sili tashxisi

Buning uchun dastlab qiz bola sil kasali bilan og'rikan bemor bilan muloqatda bo'lgan-bo'lmagani, bolaligida bu kasallik bilan og'rikan-og'rimaganligi ona-otasidan so'rab aniqlanadi. Tashxis qo'yish va kasallikni aniqlashda anamnezning ahamiyati juda katta.

Barmoqlar yordamida to'g'ri ichak orqali tekshiriladi. O'pkada, suyaklarda sil kasalligi bo'lgan-bo'lmaganligi rentgen orqali aniqlanadi. Agar sil bilan og'rikan bo'lsa, ana shu joy infeksiya manbai hisoblanadi. Kasallikni aniqlashda Pirke-Mantu usuli klinik tekshirish bilan birga olib borilsa, aniqroq ma'lumot olinadi. Tashqi jinsiy a'zo, qin va bachadon bo'yniga tashxis qo'yish maqsadida ulardan biopsiya olinadi.

Qin difteriyasi

Bu kasallik ko'pincha yosh qizlarda uchraydi, chunki difteriya bilan asosan yosh bolalar kasallanadi.

Yosh bolalar iflos qo'llari orqali infeksiyani yuqtirishlari sababli tomoq difteriyasi bilan kasallanadilar. Qin difteriyasida, tashqi jinsiy a'zolarida oqimtir yoki kulrang karash yuzalar (sathlar) kuzatiladi, buni oqlik (molochnitsa) bilan adashtirish mumkin. Bu karashni ko'chirib olib bo'lmaydi. Qin difteriyasida kasallik o'zidan keyin chandi qoldiradi. Bunda qiz bolaning qini torayib yoki butunlay bitib qolishi mumkin. Kasallik, asosan, bakteriologik yo'l bilan aniqlanadi. Kasallik, infeksiyon statsionarlarda davolanadi.

13-BOB. GINEKOLOGIK BEMORLARNI DAVOLASH

KONSERVATIV DAVOLASH USULLARI VA BEMORLARNI PARVARISH QILISH

Ginekologik bemorlarni davolashning 3 turi mavjud:

- 1) ambulator davolash;
- 2) statsionar davolash;
- 3) sanatoriya-kurortlarda davolash.

Davolash konservativ va operativ (jarrohlik) usulida o'tkaziladi.

Bemorlar poliklinikaga, statsionarga kelgan paytlaridanoq psixoterapevtik yordam ko'rsatish, ya'ni shikoyatlarini e'tibor bilan tinglash, bemor kayfiyatini ko'tarishlari zarur.

Tibbiyot xodimlari bemorlar bilan iliq munosabatda bo'lishlari, ular talablarini qondirishga harakat qilishlari kerak.

Shifokor bemor oldida hamshiraga bemor psixikasiga salbiy ta'sir qiladigan, kasallikning yomonlashuvi haqida gumon tug'diradigan yoki bemorning tuzalishiga shubha borligi haqidagi ma'lumotlarni gapirmasliklari kerak.

O'tkazilgan klinik tekshirishlarning natijalarini ham bemor huzurida aytish tavsiya etilmaydi.

Kasalxonaning har bir bo'limida tibbiyot hujjatlari (kasallik tarixi, tekshirish natijalari va shunga o'xshashlar) bemor titib ko'rolmaydigan qilib yaxshi saqlanishi lozim. Bemorlarning psixikasiga shikast yetkazadigan noxush tashxis va ma'lumotlarni kasallik tarixidan ko'chirib yozib berish yoki shu haqida og'zaki ma'lumot berish mumkin emas.

Tabiiy uyquning uzoq (sutkasiga 10 soatgacha) davom etishi uchun ham zarur sharoit tug'dirish: palatalarda tinchlik saqlash, yorug'lik, temperaturani me'yorda bo'lishini ta'minlash lozim. Shu maqsadda palatalarga tungi chiroqni yoqib qo'yish kerak.

Bemorlarning qanday uxlayotganini kuzatib turish, uyquisi yaxshimas bemorlarga uxlatuvchi dorilar berish tavsiya etiladi.

Og'riq bo'lganda og'riq qoldiruvchi dorilar beriladi.

Ginekologik bemorlarning rejimi

Ginekologik kasalliklar bilan og'riq bemorlar turli oqibatlar kelib chiqishining oldini olish maqsadida muayyan rejimga rioya qilishlari lozim. Ayol jinsiy a'zolarining yuqumli kasalliklarida, umumiy o'rnatilgan rejimga (ovqatlanish rejimi, dam olish, uyqu, nerv sistemasi va qon aylanish a'zolari faoliyatiga e'tibor berish va hokazo) shuningdek, maxsus rejimga rioya qilish talab etiladi. Bu rejim jinsiy hayotga, qorin ichidagi bosim va qo'shni a'zolar (ichak va siydik-tanosil apparati) ning holatiga taalluqlidir. Yuqumli ginekologik kasalliklarning ko'pchiligi so'zakka aloqador bo'lgani uchun mavjud yallig'lanish jarayonlaridagina emas, siydik chiqarish kanali yoki qin shilliq pardasi yallig'langanini ko'rsatuvchi boshlang'ich belgilar paydo bo'lganda ham bunday bemorlar jinsiy aloqa qilishi taqiqlandi. Tegishlicha ratsional davolanish bilan birga, umuman jinsiy aloqada bo'lmaslik orqaligina

spetsifik infeksiyaning bachadonga, tuxumdonlarga va chanoqning qorin pardasiga tarqalishiga yo'l qo'ymaslik mumkin.

Qorin ichidagi bosimni oshirib yuboradigan ishlar (kuchanish, og'ir narsalarni ko'tarish)ni bajarish yallig'langan a'zolarning o'rnidan ko'chishiga va qon aylanishining shu tariqa buzilishiga, og'riq turishiga sabab bo'ladi. Kasal a'zoni ehtiyot qilish maqsadida ginekologik bemorlar mehnatini tartibga solish, zarur bo'lsa, ularni yotqizib qo'yish kerak. Karavotda yotaverish ham organizmni bo'shashtirib yuboradi. Muskullar bilan bajariladigan ish (hatto oddiy sayr qilish) umumiy tonusni oshirishi mumkin. Umumiy tonus oshganda organizmdagi barcha jarayonlar jadalroq kechadi. Shunday ekan, har bir bemorga uning kasali, turmush tarzini e'tiborga olib alohida yondashish zarur.

Odatda, ginekologik bemorlar ichak funksiyasi buzilganligidan noliydilar. Ko'p bemorlar ich qotishi odat bo'lib qolganini aytishadi. Kuchanganda og'riq turishidan, shuningdek, yallig'langan a'zolarning siljishidan qo'rqib hojatga kam borish ham ich qotishiga sabab bo'ladi. Ich bo'shatilganda yallig'langan a'zolar joyidan siljiydi.

Ichni yurishtirib turish juda muhimdir. Ammo surgidorilar ichish hamisha natija beravermaydi.

Kasalxonada yotgan ginekologik bemorlarning umumiy gigiyena rejimi shundan iborat: qov va tashqi jinsiy a'zoldagi tuk qirib tashlanadi, tashqi jinsiy a'zolar va anus sohasi (har kuni ertalab va kechqurun) yuviladi, monelik bo'lmasa — har kuni umumiy vanna qabul qilinadi, kiyim-bosh muntazam ravishda almashtirib turiladi (bemorning tagiga yoziladigan choyshab har kuni, qindan ko'p ajralma kelganda esa, zaruratga qarab almashtirilishi lozim), soch sinchiklab tekshirib turiladi.

Bemorlarni parvarish qilish.

Kundalik turmushda va kasalxona sharoitida isituvchi kompress, grelka va muzli xaltadan ko'p foydalaniladi.

Sovuq (muzli xalta) dan foydalanganda xalta tiqinining yaxshi buralishiga va muz erishidan chiqqan suvning choyshabga tushmasligiga e'tibor berish kerak. Muzli xaltani sochiq yoki salftkaga o'rash zarur, chunki temperaturalar farqi bo'lganda xalta terlaydi. Xaltani uzluksiz qo'yish yaramaydi, chunki u terini muzlatishi, ko'ngilsiz oqibatlariga olib kelishi, ya'ni tomirlar falaj bo'lib qolishi mumkin (passiv

giperemiya). Muzli xaltani ko'pi bilan bir soat qo'yib, keyin yarim soatga olib turiladi. Operatsiyadan chiqqan bemorlarga muzli xaltani faqat dastlabki sutkada qo'yish tavsiya etiladi. Siydik yo'llarining kasalliklari (sistit, piyelit, nefrit) va ichak kasalligi (kolit) muzli xaltadan foydalanishga monelik qiladi.

Ginekologiya praktikasida **grelkalar** ham keng qo'llaniladi. Yarimo'tkir yallig'lanish jarayonlarida, bemorlar ko'p qon yo'qotganida va operatsiyadan chiqqanida shimiltiruvchi terapiyaning aktivroq usullari (elektr lampali vannalar, solluks lampasi va shunga o'xshashlar)ni buyurishdan oldin bemorni isitish uchun grelka qo'yiladi. Siydik yo'llari va ichakning yallig'lanish kasalliklarida ham grelka buyuriladi.

Jinsiy a'zoldan qon ketganda, grelka qo'yish yaramaydi.

Operatsiya qilinib, hali narkozdan uyg'onmagan bemorga grelka qo'yilsa, bemor qattiq nazorat ostida bo'ladi. Grelkaga iliq (50 °C) suv quyish kerak, chunki bunday bemorlar badani sezmaydigan bo'lib qolgani uchun, kuyishi mumkin. Qo'yishdan oldin grelka vinti oxirigacha buralib, sochiq yoki salfetkaga o'raladi.

Qinni chayish

Suvda erigan dori moddalarini kiritish yo'li bilan qin shilliq pardasiga yoki bachadon bo'ynining qindagi qismiga ta'sir etish kerak bo'lganda qin chayiladi. Qinni chayish uchun 4—6 stakan suv sig'adigan, 1,5—2 m uzunlikdagi rezina naycha ulangan krujka va shisha yoki plastmassadan yasalgan uchlik tayyorlanadi.

Suyuqlik qin devorlarini bir tekis yuvishi uchun bemor yotishi shart.

Qinni chayish texnikasi quyidagicha: krujka va rezina naychani yaxshilab yuvib, rezina naycha uchlikka kiygiziladi.

Oddiy uchlik qaynatilishi, so'ngra qin devorini shikastlamasligi uchun ko'zdan kechirilishi lozim. Qinni chayish uchun tayyorlangan eritma me'yorga keltiriladi.

Kiritiladigan dorilarning xiliga qarab qinni chayish quyidagi turlarga bo'linadi:

- antiseptik moddalar bilan chayish — yiring tug'diruvchi bakteriyalar qo'zg'atgan kasalliklarda qo'llaniladi;
- burishtiruvchi moddalar eritmasi bilan chayish;
- ishqoriy (sodali) moddalar eritmasi bilan chayish —

yopishqoq shilimshiq chiqindilarni eritib tushirish uchun qo'llaniladi.

Qinni chayish uchun odatda 4—5 stakan (800—1000 ml) suyuqlik olinadi, suyuqlikning oqib chiqish tezligi jo'mrak yordamida rostlanadi.

Qin odatda kuniga ikki marta (ertalab va kechqurun) chayiladi.

Bachadon bo'yni eroziyasida qinni chayish muolajasini o'tkazish tartibi:

- ayolga muolaja maqsadi tushuntiriladi;
- muolaja uchun kerakli asbob-anjomlar tayyorlanadi;
- ginekologik kresloga taglik solib, ayol yotqiziladi;
- dumg'aza sohasiga valik qo'yiladi;
- qo'llar yuvilib, quritiladi;
- steril qo'lqop kiyiladi va niqob taqiladi;
- chap qo'lning bosh va ko'rsatkich barmoqlari bilan katta lablar keriladi;
- ikki tavaqali Kusko ko'zgusi qinga kirgiziladi;
- tayyorlab qo'yilgan 30 ml dori suyuqligi qin ichiga yuboriladi (birinchi yuborilgan dori suyuqligini to'kib, yangisiga almashtiriladi);
- muolaja 10—15 min davom etadi;
- ko'zgu qindan olinadi;
- qin paxtali tampon bilan artib quritiladi.

Tamponlar bilan davolash

Har xil yallig'lanish kasalliklari (endometritlar, metritlar, bachadon ortiqlarining kasalliklari, bachadon bo'ynidagi eroziyalar)da bachadonni tamponlar bilan davolash mumkin. Odatda, sintomitsin, streptotsid, Vishnevskiy malhami, oblepixa mazi va boshqa dori moddali tamponlar ishlatiladi. Tamponlar paxtadan, 4 x 4 sm o'lchamli dokadan tayyorlanadi. Dokaning bir uchi 10 sm uzunlikda qoldiriladi.

Tampon kiritishdan oldin bachadon bo'ynini ko'zgular yordamida ochib, qinni shilimshiq va ajralmadan tozalash, tamponni uzun pinset bilan ushlab, tashqi teshikka taqash yoki orqa gumbazga kiritish kerak. Tamponga bog'langan ipning uchlari tashqarida qoldiriladi. Tamponni bemorning o'zi 12 soatdan keyin ipidan tortib chiqaradi, so'ngra qinni soda yoki osh tuzi qo'shilgan iliq suv bilan chayadi. Qinning shilliq

pardasi qattiq ta'sirlanmasligi uchun tamponlar odatda kunora qo'yiladi.

Ba'zan kasallangan a'zoni tinch qo'yish maqsadida, shuningdek, qon aylanishi va limfa aylanishi uchun sharoit tug'dirish maqsadida bachadon naylari va tuxumdonlarning surunkali kasalliklarida, shuningdek, bu a'zolar pastga tushib qolganda ham uzun tamponlar qo'yiladi.

Qinga malhamli tamponni kirgizish texnikasi

Maqsad. O'quvchilarga qin va bachadon bo'yni sohasidagi shilliq qavatga malhamning mahalliy ta'sirini ko'rsatish. Buning uchun quyidagilar tayyorlanadi:

- steril paxtali tampon;
- pinsetlar;
- lotok;
- dori preparatlari: streptomitsin, sintomitsin emulsiyasi, Vishnevskiy malhami.

Muolajani o'tkazish tartibi:

- muolaja maqsadi bemorga tushuntiriladi;
- ginekologik kresloga taglik solib, ayol yotqiziladi;
- qo'lga steril qo'lqop kiyiladi;
- tampon dori preparatiga botiriladi;
- qin ko'zgular yordamida tekshiriladi;
- ko'zguni olmasdan turib, qinga dorili tampon pinset yordamida kirgiziladi;
- ko'zgu qindan olinadi;
- tampon 12 soatga qinda qoldiriladi.

Vaksinoterapiya. Organizmga vakcina yuborib, biror infeksiyaga qarshi sun'iy yo'l bilan immunitet vujudga keltirish usuli *vaksinatsiya* deb ataladi. Vakcina zaiflatilgan tirik yoki o'lik mikroblardan yoki ularning hayot faoliyati mahsulotidan iborat. Ko'pincha 60—70°C temperaturada qizdirish yoki kasallik mikrobining kulturasiga formalin qo'shish yo'li bilan o'ldirilgan mikroblar vaksinoterapiya uchun ishlatiladi. O'ldirilgan yoki zaiflatilgan bakteriya kulturalari qinga yuborilsa, organizm shunga javoban maxsus antitelalar ishlab chiqarish, shuningdek, fagositozni kuchaytirish bilan reaksiya ko'rsatadi. Shu narsa vakcina bilan davolashga asos bo'ladi. Bemorning o'zidan ajratib olingan bakteriyalardan tayyorlangan vakcina

o'sha bemorga yuborilsa, bu — *autovaksinatsiya* deb ataladi. Shunday kasallik bilan og'rigan boshqa bemorlardan ajratib olingan bakteriyalardan tayyorlangan vaktsina esa *geterogen (yot) vaktsina* deb yuritiladi. Ko'pincha bir kasallikning turli klinik formalari bilan og'rigan bemorlardan ajratib olingan bakteriyalarning turli shtammlaridan tayyorlangan vaktsinalari qo'llaniladi. Bunday vaktsinalar *polivalent vaktsinalar* deb ataladi.

Ginekologiyada vaktsinoterapiya, asosan, ayol jinsiy a'zolarining so'zagini davolashda ishlatiladi. So'zakka polivalent gonovaktsinasi bilan davo qilinadi.

Tayyor vaktsina titrida, 1 ml da 500 mln dan 1 mlrd gacha mikroob tanasi bo'ladi. Vaktsinaning titri va yaroqlilik muddati har bir ampulaga yozib qo'yiladi. Vaktsina dumba muskuli orasiga yoki teri ichiga yuboriladi. Vaktsina yuborilganda umumiy va mahalliy reaksiya kelib chiqadi. Juda shiddatli reaksiya bo'lishiga yo'l qo'ymaslik uchun dastlabki vaktsina katta dozada yuborilmaydi. Umumiy va mahalliy reaksiya ro'y bermaganda vaktsina dozasini sekin-asta oshirib borish, vaktsina yuborishga javoban picha umumiy va mahalliy reaksiya kelib chiqmaguncha vaktsina yuborishni davom ettirish kerak. Vaktsinani takror yuborishga javoban reaksiya yuzaga chiqmasa, vaktsina yuboraverishning foydasi yo'q. Vaktsina qancha yangi bo'lsa, organizmga kiritilganda o'shancha kuchli reaksiya kelib chiqadi. O'tkir so'zakda vaktsinaning dastlabki dozasi o'rta hisobda 200—250 mln mikroob tanasidan iborat bo'ladi. Organizmning ko'rsatadigan reaksiyasiga, vaktsina dozasi qarab, gonokokk vaktsinasi har 1—3 kunda yuboriladi, dozasi esa har gal 150—250 mln mikroob tanasiga oshirib boriladi.

So'zakning surunkali formalarida mahalliy vaktsinatsiya usuli keng qo'llaniladi. Bunda vaktsina bachadon bo'yni, uretra va to'g'ri ichak shilliq pardasining tagiga yuboriladi. Mahalliy vaktsinatsiya kichik dozalardan: 40 mln mikroob tanasidan boshlanib, sekin-asta 150—200 mln ga yetkaziladi. Bu usulda umumiy va mahalliy reaksiya kuchli bo'ladi. Shuning uchun bu usulni faqat kasalxona sharoitida qo'llash mumkin.

Aktiv sil, yurak-tomir sistemasning organik kasalliklari, buyraklar va jigarning og'ir kasalliklari, ozib ketish, og'ir anemiyada vaktsinalar bilan davolash mumkin emas.

Boshqa kasalliklardan surunkali piyelit va sistitni vaksina bilan davolash (ayniqsa, siydik yo'llari ichak tayoqchasidan zararlanganda) yaxshi natija beradi.

Ba'zan vaksinoterapiya bilan bir vaqtda *laktoterapiya* ham qo'llaniladi. Aralash infeksiyada va so'zakning yashirin formalarida, organizm vaksinoterapiyaga yoki laktoterapiyaga sust reaksiya ko'rsatganda ham vaksina, ham sut bilan davolash tavsiya etiladi. Bunday hollarda vaksina va sut bir shprisga tortib olinib, muskul orasiga yuboriladi. Ayni vaqtda kichikroq doza, masalan, 1 ml sut va 100 mln mikroob tanasi bo'lgan vaksina olinadi. Organizmning ko'rsatadigan reaksiyasiga qarab doza oshirilaveradi. Ba'zan sut bemorning o'z qoni bilan qo'shib yuboriladi. Qon bilan sut aralashmasi ham muskul orasiga 3:1 nisbatda yuboriladi (qaynagan 3 ml sutga bemor qonidan 1 ml qo'shiladi).

Autogemoterapiya — terapevtik maqsadlarda bemorning o'z qonini parenteral yo'l bilan yuborish — ginekologiyada keng rasm bo'lgan.

Autogemoterapiyada klinika nuqtayi nazaridan organizm himoya kuchlarining oshganligi va qon yaratish a'zolarining faoliyati kuchayganligi (leykositoz oshganligi) qayd qilinadi. Autogemoterapiya quyidagi kasalliklarda qo'llaniladi:

- jinsiy a'zolarining yallig'lanish kasalliklari (jumladan, so'zak kasalligi);
- yuqumli kasalliklar (jumladan, operatsiyadan keyingi pnevmoniyalar);
- bachadondan funksional xarakterdagi qon ketishi (ayniqsa, balog'atga yetish davrida);
- furunkuloz va hokazolar.

Autogemoterapiyada katta dozalar (10—20 ml) ham gemostatik ta'sir ko'rsatadi. Autogemoterapiya qilishda qon bemorning tirsak venasidan yo'g'on ignali shprisga tortib olinib, shu bemor dumbasining yuqori-tashqi kvadrantidagi muskul orasiga yuboriladi. Qon kunora 5—10 ml dan yuboriladi. Qon ivib qolmasligi uchun shprisga oldin 5 % natriy sitrat (*Sol. Natrii citrcii 50%*) ning steril eritmasidan 1—2 ml tortib olinadi.

Jinsiy a'zolarining difteriya (bo'g'ma) tayoqchasi, qoqshol tayoqchasi yoki gazli gangrena mikrobi qo'zg'atgan infeksiyalarda antitoksik spetsifik zardoblar yuborish shart.

Profilaktika maqsadida, ayniqsa, qishloq joylarda baʼzan anaerob infeksiyaga qarshi, shuningdek, qoqsholga qarshi maxsus zardoblar yuborishga toʻgʻri keladi. Koʻpincha jarohatlar ifloslangan deb gumon qilinganda (homilador ayol uyida tugʻganda, ayol ochiq shikast olganda) shunday zardob yuboriladi.

Zardob bilan davolashda (shuningdek, boshqa oqsil preparatlarining har xil turlarini yuborganda) garchi temperatura koʻtarilib, et uvishsa, yurak-tomir sistemasining funksiyasi buzilsa, teriga toshma toshsa ham reaksiya ozroq boʻladi. Anafilaksiya xavfini, yaʼni organizmga parenteral yoʻl bilan (yaʼni meʼda-ichak yoʻlidan tashqari) oqsil moddalar yuborishga javoban organizm sezgirligining oshib ketishini nazarda tutish kerak.

Antianafilaktik vaksinatsiya. Anafilaktik shokda bemor junjib (eti uvishib), juda halloslaydi, tomiri tez-tez va zaif uradi, lablari koʻkaradi, qoʻl-oyoqlari sovub qoladi. Baʼzan koʻz qovoqlari, qoʻl-oyoq barmoqlari shishadi, terisiga toshma toshadi va badani qichishadi. Yuqorida qayt etilgan hodisalar odatda hatto ogʻir yotgan bemorlarda ham tez bosiladi. Shu sababli bemorga ilgari biron zardob yuborilganligi anamnezdan maʼlum boʻlsa, anafilaktik shokning oldini olish maqsadida bunday bemorga bir kun ilgari yoki bir necha soat oldin 0,5—1,0 ml zardob yuborish va shundan keyingina zarur dozani inyeksiya qilish zarur.

Bachadondan qon ketganda, gemofiliyada (qon oqishi tiyilmaganda) va homiladorlik toksikozlarida baʼzan davo maqsadida nospetsifik zardoblar (yaʼni otning oddiy qon zardobi) qoʻllaniladi.

Ginekologiya amaliyotida quyidagi holatlarda **qon quyish** tavsiya etiladi:

- ayol birdan koʻp qon yoʻqotganida;
- postgemorragik, uzoq vaqt qon ketaverib ikkilamchi anemiya belgilari paydo boʻlganda;
- septik jarayonlarda;
- shokda;
- ogʻir operatsiyalarda;
- operatsiyadan oldingi va keyingi davrlarda organizmning qarshiligini oshirish uchun, ayniqsa, ozgʻin bemorlarga;
- intoksikatsiyalarda;

• asosiy ginekologik kasallik qon va qon yaratuvchi a'zolarning kasalliklarini og'irlashtirganda;

• yomon sifatli o'smalarga nur bilan davo qilinganda va shunga o'xshash hollarda.

Ekstragenital kasalliklarining og'ir turlari (dekompensatsiyalangan yurak nuqsonlari, piyelonefritning og'ir xillari va shunga o'xshashlar), o'pka silining ekssudativ xillari, zotiljam, infarkt, gipertoniyaning og'ir xillarida qon quyish yaramaydi.

Keyingi paytlarda ko'ngilsiz hodisalar (gemolitik shok)ning oldini olish maqsadida bir guruhga taalluqli donor qonini quyish ma'qul ko'rilmogda. Ammo amalda 0 (I) guruh qondan ko'p foydalaniladi.

Septik kasalliklarda qon quyish g'oyatda qimmat usul hisoblanadi, chunki quyilgan qon tomirlar devoridagi retseptorlarni ta'sirlab, bir qancha reflektor reaksiyalarni vujudga keltiradi. Bu reaksiyalar bemorning sog'ayishiga yordam beradi. Bundan tashqari, organizmga qon quyish bilan birga bakteritsid moddalar kiritiladi va qonning umumiy miqdori oshiriladi.

