

A. S. YULDASHEVA

**BACHADON BO‘YNI VA
TANASI FON VA RAKOLDI
KASALLIKLARI**

O‘quv qo‘llanma



**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VA
O‘RTA MAXSUS TA‘LIM VAZIRLIGI
ANDIJON DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI**

YULDASHEVA AZADA SOBIROVNA

**Bilim soxasi: 500000 – Sog‘liqni saqlash va ijtimoiy ta‘minot
Ta‘lim soxasi: 510000 – Sog‘liqni saqlash**

**GINEKOLOGIYA
fanidan**

**“BACHADON BO‘YNI VA
TANASI FON VA RAKOLDI
KASALLIKLARI”**

O‘QUV QO‘LLANMA

**Magistraturaning 5A510101 – Akusherlik va
ginekologiya mutaxassisligi uchun**

Andijon-2022

Tuzuvchilar:

Yuldasheva A.S. - Andijon davlat tibbiyot instituti,
2-akusherlik va ginekologiya kafedrasida dotsenti.

Taqrizchilar:

X.N. Negmatshaeva – Andijon davlat tibbiyot instituti,
2-akusherlik va ginekologiya kafedrasida mudiri.
D.I. Tuksanova – Buxoro davlat tibbiyot instituti,
2-akusherlik va ginekologiya kafedrasida mudiri.

O'quv qo'llanma akusherlik va ginekologiya fani bo'yicha dastur asosida tibbiyot fakultetlari magistratura yo'nalishi talabalari, stajyorlar, rezidentlar va tibbiyot oliy o'quv yurtlari kursantlari shifokorlari uchun tuzilgan va talabalarga akusherlik va ginekologiyada diagnostika, davolash, reabilitatsiya va tibbiy ko'rik, umumiy akusherlik va ginekologik kasalliklar bo'yicha amaliy ko'nikmalarini, shuningdek ayollar jinsiy a'zolari fon va rakoldi kasalliklarida shoshilinch yordam ko'rsatishni o'rganish imkoniyatini beradi.

O'quv qo'llanma Andijon davlat tibbiyot institut Kengashida tasdiqlandi.

“ _____ ” _____ 2022 yil bayonnoma № _____

Kengashi kotibasi, dotsent



O'QUV ADABIYOTINING NASHR RUXSATNOMASI

O'zbekiston Respublikasi Oliy va o'rta maxsus ta'lim vazirligi
Andijon davlat tibbiyot instituti rektorining 2022 yil "1" dekabrda
"760-Sh"-sonli buyrug'iga asosan

O.S.Yuldasheva

(mulohazaning familiyasi, ismi-sharti)

Akusherlik va ginekologiya-5A510101

(ta'lim yo'nalishi (metozamligi))

_____ ning
talabalari (o'quvchilari) uchun tavsiya etilgan.


***Bachadon bo'yni tanasi fon va rakoldi kasalliklari
nomli o'quv qo'llanmasi***

(o'quv adabiyotining nomi va turi: darslik, o'quv qo'llanmasi)

_____ ga

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



Rektor  M.M. Madazimov
(imza)

Ro'yxatga olish raqami:



100052



MUNDARIJA

| | |
|--|----|
| 1. Qisqartmalar | 5 |
| 2. So‘zboshi..... | 6 |
| 3. Bachadon miomasi..... | 9 |
| 4. Endometrioz..... | 15 |
| 5. Tuxumdon xavfsiz o‘smalari..... | 24 |
| 6. Tashqi jinsiy a‘zolar fon kasalliklari..... | 29 |
| 7. Bachadon bo‘yni va tanasi fon kasalliklari..... | 31 |
| 8. Bachadon bo‘yni rak oldi kasalliklari..... | 36 |
| 9. Tuxumdon yomon sifatli o‘smalari..... | 54 |
| 10. Glossariy..... | 66 |
| 11. Xulosa..... | 77 |
| 12. Foydalanilgan adabietlar..... | 78 |

Qisqartmalar

AB – arterial bosim.

AG – arterial gipertenziya.

JSST – jaxon sog‘liqni saqlash tashkiloti.

KK – klimakterik kardiomiopatiya.

KS – klimakterik sindrom

QK – qon ketish

MNT – markaziy nerv tizimi.

BM – bachadon miomasi– yo‘ldoshning oldinda joylashishi.

PZL – past zichlikdagi lipoproteid.

TMI – tana massa indeksi.

TTIQI – tarqalgan tomirlar ichida qon ivish sindromi

So'zboshi

Ginekologiya fani tibbiyotning ko'pgina boshka sohalari - anatomiya, gistologiya, patologik va topografik anatomiya, patologik fiziologiya, immunologiya, mikrobiologiya va virusologiya, nefrologiya, anesteziologiya hamda reanimatologiya, xirurgiya, terapiya, endokrinologiya kabi fanlar bilan chambarchas bog'liq. Keyinchalik o'smirlar ginekologiyasi, endokrinologik kasalliklarni operativ va nooperativ yo'llar bilan davolash hamda onkologiya kabilar ginekologiyadan ajralib chiqdi.

Ginekologik kasalliklarni aniqlashda rentgen nurlari, ultratovush, endoskopiya, patomorfologik, gormonal, sitologik, bakteriologik va boshqa usullar keng qo'llaniladi. Ginekologik kasalliklarni davolashda jarrohlik va dori-darmonlar yordamida davolash, fizikaviy metodlar, sanator-kurort, parhez ovqat, badantarbiya, krio - va lazer nurlari bilan davolash usullari qo'llaniladi.

Ayollar kasalliklari to'g'risida qisqacha malumotlarni Hindiston, Misr va YUnoniston qo'lyozmalarida uchratish mumkin. Tibbiyot ilmining bobokaloni buyuk mutafakkir Abu Ali ibn Sino o'zining 1012-1023 yillarda bitilgan «Tib qonunlari»da ayollar kasalliklarining ba'zi bir turlari haqida fikr yuritadi.

Ginekologiya fani faqatgina XIX asr oxirlarida mustaqil fan sifatida ajralib chiqadi. Birinchi ayollar kasalliklarini davolovchi bo'limlar Sankt-Peterburgda (1842y) va Moskvada (1875y) ochiladi Rossiyada 1858 yilda A. A. Kiterning «Ayollar kasalliklarini o'rganish to'g'risida qo'llanma»si nashr etiladi. Rossiyada ginekologiya rivojiga olimlardan A. YA Krassovskiy (1821-1898), V.F. Snegirev(1847-1916), K.F. Slavyanskiy (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 Mandelshtamm (1894-1984), K.K. Skrobanskiy(1874-1946), I.F. Jordania (1895-1962), V.I Bodyajina (1904-1987) kabilardir.

O'zbekistonda ayollarda uchraydigan bepushtlik (A.A.SHoroxova va boshqalar), bachadonda qon va limfa aylanishi xususiyatlari A.A SHoroxova (1944-1946) hamda bachadonning taraqqiy etishi kabi muammolar to'g'risida ilmiy ishlar olib borilgan. Ginekologiya fanining taraqqiyotiga katta hissa qo'shgan olimlardan biri Toshkent meditsina instituti akusherlik

va ginekologiya kafedrasining mudiri professor Abram Aronovich Kogandir. Olimning izlanishlari ayollar jinsiy a'zolari kasalliklarida nerv sistemasining ahamiati, klimaks, rakning organizm bo'ylab tarqalishi va menopauza kabi masalalarga qaratilgan. Ginekologlar ish jarayonida ko'p qo'llaniladigan quyidagi belgilar: bachadon tashqarisida yuzaga kelgan homiladorlikda «qalpoqcha» va «to'siq» simptomlari A.A.Kogan tomonidan taklif qilingan. Jinsiy a'zolarining faoliyati buzilishi natijasida kuzatiladigan qon ketish, bachadon o'smalari, bachadon naylari faoliyatining buzilishidan yuzaga kelgan bepushtlik, bachadon bo'yni kasalligi, yo'ldoshning xorionepitelioma kasalligi, tuxumdonlar olib tashlangandan so'ng yuzaga kelgan kasalliklarning taraqqiy etishi va ularni davolash, zaharli ximikatlarda va ishlab chiqarishdagi vibratsiya, brutsellyoz kabilarning ayol organizmiga ta'sirini o'rganish ham A.A.Kogan rahbarligi ostida olib borilgan. Bundan tashqari, olim tomonidan homiladorlikdan muhofaza qilishning yangi operativ usuli ham yaratildi.

O'zbekistonda tibbiyot fanining rivojlanishiga barakali hissa qo'shgan iqtidorli olim va ajoyib pedagog A.A. Kogan Respublikamizda mahalliy kadrlarni etishtirish sohasida katta ishlarni amalga oshirdi. Respublikamizda xizmat kursatgan fan arbobi, meditsina fanlari doktori, professor A.A.Kogan, professor A.A.Kodirova va dotsent O.K.Mirsogatov bilan hamkorlikda tibbiyot bilim yurtlarida ta'lim olayotgan o'quvchilar uchun «Akusherlik» nomli katta darslik tayyorladi. Bu kitob 1960 yili Sog'liqni saqlash Ministrligining davlat meditsina nashriyoti tomonidan chikarildi. Darslikni nashrga tayyorlashda atoqli akusher-ginekologlardan Z.M.Jamolova, S.A.Ismoilova, F.E.Kalnitskaya, M.Mamedova, A.E.Manulkin, X.S.Umarova, N.M.Musabekova va Z.M.Rasuliy yakindan yordam berdilar. Samarqandda akademik I.Z.Zokirov rahbarligida tuxumdon va bachadon o'smalari muammosi hal etildi. Andijon tibbiyot institutida respublikamizning ba'zi bir kurortlaridagi balneologik va fizik omillarning ayollar jinsiy a'zolari kasalliklarining kechishiga tasiri o'rganildi (prof. F.N. Gubaydullina.)

Ginekologiya fanidagi yangiliklar va echilmagan masalalar O'zbekiston akusher-ginekologlarining birinchi – oltinchi anjumanlarida keng muxokama qilindi (1971-2003).

Akusherlik va ginekologiya ixtisosligi bo'yicha mutaxassislar Respublika tibbiyot institutlarida tayyorlanadi, 4-5 kurs talabalariga shu fanlardan chuqur bilim beriladi, 7 kursdan keyin akusher-ginekologiyadan magistraturada o'qish mumkin, magistrlar yirik tug'ruksionalarda yuqori

malakali mutaxassislar bo'lib ishlab kelmokdalar.

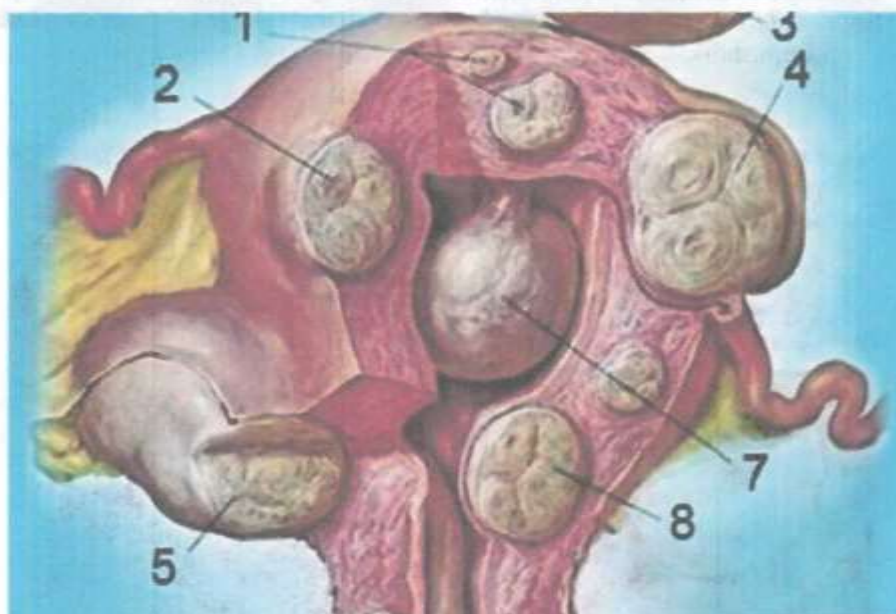
YUrtimizda mutaxassislarni tayyorlash va ularniing bilimlarini oshirish uchun 16ta maxsus kafedra, O'zbekiston Respublika Sog'liqni saqlash vazirligi qoshidagi Akusherlik va ginekologiya ilmiy tekshirish instituti va uning 4ta filiali ishlab turibdi.

Ginekologiya-endokrinologiya sohasida O'zbekiston akusherlik va ginekologiya ilmiy tekshirish institutining xodimlari (prof. Kurbanov D.D., prof. Sodiqova M.SH.) hissalarini qo'shishmoqda. Ular tomonidan bo'qoq bezi kasalliklarining jinsiy a'zolar faoliyatiga ta'siri o'rganilmoqda. SHU kasallikka chalingan ayollarda homiladorlikdan saqlanishning ilmiy jihatdan asoslab berilgan turlari taklif qilingan.

So'nggi yillar mobaynida oilani sog'lomlashtirish ishlari keng ko'lamda olib borilayapti. Kutilmagan homiladorliklarning oldini olish uchun qo'llaniladigan vositalardan foydalanish natijasida onalar va bolalar o'limi ko'rsatkichlari ancha pasaydi.

Bachadon miomasi

Bachadon miomasi deb, gormonlarga moyil bo'lgan, mushak to'qimasi hamda biriktiruvchi to'qimalardan tashkil topgan xavfsiz o'smaga aytiladi. Mioma keng tarqalgan kasallik bo'lib, ginekologik bemorlarning 10-27% ida, 30 yoshga etgan bemorlarning 20% ida, 40 yoshdan katta bemorlarning esa 40% ida uchraydi.



Mioma tugunlarining o'sish jarayoni yo'nalishi bo'yicha uch xil bo'ladi

1. Submukoz, 15-25% shilliq osti qavatida joylashib, tugunchalar bachadon bo'shlig'i tomon o'sadi.

2. Interstitsial, 30% tugunchalar bachadon devoridagi mushak qavatining orasiga joylashadi (45-rasm).

3. Subseroz, 30% o'sma qorin pardasining ostida joylashgan bo'ladi (46-rasm). Bunday hollarda ko'p tugunli miomalarda bachadonning har tomonlama bir xil kattalashganini ba'zan esa bir tomonlama kattalashganini aniqlaymiz (47-rasm). Bachadon kattaligi hatto 39-40 haftalik homiladorlikdagi darajada bo'lishi mumkin.

Miomaning klinik belgilari

1. Ba'zi vaqtlarda bachadon miomasi hech qanday belgilersiz kechadi,

ayollarda shikoyatlar bo'lmaydi.

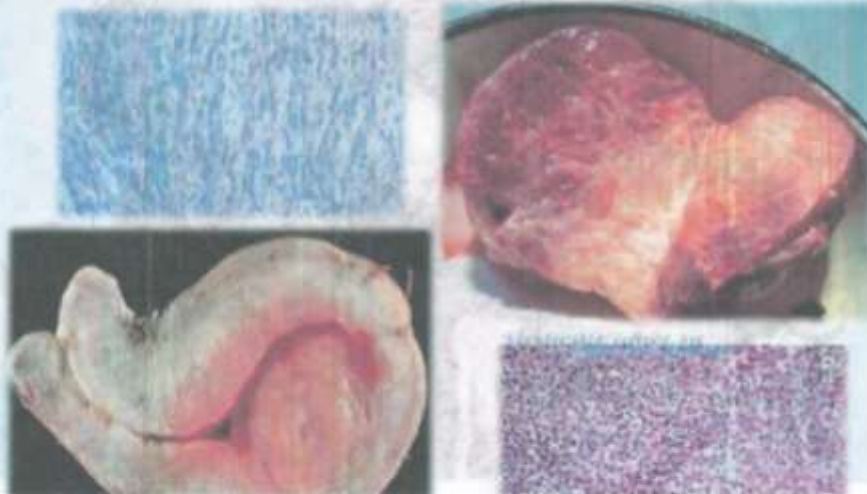
2. Qon ketish - menorragiya kuzatilsa, metrorragiya.

3. Miomalarda - 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.

4. 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'zolariga salbiy ta'sir qiladi.

5. Bepushtlik.

Миомиома



Miomaning asoratlari

1. Mioma oyoqchasining buralib qolishi;
2. Miomaning shishib nekroz bo'lishi.
3. SHilliq osti qavati miomasining tug'ilish alomati, hatto bachadonning ag'darilishi kuzatilishi mumkin.
4. Mioma tugunlarining infeksiyalanishi, yiringlashi.
5. Sarkomaga aylanishi.
6. Kuchli profuz qon ketishi
7. Anemiya (kamqonlik).

Фибромнома



Диагностик усуллари

1. Клиник белгилари
2. УТТ
3. Магнитно-резонанс томография
4. Онкомаркер СА 125
5. Гистологик текширувлар
6. Гистероскопик



Bachadon miomasini davolash
Miomasi bo'lgan ayollarni davolash 4 toifaga bo'linadi.

1. Davolash shart bo'lmagan ayollar; bu toifadagi ayollarni har 3-4 haftada nazorat qilib turiladi.

2. Jarrohlik yo'li bilan davolanadigan ayollar
3. Gonional yo'l bilan davolanishi lozim bo'lgan ayollar
4. Nurlar bilan davolash zarur bo'lgan ayollar

Jarrohlik amaliyoti bilan davolash uchun quyidagi ko'rsatmalar mavjud:

1. Mioma tugunlari 4-5 sm yukori bo'lsa.
2. Miomatoz tugun nekrozi.
3. Mioma juda tez kattalasha (yarim yildan 2 haftadan ko'pga kattalashadi).
4. Gipropolimenoreya, metrorragiya holatlarida.
5. SHilliq osti qavatining miomasi (hamma o'lchamlardagi).
6. Qo'shni a'zolarning faoliyati buzilsa (gidronefroz).
7. Subseroz tugunlarning oyoqchalari buralib qolgan bo'lsa.
8. Intraligamentar mioma
9. Bachadon buyni miomasi
10. Mioma sarkomaga o'tish hollarida.
11. Bachadon miomasi, tuxumdon o'smasi bilan birgalikda uchrasa.
12. Miomatoz tugunlarning atipik joylashuvi bilan bog'liq bo'lgan bepushtlik
13. Bachadon miomasining bachadon bo'yni rak oldi holati bilan qo'shilib kelishi

Бачадон миомасини замонавий даволаш технологиялари



Бачадон экстирпацияси



Bemorlarni tekshirishga tayyorlash:

1. Terapevt maslahati.
2. Anesteziolog maslahati.
3. Qon va siydikni umumiy tekshirish.
4. Koagulogramma, qon gruppasi, kreatinin, mochevina, ALT, AST, umumiy oqsil.
5. EKG.
6. Gisteroskopiya.
7. Gisterosalpingografiya.
8. Bachadon shilliq pardasi qirindisini gistologik tekshirish.

Bu usulni qo'llash uchun bemorning umumiy ahvoli, yoshi, o'smaning katta-kichikligi va joylashishiga qarab, bajariladigan tekshirish hajmi belgilanadi. SHu bilan birga qorin devori orqali yoki qin orqali aniqlanadi. Jarrohlikdan oldin katta miomani kichraytirish uchun dekopeptil 3,75mg- gonadotrop relizing omillarni har 28 kunda 1 marta mushak orasiga in'eksiya 4 oy gacha qo'llash mumkin.

Mutloq ko'rsatmalar:

1. Ayollar hayoti xavf ostida bo'lsa.
2. O'pka va yurak faoliyatning etishmovchiligi kuzatilsa.
3. Qon kasalligi.
4. Tromboembol holatlar.
5. Buyrak usti bezining etishmovchiligi.
6. Insult oldi holatlari.

Bachadon miomasi jarrohlik usullari

1. Konservativ miomektomiya-bachadonni saqlab qolgan holda bir yoki bir necha tugunni olib tashlash. Bu usul ko'pincha yosh va tug'ishga xohishi

bo'lgan ayollarda qo'llaniladi. Miomektomiya laparoskopiya, gisteroskopiya, hamda laparotomiya paytida bajarilishi mumkin:

a) agar submukoz miomani olib tashlash uchun bachadon bo'shlig'iga kirilsa, keyinchalik tug'ruq faqat operativ yo'l bilan hal qilinadi.

b) operatsiya vaqtida va keyin ko'p qon ketish ehtimoli bor; keyinchalik bachadon va ichak orasida bitishmalar vujudga kelishi mumkin.

v) 30% hollarda operatsiyadan keyin miomaning qayta o'sib chiqish hollari kuzatilgan.

g) miomektomiyadan keyin homilador bo'lish 40% ayollarda kuzatilgan

d) operatsiyadan keyin albatta gormonal funksiyani va hayz siklini korreksiyalash(tiklash) lozim.

Operatsiya hajmi individual ravishda hal qilinadi.

35 yoshgacha (40-45 yoshdagi bo'lgan ayollarda) operatsiyani rekonstruktiv olib borish va tuxumdonlarning buzilgan funksiyalarini korreksiyalash muhimdir.

2. Menopauzadan oldin ko'pincha bachadonning qin usti amputatsiyasi qo'llaniladi

3. Menopauzada so'ng bachadon ekstirpatsiyasi qo'llaniladi. Bachadon bo'ynida patologik holatlar topilsa (eroziya, polip, chuqur yirtilishlar, leyko-va eritroplakiyalar, displaziya, endometrioz) ham ekstirpatsiya qo'llaniladi.

4. 50 yoshdan oshgan ayollarda ko'pincha bachadon bilan birga tuxumdonlar ham olib tashlanadi, shunda qaytalanish va rak kasalliklarining oldini olish mumkin.

Rentgen nurlari bilan davolash

1. Jarrohlik amaliyoti bilan davolash imkoni bo'lmaganda, ba'zan giperpolimenoreya bo'lgan kasallar rentgen nurlari bilan davolanadi. Hayzning birinchi yarmida 2-4 kun davomida 200-400 miqdorda yuboriladi, ammo miomalarni bachadon shilliq qavati ostiga rentgen kastratsiya qilish mumkin emas.

2. Bachadon arteriya embolizatsiyasi



Savollar

1. Bachadon arteriya embolizatsiyasi nima?
2. Jarroxlik davoga ko'rsatma.

Endometrioz

Endometrioz deb, bachadon shilliq qavati (endometriyning) hujayrasining bachadondan tashqarida joylashib, taraqqiy qilishiga aytiladi. Endometrioz o'zgarishi bo'lgan erdan to'qimani olib, mikroskop ostida qaralsa, keskin chegaralangan, mayda-mayda pufakchaga o'xshash bo'shliq yoki ari uyinini eslatadigan alomatlar ko'riladi. Pufakchalar ichida shilimshiq modda yoki qoramitroq parda bilan qoplangan, gistologik tuzilishi bilan xuddi bachadon bo'shlig'i shilliq qavatining tuzilishiga o'xshaydi.

Endometrioz joylashgan o'chog'ida proliferatsiya, sekretsiya yoki hayz ko'rganda ajraladigan qonga o'xshash qon quyilish belgilari kuzatiladi, ya'ni bachadon shilliq qavatidagi tuxumdondan ajralib chiqadigan steroid va gonadotrop gormonlar ta'sirida buladigan siklik o'zgarishlarga o'xshash alomatlar kuzatiladi.

Endometrioz: Yaxshi sifatli gormon bog'liq tuzilishi va faoliyatiga ko'ra endometriy to'qimasiga o'xshash, lekin bachadondan tashqari o'sishi bilan xarakterlanadigan kasallik.



Эндометриоз

Синflanish

1 Joylashishiga ko'ra
Genital (ichki va tashqi)

Ekstragenital

Ichki endometriozi-adenomioz

Tashqi endometriozi

-qorin ichi- tuxumdon, naylar, qorin parda endometriozi

-ekstraperitoneal-tashqi jinsiy a'zolar endometriozi

Kichik turdagi endometriozi

Katta turdagi endometriozi

Endometriozi esa o'z atrofida joylashgan to'qimalarga o'sib kirish xususiyatiga ega. Bu bilan to'qimalarga proteolitik ta'sir qilib ularni parchalab, undan ham chuqurroqdagi qismlarni zararlantirishi mumkin. Endometriozi chegarasi notekis bo'lib, u seroz, mushak va shilliq qavatlariga, teriga, suyak usti pardasiga, xatto suyak to'qimasiga ham o'sib kiradi, endometriozi pufakchasi yorilganda a'zoning hamma qismlariga qon, limfa yo'llari orkali tarqalishi kuzatiladi. Ginekologik kasallik orasida endometriozi 8-30% hollarda uchraydi. Endometriozi kelib chiqish sabablari:

1. 1896 yili Liklengauzer – tug'ma embrionlarning qoldiklaridan tashkil bo'lishini ta'rifladi.
2. 1896 yili Ivanov, qorin pardasining mezoteliy qavatida endometriozi shakllanishi ta'rifladi.
3. Implantatsion nazariya.
4. Migratsion nazariya.
5. Immunologik nazariya.
6. Starseva taklifi bo'yicha T-limfotsitlar xos hujayralarning qon orqali tarqalishi.
7. Gormonlar nazariyasi - bu nazariya tarafdorlari estrogen moddasini tajribada ko'p miqdorda yuborib endometriozi kasalligini paydo qilganlar.

Endometriozi yuzaga kelishi va rivojlanish nazariyasi

1. Embrional nazariya: bu nazariyaga asosan endometroid geterotopiyalar paramezoneftral (Myuller) yullari yoki embrional qoldiq hujayralaridan rivojlanadi (bulardan keyinchalik jinsiy a'zolar va endometriy vujudga keladi). Bu nazariyani isbotlashda V.P. Baskakov 1979 yili "Endometriozi bolalar va o'smirlarda (12-13 yosh), rivojlanishi va jinsiy a'zolar nuqsonlari bilan qo'shib kelishi" haqida aytib o'tgan.

2. Implantatsion nazariya bo'yicha. Bachadon shilliq qavatining hujayralari hayz davrida hamda ginekologik muolajalar vaqtida jinsiy a'zolar yaqinidagi to'qima va a'zolariga tarqalishi mumkin, ya'ni ginekologik tashxis vaqtida, bachadon naylariga xavo yuborilganda, eroziyani elektrokoagulyasiya qilinganda. Endometriozni to'g'ri ichak va bachadonning mushak qatlamida, bachadon keng boylamining orqa tomonida ko'proq uchrashi bu nazariyaning to'g'riligini isbotlaydi.