Donorning qon guruhini va bemorning qon guruhini sinchiklab tekshirish zarur. Qon guruhini aniqlashdan tashqari, qonda rezus-faktor bor-yo'qligini ham tekshirib bilish zarur.

Qon quyishda donor qonining bemor qoniga to'g'ri kelish-kelmasligini tekshirib ko'rish shart.

Donordan to'g'ridan to'g'ri bemorga qon quyish hozir qo'llanilmaydi. Bunga sabab qon orqali o'tadigan kasalliklar, ayniqsa, OITSning oldini olishdir.

Amalda aksari qon quyish stansiyalarida tayyorlangan konservlangan qon ko'proq ishlatiladi.

Quyilgan qon bemor yo'qotgan qonning o'rnini to'ldirish bilan birga, retsiptiyent organizmida qon yaratilishini tezlatadi, gemostatik ta'sir ko'rsatadi va modda almashinuvini yaxshilaydi.

Qon plazmasi va zardobi 5—6 kunda bir marta, 100—200 ml dan, 2—3 marta venaga yuboriladi. Qon plazmasini sekin-asta (5—10 minut mobaynida) quyish kerak.

Konservlangan qon bevosita ampuladan quyiladi. Konservlangan qonni saqlash muddati 14—24 kun.

Qon quyish xirurgik operatsiyadir, shuning uchun qon

quyiladigan vaqtda hamma aseptika qoidalariga rioya qilish lozim.

Qon to'xtatuvchi dori vositalari.

Bularga bachadonga ta'sir etadigan qon to'xtatadigan dorilar: vikasol, ditsinon, ergotil, ergometrin, metilergometrin, oksitotsin, pituitrin, kalsiy xlorid, kalsiy glukonat kiradi.

Ba'zan qon to'xtatuvchi turli dorilarning kombinatsiyalari ham foyda beradi.

Gipofizning orqa bo'lagidan tayyorlanadigan ekstrakt — pituitrin R ham qon to'xtatuvchi dori sifatida ishlatilishi mumkin. Bu preparat silliq muskullarning (shu jumladan, bachadon muskullarining) qisqarishini kuchaytiradi. Pituitrin R ichak va qovuqning operatsiyadan keyingi atoniyasida ishlatiladi. Bachadondan disfunktsional qon ketganda (balog'atga yetish davrida, klimaks davrida), surunkali metritda, abortdan keyin qon ketganda pituitrin R, oksitotsin qo'llaniladi.

Og'riq qoldiruvchi dori vositalari.

Ginekologiya amaliyotida og'riq qoldiruvchi dori vositalariga baralgin, novokain, lidokain, spazmalgon, promidol, morfin va boshqalar kiradi. Ko'pchilik og'riq qoldiruvchi dori vositalariga, odatda, shamcha (suppozitoriy) shaklida qo'llaniladi yoki eritmasi teri ostiga yuboriladi.

Ginekologik, ayniqsa, surunkali kasalliklar bilan og'riqan bemorlarda nerv sistemasi juda qo'zg'aluvchan bo'ladi. Bunday hollarda bromid preparatlari va valeriana qo'llaniladi.

Antibiotiklar. O'rta tibbiyot xodimlari bemorlarni shifokor nazorati ostida davolaydilar.

Shifokor har bir bemor uchun alohida muayyan antibiotik preparatlarni buyuradi. Ayrim ginekologik kasalliklar, ayniqsa, spetsifik yallig'lanishlar maxsus davolash kursi (sxema) bo'yicha olib boriladi. O'rta tibbiyot xodimlari yuqorida qayd etilgan sxemalar bilan tanish bo'lishlari lozim.

So'zak, septik xarakterdagi boshqa turli yuqumli kasalliklarni davolashda ginekologiyada sulfanilamid preparatlar keng qo'llaniladi.

Quyidagi hollarda sulfanilamid preparatlarga monelik bo'ladi:

- yurak-tomir sistemasi va qon kasalliklari;
- o'pka silining keng aktiv formasi;

- yara, jigar kasalliklari;
- nefrozo-nefritlar, Bazedov kasalligi, epilepsiya, og'ir endokrin kasalliklar;
- toksikozlar bilan davom etadigan barcha homiladorliklar.

Sulfanilamid preparatlar bilan davolashda deyarli hamisha umumiy darmonsizlik, bosh aylanishi, ishtahadan qolish, picha bosh og'rig'i kabi ba'zi ko'ngilsiz hodisalar kuzatiladi. Bular davolashni to'xtatishga sabab bo'lmasligi kerak.

Bemorning boshi qattiq og'riganida, qusganida, terisiga g'udda toshganida, qo'l-oyoqlari jonsizlanib qolganda, tomiri juda tez urganda, sianoz, sariq kasalligi paydo bo'lganda sulfanilamid preparatlar bilan davolashni vaqtincha to'xtatib turish kerak. Ko'ngilsiz hodisalar paydo bo'lsa, toksinlarni organizmdan chiqarib yuborish uchun bemorga ko'proq suyuqlik beriladi, ichni tozalaydigan klizma qilinadi yoki surgi dori ichiriladi.

Antibiotiklardan penitsillin, ayniqsa, ko'p ishlatiladi. Penitsillin (*Renicilliumphotatum* yoki *crustosum*) zamburug'i moddalar almashinuvida hosil bo'ladigan moddadir. Penitsillin bakteriostatik ta'sir ko'rsatadi (mikroblarning o'sishini to'xtatadi), ammo katta dozalari bir qancha mikroblarga, jumladan, gonokokklarga bakteritsid ta'sir ko'rsatadi (bakteriyalarni o'ldiradi).

Streptokokk, pnevmokokk, gonokokk, meningokokk va boshqa ba'zi mikroblar qo'zg'atadigan kasalliklarda penitsillin yaxshi foyda beradi; penitsillin viruslarga, ichak tayoqchasiga, sil, brutselloz mikroblariga ta'sir etmaydi.

Penitsillinning zaharli xossalari yo'q. Penitsillin eritmasi odatda muskul orasiga, ba'zan esa venaga yuboriladi.

Penitsillin so'zak va turli mikroblar qo'zg'atadigan boshqa ko'pgina yuqumli jarayonlarga davo qilish uchun eng ta'sirli dorilardan biridir.

Septik jarayonlarda penitsillin dozasi va qo'llanish usuli infeksiyaning xarakteriga va o'tkirlilik darajasiga bog'liq.

Septik kasalliklarda penitsillinni qo'llab yaxshi natijalarga erishib bo'lmasligi bir qancha sabablarga bog'liq bo'lishi mumkin, ya'ni:

- mikroblarning penitsillonga chidamliligi; stafilokokk,

ichak tayoqchasi, ko'k-yashil yiring tayoqchasi, enterokokk qo'zg'atgan septik jarayonlarda ko'pincha shunday bo'ladi;

— preparatni yetarli dozada bermaslik va muntazam ravishda yubormaslik;

— preparatni haddan tashqari kech, organizmdagi o'zgarishlar qaytmas holga o'tgandan keyin (septik endokardit, ko'plab yiringli metastaz o'choqlari, miya absesslari) qo'llash;

— ochilmagai yiring o'chog'i (piyemiya) borligi.

Septik kasalliklarga davo qilishda penitsillinoterapiya hozir yetakchi terapiya ekanligi shubhasiz. Penitsillinni o'z vaqtida, to'g'ri qo'llash natijasida septik kasalliklardan o'lim ko'rsatkichi kamaygan. Bir qancha hollarda penitsillinoterapiya bilan birga, boshqa turli davo metodlaridan ham foydalanish (kimyoterapiya, jumladan, sulfanilamid preparatlar bilan davolash, immunoterapiya, jarrohlik operatsiyasi — absesslarni ochish va shunga o'xshashlar) zarurligini esda tutmoq kerak.

Keng doirada ta'sir qiladigan antibiotiklar. So'nggi vaqtda avvalo penitsillina chidamli mikroblar qo'zg'atadigan kasalliklarda antibiotiklarning katta guruhi qo'llanilmoqda.

Antibiotiklar bilan davo qilinayotganda achitqisimon zamburug'larning paydo bo'lishi kabi asoratlar kuzatilishi mumkin. Shuning uchun butun davolash kursi mobaynida bemorlarga vitaminlar (yaxshisi polivitaminlar), dori preparatlaridan — levorin va nistatin buyurish lozim.

AYOLLAR JINSIY A'ZOLARIDAGI XAVFLI O'SMALAR KIMYOTERAPIYASI

Yomon sifatli o'smalarni davolashda turli kimyoterapevtik preparatlar qo'llaniladi. O'smani asosiy davolash usullarini kimyoterapiya bilan qo'shib qo'llaganda yaxshi natijalarga erishiladi.

Xirurgik va nur bilan davolashni qo'llash mumkin bo'lmaganda (o'smaning disseminatsiyalangan formalari) birgina kimyoterapiya asosiy rol o'ynaydi. Bemor batamom tuzalmasa-da, ba'zi bir og'riqli belgilarni yo'qotadi va umrini uzaytiradi.

Tanosil a'zolarining o'smasiga kelganda, kimyoterapiya asosan, tuxumdonning yomon sifatli o'smalarida, xorionepiteliomada keng qo'llaniladi. Kasallikning ancha chuqur bosqichlarida, xirurgik va nur bilan davolash qo'shib qo'llaniladi.

Tuxumdonning yomon sifatli o'smalarida kasallikning ancha chuqur bosqichlarida ham qator hollarda kimyoterapiya qo'llab yaxshi natijaga erishilmoqda (o'smaning o'lchami kichrayadi, assit va charvidagi metastazlar yo'qoladi). O'tkazilgan kimyoterapiyadan keyin o'smalarni xirurgik yo'l bilan olib tashlashning imkoni tug'iladi.

Kimyoterapevtik preparatlar har xil yo'llar bilan kiritiladi: teri ostiga, venaga, qorin bo'shlig'iga. Preparatni qorin bo'shlig'iga kiritish usuli ko'proq tuxumdonning yomon sifatli o'smalarida, ayniqsa, assitda qo'llaniladi. Bunday hollarda assit odatda troakar orqali evakuatsiya qilinadi va keyin shu troakar orqali preparat qorin bo'shlig'iga yuboriladi. Assit suyug'ligining bir qismi steril kolbaga yig'iladi va tekshirish uchun laboratoriyaga jo'natiladi.

Parazitlarga qarshi vositalar

Trixomonadli kolpitni davolash uchun metronidazol (trixopol 250, flagil, klion, efloran) qo'llaniladi. Trixopol 500 vaginal shamcha ko'rinishida ishlab chiqariladi. Bu preparatlar bilan bir qatorda, shilliq qavat zamburug'li zararlanishning oldini olishda nistatin preparati qo'llaniladi.

Gormonoterapiya

Gormonlar bilan davolashda ichki sekretsiya bezlaridan tabiiy yo'l bilan olingan preparatlar va sintetik analoglar qo'llaniladi.

Davolashning quyidagi turlari mavjud:

1. *O'rnini bosuvchi gormonoterapiya* — organizmda gormonlar miqdori yetishmasligida yoki kamayib ketganda qo'llaniladi.
2. *Stimullovchi gormonoterapiya* — organizmdagi tabiiy gormon ishlab chiqarilishini kuchaytiradi.
3. *Tormozlovchi gormonoterapiya* — endokrin bezlarning gipersekretsiyasida qo'llaniladi.

Gormonal preparatlar quyidagicha farqlanadi:

- ayollar jinsiy gormoni (estrogen va sariq tana gormonlari);
- erkaklar jinsiy gormoni.

Estrogen preparatlarga — estron (follikulin), estradiola dipropionat, etinilestradiol (mikrofolin), sinestrol kiradi.

Estrogen preparatlarning aktivligi shartli birliklarda (TB) ifodalanadi (1 mg estron 10 000 TB tashkil qiladi).

Ko'rsatmalar. Birlamchi va ikkilamchi amenoreya, infantilizm, bepushtlik, klimakterik va postkastratsion sindromlarda, bachadondan disfunktsional qon ketganda qo'llaniladi.

Monelik. Jinsiy a'zolar va sut bezining o'smasida. Birinchidan, sust ishlayotgan endokrin bezlarning yetishmayotgan gormonlarini to'ldirish, ikkinchidan, biron o'zgarish yoki kasallik oqibatida normadan ortiqroq ishlayotgan endokrin bezlarning sekretini neytrallash maqsadida organizmga gormonal preparatlar va sintetik gormonlar yuboriladi. Endokrin bezlar ortiqcha ishlab, gormonlar ko'p chiqqanda boshqa bezlarning birgalashib ishlashi buziladi.

Tuxumdon funksiyasi buzilganda tuxumdon gormonining preparatlari ginekologiyada keng qo'llaniladi.

Tuxumdonning ekstraktlari *ovarinlar* deb ataladi. Tuxumdon to'qimasida gormonlar kamroq bo'ladi, follikula yorilishi paytiga kelib follikular suyuqlikda ovarial gormon ko'payadi. Follikular apparatdan ishlanib chiqadigan bu gormon *estrogen gormon* deb ataladi.

Tuxumdon gormonlari bevosita qonga o'tib, siydik bilan chiqqani uchun tabiiy estrogen moddalarning preparatlari follikular gormonlar homilador ayollar yoki ot siydigidan olinadi.

Tuxumdon gormonlarining preparatlari tabletka, tomchi dori va ampulalarda (teri ostiga yuborish uchun) ishlab chiqariladi.

Tuxumdon gormonlaridan quyidagi hollarda qo'llaniladi:

- infantilizm;
- balog'atga yetish davrida qon yaratish funksiyasining buzilishi;
- klimakteriy davrida;
- ovqatlanishning buzilishi (yog' bosishi);
- hayz ko'rish funksiyasining buzilishi;
- tug'maslik (yallig'lanish jarayonlarining oqibatlariga bog'liq bo'lmagan tug'maslik);
- ichki sekretsiya bezlarining kasalliklari;
- ba'zi nerv kasalliklari (epilepsiya) va psixozlar. Tegishli ko'rsatmalar bo'lganda sintetik gormonlar (jumladan, sine-strol) dan foydalangan ma'qul.

Jinsiy a'zolarining chala taraqqiy etishi, tuxumdonlar gipofunksiyasi va shu tufayli gipooligomenoreya yoki ikkilamchi amenoreya belgilarining kelib chiqishi, gemorragik metropatiyaga estrogen preparatlar bilan davoladi.

Sut bezlarining rakida va tuxumdonning xavfli o'smalarida ham esterogen preparatlari keng qo'llanilmoqda. Odatda, ular keksa yoshdagi va kechki menopauzadagi bemorlarga buyuriladi.

Menopauzada bo'lgan yoki menopauzadan keyingi birinchi yillarda (5 yilgacha) androgenlarni qo'llash maqsadga muvofiq.

Sintetik esterogen preparatlarni teri ostiga yuborish uchun ampulalarda va ichish uchun tabletkalar shaklida ishlab chiqariladi.

Sariq tana ham ichki sekretiya bezi hisoblanadi, tuxumdonning shu tanadan ishlanib chiqadigan ikkinchi gormoni sariq tana gormoni *progesteron* deb ataladi.

Sariq tananing sintetik gormonlari *progesteron* va *pregnin* nomi bilan ishlab chiqariladi.

Progesteron quyidagi xususiyatlarga ega:

— proliferatsiya holatidagi endometriyning sekretor o'zgarishiga sabab bo'ladi;

— bachadon va naylardagi muskullarning qisqarishini kamaytiradi;

— sut bezlarining taraqqiy etishini tezlatadi.

Progesteron quyidagi hollarda qo'llaniladi:

— amenoreya (birlamchi va ikkilamchi);

— dismenoreya;

— bachadondan funksional qon oqishi (gemorragik metropatiya, yuvenil qon oqishi va klimakteriy davrida qon ketishi).

Progesteron bilan davolash 6—8 kun davom etadi.

Qon ketmayotganda progesteron berish hayz siklining tiklanishiga imkon beradi. Odatdagi va tahdid solib turgan abortda ham progesteron qo'llaniladi.

Pregnin — sariq tana gormoni (progesteron) ning sintetik analogidir. Progesteronning biologik va shifobaxsh ta'siri qanday bo'lsa, pregninniki ham shunday. Pregninning progesterondan afzalligi shuki, uning tabletkalarini qabul qilish mumkin.

Ammo pregninning biologik aktivligi progesteronga qaraganda taxminan 5—6 baravar kamligini nazarda tutmoq kerak.

Sariq tana gormonining yetarli darajada ishlab chiqarilmasligi tufayli tuxumdonlar funksiyasi buzilganda pregnin buyuriladi.

Erkak jinsiy gormonining preparatlari *testosteron-propionat* va *metiltestosteron* nomi bilan ishlab chiqariladi.

Ayollarda bachadondan funksional qon oqishi, tomir va nerv sistemasining klimakteriy davri bilan bog'langan o'zgarishlarda testosteron-propionat buyuriladi. Klimakteriydan ilgarigi davrda va klimakteriy davrida bachadondan funksional qon oqqanida testosteron inyeksiya qilinsa, endometriy atrofiyalanib, qon ketishi to'xtaydi.

Tuxumdonlar bilan sut bezining rakiga davo qilishda ham testosteron qo'llaniladi.

Qalqonsimon bez ekstrakti — *tireoidin* qalqonsimon bezning yetarli ishlamasligidan kelib chiqqan menoragiyalarda qo'llaniladi.

Pituitrin R gipofiz (miya ortig'i) orqa bo'lagining ekstrakti bo'lib, odatda teri ostiga yuboriladi (bir gallik dozasi 0,5—1 ml). Bu preparatlar silliq muskullarni qisqartirgani uchun bachadondan atonik qon ketishida, operatsiya qilingan bemorlarning siydigi ushlanib qolganda, meteorizmda ichak peristaltikasini kuchaytirish uchun buyuriladi.

Gipofizning old bo'lagidan chiqadigan gormon jinsiy funksiyalarga ta'sir ko'rsatadi. Gipofizning old bo'lagidan ikkita gormon chiqadi: follikulalarni qo'zg'atadigan gormon — *prolan A* follikulaning o'sishiga va yetilishiga yordam beradi, luteinlashtiruvchi gormon — *prolan B* follikulalarni sariq tanaga aylantiradi. Ayollar homilador bo'lgan vaqtda xorial gonadotropinalar hosil bo'lishi kuchayadi, bu siydik bilan ko'plab chiqadi. Siydikdan *prolan B* (luteinlashtiruvchi gormon) chiqishini homiladorlikning ilk muddatlarida aniqlash mumkin.

Buyrakusti bezlarining gormoni — *adrenalin* tomirlarni toraytiradi va qonni to'xtatadi. Ayol ko'p qon yo'qotib, qon bosimi pasayib ketganda adrenalinni fiziologik eritma bilan teri ostiga yuborish yaxshi samara beradi (500 ml fiziologik eritmaga 1 ampula). Bundan tashqari, adrenalin mahalliy anesteziyada, orqa miya anesteziyasi bilan sakral anesteziyada qo'llaniladi. To'qimlarga qon kelishini kamaytirish va anesteziya muddatini oshirish maqsadida 10 ml novokain

eritmasiga 1:1000 nisbatdagi adrenalin eritmasidan 2 tomchi qoʻshiladi.

Oxirgi avlod gormonal preparatlar *klimonorm* — kombinatsiyalangan estrogen-gestogenli, *femoston* — 2 fazali kombinatsiyalangan estradiol+didrogesteronli preparatlar boʻlib, klimaktirik davrda qoʻllaniladi; *dyufaston* — hayz sikli buzilganda qoʻllaniladi.

FIZIOTERAPEVTIK DAVOLASH USULLARI

Ayollar jinsiy aʼzolarining yalligʻlanish kasalliklariga davo qilishda fizioterapevtik usullar koʻp qoʻllaniladi.

Organizmga biron fizioterapevtik usul bilan taʼsir etganda shuni nazarda tutish kerakki, har qanday boshqa tashqi taʼsir kabi fizioterapevtik taʼsir ham reflektor reaksiyalarga sabab boʻladi. Fizioterapevtik muolajalarning shifobaxsh taʼsir koʻrsatishida ana shu reaksiyalar katta rol oʻynaydi. Davolash muassasalarida koʻrsatiladigan terapevtik taʼsirlarda shartsiz taʼsirot (yaʼni biron fizioterapevtik muolaja) bilan birga, har xil tashqi omillar ham taʼsir etishini esdan chiqarish yaramaydi.

Sharoitning qulayligi, saranjomlik, yot taʼsirlarning yoʻqligi bemorlarning ahvoliga shubhasiz ijobiy taʼsir koʻrsatadi va shifobaxsh muolajaning durust kor qilishida katta rol oʻynaydi.

Bemor odatlanmagan har qanday yangi doimiy taʼsirotning kelib chiqishi I.P.Pavlov taʼlimotiga muvofiq organizmning javob reaksiyasiga sabab boʻlishi kerak. Terapevtik natijani ikkinchi signal sistemasi orqali ham kuchaytirish mumkinligini esda tutish kerak. Bemorning bosh miya poʻstlogʻiga ikkinchi signal sistemasi orqali soʻz bilan maxsus taʼsir koʻrsatish nuqtayi nazaridan baho bermoq kerak. Shunday ekan, terapevtik agent bemor uchun toʻgʻridan toʻgʻri qarshi omilga, yaʼni salbiy omilga aylanib ketmasligi uchun tibbiyot xodimlari bemor bilan muomalada toʻgʻri yoʻl tuta bilishlari zarur.

Elektroterapiya

Ginekologik bemorlarga davo qilishda elektr tokidan galvanik, faradey va yuksak kuchlanishli oʻzgaruvchan tok shaklida qoʻllaniladi.

Taʼsir etib turgan vaqtda kuchlanishi bir xil boʻlgani holda bir yoʻnalishga ega boʻladigan tok *galvanik tok* yoki *oʻzgarmas*

tok deb ataladi. Galvanik tok galvanik batareya, akkumulator yoki maxsus mashinadan olinadi. Terapevtik maqsadlar uchun tok kuchlanishi 60—80 V dan oshmasligi lozim.

0,25—1 mm qalinlikdagi yupqa qalay elektrodlar eng yaxshi elektrodlar hisoblanadi.

Elektrod yuzaga zichroq yopishib turishi va shu bilan tokni bir tekis taqsimlashi uchun, paxmoq laxtaklardan qalin gigroskopik qistirma qo'yiladi. Qistirma fiziologik eritma bilan ho'llanadi, siqib tashlanadi va badanning elektroliz bilan ta'sir etiladigan qismiga yopiladi, ustidan qalay elektrod plastinkasi qo'yiladi va hammasi birga vint bilan mahkamlanadi.

Elektroterapiya quyidagi hollarda qo'llaniladi:

— qorin pastida, biqin sohasidagi muayyan nuqталarda og'riq sezilib, ayni vaqtda jinsiy a'zolarida obyektiv o'zgarishlar bo'lmaganda;

— ichak va qovuq atoniyasida.

Hammaga ma'lum Rumkorf g'altagidan olinadigan o'zgaruvchan tok *Faradey toki* deb ataladi, u qovuq va to'g'ri ichak sfinkteri bo'shashganda, shuningdek, qorin va chanoq tubi muskullarining zaifligida qo'llaniladi. Faradey toki ta'sirida muskullarning yuqorida ko'rsatilgan guruhlar qisqaradi va chiniqadi. Faradizatsiya uchun sterjen shaklida ishlangan ko'mir elektrod sterilizatsiya qilinib, qovuq yoki to'g'ri ichak bo'shlig'iga kiritiladi, yassi plastinka — elektrod esa qoriga yoki dumg'azaga qo'yiladi.

Ionoterapiya

Muayyan dori moddalarni, masalan, yod, kalsiy va boshqa elementlarning ionlarini o'zgarmas elektr toki yordamida organizmga yuborish *ionoterapiya* (boshqacha aytganda ionoforez, elektroionoterapiya) deb ataladi. Ayni vaqtda terapevtik effekt beradigan ionlar organizmga yuboriladi.

Elektroionoterapiya texnikasi qo'yidagicha: bemorning dumg'aza sohasiga qumli xalta qo'yilib, indifferent elektrod badanga zich taqaladi. Bu elektrod iliq fiziologik eritmaga ho'llangan matoni qalin qavati bilan qoplangan 10x15 sm kattalikdagi qo'rg'oshin plastinkadan iborat. Mato qavati bilan qoplangan ikkinchi elektrod qorinning pastki qismiga qo'yiladi. Bu elektrod matosi ham dori moddasi eritmasiga ho'llangan bo'ladi.

Ginekologiya amaliyotida ionoterapiya ko'pincha qin yoki bachadon bo'yni kanalining shilliq pardasi orqali o'tkaziladi.

Vaginal terapiya uchun silindrik uchlik shaklidagi elektrodan foydalaniladi.

Vaginal elektrod quyidagicha tayyorlanadi: naysimon ko'zgu olib, qinga shunday kiritiladiki, bachadon bo'yni ko'zguning ichiga kirib tursin. Ko'zguning tashqi teshigi rezina tiqin bilan berkitiladi, bu tiqinga ebonit sterjen va unga mahkamlangan ko'mir elektrod va ikkita shisha naycha hamda ularga kiygizilgan ingichka rezina shlanglar kiygizilgan bo'ladi.

Qinga kiritilgan ko'zgu pastki shisha naycha orqali dori eritmasi bilan to'ldiriladi. Shundan keyin ikkala naycha qisqichlar bilan berkitilib, elektrodni ulashga kirishiladi.

Elektrodlarni muolajaga tayyorlash. Har bir muolajadan keyin elektrodning paxmoq yoki doka qistirmalari almashiriladi. Navbatdagi har bir muolajadan oldin elektrodliq suvga chayiladi, qaynatiladi va quritilganidan keyin yana ishlatilaveradi.

Elektrodlar (va qistirmalar)ning bittasini hamisha bir xil dori eritmasiga ho'llash uchun ularni shartli belgilar bilan belgilab qo'yish lozim.

Vaginal elektrodlar har gal ishlatilgach, spirt bilan artiladi va dezinfeksiyalovchi modda eritmasida saqlanadi. Bu elektrodlar ishlatilishidan oldin maxsus sochiqda artiladi.

To'ldirma elektrodni ham ishlatgandan keyin dezinfeksiya qilish kerak. Silindrik ko'zgu iliq suvda sovunlab yuviladi, so'ngra qaynatiladi. Rezina qistirma va unga o'rnatilgan elektrod, shisha naychalar 0,5% li lizol eritmasida cho'tka bilan sovunlab yuviladi, so'ngra spirt bilan artiladi.

Ayollar jinsiy a'zolarining yallig'lanish kasalliklarida, chunonchi, bachadon va ortiqlarning yallig'lanish kasalliklari, perimetrit va parametritlar, fiksatsiyalangan retroverziyalar va shu kabilarda ionoterapiya keng qo'llaniladi.

Ionoterapiyaga moneliklar:

- yiringli jarayonlar;
- yomon sifatli o'smalar;
- teri epidermisining shikastlanishi.

Diatermiya

Diatermik tok (yuksak chastotali tok) bir necha elektrodli maxsus apparatlar yordamida hosil qilinadi va mahalliy diatermiya shaklida qo'llaniladi.

Ginekologiyada elektrodni qorin bilan belga (qorin-orqaga joylashtirish), qorin bilan qinga qo'yish (qorin-qin-orqaga joylashtirish) keng qo'llaniladi.

Diatermiya, ayniqsa, gonokokk kabi issiqqa oqiz bakteriyalarga bakteritsid ta'sir etadi, to'qimalardagi modda almashinuvini oshiradi, qon va limfa aylanishini kuchaytiradi, og'riq sezgisini kamaytiradi va hokazo.

Ginekologiyada diatermiya chanoq qorin pardasi yallig'lanib, bitishma, eksudatlar paydo bo'lganda, operatsiyadan keyin chandiqlar paydo bo'lganda, parametritlarda, bachadon ortiqlaridagi yallig'lanish jarayonlarida qo'llaniladi.

Tuxumdon gipofunksiyasida, jinsiy a'zolar chala yetilganda, spastik dismenoreyada diatermiya yaxshi natijalar berishi mumkin.

Seans vaqtida bemor badaniga issiq o'tganini sezib, rohat qiladi. Elektrodni badanga zich taqalib turmasa, badan achishadi va og'riq sezgisi paydo bo'ladi. Diatermiya seansi 20 minutdan 1 soatgacha davom etadi; tok kuchi 0,7—2A.

Endoservisitlar va bachadon bo'ynining eroziyalarida to'qimalarni koagulatsiya qilish maqsadida ham diatermiya toki qo'llaniladi. Koagulatsiyadan keyin qinga vazelin moyi bilan ho'llangan steril tampon 12 soatga tiqib qo'yiladi.

Moneliklar. Sezuvchanlikning buzilishi, yiringli jara-yonlar, qon oqishi, isteriya.

Yorug'lik bilan davolash. Ginekologik kasalliklarga davolash maqsadida yorug'lik yoki gelioterapiya (oftob bilan davolash) shaklida yoki sun'iy yorug'lik manbalari yordamida qo'llaniladi.

Oftob vannalari. Organizmga oftobning ko'rsatadigan ta'siri quyosh yorug'ligi spektrining tarkibiga va yoritilish muddatiga bog'liq. Quyoshning nechog'liq balandda turishiga va atmosfera holatiga (namlik, bulut va shunga o'xshashlarga) qarab hatto bir joydagi quyosh spektri ham farq qiladi. Shunday ekan, kunning turli soatlarida va turli fasllarda quyosh bir xilda ta'sir etmaydi.

Oftob vannalaridan foydalanish ba'zi bir qoidalarga rioya qilishni talab etadi, chunonchi:

— davolashga kirishishdan oldin bemor badanini oftob bilan yoritishga asta-sekin o'rgatishi zarur;

— dastlabki havo vannalarida kasallik o'chog'ini yoritmaslik

kerak, chunki yallig'lanish jarayonlarini zo'riqtirib yuborish xavfi bor;

— bemorning boshiga (ayniqsa, ko'ziga) oftob tushmasligi uchun to'sib qo'yish kerak;

— to'yib ovqat yegandan keyin oftob muolajalarini qo'llash yaramaydi;

— muolaja vaqtida bemorga doimo qarab turiladi (yurak faoliyati tekshiriladi), mahalliy reaksiyaga (teri reaksiyasiga) va bemorning umumiy ahvoriga e'tibor beriladi;

— oftob vannasi tamom bo'lgach, bemorning charchash va bedarmonlik hissini bartaraf qilish uchun iliq suvli vanna buyuriladi.

Umumiy oftob vannalari sil jarayonlarida, ginekologik kasalliklar umumiy kamqonlik va ozg'inlik bilan davom etganda, chanoqdagi, a'zolarining surunkali yallig'lanish jarayonlarida qo'llaniladi.

Tuxumdonlar yetarli ishlamaganda (gipomenoreya, oligomenoreya, amenoreya), ko'p qon yo'qotishdan kelib chiqqan anemiyalarda, dismenoreyalarda oftob vannalari yaxshi natija beradi.

Moneliklar. Ayollar jinsiy a'zolarining qon oqishga moyillik bilan davom etadigan yallig'lanish jarayonlari, yaxshi sifatli va yomon sifatli o'smalar, dekompensatsiyalangan yurak poroklari, o'pka silining aktiv formalari, cho'pday ozib ketish, umumiy arterioskleroz, markaziy nerv sistemasining organik kasalliklari va epilepsiya umumiy oftob vannalarini buyurishga monelik qiladi.

Sun'iy yorug'lik manbalari bilan davolash

Davolash maqsadida sun'iy yorug'lik manbalaridan: infraqizil nur sochuvchi asboblari, Minin reflektori, solluks lampasi; ultrabinafsha nur sochuvchi asboblari, kvars lampasidan foydalaniladi.

Minin reflektori elektr yorug'ligi bilan davolash uchun ishlatiladigan eng oddiy asbob hisoblanadi. Davolash 10—15 kun davom etib, har kuni 20 minutdan 60 minutgacha yorug'lik beriladi.

Elektr vannalar chanoq a'zolarining normal temperatura bilan davom etadigan har xil yallig'lanish jarayonlarida qo'llaniladi va ayniqsa, parametritlarda (chanoq kletchatkasi

yallig'langanda) yaxshi ta'sir ko'rsatadi. Seans 5 minutdan 30 minutgacha davom etadi. Hammasi bo'lib 10—20 seans buyuriladi.

Yurak poroklari, miokardit, buyraklarning og'ir kasalliklari, chanoq va organizmning boshqa qismlaridagi o'tkir yoki zo'riqqan yallig'lanish jarayonlari elektr vannalardan foydalalanishga monelik qiladi.

Solluks lampasi, asosan, infraqizil nurlarni sohadigan 200 Vattli katta elektr lampadan iborat.

Ginekologiyada ayollar jinsiy a'zolarining yarimo'tkir va surunkali yallig'lanish jarayonlariga davo qilish uchun solluks lampasi keng qo'llaniladi. Bu lampa ta'sirida infiltrat shimilib ketadi va og'riq bosiladi. Qizil filtrdan foydalanish mahalliy giperemiya va leykositozga sabab bo'lib, yaxshi natija beradi.

Simob-kvars lampasi, asosan, ultrabinafsha nur sohadadi. Ginekologiya amaliyotida butun badanni, shuningdek, uning ayrim joylarini yoritish uchun kvars lampasidan foydalaniladi. Quyidagi kasalliklarda butun badan ultrabinafsha nurlari bilan yoritiladi:

- jinsiy a'zolar silida;
- umumiy kamqonlik va ozg'inlik bilan davom etadigan surunkali yallig'lanish jarayonlari — ginekologik kasalliklarda;
- tuxumdon funksiyasining buzilishi (amenoreya, gipomenoreya, oligomenoreya, dismenoreya)da;
- balog'atga yetish davridagi kamqonlik va ortiqcha asabiy qo'zg'alishda.

Qorin devori va oraliqning operatsiya jarohatlari yiringlaganda, furunkulozda badanning ma'lum bir qismi ultrabinafsha nurlar bilan yoritiladi.

Butun badanni yoritish 2—3 ultrabinafsha birlik (UFE—UBB) dan boshlanadi, navbatdagi har bir seansda doza 2—3 UBB oshiriladi. Umumiy doza 30—40 UBB ga yetkaziladi.

Kvars lampasi bilan ishlaganda xodimlar ham, bemor ham qoramtir shishali himoya ko'zoynagi taqib olishlari kerak, aks holda ko'zning muguz pardasi yallig'lanishi mumkin.

Gidroterapiya

Suv bilan davolash yoki *gidroterapiya* fizik davolash usuli bo'lib, bunda turli temperaturadagi suvdan davo maqsadida foydalaniladi.

Gidroterapiyaning ta'siri temperatura (issiq yoki sovuq) ning organizmga ta'sir etishi bilan chambarchas bog'liq. Bu ta'sir quyidagilardan iborat:

1. *Termik ta'sir* kuchi badan va suv temperaturasining farqiga, organizmga tegadigan yoki organizmdan ketadigan (sovuqda foydalanilganda) issiqlik miqdoriga, ta'sir etuvchi temperaturaning o'zgarish tezligiga bog'liq. Bundan tashqari, issiq yoki sovuqning qancha vaqt ta'sir etishi ham termik ta'sir kuchini o'zgartiradi. Issiq yoki sovuq uzoqroq ta'sir etganda kuchliroq reaksiyaga sabab bo'ladi. Biron xil muolajaga o'rganib qolishning ahamiyati bor. Shu sababli dastlabki effektini vujudga keltirish uchun takroriy muolajalarda suv temperaturasi yuqoriroq bo'lishi kerak.

2. *Mexanik ta'sir* (umumiy vannadagi suyuqlik ustunining bosimi, dushda, badanni latta ho'llab artganda terining ta'sirlanishi va shunga o'xshash).

3. *Kimyoviy ta'siri* suvdagi kimyoviy aralashmalarga bog'liq (karbonatli, gorchitsali vannalar va h.k.).

Vannalar bilan davolash

Kasalxona muassasalarida turli vannalar ko'p qo'llaniladi. Ular qimmatli gidroterapevtik muolaja hisoblanadi.

Umumiy va mahalliy vannalar farqlanadi. Butun tana bo'yingacha suv bilan ko'milib tursa, *umumiy vanna*, tananing faqat bir qismi suvga botib tursa, *mahalliy vanna* deb ataladi (o'tiriladigan, bel va oyoq vannalari). Umumiy vannalar ham, mahalliy vannalar ham suv temperaturasiga qarab issiq (38°C va undan yuqori), iliq (35°C dan 37°C gacha), indifferent (34°), salqin ($25\text{--}33^{\circ}\text{C}$) va sovuq (25°C dan past) vannalarga bo'linadi.

Vannalar organizmga termik, mexanik va kimyoviy ta'sir qiladi, shu bilan birga, iliq vannalar modda almashinuvini kamaytirsam, issiq va salqin vannalar modda almashinuvini kuchaytiradi. Nimjon va ozg'in bemorlar umumiy vanna qabul qilishda ehtiyot bo'lishlari kerak. Bunday bemorlarning badanini ba'zan suvda ho'llangan latta yoki teng baravar suv qo'shilgan spirt bilan artib kifoyalanishga to'g'ri keladi.

Iliq vannadan foydalanishga monelik yo'q, desa bo'ladi.

Ginekologiya amaliyotida o'tiriladigan vannalar yoki bel vannalari ko'proq qo'llaniladi. Ular, asosan, mahalliy (chanoq va qorin organlariga) ta'sir etadi. 20—30 minut o'tiriladigan iliq (35—37°) vannalar chanoq organlarining surunkali kasalliklarida tinchlantiruvchi va shimiltiruvchi ta'sir ko'rsatadi; issiq (40°gacha va undan yuqori) vannalar esa chanoq sohasidagi eksudativ jarayonlarda va yallig'lanish infiltratlarida juda ta'sirli shimiltiruvchi muolaja hisoblanadi.

Terining termik va kimyoviy ta'sirlanishini kuchaytirish, qonni ko'proq keltirish va, binobarin, infiltratni tezroq shimiltirish uchun suvga ba'zan kimyoviy moddalar aralash-tiriladi. Shu maqsadda suvga osh tuzi, dengiz suvi (1—5%) va mineral buloqlardan olinadigan boshqa tuzlar aralash-tiriladi.

Sovuq (14—15°C) vannalar 2—5 minut davom etganda muskul va nerv sistemalarini qo'zg'ab, tonusini oshiradi va qon aylanishini kuchaytiradi. Shuning uchun qovuq, ichak atoniyasida, funksional amenoreyada qo'llaniladi.

Ginekologik kasalliklarga davo qilish uchun mineral (sho'r, xlorid-ishqoriy, vodorod sulfid, karbonat angidridli va hokazo) suvlardan vannalar shunday tayyorlanadiki, tegishli darajagacha isitilgan oddiy suv vannasi karbonat angidrid bilan to'yintiriladi yoki unga zarur modda aralash-tiriladi. Bunday vannalar bemorlarning umumiy ahvoliga yaxshi ta'sir qiladi va yallig'lanish jarayonlarining shimilib ketishiga yordam beradi.

Ginekologiya amaliyotida dush kamroq qo'llaniladi.

Moneliklar. Kompensatsiyasi buzilgan yurak kasallik-lari, aktiv o'pka sili, cho'pday ozib ketish, yomon sifatli o'smalar, keskin umumiy arteriosklerozda gidroterapevtik muolajalar mumkin emas.

Balchiq bilan davolash

Davolash maqsadlarida soz anorganik balchiq, chuchuk ko'llarning anorganik balchig'i, torf balchig'i juda foydali.

Balchiq muloyim moysimon massa bo'lib, rangi qora, undan vodorod sulfid va ammiak hidi keladi. Havoda balchiq kulrang bo'ladi, lekin ustiga rapa solinsa, bir necha vaqtdan keyin yana qorayib qoladi.

Torf balchig'i o'simlik organizmlarining kislorod tegmay-

digan sharoitda uzoq vaqt parchalanishidan vujudga keladi. Bu balchiqda kolloid organik moddalar va mineral tuzlar ko'p.

Qinga qo'yiladigan balchiq tamponlar, mahalliy balchiq vannalar va ko'lchalardan ginekologiyada keng foydalaniladi. Mahalliy issiq muolajalar qaysi kasalliklarda buyurilsa, balchiq muolajalari ham asosan o'sha kasalliklarda buyuriladi, lekin balchiq muolajalari ayollarning kichik chanoq bo'shlig'idagi har xil infiltratlar va turli-tuman yallig'lanish jarayonlarini shimildirib yuboradi va kuchliroq ta'sir ko'rsatadi.

Ayol jinsiy a'zolarining quyidagi kasalliklari balchiq bilan davolanadi:

— kichik chanoq bo'shlig'idagi surunkali infeksiyon yallig'lanish kasalliklari;

— jinsiy apparat funksiyasining buzilishi; jinsiy a'zolarining yetilmaganligi, ilk klimakteriy davri, oligomenoreya (hayz qonining qisqa vaqt, kam kelishi), dismenoreya, amenoreya;

— operatsiya qilinadigan kasalliklar, operatsiyadan oldin balchiq bilan davolash ma'qul topiladigan kasalliklar: yallig'langan kletchatka bilan o'ralgan bachadon ortiqlari; qorin pardasining bog'lamlari va shunga o'xshashlar;

— bachadon naylarining teshigi berkilib qolishidan kelib chiqqan bepushtliklar;

— operatsiyadan keyingi kasalliklar: ikkilamchi tartibda bitayotgan jarohatlar, operatsiyadan keyingi infiltratlar, tromboflebitlar, og'rib turadigan yamoqlar.

Quyidagi kasalliklarda balchiq bilan davolash tavsiya etilmaydi:

— o'tkir va yarimo'tkir yallig'lanish jarayonlari;

— jinsiy a'zolar sili;

— yomon sifatli o'smalar;

— homiladorlik va chilla davri.

Ginekologik kasalliklarda, asosan, yarimvanna qo'llaniladi. Bunda chanoq sohasi va ikkala sonning yuqoridagi uchdan bir qismi balchiq bilan o'raladi. Balchiq sovib qolmasligi uchun bemor brezentga ham o'raladi.

Balchiq tamponlar quyidagicha qo'llaniladi: bemor psixologik tekshirish holatida stolga yotqiziladi va qiniga silindrik yelim ko'zgu kiritiladi, ko'zgu deyarli batamom to'lguncha unga shpatel bilan balchiq qo'yiladi. So'ngra doka o'ralgan va ip bilan bog'langan paxta sharcha uzun pinset yoki kornsang

bilan olinib, ko'zgdagi balchiq qinga itariladi, ko'zgu esa shu payt qindan sekin-asta tortib olinadi. Bemor kushetkaga yotqizilib, chanoq sohasi va oyoqlari issiq qilib o'rab yopiladi.

Qindagi balchiqni olish uchun bemor yana ginekologik stolga yotqiziladi; qinga suqulgan barmoq bilan oraliq qattiq bosilib, 5—6 stakan suv to'ldirilgan Esmarx krujkasining uchligi kiritiladi. Uchlik qinning orqa gumbazigacha kiritilgach, to'la oqim hoida suv yuboriladi, ana shu suv balchiq tamponning pastrog'ida to'planaverib, tamponni qindan tiqin singari itarib chiqaradi. Qin chayib bo'lgach, tashqi jinsiy a'zolar yuviladi.

Kasallik darajasiga qarab davolash kursida 15 tadan 20 tagacha tampon qo'yiladi.

Balchiq bilan davolangan bemorlarga quyidagi maslahatlar beriladi:

- 1) gigiyena shartlariga amal qilish (gigiyenik vannalar qabul qilish, bemor har kuni ostini yuvishi);
- 2) bemor og'ir yuk ko'tarmasligi;
- 3) ichning yurishib turishini nazorat qilishi;
- 4) davolanib bo'lgach, dastlabki vaqtda shifokorga ko'rinib turishi; jinsiy aloqada bo'lmaslik muddatini ham shifokor belgilab berishi lozim.

Parafinoterapiya

Davolash maqsadlarida suvsizlangan *oq parafin* ishlatiladi, uning solishtirma og'irligi 0,9, suyuqlanish temperaturasi 52—55°C. Parafin kaft bilan badanga qo'yiladi; parafin qavatining qalinligi 2—3 mm dan oshmaydi. Parafin ustidan issiq (70—80°C) parafin shimdirilgan doka qistirma (8—10 qavat doka) qo'yiladi. Doka qistirma ustidan issiq saqlanishi uchun mumli qog'oz, so'ngra paxta yoki jun odyol yopiladi. Parafin har kuni 30—60 minut davomida qo'yiladi.

Qin parafinoterapiyasi shundan iborat: diametri 0,5—1 sm va uzunligi 15—20 sm li keladigan rezina naycha qinga 4—6 sm uzunlikda kiritiladi. Tashqi jinsiy a'zolarga temperaturasi 50°C dan oshmaydigan parafindan valik qo'yiladi. Bu valik, birinchidan, rezina naychani joyida ushlab turadi, ikkinchidan, issiq parafinning qindan oqib chiqishiga to'sqinlik qiladi. Shundan keyin sterilizatsiya qilingan va tegishli temperaturadagi 100 ml parafin rezina naycha orqali qinga shpris yoki

ballon orqali yuboriladi. Rezina naycha to'lgach tiqini yopiladi. Parafin qotib bir soat o'tgach, rezina naycha, tashqaridagi parafin valigi olinadi. Parafin tampon esa yana bir necha soatga qoldiriladi va bemor kuchanganda o'zi chiqib ketadi.

Ishlatilgan parafinni 110—120°C temperaturada 10 minut sterilizatsiya qilingandan keyin qayta ishlatilishi mumkin. Parafinni sterilizatsiya qilishdan oldin g'alvirda katta bosimdagi suv oqimida yuvish, so'ngra yaxshilab quritish kerak. Parafin 2—3 marta ishlatilganidan keyin mo'rtlashib uvalana boshlaydi, lekin unga 25—30 % yangi parafin qo'shilsa, yana ishlatishga yaroqli bo'lib qoladi.

Ozokeritoterapiya

Ozokerit neft konlarida yer bag'ridan olinadi. Xom ozokeritdan suv, mineral moylar va mexanik aralashmalarni ajratish yo'li bilan tayyorlangan standart ozokerit davolash maqsadlari uchun qo'llaniladi.

Sandart ozokerit, asosan, serezin, oz miqdorda parafin, smola va asfaltenlardan iborat. Uning suyuqlanish temperaturasi 52—68°C. Ozokeritning issiqlik sig'imi katta, issiq o'tkazuvchanligi esa past bo'lgani uchun issiqni uzoqroq saqlaydi.

Temperaturasi yuqori (60—70°C) bo'lsa ham, balchiq bilan davolashda kelib chiqadigan ko'ngilsiz hodisalar (yurak o'ynashi, toliqish) ozokerit bilan davolashda kuzatilmaydi.

Ozokeritning yallig'lanishga qarshi ta'siri, ayniqsa, yallig'lanish infiltratlarida va bo'shliqlardagi eksudatlarda, bachadon ortiqlari, chanoq qorin pardasi va kletchatkasining yallig'lanish jarayonlarida yaqqol ko'rinadi. Periferik tomirlarning kasalliklari (tromboflebitlar) da ozokerit, ayniqsa, yaxshi ta'sir ko'rsatadi. Ozokerit og'riqni ham bosadi (ba'zan jarayon qisqa vaqt zo'riqadi, keyin og'riq qoladi). Ozokerit applikasiya (50—60°C) yoki kompress holida ishlatiladi. Muolaja 30—60 minut davom etadi. Muolajalar kuniga yoki kunora buyurilib, 15—30 tagacha buyuriladi.

Kompress uchun ozokerit quyidagicha ishlatiladi.

Kompress badanning qaysi qismiga qo'yiladigan bo'lsa, o'sha qismidan birmuncha kattaroq ip gazmol (yaxshisi paxmoq) dan ikkita qistirma tayyorlanib, suyultirilgan ozokeritga botiriladi. Qistirma ozokeritni yaxshi shimib olganidan keyin uzun kornsang bilan ozokeritdan olinadi, taxta ustida yoziladi

va zarur temperaturagacha (45—50°C) sovutiladi. Badanning tegishli joyiga avval bitta qistirma qo'yiladi, ustidan esa issiqroq (60—70°C) ikkinchi qistirma yopiladi. So'ngra qistirmaning ustidan bir necha qavat kleyonka yoki mumlangan qog'oz, ustidan ko'rpa yopiladi. Shundan keyin bemor choyshab va odyolga o'raladi.

Kulcha holiday ozokerit ishlatish kerak bo'lsa, suyultirilgan ozokerit kleyonka yozilgan metall kyuvetaga quyiladi. Badanning kulcha qo'yiladigan joyi qanday kattalikda bo'lsa, kleyonka ham o'shancha kattalikda bo'lishi kerak. Ozokerit qatlamining qalinligi 2 sm dan 5 sm gacha. Suyultirilgan ozokerit sirtidagi temperatura 40°C ga yetgach, kleyonka bilan birga, kyuvetadan olinib, bemorning badaniga qo'yiladi. Kleyonka ustidan ko'rpa yopiladi, shundan keyin bemor choyshab va issiq adyolga o'rab qo'yiladi.

Massaj va davo fizikulturasi

Massaj (uqalash) qimmatli terapevtik usul bo'lib, turli kasalliklarda muvaffaqiyat bilan qo'llanadi.

Massaj qon aylanishini yaxshilaydi, binobarin, to'qimalarining qon bilan yaxshiroq ta'minlanishiga yordam beradi, modda almashinuvi mahsulotlarining tezroq chiqib ketishiga imkoniyat tug'diradi, muskullar sistemasiga ham ta'sir ko'rsatadi. Muskullar atrofiyalanganda massaj ayniqsa yaxshi yordam beradi.