3. Metaplastik nazariya - endometriozning yuzaga kelishida metaplaziya-ga uchragan korin pardasi mezoteliysi turadi (Mayer).

4. Endometroz paydo bo'lishida irsiy omilning ham ahamiyati bor.

5. Neyro-endokrin nazariyasiga asosan gipotalamo-gipofizar-tuxumdon sistemasidagi bog'liqlikning buzilishi, tuxumdon ish faoliyatining o'zgarishi natijasida follikullar etilishining sekinlashishi organizmda estrogen gormonlarning kamayishiga sabab bo'ladi, ovulyasiyaning kechikishiga va sariq tana faoliyati sustlashishiga olib keladi. Organizmda nisbiy estrogenemiya rivojlanadi, bu esa o'z navbatida endometrioz yuzaga kelishiga sababchi buladi. (A.N Strijakov 1977, 86 yy.).

6. Immunologik nazariya - endometrioz autoimmunologik kasallik ekanligi ta'kidlanadi: T-hujayra immuniteti pasayib, V-limfotsitar sistemasining aktivligi oshishi, immunoglobulin G va A ko'payib, endometrioz to'qimalariga nisbatan autoantitanalar paydo bo'lganligi

aniqlangan. (N.V. Starseva, 1983). T-limfotsitlar kamayishi bilan ularning retseptor apparati o'zgaradi, T-supressorlar va T-limfotsitlarning xelper omilni ishlab chiqarishi pasayadi (L.YA. Suprin.).

Jinsiy a'zolardan tashqarida rivojlangan endometrioz 5% hollarda uchraydi, bunda ko'proq to'g'ri ichakda, tashrixdan keyingi chandiqlarda, kindik sohasidagi endometrioizlar kuzatiladi.

1. Kasallikning klinik manzarasi, endometriozning qaysi sohada joylashganligiga bog'liqdir. Endometriozning asosiy va doimiy belgilaridan biri - og'riqdir.

I-tablitsa

ENDOMETRIOZNING TASNIFI

Genital Ekstragenital

Ichki

Bachadondagi

adenomioz

Tashqi

A.Qorin bo'shlig'idagi

-bachadon naylarida

-bachadon bo'yni orqasida

-tuxumdonlarda

-to'g'ri ichak va bachadon orasidagi bo'shliqda

-bachadonning yumaloq boylamlarida

B.Qorin bo'shlig'idan tashqaridagi

-bachadon bo'yni sohasida

-qinda

-tashrixdan keyingi tashrix chandiqlarining endometriozini

- to'g'ri ichak soxasida
- siydik pufagida
- charvida
- jigarda
- buyraklarda
- o'pkada
- kon'yunktivada va boshqalar...

Bemor qorinning pastki sohasida va belida kuchsiz, uzoq davom etadigan og'riqlar kuchayganidan shikoyat qiladi, 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.

2. Bachadon endometriozi hayz siklining buzilishiga, qo'shni a'zolaridan - 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, ajralgan qonning miqdori ko'p bo'lishi va og'riqlar bilan kechishi adenomioz kasalligiga xos belgilar xisoblanadi.

3. Hayz vaqtida ko'p qon ketishiga asosiy sabablar: 1) tuxumdon faoliyatining buzilishi (anovulyasiya); 2) bachadon mushaklarining qisqarish xususiyatining buzilishi; 3) qon ketadigan yuzaning kattalashganligi natijasidir.

Endometrioz bilan kasallangan a'zo, hayz ko'rish oldidan kattalashganini va hayzdan so'ng esa yana oldingi hajmda bo'lishi kuzatiladi. Kasallangan bemorlarda ovulyasiya jarayonning bo'lmasligi tufayli, sekretor fazaning etarlicha rivojlanmaganligi, kichik chanoq bo'shlig'idagi a'zolarida ko'pincha yallig'lanish alomatlarini bilan birgalikda kechganligidan chandiqlar paydo bo'lishi.

4. Bepushtlik - ichki va tashqi endometrioz belgilaridan biri. Buning sabablari: anovulyasiya, sekretor fazaning etarlicha rivojlanmaganligi, kichik chanoq bo'shlig'idagi a'zolarida ko'pincha yallig'lanish alomatlaridir.

Ko'pincha endometrioz to'qimalari qonga so'rilishi natijasida hayz vaqtida tana haroratining ko'tarilishi kuzatiladi.

Endometrioz kasalligida chandiqlarning rivojlanishi sababli 52,6% holatda bachadonning kichik chanoqda joylashishi va uning harakati buziladi.

Endometrozning klinik kechishiga qarab engil, o'rta va og'ir darajalari kuzatiladi. Kasallik engil darajada kechganda bemor shikoyat qilmasligi ham mumkin. Kasallikning klinik belgilari unchalik ko'zga tashlanmaydi. Kasal-

lik o'rtacha og'irlikda kechganda endometrioz belgilari ko'zga yaqqol tashlanadi. Kasallikning og'ir darajasida bemorning axvoli ancha og'ir bo'lib, kasallik uzoq vaqt davom etadi, qayta-qayta xuruj qiladi.

Asosiy tashxis, kasallikning rivojlanish tarixiga, uning klinik belgilariga, qin orqali tekshirib, bachadon bo'shlig'ini qirib gistologik tekshirishdan so'ng, gisteroskopiya, laporoskopiya, ultratovush, gisterosalpingografiya (bachadonni va bachadon naychalarini rentgenda ko'rish) va boshqa uslublarga asoslanib qo'yiladi.

SOLISHTIRMA TASHXISI

Endometriozning joylashishiga qarab quyidagi kasalliklar bilan taqqoslanadi.

2-tablitsa

1. Bachadon bo'yni endometrioz Bachadon bo'ynidagi rak kasalligi, eroziyasi, endotservitsit, eritroplakiya bilan.

2. Adenomioz Bachadon miomasi, disfunktsional qon ketishi bilan.

3. Tuxumdon endometrioz Tuxumdonning yallig'lanishi natijasida hosil bo'lgan shishlar va tuxumdonning o'smalari bilan

4. Qin endometrioz Qin yarasi, uning yallig'lanishi, xorionepiteliomaning qindagi metastazi, leykoplakisiya bilan.

5. Bachadon bo'yni orqasidagi endometrioz To'g'ri ichak raki, parametrit, qin, tuxumdon rakining III darajasi bilan.

Jinsiy a'zolarining tashqi endometrioz, qorin bo'shlig'idan tashqarida joylashgan endometriozlar.

1. Qin endometrioz – ko'pincha, bachadon bo'yni endometrioz 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.

2. Bachadon bo'yni endometrioz so'ngi yillarda ko'p uchramokda. Bu asosan eroziyalarni davolashda diatermokoagulyasiyaning keng qo'llanilishi sababli rivojlanib, hosil bo'lgan yara yuzasiga hayz qoni orqali ajralib chiqqan endometriy hujayralarining joylashib o'sishi natijasida kelib chiqadi. Bu holat diatermokoagulyasiyani hayzning ikkinchi yarmida bajarilganda sodir bo'ladi. Chunki diatermokoagulyasiyadan keyin hosil bo'lgan o'lik to'qima ajralib tashgandan so'ng, tozalanayotgan yara yuzasi ochilib qolganligi tufayli, hali bitib ulgurmasdan, ikkinchi marta hayz kunlari to'g'ri kelgandagina endometrioz rivojlanadi. Bachadon bo'yni endometrioz sun'iy abortda, bachadon shilliq qavatini diagnostik maqsadda tozalanganda, bachadon bo'yni shikastlanishi natijasida yuzaga kelishi mumkin. Endometrioz o'choqlari qizil rangda bo'lib, hayzdan 1-2 kun oldin ko'kimtir rangga aylanadi va hajmi kattalashadi. Hayzdan oldin va keyin qonning kam miqdorda surtilib kelishi bachadon bo'yni kanalining yuqori qismi shilliq qavatining shikast-

lanishidan darak beradi. Endometrioz psevdoroziya va surunkali endotser-vitsitga ham o'xshashi mumkin.

3. Bachadon naylari endometrioz. Bu kasallik bachadon va tuxumdon endometrioz bilan birgalikda uchraydi. Endometrioz tugunchalari bachadon naychasining seroz va seroz usti qavatida joylashib, ular juda ham kichik bo'ladi.

Klinik belgilari bachadon va tuxumdon endometrioz belgilariga o'xshash bo'ladi.

4. Tuxumdon endometrioz - dastlab tuxumdon yuzasida ko'pgina mayda endometrioz tugunchalari rivojlanadi so'ngra bu tugunchalar yorilib, hammasi tuxumdonda yagona bo'shliq hosil qiladi, bu bo'shliqqa qoramtir quyuc qon yig'ilib, tuxumdon hajmi kattalashadi va kistaga aylanadi. Kistalar bir yoki ikki tomonlama bo'lib 0,5-10 sm gacha boradi. Kistalar ichidagi gemorragik suyuqlik to'q jigarrangda bo'lganligi tufayli shokoladsimon kista nomi bilan yuritiladi. SHu suyuqlikning to'planish jarayonida endometrioz kistalari yorilishi mumkin, bunda qorinda qattiq og'riq paydo bo'lishiga, bu esa qorin bo'shlig'ida tuxumdon atrofida chandiqlar hosil bo'lishiga olib keladi.

Tuxumdon endometrioz tarqalish darajasiga qarab 4 ga bo'linadi.

I - darajasida mayda nuqtasimon endometrioz o'choqlari tuxumdon tashqi yuzasida va qorin pardasining to'g'ri ichak va bachadon orasidagi chuqurligida kuzatiladi.

II - darajasida tuxudonning bir tomonlama kistasi hoida uchrab, hajmi 5-6 sm, kichik chanoq qorin pardasida nuqtasimon endometrioz o'choqlari va bachadon ortiqlari atrofida chandiqlar hosil bo'lishi kuzatiladi.

III - darajasida - endometrioz kistalari ikki tomonlama joylashib, xajmi 5-6sm va undan katta bo'ladi endometrioz o'choqlari bachadon va bachadon ortiqlarining seroz qavatiga, kichik chanoq qorin pardasiga tarqalgan chandiqlar hosil qiladi.

IV - darajasida tuxumdonning ikki tomonlama shikastlanishiga qo'shni a'zolarining shikastlanishi qo'shiladi. Asosiy klinik ko'rinishi og'riq bo'lib, bepushtlik alomatlar kuzatiladi.

Og'riq tarqalish darajasiga qarab har xil bo'ladi. Ayniqsa og'riq hayzdan oldin va hayz vaqtida kuchayib, to'g'ri ichak va bel, dumg'aza sohasida ko'proq bezovta qiladi. Ko'pchilik hollarda og'riqning kuchayishi, ko'ngil aynishi, qusish bilan birga kuzatiladi. Qin orqali ko'rilganda bachadon ortiqlari sohasida kam harakatchan, tarang, elastik xolatdagi bachadon bilan qo'shilgan, chegarasi va hajmi aniq bo'lmagan o'sma aniqlanadi.

Tuxumdon endometrioz kechishi uzoq vaqt davom etib, kuchli og'riqqa sabab bo'ladi, ko'pchilik hollarda ayollar ish qobiliyatini pasaytiradi.

BACHADON BO'YNI ORQASI ENDOMETRIOZI

Bu asosan bachadon bo'yni orqa yuzasida va dumg'azag'bacha-

don boylamlari birikkan sohada rivojlanadi. Tarqalish darajasiga qarab 4 ga bo'linadi:

1.-Endometriozi o'chog'i to'g'ri ichak va qin oralig'idagi yog' to'qimasining qatlamlari atrofida joylashadi.

2.-Endometriozi bachadon bo'yniga va qin devorlariga tarqaladi.

3.-Jarayon to'g'ri ichak seroz qavatiga va bachadon dumg'aza boylamiga o'tadi.

4.-Jarayon to'g'ri ichakning shilliq qavatiga, to'g'ri ichak va bachadon oralig'idagi bo'shliqqa tarqalib, juda ko'p chandiqlar hosil bo'lishiga sabab bo'ladi. Qin orqali ko'rilganda bachadon bo'yni yuqori qismining orqasida qattiq, notekis, harakatsiz tugunchalar aniqlanib, ularni paypaslaganda qattiq og'riq seziladi. Tugunchalar hayz boshlanishidan oldin kattalashganligini aniqlash mumkin.

Asosiy belgisim- doimiy og'riq bo'lib, bu og'riq hayzdan oldin va hayz vaqtida kuchayadi. Og'riq dumg'aza sohasiga, to'g'ri ichakka, qin sohasiga tarqaladi.

BACHADON TANASINING ENDOMETRIOZI-ADENOMIOZ

Asosan 40-50 yoshdagi ayollarda uchraydi. Bachadon adenomiozi sun'iy abortlardan keyin, gisterografiya, davolash gidrotubatsiyasi, biopsiya olish va boshqa muolajalardan keyin rivojlanadi.

Adenomioz tarqalish darajasiga qarab 4 ga bo'linadi.

1.-Endometriozi bachadon shilliq qavatining bazal qismida joylashadi. 2. Jarayon miometriy qavatiga tarqalgan (50-rasm).

3. Bachadonning hamma qavatlariga jarayon tarqalgan (51-rasm).

4. Jarayon parietal qorin pardasi va qo'shni a'zolariga tarqalgan.

2,3,4 darajalarida bachadon endometriozi mushak tolalarining giperplaziyasi kuzatilib, bu bachadon hajmining kattalashuviga olib keladi. Og'riq va hayz vaqtida qon ko'p ajralib, hayz siklining uzoq davom etishiga olib keladi.

Ayniqsa endometriozi bachadonning hamma qavatlariga tarqalgan bo'lsa (52-rasm), kuchli og'riq kuzatiladi va hayzdan oldin bachadonning kattalashganligi aniqlanadi. Endometriozi hayz siklining buzilishi har xil, xususan giperpolimenoreya metrorragiya hamda hayzdan oldin va undan keyin 3-4 kun qonni surtilib kelishi kuzatiladi. Ko'pchilik bemorlarda qorinning pastida doimiy og'riq seziladi, tez-tez siyish va hayzdan oldin og'riq bo'lishi kuzatiladi.

Endometriozi kasalligiga tashxis qo'yish uchun quyidagi usullardan foydalaniladi:

1. Qin orqali tekshirish, qin orqali hayz sikli dinamikada, ya'ni vaqti -

vaqti bilan ko'riladi, bachadon o'smalarining hayzdan oldin va hayz vaqtida kattalashganligi aniqlanadi.

2. Kolposkopiya usulidan foydalanilganda bachadon bo'ynidagi boshka o'zgarishlar bilan taqqoslanadi.

3. Mo'ljalli biopsiya va gistologik tekshirish usuli endometriozni aniq tashxislashda katta rol o'ynaydi.

4. Diagnostika maqsadida bachadon bo'shlig'idan va bo'ynidan qirma olish.

5. Gisterosalpingografiyada 33-80% hollarda to'g'ri tashxis qo'yish mumkin (G.M.Saveleva) Bu usul hayz siklining 5-7 kuni amalga oshiriladi. Kontrast modda yuborilganda «kontura orqasi soyasi»ni hosil qiladi.

6. Gisteroskopiya-hayz siklining 5-7 kunida qo'llaniladi. Och pushti shilliq qavatda to'q qizil rangli nuqtalarni ko'rish mumkin.

7. Ultratovush yordamida tekshirish-bachadon devorida mayda kistali o'zgarishlar ko'rinadi.

8. Laparoskopiya.

9. Rektomanoskopiya-endometrioz o'choqlari to'g'ri ichakda joylashganda yoki yo'g'on ichakka yaqin joylashganda qo'llaniladi.

DAVOLASH.

Bemorlarni davolash uchun bemorning yoshini, jarayonning qaerga joylashganligi, tarqalish darajasi, jarayon joylashgan erdagi atrof to'qimalarning yallig'lanish alomatlari bor yoki yo'qligi hisobga olinadi.

Reproduktiv eshidagi aellarda homilador bo'lish uchun quyidagi uslublar qo'llaniladi:

1. Prostoglandinsintetazaning ingibitorlari (indometatsin, metindol, naprosin).

2. Organizmning immunologik xususiyatlarini oshirish uchun -immunoskorrektorlar.

3. Gormonlar bilan davolash, ya'ni endometrioz o'choqlaridagi siklli o'zgarishlar so'ndiriladi.

4. Yallig'lanish alomatlarini davolash.

5. Trankvilizatorlar (tazepam va b.).

6. Sistemli enzimoterapiyasi (vobenzim).

7. Jarroxlik uslubi bilan davolash

Gormonlardan asosan progestinlar tavsiya qilinadi (progesteron, 17 - OPK, depo-provera, depostat, orgametril, dyufaston, norkolut, atsetomeprogenal va boshqalar. Sintetik progestinlar 5-kundan to 25-kungacha 1tabl.dan ichiladi, dyufaston kuniga 3 tabl.dan 3 oy davomida, keyin 3 oyligida 2 tabl. dan buyuriladi. Davolashni 3 oydan 6 oygacha, 1-2 yilgacha davom ettirish mumkin. 17 OPK 12,5 %-2,0 6 oy davomida 1 haftada 1 marta.

Estrogen-gestagen repatatlardan mikroginon, anovlar,marvelon, rigevidon, Diane-35; antiestrogenlardan esa- tamoksifen, toremifen; anabolik steroidlardan- retabolil ko'llaniladi.

Gonadoliberinlar agonistlari - endometriozini konservativ davolashda keng qo'llaniladi (zoladeks, dekapeptil, nafarelin, buserelin). Bu vositalar har kuni burunga tomiziladi eki teri ostiga in'eksiya kilinadi, undan tashqari bu vositalarni qorin oldiga depo in'eksiya qilish ham mumkin. Gonadoliberinlar agonistlari ta'sirining juda qisqaligi tufayli ularni premenopauzada yoki jarroxlik davolashdan oldin qo'llash maqsadga muvofiqdir.

Endometriozni davolash va homiladorlikning oldini olish maqsadida 38-50 yoshgacha bo'lgan ayollarga norkolut 1 tabletkadan hayz davrining 5-kunidan 25-kunigacha berish mumkin. 48-50 yoshdan kattalarga-erkaklar gormonlari: testosteron propionat 2, 5 % yoki 5%- 1,0 m/o, metiltestosteron, sustanon-250.

Adenomiozning I-II darajasida konservativ davolanilsa, III-IV darajasidagi kasallanishida esa, jarroxlik uslubi qo'llaniladi (52 rasm). Jarroxlik uslubida davolash asosan gormonlar bilan davolashning nafi bo'lmay,ayollarda hayz sikli buzilib qon ko'p ketib, kamqonlik rivojlangan bo'lsagina qo'llaniladi shundan keyin esa gormonlar bilan davolashni davom ettirish zarur, aks holda kasallik yana qaytalashi mumkin.

FIZIOTERAPEVTIK DAVOLASH.

- 1.Sulfat magniy bilan elektroforez.20 martagacha qilinadi.
- 2.Kaliy yoddan 5%,10%,33% dan elektroforez yoki 1%-50ml klizmada yuborish.
- 3.Amidopirin yoki novokain bilan elektroforez,10-20 marta.
- 4.Elektroforez, hayzning birinchi yarmida 40% Mis sulfat bilan va hayzning ikkinchi yarmida 4% Rux bilan qilinadi.
- 5.Tripsin, ximotripsin bilan elektrofarez
- 6.Qorin pastki qismiga Solkoseril bilan ultratovush qilinadi.
- 7.Magnit maydoni qo'llaniladi.
- 8.Rodon vannasi tavsiya qilinadi.

Profilaktikasi

1. Tashviqot va targ'ibot ishlari
2. Kontratseptiv vositalar va moddalarni keng qo'llash, abortlarning oldini olish .
3. Davolash va diagnostik muolajalarni hayz sikliga ahamiyat bergan holda bajarish lozim.

Klinikasi

Ichki endometrioz-adenomioz xayzgacha va xayzdan keyin 3-5 kun davomidagi jigarrang ajralma, giperpolimenoreya, xayzdan oldin va xayz vaqtidagi og'riq, bachadon o'lchami o'zgarishi, anemiya.

Oraliq va qin endometrioz.

Ko'kish va yumaloq o'chog'lar ko'rinishda bo'lib xayzdan oldin bu o'chog'lar kattalashadi va koramtir qonli ajralma keladi.

Tuxumdon naylari endometrioz odatda kam uchrab o'chog'lar seroz qavatda joylashadi va kichik o'lchamda bo'lib kichik turga kiradi.

Tuxumdonlar endometrioz.

Po'stlog' qismida mayda o'chog'lar shaklida joylashadi dm 0,5- 10 sm bo'ladi, atrofdagi to'qimalar bilan spayka xosil qiladi. Bimanual ko'rilganida elastik, og'riqli kam xarakter xosila aniqlanadi.

Retrotservikal endometrioz bachadon bo'yni orqa tomonida va istmik qismida bo'ladi qattiq mayda notekis xarakatsiz og'riqli tugun aniqlanadi. Og'riq asosiy belgi xayzgacha va xayz paytida kuchayadi.

Ekstragenital endometrioz deb jinsiy a'zoldan tashqari og'riq va tugunlar aniqlanganda aytiladi. Eng ko'p uchraydigan turi uni yo'g'on va to'g'ri ichakda joylashishi. Qorinda siklik og'riq, tenezm, qorin dam bo'lishi, qabziyat, to'g'ri ichakdan qon ketishi kuzatiladi.

Siydik pufagida kechganda siklik og'riq, dizuriya va gematuriya kuzatiladi.

Tashxislash

Anamnez, ob'ektiv, ginekologik, bimanual, rektovaginal, gisterosalpingografiya, kolposkopiya, sistoskopiya, UTT, laparoskopiya, KT, YAMR.

Davolash

Konservativ va xirurgik

Konservativ- gormonal, yallig'lanishga qarshi, desensebillovchi va simptomatik davoni o'z ichiga olgan.

Progestinlar qo'llaniladi: norkolut, 17-opk 5-6 oy davomida.

Danazol 400mg/k 6-8 oy

Jarroxlikka ko'rsatma.

Adenomioz tugunli turi

Adenomioz 3 turi

Tuxumdon endometrioid kistasi

Retrotservikal turi

Oraliq va qin endometrioz

Kichik turlari

Tuxumdonlar xayfsiz o'smalarini tasnifi, klinikasi, tashxislash, asoratlari, davolash.

Tuxumdon o'smalari barcha yoshda erta bolalikdan to keksalik yoshiga

qadar uchraydi. Tuxumdon o'smalarining 80% ini yaxshi sifatli tuxumdon o'smalari tashkil etadi. Kistoma kapsula epiteliy hujayralari proliferatsiyasi hisobiga o'sadigan va bo'shlig'ida ekssudat to'planadigan chin o'smadir – 66%.

Sinflanishi:

1. Epiteliyadan kelib chiqqan
2. Biriktiruvchi to'qimali
3. Germinogen (embrional)
4. Gormon ishlab chiqaruvchi

Klinika belgilari: Ichaklarni tekshirish (rektomanoroskopiya, irrigoskopiya), endometriy xolatini tekshirish. Metostaz xollari bo'lishi mumkin, buning uchun oshqozon ichak traktini tekshirish zarur (oshqozon – Krukenberg metostazi, ichak, oshqozon osti bezi) metostazi. Ko'pincha klinik belgilarisiz kechadi. Qorinning hajmi asta-sekin o'sib boradi. Og'riq sindromi ko'pincha asoratlar- kistoma devoriga yoki kamerasiga qon quyilganda, yoki buralish bo'lganda paydo bo'ladi. Qo'shni a'zolarining siqilish belgilari bo'lishi mumkin (xazm trakti, oyoqlar shishi, venalarning varikoz kengayishi, gemorroj, assit).

Epiteliyadan kelib chiqqan kistomalar: Asosan inklyuzion kistalar deb ataluvchi kistalar stromada yotuvchi tuxumdonlarni qoplovchi yuza epiteliydan mezoteliy regeneratsiyasi o'rnida ovulyasiyadan keyin stromaga epiteliyning invaginatsiyasi hisobiga rivojlanadi, 10-12% hollarda ikki tomonlama bo'ladi. Intraligamentar joylashib ularning harakatini cheklashi mumkin.

Yaxshi sifatli:

I. Silioepitelial kistomalar

- a) Seroz(oddiy) kistoma
- b) Papilyar kistomalar

1. mikropapillomatoz
2. papillomatoz
3. shingilsimon papillomatoz (stroma shishi)
4. tuxudonlarning shingilsimon polikistozi

II. Pseudomutsinoz kistomalar:

- a) silliq devorli (setserniruyumaya) kistoma
- b) papilyar pseudomutsinoz kistoma

YOmon sifatli:

tuxumdonlar saratoni

Seroz – bir taraffi, bir kamerali, silliq yuzali. Diametri 0,4sm dan 32sm gacha, o'rtacha 5-16sm. YUmaloq shaklda bo'lib bachadon ortida yoki enida bo'ladi. Perkussiya qilinganda xarakatlanadi.

Davolash: operativ.

Papilyar kista – yumaloq yoki oval (kam xollarda) bo'ladi. Diametri

1,8-12sm. Xarakterli jixati ichki yuzasida qattiq o'simtalar mavjudligi.

Davolash: operativ.

Mutsinoz – katta, birtaraflama, ko'pkamerali, silliq ichki yuzali. O'rtacha xolatdagi o'smalar (6smgacha) bachadon, en va orqa tarafida, kattalari esa tubidan yuqorida joylashadi. Xarakterli jixati bo'shlig'ida o'rta yoki yuqori exogen mayda dispres xossa mavjudligi.

Davolash: operativ.

Biriktiruvchi to'qimali kistoma:

• **YAxshi sifatli:**

Tuxumdon fibromasi (Meygs sindromi).

Brenner o'smasi (0.6%).

• **YOmon sifatli:**

Tuxumdon sarkomasi.

Brenner o'smasi – volfkanallari epiteliy yuzasi metoplaziyasi natijasida kelib chiqadi. Ko'p xollarda yaxshi sifatli, lekin o'tuvchi va yomon sifatli xam uchraydi. Ba'zilar estrogen xosil qiluvchi shuning uchun anomal qon ketish kuzatilishi mumkin.

Davolash: operativ.