Ginekologik bemorlarda chanoq tubi va qorin devori muskullarining funksional kamchiligi (bo'shashganligi, yaxshi qisqarmasligi) da massaj tavsiya etiladi. Bunday hollarda massaj bilan birga, odatda, gimnastika mashqlari ham buyuriladi. Uzoq vaqt o'rinda yotaverib, quvvatdan ketgan va kasallikdan tuzalayotgan bemorlarga massaj tavsiya etiladi. Bunday bemorlarning umumiy massaj kursidan keyin kayfiyati, uyqusi, ishtahasi yaxshilanib qoladi.

Ginekologik massaj kamroq qo'llaniladi.

Ginekologik massaj qilish uchun ko'p bilim va tajriba kerak, shu sababli aksari klinitsistlar ginekologik massajni faqat shifokor qilishi kerak deb hisoblashadi.

Kichik chanoq a'zolari bilan to'qimalarining o'tkir va yarimo'tkir yallig'lanish jarayonlarida, bemor turli sabablarga

ko'ra, isitmalaganda, kichik chanoqda absesslar paydo bo'lganda (garchi bu absesslar bosilib turgan bo'lsa ham) ginekologik massaj tavsiya etilmaydi.

Har xil yuqumli kasalliklar, sil, yomon sifatli o'smalar, homiladorlik (hatto homiladorlikka gumon bo'lganda ham) massaj qilishga monelik bo'ladi. Shu sababli massaj buyurishdan oldin bemorni klinik laboratoriyada sinchiklab tekshirish (qoni, siydigi, ROE ni tekshirish) kerak.

Bolalikdan boshlab fizkultura bilan muntazam shug'ullanish ayol organizmi uchun, ayniqsa, katta ahamiyatga egadir.

Fizkultura bilan muntazam shug'ullangan ayollar osonroq tug'adi, tug'uruq va chilla davrida turli kasalliklarga kamroq chalinadi, ularning organizmi fizkultura bilan shug'ullanmagan ayollar organizmiga qaraganda chidamliroq bo'ladi, shu sababli ular kamroq kasallanadi va kasallikni yengilroq o'tkazadi.

Mana shuning uchun ham tibbiyot xodimlari ayollarning yoshidan qat'i nazar, fizkultura va sport bilan shug'ullanishini doim targ'ib qilishlari zarur.

Kasallikdan tuzalayotgan bemorlarga yengil gimnastika mashqlardan iborat shifobaxsh fizkultura tayinlanadi, operatsiyadan keyin tuzalayotgan bemorlarga shifokorning maxsus ruxsati bilan fizkultura buyuriladi.

Mashqlar har bir bemor uchun alohida tanlanib, qo'l-oyoqlarini yengil harakatlantirish, engashish, yurish, o'tirish va shunga o'xshash mashqlardan iborat bo'ladi.

Quvvatdan ketgan bemorlarning fizkultura bilan shug'ullanishi uchun monelik bo'lmasa, begona kishining yordami bilan passiv harakatlar qilish (masalan, bemorning qo'l-oyog'ini qimirlatish), ya'ni passiv shifobaxsh gimnastika qilish mumkin.

Nur bilan davolash. Rentgenoterapiya

Rentgen nurlarini 1895- yilda V. K. Rentgen kashf etgan va X-nurlar deb atagan edi.

Rentgen nurlari — to'liqin uzunligi ko'rinadigan nurlarning to'liqin uzunligidan bir necha ming baravar kalta bo'ladigan ko'rinmas nurlar, ya'ni elektromagnit nurlardir.

Rentgen nurlari qattiq va yumshoq nurlarga bo'linadi. Qattiq nurlar to'qimalarning ichkarisiga kira oladi, yumshoq nurlar esa uzunroq to'liqinli bo'lib, to'qimalarga ko'proq yutiladi va

shu sababli faqat yuzadagi to'qimalarga ta'sir etishi mumkin. Rentgen nurlarining qattiqligi, binobarin, kirib-o'tib borish xossasi elektronlarning harakat tezligiga bog'liq. Rentgen trubkasi chuqur kirib boruvchi qattiq nurlar bilan birga, teriga halokatli ta'sir etadigan bir talay yumshoq nurlarni ham chiqaradi. Yumshoq nurlarning shunday ta'sir etishiga yo'l qo'ymaslik uchun aluminiy, rux, mis, shuningdek, atom og'irligi yuqori bo'lgan turli metallarning qotishmalaridan yasalgan maxsus filtrlardan foydalaniladi.

Rentgen nurlari bilan to'qimalarning hujayralarini oshirish mumkin, shu bilan birga, patologik jarayonda o'zgargan hujayralarga nisbatan sog'lom hujayralar rentgen nurlarining yemiruvchi ta'siriga chidamliroq bo'ladi. O'smalarga rentgen nurlari bilan davo qilish ularning xossalariga asoslangan. O'smalarning hujayralari rentgen nurlariga (shuningdek, radiyga ham) ko'proq sezgir bo'lgani uchun sog'lom to'qima hujayralariga nisbatan tezroq nobud bo'ladi.

Ammo rentgen nurlari mahalliy ta'sir ko'rsatish bilangina kifoyalanib qolmay, nerv sistemasi orqali reflektor yo'l bilan butun organizmga umumiy ta'sir ko'rsatadi, bu — nurlarning terapevtik effektida juda katta rol o'ynaydi.

Bemorni rentgen nurlari bilan davolashda terapevtik effekt ko'p sabablarga: bemorning individual xususiyatlariga, nerv sistemasining funksional holatiga, bemorning yoshiga, nur berish metodikasiga, dozasi va nihoyat to'qimaning (o'sma-ning) nur energiyasiga sezgirligiga bog'liq.

Ginekologiya amaliyotida rentgenoterapiya keng qo'llaniladi.

Tuxumdonlar funksiyasining buzilishi sababli bachadondan qon ketganda rentgen nurlaridan foydalanishga kelsak, bu jihatdan rentgen nurlarining ayniqsa qimmatli ekanligini aytib o'tmoq kerak, chunki bunda tuxumdonning follikular apparatiga ta'sir etadigan ishonchli usulga ega bo'lamiz. Tuxumdonning follikular apparati rentgen nurlarining ta'sirida chuqur degenerativ o'zgarishlarga uchraydi, shu sababli pirovardida follikular apparat atrofiyalanib, tuxum hujayralar hosil bo'lishi to'xtaydi, natijada amenoreya ro'y beradi. Ikkala holda ham kasallikning asosiy belgisi — qon oqishi to'xtaydi.

Tuxumdondagi o'zgarishlar bilan bir vaqtda bachadon shilliq pardasida ham chuqur o'zgarishlar ro'y beradi. Bu

o'zgarishlar pirovardida atrofik jarayonlar va regressiv o'zgarishlar ro'y berishiga olib keladi.

Rentgen nurlarining tuxumdon follikular apparatiga yuqorida ko'rsatilgandek ta'sir etishini nazarda tutib, faqat klimakteriy davriga yaqin ayollarning bachadonidan qon ketayotganida rentgen nurlari bilan davo qilish mumkin.

Klimakteriy davrida qon ketganda rentgen nurlari bilan davo buyurishdan oldin bachadon sinov maqsadida qirilib, qirindi gistologik tekshirishdan o'tkaziladi.

Bachadon fibromiomalariga rentgen nurlari bilan davo qilish ham keng ommalashgan va ko'pincha operatsiya o'rnida qo'llanilmoqda. Fibromiomalarning asosiy belgilaridan biri qon oqishini davolashga majbur etadi, nur energiyasi esa shu belgini bartaraf qilishdan tashqari, o'smani kichraytiradi va hatto batamom yo'q qiladi, chunki rentgen nurlari ta'sirida follikular apparat yemirilib ketishi sababli hayz funksiyasi to'xtashi bilan bir qatorda bachadon to'qimalarida atrofik o'zgarishlar ro'y beradi.

Shilliq parda ostidagi (submukoz) fibromiomalar, katta fibromiomalar uzun oyoqchali ayrim tugunlar shaklidagi subseroz fibromiomalarga rentgen nurlari bilan davo qilish tavsiya etilmaydi. Yaxshi sifatli o'sma yomon sifatli o'smaga aylangan deb gumon tug'ilganda (o'sma tez o'sganda) ham rentgen nurlari bilan davolash yaramaydi.

Yallig'lanish jarayonlarida infiltratni shimiltirish va og'riq qoldirish maqsadida rentgenoterapiya (kichik dozada) g'oyat kam qo'llaniladi.

Yoshi 40 dan oshgan bemor ayollarni rentgen nurlari bilan davolasa bo'ladi, reproduktiv yoshdagi ayollarga kasallik jarayoni eskirib ketganda, shuningdek, bemorda amenoreya paydo bo'lganda va ayol turmaydigan bo'lib qolgandagina rentgenoterapiya tatbiq etilishi mumkin.

Ayollar jinsiy a'zolarining yomon sifatli o'smalarini rentgen nurlari bilan davolash keng qo'llaniladi.

Radiy bilan davolash

Ginekologiya amaliyotida, asosan, yomon sifatli o'smalarga davo qilish uchun radiy va radioaktiv izotoplar — radioaktiv kobalt (Co^{60}) va radioaktiv oltin (Au^{198}) dan foydalaniladi.

Radiy alfa-, beta- va gamma- nurlarini sochadi.

Alfa-nurlar geliy atomlarining musbat zaryadli yadrolari bo'lib, to'qimalarga picha kiradi va qattiq moddalarning eng yupqa qatlamlarida bemalol ushlanib qolishi mumkin.

Beta- nurlar manfiy zaryadli bo'lib, rentgen trubkasining katod nurlariga mos keladi. Ularning o'tib-kirib borish xossasi alfa-nurlaridagidan ko'ra kuchliroq.

Gamma-nurlar elektromagnit tebranishlardan iborat bo'lib, rentgen nurlari kabi kalta to'liqinli bo'ladi va juda ichkari kirib boradi.

Davolash maqsadlarida, odatda, faqat gamma-nurlardan foydalaniladi, qolgan nurlar alfa- va beta-nurlarni o'tkazmaydigan og'ir metall (oltin, platina) filtrlarda ushlanib qoladi. Shu sababli qo'llaniladigan radiy preparatlari oltin yoki platina naychalarda (filtrlarda) chiqariladi. Radiy preparatlari juda barqaror bo'lib, juda sekin parchalanadi, taxminan 1580 yildan keyin yarmiparchalanadi. Bu davr yarim parchalanish davri deb ataladi.

Davolash maqsadlarida sof radiy emas, balki uning xlorid, bromid sulfat va karbonat tuzlari ishlatiladi.

So'nggi yillarda sof radioaktiv elementlar o'rniga amalda radioaktiv izotoplar — radioaktiv kobalt, radioaktiv fosfor, radioaktiv seziy, radioaktiv oltin va shu kabilar keng qo'llanilmoqda.

Radioaktiv izotoplar radiyning o'rnini bemalol bosadi, ularni tayyorlash kam xarajat talab qilgani uchun keng rasm bo'ldi.

Hozirgi vaqtda mahalliy applikatsiyalar uchun radioaktiv kobalt ishlatilmoqda.

Radioaktiv kobalt oq metall bo'lib, atom og'irligi 59. Kobalt izotopi radioaktiv xossalarga ega bo'lib, atom og'irligi (Co^{60}). Radioaktiv kobalt (Co^{60}) ning yarimparchalanish davri 5,3 yil.

Radioaktiv kobalt shtiftlar shaklida tayyorlanadi. Bu shtiftlar zanglamaydigan po'lat naycha ichidagi radioaktiv kobalt-nikel qotishmasidan iborat. Zanglamaydigan po'lat naycha yumshoq nurlarni ushlab qolish xususiyatiga ega.

Radioaktiv fosfor (P^{32}), asosan, ba'zi bir qon kasalliklarida va suyaklar o'smalarida ishlatiladi.

Radioaktiv oltin (Au^{198}) ning kolloid eritmalari qorin pardasining metastatik kasalliklarida, tuxumdonlarning yomon sifatli o'smalarida, limfa tugunlaridagi metastazlarda (sanchish yo'li bilan) bo'shliqlar ichiga (masalan, qorin bo'shlig'iga) kiritiladi.

Radiy preparatlari quyidagicha qo'llaniladi.

Qattiq alfa-nurlar filtrdan o'tayotganda kelib chiqadigan ikkilamchi (yumshoq) nurlarni ushlab qolish uchun radioaktiv preparat pessariylarga joylanadi. Bu muolaja zarur chora hisoblanadi, chunki ikkilamchi (yumshoq) nurlar to'qimalarga yomon ta'sir etib, yuza nekrozlarga sabab bo'ladi. Radioaktiv preparatlar qinga yoki bachadon bo'ynining kanaliga, yoxud bachadon bo'shlig'iga yuboriladi.

Radiy yoki radioaktiv izotoplar, asosan, ayollar jinsiy a'zolarining yomon sifatli o'smalariga davo qilishda, shuningdek, fibriomalarda va ba'zan bachadondan funksional xarakterda qon ketganda qo'llaniladi.

Radioaktiv preparatlar ayol qinida, odatda, 1—2 sutka qoldiriladi, so'ngra 2—3 kun tanaffus beriladi.

To'qimalarga berilgan doza maxsus jadvallarga muvofiq rentgen birliklari (R) bilan hisoblanadi.

Yutilgan dozalar maxsus jadvallar yordamida radalarda hisoblanadi. Bunday jadvallar yordamida, masalan, bachadon rakini radiy bilan davolashda, yutilgan dozani radioaktiv preparatlarning joylashish usuliga, preparatlarning aktiv uzunligiga va bemor chanog'ining anatomik xususiyatlariga qarab hisoblash mumkin.

Radioaktiv preparatlar berilgan bemorlarga maxsus tuvak tutiladi, preparatlarning siljib qolishi va tushib ketishiga yo'l qo'ymaslik uchun bemorning o'rnidan turishiga va umumiy hojatxonadan foydalanishiga ruxsat etilmaydi.

Radiy bilan davolash usuli qo'llaniladigan muassasalar xodimlari Sog'liqni saqlash vazirligining maxsus qo'llanmalariga qat'iy amal qilishlari shart. Bu qo'llanmalar birinchidan, radiy bilan ishlayotgan xodimlar mehnatini muhofaza qilsa, ikkinchidan, radiy preparatlarining saqlanib qolishini ta'minlaydi.

So'nggi yillarda o'smalarni nur bilan davolash imkoniyatlari keskin kengaydi.

Amaliyotda yuqori energiyali nurlantiruvchi manbalar (gamma-qurilmalar, betatronlar, chiziqli tezlashtirgichlar) bemorlarda o'smalar chuqur joylashganida, jumladan, o'smalar kichik chanoqda joylashgan bemorlarni davolash uchun keng joriy qilinmoqda. Yuqori energiyali nurlantirishni qo'llashdan to'plangan tajribaning ko'rsatishicha, bu usul bilan energiya-ning eng ko'p qismini o'sma to'qimasi yutadi, sog'lom to'qima birozgina zararlanadi.

GINEKOLOGIK BEMORLARNI OPERATIV DAVOLASH

Hozirgi zamon ginekologiyasida davolashning jarrohlik usullari keng qo'llaniladi. Operatsiya qilish uchun tegishli sharoitni muhayyo qilishda o'rta tibbiyot xodimlari faol qatnashadi.

Operatsiya xonasini, asboblarni tayyorlashga rahbarlik qilish, operatsiya xonasini steril choyshablar, salftkalar, kiyim-kechak, bog'lov materiallari bilan, narkoz hamda boshqa turdagi og'riqsizlantirish uchun zarur narsalarning hammasi bilan ta'minlash operatsiya hamshirasining burchidir.

Operatsiya xonasida konditsion havo bo'lmasa, bu xona yaxshilab shamollatilishi va devorlari vaqt-vaqtida (haftada kamida bir marta) yuvib turilishi lozim. Operatsiya xonasining poli har bir operatsiya kunidan keyin yuvilishi lozim. Operatsiya xonasidagi temperatura 20—25°C atrofida bo'lishi zarur. Operatsiyadan oldin operatsiya stolini grelkalar bilan isitish kerak.

Asboblar maxsus sterilizatorlarda soda qo'shib qaynatib, sterilanadi (asboblar zanglamasligi uchun 1 %li soda qo'shiladi). Asboblar kamida 20 minut qaynatilishi lozim. Sterilizatorga asboblar suv qaynab chiqishi bilan solinadi.

Qaynatilgan asboblarni sanitarka operatsiya hamshirasi stolga keltirib qo'yadi, operatsiya hamshirasi esa bu asboblarni tegishlicha tartib bilan joylashtiradi va operatsiya boshlanguncha steril choyshab bilan yopib qo'yadi.

Operatsiya vaqtida asbob tushib ketsa yoki shu maqsad uchun qo'yib qo'yilgan tog'oraga ataylab tashlansa, o'sha asbob cho'tka bilan sovunlab yuvilishi va undan keyin qaynatilishi lozim. O'tkir asboblar va ignalar qaynatilganda o'tmaslanib qolmasligi uchun dokaga o'rab qaynatiladi. Skal-

pellar qaynatilgandan keyin operatsiya vaqtida spirtda saqlanadi.

Operatsion hamshira qo'l yuvishga ishlatadigan cho'tkalar ham qaynatilib, toza tutilishiga qarab turadi. Qo'l Spasokukotskiy usulida yuvilsa, shu maqsad uchun ishlatiladigan tog'oralar ham spirt yoqib kuydirilishi kerak.

Choyslab, kiyim-kechak, bog'lov materiali va rezina qo'lqoplar avtoklavda umumiy xirurgiya qoidalariga muvofiq sterilizatsiya qilinadi.

Choklash uchun ishlatiladigan ipak va ketgut xirurgiya darsliklarida beriladigan maxsus retseptlarga muvofiq sterilizatsiya qilinadi.

Operatsiya hamshirasi zarur asboblarni haqidagi masalani xirurg bilan kelishib oladi. Operatsiya vaqtida hamshira operatsiyaning qanday borishini kuzatib turishi kerak. Tajribali hamshira operatsiyaning borishini kuzatib turar ekan, odatda, xirurgning aytishini kutib turmasdan zarur asboblarni, choklash uchun ishlatiladigan ipak va ketgutni uzatib turadi.

Qorin devorini kesib qilinadigan operatsiyalarda xirurg odatda bemorning chap tomonida turadi, birinchi assistent xirurgning qarshisida, ikkinchi assistent esa bemorning oyoq tomonida turadi.

Qin operatsiyalarida xirurg vintli stulda o'tiradi, yordamchilari esa ikki yon tomondan joy olishadi. Yordamchilardan biri odatda qin ko'zgulari va ko'targichlarni ushlab turadi, ikkinchisi esa xirurgning ko'rsatmalariga muvofiq unga yordamlashadi.

Zarur asboblarni, ipak va ketgutni operatsiya hamshirasi pastak stolchaga qo'yadi. Bu stolcha odatda operatsiya xirurgining o'ng tomonida turadi. Xirurg zarur asboblarni o'ng tomondan o'zi bemalol olib turadi.

Bemorning operatsiyaga tayyorlash

Operatsiya qilinadigan bemorlar oldindan tayyorlanishi lozim. Avval bemorning operatsiyadan qo'rqishini bartaraf qilish, operatsiyaning yomon natija bilan tugashi haqidagi fikrlarini va boshqa noto'g'ri tasavvurlarini yengish uchun ularning psixikasiga ta'sir etish, dalda berish kerak. Operatsiyaning eson-omon o'tishiga, operatsiya og'riqsiz bo'lishiga, operatsiyadan keyingi davr ham og'riqsiz va bexatar o'tishi

uchun operatsiyadan keyin tegishli choralar ko'rilishiga bemorni ishontirish uchun hamma chorani ko'rish zarur. Shuni nazarda tutib, bo'limda shunga o'xshash operatsiyalardan sog'ayayotgan bemorlar haqida so'zlab berish kerak.

Operatsiyaga tayyorlanayotgan bemorga qo'l-oyoqni fiksatsiya qilish (bog'lab qo'yish) kabi tadbirlarning mohiyatini tushuntirish zarur. Bemor steril choyshab, kiyim-kechakka va operatsiya maydoni sohasiga qo'llarini tasodifan tekkizib, infeksiya yuqtirmasligi uchun qo'l-oyog'i bog'lab qo'yiladi.

Bundan tashqari, har bir ginekolog operatsiyadan oldin bemorni maxsus tayyorlash kerak. Avvalo, badanning umumiy tozaligiga ahamiyat berish zarur, buning uchun operatsiyadan bir kun oldin bemor vannaga tushib, butun badanini sovunlab yuvadi, vannadan keyin toza kiyim-kechak kiygiziladi. Badanni teng baravar spirt qo'shilgan suv bilan artib tozalash ham mumkin. Ayol infeksiyon kasallikdan keyin ozib ketgan, kamqon yoki bequvvat bo'lsa, operatsiyagacha uning umumiy ahvolini yaxshilashga alohida e'tibor berish (yotqizib qo'yish, oqsil va vitaminlarga boy ovqatlar bilan yaxshi boqish, qon quyish) kerak. Rejali operatsiyadan ilgari bemorni terapevtga ko'rsatish zarur.

Bemorning ichagi operatsiyaga tayyorlanishi lozim. Shu maqsadda operatsiya arafasida bemorga yengil ovqat (suxari bilan bulon va kisel) beriladi, kechqurun esa suxari bilan bir piyola shirin choy ichiriladi. Ba'zi shifokorlar operatsiya kuni ertalab ham shirin choy berishni tavsiya etadilar, lekin bu choy operatsiyadan kamida 2 soat ilgari ichiriladi. Ichakni yoki oraliqni operatsiya qilishga to'g'ri kelsa (plastik operatsiyalarda), ayniqsa, oraliq uchinchi darajali yirtilgan bo'lsa, operatsiyaga ikki kun qolganda ich tozalanadi; bemorga yengil ovqat beriladi, surgi va klizma qilinadi.

Hayz qoni kelayotganligi, odatda, ginekologik operatsiyalar qilishga yo'l qo'ymaydi. Qin operatsiyalarida hayz qoni operatsiya jarohatini doim ho'l qilib turishiga yo'l qo'ymaslik uchun hayz qoni to'xtagandan keyin operatsiya qilgan yaxshi.

Qorin devorini kesish — laparotomiya operatsiyasidan ilgari bemor bir kun oldin umumiy vannaga tushiriladi, operatsiya kuni esa qorinning old devori, qov va jinsiy lablarning juni takror qiriladi. Qorin terisini ifloslanishdan saqlash uchun ba'zi xirurglar vannadan keyin qorinning old devoriga steril

bog'lam yopishtirishni tavsiya etadilar. Operatsiyani boshlashdan ilgari, bemorni stolga yotqizishdan oldin siydigi kateter bilan chiqariladi va bemorga steril ko'ylak hamda paypoq kiygiziladi. Qorin devori, ikkala son va chov terisi spirt bilan artiladi, so'ngra 10% li yod nastoykasi surtiladi. Shundan keyin operatsion maydon hamma tomondan steril choyshablar va sochiqlar bilan o'raladi, bu choyshab va sochiqlar maxsus qisqichlar bilan ushlab turiladi.

Qin operatsiyalarida qin florasinging tozalik darajasiga e'tibor beriladi, uchinchi va to'rtinchi darajalar operatsiyaga monelik qiladi va oldindan tayyorgarlik ko'rishni talab etadi, buning uchun operatsiyaga bir necha kun qolganda qin vodorod peroksid va kaliy yodid eritmasi bilan tozalanadi, shuningdek, dezinfeksiyalovchi eritmalar bilan chayish buyuriladi. Operatsiya kuni bemorning qovi va tashqi jinsiy a'zolaridagi juni takror qiriladi. Tashqi jinsiy a'zolar, sonning yondosh yuzalari va qin diz.eritma bilan chayiladi (yuviladi). Siydik pufagi (qovuq) kateter bilan bo'shatiladi, bemorning oyoqlariga steril paypoq kiygiziladi, qoviga choyshab solinadi, orqa chiqaruv teshigi sochiqqa o'ralgan kleyonka bilan yopiladi, bu sochiq ikkala tomondan son terisniga qisqich bilan yopishtiriladi, o'rtasidan esa oraliq terisiga ipak chok bilan mahkamlanadi.

Bemorni bachadon bo'yni rakini operatsiya qilishga tayyorlashning ayrim o'ziga xos xususiyatlari mavjud.

Bemor 5 kun ilgari stasionarga kelishi kerak. Shu davr mobaynida zarur klinik tekshirishlar o'tkaziladi (ko'krak qafasi rentgen nurlari bilan tekshiriladi, qon bosimi o'lchanadi, qoni, siydigi, najasi tekshiriladi), shuningdek, shifokorning ko'rsatmasiga muvofiq tayyorgarlik maqsadida davo tadbirlari ko'riladi.