Fibroma – yaxshi sifatli, tuxumdon stromasidan rivojlanadi. YUmaloq yoki oval shaklda, bir taraflama, zich, ba'zan Sa tuzlari bilan qoplangan, tugunli yoki silliq yuzali. Mikroskopik kattalikdan odam kallasigacha. Oyoqchasi bo'ladi va buralishga moyil. 40-50 yoshda kelib chiqib assit keltirib chiqishi mumkin va gidratoraks kuzatilishi, anemiya xollari bo'ladi.

Davolash: operativ.

Gormon ishlab chiqaruvchi: Jinsiy stroma o'smalari – jinsiy stroma xujayralaridan kelib chiqadi: granulez, teka, Sertoli va Leydik xujayralari.

Granulez xujayrali shishlar (folikuloma) – folikulning granulez xujayralaridan rivojlanadi. Gormonal faol va estrogen chiqaruvchi bo'lib kattaligi 40 smgacha. Odamda qorin pastida og'riq va kattalashuvi kuzatiladi. Qizlarda erta jinsiy etilish, qon ketish kuzatiladi. Reproktiv yoshdagi ayollarda amenoreya siklik qon ketishlar bilan almashadi. Menopauzada esa qon ketishlar bo'ladi. Ginekologik tekshiruvlarda tashqi jinsiy a'zolar atrofiyasi kuzatilmaydi, bachadon kattalashgan, ortiqlar soxasida elastik, xarakatlangan xosila mavjud.

Ds: anamnez, klinika, UZI. Laporoskopiya biopsiya qilinib, yakuniy tashxis o'smaning patomorfologik tekshiruvidan so'ng qo'yiladi. UASH taktikasi: statsionarga yo'llash.

Tekoma: tuxumdon teka to'qimasidan kelib chiqadi, estrogen chiqaruvchi. SHishlarning 3,8% tashkil qiladi. 60 yoshdan keyin uchraydi. Birtaraflama bo'lib kattaligi chaqaloq boshigacha etishi mumkin. YUmaloq yoki oval shaklda, zich konsistensiyali, assit xarakterli. YOmon sifatli kechishi yoshroq

davrda kuzatiladi. UASH stasionarga yuboradi.

Androblastoma (adenoblastoma): jinsiy bezlar yaproqlaridan potensial erkaklarga xos rivojlanishga, maskulinizatsiya xususiyati bilan kelib chiqadi va 0,4% tashkil etadi. 20-30 va 50-70 yoshlarda ko'proq uchraydi. Klinik kechishida defeminizatsiya va keyingi virilizatsiya davrlarini ajratish mumkin. Reproduktiv yoshdagi ayollarda menstruatsiya kasallik boshlanishida, kamayishi va amenoreya kuzatiladi keyin esa barcha jinsiy a'zolar atrofiyasi va erkak tipidagi o'zgarishlar kuzatiladi kattaligi 30 sm gasa bo'ladi.

Davolash: operatsiya.

Germinogen (Embrional) kistoma:

YAxshi sifatli:

- Etilgan teratoma yoki dermoid kistoma.

YOmon sifatli:

- Etilmagan teratoma yoki terablastoma.
- Tuxumdon xorionepiteliomasi (urug'lantirmasdan tuxumni bo'linishi)
- Gormon ishlab chiqaruvchi disgerminoma (seminoma).

Dermatoid kista: etilgan teratoma bo'lib, shishlar orasida 8% ni tashkil etadi 20-40 yoshda kuzatiladi. Umumiy xolati o'zgarmaydi. Ba'zan qorin pastida og'riq yoki og'irlik seziladi. Birtaraflama kam xollarda 2 taraflama, silliq yuzali, oyoqchasi tufayli xarakatchan va uzunligi o'ralib qolishiga sabab bo'ladi.

Kista odatda oldi gumbazda bo'lib elastik va zich konsistensiyali.

Ds: xarakatchan bachadondan oldinda joylashadi va operatsiya vaqtida tasdiqlanadi.

Teratoblastoma: bolalik va o'smirlilik paytida kelib chiqadi va yomon sifatli o'smalar ichida 2-2,5% tashkil etadi. Qon tomirlar ko'pligi sababli o'sma kapsulasi ostiga yoki qlbig'iga qon quyilishi kuzatiladi. Astenik tana tuzilishiga ega qizlarda ko'p kuzatiladi. SHikoyat bildirishmaydi, tekshiruv paytida kichik chanoq xarakatchan (oyoqchasi sabab) xosila aniqlanadi. Kapsulasi yorilishi mumkin, zich konsistensiyali tugunli yuzaga ega. Assit og'ir xollarda kuzatilib, metastaz tez kuzatiladi va gemotogen kelib chiqadi. UASH stasionarga operatsiyaga yuboradi.

Disterminoma: diferrensirlangan gonad elementlaridan xosil bo'lib, tuxumdon darvozalarining rivojlanishining embrional davrdan saqlanib turuvchi yomon sifatli o'sma. Ba'zan etilmagan teratomaning xosil qiluvchi qismi bo'lib xorionepitelioma va boshqa yomon sifatli o'smalarning elementlari bilan birlashadi. Gormon aktivligiga ega emas, 1%ni tashkil qiladi. 30 yoshgacha kuzatilib infantil tana tuzilishiga ega ayollarda ko'proq. Kam va surtiluvchan xayz keladi. Rv: bir taraflama xarakatchan zich konsistensiyali, tugunli yuzali xosila aniqlanadi. Disgarminoma tez o'sib limfa orqal ko'krak

kafas a'zolariga metastaz beradi.

Ds: qiyinchiliklarga ega bo'lib, og'iz bo'shlig'idagi jinsiy xromatinga etibor qaratish zarur. Agarda bu xujayralar 20%dan kam bo'lsa o'sma disgerminoma deb taxmin qilinadi. Ds: morfologiyadan so'ng aniq ko'yiladi. Mikroskopik yirik yumaloq yoki poligonal shakldagi, katta giperxrom yadrolu va ko'piklanuvchi oqish protoplazmalı xujayralar aniqlanadi. UASH stasionarga yuboradi.

Tuxumdon o'smalari asorati:

- malignizatsiya
- oyoqchasi buralishi
- shishning infeksiyalanishi va yiringlashi
- kapsulasi yorilishi

Diferrensial tashxis:

Bachadondan tashqari xomiladorlik

O'z o'zidan xomila tashlash VZOMT

Appenditsit.

Divertikulit.

Mekken divertikulit.

Xomilador bachadon

Mioma

To'liq siydik pufagi

Tuxumdon o'smalari

Kollarektal karsinoma

Siydik yo'li infeksiyasi

Qabziyat

DMK

Erta jinsiy etilish

Postmenopauzada qon ketish.

Tuxumdon o'smalarida tekshirish usullari:

1. SHikoyatlari.

2. Anamnez ma'lumotlari, ob'ektiv va ginekologik ko'ruv.

3. UTT kichik chanoq organlari.

4. Kistani ultratovush nazorati ostida diagnostik aspiratsiyasi (punksiya).

5. KT i MRT.

6. Oshqozon va ichaklarni tekshirish(gastroskopiya, irrigoskopiya), o'pkalar rentgenogrammasi.

7. Onkomarkerlarga tekshirish(Sa-125, REA,

8. SA- 19-9).

9. YAMRT, limfa tugunlarda metostazlarni aniqlash.

Laparoskopik tekshirish usuli yordamida qorin bo'shlig'i a'zolarini

ekranda ko'rish, tekshirish va hattoki jarrohlik amaliyotini ham bajarish imkonini beradi, shu bilan birga tuxumdon o'smalarini tashhislashda, davolanish davrida erishilgan klinik natijalarini ob'ektiv nazorat qilishda katta yordam beradi. Laparoskopiya bilan birga fibrogastroskopiya, rektoromanoskopiya, kolonoskopiya, sistoskopiya kabi usullar me'da-ichak trakti, siydik yo'llari holatini bilish uchun ishlatiladi. Turli mamlakatlar tadqiqotchilari tomonidan tuxumdon o'smalari barvaqt diagnostikasini yuzaga keltirishga yordam beruvchi o'sma markerlari, ya'ni organizmda o'sma jarayoni bor-yo'qligini aniqlashda qon zardobini tekshirish usuli ham qo'llanilmoqda.

Kistomani asoratlari: - kistomani oyoqchasining buralib qolishi; kistomani ko'shni a'zolarini ezilishi; malignizatsiya; kistomani emirilishi.

Tuxumdonlar o'smasining profilaktikasi ularni barvaqt aniqlashga, profilaktik ko'riklarga, xavfli guruhdagi ayollarni maxsus muassasalarda chuqurroq tekshirishlarga bog'liqdir. SHu bilan birga o'z-o'zini tekshirish, ya'ni bir oyda bir marta qovuq va ichakni bo'shatgan holda qorinni ko'zdan kechirish va paypaslab ko'rish, hayz siklini nazoratda saqlash, turli infeksiyalardan, nurlanishdan, zararli odatlardan, xavfli omillardan saqlanish ham ijobiy natijalar beradi.

Tashqi jinsiy a'zolarining asosiy fon va rakoldi kasalliklari (krauroz, vulva leykoplakiyasi) tashxislash va davolash

Vulva - degenerativ o'zgarishlar tufayli turli xil klinik va patomorfologik belgilar bilan ajralib turadi. Tashqi jinsiy a'zolar patologiyasining asosiy sabablari metabolik va yoshga bog'liq o'zgarishlar bilan bog'liq neyroendokrin kasalliklar, shuningdek virusli herpes infeksiyasi (ayniqsa, 2-turdagi - VPG).

Ob'ektiv va subektiv klinik ko'rinishlarga ko'ra, krauroz, leykoplakiya va vulva qichishi ajralib turadi. Ammo, bu asosan vizual va boshqa klinik alomatlar va shikoyatlar bilan aniqlanadigan kollektiv tushunchalar. Biologik nuqtai nazardan, vulvaning o'zgargan hujayralari va to'qimalarida malignizatsiya ehtimolligi, gistologik o'zgarishlarning tabiati (vulva distrofiyasi va displaziyasining turli xil variantlari) bo'yicha vulva kasalliklarining tasnifini hisobga olgan holda baholanishi kerak. Ko'pincha vulva patologiyasi ayollarda postmenopozgacha va postmenopoz davrida kuzatiladi.

Vulva kraurozi surunkali sklerotik jarayon bo'lib, progressiv atrofik o'zgarishlar bilan kechadi, odatda jinsiy a'zolarining qo'zg'alishi bilan bog'liq. Bu klitorda, perineumda qichishish bilan kechadi, kechasi kuchayadi. Bundan tashqari, neyroendokrin va psixoemotsional kasalliklarning alomatlari qo'shiladi.

Vulva Kraurozi klitor va katta, kichik lablaridan boshlanib, asta-sekin butun vulva va hatto pubisni qamrab oladi. Kasallik bu sohada qo'pol birik-

tiruvchi to'qima rivojlanishi bilan papiller qavatining shishishi bilan birga keladi. Elastik tolalarning nobud bo'lishi, biriktiruvchi to'qima gyalizatsiyasi, yog ' va ter bezlarining atrofiyasi mavjud.

Kasallikning rivojlanishida uch bosqich mavjud. Birinchisi shish, tashqi jinsiy a'zolar giperemiyasi bilan tavsiflanadi. Teri och pushti yoki och qizil rangda mavimsi xiralashgan holda porlaydi va taranglashadi. Atrofik jarayonlarning keyingi rivojlanishi (ikkinchi bosqich) kichik lablar va keyin katta lablar, klitor. Teri egiluvchanligini yo'qotadi, quruq bo'ladi, rangi oqarib ketadi. Vaginaga kirish torayadi. Uchinchi bosqichda atrofiya rivojlanib, tashqi jinsiy a'zolar sklerozi rivojlanadi, labia majora deyarli yo'q bo'lib ketadi, klitori keskin kichrayadi. Teri va shilliq pardalar ingichka bo'lib, soch follikulalari yo'qoladi va tuklar yo'qoladi (tashqi jinsiy a'zolar va pubislarda). Elastiklik va skleroz yo'qolganligi sababli, terida ajinlar paydo bo'lib, xiralashgan pergament varag'i singan ko'rinadi. Vagina, anus va siydik yo'llariga kirish torayib ketgan. Jinsiy aloqada bo'lish qiyin, siyish va ichak harakatlari og'riqli bo'lishi mumkin. YOriqlar paydo bo'lganda, infeksiya osonlikcha qo'shiladi. Krauroz oralikka, songa tarqalishi mumkin. U болных с kraurozom vulвы imeet mesto endokrinnaya patologiya: gipofunksiya yaichnikov, mitovidnoy jelezы i nadpochechnikov

Krauroz bulgan ayollarda endokrin patologiyasi sabab buladi: tuxumdon gipofunksiyasi, kalkoksimon bukok va buyrak osti.

Davolash mahalliy davolash usullarini va umumiy patogenetik terapiyani o'z ichiga oladi. Estrogenik birikmalardan foydalanish patogenetik jihatdan oqlangan deb hisoblanadi. Ulardan eng ko'p ko'rsatilgani jinsiy tizimning pastki qismlarida proliferativ jarayonlarni rag'batlantiradigan estrioldir. Estriol preparatlari (ovestin va boshqalar) kontratseptiv rejimiga muvofiq kuniga ikki marta 1,0 mg dan 2-3 oy davomida buyuriladi, agar kerak bo'lsa, tanaffusdan keyin kurslarni takrorlash mumkin.

So'nggi yillardagi ishlar lazer terapiyasining samaradorligini ko'rsatdi, bu ta'sirlangan hududda metabolik jarayonlarni yaxshilashga yordam beradi. Lazer nurlanishining 10-15 seansi kuzatish dinamikasida davolash kurslarini takrorlash bilan amalga oshiriladi. Malignlikni istisno qilish uchun dastlabki tekshiruv majburiydir. SHuningdek, lazerli skalpel va kriozurgik effektlar yordamida jarrohlik davolash ko'rsatiladi.

Leykoplakiya - bu epiteliyadagi giperplastik o'zgarishlar, leykotsitlar infiltratsiyasi va keyinchalik atrofik va sklerotik hodisalar. Epiteliyada parakeratoz, giperkeratoz, akantoz belgilari topiladi, undan keyin skleroz kuzatiladi. Darajasi bo'yicha giperkeratozning og'irligi leykoplakiyaning yassi, giperτροφik va urushqoq shakllari bilan ajralib turadi. Kasallikning oxirgi ikki shakli ko'pincha cheklangan jarayonlar bilan sodir bo'ladi. YAssi shakl odatda tashqi jinsiy a'zolar bo'ylab rivojlangan umumiy tarqalish bilan kuzatiladi.

Klinik jihatdan, leykoplakiya dastlab o'zini namoyon qilmaydi va bes-semptomatik bo'lishi mumkin. Keyin qichima, parasteziya qo'shiladi. Tremi-na, strii va yoriqlar paydo bo'ladi. Kasalik yallig'lanish jarayonlari infeksiya fonida rivojlanadi. Kasallik, shuningdek, psixonevrologi simptomlar bilan birga keladi.

Qichishish va vulvadagi ko'plab tavsiflangan o'zgarishlar diabet, jigar shikastlanishi, turli xil teri kasalliklari (likeni, vitiligo) bilan kuzatilishi mum-kin. SHuning uchun birlamchi va ikkilamchi o'zgarishlarni aniqlash uchun differensial diagnostika o'tkazish kerak. Kolposkopiya muhim diagnostika usulidir. Leykoplakiya bilan oqlangan, sarg'ish yoki g'isht rangining biroz shaffof keratinlashtiruvchi yuzasi, qon tomir naqshning yo'qligi yoki uning ifodalanmasligi. Qon tomirlarini dallanmasdan va varikoz tomirlari va nekrotik joylari bo'lgan anastomozlarsiz qon tomir shaklining paydo bo'lishi al-laqachon malignizatsiya jarayonini tavsiflaydi. Kolposkopiya paytida, keyin-gi tadqiqotlar (maqsadli biopsiya) uchun olib ketilgan leykoplakiya ta'sirlan-gan hududning shubhali joylari.

Leykoplakiyani davolash, krauroz singari, davomiylik bilan belgilanadi, ko'pincha yoshi va boshqa jinsiy kasalliklarni hisobga olgan holda dorilar va usullarning individual tanlanishi. Leykoplakiyani davolashda rezorbsion va yallig'lanishga qarshi ta'sirga ega bo'lgan, tuxumdonlar va bloklar patologik impulslari funksiyasini rag'batlantiruvchi ultratovush (har bir kursga 10-20 seans) qo'llaniladi. Konservativ davolash usullaridan to'g'ri ta'sir bo'lmasa, jarrohlik davolash qo'llaniladi-skalpel, lazer skalpel va kriodestruksiya yor-damida zararlangan hududlarni olib tashlash.

Uchli kondiloma virusli yoki gonoreya etiologiyasiga ega. Ular, odatda, bir yosh topilgan va asta-sekin homiladorlik davrida oshirish etiladi. Ular bir-biri bilan yagona va bir-biri bilan birlashagan.

Kondilomalar davolash yallig'lanishga qarshi terapiyasi va -jarrohlik (lazerokriodestruksiya yoki skalpel bilan).



Bachadon bo'yni va tanasi fon kasal-liklari, klinikasi, tashxislash va davolash.

Nazariy qism:

Turli etiologiyali va klinik ko'rinishiga ega bo'lgan kasalliklar "fon ja-rayonlar" atamasi ostida birlashtiriladi, o'z vaqtidagi tashxislash va terapiya

onkologik profilaktik chora-tadbirlar tizimining asosiy guruhi hisoblanadi. Ektotserviks(bachadon bo'ynining qin qismi) o'zagi qin shilliq qavatining davomi bo'lgan bazal membranada yotuvchi ko'p qavatli yassi epiteliy hisoblanadi. Servikal kanal bir qavatli silindrik epiteliy hisoblanadi. Tashqi bo'g'iz soxasi yassi epiteliy silindrikka o'tish-transformatsiya zonasi hisoblanadi, aynan shu yoshda hujayralarni atipik transformatsiyasi sodir bo'ladi

Klassifikatsiya: Fonli jarayon

1. psevdoroziya (shikastlanish okibatida- ektopion, bachadon buyini deformatsiyasi)
2. bachadon bo'yni polipi
3. Ektopion
4. Bachadon bo'yni papilomasi(kondiloma)
5. leykoplakiya
6. eritroplakiya

Bachadon bo'yni fon kasalliklarini rivojlanish faktorlari.

1. Ekzogen faktor

-travma

-yallig'lanish chaqiruvchi:

*virus infeksiyasi

*xlamidiya

*mikoplazma

2. Endogen faktorlar

-gormonal ko'rsatkichni o'zgarishi

-ichki sekretiya bezini kasalliklari

- immunologik statusni pasayishi

3. sotsial faktorlar

-erta jinsiy xayotni boshlash

-1 chi xomiladorlik 18 yoshdan ertaligi

- jinsiy partnyorni tez- tez o'zgartirish

-sotsial etishmovchilikda ko'p xomilali bo'lish

Psevdoroziya – xaqiqiy eroziya negizida uzoq kechadigan patologik jarayon tufayli xosil bo'ladi. Ko'p qavatli yassi epiteliy o'rnini servikal kanal shilliq qavati bir qavatli silindrik epiteliysi qoplaydi. Tashqi bo'g'iz atrofida joylashib noto'g'i shaklga duxobasimon yoki notekis yuzaga qizil rangga ega bo'ladi. Klinik ko'rinishlar bu kasallika xarakterli emas. Bemor og'riq menstrual funksiyani buzilishidan shikoyat qiladi. Asosan birga keluvchi kasalliklar klinikasi namoyon bo'ladi (kolpit, salpingoofarit, endometrit).

Diagnostika – ko'zguda ko'rish, kolposkopiya psevdoroziya xar xil xajmda bo'lib, noto'g'ri shaklga ega. Nerv yuzasi qizil rangda patologik ajralma xos.

Davolash – bir vaqtni o'zida birga keluvchi kasalliklar bilan davolana-

di (kolpit, salpingoofarit, endometrit). Qo'zg'atuvchini aniqlash uchun bak pasev tekshiruvi o'tkazilib sezuvchanlik aniqlanadi, IFA, PSR tekshiruvi. Davolash metodi – infeksiyaga qarshi antibakterial terapiya, maxalliy davo tamponlar yoki vaginal svechalar.

Leykoplakiya – ko'p qavatli yassi epiteliyni qalinlashib, ortiqcha muguzlanishi bilan ifodalanadi. Ular faqat bachadon bo'ynining qin qismida emas, balki vulva soxasi va qin shilliq qavatida xam joylashadi.

Klinik belgisi noaniq ko'proq simptomsiz kechib profilaktik tekshiruvda aniqlanadi.

Diagnostika – atipik xujayrani aniqlash uchun sitologik tekshiruv va ko'zguda ko'rish, kolposkopiya o'tkaziladi kolposkopik yodnegativ soxa oqish yaltiroq bo'lib, burmali notekis yuzali bo'ladi (SHiller sinamisi manfiy). Servikal kanal shilliq qavatidan diagnostik qirish bir vaqtning o'zida biopsiya tashxisi uchun muximdir.

Davolash – leykoplakiyani individual ko'rinishiga bog'liq bo'lib, uning kattaligi, bemorni reproduktiv funksiyasi va yoshiga bog'liq. Bunda kriodestruksiya lazer vaporizatsiya, konizatsiya yoki eksiziya endotserviks xolatiga qarab o'tkaziladi.

Bachadon bo'yni shilliq qavatining ektropioni – buni aniqlash uchun bachadon bo'yni ko'riladi, bunda oldingi jaroxat joyida chandig', bachadon bo'yni deformatsiyasi, tashqariga chiqib qolgan shilliq qavat yuzasining silliqqligi, bachadon bo'yni shilliq qavatini burmaligi kam xollarda aniqlanadi.

Davolash – bachadon bo'yni korreksiya qilinishi kerak. Bachadon bo'yni chandiqli va deformatsiya xolatida rekonstruktiv plastik operatsiya o'tkaziladi (Emmet operatsiyasi).

Eritroplakiya (qizil xalqadagi dog') – funksional yoki oraliq qavatlarning atrofiyasi xisobiga to'q qavatli yassi epiteliy qavatining yupqalashishi yoki silliqqlanishi bilan ifodalanadi. Bu to'q qizil, yumaloq yoki noto'g'ri shaklda bo'lib, normal shilliq qavat yuzasidan bo'rtib turadi. Uning qizil ranggi yupqalashgan (atrofiyalangan) epiteliy qavati orqali ko'rinib turadigan qon tomir to'ri bilan izoxlanadi.

Tekshiruv – kolposkopiya, sitologik tekshiruv o'tkaziladi.

Davolash – jarroxlik yo'li bilan yoki DEK krioterapiya yo'li bilan davolanadi. shilliq qavatini polipi

Bachadon bo'yni polipi –servikal kanal shilliq qavati polipi tarqalgan kasalliklardan biri bo'lib bachadon bo'ynidagi patologik jarayonni yaxshi sifatli kechuvchi kasalligiga kiradi.

Polip tashqi bo'g'iz soxasida, endotserviksni yuqori va o'rta qismida joylashadi. Polip atrofida o'rab turgan oyoqchalari bilan olib tashlanadi.

Profilaktikasi – o'z vaqtida ginekologik kasalliklar va endokrin buzilishli kasalliklarni oldini olish.

Bezli giperplaziya va endometriyning bezli-kistali giperplaziyasi, ko'plab mualliflar tomonidan aytilgan bo'lsa ham, aslida bitta jarayondir. Ularning orasidagi farq faqat sut bezlarining kista kattalashish darajasida (bezli kistada kistalarning mavjudligi va ularning bez va bezli giperplaziya-da yo'qligi). Bazal giperplaziya bilan, shilliq qavatning bazal qatlami endometriyning ixcham qatlamida joylashgan bezlarning ko'payishi tufayli qalinlashadi. Endometriyadagi bezli (bezli-kistik giperplaziya) endometriy bezlari va stromalarining aniq ko'payishi bilan ajralib turadi, shuning uchun funktsional qatlam o'sishi tufayli ikkinchisining boshqa qalinlashishi kuzatiladi. Ammo, siklning 2-chi (sekretor) bosqichida bo'lgani kabi, uni ixcham va gubka qatlamlariga ajratish mavjud emas. Kengaygan bezlar (kistalar shaklida) bo'lsa, glandular-kistik giperplaziya qayd etiladi va giperplastik endometriy yuzasida poliplar ko'rinishidagi shilliq qavatlar paydo bo'lganda, ular giperplaziyaning polipli shakli haqida gapirishadi. Endometriyning silindrsimon (bezsimon) epiteliyasi ko'payish bosqichida (ko'plab mitozlar) turli shakl va lyumenlarning ko'p sonli bezlari shakllanishi bilan. Faol ko'payish holatida oval hujayralardan qurilgan stroma shishi bor. Giperplastik endometriy rad etilsa (giperplaziyaning regressiyasi), gipertrofiyadan tekislanganga aylanadi, bu atrofikdan farqli o'laroq katta qalinlik va bezlarga ega.

Endometriyal poliplar 35-50 yoshdagi ginekologik bemorlarning 0,5-5,0% da uchraydi, ya'ni. asosan reproduktiv davrda.

Endometriyal poliplarning ko'plab tasniflari mavjud. Ko'pincha ular quyidagi shakllarga bo'linadi bezli, bezli fibrozli va fibrozli; uchogli adenomatoz va adenomatozli bezli tolali; malign va angiomatoz

Bezli poliplar bezli komponentning stromal komponentdan ustunligi bilan ajralib turadi. Bezlar burchak ostida uzunligi teng bo'lmagan turli yo'nalishlarda bir-birlariga proliferativ epiteliya bilan qoplangan. Stroma tarkibida ko'plab hujayralar mavjud, ular tagida va pedikulasida qon tomirlari tarangligi bilan bo'shashgan biriktiruvchi to'qima mavjud. Fibrozli poliplarda ishlamaydigan epiteliya bilan qoplangan bitta bezlari bo'lgan biriktiruvchi to'qima ko'proq bo'ladi. Sklerozli devorlari bo'lgan oz sonli kemalar mavjud. Endometriyal poliplar 35-50 yoshdagi ginekologik bemorlarning 0,5-5,0% da uchraydi, ya'ni. asosan reproduktiv davrda.