Operatsiya arafasida bemor umumiy vannaga tushiriladi, kunning ikkinchi yarmidan boshlab ovqat berilmaydi, kech-qurun klizma qilinadi (ba'zi bemorlarga surgi ichiriladi). Operatsiya qilinadigan kuni ertalab (operatsiyadan kamida ikki soat ilgari) takror klizma qilinadi.

Operatsiyadan oldin qovuq kateter yordamida bo'shatiladi, spirtida yaxshilab ho'llangan paxta sharchalar bilan qin artiladi, bachadon bo'yniga yod nastoykasi surtiladi. So'ngra qin quruq sharcha bilan artiladi va quruq tampon kiritiladi, bu tampom operatsiya vaqtida bachadonni qirqib olishdan ilgari chiqarib olinadi.

Ba'zi xirurglar bachadon bo'ynidagi rak o'smasini operatsiyadan oldin elektrokoagulatsiya qiladilar.

Og'riqsizlantirish. Operatsiyada og'riqsizlantirish (anesteziya) maqsadida umumiy ingalatsion narkoz va mahalliy anesteziya qo'llaniladi. Ba'zan orqa miya anesteziyasi qilinadi, buning uchun sezuvchanlikni falaj qiladigan eritmalar — novokain, lidokain orqa miya kanaliga yuboriladi.

Mahalliy anesteziya va orqa miya anesteziyasida bemorlarning hushi joyida bo'ladi, bu qayd etilgan usullarning kamchiligi hisoblanadi. Chunki orqa miya anesteziyasi bilan qilinadigan operatsiya og'ir operatsiya hisoblanib, juda toqatli bemorlarga yaxshi ko'tarishadi. Anesteziyaning har bir turi — mahalliy anesteziya ham, umumiy ham malaka va ko'p tajriba talab qiladi.

Umumiy narkoz

Umumiy ingalatsion narkoz ko'proq qo'llaniladi, bunda bemor narkotik moddalarning bug'lari bilan nafas oladi. Odatda, narkoz sifatida efir ishlatiladi, kichik operatsiyalar uchun esa ba'zan xloretil qo'llaniladi.

Efir tiniq suyuqlik bo'lib, g'alati hidi bor, u juda tez bug'lanib, badanni qattiq sovitadi; efir oson alanganadi, shu sababli uni olovdan ehtiyot qilish kerak. Efir ochiq bankada va yorug'da turganda tez parchalanadi.

Narkozga 20—30 minut qolganda bemorni tinchlantirish va yaxshiroq uxlatish uchun terisining ostiga morfin yoki pantopon yuborish, shuningdek, nafas yo'llari shilliq pardasining sekretor funksiyasini kamaytirish uchun atropin berish kerak. Umumiy narkozdan ilgari bemorlarga veronal berish tavsiya etiladi. Veronal yurakka yaxshi ta'sir etadi va tez uxlatadi. Bemor operatsiya xonasiga g'ildirakli aravachada keltiriladi.

Narkoz berishni boshlashdan oldin narkoz stolchasida hamma narsa tayyorligini, ya'ni efir (yetarli miqdorda), niqoblar, tomchilovchi idishlar, og'izni kengaytirgich, metall napalchnik, kornsang, tog'orachalar, fonendoskop, inyeksiya shprisi, vazelin, shuningdek, teri ostiga yuboriladigan dorilar: kamfora, kofein, adrenalin, strofantin, lobeli borligini tekshirish kerak.

So'nggi yillarda narkoz berish uchun maxsus mukammal-

roq apparatlar ishlab chiqarilmoqda, bu apparatlarda efir kislorod bilan aralashtirib beriladi.

Kislorod-efir narkozi, sof efir narkoziga nisbatan quyidagi afzalliklarga ega:

- efir ikki baravar kam yutiladi;
- bemor organizmi kislorodga to'yinadi;
- operatsiyadan keyingi davrda nafas yo'llarining kasalliklari kam uchraydi;
- narkoz bemorni kamroq bezovta qiladi.

Ichki a'zolar (o'pka, yurak, jigar, buyrak) ning og'ir kasalliklarida efir narkozi tavsiya etilmaydi.

Xloretil hidsiz bo'lib, narkoz tez boshlanadi va bug'lari kirishdan to'xtashi bilan narkoz tez yo'qoladi. Xloretilni uzoq muddat ishlatish yaramaydi, chunki nafas markazi falajlanishi va yurak to'xtab qolishi ehtimoli bor. Xloretil bilan ingolatsiya qilish uchun oddiy niqob ishlatish mumkin; bunda xloretilni shisha ampula og'zini niqobning doka qavatiga yaqin tutinishiga qarab turish kerak. Efir narkozi kabi xloretil narkozida ham olovdan ehtiyot bo'lish lozim, chunki xloretil bug'lari oson alanganib ketadi.

Barbituratlar guruhiga oid geksenal va tiopental — natriy, so'nggi yillarda keng rasm bo'ldi. Bu preparatlar odatda narkoz bera boshlash uchun, shuningdek, ba'zan asosiy narkoz uchun ham qo'llaniladi. Odatda, venaga yuboriladi, lekin ularni ichirish, to'g'ri ichak orqali va muskullar orasiga yuborish ham mumkin. Zarurat tug'ilganida narkozni to'xtatishning iloji yo'qligi sababli so'nggi usullar keng rasm bo'lmadi.

Geksenal ampulalarda ishlab chiqariladi. Bu achchiq, kristalik oq kukun. Havo tekanda geksenal tez parchalanadi, shu sababli eritmasi zaruriyatga qarab tayyorlanishi kerak. Geksenalni tomchilatib yuborish uchun 1% li 200 ml eritmasi tayyorlanishi lozim.

Hozir murakkab xirurgik operatsiyalarda potensiallangan narkoz tobora keng qo'llanilmoqda. Bu narkozda og'riq qoldiruvchi turli moddalar neyropleptik va kuresimon moddalar bilan birga ishlatiladi.

Potensiallangan narkozda narkoz muddati uzayadi va narkoz chuqurroq bo'ladi, shu sababli shok kelib chiqish xavfi kamayadi.

Gaz narkozining boshqa turlari ham ishlatiladi (azot (I)-oksid N_2O , ftorotan, siklopropan). Intratraxial narkozning yuqorida sanab o'tilgan turlarini, odatda, anesteziologiyadan maxsus o'qitilgan shifokorlar berishlari kerak.

Orqa miya anesteziyasi

Bu anesteziya uchun taxminan 14 sm uzunlikdagi mandrenli orqa miya ignasi tayyorlanadi. Orqa miya kanaliga katta operatsiyalar uchun 3 ml, kichik operatsiyalar uchun 2 ml eritma olinadi.

Novokain eritmasi yaxshi yuborilsa, anesteziya deyarli ketma-ket boshlanib, 40 minutdan 1 soatgacha davom etadi. Orqa miya anesteziyasida bemor qusishi, boshi qattiq og'rihi, bosh og'rig'i ba'zan juda uzoq davom etishi va yurak faoliyati susayib qolishi mumkin. Yuqorida aytilgan ko'ngilsiz hodisalarning oldini olish uchun „yengil“ eritmalar deb nomlanadigan eritmalarini ishlatgan ma'qul (96° li spirtning 10 %li eritmasida tayyorlanadigan 5 protsentli novokain eritmasi).

Mahalliy anesteziya

Infiltratsion anesteziya bilan regional (soha) anesteziya tafovut qilinadi. Infiltratsion anesteziyada operatsiya qilinadigan joyga anesteziyalovchi moddalarning eritmalarini yuborib, barcha to'qima va a'zolarga shimdiriladi. Regional anesteziyada og'riq qoldiruvchi modda eritmasi tananing muayyan sohasiga boruvchi sezuvchan nervning yaqiniga yoki bag'riga yuboriladi.

Anesteziya moddalaridan novokainning infiltratsion anesteziya uchun 0,5 %li eritmasi, regional anesteziya uchun 1 %li eritmasi va nerv chigallarini og'riq sezmaydigan qilish uchun 2 %li eritmasi ishlatiladi. Anesteziya uzoqroq davom etishi uchun 10 ml novokain eritmasiga 1:1000 nisbatdagi adrenalin eritmasidan 1—2 tomchi qo'shiladi.

Eritmalar aseptika sharoitida tayyorlanib, 100°C gacha qizitib sterilizatsiya qilinadi, adrenalin esa bevosita operatsiya oldidan qo'shiladi.

Tayyorlangan novokain eritmasi steril shisha stakanga ag'dariladi, undan esa shprisga tortib olinadi.

Operatsiyadan keyingi davr

Qorin devori operatsiyasi tugagach, qorin devorining jarohati tikilgandan keyin ustiga bir necha steril doka sal-fetkadan boylam yopiladi, uning ustidan enlik paxta qo'yiladi, bularning hammasi doka yoki maxsus bint bilan bog'lanadi. Bu bintning uchlariga bog'ichlar qilingan bo'ladi.

Qin operatsiyalarida ba'zan qin steril doka bilan zichlashtirmay tamponada qilinadi. Tamponada odatda bir sutkadan keyin olinadi. Qin operatsiyasida qin jips chok-lanmaydigan va drenajning doka tasmasi qorin bo'shlig'iga tiqib qo'yiladigan bo'lsa, odatda tasma 5—6-kuni olib tash-lanadi. Boylam qo'yilgandan keyin bemor operatsiya stolidan avaylab olinib, nosilkaga yoki aravachaga yotqiziladi, choy-shabga yaxshilab o'rab palataga olib kelinadi. Palatada bemor yaxshi isitilgan o'ringa yotqiziladi. O'rinni elektr lampalar yordamida nur vannalari, rezina grelkalar yoki issiq suv to'l-dirilgan butilkalar bilan isitish mumkin.

Ingalatsion narkozdan keyin bemor o'ringa yostiqsiz gorizontol holatda yotqiziladi; orqa miya anesteziyasidan keyin bemorning boshiga yostiq qo'yiladi. Orqa miya anesteziyasida novokainning spirtli eritmasi ishlatilgan bo'lsa, bemor boshiga yostiq qo'ymay, karavotning oyoq tomonini ko'tarib yotqi-ziladi. Bemorning oyoqlariga metall yoki rezina grelkalar choyshab ustidan qo'yiladi.

Og'riqni qoldirish uchun qorin sohasiga muz to'ldirilgan rezina xalta qo'ygan ma'qul. Muzli xalta har 1—2 soatda almashtirilishi kerak. Muzli xaltani bir soatdan uzoq ushlash yaramaydi.

Operatsiyadan keyingi dastlabki vaqtda hamshira bemor karavoti yonida o'tirishi, bemorning tomir urishini, nafas olishini va yuzining rangini kuzatib turishi lozim.

Operatsiyadan keyingi og'riqlarni bartaraf qilish birinchi navbatdagi vazifadir. Bemorlar azob tortmasliklari uchun teri ostiga morfin (1% li eritmasidan 1 ml) yoki pantopon yuborish tavsiya etiladi.

Bemor qattiq chanqasa, og'zini ho'llash va chayish uchun qaynatilgan sovuq suv oz-ozdan beriladi; bemor suvni tuflab tashlashi kerak. Operatsiya qilingan kuni kechga yaqin yoki ertasiga ertalab bemorga oz-ozdan choy yoki qora kofe berish mumkin.

Operatsiya qilingan bemorlar ko'pincha uyqudan qoladilar. Uyqusizlik sabablari: og'riq, noqulay yotish, chanqov, koridor yoki qo'shni palatalardagi shovqin, ruhiyatning qo'zg'alishi va shunga o'xshashlar. Bu maqsadda uxlatadigan dorilar buyuriladi.

Operatsiyadan keyin og'iz bo'shlig'iga qarab turish kerak, chunki ba'zi kasalliklar (masalan, stomatit, parotit) og'iz bo'shlig'idan boshlanadi. Ertalab va kechqurun bemorning tishlarini tozalab, og'zini chayish zarur. Zarurat bo'lsa, og'iz dezinfeksiyalovchi moddalar eritmasi bilan chayiladi.

Teridagi choklar 6—8-kuni olinadi. Bemor bir kun oldin kechqurun surg'i dori ichadi, chok olinadigan kuni ertalab ichi kelmagan bo'lsa, tozalovchi huqna qilinadi. Chok olingach, jarohatga yod nastoykasi surtib, yana doka boylam yopishtiriladi. Qin operatsiyalarida ketgutdan chok solingan bo'lsa, bu chok ko'pincha olinmaydi, chunki ketgut chok so'rilib ketadi. Oraliq terisidagi ipak choklar 6-kuni olinishi kerak. Oraliq operatsiyasidan keyin jarohatni mumkin qadar quruq tutish kerak, bu maqsadda yuvinish va siyishdan keyin chokka steril doka yopish zarur.

Bemorlarni ehtiyot bo'lib ovqatlantirish zarur: operatsiyadan keyin 2-kuni bemorga choy yoki kofe ichiriladi, 3-kuni bulon, kisel beriladi, 5-kundan boshlab sekin-asta odatdagi ovqatlar berila boshlanadi.

Chok olinganidan keyin bemorning karavotda o'tirishiga, ertasi kuni esa o'rnidan turishiga ruxsat beriladi. Qorin devorini ochish laporotomiya operatsiyasidan keyingi davr normal o'tgan taqdirda bemor 12—14-kuni uyiga jo'natiladi. Qorin devorini ochib operatsiya qilingan bemorlarning yarasi bitib, jarohat bitguncha 3—5 oy davomida bandaj tutib yurish tavsiya etiladi. Bandajni faqat ish vaqtida tutib yurish kerak, chunki doim bandaj tutib yurish qorin devorining muskullarini bo'shashtirib, atrofiyaga sabab bo'ladi.

Yurak va nafas faoliyatini kuzatish

Operatsiyadan keyingi davrda bemorning tomir urishiga (pulsiga) qarab turish ayniqsa muhimdir, chunki anormal o'zgarishlar dastlabki kunlarda pulsning o'zgarishiga qarab aniqlanadi. Bemor narkozdan uyg'onganida, qusaman deb

harakat qilganida, operatsiyadan keyin bezovtalanganida tomiri birmuncha tez uradi. Operatsiyadan keyingi davr normal o'tganda yurak faoliyati tez orada asliga keladi: tomirning to'lishishi va urish tezligi operatsiyadan ilgari pulsidan ozgina farq qiladi. Tegishli sabablarsiz tomirning minutiga 100 marta ortiq urishi ichdan qon ketayotganligini yoki yurak zaifligini ko'rsatadi.

Operatsiyadan keyingi davrda pulsning tezlashuviga infeksiya, ichakning falajlik holati, ayni vaqtda ichning dam bo'lishi va ichak tutilishi (invaginatsiya) sabab bo'lishi mumkin.

Operatsiya tamom bo'lgach, temperatura, odatda, operatsiyadan ilgari davrga nisbatan birmuncha pastroq bo'ladi, biroq kechga yaqin ko'tarilib, 37,5°C ga yetishi mumkin.

Temperaturaning kechqurun ko'tarilishi bilan ertalab pasayishi o'rtasida 1°C va undan ortiq tafovut bo'lsa, bu — ko'pincha jarohatning yiringlaganligini ko'rsatadi.

Ayni vaqtda bemor ba'zan junjib turadi. Buning sababi, organizmga infeksiyaning tushishi natijasida intoksikatsiya ro'y beradi. Operatsiyadan keyingi davrda bemorning nafas olishiga ham qarab turish kerak. Operatsiyadan keyin nafas olish odatda normal bo'ladi, nafas olishning har qanday tezlashishi o'pka funksiyasining o'zgarganligini ko'rsatadi. Operatsiya qilinganidan keyin ko'pincha bemor nafas olayotganda operatsiya jarohati og'rib turishi sababli yuza nafas olishga harakat qiladi va shu bilan o'pka ventilatsiyasi uchun noqulay sharoit tug'diradi. Bunday bemorning boshi tagiga maxsus taglik qo'yib, qaddini ko'tarish va shu tariqa, nafas olishini osonlashtirish kerak.

Bemorning siydik chiqarishiga qarab turish

Oraliq, jinsiy a'zolar, to'g'ri ichak operatsiyalaridan keyin, shuningdek, qovuqni ko'chirish bilan bog'liq operatsiyalardan keyin aksari siydik ushlanib qoladi. Siydik uzoq vaqt ushlanib qolsa, sistit (qovuqning yallig'lanishi) yoki piyelit (buyrak jomlarining yallig'lanishi) kabi ko'ngilsiz hodisalar ro'y berishi mumkin.

Bemor uzoq vaqt siya olmaganda kateter solishdan ilgari bemorni o'zicha siyishga undash lozim. Bemor o'zicha siya olmasa, qovuq yoki oraliq sohasiga grelka qo'yish yoki borat

kislotaning iliq eritmasiga paxta ho'llab, jinsiy a'zolarga bosgan ma'qul.

Yuqorida qayd etilgan tadbirlarning hech qaysisi natija bermasa, barcha aseptika qoidalariga rioya qilib, kateter solishga to'g'ri keladi.

Kateterizatsiya usuli uzoq vaqt qo'llanilganda uni muayyan soatlarda, sutkasiga ko'pi bilan 2—3 mahal qilish kerak. Bunday hollarda bemor siydik yo'llariga dez.eritmalar buyurgan ma'qul.

Ichak faoliyatini kuzatish

Operatsiyadan keyingi dastlabki kunlarda ich yurishiga qarab turish zarur. Operatsiyadan keyingi davrda ko'pincha ichakda gazlar to'planib qolib ich dam bo'ladi.

Aksari ginekologik operatsiyalarda ichak bevosita shikastlanmagani uchun operatsiyadan keyingi davr aseptika sharoitida o'tganda ichak peristaltikasi odatda ikkinchi kuni asliga kelib, yel chiqib keta boshlaydi. Bordi-yu, ikkinchi sutka boshlanguncha ham ichak peristaltikasi asliga kelmay, parez kuchayaversa, bu kasallikka qarshi kurashish zarur, chunki ichak parezi bemorlarning ahvolini og'irlashtirib qo'yadi. Yel ushlanib qolgan ichak qovuzloqlari qorinni shishirib, diafragmani yuqoriga surib, bemorning qattiq halloslashiga, bo'g'ilib qolishiga sabab bo'ladi.

Ich dam bo'lishi (meteorizm) ga barham berishdan oldin uning sababini mumkin qadar aniqroq bilish kerak. Ichakda gazlarning ushlanib qolishi: ichak atoniyasiga; to'g'ri ichak sfinkterining spazmiga; to'g'ri ichak sfinkterining spazmiga bog'liq bo'lishi mumkin.

Ichak atoniyasida qorinni auskultatsiya qilish hech narsa yo'qday taassurot beradi. Ozg'in ayollarning ichak peristaltikasi yupqa qorin devori orqali sezilmaydi; qorinda sanchiqsimon og'riq turishini bemor odatda his qilishmaydi.

To'g'ri ichak sfinkterining spazmida butunlay boshqacha manzarani ko'ramiz. Yuqorida qayd etilgan belgilarga qarab, bemorga birdan davo buyuriladi. To'g'ri ichak sfinkterining spazmida gaz chiqishiga to'sqinlikni yengish uchun to'g'ri ichakka trubka qo'yish tavsiya etiladi. Shu maqsadda to'g'ri ichakka uzunligi 15 smcha keladigan naycha

kiritiladi, bu naychanning uchi to'g'ri ichak ampulasiga kirib turadigan bo'lishi kerak. To'g'ri ichak sfinkterining spazmi ko'pincha og'riq refleksining oqibati bo'lgani uchun ba'zan narkotik moddalar (morfinli shamchalar) buyurish yaxshi samara beradi.

Ichak atoniyasida moychechak (romashka) yoki soda eritmasi (0,5%) dan iliq sifonli klizmalar, glitserinli klizmalar (1 stakan suvga 15 ml glitserin), gipertonik klizmalar (1 stakan suvga 1 osh qoshiq osh tuzi) qilish, qoringa grelka qo'yib yoki ba'zan shifokorlar tavsiyasiga ko'ra, yorug'lik vannalari qilib, qorinni isitish maslahat beriladi. Bu tadbirlar ham ichak peristaltikasining tiklanishiga yordam beradi.

Dorilardan pituitrin R (1 ampula) teri ostiga yuborish mumkin, ba'zan atropin sulfat (kuniga ikki mahal) teri ostiga yuboriladi. Qayd etilgan tadbirlar foyda bermasa va tegishli belgilar borligi sababli ichakda mexanik to'siq (ileus) paydo bo'lgan yoki peritonit kelib chiqqan deb gumon qilinsa, qorin devorini ochib (relapartomiya) operatsiya qilish bemorni o'limdan saqlab qolishning birdan bir chorasi hisoblanadi.

Yotoq yaralar

Uzoq yotib qolgan va ozib ketgan bemorlar operatsiya qilingandan keyin dumg'azasida va bosilib qoladigan boshqa joylarda yotoq yaralar paydo bo'lishi mumkin. Teri avvaliga qizaradi, keyin badanning shu joyi ko'karadi va hatto qorayadi, nihoyat, badanning irigan qismi ko'chib tushib, yara paydo bo'ladi. To'qimalarning ezilishigina emas, terining siydik, suyuqliklar bilan ho'llanishi (bemorning tagini tozalaganda), bemorning tagini tozalagandan keyin badanini yaxshi artmaslik ham yotoq yaralar kelib chiqishiga sabab bo'ladi.

Bu ko'ngilsiz hodisaning oldini olish uchun to'qimalarning ezilishini rezina doiralar, valiklar yordamida kamaytirish, bemorning badanini ham, o'rin-boshini ham quruq tutish, bemorning vaziyatini tez-tez o'zgartirib turish kerak. Badanining qizargan joyini kuniga 2—3 mahal kamfora spirti bilan artish kerak. Yaralar paydo bo'lgan bo'lsa, chetlari spirt bilan artiladi, yara quritiladi va unga kseroformli yoki ruxli maz qo'yib bog'lanadi. Bunday bemorga vitaminlarga boy ovqatlar berilishi lozim.

Qorin devorini ochish (laparotomiya) operatsiyasi

Qorin devorini ochishga tayyorlashning bir necha usuli bor. Qorin devori qay usulda tozalanadigan bo'lsa ham, kindikka alohida e'tibor berish zarur. Operatsiya maydoni tayyor bo'lganidan keyin uzunasiga tilingan steril choyshab yopiladi, yuqorisi va pastiga esa bittadan steril sochiq qo'yiladi, bu sochiqlar maxsus qisqichlar (sapkalar) yordamida choyshab bilan birga qorin terisiga birlashtiriladi.

Qorin devori ko'ndalangiga kesiladigan bo'lsa, ko'ndalangiga tilingan choyshab yopiladi, sochiqlar esa ikki yon tomondan qo'yiladi.

Bemor qattiq uxlab qolganidan keyin, ichak qovuzloqlari diafragma tomonga surilib turishi va operatsiyaga xalal bermasligi uchun bemor Trendelenburg vaziyatida yotqiziladi. Stolning oyoq tomoniga, odatda, maxsus taglik-stolcha qo'yiladi, tegishli asboblardan shu stolchaga qo'yiladi. Qorin devorini ochish operatsiyasi uchta asosiy bosqichga bo'linadi:

- qorin devorini ochish;
- qorin bo'shlig'ida operatsiya qilish;
- qorin devorini tikib qo'yish.

Qorin devorini ochish uchun skalpel, oval gubkali qon to'xtatuvchi qisqichlar, ikkita: xirurgik pinset va qorin pardasini qirqish uchun maxsus qaychi kerak bo'ladi. Bundan tashqari, qonni artib olish uchun bir nechta doka sharcha va har ehtimolga qarshi (qorin devorini tilishda jarohatlangan biron tomirni bog'lash zarur bo'lganda) 2—3 ligatura, elektrokoagulator stolchada bo'lishi kerak.

Qorin bo'shlig'i ochilgach, yuqorida aytilgan asboblarning hammasi (xirurgik pinsetlardan tashqari) taglik-stolchadan olinib, qorin bo'shlig'i operatsiyasi uchun zarur asboblardan qo'yiladi. Jarohat chetlarini kerish uchun uchlik qo'shaloq ko'zgul yoki qorinning alohida ko'zgusi talab qilinadi. Oval gubkali qisqichlar, uchi tishchali qon to'xtatuvchi qisqichlar qo'yiladi. Oval gubkali qisqichlar operatsiya hamshirasi stolida zaxirada turishi va kerak bo'lganida, operatsiya qiluvchi xirurgga uzatilishi kerak. Bundan tashqari, taglik-stolchaga tekisligi bo'ylab qayrilgan qaychi, panjasimon pinset va qorin bo'shlig'ini artish uchun sharcha, katta doka kompresslar yoki steril sochiqlar taxt qilib qo'yiladi.

Bundan tashqari, chok solish uchun bir necha ip operatsiya hamshirasi stolida tayyor turishi lozim.

Qorin bo'shlig'ida operatsiya qilish uchun hamshira: pulevoy qisqichlar, ikki tishli qisqichlar, o'tkir uchli kornsang, anatomik va xirurgik pinsetlar, har ehtimolga qarshi ichak qisqichlari, qaychilar (o'tkir va to'mtoq uchli, qayrilgan va to'g'ri qaychilar), troakarni tayyorlab qo'yishi kerak.