Fibrozli poliplarda ishlamaydigan epiteliya bilan qoplangan bitta bezlari bo'lgan biriktiruvchi to'qima ko'proq bo'ladi. Sklerozli devorlari bo'lgan oz sonli kemalar mavjud

Uchogli adenomatozli poliplar bezli-fibrozli poliplarga o'xshash morfologik xususiyatga ega, ammo ularning ba'zi joylarida epiteliyning tarkibiy qayta tiklanishi bilan bezlarning uchogli intensiv tarqalishi kuzatiladi. Bezlar noto'g'ri hajm va shaklga ega, ular lümenlarda psevdopapillyar chiqishi bilan ajralib turadi. Ushbu poliplarning bezli epiteliysi hujayrali polimorfizm,

adenotsitoplazmatik nisbatlarning buzilishi va ko'pincha patologik mitozlar bilan tavsiflanadi. Skuamous metaplaziya kamdan-kam hollarda fokuslarda uchraydi. Stroma tolali to'qima tor qatlamlari shaklida bo'ladi. Polipning oyog'ida qalin devorli qon tomirlari dumg'aza shaklida joylashgan. Angiomatoz poliplar bunday tomirlarning ko'pligi bilan ajralib turadi. Endometriyal poliplar reproduktiv yoshdagi ayollarda ko'proq uchraydi. Bezli fibrozli poliplar perimenopoz davrida ayollarda ham kuzatiladi, ammo reproduktiv davrga qaraganda kamroq. Poliplarning patogenezi bezli -kistik giperplaziyaning rivojlanish mexanizmiga o'xshaydi. Irsiy yoki sotib olingan tabiatning bir xil gormonal kasalliklari poliplarning rivojlanishiga yordam beradi deb ishoniladi.

Ko'pgina poliplarning qaytalanishga moyilligi bor, uni gormon terapiyasi bilan oldini olish mumkin emas. Bu shuningdek poliplarning "gormonal mustaqilligi" ni tasdiqlaydi.

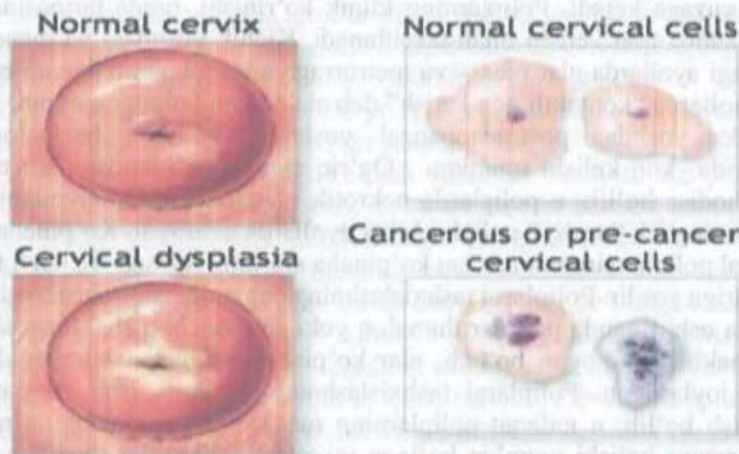
Poliplarning qaytalanishi ko'pincha etarlicha yaxshilab olib tashlanmaganligi bilan bog'liq va odatda ular olib tashlanganidan keyingi birinchi yil ichida yuzaga keladi. Poliplarning klinik ko'rinishi, qoida tariqasida, turli xil bachadon qon ketishi bilan tavsiflanadi. Kichik yoshdagi va menopauza davridagi ayollarda ular meno- va metrorragiya turiga qarab davom etadilar. Ba'zi hollarda "kontaktli qon ketish" deb ataladigan holatlar mavjud.

Keksa yoshdagi postmenopauzal yoshdagi ayollarda bachadonda oz miqdorida kon kelishi mumkun . Og'riq alomatlari kamdan-kam uchraydigan hodisa bo'lib, u poliplarda nekrotik o'zgarishlarning rivojlanishi bilan, shuningdek "nasliy" poliplar bilan ayollarda uchraydi. Ko'pincha endometriyal poliplar simptomsiz, bu ko'pincha ularning fibrozli va bezli fibrozli shakllariga xosdir. Poliplarni tashxislashning eng aniq usuli - histeroskopiya. Amalga oshirilganda poliplar dumaloq yoki cho'zinchoq shakldagi shakllanish shaklida namoyon bo'ladi, ular ko'pincha bachadon burchagida yoki tubiga joylashgan. Poliplarni tashxislashning yakuniy usuli bu patologik o'rganish bo'lib, u nafaqat poliplarning mavjudligini aniqlabgina qolmay, balki yuzaga kelishi mumkin bo'lgan murakkab sharoitlar (buzilish, buzilish, malignizatsiya) bilan ularning aniq shaklini belgilab beradi. Endometriyal poliplarni davolash endometriyal giperplaziyadan farq qiladi. Poliplarni davolashda jarrohlik taktikasi odatda qabul qilinadi. Barcha holatlarda ularni histeroskopik nazorat bilan to'liq olib tashlash ko'rsatilgan. Bachadon va servikal kanalning barcha devorlaridan shilliq qavatni olib tashlash majburiydir. Keyinchalik, relapsni o'z vaqtida tashxislash uchun endometriyal polip bilan og'riq bemorlarni maqsadli kuzatish ko'rsatilgan. Poliplarning takrorlanishida maqsadli krioterapiya tavsiya etiladi. Gormonal davolash endometri bezli kistik giperplaziyasi bilan bir xil prinsiplarga muvofiq belgilanadi. Nazorat ishlari (ultratovush, gisteroskopiya) bilan 3 oydan 6-8 oygacha

bo'lgan endometriyal poliplar uchun gorm terapiyani davom ettirish. Keyinchalik fibrozli poliplar bilan gormon davolashsiz o'zingizni jarrohlik yo'li bilan olib tashlash bilan cheklash mumkin.

Fibrozli adenomatozli adenomatoz poliplari va poliplarini aniqlash ayollarda perimenopoz davrida o'simtalar bilan bachadonni olib tashlash va yosh ayollarda tuxumdonlar holatini biopsiyasi bilan aniq tashxislash uchun ko'rsatkichdir. Olib tashlangan polipning hududiga krio va lazer ta'sir qilish retsidivlarning oldini olishda muhim chora hisoblanadi, bu bachadon retseptorlari apparati va immunitet holatini normallashtirishga yordam beradi. Endometriyal poliplarning oldini olish endometriyal giperplaziyani o'z vaqtida patogenetik davolash va bachadonga shikast etkazuvchi va shikast etkazuvchi ta'sirni cheklashdan iborat.

Bachadon bo'yni rak oldi kasalliklari, klinikasi, tashxislash va davolash.



Nazariy qismi:

Bachadon bo'yni rak oldi (displaziyasi), stroma va sirt epiteliysi jarayoniga ta'sir etmagan xolda kechuvchi, uning "qatlamlar aro" buzilishi bilan kuzatiladigan bachadon atipik epiteliy proliferatsiyasidir. SHu sababli displaziya bu gistologik termin bo'lib, bu termin shu patologiyaning boshqa ko'plab atamalari o'rnida qo'llanilishi JSST dan(1976) tavsiya etilgan. Atipiya, servikal intraepitelial neoplaziya (SIN), bazal xujayra giperplaziyasi, anaplaziya va boshqalar. Bu nomlarning barchasi aniqlangan patologik anomaliyalardan

olingan: atipiya-hujayralarning tipik tuzilishining buzilishi; anaplaziya-hujayralarning differensiallanish darajasining buzilishi; bazal hujayra giperaktivligi — tegishli hujayralarning giperplaziyasi; prosoplaziya-to'qimalarning differensiallanish darajasining oshishi. Bu chetlanishlarning intensivligiga qarab engil (1), o'rta (2) va og'ir (3) darajalarning displaziyasi farq qilinadi.

Engil darajadagi yoki kuchsiz ifodalangan displaziya bazal hujayralarning epiteliy qavati qalinligining 1/3 qismigacha bo'lgan jarayoniga (giperplaziya va atipiyaga) aloqadorligi bilan xarakterlanadi. Displaziyaning o'rta va o'rta og'ir darajasida epiteliy qavatining 1/3 qismidan 2/3 qismigacha jarayonda ishtirok etadi. Og'ir displaziya epiteliy qatlamlarining 2/3 qismidan ko'prog'ini patologik jarayonlarga (faqat yuza qatlam qolgan holda) jalb qilish orqali namoyon bo'ladi. Displaziya rezerv yoki metaplastik hujayralarning shikastlanishi bilan boshlanib, endotserviksda lokalizatsiyalanishi mumkin.

Bachadon bo'yni kasalliklarining klinik manzarasi va diagnostikasi davolash usullarini tanlashda hal qiluvchi ahamiyatga ega. Klinik jihatdan bachadon patologiyasi simptomlari paucity yoki odatda asimptomatik kursi bilan tavsiflanadi. YAllig'lanish jarayonlari, tug'ruq va bachadon bo'yni shikastlanishi, gormonal buzilishlar va terapiyaning samaradorligi haqida anamnez ma'lumotlari muhim ahamiyatga ega. Bachadon patologiyasi uchun odatiy shikoyatlar yo'q. YONDosh kasalliklar (yallig'lanish, endokrin) ga xos shikoyatlar bo'lishi mumkin. SHuning uchun bachadon patologiyasini tashxislashda tekshiruv ma'lumotlari va yordamchi tadqiqot usullarining natijalari alohida ahamiyatga ega: bakteriologik, gormonal, immunologik, sitologik, kolposkopik va morfologik (gistologik, gistokimyoviy, elektron mikroskopik)shular jumlasidan. Ko'zgularda vizual tekshirish vaqtida diqqat bachadon bo'yni yuzasiga, uning rangi va relefiga, tashqi fartuk shakliga, bachadon bo'yni kanali va qin xolati tabiatiga qaratiladi. Poliplar, o'tkir va tekis kandidomalarni aniqlash oson, bachadon bo'yni shikastlanishi va deformatsiyasi bilan eroziyalangan ektropion. Xarakterli ko'rinishi-leykoplakiya (oqish dog'lar) va eritroplakiya (noaniq konturli yorqin qizil dog'lar) sohalari kuzatiladi. YUqumli jarayonni aniqlash uchun shikoyatlar va tekshiruv ma'lumotlarini baholash bilan birga, bakterioskopik va bakteriologik tadqiqotlar turli xil va o'ziga xos bo'lmagan patogenlarni (rod flora, koksi, trixomonas, Gardnerella, xlamidiya), shuningdek virus (VPG-1) va papilloviruslarni (VPG-2) aniqlash uchun maxsus virusologik tadqiqotlar o'tkaziladi. Bugungi kunda vagina va bachadon bo'yni shilliq pardalari holatini baholash uchun turli testlar, xususan **SHiller testi** o'z ahamiyatini saqlab qoldi. Normal epiteliyning yod ta'sirida rangini hujayralardagi glikogenning tarkibiga qarab to'q jigarrangga o'zgartirish qobiliyatiga asoslangan. Bachadon bo'yni 2% Li Lyugol eritmasi bilan ishlov beriladi. YAGona jigarrang bo'yin to'qimasi hujayralar-

ida etarli glikogen tarkibi bilan to'yingan normal epiteliy bilan qoplangan sog'lom bo'yin kuzatiladi. Yodnegativ joylarning mavjudligi saraton va atipik hujayralar, eritroplakiya, leykoplakiya, chandiqlar va boshqalarga xos bo'lishi mumkin bo'lgan bachadon bo'yni qoplovchi epiteliysi hujayralarida glikogenning keskin kamayganligini ko'rsatadi. Bachadon shilliq qavatining gematoksilin bilan bo'yalishi normal yassi epiteliy (och binafsha rang), orasida o'sma o'choqlari (ko'k rang) ni ochib beradi. Namunalar o'ziga xos emas, lekin biopsiya uchun patologik buzilishlarni tanlashda ayniqsa qimmatlidir. Sitologik tekshirish yallig'lanish kasalliklari, o'sma oldi va o'simta jarayonlarida epiteliy holatini baholash va davolash samaradorligini nazorat qilish uchun bir tan olingan usulga aylandi. Bu usul ayniqsa skrining (ommatiy) tekshiruvlarni o'tkazishda qimmatlidir. Smears ektocerviks va bachadon bo'yni kanali og'zidan vaginal ko'rikdan oldin olinadi, va vizual patologiya ko'rishga qaratilgan. Sitologik tekshiruv profilaktik tekshiruvlarning barcha turlari uchun majburiy hisoblanadi. Kolposkopik usul-o'rganilayotgan obektlarni 10-30 marta kattalashtirib ko'rish imkonini beruvchi maxsus optik tizimga ega kolposkop yordamida tashqi jinsiy a'zolar, qin va bachadon bo'yni vizual tekshirish mumkin. Hozirgi vaqtda kolposkopiya (ektokerviksni tekshirish) va servikoskopiya (endokerviksni tekshirish) da qo'llaniladi. Oddiy kolposkopiya bo'yinni dorilar bilan davolashsiz tekshirish va kengaytirilgan kolposkopiya esa bo'yinni markerlar bilan davolashdan keyin tekshirish — gematoksilin, Lyugol eritmasi, 3% sirka kislotasi eritmasi, epinefrin va boshqalar xisoblanadi. Bachadon patologiyasining har bir turi uchun kolposkopik xususiyatlarning o'ziga xos parametrlari mavjud.

Kolpomikroskopiya bachadon shilliq qavatini umr bo'yi patologik tekshirishning o'ziga xos usuli hisoblanadi. Kolposkopik usulning natijalari patologik tadqiqot ma'lumotlari bilan taqqoslanadi, chunki bu o'sishga 100-300 martada erishiladi.

Gistologik usul bachadon bo'yni patologik holatlarining murakkab diagnostikasining yakuniy bosqichidir. Uning samaradorligi biopsiya va texnikasi, shuningdek gistologik texnologiya va baholashni to'g'ri tanlashga bog'liq. Usul shikastlidir, shuning uchun u ma'lum ko'rsatmalarga ega bo'lishi kerak. Ikkinchidan sitologik, kolposkopik va mikrokalifikatsion tadqiqotlar yordamida belgilanadi. Biopsiyani olish har doim bachadon bo'yni kanalining devorlarini diagnostika qilish bilan bog'liq. Biopsiya elektrokonizator yoki serviksni konus shaklidagi amputatsiya yordamida skalpel bilan sog'lom to'qimalar ichida zararlangan hududni eksizyon bilan maqsadli asosda olinadi. To'qima nuqsonlari katgut choklar bilan tikiladi. Umumiy klinika, ko'zgularda tekshirish va sitologik tadqiqotlar uchun smears olib, bimanual va vaginal-rekto-peritoneal (ko'rsatmalarga ko'ra), kolposkopiya — oddiy va kengaytirilgan, bakterioskopik va virusologik, maqsadli biopsiya

va bachadon kanalini shilinish qirib yurish: ayollar kompleks tekshiruvlarini oldingi natijalarini hisobga olgan holda va keyingi tadqiqot usullari uchun ko'rsatmalar aniqlash, bosqichlarida amalga oshiriladi. Har bir bemorni har tomonlama tekshirish natijalarini to'g'ri baholash xatolarni kamaytiradi va patologik jarayonning tabiatiga, uning tarqalishi va boshqa kasalliklar bilan bog'liqligiga ko'ra tegishli davolanishni aniqlashga yordam beradi. Servikal displaziya uchun davolash taktikasini tanlash jarayonning rivojlanish darajasiga, boshqa o'zgarishlarning mavjudligiga va ayolning yoshiga bog'liq. Tashxis va har bir holatda taktika tanlash so'ng, bachadon bo'yni fon va rakoldi xollarida davolash bosqichlarida amalga oshiriladi.

Birinchi bosqich kasalliklarni davolash va olib kelgan boshqa buzilishlar, bachadon patologiyasi (yallig'lanish jarayonlari, gormonal va immun anomaliya) mavjudligini bilgan xolda, tananing kasalliklarini tuzatishni o'z ichiga oladi.

Ikkinchi bosqichda vagina biotsenozining (eko-muhit) buzilishlarini tuzatish ilgari suriladi va yallig'lanish jarayonlarining antibakterial terapiyasi tufayli amalga oshiriladi.

Uchinchi bosqich jarrohlik aralashuvlardan iborat.

To'rtinchi bosqich-operatsiyadan keyingi boshqaruv va mavjud kasalliklar uchun zarur bo'lgan qo'shimcha tuzatish terapiyasi.

Beshinchi bosqich-relapslarning oldini olish va normal gomeostazni yanada saqlashga qaratilgan keyingi tibbiy ko'rik.

Konservativ terapiya antibakterial (yallig'lanishga qarshi), gormonal, immunokorrektiv vositalarni o'z ichiga oladi.

Gormonal va immunokorrektiv terapiya serviksning ko'plab fon va rakoldi xolatlarida uchun ko'rsatiladi.

Gormonal preparatlar, gormonal gomeostaz va yosh ko'rsatkichlarini hisobga olgan holda belgilanadi. YOshligida parallel hayz sikli buzilishi bo'lgan (bachadon patologiyasi bilan birga) ayollar, ularni siklik gormon terapiyasi (tuxumdon gipofunksiyasi uchun), kontraseptiv rejimda ostrogen-gestagen birikmalar, Tercihen ko'pfaza (triregol, triquilar, triziston) bilan tuzatish uchun ko'rsatiladi.

Davolash funksional diagnostika, kolpositologiya, kolposkopiya testlari nazorati ostida 2-3 oylik kurslarda amalga oshiriladi.

Bachadon bo'yni fon va rakoldi xolatlarida davolashda noan'anaviy va dorivor chora-tadbirlar ko'pincha davolanishni boshqa usullari bilan birga ishlatiladi.

Bularga fizik terapiya (ultratovush, magnit terapiya, balneoterapiya, lazer va kriyoterapiya), refleksologiya va fitoterapiya kiradi. Vulvaning distrofik jarayonlarini davolashda pulsatsiyalanuvchi yuqori chastotali oqimlar, tripsin, kortizon elektroforezi, gidrokortizon fonoforezi bilan birgalikda ultratovush

keng qo'llaniladi.

Bachadon patologiyasini davolash uchun jarrohlik usullari juda xilma-xil. Hozirgi vaqtda xirurgik aralashuvlarning quyidagi turlari keng qo'llanilmoqda: xirurgik to'g'ri, diatermosurgik usullar, kriodestruksiya, lazer destruksiya va ularning birikmalari.

Jarrohlik davolash o'z ichiga oladi: rekonstruktiv plastik usullari (Emmet, Elsov—Strelkov); bachadon amputatsiya uchun turli xil variantlar (SHturmdorff, SHryoder, yuqori amputatsiya ko'ra); bachadon (bo'yin bilan bachadon olib tashlash).

Determenirovana usullari, haqiqiy jarrohlik bilan birga, eng keng tarqalgan (diatermokoagulyasii — DEK, geteroseksualy — ECD) usul edi.

DEK, o'z navbatida, monoaktiv (bitta faol elektrod bilan), bipolyar (bitta bipolyarga birlashtirilgan ikkita faol elektrod bilan) va bioaktiv (elektrolit eritmasida) sifatida amalga oshiriladi.

Diatermoelektroeksizion (konizasiya) — bachadon bo'yni patologik sohalarning elektrosurgik konus shaklidagi eksikatsiyasi konusning uchi bilan ichki xaltaga chikishi. Natijada, bachadon bo'yni tomirining butun yuzasi yara yuzasi bo'lib qoladi, bu esa qorakuya epitelizatsiyasi rad etilgandan so'ng. Bachadon bo'ynining eksikatsion konusi bakteriologik tekshiruvga o'tkaziladi.

Diatermokriodestruksiya gipertrofiyalangan bachadon bo'yni giperplastik o'zgarishlari uchun, shuningdek, ilgari bo'yinda diatermosurgik aralashuvlar amalga oshirilgandan keyin qo'llaniladi. Bu usul ba'zan bachadon bo'yni jarrohlik amputatsiya afzallik beriladi. Lazer jarrohlik vulva va bachadon bo'yni giperplastik va distrofik jarayonlarini davolash nisbatan yangi usul hisoblanadi. Lazer destruksiya yuqori energiyali lazerlar-karbonat anhidrid, neon, yoqut, argon, neodimiy va boshqalar yordamida amalga oshiriladi.

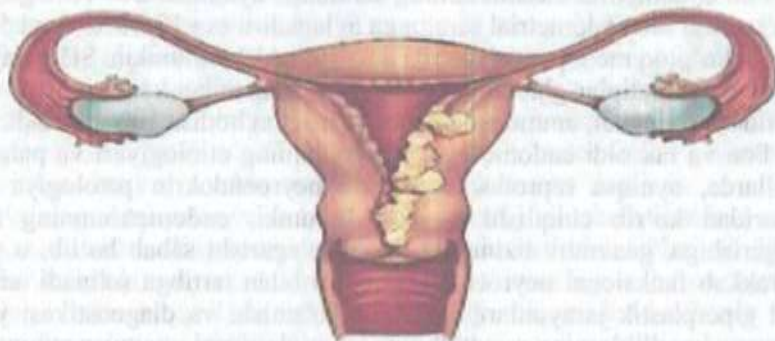
Krio destruction patologik markazida nekroz sabab past haroratlarda foydalanishga asoslangan. Usul jinsiy a'zolar fon va prekanseröz sharoitlar davolash uchun juda samarali hisoblanadi va boshqa usullar (DEZ, lazer qirg'in) kamchiliklari bir qator etishmaydi. Suyuq azot sovutuvchi modda sifatida ishlatiladi. Maksimal samaraga erishish uchun ekto - va endokervixga bir vaqtda ta'sir etish zarur. Usul bir qator afzalliklarga ega: ambulatoriya sharoitida, aralashuv paytida minimal og'riqni, qon ketmaslik, minimal asoratlarni, skleroz va yopishqoq jarayonlarni shakllantirish qobiliyati yaxshi kosmetik ta'sirga erishish uchun ishlatilishi mumkin.

Kriolazer davolash kriyoterapi (birinchi bosqichi) va 2-3 kun (ikkinchi bosqichi) keyin geliy-neon lazer ta'sir o'z ichiga oladi. SHu bilan bir vaqtda, qoraqo'tir tezroq rad etiladi (5-8 kun) va epitelizatsiya sodir (4-6 hafta), yuqori samaradorligi bor.

Krioltrasonik terapiya keng fon jarayonlari va qattiq displaziya uchun

maxsus krioltrasonik qurilmalar yordamida amalga oshiriladi.

Endometriy rak oldi kasalliklarini klinikasi, tashxislash, gormonal va jarrohlik usulli bilan davolash.



Nazariy qismi:

Endometrii rak oldi yoki **atipik giperplazisi**. Atipik endometriyal giperplaziya bazal, funksional yoki endometriyning ikkala qatlamida rivojlanishi mumkin bo'ladi va proliferativ epitelial jarayonlarning yanada aniq faolligi bilan tavsiflanadi. Endometriyning funksional va bazal qatlamlarida, atipik giperplaziyaning bir vaqtda rivojlanishi, malignizatsiyaning boshlanish tezligini hisobga olgan holda noqulay prognostik belgi hisoblanadi. SHu bilan birga atipik giperplaziya nafaqat quyulashgan (giperplaziyalangan), balki ingichkalashgan (atrofik) endometriyada ham sodir bo'lishi mumkin.

Endometriyning strukturaviy atipiyasi (bezlar shakli va joylashishining o'zgarishi bilan xarakterlanganda) va hujayrali (epitelial hujayralar yoki stroma) atipiyasi bor.

Glandulyar giperplaziya fonida, epiteliy va fokal (fokal adenomatoz) giperplastik jarayonlar bilan birga, atipik diffuz giperplaziyani (diffuz adenomatoz) polioplarda yoki o'zgarmas endometriyada ajratish odat tusiga kiradi. Glandular elementlarning atipik giperplaziyasi, endometriyning glandular giperplaziyasidan tashqari u joylashgan stromal ustida ustunlik qiladi. Lekin atipik bezlar orasida stromal hujayra strukturalari doimo saqlanib turadi, bu esa yuqori differensiyalangan adenokarsinomada kuzatilmaydi (bunda ular buziladi). Atipik endometriyal giperplaziyaning uch darajasi mavjud: engil, o'rta va og'ir. Barcha darajalar uchun ular orasidagi tor stromal qatlamli bezlarning yaqin joylashishi xosdir. Bezlar tasodifiy tuzilgan, hajmi va shakli turlichadir. Jarayon o'sib borgan sari (o'rta daraja) bezlar "temirdagi temir"

ko'rinishidagi g'alati va yomon shaklga ega bo'ladi. Rak oldi bezlar bir aniq shakli bilan xira eozinofil sitoplazma va katta epitelial hujayralar bilan qoplangan. Ularning yadrolari polixrom, polimorf bo'lib, hujayralarda ko'p yadroli struktura mavjud.

Fon endometrial kasalliklarning saratonga aylanishi 2— 10% ga, oldindan saraton esa endometrial saratonga aylanadi-u esa 10-20%. Buni 5-15 yil ichida, ko'proq menopouzal davrda amalga oshishi mumkin. SHunday qilib, endometrial poliplar glandulyar giperplaziya, kamdan-kam hollarda (2-5%) sifatida zararlanadi, ammo postmenopauzada bu hodisa 10% ga etadi.

Fon va rak oldi endometriyal jarayonlarning etiologiyasi va patogenezini ayollarda, ayniqsa reproduktiv davrda neyroendokrin patologiya nuqtai nazaridan ko'rib chiqilishi kerak. Ma'lumki, endometriumning normal o'zgarishiga, generativ tizimning davriy o'zgarishi sabab bo'lib, u yagona murakkab funksional neyroendokrin tizim bilan tartibga solinadi. endometrial giperplastik jarayonlarning klinik ko'rinishi va diagnostikasi yoshga, xamrox kasalliklarning mavjudligiga va etiologiyasi, patogenezining xususiyatlariga qarab farqlanadi.

Endometrial patologiyaning klinik ko'rinishi asosan hayz funksiyasi va metabolik jarayonlarning buzilishi belgilari bilan namoyon bo'ladi.

Tug'ish va perimenopouzal davrlarda endometrial giperplastik jarayonlarning barcha variantlarining, etakchi klinik ko'rinishlari, disfunktsional bachadon qonashidir.

Glandulyar endometrial giperplaziya fonida yomon o'smalar, atipik giperplaziya fonida 10-15 marta kam rivojlanishi ham xarakterlidir. O'z navbatida, ikkinchisi bachadon miomasi, endometrioz, tuxumdon skleropolikistozi, metabolik kasalliklar (semizlik, qandli diabet) va patologiyaning boshqa turlariga chalingan ayollarda rivojlanish ehtimoli ko'proq bo'ladi.

Gistologik tekshiruv, tashxis qo'yish va endometriydagi giperplastik o'zgarishlar shaklini aniqlashda eng muhim ahamiyatga ega. SHu munosabat bilan, endometrium kutilgan hayz arafasida va uning boshlanishi bilan yaxshi amalga oshiriladi. Qirib tozalash izchil bachadon ichki yuzasi barcha sohalarini chetlab, diqqat bilan amalga oshirilishi lozim, fallop naychalari maydoni va pastki, shu jumladan, adenomatous giperplaziya o'choqlarida ayniqsa tez-tez uchrashi mumkin. So'nggi yillarda bu maqsadda histeroskopiya keng qo'llanilmoqda. Ayniqsa poliplar, endometrioz va boshqalar bilan glandulyar giperplaziya, birgalikda tashxisning aniqligini oshiradi. Histeroskopiya maqsadli gistologik tadqiqotni, ayniqsa shubhali joylarni aniqlashni amalga oshirishga imkon beradi.

Bu usul bilan, endometrial o'smalari tashxis 100%, va 85-90% gacha yuqori darajasiga ega bo'lgan giperplaziya etadi.

Ultratovushli tekshiruv ayniqsa mioma, endometrioz va poliplar bi-

lan giperplastik jarayonlarning differensial diagnostikasida juda informativdir. Bundan tashqari, intensivligi va akustik zichligi jihatidan, endometrial patologiya shakli, shuningdek, diffuz yoki fokal median m-echo hajmini aniqlash uchun ishlatiladi. Buning uchun ultratovush vaginal sensordan foydalanadi. Endometrial giperplaziyasi, 14-16 mm endometrial qalinligi, polipda gumon qilinishi mumkin - 16-18 mm va 20 mm yoki undan ortiq.

Gisterografiya davrida glandulyar giperplaziya ayniqsa bachadonning yuqori qismlarida nashtarsimon konturlar bilan xarakterlanadi. Aniq aniqlangan poliplar, shilliq miyom ostida, Adenomioz va boshqalar. Biroq, endometrial giperplastik jarayonlarni tashxislash uchun ultratovush va gisteroskopiya kiritilgandan keyin ushbu tadqiqot usuli kamroq qo'llaniladi.

Skrining tadqiqotlar va davolash samaradorligini baholash uchun, tekshiruvchi tomonidan olingan endometriy sitologik tekshirish ishlatiladi. Bachadon bo'shlig'idan aspirat bilan sitologik tekshiruvning, axborot mazmuni, gistologik bilan taqqoslash natijalaridan kelib chiqqan holda: ikkala usulning ma'lumotlari tasodifiyligi 50% dan oshadi va jarayonning zararsizligi — 90% yoki undan yuqori bo'ladi. Olish va bachadon aspiratini o'rganish usul gisteroskopi yoki diagnostika endometrial qirib tozalash paytida, texnik qiyinchiliklarni almashtirib bo'lmaydigan bo'lishi mumkin (bachadon bo'yni va bachadon kanali, katta bachadon miomasi, va hokazo aniq atrofik o'zgarishlar.). lekin tez-tez, sitologik tadqiqot batafsil o'rganish kerak bo'lgan bemorlarni tanlash uchun ishlatiladi. Tekshiruvga ko'rsatmalar - jinsiy hayot kechirmagan yosh ayollarda sitologik tekshiruv ham keng ravishda olib boriladi.

Agar gisteroskopiya siklining birinchi bosqichining birinchi kunlarida (hayzning oxirgi kunlari) amalga oshirilsa, aspiratsiyani olish va tekshirish hayz siklining ikkinchi yarmida informativroq bo'ladi.

Endometriyal giperplastik jarayonlarni davolash va oldini olish konservativ (farmakologik, fizioterapiya) va jarrohlik (endometriyani olib tashlash, amputatsiya va bachadonni kengaytirish) usullarini o'z ichiga oladi. Davolash, reproduktiv tizimning funksional holati, patologik jarayonning etiologiyasi va klinik, morfologik xususiyatlari, preparatga qarshi ko'rsatmalar va intolerans mavjudligi, bigalikda kechayotgan genital va ekstragenital kasalliklarni hisobga olgan hola belgilanadi.

Patogenetik terapiya patologik o'zgargan endometriyani olib tashlashga va tanadagi endokrin, metabolik va immun jarayonlarni normallashtirishga qaratilgan bo'lishi kerak. SHuning uchun, yosh ayollar, ayniqsa, reproduktiv funksiyasini davom ettirish kerak bo'lsa, anovulyator jarayonlarni bartaraf etish va ikki fazali sikllarni tiklash uchun ko'rsatiladi.

Premenopozal davrda menostazni tezlashtirish uchun terapiya tez-tez buyuriladi.

Endometrial giperplastik jarayonlar bilan bemorlarni davolash asosiy bosqichlari:

- * endometrial scraping;
- * aniqlangan buzilishlarni tuzatish (metabolik, immun), patologik simptomlarni bartaraf etish (bachadon qon ketishi) va birgalikda kechayotgan patologiyani davolash (jinsiy a'zolarining yallig'lanish kasalliklari, somatik ekstragenital kasalliklar);
- * gormonal terapiya;
- * jarrohlik davolash usullari (cryodestruction, endometrium lazer ablyasyonu, bachadon olib tashlash);
- * endometrial patologiyani oldini olish va o'z vaqtida tashxis qo'yish choralarini bilan tibbiy kuzatuvni kuzatib borish.

Gormonal vositalardan gestagenlar, androgenlar, estrogen-gestagen preparatlari, shuningdek antiestrogenlarning gormonal va gormonal bo'lmagan vositalari hosilalari qo'llaniladi. Bu guruh o'z ichiga oladi: sintetik estrogen-gestagenlarni, sanab chiqing 19-norsteroids (norcolut, norethisterone, gestrinone), 17-a-oksiprogesterone (17a-oksiprogesterone capronate), etinil-testosterone sanab chiqing (danazol), sintetik gonadoliberin agonistlarini (Zoladex), nooziq-gormonal antiestrogen dorilar (tamoksifen). Bu barcha dorilar endometriyal o'zgartirish jarayonlarini normallashtirish, reproduktiv funksiyani tartibga solish, endokrin tizimining turli qismlariga ta'siri munosabati bilan, endometriyal giperplastik jarayonlarni davolashda patogenetik agentlar (inhibe yoki proliferatsiya va sekretiyanini faollashtirish) va ortiqcha estrogen ta'sir (retseptor mexanizmlari orqali steroidogenez yoki ortiqcha estrogen ta'sir to'sib) yoki hayz siklini shakllantirish bilan anovulyator mexanizmlari tartibga soladi.

Voyaga etmagan bachadon qonashi bilan qizlarda endometrial giperplastik jarayonlarni davolashda, estrogen-gestagen (ikki yoki uch fazali afzal) dorilar siklik gormon davolash bilan almashib 2-3 oy davomida, sikl 25-kunlikda 5 dan ishlatiladi (2-3 oy davomida sikl 2-bosqichida 1 va gestagenlarda estrogenlar). Ovulyasiya, shuningdek, clomiphene bilan proliferating endometriyani sekretorga aylantirishga hissa qo'shadigan korpus lyuteinumining shakllanishi bilan ikki fazali siklni yaratish uchun rag'batlantiriladi. Biz bu yoshda estrogen-gestagen birikmalaridan foydalanishni davom ettirishni noo'rin deb hisoblaymiz, uning ta'siri ostida reproduktiv funksiyalarni tartibga solishning hali shakllanmagan neyroendokrin tizimini tartibga solish kerak bo'ladi.

Glandulyar-sistogen endometrial giperplaziyali reproduktiv yoshdagi ayollarda, estrogen-gestagen birikmalari siklning 5-kunidan 25 — kunigacha bo'lgan rejim bo'yicha 3-6 oy davomida, gestagenlar (norkolut, 17a-oksiprogesteron kapronat) yoki 16-OPC siklning ikkinchi bosqichida 1 planshet(nor-

kolut — 5-10 mg) yoki 125-250 mgdan foydalaniladi.

Atipik giperplaziya gestagenlardan yuqori dozalarda va uzoq vaqt davomida foydalanishni ko'rsatadi: norkolut-10 oy davomida siklning 5-dan 25-kunigacha 5-6 mg; 17-opk 250-500 mg haftasiga 2-3 marta 5-6 oy davomida. Samaradorligini oshirish (17-OPC) bir holati bilan bosqichma-bosqich dozasini kamaytirish hisobda ko'rsatilgan: 500 mg kuniga ikki marta, bir hafta, 2 oy, 250 mg kuniga ikki marta, bir hafta, 2 oy, 250 mg bir marta, bir hafta, 2 oy va 125 mg bir marta, bir hafta, 2 oy. Progestogenlar bilan davolashning ushbu rejimi bilan amenoreya boshlanishi mumkin, bu davolanishni tugatish bilan o'tib ketadigon jarayon.

Bu yoshda gipofizning gonadotrop funksiyasini tartibga solish va ovulyasiyani rag'batlantirish uchun klomifenni an'anaviy sxema bo'yicha qo'llash mumkin: 50-100 mg dan 5-dan 9-kungacha. Klomifenni tayinlash siklning 17 va 25 kunlarida 15-OPC 21 mg ni kiritish bilan belgilanadi. Belgilangan davolash 3-4 oy davomida amalga oshiriladi. Bu ovulyasiyani va to'g'ri endometrial o'zgarishi bilan ikki fazali sikli shakllanishiga hissa qo'shadi.

Premenopouzal davrda ayollarda endometrial giperplastik jarayonlarni davolash uchun gestagenlar yoki androgenlar buyurilishi mumkin. 17 bir-oksiprogesterone capronati belgilangan 500 mg 3 marta, bir hafta (2 oy), 500 mg 2 marta, bir hafta keyin (2 oy) va 500 mg 1 marta, bir hafta (3-4 oy hisoblanadi. Gormonlar bilan davolashda nazorat tekshiruvlari o'tkazilishi kerak.

Ma'lumki, uzoq vaqt gormon terapiyasi jarayonida, ayniqsa estrogen-gestagen birikmalar bilan bemorlar qon ivish tizimini (prokoagulyant va trombotsitlar aloqalarini) faollashtiradi. SHu munosabat bilan gemostaz holatini muntazam kuzatib borish kerak (koagulogramma-oyiga 1-2 marta). Har 2-3 oyda gormon terapiyasining samaradorligini baholash uchun tadqiqotlar o'tkazilishi kerak (dinamikada ultratovush, endometrial biopsiya bilan gisteroskopiya 1 oyda 3 marta).

Endometrial giperplaziya bachadon miomasi bilan birgalikda murakkab terapiya 3 oy davomida noretisteron, danazol — kuniga 200-400 mg va gestrinon — 2.5 mg haftasiga 2 marta analoglarini o'z ichiga oladi. Xuddi shu vaziyatlarda reproduktiv va premenopouzal davrlardagi ayollar uch oy davomida gonadoliberin agonistlaridan (Zoladex) foydalanadilar.

SHunday qilib, endometrial giperplastik jarayonlarni davolashda farmakologik va gormonal vositalar miqdori doim kengayib bormoqda, bu ularning kam samaradorligini, ayniqsa atipik giperplaziya ko'rsatadi.

Endometrial patologiyani davolash uchun jarrohlik usullari yaqinda farmakologik, shu jumladan gormonal agentlarning katta miqdori mavjudligiga qaramasdan, butun dunyo bo'ylab keng tarqalgan. Bu yomon o'simta, endometrial giperplastik jarayonlar o'zgarishlari oldini olish kafolatlangan

mezonlar yo'qligiga, o'sma chastotasi pasayishiga olib keladi. Agar ilgari jarrohlik muolajasi perimenopouzal davrda keng qo'llanilgan bo'lsa, so'nggi yillarda ayollarda va reproduktiv yoshda tobora ko'proq qo'llanilmoqda. Adabiyot shuni ko'rsatadiki, qator mamlakatlarda to'rt-uch ayoldan biri bachadonsiz perimenopouz davriga etadi. SHuning uchun endometrial giperplastik jarayonlarni jarrohlik yo'li bilan davolash uchun aniq ko'rsatmalarni aniqlash juda qiyin, ayniqsa, Belarusning ekologik sharoitida aholi orasida saraton kasalligining davom etishi bunga yaqqol dalildir.

Fon endometrial kasalliklar uchun, jarrohlik davolash (bachadon olib tashlash), ayniqsa perimenopouzal davrida ayollarda, birga kechuvchi patologiya (bachadon miomasi, o'simtalar, endometrioz, tuxumdon skleropolikistis surunkali yallig'lanish kasalliklari) nazarda ko'rsatilgan bo'lishi mumkin.

Atipik endometrial giperplaziyasi (rak oldi), shuningdek, rejalashtirilgan generativ vazifasini tamomlagan tug'ish yoshidagi ayollarda jarrohlik davolash uchun ko'rsatma bo'lishi mumkin.

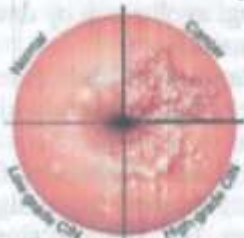
Endometrial giperplastik jarayonlarga ega bo'lgan ayollarda jarrohlik davolash usulini tanlashning asosiy mezonlari ko'rib chiqilishi kerak: saratoning og'ir tarixi; metabolik kasalliklar (semizlik, qandli diabet); jinsiy va ekstragenital kasalliklar; gormon terapiyasiga qarshi ko'rsatmalar mavjudligi; boshqa xavf omillari (bepushtlik, jinsiy hayotning etishmasligi, hayz disfunktsiyasi).

Kriyo- va endometrium lazer ta'siri: shu munosabat bilan, u endometrium giperplastik jarayonlarni davolash muqobil jarrohlik aralashuvi (amputatsiya, bachadon extiros) usullari haqida eslash ayniqsa muhim ahamiyatga ega.

Gisteroskopiya paytida lazer ta'sir yordamida Endometrial halokat ham yanada keng qo'llanilmoqda va endometrial giperplastik jarayonlarni davolashda istiqbolli usul hisoblanadi.

Yana tadqiqot va ginekologiyaga asoslangan choralar giperplastik jarayonlarda jarrohlik aralashuvi chastotasini kamaytirishga yordam beradi.

Bachadon bo'yni va tanasi raki. Bachadon bo'yni raki skriningi.



Nazariy qismi:

Bachadonning xavfli o'smalari katta yoshdagi ayollarda ko'proq uchraydi.

Bachadon tanasi saratoni (BTR) PCR kamroq keng tarqalgan. BBR va BTR orasidagi chastota nisbati 10-15: 1. RTM asosan 50 yoshdan keyin ayollarda kuzatiladi. Ko'pincha BTR, BBR dan farqli o'laroq, tug'ma-

gan, homilador bo'lmagan va jinsiy hayot kechirmagan ayollar kasallanadi. BTR etiologiyasida asosiy rol gormonal kasalliklarga tegishli, ayniqsa perimenopauza paytida.

Bachadon tanasi saratoni FIGO tasnifi

0- bosqich Sainsitu (atipik endometrial giperplaziya).

1-bosqich saraton bachadon tanasi bilan cheklangan.

1a bosqich-bachadon bo'shlig'ining uzunligi 8 sm yoki undan kam. 1

b-bosqich-bachadon bo'shlig'ining uzunligi 8 sm dan ortiq.

2 bosqich-saraton bachadon tanasi va bo'yniga (odatda bachadon kanali) ta'sir qiladi, lekin bachadondantashqariga yoyilmaydi.

3 bosqich-saraton bachadondan tashqarida tarqaladi, lekin kichik chanoqdan tashqarida emas.

4 bosqich-rak chanoq'idan tashqariga tarqaladi va (yoki) qovuq va to'g'ri ichak shilliq pardasiga o'sib kiradi.

4 a bosqich — siydik pufagida va (yoki) to'g'ri ichakda.

4 b bosqich - uzoq metastazlar bosqichi.

G — gistopatologik gradatsiyalar

Gilyuqori tabaqalashtirilgan glandulyar rak; G2 — o'rtacha tabaqalashtirilgan glandulyar rak; Oz-glandulyar qattiq yoki umuman farqlanmagan glandulyar rak.

Bachadon tanasi saratoni tasnifi

tnm tasnifi (1985) t birlamchi o'sma

tis – preinvaziv karsinoma.

To-asosiy o'simta aniqlanmaydi.

T1-karsinoma bachadon tanasi bilan cheklangan.

T1a-bachadon bo'shlig'i 8 sm gacha.

T1b-bachadon bo'shlig'i 8 sm dan ortiq.

T2 karsinoma bachadon bo'yniga tarqaladi, lekin bachadondan tashqarida emas.

T3-karsinoma bachadondan tashqarida, shu jumladan qin ichida tarqaladi, lekin kichikchanoq ichida qoladi.

T4-karsinoma siydik pufagi yoki to'g'ri ichak shilliq qavatiga tarqaladi va (yoki) kichik chanoqdan tashqariga chiqadi.

N-chanoqning regional limfa tugunlari

N 0 - Regional limfa tugunlarida metastazlar aniqlanmaydi.

N 1-chanoqning regional limfa tugunlarida metastazlar bor.

N X-regional limfa tugunlari holatini baholash uchun ma'lumotlar etarli emas.

M-uzoq metastazlar

MO-uzoq metastaz belgilari yo'q.

M1-uzoq metastazlar mavjud.

P. TNM-t, n, m toifalariga mos keladi (jarrohlik preparatini gistologik tekshirishdan so'ng).

BTR ning klinik manzarasi uchta asosiy belgi bilan ifodalanadi: qon ketishi, oqlik va og'riq. Bu kech alomatlar bor. BTR erta bosqichlarida, u asimptomatik bo'lishi mumkin. SHu bilan birga, BTR ko'pincha deyarli har doim hayz kasalliklar bilan birga endometrial saraton, fonida rivojlanadi. BTR dagi oqlar xarakterli xususiyatlarga ega. Avvaliga ular kam, seroz-shilliq, keyin qon aralashmasi bilan. Bachadonda oqlarning to'planishi bachadon devorining cho'zilishi, ayniqsa, bo'yin va tananing o'rtasida aniq burilishlar bilan og'riqlar bilan birga keladi. Ilg'or hollarda, oq "go'sht yuvindisi" kabi qarash, va og'riq "og'riyotgan" deb belgilangan", "g'ajish" xarakteri.

BTR diagnostikasi rsmdan ko'ra qiyinroq, chunki klinik ko'rinish endometriumning fon va prekanseröz sharoitlari bilan bir xil. SHuning uchun, BTR tez-tez BBR ko'proq rivojlangan bosqichlarida tashxis qilinadi. Bachadon bo'ynidan sitologik tekshirish va bachadon bo'shlig'idan aspirat: BTR tashxisida asosiy roli ekspertiza yordamchi usullari tegishli; maqsadli endometrial biopsiya va gistologik ekspertiza bilan gisteroskopiya: saraton ma'lumoti aniqlash. O'sma jarayonining tarqalish darajasi klinik usullar bilan birga ultratovush, limfografiya bilan ham aniqlanadi. Metastazlarni aniqlash uchun qo'shni organlar va to'qimalar (parametriy, to'g'ri ichak, siydik yo'li), shuningdek, BTR tomonidan metastazlangan uzoq a'zolar (o'pka, suyak tizimi) tekshiriladi. Buning uchun rentgen tadqiqot usullari, ultratovush qo'llaniladi. BTR ni tashxislashda klinik belgilar, avvalo, jarayon tarqalganligi sababli rivojlanishini yodda tutish kerak.

Bachadon saratoni oldini olish, uning yuzaga kelish sabablarini bartaraf etishga qaratilgan bo'lishi kerak. Bunga aholi o'rtasida dalillarga asoslangan saratonga qarshi targ'ibot, shifokorlarning onkologik hushyorligi, ayniqsa, BTR rivojlanishi xavfi ostida qolgan ayollarni tekshirishda erishish mumkin.

Alohida e'tibor perimenopauz patologik kursi va fon va prekanseröz endometrial sharoitlar chalingan ayollarga qaratish lozim. Bu jarayonlar va o'z vaqtida etarli davolash tashxis BTR oldini olish muhim element hisoblanadi.

Bachadon tanasi saratoni davolash jarrohlik, radiatsiya va gormonal usullarini o'z ichiga oladi. Usul tanlash o'simta mahalliyashtirish, uning gistotipi, farqlash va tarqalganligi (metastazlar mavjudligi) darajasi bilan belgilanadi.

Eng samarali jarrohlik yoki kompleks davolash hisoblanadi, unda bemorlarning hayot darajasi (5 yil yoki undan ko'p) birlashgan radiatsiya davolash bilan nisbatan 20-30% yuqori bo'ladi. Radikal jarrohlikni amalga oshirish mumkin bo'lmasa yoki unga qarshi ko'rsatmalar mavjud bo'lsa (birgalikda kasalliklar) tanlov usuli hisoblanadi.

Bachadon ortiqlari bilan extiyotkorlik hajmida xirurgik davolash yuqori tabaqalashtirilgan BTR 1 bosqichida amalga oshiriladi. Mo'tadil tabaqa-

lashtirilgan yoki farqlanmagan BTRning boshqa barcha turlarida, jarayonning tarqalish bosqichidan qat'iy nazar, bachadonning o'simtalar bilan keng aytilgan ekstirpatsiyasi (Wertheim operatsiyasi) ko'rsatiladi.

Radiatsiya davolash radioaktiv dori bilan ketma-ket to'ldirilgan bachadon bo'shlig'iga joylashtirilgan aplikatorlar yordamida amalga oshiriladi.

Birgalikda davolash turli modifikatsiyalarga muvofiq amalga oshiriladi. Operatsiyadan oldin bachadon ichi radiatsiya ko'pincha radikal jarrohlik tomonidan ta'qib, ishlatiladi. Operatsiyadan keyingi davrda masofaviy nurlanish endovaginal nurlanish yoki faqat ikkinchisi bilan birgalikda ishlatiladi. O'simta jarayoni mahalliy regional tarqatish bilan cheklangan bo'lsa, radiatsiya davolash bilan birga ta'sir limfa tugunlari olib tashlash bilan keyin radikal jarrohlik bemorlarning 80-90% 5-yil yashovchanligini olib keladi.

BTR bilan gormonal terapiya patogenetik jihatdan asosli va istiqbolli hisoblanadi. Sintetik progesteron 17-OPC esterogen retseptorlari blokirovka qilish uchun ishlatiladi-tamoksifen. Tabaqalashtirilgan va o'rta tabaqalashtirilgan endometrial saraton 17-OPC samaradorligi qayd etildi. Gormonal davolanishga sezgirlikni aniqlash mezoni sitozolik estradiol (CRE) va progesteron (CRP) retseptorlarini aniqlashdir. Progesteronlar (17-OPK) va antiestrogenlar (tamoksifen, zitazoniy, Klomifen sitrat) ning birgalikda ishlatilishi - estrogenlarning sintetik analoglari, trifeniletilen hosilalari. Ikkinchisi, o'simta to'qimasida CPR darajasini oshirish CRE miqdorini kamaytirish va gipofiz bezi gonadotropin (FSH va LH) va prolaktin sekretsiyasini bostirish. Endometrial saraton uchun gormon davolash noaniq bo'lsa-da (o'simta va uning to'liq tushish oshdi farqlash uchun ta'siri yo'qligi), uning yanada o'rganish tegishli hisoblanadi.

BTR kemoterapiya asosan relaps va metastazlarni davolashda ishlatiladi. Turli sxemalar kemoterapiya ishlatiladi (fluorourasil, vinsristin, siklofosfamid, va siplatin, adriansen).

BTR ning relapslarini davolash kombinatsiyalangan usullar bilan amalga oshiriladi (radiatsiya, gormonal va kemoterapiya bilan birgalikda jarrohlik).

Bachadon sarkomasi-barcha yoshdagi (20-80 yil) ayollarda uchraydigan nisbatan kam uchraydigan kasallik. Bu bachadonning epitelial xavfli o'simtasi bo'lib, ko'pincha tez o'sadigan miyomada rivojlanadi. Sarkoma rivojlanishi virusli infeksiya bilan bog'liq. Bachadon miomasi sarkoma uchun xavf omili hisoblanadi.

Bachadon sarkomasining gistogenetik tasnifi (YA. V. Bohman, 1982):

1. Bo'yicha leiomiosarkoma (bo'yicha leiomiosarsoma bu mioma ichida yashirin hisoblanadi).
2. Endometrial stromal sarkoma.
3. Karsinosarkoma (aralash gomologik mezodermal o'simta).
4. Aralash (geterologik) mezodermal o'simta.

5. Sarkomalarning boshqa turlari (jumladan, tasniflanmagan).

Bu tasnif bachadon sarkomasi gistogenezining xilma-xilligini ko'rsatadi (tuxumdondan, stromal to'qimadan, aralash). Bachadonning mushak to'qimasidan rivojlanadigan leiomyosarkoma ko'proq tarqalgan. Klinik va anatomik tasnifi BTR ga o'xshash.

Sarkoma klinik manzarasi miomanikiga o'xshaydi. Eng keng tarqalgan alomat bachadon qonash hisoblanadi. Keyinchalik (kechikkan) tana harorati-ning ko'tarilishi, holsizlik, ozish, qon ketishiga to'g'ri kelmaydigan progressiv kamqonlik bo'lishi mumkin. Sarkoma metastazlari o'pka, jigar, suyaklar va boshqalarda sodir bo'ladi. Metastaz gematogen va limfogen yo'llar bilan sodir bo'ladi. Gistogenezga qarab sarkomaning har bir turi o'ziga xosdir.

Bachadon sarkomasi diagnostikasi o'ziga xos xususiyatlarga ega.

O'smalari Endometrial va aralash shakllari BTR bir xil usullar yordamida tashxis qilinadi. Ayniqsa, qiyinchiliklar leiomyosarkoma tashxisi bilan bog'liq bo'lib, odatda olib tashlangan bachadon miomasida topilma sifatida aniqlanadi. Ko'pincha endometriyning gisteroskopiya, sitologik va gistologik tadqiqotlari ma'lumotlari bachadon sarkomasini ochib bermaydi va u faqat olib tashlangan makropreparatda topiladi. Makroskopik jihatdan miomani (nekroz, qon ketish, shish) kesishda xavfli o'smadan gumon qilishingiz mumkin, bu shoshilinch gistologik tadqiqotlar uchun asosdir. Ikkinchisi operatsiyani to'g'ri hajmda bajarish imkonini beradi.