Qorin bo'shlig'idagi operatsiya odatda muayyan a'zolarni olib tashlashdan keyin qoladigan kultni qorin pardasi bilan yopish (peritonizatsiya) bilan tugaydi. Operatsiya tamom bo'lgach qorin bo'shlig'i doka tamponlar bilan quritiladi, operatsiya maydoni esa ayrim hollarda efir yoki spirt bilan artiladi.

Qorin devori tikilguncha operatsiya hamshirasi asboblarni saranjomlab olishi, qorin bo'shlig'ida tasodifan biron asbob qolib ketmaganligiga ishonch hosil qilishi, ishlatilgan doka salfetkalar va tamponlarni aniq hisoblab chiqishi kerak.

Qorin devori qavatma-qavat choklanadi, buning uchun quyidagi asboblari ishlatiladi: ichak qovuzlog'i yoki charvi chok orasiga kirib qolmasligi uchun qorin pardasining chetlarini ushlab va ko'tarib turishga oval gubkali qisqichlar tutiladi. Ichak va charvi chok orasiga tushib qolmasligi uchun ha'zan nayzadan foydalaniladi. Qorin pardasi uch qirrali oddiy ignada choklab tikiladi, ayni vaqtda Ott ninatutgichi ko'proq ishlatiladi.

Qorin operatsiyasi yod nastoykasi surtish bilan tugaydi, ustidan 2—3 qavat doka qo'yiladi va tegishli bog'lanadi.

Operatsiyadan keyin bemor yuqorida bayon qilingan qoidalarga muvofiq parvarish qilinadi.

Qorin bo'shlig'ida o'tkaziladigan operatsiyalarga tayyorgarlik ko'rish

Maqsad. O'quvchiga qorin bo'shlig'ida o'tkaziladigan operatsiyaga tayyorgarlik ko'rishni, bemorni operatsiyaga tayyorlashni va operatsiya davrida shifokorga yordam berishni o'rgatish.

Operatsiya hamshirasi quyidagilarini bilishi kerak:

— aseptika va antiseptika qoidalarini bilishi va ularga amal qilishi;

- chok qo'yish materiallarini tayyorlashi;
- choyshablarni tayyorlashi;
- asboblarni tayyorlashi;
- operatsiya paytida xirurg harakatining ketma-ketligini bilishi;
- qo'lni qoida bo'yicha yuvishi va steril xalatini kiyishni;
- xirurgni kiyintirishni;
- steril operatsion stolni qoida bo'yicha to'g'ri tayyorlashi;
- ishlatiladigan asboblarning sonini operatsiyagacha va operatsiyadan keyin sanashi;
- salfetkarni qisqichda qisman ushlagan holda uzatishi (salfetkalar qorin bo'shlig'ida qolib ketmasligining oldini olish maqsadida);
- operatsiyadan oldin xirurg bilan zarur asbob-uskunalar haqida kelishib olishi (drenaj naycha, otsos va boshqalar);
- operatsiya paytida zarurat tug'ilganda shifokorga assistentlik qilishi;
- bemorni shifokor tavsiyasiga ko'ra operatsiyaga tayyorlashi;
- operatsiyadan keyingi davrda bemorni parvarishlashi, hayot uchun zarur a'zolar faoliyatini kuzatishi, hujjatlarga ko'rsatkich va xulosalarni qayd qilishi, agar bemor holatida salbiy o'zgarishlar kuzatilsa, shifokorga xabar berishi, shuningdek, bemor gigiyenasi va ovqatlanishidan xabar olib turishi lozim.

Qorin bo'shlig'ini qin orqali ochish

Hozirgi vaqtda qorin bo'shlig'ini qorin devori orqali ochish qin orqali ochishga nisbatan ko'proq qo'llaniladi.

Qorin bo'shlig'ini qorin devori orqali ochishning afzalligi shundaki, bunda operatsiya tezroq bajariladi, operatsiya maydoni yaxshiroq ko'rinib turadi; qo'shni a'zolarning shikastlanish xavfi kamroq bo'ladi va nihoyat, qon oqishini to'xtatish va tomirlarni bog'lash uchun yaxshiroq sharoit tug'iladi.

Qorin bo'shlig'ini qin orqali ochishda quyidagi asboblarning qo'llaniladi:

- qin ko'zgulari;
- kamida 3 ta elevator (ko'targich);

- uzun jarrohlik pinsetlari;
- pulevoy qisqichlar (3—5 juft);
- qo'sh tishchali qisqichlar;
- skalpellar;
- o'tkir va to'mtoq uchli qaychilar;
- panjasimon pinsetlar;
- qon to'xtatuvchi qisqichlar (o'rtachasi, uzuni);
- ignalar;
- ignatutgich;
- choklash anjomlari;
- doka sharchalar va tamponlar.

Qin operatsiyalaridan plastik operatsiyalar, bachadon bo'shlig'ini qirish va orqa kolpotomiya ko'proq qo'llaniladi.

Plastik operatsiyalar

Qin va oraliqdagi plastik operatsiyalar qin devorlarining pastga tushishini bartaraf etadi va yirtilgan oraliqni tiklashga xizmat qiladi. Bu operatsiyalarda qinning old devoridagi shilliq pardaning katta yoki kichik bo'lagi oval shaklda qirib olib tashlanadi, so'ngra oraliqning oldin muskul va fassiyalari tikiladi, keyin shilliq parda chetlari choklanadi.

Oraliqni tikish uchun, asosan, qinning orqa devoridagi shilliq pardaning uchburchak parchasi qirib olinadi, so'ngra oraliq muskullariga bostirma choklar, qin shilliq pardasiga va oraliq terisiga esa yuza choklar solinadi.

Qinda o'tkaziladigan operatsiyalarga tayyorgarlik ko'rish

Maqsad. O'quvchiga qinda o'tkaziladigan operatsiyalarga tayyorgarlik ko'rish va steril stol tayyorlashni o'rgatish.

Jihozlar:

- simpson ko'zgusi, ko'targich bilan;
- pulevoy qisqichlar (2 ta);
- bachadon zondi;
- gegar kengaytirgichlari;
- kyuretkalar (har xil o'lchamli);
- metall va rezina kateterlar;
- skalpel;
- xirurgik pinsetlar (2 ta);
- anatomik pinsetlar (2 ta);

- qaychilar;
- qon to'xtatuvchi (zajim) qisqichlar;
- ignatutgich;
- har xil o'lchamdagi ignalar;
- steril shariklar, salfetkalar;
- kornsang;
- tikuv materiallari (ketgut, ipak, kapron);
- qo'lqoplar;
- 3% li xloramin eritmasi;
- 70% li etil spirti;
- furatsilin eritmasi (1:6000);
- sudno;
- 1%li yodonat yoki 5%li yodli nastoyka;
- baxillalar.

Harakat algoritmi

- operatsiya hajmi e'tiborga olinib, operatsiya stoli tayyorlanadi;
- ayolga o'tkaziladigan operatsiya usuli tushuntiriladi;
- ayolga qovuq bo'shatilishi zarurligi haqida ogohlantiriladi;
- qo'lqop kiyiladi;
- ayol chalqanchasiga oyoqlari bukilgan va kerilgan holda yotqiziladi;
- jinsiy a'zolar furatsilin eritmasi bilan yuviladi va artiladi;
- bemor oyog'iga baxilla kiygiziladi;
- bemor tagiga pelyonka to'shaladi;
- steril pelyonka yordamida sonning ichki qismi va anal teshik yopiladi;
- shifokorning barcha ko'rsatmalari bajariladi;
- operatsiyadan keyin ishlatilgan hamma asboblarni 1 soatga xloramin eritmasiga solib qo'yiladi;
- qo'lqoplar yechiladi, qo'llar yuviladi.

Orqa kolpotomiyasi

Duglas bo'shlig'ida yiringli ekssudat to'planganida, shuningdek, bachadondan tashqaridagi homiladorlik davrida bachadon orqasidagi qonli o'sma yiringlaganda Duglas bo'shlig'ini ochish uchun orqa kolpotomiyasi o'tkaziladi.

Orqa kolpotomiyasidan avval orqa gumbaz punksiya qilinish, u yerda yiring yoki qon to'plangan-to'planmaganligi bilib olinadi. Orqa gumbaz ingichka troakar bilan punksiya qilinadi, troakar orqali suyuqlik yaxshiroq so'rilib chiqishi (aspiratsiya) uchun unga shpris ulanadi.

14-BOB. JINSIY YO'L BILAN YUQADIGAN KASALLIKLAR

Jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklarning turlari

Jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklar (JYBYK) jinsiy yo'l infeksiyalari (JYI) deganda quyidagi 4 xil infeksiyon kasalliklar tushuniladi:

1) jinsiy a'zolari zararlantiruvchi, jinsiy aloqa yo'li bilan yuqadigan kasalliklar;

2) jinsiy aloqa yo'li bilan yuqmaydigan ayollar jinsiy a'zolarining infeksiyon kasalliklari, qinning normal florasi tashkil qiluvchi mikroorganizmlarning ko'payishi (bakterial vaginoz va kandidoz);

3) reproduktiv traktlarni va boshqa a'zo va sistemalarni zararllovchi kasalliklar (VICH infeksiyasi va zaxm);

4) tug'uruq asoratlari va abortlar, boshqa ginekologik muammolar natijasida ayollar jinsiy a'zolari kasalliklari.

Jinsiy yo'l infeksiyasi (JYI) va jinsiy aloqa yo'li bilan yuqadigan kasalliklari Butundunyo Sog'liqni saqlash tashkilotlari (BDSST) ning diqqat markazida bo'lib, har kuni Yer sharida 1 millionga yaqin JYBYK lar ro'yxatga olinadi. Ayniqsa, yuqori darajada fertil yoshdagi ayollarning akusher-ginekologga murojaat qilishi bu muammolarning ko'lami naqadar kengligini bildiradi. JYI va JYBYK tashxisli bemorlar VICH-infeksiyalangan yoki yuqtiruvchilar xavfi yuqori guruhga kiradi.

O'zbekistonda JYBYKning ko'payishiga asosiy sabab aholining tibbiy yordamga o'z vaqtida murojaat qilmasligi, kasallik profilaktikasi haqida tushunchaga ega emasligi va birlamchi tibbiy muassasalarda sifatli yordam ko'rsatmasligidir. Bundan tashqari, JYBYK, JYI tashxisi bilan ko'pgina ayollar zarur tibbiy yordam ololmasliklari sababi quyidagicha:

— erkak va ayollarda kasallikning belgilsiz kechishi (70% ayollarda, 30% erkaklarda);

— ma'lum simptom, belgilar paydo bo'lganda ham bemor infeksiya kasallikka chalinganligi haqida tushunchaga ega bo'lmaganligi uchun ahamiyat bermasligi (hatto ayrim ayollar bu belgilarni tabiiy hol deb bilishadi).

JYI, JYBYKlarga gumoni bor-u, ammo tibbiy muassasalarga quyidagi sabablar bo'yicha murojaat qilishmaydi:

— JYI, JYBYK asoratining oqibati naqadar og'irligi haqida tushunchaga ega emasligi;

— klinikaga murojaat qilishga uyalishi;

— JYBYK tashxisi jamiyatda yomon otliqqa egaligi;

— tibbiy muassasalarga kela olmaslik;

— moddiy jihatdan davolanishga qurbi yetmaslik.

Jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklar yaqin vaqtlargacha „tanosil kasalliklari“ nomi bilan atalab kelindi. Sog'liqni saqlash tashkiloti tasnifiga muvofiq jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklar ro'yxati quyidagicha:

1. Bakterial vaginoz.

2. Kandidoz.

3. Trixomonioz.

4. Gepatit B.

5. Genital herpes.

6. Zaxm.

7. So'zak.

8. Chov granulemasi (Donovanoz).

9. Ichak infeksiyalari.

10. Venerik limfogranulema.

11. Qov biti.

12. Kontagioz mollusk.

13. Gonokokk aloqadormas uretrit.

14. O'tkir uretral sindrom.

15. Ortirilgan immunitet tanqisligi sindromi (OITS).

16. Intraepitelial servikal neoplaziya.

17. Urogenital xlamidioz.

18. Sitomagalovirus infeksiyalari.

19. Qo'tir.

20. Shankroid.

21. Kichik chanoq a'zolarining yallig'lanish kasalliklari.

Yuqorida qayd etilgan kasalliklarning hammasi jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklar bo'lib, jinsiy a'zolar va siydik yo'llarini zararlaydi. Bu kasalliklarning o'ziga xos tomoni

shundaki, ular endi boshlanib kelayotganda uncha belgi bermasdan, zimdan avj olib boradi.

Jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklarga uchragan bemorlarni davolash quyidagilarga asoslanadi:

- diagnostik vositalar;
- xodimlarni maxsus tayyorlash;
- qishloq shifokorlik punktlari ishini bemorlarni aniqlash, davolash va ularga maslahat beradigan qilib tashkil etish;
- bemorlarni antibiotiklar bilan to'g'ri davolab borish va bu preparatlarning dorixonalarda bo'lishini ta'minlash.

Tibbiy xodim quyidagilarni bilishi lozim:

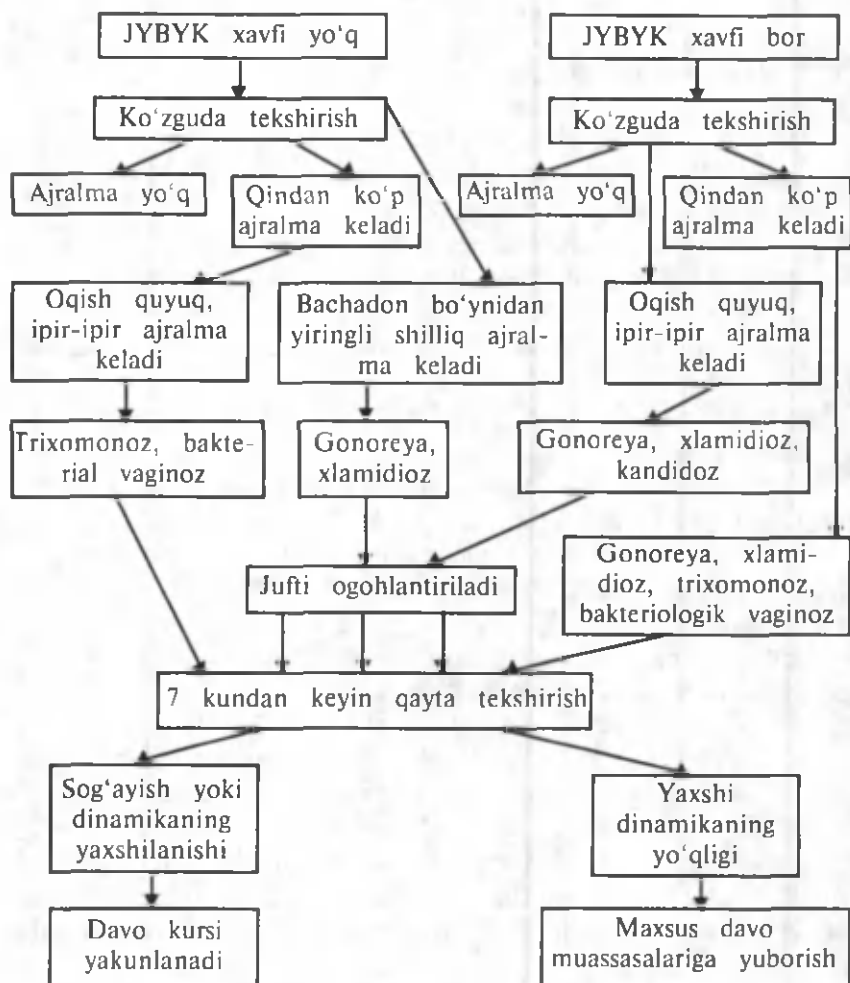
- odamning o'ziga xos yurish-turishi qanday xatarga olib kelishini;
- jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklarning alomatlari va belgilarini;
- aholining mazkur guruhi orasida jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklarning qaysi biri ko'proq uchrashini;
- jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalligi bor deb gumon qilingan kishini tekshirib ko'rish va o'tkazilgan analiz natijalariga qarab unga to'g'ri baho berishni.

Jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklar skriningi orqali quyidagi savollarga javob topish zarur:

1. Sizda qindan ajralmalar kelib turadimi?
2. So'nggi yilda jinsiy jihatdan, ya'ni jinsiy a'zolarida yara paydo bo'lgani yoki terisi zararlanganini kuzatganmisiz?
3. Sizning juftingiz jinsiy a'zolarining biror-bir illati borligi, masalan, uretradan ajralma kelib turishi yoki qovdagi limfa tugunlarining shishib qolishi tufayli so'nggi uch oy davomida davolanganmi? Davolangan bo'lsa, qanday kasallikdan davolangan?
4. Sizning juftingiz boshqa kishilar bilan yaqinlik qilishi mumkinmi?
5. Qilayotgan ishingiz — sizning kasbingiz sizda yoki juftingizda jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklar paydo bo'lish xavfini tug'diradimi?
6. So'nggi ikki oy davomida o'z juftingizdan boshqa kishi bilan yaqinlik qilganmisiz?
7. O'zingizda jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklar bor deb gumon qilasizmi?

Quyida qinda bo'ladigan ajralmalar sxematik tarzda keltirilgan.

Qindagi ajralmalar



Qishloq shifokorlik punktlarining tibbiy xodimlari aholiga jinsiy yo'llar orqali yuqadigan kasalliklarning qanday oqibatlariga olib kelishi mumkinligini tushuntirishlari kerak. Bunday oqibatlar quyidagilardan iborat bo'lishi mumkin:

- kichik chanoq a'zolarining yallig'lanish kasalliklari tufayli bachadondan tashqari homiladorlik;
- yiring aralash shilimshiq chiqib turadigan surunkali servisit va bachadon bo'yni eroziyasida bachadon bo'yni raki boshlanish xavfining mavjudligi;

- kichik chanoq sohasining surunkali og'rib turishi;
- hayz siklining izdan chiqishi;
- bepushtlik; davolab bo'lmasa, erkaklarda xlamidiya va so'zak kasalliklari 20—40% hollarda va ayollarda kichik chanoq organlarining yallig'lanish kasalliklari 55—85% hollarda bepushtlikka sabab bo'ladi;

- jinsiy yo'llarning davo bilan yo'q qilinmagan surunkali infeksiyalari odamga genital herpes virusi va VICH (OITS) yuqib qolish xavfini oshiradi.

Bundan tashqari, jinsiy yo'llar infeksiyasi homilador ayollarda homiladorlikning o'tishida patologiya ro'y berishiga olib keladi (bola tushish, vaqtdan ilgari tug'ish, qorindagi homilaga infeksiya yuqib qolishi). Bunday chaqaloqlar ko'pincha pnevmoniya bilan og'rib qoladi, ularda markaziy nerv sistemasi zararlanishi, ko'zi ko'r bo'lib qolishi, bola ilk go'daklik davrida o'lib ketishi mumkin.

Bakterial vaginoz

Klinikasi — qindan sasigan baliq hidi anqib turadigan qo'ng'ir tusli ajralmalar keladi.

Bu kasallikning yuqish yo'li faqatgina jinsiy yo'l emas.

Tashxisi — nam surtmada (yoki Gram usulida bo'yalgan surtmada) bakteriyalar bilan qoplangan 20 % atrofida vagina, epiteliysi hujayralari aniqlanadi; pHning 5 dan ortiq bo'lishi, undan baliq hidi kelib turishi.

Achitqi infeksiyasi (kandidoz)

Klinikasi. Ayollarda vaginadan suzmasimon oq rangli ajralmalar kelib turadi, vagina yoki vulva qichishib turadi. Erkaklarda — qichishadigan balanit bo'ladi.

Bu kasallikning yuqish yo'li faqat jinsiy yo'l bilan emas.

Kasallik belgilariga, tuzli eritma tomchisidagi vaginal surtmani mikroskopda tekshirib ko'rishga asoslanadi.

Trixomonoz

Bu kasallikning o'ziga xos xususiyati shuki, uning belgilari kam bo'ladi.

Klinikasi. Ayollarda qindan ko'pirib turadigan yashil tusli badbo'y ajralmalar kelib turadi, ba'zan kuchli qichima

boshlanishi. Eraklarda — uretradan ajralmalar kelib turishi kishini bezovta qiladi. Bu kasallik jinsiy yo'l bilan yuqadi.

Kasallik belgilariga, tuzli nam preparatni mikroskop ostida tekshirish natijalariga asoslanadi, harakatlanib turadigan parazitlarni ko'rish mumkin bo'ladi.

So'zak

Bu kasallik ayollarda endigina boshlanib kelayotganda, 70% hollarda belgi bermay, zimdan avj olib boradi. Uning o'ziga xos xususiyati vaginadan yiringli ajralmalar kelib turishi, siyish paytida og'riq va achishishning sezilishi (dizuriya bo'lishi) uretrit boshlanganini bildiradi. Kasallik vaqtida aniqlanmasa va unga noto'g'ri davo qilinadigan bo'lsa, kichik chanoq a'zolarining yallig'lanish kasalliklariga — endometrit, salpingooforit va pelvioperitonit boshlanishiga sabab bo'lib, bitishmalar hosil qilishi mumkin. Bunday bitishmalar bachadon naylari bekilib qolishi natijasida odamning bepusht bo'lib qolishiga, bachadondan tashqarida homiladorlik boshlanish xavfining ortishiga olib keladi.

Eraklarda so'zak yuqqanidan keyin dastlabki 12—72 soat davomida birdan boshlanadi, dizuriya bilan birga davom etib boradi va yiringli o'tkir uretrit avj olishiga olib keladi. Davo qilinmaydigan bo'lsa, kasallik asorat berib, epididimit, uretra absessi va strukturasi boshlanishiga sabab bo'ladi, epididimit bitib ketishi natijasida odam bepusht bo'lib qolishi mumkin.

Tashxisi. Ayollarda qin va eraklarda uretradan olib Gram usulida bo'yalgan ajralma surtmalarida hujayralar ichiga joylashib olgan gramm-manfiy diplokokklarni topishga asoslangan.

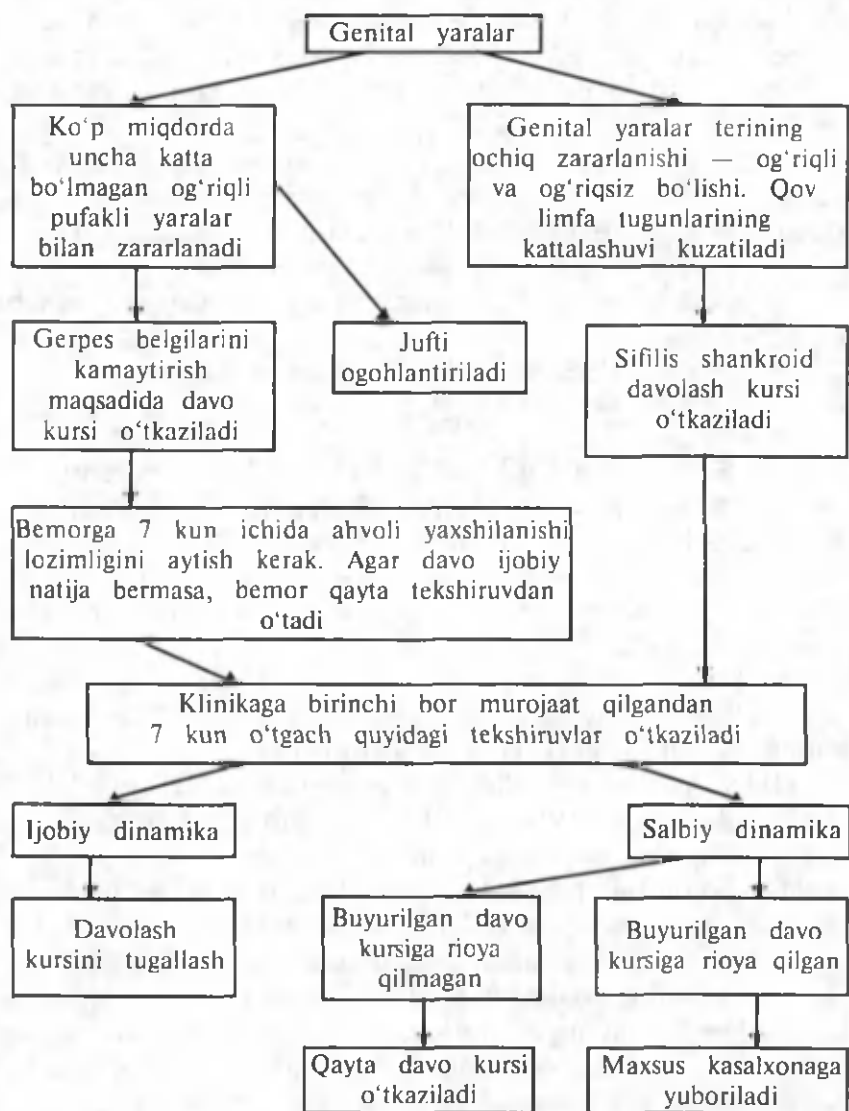
Xlamidioz

Bu kasallik infeksiya ichki jinsiy yo'llarga o'tgan paytda ham ayollarda ko'p belgi bermay davom etadi. Kasallik tekshirish paytida aniqlanadi. Bunda vagina yoki bachadon bo'ynidan ko'pincha go'sht seliga o'xshash qip-qizil yiringli ajralma chiqib turadi, bachadon bo'yni salga qonaydigan bo'lib qoladi.

Eraklarda xlamidiya infeksiyasi 50% hollarda nogonokokkli uretritlarga sabab bo'ladi.

Tashxisi. Kasallikni aniqlashga imkon beradigan maxsus usullar bo'lmaganda bachadon bo'yni kanalidan shilimshiq-yiringli ajralmalar chiqib turishiga va bachadon bo'ynining salga qonashiga, so'zakka o'tkazilgan tekshirish natijalarining manfiy bo'lishiga asoslanadi. Uzil-kesil tashxis serologik analizlar yoki kulturani tekshirish natijasiga qarab qo'yiladi.

Quyida jinsiy a'zolar (genital yaralar)ni davolash dinamikasi sxematik tarzda berilgan.



Genital herpes

Bu kasallik ayollarda kratersimon bir talay yaralar paydo bo'lishi bilan ta'riflanadi, ayni vaqtda vaginadan suvsimon ajralmalar kelib turishi mumkin. Bu yaralar 2—4 haftadan keyin bitib ketadi. Kasallik 50% hollarda qaytalanib turishga moyil bo'ladi va umumiy immunitetning susayib qolishi bilan davom etadi. Bunda saprofit bakteriyalar faolligi kuchayib, ikkilamchi infeksiya yuqish xavfi ortadi.

Tashxisi. Kasallikning belgisi va alomatlariga qarab, ko'pincha jinsiy yo'l bilan yuqadigan boshqa kasalliklar (zaxm, shankroid) ni istisno qilish yo'li bilan taxminiy tashxis qo'yiladi.

Jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklarga davo qilish va ularning oldini olishda ahamiyat berilishi kerak bo'lgan muhim narsa — quyidagi yo'l-yo'riqlarni ko'rsatishdan iborat:

- shaxsiy gigiyena qoidalariga rioya qilish;
- davolanayotgan davrda jinsiy aloqa qilishdan voz kechib turish;
- prezirvativlardan foydalanishni maslahat berish.

OITS

OITS — orttirilgan immun tanqisligi sindromi — immunodefitsit virusi VICH bilan ifloslanish orqali rivojlanadi. Bu kasallikda odam immun sistemasi zararlanib, organizmning infeksiyaga qarshi kurashish xususiyati pasayib ketadi. VICH bilan zararlanganidan so'ng odam butun umr VICH tashuvchisi bo'lib qoladi.

Faol turga o'tganda turli a'zo va tizimlar (nafas olish, siydik chiqarish, ovqat hazm qilish va boshqalar) zararlanishi kuzatiladi. OITS juda ko'p belgilarga ega.

OITS har doim o'lim bilan tugaydi.

Davolanmagan JYI va JYBYK asoratlari erkak, ayol va ular bolalarining sog'ligiga putur yetkazadi va natijada bepusthlik, surunkali kasalliklar, seksual disfunksiyalar, infeksiya tarqalishi va bemorning o'limiga sabab bo'ladi. Ayollarda — bu holatlar kichik chanoq sohasi surunkali og'riqlariga va homiladorlikning og'ir kechishiga (bachadondan tashqari homiladorlik), ayniqsa, homilador ayollar davolanmagan bo'lsa, hali tug'ilmagan homilaga ham salbiy ta'sir ko'rsatadi. Natijada bola vazni kichik, vaqtdan oldin tug'ish va neonatal

davri infeksiyasi kuzatiladi. Gonokokk va xlamidiyali infeksiyalar chaqaloqqa yuqishi, ko'zini zararlashi va ko'rlikka sabab bo'lishi mumkin.

Profilaktikasi. Asosiy omillardan biri sanitar-oqartuv ishlari olib borish. JYBYK tarqalishiga seksual aloqa, kasallikka erta tashxis qo'yish va davolovchi tibbiy muassasa va kontaktlarni aniqlash.

JYBYKlardan himoya qiluvchi kontrasepsiya usullari

Lateksli prezervativ	To'g'ri qo'llanilganda JYBYKdan, VICH-infeksiyadan himoyaqilish dasamarali usul hisoblanadi. Prezervativ bilan yopilmagan zonalar (qov) infeksiyadan himoyalangan.
Diafragma	Diafragma, spermidlar birgaishlatilganda JYBYKdan himoyaqiladi. VICH-infeksiyadan himoyaqilmaydi. Prezervativ ishlatishgaimkon bo'lmasa, alternativ variantlardaspermisidlar qo'llaniladi.
Boshqausullar	Kontrasepsiyaning boshqausullari JYBYKdan, VICH-infeksiyadan himoyaqilmaydi. Xavfi yuqori guruhlargakiruvchi ayollargaprezervativ yaxshi samaraberadi.

Kasalliklarning ko'p uchraydigan belgilari:

- uretradan ajralma kelishi;
- genital yaralar;
- qindan ajralma kelishi;
- qorin pastida og'riq paydo bo'lishi.

„TORCH“ INFEKSIYALAR

Torch — (Tor 4) — lotincha *abbreviatura* homila infeksiyasining ko'p uchraydigan turlari.

T — toksoplazmoz (*toxoplasmosis*);

O — boshqa infeksiyalar (*others*);

R — rubella, qizilcha (*rubella*);

C — sitomegalovirusli infeksiya (*cytomegalovirus*);

H — herpes (*herpes simplex virus*).

Bu infeksiyalar embrionotoksin, terotogen xususiyatga ega. Ya'ni embrion, homila rivojlanishiga salbiy ta'sir qilib, uning nuqsonli tug'ilishiga sabab bo'ladi.

Jinsiy aloqa yo'li bilan yuqadigan mikroorganizmlar.

I. Bakteriyalar.

1. *Heisseria gonorrhoeae*.
2. *Treponema pallidum*.
3. *Chlamydia tra chomatis*.
4. *Haemophilus. Ducreyi*.
5. *Calummabacterium granulomatosum*.
6. *Ureaplasma urealuticum*.
7. *Mucoplasma hominis*.
8. *Mucoplasma genitalium*.
9. *Gardnerella vaginalis*.
10. *Salmonella spp.*
11. *Shigella spp.*
12. *Campulobacter spp.*
13. *Staeptococcus Brpunn*.
14. *Mobiluncus spp.*

II. Viruslar.

1. VP 4 (1 va 2-tiplar).
2. VPG (1 va 2-tiplar) oddiy herpes virusi.
3. VP4 — 60 tipdan ziyod odam papilomasi virusi.
4. A, B, C va D gepatiti viruslari.
5. *Sitomegalovirus*.
6. Shteyn-Barr virusi.
7. Kontagioz molluskalar virusi.
8. Enter viruslar.

III. Protozoidlar.

1. *Trichomonas vaginalis*.
2. *Entamoeba histolytica*.
3. *Ciardia lamblia*.
4. *Ichakni zaharlovchi boshqa protozoidlar.*

IV. Ektoparazitlar.

1. *Phthirus pubis* (qov biti).
2. *Sarcoptes scabiei* (qo'tir, qichima).

Toksoplazmoz

Toksoplazmoz keng tarqalgan parazitlar kasallik bo'lib, zoontraponozlarga mansub. Bunda bosh miya va ko'z zararlanadi. Tug'ma va orttirilgan turi mavjud. Tug'ma turi bilan yangi tug'ilgan chaqaloq va yosh hayvonlar kasallanadi. Orttirilgan turi bilan esa katta yoshdagi hayvonlar kasallanadi.

Etiologiyasi. Kasallik qo'zg'atuvchi *Toxoplasma gondii* Toxoplasma zotiga, Ermeriidae oilasiga Sporozoa sinfi, Protozoa turiga mansub. Bu nisbiy — patogen hujayra ichi paraziti bo'lib, uchta formasi mavjud:

1. Taxizoitlar (eski nomi — trofozoitlar).
2. Bradizoidlar (sistlar).
3. Sporozoitlar (oositlar).

Uy mushuklari toksoplazmoz egasi bo'lib, axlat orqali toksoplazma oositi ajraladi, tashqi muhitda (2 yilgacha) saqlanadi va turli xil hayvon va odamlarga yuqadi. O'tkazilgan tadqiqotlar 30% mushuklar toksoplazmoz bilan zararlanganligini ko'rsatdi. Boshqa hayvonlar tashuvchi bo'lib, ularning go'shti yaxshi termik ishlov berilmasligi natijasida ovqat orqali yuqadi.

Kasallik hayvon yoki atrof-muhitdagi odamlar uchun zararsizdir, ammo homilador ayol, qon va to'qima donorlari uchun zararli. Toksoplazmoz tashuvchi 200 xil sutemi-zuvchilar va 100 turdagi parrandalar aniqlangan.

Kasallik yuqishining to'rt xil yo'li mavjud:

1. Peroral (alimantar), og'iz orqali.
2. Transplatsentar.
3. Gemotransfuzion.
4. Transmissiv.

Bundan tashqari, terining mikroshikastlari, mushuk tirnashi natijasida kontakt yo'l orqali ham yuqishi mumkin.

Patogenezi. Og'iz orqali yuqqanda ajralgan sista yoki oosit ingichka ichakning epitelial hujayralariga kiradi, ko'payadi, hujayrani zararlaydi, yangi hujayralar zararlanadi. Leykotsitlar tarkibiga kirgan parazitlar gemotogen yoki limfogen yo'l orqali organizmga tarqaladi, turli a'zo va to'qimalarni zararlaydi.

Taxizoitlar proliferatsiyasi hujayralarning nobud bo'lishiga olib keladi, natijada, chegaralangan nekroz o'chog'i paydo bo'ladi (granuloma), keyin yemiriladi. Kasallikning kechishi organizmning immunitetiga bog'liq. Agar immunitet past bo'lsa, kasallik o'tkir shaklga o'tib, miokordit rivojlanadi va o'limga olib keladi.

Orttirilgan toksoplazmoz klinik belgilar bo'yicha o'tkir, surunkali va latent formalarga bo'linadi. Latent va surunkali formalar simptomsiz kechadi. 0,2—0,3% bemorlarda o'tkir formada, og'ir kechadi va o'limga olib keladi.

Qon orqali o'tadigan infeksiyalarning kasb faoliyatida yuqishining oldini olish va uni kamaytirish yo'llari

Kasb tufayli qon bilan aloqada bo'lish dunyo miqyosida sog'liqni saqlashning eng dolzarb muammolaridan biri hisoblanadi.

Tibbiyot xodimlari va kasalxonalaridagi bemorlar uchun qon orqali o'tadigan kasallik qo'zg'atuvchilari bilan yaqin aloqada bo'lish katta xavf tug'diradi. Hozirgi kunda 20 dan ortiq turli xil kasallik qo'zg'atuvchilarini parenteral yo'l bilan yuqishi tasdiqlangan va ularning ichida eng xavflilari B va C gepatit viruslari hamda odam immuniteti tanqisligi viruslaridir. Bu qo'zg'atuvchilarning har biri o'tkir yoki surunkali infeksiyalarga chalingan bemorlarning qoni va boshqa biologik suyuqliklardan tibbiyot xodimlariga o'tishi mumkin. Keyinchalik infeksiyaga chalingan tibbiyot xodimlaridan viruslar ularning bemorlari, jinsiy aloqada bo'lganlari va ular bilan yaqin aloqada bo'lgan boshqa shaxslarga, shu jumladan, parenteral yo'l orqali ham yuqishi mumkin. Infeksiyaning o'tkir shakliga chalingan har bir bemor bir necha odamlarga nisbatan infeksiya o'chog'i bo'lishi mumkin, surunkali infeksiyaga chalinganlar esa butun hayoti davomida ko'pchilik shaxslar uchun infeksiya o'chog'i bo'lib qoladi.

OIT (VICH) infeksiyasining yuqish yo'llari:

— jinsiy aloqalarda, ayniqsa, jinsiy a'zolarda shikastlanishlar bo'lsa;

— qon preparatlari, infeksiyaga chalingan donorlar spermasi qo'llanilganda;

— OITS infeksiyasiga chalingan bemor qoni bilan ifloslangan shpris, asboblari va idishlardan foydalanib narkotiklar inyeksiya yo'li bilan yuborilganda;

— OITS infeksiyasiga chalingan bemor qoni bilan aloqada bo'lgan ko'p marta ishlatiladigan tibbiy asbob-uskunalar sifat-siz dezinfeksiya qilinib, ishlatilganda;

— onadan va bolaga OITS viruslarining perinatal transmissiyasi orqali;

— kasb vazifalarini bajarish davomida OITS infeksiyali qon bilan aloqada bo'lganda;

— bola OITS infeksiyasiga chalingan ayolning ko'krak suti bilan boqilganda.

Qon orqali yuqadigan infeksiyalar bilan kasbiy zararlantirishning xavfi va uni kamaytirish yo'llari

<p>OVI (VICH) kasbiy yuqishning oldini olish</p>	<p>Qon bilan bevosita aloqada bo'lishning oldini olish zarur. Aloqadan keyingi profilaktika choralarini ko'rish kerak</p>
<p>Yuqish xavfi</p>	<p>Xavf infeksiya tashuvchining qonida viruslar konsentratsiyasi darajasi va retsi piyentga tushgan qon miqdoriga bog'liq.</p> <ul style="list-style-type: none"> · Tibbiy xodimlar uchun yuqish xavfi qon bilan kasbiy aloqadabo'lish soni, turi vakasallikning aholi o'rtasidatarqalish darajasigabog'liq. · Qon infeksiyalari qo'zg'atuvchilarining eng yuqori xavfi inyeksiyauchun ichi kavaknina sanchilishidamavjuddir. · Qon infeksiyalari infeksiyalangan qon, shikastlangan teri yoki shilliq pardalar bilan aloqada bo'lganidaham yuqishi mumkin. <p>Shikastlanmagan teri orqali yuqish ehtimoli juda kam</p>
<p>Tibbiy faoliyat paytidagi xavf</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Ko'p kasalxonalarda qon olish, ishlatilgan ninaqalpoqchakiydirish, qalpoqsiz ninalar, tomirga inyeksiyaqilish ninalari yotgan muolaja stollarini artish yuqori xavfli faoliyat turlari hisoblanadi. · Inyeksiya, flebotomiya, choktikish, tomir ichigadori-darmonlar yuborish ninalari xavfli asbob-largakiradi. · Qon bilan bevositaaloqadabo'lish hollari tez tibbiy yordam ko'rsatish tibbiy muolajavaxizmat ko'rsatishning tig'iz paytidaortib boradi · Bunday paytlarda qo'shimcha ehtiyotkorlik choralarini talab qilinadi. · Tibbiyot xodimlarining qon bilan aloqasi o'tkir asboblar ishlash turli bosqichlaridakelib chiqishi mumkin, ya'ni: ish vaqtidabevositafoydalanayotganda, ish yakunlangandan so'ng tashlab yuborilayotganda, omonat yoki shikastlangan konteynerlardan foydalanganda. · Nina ko'pinchaninagaqalpoqchasini kiydirayotganda qo'lga kiradi.

Tibbiyot qo'l-qoplaridan foydalanish	<ul style="list-style-type: none"> · Agar nina qo'lqopni teshib yuborsa, nina tashqarisidagi qonning bir qismi qo'lqopda qoladi. · Ichkariga tushadigan qon miqdori 46—86% ga kamayadi, bu esa infeksiya qo'zg'atuvchisining yuqish xavfi kamayishi uchun yetarli hisoblanadi. · Bemorning shilliq qavati va shikastlangan terisi bilan aloqada bo'lganda
Qo'lni yuvish	<ul style="list-style-type: none"> · Bemor bilan ishlagandan va iflos materiallarga tekkandan keyin qo'lni sovunlab yuvish kerak. · Agar qo'llar biologik suyuqlik bilan ifloslanmagan bo'lsa, suvsiz aseptiklar, masalan, glitserin bilan spirt eritmasi yetarli samara beradi. · Tasodifan tushgan biologik moddalarni ketkazish uchun qo'llarni sovunlab yuvish kerak, chunki organik moddalar bilan aseptiklar samara bermaydi
Teri shilliq qavatlar va ko'z konyuktivasini himoya qilish	<ul style="list-style-type: none"> · Agar muolajada qon yoki biologik suyuqliklar sachrashi xavfi bo'lsa, og'iz, burun va yuzning ko'p qismiga niqob tutiladi. · Xalatlar va fartuklar teri hamda kiyim-boshni qon va biologik suyuqliklar tushishidan saqlaydi. · Xalat ostidan suv o'tkazmaydigan fartuk va oyoqlarga baxilla kiyiladi
Zararsizlantirish	<ul style="list-style-type: none"> · Qon va boshqa biologik suyuqliklar bilan ifloslangan tibbiy asboblari, idishlar, yotoq buyumlari, apparatlar me'yoriy hujjatlarga muvofiq zararsizlantiriladi
Ko'rsatmalar va apteka	<ul style="list-style-type: none"> · Har bir ish o'rnida uslubiy ko'rsatma hujjatlari va xavfli vaziyatlarda shoshilinch chora ko'rish uchun dorixona bo'lishi kerak

OITS infeksiyasi yuqishiga sabab bo'lmaydigan omillar

- OITS infeksiyasiga chalingan bemorlarni shikastlanmagan terisiga tekkanda, bemorni paypaslab tekshirib ko'rganda va parvarishi davomida;
- maishiy aloqalar, masalan, umumiy dorixona, hojtaxona va boshqalardan foydalanilganda;
- OITS infeksiyasiga chalingan bemor bilan yonma-yon ishlaganda;
- bemorni cho'miltirganda.

OITS infeksiyasining o'ziga xos xususiyatlari

- yashirin davri 2 haftadan 4 haftagacha, ayrim hollarda — 6 haftagacha;
- kasallikning boshlang'ich alomatlarini: qisqa muddatli ma'lum tartibda darmonsizlanish, istimalash, mushaklar og'irishi;
- boshlang'ich belgilaridan boshlaboq bemor yuqumli hisoblanadi;
- antitelalar birlamchi alomatlaridan 1—3 oydan keyin aniqlanadi;
- OITS rivojlanishida oldingi yashirin davrining kattaligi;
- OITSGa qarshi vaksina va immunoglobulinlarning yo'qligi.

Qon infeksiyalari qo'zg'atuvchilarining kasb faoliyatida yuqish xavfi ancha yuqoridir.

Bemorlarga tibbiy xizmat ko'rsatilayotganda va biologik materiallar bilan ishlayotganda qon orqali yuqadigan infeksiyalar bilan zararlanishning oldini olish choralarini quyidagilardan iborat:

- sanchiluvchi va kesuvchi asboblari (nina, skalpel, qaychi va boshqalar) bilan muolaja qilayotganda xavfsiz ishlash qoidalariga amal qilish kerak (nina qalpoqchasini asbob yordamida kiydirish, zararsizlantirilguncha ninani shprisdan olmaslik);
- qon va biologik suyuqliklar bilan muolaja vaqtida kasbiy aloqalarning oldini olish maqsadida shaxsiy himoya vositalari (jarrohlik xalatlari, qo'lqop, niqob, himoyalovchi ko'zoynak, fartuk, baxilla)dan foydalanish kerak;
- shikastlangan, himoya qo'lqoplari yoki leykoplastir yopishtirib bo'lmaydigan, qo'llarida yaralari bo'lgan tibbiyot xodimlari kasallik davrida ishdan ozod qilinalar;
- laboratoriyalarda qon va zardoblari bilan muolajalar rezina — nok, avtomatik pipetka, dozatorlar yordamida olib borilishi kerak;
- qon, biologik suyuqlik, a'zolar, biomateriallar solingan barcha idishlar zich qopqoqlanishi kerak;
- laboratoriyaga qon va biomateriallar sinamalari konteynerlarga, biks yoki penalga, sumka-muzlatgichga joylashtirilgan shtativlarga solinib jo'natilishi kerak;

— jarrohlik operatsiyasi vaqtida „neytral maydon“ usulidan foydalanish kerak.

Tibbiyot xodimining terisi, shilliq qavatining turli darajada shikastlanishi, shuningdek, bemorga tibbiy yordam ko'rsatish paytida biomateriallar tushishi VICH yoki infeksiyon kasallik qo'zg'atuvchisi bor biomaterial bilan aloqada bo'lgan deb tasniflanishi shart.

Bemor bilan bevosita aloqadan keyingi profilaktika

Teri shikastlangan (teshilish, kesilish) paytda qon yoki biologik suyuqliklar bilan aloqada bo'lganda	<ul style="list-style-type: none"> • Qo'lqopning ishchi yuzasini ichkariga qayirib, qo'lqop yechiladi. • Yara, teshilgan joydan qon siqib chiqariladi. • Oqar suvda qo'l yaxshilab sovunlab yuviladi, keyin 70° li etil spirti eritmasi bilan artiladi. • Shikastlangan joy biror-bir zararsizlantiruvchi modda (70° li etil spirti, kesilganda 5% li yod eritmasi, 3% li vodorod perikisi eritmasi) bilan yuviladi. • Qo'lga plastir yopishtiriladi, rezina barmoqcha kiyiladi
Teri shikastlanganda (teshilish, kesilish) qon yoki biologik suyuqliklar bilan aloqada bo'lganda	<ul style="list-style-type: none"> • Ishni davom ettirish zarur bo'lsa, yangi qo'lqop kiyiladi. • Shoshilinch yordam ko'rsatish va qayd qilish uchun davolash profilaktika muassasasi boshliqlari bu haqda ogohlantiriladi
Shikastlanmagan teri bilan qon yoki biologik suyuqliklar aloqasi	<ul style="list-style-type: none"> • Oqar suvda sovunlab yuviladi. • Zararlangan joyni zararsizlantiruvchi modda (70° li spirt eritmasi, 3% li vodorod perikisi, 3% li xloramin eritmasi bilan artiladi)
Shilliq qavatga biomaterial tushganda	<ul style="list-style-type: none"> • Og'iz bo'shlig'i 70° li etil spirti eritmasi bilan chayiladi; • Burun bo'shlig'iga 30% li albutsid eritmasi tomiziladi. • Ko'zlar (toza qo'llar bilan) suv bilan yuviladi, 30% li albutsid eritmasi tomiziladi. • Burun va ko'zlarni 0,5% li kaliy permanganat eritmasida yuvish mumkin

<p>Xalatga, kiyimga biomaterial tushganda</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kiyimni yechib, zararsizlantiruvchi modda solinadi. • Zararlangan qo'l yoki tananing boshqa qismlari suv bilan yuviladi va 70° li etil spirti eritmasida artiladi. • Ifloslangan poyabzal zararsizlantiruvchi moddada namlangan latta bilan 2 marta artiladi
<p>OITSGa tekshirilganda va anti-retrovirus preparati profilaktika maqsadida buyurilganda</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Barcha davolash-profilaktika muassasalarida zararlanganlarga tibbiy yordam ko'rsatiladi va OITS bilan zararlangan materiallar bilan ishlashda yuzaga keladigan favqulodda vaziyatlarni qayd qilish jurnali olib boriladi. • Belgilangan tartibga ko'ra, favqulodda vaziyat qayd qilinganidan so'ng, tibbiyot xodimiga OITS antitelasini aniqlash testi o'tkazish taklif qilinadi. Tibbiyot xodimining roziligi bilan test uchun aloqadan so'ng darhol, lekin 5 kundan kechikmasdan qon olinadi. Agar ijobiy javob olinsa, xodim OITS bilan boshqa sharoitda zararlangan va bu avariya zararlanish sababi hisoblanmaydi. Manfiy javob olinganda, testni 3—6 oy, so'ngra esa bir yildan keyin takrorlash taklif qilinadi
<p>OITSGa tekshirilganda va anti-retrovirus preparati profilaktika maqsadida buyurilganda</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tibbiyot xodimini OITS ga tekshirish natijalari maxfiy hisoblanadi. • Agarda OITS bilan zararlangan materiallar bilan ishlashda favqulodda vaziyat yuzaga kelsa, shu material bilan ishlagan tibbiyot xodimi shoshilinch ravishda, profilaktika sifatida Retrovir preparatidan kuniga 800—1000 mg dan 3—4 hafta davomida (uning roziligi bilan) qabul qilishi lozim. Profilaktikani 3 yoki 6 oydan so'ng qaytarish zarur. Retrovirni profilaktika sifatida favqulodda vaziyat yuzaga kelgandan 24—36 soat o'tgach qabul qilish kerak
<p>Qon va biologik suyuqliklar bilan aloqa paytida shoshilinch yordam ko'rsatish uchun apteka</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Retrovir. • Rezina „barmoqlar“ (har bir ishchiga 1—2 tadan). • Leykoplastir. • Qaychi — 1 ta. • Kaliy permanganat.