Bachadon sarkoma davolash, BTR uchun shunga o'xshash bo'lsa-da,, o'ziga xos xususiyatlari bor. Nur bilan davolash BTR nisbatan kamroq samarali bo'lgani uchun bachadon sarkomasi 1—3 bosqichida jarrohlik asosiy davo hisoblanadi. Leyomyosarkomada operatsiya total gisterektomiya ortiqlar bilan va qinning yuqori uchdan bir qismi (2—3 bosqichlarda) hajmida amalga oshiriladi. Keyin kimyoterapiya (carminomycin, adriansen) va masofaviy nurlanish bo'lib o'tadi. Sarkomaning boshqa barcha gistogenetik turlari uchun, davolash kengaytirilgan bachadon ortiqlari bilan ekstirpatsiyasi hajmida o'tkaziladi, masofaviy va bo'shliq ichi nurlanish va kimyoterapiya amalga oshiriladi. Bachadon sarkomasini agressiv kechishida va nur terapiya effektivligi past bo'lganda prognoz BTRga qaraganda og'irroq.

Bachadon bo'yni saratonl ayol jinsiy a'zolariga eng keng tarqalgan yomon sifatli kasallik hisoblanadi: 100,000 ayol aholi boshiga 20 dan 40gacha to'g'ri keladi. Ayollar klinikalarida profilaktika ishlarini yaxshilash ayollarda ushbu patologiyani chastotasini pasaytirdi va uni erta bosqichlarda aniqlashni oshirdi.

Klinik va anatomik tasnifga ko'ra invaziv BBR 4 bosqichiga ega

1 bosqich-o'simta faqat bachadon bo'yni bilan cheklangan;

BBR 2 bosqichining uch varianti bor: 2A-o'simta bir yoki ikki tomon (parametral variant) parametriyga tarqaladi; 2B — o'simta (vaginal versiya-

si) vaginaning pastki uchdan biriga o'tgan holda, qinga o'tadi; 2V — o'simta bachadon tanasiga ham o'tadi (bachadon versiyasi).

3 bosqich ham uch variantga ega: 3A-o'simta tos devorlariga o'tib, parametrik ta'sir qiladi (parametral variant); 3B-o'simta qin pastki uchiga etadi (vaginal variant); 3V-o'simta uzoq metastazlar (tos metastatik varianti) yo'qligida kichik tos izolyasiya qilingan o'choqlari sifatida tarqaladi (tos metastatik varianti));

4 bosqich quyidagi variantlarda namoyon bo'ladi: 4a-o'simta qovuqqa ta'sir qiladi (urogenital versiya); 4b-o'simta to'g'ri ichakka ta'sir qiladi (rektal versiya); 4v-o'simta tos a'zolaridan tashqariga chiqadi (distant metastatik versiya))

O'smaning o'sish xarakteriga ko'ra to'rt bosqichning har bir variantining yana bir necha turi farqlanadi. O'smaning o'sishini hisobga olgan holda perining ekzofitik (gulkaram shaklida tashqi tomonga o'sish) va endofitik (to'qima infiltratsiyasi bilan ichki tomonga o'sish) shakllari mavjud

TNM tizimiga ko'ra tasnifi asosiy o'simta markazida (T-tumor), regional limfa tugunlari (N-nodules) va uzoq metastaz (M-metastases) mavjudligini hajmini va holatini xarakterlaydi. T1 N0 M0 dan T4 NX M1 uchun: bu tasniflash ko'ra, organ o'simta zararlanadi va uning tarqalishi turli kombinatsiyalar bo'lishi mumkin.

Preinvaziv (intraepitelial, insitu karsinom bilan) va mikroinvaziv BBR alohida-alohida ko'rib chiqiladi.

Preinvaziv bachadon saratoni (sainsitu) asosiy stroma ishg'ol yo'qligida saraton, qobiliyati va qutblanish yo'qolishi belgilari bilan bachadon bo'yni qoplovchi epiteliy patologiya hisoblanadi. Displaziyada bo'lganidek preinvaziv saratonda koyslotsitar atipiya bo'lishi mumkin.

Pre-invaziv bachadon saratoni bir necha variantlarga ega bo'lishi mumkin: etuk (tabaqalashtirilgan), chala (ajratilmagan), o'tuvchi va aralash. SHunga ko'ra, u differensiallashmagan va kam differensiallashgan invaziv saratonga o'tishi mumkin. Preinvaziv saraton odatda (tashqi farinks atrofida) o'zgartirish zonasida boshlanadi, va keyin endo- yoki ektocervixga tarqaladi. Preinvaziv saraton, displaziya kabi, invaziv saratonga rivojlanishi, bir necha yil davomida saqlanib qolishi yoki hatto regressga uchrashi mumkin. Preinvaziv va invaziv saraton, o'z vaqtida tashxis va sobiq etarli davolash o'rtasidagi yashirin davri hisobga invaziv ko'krak saratoni chastotasini kamaytirish eng muhim bo'g'in hisoblanadi. Muhim qiyinchilik preinvaziv va mikroinvaziv bachadon saratoni differensial tashxis hisoblanadi.

Mikroinvaziv bachadon saratoni (invaziv erta shakli) saraton o'simta shillig'i 1 sm gacha diametrda zararlanishi. Biroq, hatto o'simta bu hajmi bilan, limfogen metastazlar aniqlash mumkin. Ularning chastotasi invaziyaning chuqurligi bilan bog'liq. 1 mm gacha, u minimal hisoblanadi, va 5 mm

dan — tez-tez limfogen metastazlar beradi. Mikroinvaziv bachadon saratoni displaziya, preinvaziv saraton va ularning kombinatsiyalari fonida aniqlanishi mumkin. Klinik xususiyatlari va natijalari BBR bizga invazivdan ko'ra preinvaziv saratonga yaqinroq bo'lgan shakl hisoblash imkonini beradi.

BBR ning klinik ko'rinishi o'zgaruvchanlik bilan tavsiflanadi: deyarli asemptomatik kursdan ko'plab ko'rinishlarga qadar, bu o'sma o'sishining bosqichi, tabiati va uning lokalizatsiyasiga bog'liq. BBR erta bosqichlari deyarli asimptomatik kechadi. Tekshiruvlarda yoki maxsus tekshirish usullarida mahalliy o'zgarishlar bo'lishi mumkin. Jinsiy yo'llaridan qonli ajralmalar paydo bo'ladi, "kontakt qon ketishi" erta belgilari sifatida qabul qilinishi kerak emas (ular o'simta tarqalishi bilan sodir bo'ladi). BBR ekzofit formasida qonli ajralmalar erta paydo bo'ladi o'simta tashqariga o'sganda uni zararlanish ehtimoli ortadi. BBR da og'riq simptomi kam kuzatiladi. Og'riq ko'pincha bachadon bo'yni va vagina sekretor faolligi ortishi bilan paydo bo'ladi.

Og'riq, oqlik, va qonli ajralmalar BBRning kechki (2—4) bosqichlarida aniqlanadi. SHu bilan birga bu belgilar bilan bir qatorda tutash organlar (qovuq, to'g'ri ichak va boshqalar) funksiyasining buzilishini xarakterlovchi belgilar ham yuzaga keladi. Ular o'simta tarqalganda sodir bo'ladi.

O'smaning atrofdagi to'qima va organlarga tarqalishi ma'lum qonuniyatga ega. Tez-tez va ilgari shish parametrial klechatka va regional limfa tugunlariga tarqaladi. Qo'shni organlardan BBR ko'pincha qovuqqa (o'sma bo'yinning oldingi labida joylashganda) va to'g'ri ichakka (o'sma bo'yinning orqa labida joylashganda) ta'sir tarqaladi. Uzoq organlarga metastazlar ularning chastotasiga ko'ra quyidagi tartibda sodir bo'ladi: jigar, o'pka, bryushina, suyaklar, oshqozon-ichak trakti, buyrak, taloq. BBR tarqalishi limfogen va gematogen yo'llar orqali, shuningdek, qo'shni to'qimalarga o'sib chiqadi. Diagnostikani klinik ma'lumotlar va tekshirish natijalari bilan birga, asosan yordamchi usullari yordamida amalga oshirish mumkin. Ular orasida keng qo'llaniladi: Sitologiya, kolposkopiya barcha variantlarda, ultratovush, gistologiya. O'simta jarayonining tarqalishi bachadon kanali va bachadon bo'shlig'ining rentgenografiyasi, limfografiya, ultratovush, angiografiya, kompyuter tomografiyasi va yadro magnit rezonansi yordamida baholanadi. Bu tekshirish usullarining xususiyatlari yuqorida berilgan.

Klinik va sitologik ma'lumotlarga asoslangan profilaktik tekshiruvlarni o'tkazishda ayollar kontingenti "oddiydan murakkabga" tamoyili bo'yicha yanada chuqur tekshirish uchun tanlanadi: Sitologiya—kolposkopiya—kengaytirilgan kolposkopiya va kolitomikroskopiya—patologiya—dinamikada takroriy tadqiqotlar.

Preinvaziv saraton mikroinvaziv saraton blan farqlash lozim. Uni davolash taktikasi haqida turli xil fikrlar mavjud:organni saqlab qolish operatsiyalaridan tortib, to umumiy gisterektomiya bilan bog'liq. O'simtalar bilan

total gisterektomiya perimenopauzal davrida ayollarda oldindan invaziv saraton bo'lgan taqdirda o'tkazilishi mumkin. SHunday qilib, BBR erta bosqichlarida, jarrohlik va radiatsiya davolash bilan birga ko'rsatilgan. BBR ilg'or bosqichlarida, faqat nur terapiya ko'rsatiladi. BBR bosqichini aniqlash qiyin bo'lgan hollarda (2yoki 3va boshqalar.), kam bosqichiga (2) mos davolash amalga oshiriladi.

Jarrohlik davolash bachadon (pichoqli konization yoki elektrokonization), oddiy ekstirpatsiya, Vertgeym jarrohlik (regional limfa tugunlari olib tashlash bilan ekstirpatsiya), bachadon kengaytirilgan ekstirpatsiya va iliak limfa tugunlari olib tashlashni o'z ichiga oladi. Radiatsiya davolash masofaviy nurlanish va (yoki) bo'shliq ichi gamma davolash tamoyiliga asoslangan. Bo'shliq ichi gamma davolash turli yo'llar bilan ishlatiladi: an'anaviy; past kuch dozalarda aplikator va radionuklidlar qo'lda boshqaruvi tamoyili bo'yicha: shlang gamma davolash qurilmalar yordamida yuqori faoliyat radionuklidlar avtomatlashtirilgan boshqaruvi tamoyili bo'yicha. Bo'shliq ichi gamma terapiyasida so'rilgan dozalarni hisoblash bachadon va vagina ichiga kiritilgan radionuklid nurlanish manbalari (60 Co turi) ning umumiy faoliyatiga asoslangan anatomik joylar tomonidan amalga oshiriladi. Bu holda, katta dozadagi kuchlanish o'simta bilan zararlanmagan organ va to'qimalarga tushadi (qovuq, to'g'ri ichak, va hokazo).

Radionuklid manbalarini qo'lda ketma-ket joriy etish tamoyili bo'shliq ichi gamma davolashning yanada rivojlangan usuli hisoblanadi. YAxshilantirishga davolash jarayonining bosqichlari orqali erishiladi. Birinchi (tayyorgarlik) bosqichda nurlanish tizimini to'g'ri o'rnatish uchun rentgen nazorati amalga oshiriladi, bu esa zarur bo'lganda uni tuzatishga imkon beradi. SHundan so'ng radionuklid nurlanish manbalari kiritiladi (palatadada) va terapiya jarayoni amalga oshiriladi (ikkinchi bosqich).

Bu usul bir oz qo'shni organlar va to'qimalarda radiatsiya yukini kamaytirish, va bemorlarning hayotchanligini oshirish mumkin. Radiatsion terapiyaning eng ko'p uchraydigan asoratlari: immunosupressiv sharoit, leykopeniya, qin, qovuq, to'g'ri ichak va boshqa lokalizatsiyalarning yallig'lanish jarayonlaridir.

BBR bilan bemorlarning hayot darajasi (5 yil yoki undan ko'p) jarayonining tarqalishi bosqichi, o'simta gistotipi va davolash usullariga bog'liq. Turli mualliflarning fikricha, u 1 bosqichda 75 dan 98% gacha, 2 bosqichda 60-85% gacha va 3bosqichda 40-60% gacha o'zgaradi.

Kombinatsiyalashgan davolash jarrohlik va radiatsion davolash birikmasi.

Operatsiyadan oldin radiatsion davolash uzoq yoki bo'shliq ichi nurlanish, shuningdek, ularning kombinatsiyasi bilan amalga oshiriladi. CHanoqning tashqi bir tekis nurlanishi ko'proq qo'llaniladi.

Birlashgan davolash bosqichi 1 va 2 BBR bilan og'riqan bemorlar uchun ko'rsatilgan. 3—4 bosqichda BBRda faqat radiatsiya davolash amalga oshiriladi. Operatsiyadan keyingi radiatsiya davolash mikroinvaziv BBR (bosqich 1a) va ba'zi hollarda bosqichi 16 BBR (invasion kam 1 sm, limfa tugunlari metastaz yo'q, jarrohlikning radikal ekanligiga ishonch hosil qilindanda) o'tkazilmaydi.

Maxsus dasturlarga ko'ra, hisobga individual xususiyatlarini hisobga olgan holda, retsidiv va BBR metastazni davolash amalga oshiriladi. BBR retsidivida jarrohlik, takroriy radiatsiya va kimyoterapiya ham ishlatiladi.

Kimyoterapiya BBR retsidivida davolashda ishlatiladi.

Tuxumdon yomon sifatli o'smalari

Yomon sifatli o'smalar foizini kamaytirish maqsadida va tuxumdon o'smalaridan asoratlangan va ona o'limiga olib keluvchi xolatlar mavzuni dolzarbligini belgilaydi. O'smalarini kech aniqlash, noadekvat olib borish, menstrual siklni buzilishiga, bepushtlikka, surunkali chanoq og'riqlari shuningdek yomon sifatli o'smalarga o'tib ketish xollari shifokorga bu mavzuni o'rganish zarurligini bildiradi.

Tuxumdon kista va kistomalariga ko'p xollarda JYBYUK, infeksiyon kasalliklar, endokrin buzilishlar modda almashinuvi jarayoni buzilishlari, turli xil EGK yomon sifatli o'smaga aylanib ketishga va ikkilamchi tuxumdon rakiga (Krukenberg o'smasi) olib keluvchi omillar xisoblanadi.

Tuxumdon kistalari.

1. Kichik chanoq surunkali yallig'lanish kasalliklari bilan og'riqan ayollar. Bu ayollarga kompleks davolashda gormonal kontratsepsiya qo'llash tavsiya etiladi.

2. Gormonal buzilishlar kuzatilsa ayollar – menstrual siklning buzilishi, gormonal bepushtlik.

3. Ortiqlarda operatsiya o'tkazgan ayollar – sistoektomiya, naylardagi xomiladorlik.

4. Og'irlashgan irsiyat – yaqin qarindoshlarda tuxumdon va endometriy o'smalari.

5. Sut bezlari raki bilan ayollar.

Folikulyar kista

Persistirlangan yoki atreziyalangan follikuldan kelib chiqadi. Yallig'lanish natijasida tuxumdonning oqsil qavati qalinlashishi kuzatiladi va follikul persistensiyasi natijasida yoki gipofiz gonadotrop faoliyati buzilishi tufayli atreziyalovchi follikul rivojlanadi.

Yupqa devorli silliq yuzali xosila bo'lib dm 10smdan oshmaygan. Elastik konsistensiyali, estrogen tutuvchi xosila bo'lib gormon faol o'smalar xisobla-

nadi. Natijada amenoreya yoki giperpolimenoreya kelib chiqadi, odatda simptomsiz kechishi mumkin.

Davolash: Agarda o'sma 8smdan ortiq bo'lsa jarroxlik usuli tavsiya qilinadi. 8smdan kichik bo'lgan o'smalar 1 xayz sikli davomida yallig'lanishga qarshi davo o'tkazish mumkin.

Sariq tanacha kistasi

1 xomiladorlikdan tashqari atreziyalangan follikuldan kelib chiqadigan kista

2 xomiladorlikda, elbo'g'ozda va xorioamnionidagi s/t kistasi

Xomiladorlik bo'lmagandagi sariq tana kistasi - bir turdagi kista odatda bir tarafli 8sm dan katta bo'lmagan silliq yuzaga ega qizg'ish-sariq xosilali bo'ladi. Odatda simptomsiz kechadi. Ba'zi xollarda 1 va 2 fazada 1 oy davomida o'smani kattalashishi kuzatiladi

Tashxis

1. bimanual yoki rekto-abdominal.
2. UZI.
3. bak ekma
4. Umumiy qon taxlili

Davolash xomiladorlikdagi sariq tana kistasi 2-trimestrda o'zi so'rilishi mumkin. Yallig'lanishga qarshi davo va 3 oydan ortmagan kuzatuv.

Paraovarial kista tuxumdon ortiqlari kanalchadan rivojlanadi. Keng bog'lamlar orasida joylashadi. Oyoqchasi bo'lmaydi. Bir devorli silliq yuzali xosila bo'lib seroz xosilali. Sekin o'sadi.

Davolash: jarroxlik usuli tavsiya qilinadi.

Endometriod kista (shekoladnaya)

Ayollar jinsiy a'zolarida uchraydigan onkologik kasalliklar ichida tuxumdonlar saratoni bachadon bo'yni saratonidan keyin 2-3-o'rinni egallaydi, shu bilan birga o'lim ko'rsatkichlari bo'yicha esa birinchi o'rinda turadi. Bu kasallik ayollarda aniqlangan onkologik kasalliklari ichida 5 foizni tashkil etadi, o'lim holati esa 6 foizni tashkil qiladi. Tuxumdonlar saratoni bilan kasallanish butun dunyo mamlakatlari bo'yicha turli ko'rsatkichlarga ega, bu kasallik uchrashining yuqori darajasi rivojlangan mamlakatlarga to'g'ri keladi (Daniya, Kanada, AQSH). Ammo dunyo bo'yicha YAponiyada tuxumdonlar raki bilan kasallanish eng past darajada. Bundan tashqari rivojlanib kelayotgan mamlakatlarda ham tuxumdonlar raki bilan kasallanish past (Hindiston, Nigeriya, Kuba). Hozirgi kunda ilmiy adabiyotlardagi maqolalarga ko'ra ayollarda tuxumdon raki bilan kasallanish va o'lim ko'rsatkichi o'sib bormoqda, shuni ham ta'kidlab o'tish kerakki, o'sna kasalliklari borgan sari yosh organizmlarda uchrashi ko'proq kuzatilmoqda.

Sinflanishi. (VOZ 1977y)

5. epitelial

***Mutsinoz**

***Brenner o'smalari**

***Adenofbrinomalar**

***Aralash epitelial**

2. Stroma o'smalari

3. Germinogen o'smalar

Tuxumdon o'smalarida tekshirish usullarm:

10. Genikologik anamnez

11. Bimanual tekshirish. Bachadon ortiqlari soxasida sezirarli xosila aniqlanadi uning xarakati, zichligi, konsistensiyasi, og'riqliligi, xajmi, bachadon xolati, parametral klechatka va qin gumbazlariga etibor beriladi.

12. Ko'zgular rdamida tekshirish.

13. UZI: 97% gacha aniqlaydi.

14. Kompyuter tamografiyasi, YAMRT, limfa tugunlarda metostazlarni aniqlash.

15. Ichaklarni tekshirish (rektomanorokopiya, irrigoskopiya), endometriy xolatini tekshirish. Metostaz xollari bo'lishi mumkin, buning uchun oshqozon ichak traktini tekshirish zarur (oshqozon – Krukenberg metostazi, ichak, oshqozon osti bezi) metostazi.

Seroz – bir taraffi, bir kamerali, silliq yuzali. Diametri 0,4sm dan 32sm gacha, o'rtacha 5-16sm. YUmaloq shaklda bo'lib bachadon ortida yoki enida bo'ladi. Perkussiya qilinganda xarakatlanadi.

Davolash: operativ.

Papillyar kista – yumaloq yoki oval (kam xollarda) bo'ladi. Diametri 1,8-12sm. Xarakterli jixati ichki yuzasida qattiq o'simtalar mavjudligi.

Davolash: operativ.

Mutsinoz – katta, birtaraffama, ko'pkamerali, silliq ichki yuzali. O'rtacha xolatdagi o'smalar (6smgacha) bachadon, en va orqa tarafida, kattalari esa tubidan yuqorida joylashadi. Xarakterli jixati bo'shlig'ida o'rta yoki yuqori exogen mayda dispres xossa mavjudligi.

Davolash: operativ.

Brenner o'smasi – volfkanallari epiteliy yuzasi metoplaziyasi natijasida kelib chiqadi. Ko'p xollarda yaxshi sifatli, lekin o'tuvchi va yomon sifatli xam uchraydi. Ba'zilar estrogen xosil qiluvchi shuning uchun anomal qon ketish kuzatilishi mumkin.

Davolash: operativ.

Fibroma – yaxshi sifatli, tuxumdon stromasidan rivojlanadi. YUmaloq yoki oval shaklda, bir taraffama, zich, ba'zan Sa tuzlari bilan qoplangan, tu-

gunli yoki silliq yuzali. Mikroskopik kattalikdan odam kallasigacha. Oyoqchasi bo'ladi va buralishga moyil. 40-50 yoshda kelib chiqib assit keltirib chiqishi mumkin va gidratoraks kuzatilishi, anemiya xollari bo'ladi.

Davolash: operativ.

Jinsiy stroma o'smalari – jinsiy stroma xujayralaridan kelib chiqadi: granulez, teka, Sertoli va Leydik xujayralari.

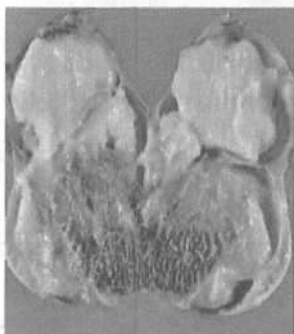
Granulez xujayrali shishlar (folikuloma) – folikulning granulez xujayralaridan rivojlanadi. Gormonal faol va estrogen chiqaruvchi bo'lib kattaligi 40 smgacha. Odamda qorin pastida og'riq va kattalashuvi kuzatiladi. Qizlarda erta jinsiy etilish, qon ketish kuzatiladi. Reproktiv yoshdagi ayollarda amenoreya siklik qon ketishlar bilan almashadi. Menopauzada esa qon ketishlar bo'ladi. Ginekologik tekshiruvlarda tashqi jinsiy a'zolar atrofiyasi kuzatilmaydi, bachadon kattalashgan, ortiqlar soxasida elastik, xarakatlangan xosila mavjud.

Ds: anamnez, klinika, UZI. Laporoskopiya biopsiya qilinib, yakuniy tashxis o'smaning patomorfologik tekshiruvidan so'ng qo'yiladi. UASH taktikasi: statsionarga yo'llash.

Tekoma: tuxumdon teka to'qimasidan kelib chiqadi, estrogen chiqaruvchi. SHishlarning 3,8% tashkil qiladi. 60 yoshdan keyin uchraydi. Birtaraflama bo'lib kattaligi chaqaloq boshigacha etishi mumkin. YUmaloq yoki oval shaklda, zich konsistensiyali, assit xarakterli. Yomon sifatli kechishi yoshroq davrda kuzatiladi. UASH statsionarga yuboradi.

Androblastoma (adenoblastoma): jinsiy bezlar yaproqlaridan potensial erkaklarga xos rivojlanishga, maskulinizatsiya xususiyati bilan kelib chiqadi va 0,4% tashkil etadi. 20-30 va 50-70 yoshlarda ko'proq uchraydi. Klinik kechishida defeminizatsiya va keyingi virilizatsiya davrlarini ajratish mumkin. Reproktiv yoshdagi ayollarda menstruatsiya kasallik boshlanishida, kamayishi va amenoreya kuzatiladi keyin esa barcha jinsiy a'zolar atrofiyasi va erkak tipidagi o'zgarishlar kuzatiladi kattaligi 30 sm gasa bo'ladi.

Davolash: operatsiya.



Dermatoid kista: etilgan teratoma bo'lib, shishlar orasida 8% ni tashkil etadi 20-40 yoshda kuzatiladi. Umumiy xolati o'zgarmaydi. Ba'zan qorin pastida og'riq yoki og'irlik seziladi. Birtaraflama kam xollarda 2 taraflama, silliq yuzali, oyoqchasi tufayli xarakatchan va uzunligi o'ralib qolishiga sabab bo'ladi.

Kista odatda oldi gumbazda bo'lib elastik va zich konsistensiyali.

Ds: xarakatchan bachadondan oldinda joylashadi va operatsiya vaqtida tasdiqlanadi.

Teratoblastoma: bolalik va o'smirlilik paytida kelib chiqadi va yomon sifatli o'smalar ichida 2-2,5% tashkil etadi. Qon tomirlar ko'pligi sababli o'sma kapsulasi ostiga yoki qlbig'iga qon quyilishi kuzatiladi. Astenik tana tuzilishiga ega qizlarda ko'p kuzatiladi. SHikoyat bildirishmaydi, tekshiruv paytida kichik chanoq xarakatchan (oyoqchasi sabab) xosila aniqlanadi. Kapsulasi yorilishi mumkin, zich konsistensiyali tugunli yuzaga ega. Assit og'ir xollarda kuzatilib, metastaz tez kuzatiladi va gemotogen kelib chiqadi.

Disterrminoma: differensirlangan gonad elementlaridan xosil bo'lib, tuxumdon darvozalarining rivojlanishining embrional davrdan saqlanib turuvchi yomon sifatli o'sma. Ba'zan etilmagan teratomaning xosil qiluvchi qismi bo'lib xorioneritelioma va boshqa yomon sifatli o'smalarning elementlari bilan birlashadi. Gormon aktivligiga ega emas, 1%ni tashkil qiladi. 30 yoshgacha kuzatilib infantil tana tuzilishiga ega ayollarda ko'proq. Kam va surtiluvchan xayz keladi. Rv: bir taraflama xarakatchan zich konsistensiyali, tugunli yuzali xosila aniqlanadi. Disgarminoma tez o'sib limfa orqal ko'krak kafas a'zolariga metastaz beradi.

Ds: qiyinchiliklarga ega bo'lib, og'iz bo'shlig'idagi jinsiy xromatinga etibor qaratish zarur. Agarda bu xujayralar 20%dan kam bo'lsa o'sma disgerminoma deb taxmin qilinadi.

Ds: morfologiyadan so'ng aniq ko'yiladi. Mikroskopik yirik yumaloq yoki poligonal shakldagi, katta giperxrom yadroli va ko'piklanuvchi oqish protoplazmali xujayralar aniqlanadi.

Tuxumdon o'smalari asorati:

- malignizatsiya
- oyoqchasi buralishi
- shishning infeksiyalanishi va yiringlashi
- kapsulasi yorilishi

Diferensial tashxis

| Simptomlar | Kasallik |
|--------------------------|---|
| Og'riqlar | Bachadondan tashqari xomiladorlik O'z o'zidan xomila tashlash VZOMT Appenditsit. Divertikulit. Mekken divertikulit. |
| Qorin aylanasi | Xomilador bachadon Mioma To'liq siydik pufagi Tuxumdon o'smalari Kollarektal karsinoma |
| Qo'shni a'zolar ezilishi | Siydik yo'li infeksiyasi Qabziyat |

| | |
|-------------------|---|
| Gormonlar ta'siri | DMK Erta jinsiy etilish Postmenopauzada qon ketish. |
|-------------------|---|

Tuxumdonlar saratoni kelib chiqish sabablari shu kunga qadar noaniq. Bu o'smalarning xilma-xilligini hisobga olib, tuxumdonlar o'smasi rivojlanish faktorini ko'p sababli (multifaktorial) deb hisoblash mumkin. Ular orasida gormonal, genetik, yoshga ko'ra o'zgarishlar, ayniqsa, hayz sikli va homiladorlik vaqtidagi turli patologik o'zgarishlar, turli bakterial va virusli infeksiyalar, kimyoviy omillar, radiaktiv nurlanishlar tuxumdonlar to'qimasiga salbiy ta'sir ko'rsatadi va saraton kasalligi rivojlanishiga olib keladi. Bu omillar yakka holda yoki bir qancha omillar bir vaqtning o'zida ayol organizmiga ta'sir etishi mumkin. SHuning uchun tuxumdonlar funksiyasi, aniqrog'i uning gormonal holati buzilishi tuxumdonlar saratoni rivojlanishida asosiy faktorlardan biri deb hisoblash mumkin. Adabiyotlarda yozilishiga ko'ra ba'zi viruslar ayol tuxumdonlari to'qimasiga salbiy ta'sir etib o'sma kasalligini keltirib chiqaradi. O'smirlik davridagi rivojlanish vaqtida organizmda gormonal balansning buzilishi, ya'ni ba'zi gormonlarning ko'p miqdorda ishlab chiqilishi sababli ham o'sma rivojlanishi uchun sharoit yaratiladi. SHunga ko'ra hozirgi kungacha tuxumdonlar o'smasi kelib chiqishining ilmiy asoslangan butun bir konsepsiyasi yo'q. SHu bilan birga tuxumdon saratoni va sut bezi saratonlari orasida bog'liqlik borligi haqidagi epidemiologik materiallar ham fikrni o'ziga jalb qiladi. Sut bezi raki bilan kasallangan ayollarda keyinchalik tuxumdonlar o'smasi paydo bo'lish ehtimoli ancha yuqori bo'ladi.

Tuxumdonlar saratoni turli yoshdagi ayollarda uchrashi mumkin, ko'pincha kasallik klimaks va menopauzadan keyingi davrda kuzatiladi. Kasallikning klinik simptomlari ikki guruhga bo'linadi: ob'ektiv va sub'ektiv. Ob'ektiv simptomlar: qorin bo'shlig'ida erkin suyuqlik yig'ilishi (assit) yoki o'smaning aktiv o'sishi hisobiga qorin kattalashishi, qorin bo'shlig'ida katta hajmli, harakatchan yoki harakati cheklangan, zich, asosan og'riqsiz, ba'zan og'riqli hosila paypaslanishiga, hayz sikli buzilishi, qindan turli xil patologik ajralmalar kelishi kuzatiladi.

Sub'ektiv simptomlar qorindagi turli xil xarakterli og'riqlar, me'da-ichak traktidagi funksional o'zgarishlar, engil diskomfortdan tortib, qabziyatga moyillik va ichak tutilishi belgilari, peshob ajralishining qiyinlashishi, kunlik peshob miqdorining kamayishi va boshqa umumiy simptomlar – ishtaha pasayishi, holsizlik, ozish, noxushlik, tez charchash, mehnatga layoqatning pasayishi, tana haroratining vaqti-vaqti bilan ko'tarilishi, uyquning buzilishi, agar kasallik o'pkalarga suyuqlik yig'ilishi bilan kechsa, nafas siqishi kuzatiladi. Kasallikning ilk davri asosan simptomlarsiz kechadi, vaqt o'tishi

bilan qorinda, belda, dumg'azada turli xildagi og'riqlar, siydik va me'da-ichak yo'llarida buzilishlar kuzatiladi. Kasallikning keyingi davrlarida esa, o'sma jarayonining qo'shni a'zolariga va organizmning boshqa to'qima va a'zolariga tarqalishi natijasida tananing turli qismlarida intensiv og'riqlar, kaxeksiya (ozib ketish), siydik ajralishining buzilishi, ichak tutilishi holatlari kuzatiladi.

Tuxumdon saratonini barvaqt aniqlash uchun hozirgi zamon meditsinasida etarli shart-sharoitlar mavjud. Ayol kishining o'z sog'lig'iga e'tiborli bo'lishi asosiy omildir. Tashhislashning birinchi etapida anamnez yig'ish, umumiy ko'rik, qin orqali va rektovaginal ko'rik, Duglas bo'shlig'i surtmasini sitologik tekshirish bajariladi. Anamnez yig'ish qulay sharoitda va bemor bilan yuzma-yuz o'tkaziladi. Ichki tekshiruvlar ichak va siydik qopi tozalangan (bo'shatilgan) holda bajariladi yoki qorin bo'shlig'idagi suyuqlik evakuatsiya qilingandan so'ng o'tkaziladi. Genital ko'rik orqali ko'rishning muhim ahamiyati shundaki, faqat shu ayol bilan bachadon va tuxumdónlarni yaxshi paypaslash, o'sma jarayonini aniqlash mumkin. SHu bilan birga hosilaning yuzasi, qonsistensiyasi va hajmini ta'riflash mumkin. Tuxumdon o'smalari katta bo'lmasa, harakatchan, yuzasi silliq, bemor shikoyatlari noaniq bo'lganida qo'shimcha tashhislash usullarini qo'llash kerak. Ularga rentgenologik, ultratovush, kompyuter tomografik, endoskopik, laparoskopik, radionuklid tekshirish usullari kiradi.



Tuxumdonlar saratonini morfologik, ya'ni o'sma hujayralarini mikroskop orqali aniqlash usuli o'z aktualigini saqlab kelmoqda. Ko'p holatlarda kasallikni aniqlashda qorin bo'shlig'idan olingan suyuqlik (assit) yoki o'pkalardan olingan suyuqlikni mikroskopik tekshirish bilan o'sma hujayralarini aniqlash mumkin. Rentgenologik tekshirish usullari yordamida o'pkada o'sma o'choqlari yoki suyuqlik bor-yo'qligi aniqlanadi,

o'sma jarayonining ichaklarga tarqalish darajasi ham rentgenografik ayol bilan tekshiriladi. Ultratovush tekshiruvi o'smaning qaysi a'zodan rivojlangani, uning strukturasi, qo'shni a'zolar bilan bog'liqligi, boshqa a'zo va to'qimalarda metastazlar borligini aniqlashda yuqori ahamiyatga egadir. Ultratovush tekshiruvda eng zamonaviy apparaturalar va tekshirish usullari qo'llaniladi. Kompyuter tomografik tekshiruv asosan yo'g'on ichak, siydik qopi, bachadon va bachadon ortiqlarining joylashishini ko'rish uchun va kichik

chanoq devorlaridan chiquvchi hajmli hosilalarni aniqlashda ahamiyatlidir. Kompyuter tomografiya tekshiruvlariga ko'ra tuxumdon o'smalari, uning notyokis qonturli, noto'g'ri formal hosila ekani, ichki strukturasi nogomogen o'choqlar, kistasimon bo'shliqlar bilan almashinib turishi aniqlanadi.

Laparoskopik tekshirish usuli yordamida qorin bo'shlig'i a'zolarini ekranda ko'rish, tekshirish va hattoki jarrohlik amaliyotini ham bajarish imkonini beradi, shu bilan birga tuxumdon o'smalarini tashhislashda, davolanish davrida erishilgan klinik natijalarini ob'ektiv nazorat qilishda katta yordam beradi. Laparoskopiya bilan birga fibrogastroskopiya, rektoromanoskopiya, kolonoskopiya, sistoskopiya kabi usullar me'da-ichak trakti, siydik yo'llari holatini bilish uchun ishlatiladi. Turli mamlakatlar tadqiqotchilari tomonidan tuxumdon o'smalari barvaqt diagnostikasini yuzaga keltirishga yordam beruvchi o'sma markerlari, ya'ni organizmda o'sma jarayoni bor-yo'qligini aniqlashda qon zardobini tekshirish usuli ham qo'llanilmoqda.

Tuxumdonlar o'smalarini ilk bosqichlarda aniqlanishi kamdan-kam uchraydigan holdir. Adabiyotlarga ko'ra simptomlar yuzaga kelgandan keyin bir oy ichida bemor shifokorga murojaat qilganida 70 % hollarda kasallikning III-IV bosqichi aniqlanadi. Kasallikning kech aniqlanishidagi diagnostik xatoning sababi asosan shifokordan onkologik ehtiyotkorlikning etishmasligi, kasallikning kam simptomli kechishi va diagnostik qiyinchiliklardir. Ko'p hollarda terapevtlar ginekolog konsultatsiyasiz bemorlarni kolit, gastritdan davolaydilar, assitni jigar sirrozi belgisi, o'pkadagi suyuqlikni – ekssudativ plevrit belgisi deb qabul qiladilar. Maslahat poliklinikasi ginekologlari ko'p hollarda tugunli bachadon miomasi yoki surunkali yallig'lanishi kabi tashhisi bilan yomon sifatli tuxumdon o'smalarini uzoq vaqt nazorat qiladilar.

Tuxumdonlar saratonini davolash asosan kombinirlashgan va kompleks davo usullaridan iborat. Tuxumdonlar saratonini davolashda operatsiya va kimyoterapiya asosiy davolash usullari hisoblanadi. Ba'zi klinik ko'rinishlarda nur terapiyasi kimyoterapiyani to'ldirish uchun ishlatiladi. O'sma jarayoni erta aniqlangan hollarda faqat jarrohlik amaliyoti o'tkazish va dinamik kuzatuvda bo'lish mumkin. YOsh ayollarda a'zoni saqlab qoluvchi operatsiyalar va kimyoviy davolash usullari qo'llaniladi. Kimyoterapiya individual ravishda uzoq vaqt remissiyani (o'sma o'sishini to'xtatish) ta'minlash maqsadida qo'llaniladi. Kasallikni davolashdan ko'ra uni oldini olish maqsadga muvofiqdir.

Tuxumdonlar o'smasining profilaktikasi ularni barvaqt aniqlashga, profilaktik ko'riklarga, xavfli guruhdagi ayollarni maxsus muassasalarda chuqurroq tekshirishlarga bog'liqdir. SHu bilan birga o'z-o'zini tekshirish, ya'ni bir oyda bir marta qovuq va ichakni bo'shatgan holda qorinni ko'zdan kechirish va paypaslab ko'rish, hayz siklini nazoratda saqlash, turli

infeksiyalardan, nurlanishdan, zararli odatlardan, xavfli omillardan saqlanish ham ijobiy natijalar beradi.

Test: kista

I murakkablik darajasi.

1. Tuxumdon kistomasi xususiyatlari?

- A) bu yaxshi sifatli o'sma;
- B) xujayra proliferatsiyasi natijasida o'lchamlari kattalashadi;
- V) kapsulaga ega;
- G) malignizatsiya beradi;
- D) xamma sanab o'tilganlar to'g'ri
- E) xamma sanab o'tilganlar noto'g'ri.

2. Tuxumdon o'smalaridan qaysilari ko'proq malignizatsiyaga bog'liq?

- A) seroz sistoadenoma;
- B) mutsinoz sistoadenoma;
- V) fibroma;
- G) tekoma;
- D) teratoma.

3. Endometriy to'qimasini bachadon naylari orqali tuxumdonlarga implontatsiya natijasida xosil bo'luvchi kista bu....?

- A) sariq tana kistasi;
- B) shokoladlik kista;
- V) folikulyar kista;
- G) paroovarial kista;

4. Tuxumdon raki tashxisini qo'yish uchun kerak ?

- A) Duglas bo'shlig'idan sitologiya uchun punktat olish;
- B) Limfografiya;
- V) UTT;
- G) Pnevmoipelviografiya ;
- D) Gisterosalpingografiya.

5. Tuxumdon o'smasimon xosilalariga quyidagilardan qaysi biri kirmaydi ?

- A) Dermoid kista;
- B) follikulyar kista ;
- V) sariq tana kistasi ;
- G) piovara;
- D) tuxumdon sklerokistozi.

6. Seroz sistoadenomaga xarakterli xususiyat ?

- A) perkusiyada xosilani siljimasligi;
 B) assit paydo bo'lishi;
 V) mayda dispersli aralashmaydigan yuqori exogen massa borligi;
 G) ichki bo'shlig'ida zich devor oldi o'simtani borligi;
 D) bachadon naylari o'tkazuvchanligini yo'qligi;
7. Epitelial o'smalarga kirmaydi?
 A) serozli;
 B) mutsinozli;
 V) brenner o'smasi;
 G) shaffof xujayrali;
 D) fibroma.
8. Tuxumdon o'smalari asoratiga kirmaydi?
 A) malignizatsiya;
 B) tuxumdon o'smasi oyoqchasini aylanib qolishi;
 V) assit xosil bo'lishi;
 G) tuxumdon o'smasini infeksiyalanishi va yiringlashi;
 D) tuxumdon o'smasini kapsulasini yorilishi.
 E) metroragiya.
9. Operativ davoni o'tkazgan ayollarda reabilitatsiya bosqichlari soni?
 A) III;
 B) V;
 V) IV;
 G) VI;
 D) II.
10. Og'riqli sindromda tuxumdon o'smalari differensial diagnostikasiga kirmaydi?
 A) bachadondan tashqaridagi xomiladorlik;
 B) o'z - o'zidan bola tashlash;
 V) VZMOT;
 G) apenditsit;
 D) xomilador bachadon.
11. Tuxumdon o'smalari diagnostik usullariga sanab o'tilganlardan qaysi biri kirmaydi?
 A) ginekologik anamnez;
 B) bimanual tekshiruv;
 V) KTG;

G) UTT;

D) EKG.

12. Tuxumdon kistomasini davolash usullari?

A) ayollar jinsiy garmonlari bilan;

B) fizioterapevtik usullar bilan;

V) yallig'lanishga qarshi preparatlar bilan;

G) operativ yo'l bilan;

D) antibiotiklar bilan davolash;

13. Etilgan teratomaga ta'luqli o'sma kasalliklariga kiradi?

A) tekoma;

B) disgerminoma;

V) andoblastoma;

G) fibroma;

D) dermoid kista;

II murakkablik darajasi.

14. Epitelial o'smalarga kiradi?

A) seroz;

B) mutsenoz;

V) tekoma;

G) shaffof xujayrali;;

D) fibroma;

15. Gomonal aktiv tuxumdon o'smalarini ko'rsating?

A) granulyoz xujayrali o'sma;

B) tuxumdon fibromasi;

V) papillyar sistoadenoma;

G) tekoma;

D) Brennevr o'smasi;

16. Tuxumdon o'smaliri asoratlariga kirmaydi?

A) malignizatsiya;

B) o'sma oyoqchasini buralib qolishi;

V) tuxumdon o'smasini infeksiyalanishi va yiringlashi;

G) bachadon naylari o'tkazuvchanligini buzilishi;

D) qayta rivojlanishi;

17. Tuxumdon fibromasidagi Meygs sindromiga kiradi?

A) anemiya;

B) SHyotkin – Blyumberg simptomi;

- V) gitratoraks;
- G) assit;
- D) girsutizm;

18. Maskulinizatsiyalovchi tuxumdon o'smasini xosilalariga quyidagilar xarakterli emas?

- A) avulyator xayz sikli;
- B) girsutizm;
- V) bepushtlik;
- G) amenoreya;
- D) vaqtdan oldin jinsiy rivojlanish;

19. Feminizatsiyalovchi tuxumdonning o'smasimon xosilalariga xarakterli?

- A) avulyator xayz sikli;
- B) organizmni yosharishi;
- V) tovush tembreni o'zgarishi;
- G) gersutizm;
- D) vaqtdan oldingi jinsiy rivojlanish;

20. Tuxumdon folikulyar kistasi bu...?

- A) retension xosila;
- B) chin yaxshi sifatli o'sma;
- V) rivojlanuvchi bachadon naylari orqali tuxumdonga implantatsiya bo'lgan endometriy;
- G) yomon sifatli tuxumdon o'smasi;
- D) folikula persistensiyasi natijasidagi xosila;

Nazorat savoolari

1. Tuxumdon kistomasi va kistalar asoratlari?
2. Tuxumdon kistomalari va kistalari bor ayollarning konservativ davolanish kriteriyalari?
3. Tuxumdon kistomalari va kistalari bor ayollarning operativ davolanish kriteriyalari?
4. Kista va tuxumdon kistomalarida xavf guruxi?
5. Tashxis va differensial tashxis uslublari?
6. Tuxumdon o'smalari klassifikatsiyasi?
7. Tekshiruv uslublari?
8. Statsionardan keyingi rehabilitatsiya?
9. Profilaktika uslublari?
10. Tuxumdon kistalari ko'rinishlari.

Glossariy

AKUSHERLIKDAN GLOSSARIY

Aktiv tug'ruq - Kuchli kuchanlar bilan namoyon bo'luvchi, bachadon bo'yni 4 smdan 10 smgacha ochiluvchi tug'ruq fazasi.

Amniotsentez - onadan oz miqdorda qog'onok suvlari olinuvchi test. Ba'zi genetik omillarni, infeksiyani va xali tug'ilmagan chakalok o'pkasining etilganlik darajasini aniklan uchun qo'llaniladi.

Xorion vorsinalari analizi - xromasom va boshka anomalialarni aniklash uchun, xorionni bachadonga yopishgan joyidan vorsina namunasini olish protsedurasi.

Anemiya - qonda qizil tanachalar juda oz miqdordagi xolat. Xolsizlik va infeksiyaga kuchsiz qarshilik chakirishi mumkin.

Antitelalar - organizm tomonidan yod xujayra va infeksiyalardan ximoyalani uchun ishlab chikariladigan oksilli substansiyalar.

Anensefaliya - chaqaloq miya va bosh suyagi anomal rivojlanishiga olib keluvchi nerv nayi defekti.

Apnoe - nafasdagi tanaffus

Areol - ko'krak uchi atrofidagi qora joy.

Assistirlangan tug'ruqlar - tibbiy aralashuvlar yordamidagi tug'ruklar: epiziotomiya, qisqichlar yoki vakuum.

Asfiksiya - kislorod etishmasligi, qonda is gazi to'planishi va past rN tufayli xushni yo'qotish.

Bachadon atoniyasi - tug'rukdan keyin yo'ldosh yopishgan joydan qon ketishini to'xtatish uchun kerakli qisqarishlarga to'sqinlik qiluvchi bachadon muskul tonusining pasayishi.

Biofizik profil - yurak ritmi va UZIga asoslangan xomila xolatini baxolash.

Bioximik taxlil - xomila xolatini aniqlashga yordam beruvchi qonning yoki qog'onoq suvlarining kimyoviy taxlili. Taxlilga misollar: xomiladorlik bilan bog'liq alfa-fetoprotein, estriol, ingibin va oqsil plazmasiga.

Blastotsista - tez bo'linadigan, bachadon ichiga kiradigan va xomila bilan yo'ldosh rivojlanishi uchun kerakli xujayralarga ega urug'langan tuxum xujayra.

Bradikardiya - yurak qisqarishlari soni normada past bo'lgan davr.

Vakuum-ekstraktor - chakalok boshiga extiyotkorlik bilan kiydiriluvchi, tortib olishga va bola tug'ilishiga yordam beruvchi, rezinali yoki plastik qalpoqchasi bor instrument.

Mekoniyl bilan nafas olish - yangi tug'ilgan chaqaloqning nafas yo'llari shamollashi va bloklashishiga olib keluvchi mekoniy bilan aralashgan qog'onoq suvlarida nafas olishi.

Bachadondan tashkari xomiladorlik - bachadondan tashqari sodir bo'luvchi xomiladorlik; ko'pincha naylardagi xomiladorlik.

Vaqtinchalik taxipnoe - nafas tezlashishi bilan namoyon bo'luvchi chaqaloq nafasining qisqa vaqtli buzilishi.

Tug'ma o'zgarish – odam tug'ilishi bilan mavjud anomaliya yoki kasallik.

Xomila tushishi - xomiladorlikning vaqtidan oldin spontan tugallanishi.

Kindik tizimchasining tushib kolishi – kindik bachadon bo'yni teshigidan tushib kolishi bilan xomila oldinda keluvchi qismining kindikni ezishiga olib keluvchi asorat.

Bachadon balandligi - bachadondagi xomila bo'yini o'lchashda ishlatiladigan, bachadon cho'qqisidan qov suyagigacha bo'lgan masofa.

Genetik buzilish – odam o'z avlodlariga berishi mumkin bo'lgan, ajdodlaridan meros buzilish.

Gidramnioz, poligidramnioz (ko'psuvlilik) – qo'g'onoq suvlarining ko'pligi.

Gipoglikemiya – qonda qand miqdorining normadan past xolati.

Bolalik g'ami – ko'p yosh onalarda uchrovchi kayfiyat tushkun davr.

Xomiladorlik diabeti – xomiladorlik vaqtida qonda glyukoza miqdori boshqaruvinin buzilishi natijasida rivojlanadigan diabet turi.

Bosh va chanoq suyagi disproporsiyasi – chaqaloq boshchasi ona chanog'i uchun o'ta katta xolat.

Distotsiya, patologik tug'ruklar – xar qanday sabab tufayli qiyin tug'ruqlar.

Doppler – shifokor xomila yurak urishini taxminan 12-xaftasidan eshitishiga yordam beruvchi qurilma.

Sariqlik - qonda ko'p miqdordagi bilirubin sababli teri va ko'z oq joylarining sarg'ayishi.

Xomila rivojlanishidan ortda qolishi – xomila o'sishining sezilar sekinlashishi.

Platsentaning qolishi – yo'ldoshni tug'ruqdan so'ng 30 dakika ichida mustaqil ajrala olmasligi.

Ensa bilan old kelish – tug'ruq paytida chaqaloqning ona qorniga yuzi bilan joylashishi.

Zigota – tuxum xujayra va spermatozoid qo'shilishi natijasi. Urug'langan tuxum xujayraning bo'linib, o'sgunigacha xolat.

Ta'm sezishning o'zgarishi – oziq-ovqat bo'lmagan maxsulotlarni eyishga intilish. Masalan : kraxmal, tuproq, soda, muzlatgichdagi muz.

Sun'iy urug'lantirish - spermatozoid va tuxum xujayra sun'iy muxitda birlashtirilib, so'ng ayol bachadoniga o'sishi uchun o'tkaziladigan jarayon.

Ishialgiya – oyoq, son va dumbada og'riq yoki uyushish xissini chaqiruvchi, bir yoki ikkala o'tirg'ich nervni ezilishi oqibatida paydo bo'ladigan vaqtinchalik xolat.

Kesar kesish – chaqaloqni olish maqsadida, qorin va bachadon kesiluvchi tug'ruq.

Qon almashinuvi – yo'ldoshdagi birlashgan qon tomirlari orqali qonning bir egizakdan boshqasiga o'tishi.

Lamaz – onalar tomonidan tug'ruqda og'riqni qoldirish va medikamentlar

- ishlatilishini kamaytirish uchun qo'llaniladigan usul.
- Loxiyalar** – tug'ruqdan keyingi birinchi haftalarda bachadondan qon, shilliq vato'qimalar ajralishi.
- Lyuteinirlovchi gormon** – follikulani ishishi, yorilishi va tuxum xujayra chiqishiga undovchi gipofiz gormoni.
- Makrosomiya** – tug'ilgandan so'ng normadan ortiq vazn. Odatda 4,5kgdan yuqori.
- Mastit** – ko'kraklarga baqteriya kirishi natijasida paydo bo'ladigan infeksiya.
- Bachadon** – chaqaloq tugilguniga qadar rivojlanadigan ayollar a'zosi.
- Mekoniya** – birlamchi axlat. Go'dakning dastlabki odatda yashil bo'luvchi axlati.
- O'lik tug'ilish** – bachadanda nobud bo'lgan chaqaloqning tug'ilishi.
- Maxalliy og'riqsizlantirish** – og'riq qoldiruvchilar yordamida tananing ma'lum bir qismida sezgining yo'qolishi.
- Og'iz suti** – sut kelguniga qadar kukrakdan ajraluvchi sarg'ish suyuqlik.
- CHanoq tubi muskullari** – siydik pufagi, siydik nayi, to'g'ri ichak, ayollarda shuningdek qin va bachadonni ushlab turuvchi chanoq muskullari.
- Tashqi burilish** – shifokorning omadsiz joylashgan chaqaloqni, tug'ilish uchun qulay sharoitga burishga xarakati.
- Neonatolog** – chaqaloq diagnostika va davolash bo'yicha mutaxassis vrach.
- Nerv nayi** – embriyning rivojlanayotgan miya, orqa miya va umurtqa pog'onasi strukturasi.
- Nostress test** – xomila xarakatidagi yurak urishlar sonini o'lchash orqali shifokorga xomila xolatini baxolashga yordam beruvchi test.
- Jinsiy a'zolari og'riqsizlantirish** – yirtilishlarni tikishda, tug'ruqda og'riqni qoldirish maqsadida qin devoriga anestetik in'eksiyasi.
- Ovulyasiya** – bachadondan tuxum xujayra chiqishi. Urug'lanish ovulyasiyadan 1-2 kun keyingina yuz berishi mumkin.
- Qog'onoq pardasi (amnion qopchasi)** – suvsimon suyuqligi va xomila bor bo'lgan, ikkita yupqa membranadan xosil bo'lgan pufak.
- Xomila pasayishi** – xomilaning chanoq pastki qismiga tushishi. Odatda tug'ruqdan bir necha hafta oldin yoki tug'ruq paytida.
- Yo'ldosh ko'chishi** – yo'ldoshning bachadon ichki yuzasidan tug'ruqdan oldin ajralishi.
- Birinchi qon** – tug'ruqdan oldin va keyingi qon bilan bo'yalgan qindan ajralgan shilliq.
- Xomilaning birinchi qimirlashi** – xomila xarakatining birinchi sezilishi, odatda 18-20 haftalar orasida.
- Tug'ulgandagi smazkalar** – YOpishqoq oq yog'li modda, homila terisini qoplaydi.
- O'tish** – qachonki to'lg'oqlar oralig'i intensiv bo'lsa, ochilishi haqiqiy 7 sm va to'liq ochilgan bo'lsa aktiv tug'ruq deyiladi.