<p>Qon va biologik suyuqliklar bilan aloqa paytida shoshilinch yordam ko'rsatish uchun apteka</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kaliy permanganatni aralashtirish uchun belgilangan 1 litrli idish. • 70° li etil spirti — 50,0 ml. • 30% li albutsid eritmasi, tubikda — 1–2 ta. • 5% li yod eritmasi. • 3% li vodorod perikis eritmasi. • Qo'lqoplar — 3 ta. • Zararsizlantiruvchi eritma: 3% li xloramin 30,0 ml. • Zararsizlantiruvchi moddalarni aralashtirish uchun idish.
---	---

Xulosalar:

- Barcha tibbiy muassasalar qon infeksiyalari qo'zg'atuvchilari bilan zararlanish xavfini kamaytirish dasturini amalga oshirishlari shart. Barcha preventiv dasturlarda quyidagilar bo'lishi shart: xavfsiz asboblardan va usullarni takomillashtirish, himoya kiyimlari va materiallardan foydalanish, tibbiy xodimlarni ishda mavjud bo'lgan xavf va xavfsizlik qoidalari, kasallik rivojlanishining oldini olish va aloqadan keyingi profilaktika choralariga o'qitish.

- Barcha tibbiy muassasalar qon bilan aloqa oqibatida zararlanish xavfi to'g'risida xodimlarga ma'lumot berishlari kerak.

- O'tkir asboblardan mustahkam konteynerlarda saqlanishi kerak.

- Ninalar bilan ishlaganda „cho'mich“ usulidan foydalanish kerak.

- Ishlash uchun iloji boricha xavfsiz asbob va usullarni tanlash kerak.

- Qon bilan bevosita aloqaning oldini olish uchun himoya kiyimi, qo'lqop, ko'zoynak, niqobdan foydalanish zarur.

- Aloqadan keyingi profilaktika maqsadida, qon bilan bevosita aloqa haqida o'z vaqtida ma'lumot berish shart.

- Qabul qilingan mahalliy qoidalarga rioya qilgan holda qonni bog'lash materiallari yoki yo'ldosh materiallarni shifoxona chiqindilarini xavfsiz yo'qotish lozim.

Akusherlik statsionarlarida epidemiyaga qarshi profilaktik tadbirlar o'tkazish tartiblari

Xona-filtr

Termometrlarga dezinfekcion ishlov beriladi, so'ngra toza suvda chayiladi va usti yopiladigan idishlarda saqlanadi. Shpatellar ishlatilgandan so'ng zararsizlantiriladi, toza suvda chayilib so'ngra quritiladi va MSB (markaziy sterillash bo'limi)ga topshiriladi. Stol va boshqa sathlar 1% li xloramin eritmasi yoki boshqa zararsizlantiruvchi eritmada namlangan latta bilan artiladi. Latta idishda toza holda saqlanadi.

Chanoq o'lchamlarini o'lchash asbobi 2 marta zararsizlantiruvchi vosita bilan artilgach, maxsus ajratilgan joyda pelyonkaga o'rab saqlanadi. Tasma ham xuddi shunday zararsizlantiriladi. Tug'adigan ayollarni qabul qilish uchun (toza) kiyim-bosh to'plami (ko'ylak, sochiq, xalat) qopda, javonda saqlanadi.

Kateterlar zararsizlantiriladi, so'ngra belgi qo'yilgan idishlarda saqlanadi. Ko'ruv uchun qo'lqoplar steril holda bo'lishi kerak. Ko'rikxonadagi qaychilar steril paketlarda 3 kun davomida saqlanadi, foydalanilgandan so'ng zararsizlantiriladi.

Pedikulozga qarshi vositalar va uni ishlatish bo'yicha yo'riqnomaga ham ega bo'lish kerak.

Sanitariya jihatidan ishlov berish.

Filtr va doyalik bo'limlari uchun alohida tozalash vositalari (shvabra, chelak) maxsus ajratilgan joylarda saqlanadi, hojatxonalar uchun alohida tozalash vositalari bo'lishi shart.

Qabul qilish bo'limlari yuvuvchi va zararsizlantiruvchi moddalar, OITSning oldini olish to'plami, vaboni aniqlash, material olish to'plami, vannalarni yuvish uchun cho'tka bilan ta'minlanishi kerak.

Xodimlar qo'lini yuvish uchun suyuq kirsovun ishlatiladi (2 marta sovunlash lozim). Xususiy yoki bir marta ishlatiladigan sochiqlardan foydalanish lozim. Tibbiy xodimlar qabul qilingan maxsus kiyim-boshda bo'lishlari shart.

Qabul bo'limi 2 mahal tozalanadi. Haftada bir marta yalpi umumiy tozalash o'tkaziladi, buning uchun alohida tozalash vositalari bo'lishi shart.

Jarrohlik bloki

Jarrohlik blokiga olib kiriladigan barcha asboblari, apparatlar, jihozlar (kislородli ballon, karbonatli gaz ballonlari, kardiograf va boshqalar) jarrohlik bo'limiga kiritilishidan oldin zararsizlantiruvchi moddalarda namlangan latta bilan artiladi.

Jarrohlik jarayonida foydalanilmaydigan narsalarni jarrohlik xonasida saqlash qat'iyman qilinadi. Jarrohlik xonasida jarrohlik bloki aravachasi uchun joy qoldirilishi kerak. Aravacha har kuni zararsizlantiruvchi moddalarda namlangan latta bilan artiladi. Dezinfeksiyalovchi vosita alohida belgilar qo'yilgan idishda saqlanishi lozim.

Tibbiy asboblari alohida belgilangan idishlarda, keyinchalik zararsizlantirish uchun, yig'iladi va qopqop bilan yopiladi.

Narkoz uchun niqoblar, intubatsion naychalar, o'pkaga sun'iy nafas berish apparati va boshqalar jarrohlik aralashuvlaridan keyin ajratilib tozalanadi.

Jarrohlik maydonini zararsizlantirish uchun yodonat, yodopirin va xlorgeksidin biglukonatdan foydalaniladi. Jarrohlik terisi yuvilmasdan 1% li yodopiron, yodonat eritmalariga shimdirilgan steril paxta bilan ikki marta artiladi. Qon bilan ifloslangan jarrohlik asboblari idish ichida chayiladi, iflos suv keyinchalik zararsizlantiriladi. So'ngra barcha jarrohlik asboblari oqsillar, dorilar, kimyoviy moddalar va boshqalarni ketkazish maqsadida mexanik ravishda tozalanadi.

Yiringli jarrohlıklardan keyin asboblari avval zararsizlantiriladi, so'ngra sterilanadi. Buning uchun belgilangan idishlar, cho'tkalar bo'lishi kerak. Qon qoldiqlari 1:5 nisbatda zararsizlantirish vositalari bilan ishlov berilgandan so'ng, kanalizatsiyaga to'kiladi.

Qon bilan ifloslangan doka piliklar va salftkalar alohida belgilangan idishlarda zararsizlantiriladi (5% li xloramin eritmasi, 2,5% li gipoxlorid kalsiy, 5% li xlorli ohak va boshqalar), shundan so'ng tashlab yuboriladi yoki maxsus pechlarda yoqiladi.

Mexanik tozalash alohida ajratilgan issiq va sovuq suv bilan ta'minlangan va barcha idishlari mavjud bo'lgan jarrohlik bloki yonidagi kafellangan xonada amalga oshiriladi.

Har bir operatsiyadan so'ng jarrohlik xonasi zararsizlantiruvchi vositalari yordamida umumiy yalpi tozalanadi.

Jarroh qo'liga ishlov berish

Qo'llar oqib turgan suvda sovun va cho'tka bilan bir daqiqa davomida yuviladi. Shundan so'ng oqar suvda qo'llarni chayib, sterillangan sochiq bilan artiladi. So'ngra UzSSV Farmatsevtika qo'mitasi ruxsati bilan zararsizlantiruvchi moddalar: S-4 (vodorod perekisi va chumoli kislotasi aralashmasi), xlorgeksidin biglukonat, degmin, degmitsin, yodopiron va boshqalar bilan qo'llar zararsizlantiriladi.

Jarroh qo'lini zararsizlantirish uchun bir daqiqa davomida 2,4% li S-4 eritmasiga solib turadi. Jarrohlik aralashuvi boshlangandan 60 min o'tgach ushbu modda bilan jarrohlik qo'lqoplari ham zararsizlantiriladi.

S-4 eritmasi bevosita jarrohlik aralashuvi kuni tayyorlanadi va faqat shu kuni ishlatiladi hamda shisha idishlarda saqlanadi. Xlorgeksidin biglukonatning 20%li suvli eritmasi 500 ml shisha idishlarda ishlab chiqariladi, qo'llarni zararsizlantirish uchun 0,5% li spirtli eritmasi ishlatiladi. Qo'llar 0,5%li eritmaga botirilgan pilik yordamida 5 min davomida zararsizlantiriladi; 1% li degmin yoki degmitsin bilan 5 min davomida 2 ta pilik yordamida qo'llar navbat bilan zararsizlantiriladi; keyin bitta pilik ishlatiladi.

Yodopirin yodoform tarkibida 6—8% faol yodni saqlaydi. Qo'llarni tog'oradagi 0,1% li eritmada (faol yodga nisbatan) 4 min davomida yuviladi (salfetka bilan). Keyin qo'llar steril sochiq bilan artiladi va steril qo'lqoplar kiyiladi.

Umumiy yalpi tozalash, palatalarning bo'shashiga qarab, haftada kamida bir marta o'tkazilishi va jumalda qayd etilishi lozim.

Yalpi tozalashni qayd etish jurnali

№	Bo'lim va xonalar nomi	Yalpi tozalash boshlangan vaqt (vaqti ko'rsatilsin)	Yalpi tozalashning tugashi (vaqti ko'rsatilsin)	Yalpi tozalash (qanday dezinfektant bilanligi ko'rsatilsin)	Yalpi tozalash o'tkazgan shaxs ism-sharifi	Mas'ul shaxsning ismi	Imzo

Nafas olish va narkoz apparatlarini tozalash

Nafas olish va narkoz apparatlari har bir bemorga ishlatilgandan so'ng, shifoxona ichi infeksiyasi — narkozdan keyingi zotiljamning oldini olish maqsadida zararsizlantirilib, sterilizatsiya qilinishi kerak. Ishlatilgandan so'ng narkoz apparati qismlarga ajratiladi. Har bir qism va naylari yuvuvchi eritma solingan belgilangan maxsus idishlarda ivitiladi (5 gr yuvuvchi modda, 200 ml perekis, 975 l suv), idish eritma bilan to'la bo'lishi va narkoz apparati qismlarini qoplashi kerak. Ivitish 50°C haroratda 20 min davom etadi. Keyin doka piliklar yordamida mexanik tozalanadi. Quyidagi eritmalar bilan kimyoviy sterillash o'tkaziladi:

— 6% li vodorod perekis eritmasi 18°C haroratda 360 min ekspozitsiyada;

— 50°C 180 min ekspozitsiyada;

— 1% li dezaksonning 1-eritmasi 18°C da.

Sterillash yuqorida ko'rsatilgan eritmalariga to'liq botirilgandan keyin sterillangan suvda yuvilib, chayilib, steril choyshab bilan quritilgan holda o'tkaziladi (gafrirlangan naychalar osib quritiladi).

Ishlov berilgach, ko'pi bilan bir sutka saqlanish muddati bilan steril bikslarga joylashtiriladi.

Paraformalin yordamida zararsizlantirish

Dezinfeksiya usullari	Kamera-ning 1 kv.m foydali yuzasiga tibbiy asboblar me'yori, kg	Tashqi termometr bo'yi-chaharorat, °C	Kamera-ning 1kv.m foydali yuzasiga formalin sarfi	Ekspozitsiyasi, min	Solish va olishni hisobga olmaganida ishlov berish vaqti, min
Odatdagi usul	30	57—59	75	45	90
Avaylash usuli	24	49—51	150	90	135
O'taavaylash usuli	15	40—42	200	180	205

Nafas qopiga ishlov berish

Nafas qopi foydalanilgandan va apparatdan uzib ajratilgandan so'ng yuvuvchi eritma bilan to'lg'azilib ishlov beriladi. Yaxshi yuvilishi uchun kuch bilan silkitib chayqatiladi, so'ngra 3% li vodorod perekis eritmasiga botirilgan holda zararsizlantiriladi, ikki marta steril suv bilan yuviladi va bo'g'ziga kengaytirgich kiritiladi. Aseptika sharoitida qopcha osib quritiladi.

Bug'-havo bo'yicha zararsizlantirish tartibi:

Harorat 80—90°C; 1 kv.m. foydali yuzaga 60 kg tibbiy asboblarni me'yori, kg; ekspozitsiya 20 min.

Bakteritsid lampaning ishlashini qayd qilish jurnali

№	Bo'lim nomi	Bakteritsid lampanomi, ishlab chiqarilgan yili, quvvati	Bakteritsid lampani yoqish vaqti	Bakteritsid lampani o'chirish vaqti	Tibbiy xodimning ism-sharifi

ADABIYOTLAR RO'YXATI

1. Бодяжина В.И., Жмакин К.Н. Гинекология, Т., „Медицина“, 1979.
2. Татарин Н.А. и др. Гинекология. Новейший справочник, М., Санкт-Петербург, „Сова“, 2006.
3. Загребина В.А., Торчинов А.М. Гинекология. М., „Медицина“, 1987.
4. Руководство по выполнению обследований молочных желез и органов малого тела, Американское Агентство Международного Развития (USAID)
5. „Medikal express“ журналы.

MUNDARIJA

So'zboshi	3
-----------------	---

1-BOB. GINEKOLOGIYA

Ginekologiya fani haqida tushuncha	4
--	---

2-BOB. XOTIN-QIZLAR JINSIY A'ZOLARINING ANATOMIYASI

Tashqi jinsiy a'zolar	6
Ichki jinsiy a'zolar	8
Jinsiy a'zolarning boylam apparati va kichik chanoq kletchatkasi	12
Jinsiy a'zolarning qon, limfa tomirlari va nerv sistemalari bilan ta'minlanishi	13
Normal hayz sikli	14

3-BOB. GINEKOLOGIK BEMORLARNI SUBYEKTIV TEKSHIRISH USULLARI

Anamnez	19
Bemorning yoshi	20
Mehnat va turmush sharoitining ta'siri	21
Bemorning shikoyatlari	21
Siydik a'zolarining funksiyasi	24
Ichak funksiyasi	25
Bolalik davri	25
Jinsiy hayot	26
Homiladorlik va uning qanday o'tganligi to'g'risidagi ma'lumotlar	27
Ginekologik bemorlarni obyektiv tekshirish	28
Bemorning umumiy ahvoli	28
Ginekologik bemorlarni tekshirish sharoitlari	29
Tashqi tekshirish. Qorinni ko'zdan kechirish	31
Qorinni paypaslash (<i>palpatsiya</i>)	32
Qorinni tukillatib ko'rish (<i>perkussiya</i>)	34
Qoringa quloq tutib ko'rish (<i>auskultasiya</i>)	35

Tashqi jinsiy a'zolarni ko'zdan kechirish.....	36
Ko'zgular yordamida ko'zdan kechirish.....	37
Ichki tekshirish	39
To'g'ri ichak orqali ikki qo'llab tekshirish	43
Qo'shimcha tekshirish usullari. Bachadonga zond solish	44
Qinning orqa gumbazi orqali qorin bo'shlig'ini punksiya qilish	46
Biopsiya	47
Sistoskopiya	49
Gisterosalpingografiya	49
Gazli rentgenopelviografiya (<i>pnevmoapelviografiya</i>)	50
Bikontrast rentgenopelviografiya.....	50
Chanoq flebografiyasi	50
Chanoq limfografiyasi	51
Endoskopik tekshiruv usullari. Kolposkopiya	51
Gisteroskopiya	52
Rektoskopiya	52
Laboratoriya tekshiruvlari.....	52
Gidrotubatsiya	55
Ultratovush yordamida tekshirish (UTT).....	55
„Ko'z qorachig'i“ fenomeni.....	56
Bazal haroratni o'lchash.....	57
Andrenogenital sindrom.....	58

4-BOB. AYOLLAR JINSIY A'ZOLARINING RIVOJLANISH NUQSONLARI

Infantilizm.....	59
Tuxumdonlar va bachadon naylari nuqsonlari.....	60
Bachadon va qinning taraqqiyot nuqsonlari	60
Qinning torayishi.....	68
Tashqi jinsiy a'zolarning rivojlanish nuqsonlari.....	69
Germafroditizm	70
Bachadon va qinning ikkiga ajralgan bo'lishi.....	71
Jinsiy rivojlanmaslik	71
Gonadalar disgeneziyasi	72
Gonadalar disgeneziyasining „toza“ turi.....	73
Gonadalar disgeneziyasining „aralash“ turi.....	74

5-BOB. BACHADONNING NOTO'G'RI HOLATI

Bachadonning og'ishi.....	79
Bachadonning pastga tushishi va tashqariga chiqishi	82
Bachadonning noto'g'ri vaziyatda yotishiga xos kilinik belgilar	83
Bachadonning ag'darilib chiqishi	84
Bachadonning noto'g'ri vaziyatlarini davolash.....	85
Bachadonning noto'g'ri vaziyatining oldini olish	86

6-BOB. HAYZ FAOLIYATINING BUZILISHI

Hayz sikli buzilishining sabablari.....	87
Amenoreya	89
Anovulator qon ketishi	93
Algodismenoreya	93
Neyroendokrin sindromlar	94
Bachadondan disfunktsional qon ketishi (BDQK)	96
BDQKida tashxis qo'yish.....	98
Yuvenil qon ketishi (YQK)	101

7-BOB. XOTIN-QIZLAR JINSIY A'ZOLARINING YALLIG'LANISH KASALLIKLARI

Xotin-qizlar jinsiy a'zolarining nospetsifik yallig'lanishi.	
Vulvit	104
Vulvovaginit	105
Kolpit	105
Endoservisit (<i>servisit</i>)	107
Endometrit.....	107
Salpingit	108
Salpingooforit.....	108
Parametrit	109
Pelvioperitonit.....	110
Qorin pardasining to'g'ri ichak va bachadonorti absessi.....	110
Ekssudativ parametrit.....	111
Xotin-qizlar jinsiy a'zolarining spetsifik yallig'lanish kasalliklari. Zaxm	111
So'zak	114
Ayollarda so'zakning kechish xususiyatlari.....	114
Quyil bo'lim so'zagi	116

Ayollar jinsiy a'zolarining sil kasalligi	119
Bachadon ortiqlari sili	120
Bachadonning sil oqibatida jarohatlanishi	121
Trixomoniaz	122
Jinsiy a'zolar xlamidiozi	123
Ureaplazmoz va mikoplazmoz	124
Oddiy herpes virusi (OGV)	124
Sitomegalovirus (SMV)	125
Odam immun tanqisligi virusi	126

8-BOB. BEPUSHTLIK.

SEKSOLOGIYA VA SEKSOPATOLOGIYA ASOSLARI

Erkaklar bepushtligi	128
Ayollar bepushtligi	130
Ekstrakorporal urug'lantirish	132
Sun'iy insiminatsiya	132
Seksologiya	133
Jinsiy hayot	134
Jinsiy hayot gigiyenasi	136

9-BOB. XOTIN-QIZLAR JINSIY A'ZOLARINI XAVFSIZ VA XAVFLI O'SMALARI

O'smalarni xavfsiz va xavfli guruhlarga ajratish	139
Bachadon miomasi	141
Endometrioz	146
Tuxumdon o'smalari	150
Bachadon bo'ynining fon va rakoldi kasalliklari	154
Bachadon bo'yni raki	158
Bachadon tanasining fon va rakoldi kasalliklari	160
Bachadon tanasi raki	162

10-BOB. XOTIN-QIZLAR JINSIY A'ZOLARINING SHIKASTLARI

Qizlik pardaning shikastlari	165
Jinsiy a'zolarning yopiq shikastlari	165
Bachadon bo'ynining yirtilishi	166
Bachadonning yirtilishi	167
Siydik-tanosil oqmalari	169

11-BOB. GINEKOLOGIYADA O'TKIR QORIN HOLATI VA SHOSHILINCH YORDAM KO'RSATISH

Bachadondan tashqaridagi homiladorlik.....	171
Operatsiyadan keyingi davrda bemor parvarishi	175
„O'tkir qorin“ sindromida yordam ko'rsatish.....	176
Tuxumdon apopleksiyasi	177
Bachadondan qon ketganda shoshilinch yordam ko'rsatish	178
O'sma oyoqchasining buralib qolishi	180
O'tkir pelvioperitonit	182
Bachadon nayi homiladorligi yorilishidan hosil bo'lgan infeksiyalangan gematoma	182
Piosalpinks	182
Pelvioperitonit va parametritni davolash.....	182

12-BOB. BOLALAR VA O'SMIRLAR GINEKOLOGIYASI

Qiz bolalar jinsiy a'zolarining anatomik va fiziologik xususiyatlari	183
Tashqi jinsiy a'zolar.....	184
Ichki jinsiy a'zolar	186
Qiz bolalarni ginekologik tekshirish usullari	191
Qiz bolalarni umumiy tekshirish usullari	191
Qizlarda qo'llaniladigan ginekologik tekshirish usullari.....	192
Qo'shimcha maxsus tekshirish usullari	194
Qizlar jinsiy a'zolarining yallig'lanish kasalliklari	195
Qizlarda so'zak kasalligi	196
Qizlar jinsiy a'zolarining sil kasalligi.....	201
Naychalar sili	202
Tuxumdonlar sili	202
Bachadon sili	203
Jinsiy a'zolar sili tashxisi.....	204
Qin difteriyasi	204

13-BOB. GINEKOLOGIK BEMORLARNI DAVOLASH

Konservativ davolash usullari va bemorlarni parvarish qilish	204
Ginekologik bemorlarning rejimi	205
Qinni chayish	207

Tamponlar bilan davolash	208
Ayollar jinsiy a'zolaridagi xavfli o'smalar kimyoterapiyasi ...	216
Parazitlarga qarshi vositalar	217
Gormonoterapiya	217
Fizioterapevtik davolash usullari	221
Elektroterapiya	221
Ionoterapiya	222
Diatermiya	223
Sun'iy yorug'lik manbalari bilan davolash	225
Gidroterapiya	226
Vannalar bilan davolash	227
Balchiq bilan davolash	228
Parafinoterapiya	230
Ozokeritoterapiya	231
Massaj va davo fizkulturasi	232
Nur bilan davolash. Rentgenoterapiya	233
Radiy bilan davolash	235
Ginekologik bemorlarni operativ davolash	238
Bemorni operatsiyaga tayyorlash	239
Umumiy narkoz	242
Orqa miya anesteziyasi	244
Mahalliy anesteziya	244
Operatsiyadan keyingi davr	245
Yurak va nafas faoliyatini kuzatish	246
Bemorning siydik chiqarishiga qarab turish	247
Ichak faoliyatini kuzatish	248
Yotoq yaralar	249
Qorin devorini ochish (laparotomiya) operatsiyasi	250
Qorin bo'shlig'ida o'tkaziladigan operatsiyalarga tayyorgarlik ko'rish	251
Qorin bo'shlig'ini qin orqali ochish	252
Plastik operatsiyalar	253
Qinda o'tkaziladigan operatsiyalarga tayyorgarlik ko'rish	253
Orqa kolpotomiyasi	254

14-BOB. JINSIY YO'L BILAN YAQADIGAN KASALLIKLAR

Jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklarning turlari	255
Bakterial vaginoz	259
Achitqi infeksiyasi (<i>kandioz</i>)	259

Trixomonoz	259
So'zak	260
Xlamidioz	260
Genital herpes	262
OITS	262
„TORCh“ infeksiyalar	263
Toksoplazmoz	264
Qon orqali o'tadigan infeksiyalarning kasb faoliyatida yuqishining oldini olish va uni kamaytirish yo'llari	266
Akusherlik stasionarlarida epidemiyaga qarshi profilaktik tadbirlar o'tkazish tartiblari	273
Xona-filtr	273
Jarrohlik bloki	274
Jarroh qo'liga ishlov berish	275
Nafas olish va narkoz apparatlarini tozalash	276
Nafas qopiga ishlov berish	277
Adabiyotlar ro'yxati	278

ZIYAYEVA MAVLYUDA FATXULLAYEVNA,
MAVLYANOVA GAVHAR HAYDAROVNA

GINEKOLOGIYA

Tibbiyot kollejlari uchun darslik

2- nashri

*„Oqituvchi“ nashriyot-matbaa ijodiy uyi
Toshkent — 2008*

57.1
Z60

Ziyayeva M.F.

Ginekologiya: Tibbiyot kollejlari uchun darslik.
M.F. Ziyayeva, G.X. Mavlyanova; O'zbekiston Res-
publikasi Oliy va o'rta-maxsus ta'lim vazirligi,
O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi,
O'rta maxsus, kasb-hunar ta'limi markazi.
— Toshkent: „O'qituvchi“ NMIU, 2008. — 288 b.

BBK 57.1ya722