Perinatolog - Akusher, homiladorlik asoratlarini diagnostika va davolash bo'yicha mutaxassis.

Tug'ruq rejasi - CHaqaloq tug'ilishini qanday hohlasangiz ,yozma yoki og'zaki aytiladi.

Platsenta - YUmaloq ingichka organ , kislrod va oziq moddalarni kirishini ta'minlaydi.

Odam platsentar laktogeni - Organizmda gormonlar va moddalar almashinuvini ta'minlaydi,chaqaloq uchun sut ishlab chiqarishni stimulyasiya qiladi.

Homila- Homiladorlikni birinchi 8 haftasigacha aytiladi.

Tug'ruqdan keyingi depressiya - depressiya turlari,ayollarda 2 oygacha yoki 6 oygacha davom etadi.

Tug'ruqdan keyingi og'riqlar - bachadon qisqarishi , qonni to'xtatishga yordam beradi.

Platsentani joylashishi - platsentani anomal holati,uning bir qismi yoki to'liq bachadon bo'yniga yopishgan bo'ladi.

Normal tug'ruq - to'lg'oqlar,bachadon bo'yni to'liq ochilgan 37 haftaga to'lgan.

Preeklampsiya - Homiladorlik kasalligi,bu gipertenziya va siydikda oqsil bilan karakterlanadi.

Progesteron - Gormon,bu qon tomirlarni va bachadon devorlarini qisqartiradi va stimulyasiya qiladi.

Oraliq - ayollarda qin va anal teshik o'rtasidagi qism.

Prostaglandin - Вещество, вырабатываемое выстилкой матки и оболочками плода непосредственно перед началом родов.

Kindik - Trubasimon strukturaga ega.platsentadan homilaga qonni etkazib beradi.kislrod va oziq moddalar almashinuvini ta'minlaydi.

Tabiiy tukchalar - chaqaloq terisida 26 - xaftadan boshlab o'suvchi yumshoq yupqa tukchalar.

Erta (yashirin tug'ruqlar) - bachadon qisqarishlari bachadon bo'ynini asta sekin o'zgartiruvchi tug'ruqning erta davri. Bu faza 4 sm ochilgunicha qadar davom etadi.

Ochilish - bachadon bo'yni teshigi diametrini ko'rsatuvchi ko'rsatgich, to'la ochilish - 10 sm.

Umurtqa pog'onasi yorig'i - umurtqa pog'onasi o'sishi buzilishida paydo bo'luvchi defekt. Umurtkaning barcha joyida vujudga kelishi mumkin, asosan belning pastgi qismida.

Rezus-immunoglobulin - rezus manfiy ayollarga , immun sistemasi rezus musbat qonni sezmasligi uchun jo'natiluvchi dori. Rezus-faktor - qon guruxini A, V va Oligini aniqlovchi qizil qon tanachalari oqsili. Odam yoki rezus musbat xam rezus manfiy xam bo'lishi mumkin.

Relaksin. Gormon, вырабатываемый плацентой, размягчающий соединительные ткани, что позволяет тазу расширяться во время родов.

Reproduktiv texnika - probirkada urug'lantirishga yordam beruvchi

- tibbiy aralashuv.
- Liqlidoq** – bosh suyagi bitmagan joylaridagi yumshoq joylari. Tug'ilgandan so'ng 6 haftadan 18oygacha yopiladi.
- Kindikning ezilishi.** Qon oqimini sekinlashtiruvchi yoki to'xtatuvchi, kindik ezilishi natijasida kelib chiquvchi asorat.
- Nafas distressi sindrom** – etilmagan chaqaloqlarda surfaktant etishmovchiligi natijasida vujudga keluvchi nafas olishning qiyinlashuvi.
- SHilliqli probka** - xomiladorlik vaqtida bachadonga baqteriya kirishini oldini oluvchi, bachadon bo'ynini to'suvchi shilliqning to'planishi.
- Brekston-Xlks qisqarishlari** – bachadon xolatini o'zgartirmaydigan, noregulyar qisqarishlar. YOlg'on to'lg'oqlar deb xam aytiladi. Spinal blokada – nervlarni o'rab turuvchi orqa miya suyuqligiga in'eksiya qilinadigan og'riqsizlantirish turi.
- Tug'ruqni stimullash** Tug'ruqni dori vositalar bilan suniy boshlash
- V streptokoklar.** Ko'plab ayollar jinsiy azolarida yashovchi va tug'ruq vaqtida xomilani infeksiyalovchi bakteriyalar guruxi
- Qisqarish vaqtidagi stress testi** Xomila va platsenta xolatini baxolovchi test Bachadon qisqarganda xomila yurak urishini o'lchaydi
- Surfaktant.** O'pka alveolarini ichki yuzasini qoplab turuvchi va nafas olish vaqtida o'pkani kengayishini taminlovchi modda
- To'lg'oqlar** Bachadon mushaklarining qisqarishi
- Teratogenlar.** Xomila rivojlanishiga salbiy tasir qiluvchi modda alkogol, dori vositalari narkotiklar
- Alfa proteinga test** Xomiladan ishlab chiqariluvchi maxsus oqsil bu oqsil xomilani rivojlanishini taminlaydi
- Glyukozaga tolerantlik testi** Diabeti bor xomiladorlarda qondagi qand miqdorini aniqlash
- CHuqur venalar trombozi** Vena ichidagi qon laxtagi tug'ruqdan keyingi asorat bo'lishi mumkin
- Kegel mashqi** CHanoq tubi mushaklarini mustaxkamlovchi mashq
- YUpqalashish** Tug'ruq vaqtida xomila boshi atrofida bachadon bo'yni biriktiruvchi to'qimasining yupqalashishi
- Fallopiev kanali.** Tuxum xujayrani sperma bilan qo'shiluvchi va bachadonga o'tuvchi nayi
- Xomiladagi fibronektin.** Xomila pardasi va bachadon devori orasidagi modda . Erta tug'ish xavfini baxolashda axamiyatli
- Xorionicheskiy gonadotropin.** Platsentadan ajraluvchi gormon
- Servikal etishmovchilik** Bachadon mushaklari qisqarishidan avval bachadon bo'yni ochilishi 2-3-trimestrdagi abortlar
- Bachadon bo'yni** Tug'ruqda yupqalashib, kengayuvchi bachadonning ichki pastki qismi.
- Apgar shkalasi.** CHaqaloq tug'ilgandan so'ng 1-5 minutda yurak, nafas, teri, mushak, reflekslarni ballarda baxolovchi reyting
- Kiskich.** CHaqaloqni tug'dirish uchun uni boshini qamrab oluvchi

Akusherlik instrumenti

Embrion. 8 xaftagacha bo'lgan urug'langan tuxum xujayra
Endometriy. Bachadonni urug'langan tuxum xujayra yopishuvchi ichki qavati

Epidural anesteziya. Tug'ruq vaqtida og'riqni kamaytirish maqsadida umurtqa pog'onasidan qilinuvchi og'riqsizlantirish turi bazan epidural blokada deyiladi

Epiziotomiya. Qinni kengaytirish maqsadida oraliqni xirurgik kesish.

Dumba bilan kelish Tug'ruq vaktida xomilani bachadon bo'yniga nisbatan dumbasi yoki oyokchalari bilan kelishi

GLOSSARIY - GINEKOLOGIYA

Abort- sun'iy yoki o'z-o'zidan Homiladorlikning dastlabki 28 xaftasida to'xtashi. Ertangi abort - dastlabki 14-15 xaftasida, kechki abort- 16-28 xaftada.

Azoospermiya- urug' suyukligida spermatozoidlar yo'qligi

Akinospermiya (yoki akinozoospermiya)- eyakulyatsiyada spermatozoidlarni to'lik xarakatsizligi

Akrosom reaksiyasi- spermatozoid yordamida tuxum xujayra kobig'ini erishi

Akusher-ginekolog - Ayollar jinsiy kasalliklarini davolashga va Homiladorlikni olib borishga ixtisoslashtirilgan shifokor

Amenoreya- 6 oy va undan ortik muddatda xayz qonini kelmasligi

Sperma taxlili- spermatozoidlarni mikdorini va sifatini laborator tekshirish

Anamnez- Tashxis davolash maqsadida yig'ib boriluvchi kasallik rivojlanishi, yashash sharoitlari xakida ma'lumotlar yigimi

Aneyakulyator sindrom- koitus faolligiga karamay urug'lanishin yo'qligi

Androgenlar- erkaklar jinsiy gormonlari

Androlog- erkaklar bepushtligini davolovchi mutaxassis

Anovulyatsiya- ovulyatsiyani yo'qligi

Antigen- antiteloni paydo bulishini chaqiruvchi xar kaday modda

Spermaga karshi antitelo - spermatozoidlar xarakatini bloklovchi yoki ularning akrosomal reaksiyaga karshilik qiluvchi ishlab chiqariladigan antitelo

Antitelo - Organizmga tushgan yod qismlarining ishlab chiqariladigan ximoya vositalarini nofaol xolatga o'tkazadi.

Aspiratsiya- asbob yordamida bo'shlikdagi suyuklikni olish, masalan folliklyar suyuklikdan follikulani olish

Autoantitelo- o'z xujayrasiga karshi ta'sir etadigan antitelo

Bazal xarorat- bu xarorat, ertalabki uyqudan so'ng tana xaroratini to'g'ri ichak orkali o'lchashdir. Bazal xaroratni o'lchash- tuxumdonlar faoliyatini aniklovchi funksional diagnostik usul. Xayz siklini birinchi fazasida normada

xarorat 36,4-36,8 S, ikkinchi fazada 37,0-37,4 S gacha bo'ladi.

Bepushtlik- 1 yil mobaynida regulyar jinsiy xayotda yashab, hech kanday kontratsepsiyasiz farzand ko'rmaganda shu tashxis kuyiladi.

Bepusht juftlik- nikoxda uzok vakt bo'lganda juftliklarda, Homiladorlikni bulmasligi biri yoki ikkalasi xam nasl koldirolmasligi.

Biopsiya- tashxislash muolaja bulib: to'kimaning bir kismi olinib mikroskop ostida tekshirish.

Blastomer- embrionni ertangi xujayrasi.

Vaginit- kinning shillik qavatini yalliglanishi, ya'ni kolpit.

Vazogramma- tashxislash muolajasi bulib: erkaklar urug' chikarish tizimini rentgenologik tekshirish.

Vazektomiya- Erkaklarni kontratsepsiyasi maksadida urug o'tadigan yo'lni xirurgik olib tashlash.

Kin-ayollar jinsiy a'zosi. 7-10 sm uzunlikda elastik muskulli kanal, yukorigi chegarasi bachadon bo'yni bilan tutashgan, pastki chegarasi jinsiy yorikka ochilgan. Ichkaridan shillik kavat bilan koplangan.

Bachadon ichi inseminatsiyasi- Ayollar bachadon bushligiga tayyor spermani sun'iy yul bilan kiritish.

KRT (kushimcha reproduktiv texnologiyalar)- Homiladorlikni keltirib chikarish maksadida. Tuxum xujayra yoki spermatozoidga ishlov berish va davolash muolajalari KRT ga kiradi: bachadon ichi inseminatsiyasi, EKO, GIFT, ZIFT, kreokonservatsiya, tuxum xujayra donorligi, surragat onalik.

Gameta- jinsiy xujayra: spermatozoid erkaklar jinsiy xujayrasi, tuxum xujayra ayollarninki.

Gen- nasl birligi xromasomalar.

Gidrotubatsiya- tashxislash muolajasi: Fallopiy naylarini o'tkazuvchanligini tekshirish va davolash maksadida suyuklik yuborish.

Bachadon gipertonusi - bachadon tonusii ortishi. Homiladorlik vaktida muddatadan oldingi tugish xavfi sababchisi.

Gipofiz- bosh miya asosidagi endokrin bez, gonadotropin, lyutinlovchi, follikula stimullovchi gormonlar ishlab chikaradi. Bu gormonlar navbati bilan jinsiy bezlar maxsuloti jinsiy xujayra va gormonlarni stimulyatsiya qiladi.

Gisterosalpingografiya (GSG)- tashxislash muolajasi bo'lib: bachadon va fallopiy naylarini rentgenologik tekshirish.

Gistereskopiya- tashxislash muolajasi bo'lib: servikal kanal va qin orkali bachadon ichini yorug'lik sistemasi yodamida tekshirish.

FNGT (fallopiy naychalariga gametalar transplatansiyasi)- KRT ga kiradi. Ayol tuxumdonidan urug'lanmagan tuxum xujayrani sperma bilan ko'shib uruglantirish.

Gonadotropinlar- gipofizda ishlab chikariladigan gormonlar- follikula stimullovchi va lyutinlovchi.

Gonadalar- jinsiy xujayra va jinsiy gormonlar ishlab chikaruvchi a'zolar. Urug'don erkaklarda, tuxumdon ayollarda.

Gormon - modda, endokrin bezlar ishlab chikaradi. Qon orkali organ va

muskullarga yetib boradi.

Dismenoreya- oy davomida noregulyar xayz siklini tartibsiz kelishi

Disfunksiya- funksiyani buzilishi.

DNK- dezoksiribonuklein kislota; xujayra yadrosida saklanadigan modda. Organizm irsiyatini kodlagan molekula strukturasiidagi modda.

Donorlik inseminatsiyasi- donor spermasini sun'iy inseminatsiyasi.

Donorlik embrioni- embrion, donor ayol tuxum xujayrasidan paydo buladi, o'z tuxum xujayrasidan Homilador bo'la olmaydigan ayolga o'tkaziladi.

Donorlik tuxum xujayrasi- bir ayolni tuxum xujayrasini olib uruglantirib boshka ayolga o'tkazish "in vitro" (probirkada)

Bez - organ, organizm uchun zarur moddalarni konga ajratib chikaradi masalan gormonlar.

Sarik tana - Ayol organizmidagi vaktinchalik endokrin bez, ovulyatsiyadan keyin tuxumdonda rivojlanadi va progesteron ishlab chikaradi. Yuldosh paydo bo'lguncha xomilani saklab turadi.

Xomila- embrion

Zigota- Bo'linish jarayoni bo'lguncha uruglangan tuxum xujayra

FNZT (fallopiy naylariga zigota transplantatsiyasi)- KRT muolaja, tuxum xujayrasini ayol tuxumdonidan olib, laboratoriyada uruglantiriladi. Uruglangan tuxum xujayralarini zigotani ayolni fallopiy naylariga joylashtiriladi.

Tuxum xujayrani olish (ootsitlarni chikarib olish)- tuxum xujayralarini yigish muolajasi, tuxumdondan follikulalari yigib olish.

Implantatsiya - bachadon shillik qavatiga embrionni joylashishi, qbuyicha uruglangandan sung 5-7 kun o'tgach paydo bo'ladi.

Spermatozoidlarining intratsitoplazmatik in'eksiyasi (SII)- Tuxum xujayrasiga spermatozoidlarni mikroxirurgik yul bilan kiritish. Bu erkaklar bepushtligida kullaniladi.

Sun'iy inseminatsiya (ID, ID, IOSD)- bachadon buyniga yoki bachadon bushligiga tayyor spermalarni yuborish.

Kariotip- xromasomalar to'plami

Kariotiplash- yo'kolgan xromasomalarni og'dirish maqsadida xromosomalarni o'lchami va shaklini o'lchash.

Kateter- aspiratsiya uchun

Tuxumdon kistasi- suykliksimon, asosan yaxshi sifatli, tuxumdonda paydo bo'ladi.

Kolposkopiya- tashxislash muolajasi: bachadon bo'ynidagi patologik o'zgarishlarni mikroskop yordamida inkor etuvchi tekshiruv

Kombinatsiyalangan bepushtlik- bepushtlik, erkak va ayol sog'ligidagi muammolar keltirib chikaradi.

Laparoskopiya- tashxislash muolajasi: korinning oldingi devori orkali ingichka teshib optik sistema yordamida chanok a'zolarini tekshirish.

Tuxumdonlar monitoringi - UZI tekshiruvi yoki kon taxlili va siydik

taxilini orkali tuxumdondagi follikulalar rivojlanishida monitoringi

YOrgok- korin ostida joylashgan teri burmasi bulib, unda tuxumlar, ortik, urug chikarish yullari joylashgan.

Lyutein faza etishmovchilligi- uruglangan tuxumni yoki erta xomila tushishi xavfini chakiruvchi –sarik tanani noadekvat funksiyasi, lyuteinlovchi gormonning mikdori pastligi.

Nekrospermiya- eyakulyasiya vaktida tirik spermatozoidlarning yukligi

Noanik bepustlik(idiopatik bepustlik)- barcha tekshiruvlarga karamay sababi aniklanmagan bepustlik.

Stimulyasiyalanmagan sikl - KRT, ayol tuxumdonni stimulyasiya kiluvchi xech Qanday dori vositalari ichmasdan tabiiy sharoitda follikulalarni etilib borishi.

Ovulyasiya - bachadon naylariga uruglanishga tayyor tuxum xujayra tuxumdondan follikulalaridan qolishi. Taxminan 2 xafta davom etib keyingi xayz sikli boshlanguchga kadar bo'ladi.

Oligomenoreya- kam va regulyasiyalanmagan xayz ko'rish

Oogenez- tuxumdonda tuxum xujayralarini etilish jarayoni

Ootsit- tuxum xujayra

Uruglanish- Erkak (spermatozoid) va ayol (tuxum xujayra) jinsiy xujayralari. Ayollarda tabiiy uruglantirish bachadon naylarining yukorigi kismida ruy beredi.

"In vitro" Uruglantirish (probirkada)- uruglantirish organizmdan tashkarida laborator sharoitda bajariladi. Bu "ekstrakorporal uruglantirish" deyiladi.

Embriionni kuchirib utkazish- tuxum xujayrani laboratoriyada uruglantirib xomiladorlik uchun bachadon bushligiga payvandlash.

Tuxum xujayrani kuchirib utkazish- laparoskopiya yordamida ayol fallopiy naylariga ajratilgan tuxum xujayrani kuchirib utkazish. Bu muolaja fakat FNGT da kullaniladi.

Bepustlikda peritonal faktor- korin bushligidagi bitishmalar yoki bachadon naylaridagi bitishmali jarayon.

Lyutein gormonini yukori chegarasi- lyuteinlovchi gormon follikuladan etilgan tuxum xujayra chikishini chakiradi.

Sperma plazmasi- maniy suyukligi

Xomila- bolani xomiladorlikning ikkinchi oyidan boshlab to tug'ulguncha bulgan davr.

Xomila kopchasi- xomila rivojlanishi uchun suyuklik bilan tulgan kopcha, UZI tekshiruvida kurinadi.

To'lik etilgan spermalar soni-uruglantirishga lakatli spermatozoidlar urtacha soni

Postkoital test- layokatli spermatozoidlarni bachadon buyniga kirish sinamasi

Implantatsiyadan oldingi genetik diagnostika- implantatsiyaga kadar genetik nuksonlarni aniklash.

Urugdon ortiklari- ingichka egri-bugri naylar (urtacha uzunligi 6 metr) xar bir yorgok urtasida joylashadi: u erda rivojlanadi va xarakatlanadi.

Progesteron- ayollar gormoni, ovulyasiyadan keyin sarik tana ishlab chikaradi. Xomila tuxumini bachadon shillik kavatini implantatsiyaga tayyorlaydi va xomiladorlikni ximoyalaydi.

Prolaktin- gipofiz gormoni, sut bezlaridan sut ishlab chikarilishini stimulyasiyalovchi gormon

Xorion punksiyasi- tashxislash muolajasi: xomiladorlikning 2 xaftasidan genetik anomalialarni aniklash uchun punksiya yuli bilan xomiladan materiallar yigish

Tuxum xujayra punksiyasi- tuxumdon follikularidan tuxum xujayralarini tanlab olish muolajasi

Reproduksiya- nasl qoldirish

Retrograd eyakulyasiya- siydik pufagidan kaytuvchi eyakulyasiya

Bolani tirik tugilishi- barcha bolalar, xomiladorlikning 28 xaftasidan keyin xayotiy belgilar bilan tugilishi.

Persistensiyalangan follikula sindromi - follikuladan tuxum xujayrasini paydo bo'lmashligi, erilmagan follikul

Tuxumdonlar polikistozi sindromi - endokrin kasallik, ovulyasiya bo'lmaydigan ayollarda uchraydi. Androgenlar miqdori ortishi va tuxumdondagi ko'p kistalar bilan xarakterlanadi.

Sperma - suyuklik, urugdon suyukligi va spermatozoidlardan tashkil topgan, eyakulyasiya vaktida maniy pufakchalari ishlab chikaradi.

Spermatogenez - urugdonda spermatozoidlar etilishi. Urtacha 72 soat yashaydi.

Spermatozoid- erkaklar jinsiy xujayrasi: boshi, nasl axborotini saklovchi yadrosi, xarakatlanuvchi dumdan tashkil topgan.

Spermitsid- spermatozoidlarni o'ldiruvchi modda.

Spermogramma- spermaning miqdori va sifatini aniklovchi tekshiruv.

Spermatost- EKO uchun tayyor spermatozoidlar xarakatini tekshiradi

Naylar faktori- bepushtlik sababi, bir yoki ikkita siydik naychalari strukturaviy yoki funksional shikastlanishi

Ultratovush (UT)- ichki organlarni kurish uchun yukori chaqtotali ovoz to'lqinlarini ishlatish.

Urolog- erkaklar jinsiy a'zolari va siydik chikarish sistemasi kasalliklarini xirurgik davolovchi maxsus shifokor.

Fertil yoshi- nasl qoldirish. Erkaklar fertilligi- spermatozoidni tuxum xujayrani uruglantirishga layokati. Ayollar fertilligi- tuxum xujayrani uruglanishga layokatligi

Follikula- tuxumdonda suyuklikdan tuzilgan tuxum xujayra

Follikulyar faza- xayz siklining ovulyasiyadan oldingi I fazasi

Xirurg reproduktolog- akusher-ginekolog yoki urolog, reproduktiv funksiyadagi anotomik anomalialarni maxsus xirurgik korreksiyalash.

Xorionik gonodotropin- oksil gormon, xomiladorlikning erta

muddatlarida ishlab chikariladi, xomiladorlikni saklaydi.

Ektopik xomiladorlik- bachadondan tashkaridagi xomiladorlik. Ko'p xollarda bachadon naylarida

Embriolog- embriologiya va biologiya rivojlanishi borasidagi mutaxassis

Endometriy- bachadon shillik kavati

Endometrioz- endometriy xujayralarini doimiy joyidan tashkarida rivojlanishi

Estradiol- estrogenlar guruxidagi ayollar jinsiy gormoni, tuxumdonda ishlab chikariladi.

Estrogen- ayollar jinsiy gormoni

Urugdon- erkaklar jinsiy bezi, sperma va erkaklar jinsiy gormonlarini ishlab chikaradi.

Tuxumdon- ayollar jinsiy bezi, tuxum xujayra va ayollar jinsiy gormonlarini ishlab chikaradi.

Tuxum xujayra (ootsit)- ayollar jinsiy xujayrasi

Lyutininlovchi garmon – (LG) gipofiz garmoni, ayol va erkaklarda tuxumdonlarda jinsiy garmonlarni ishlab chikaradi.

Lyutinin fazasi – Ayolni xayz siklining ovulyatsiyadan keyingi fazasi, konda LG mikdori ortishi tuxum xujayrasining etilgandan sung bazal xaroratni oshishi 37,2 – 37,3 S

Bachadon – Ayollar jinsiy organlarini ichki ulchamlari 4 x 6 x 5 sm, kichik chanok bo'shligida joylashishi. Devorlari yumshok muskul kavatlaridan iborat. Bachadon bo'shlig'i shillik kavati. Bachadonda uruglantirish va xomila paydo bo'ladi.

Bachadon nayi – (falopin nayi) naysimon (ichkii diametri 0,3mm uzunligi 12 -15sm) bachadonni tuxumdon bilan boglanishi. Uruglanib etilgan tuxumdon nayda xosil bulishi. Eskirgan nom falopi nayi.

Menarxe – birinchi xayz.

Menopauza – Organizimdagi ayollarni tabiiy yoshidagi o'zgarishlari. Xayzning to'xtashiga olib keladi.

Menstruatsiya – Bachadondan shillik konli ajralma kelishi. Balog'at davrida bu ovulyasiya bilan boglik.

Ko'p xomilalik – Xomila, bitta yoki undan ko'p bo'lishi.

Sterillik – nasil koldirishga kodir emas.

Stimulyasiyalangan davr – KRT, Ayol tuxum xujralarining stimullash uchun dori vositalarini kabul kilmagan, tabiiy sharoitda folikulalarning etilishi.

Surrugat ona – ayol, suniy EKODan so'ng bola, genetik ota-onaga topshiriladi.

Xomiladorlik testi – qon yoki siydik orkali, (XGCH) xorionicheskiy gonodotropinni mikdorini aniqlash.

Testekulyar biopsiya – Mikroskop ostida tekshirish uchun urug'don fragmentidan biopsiya olish. Bu tekshiruvda eakulyasiya vaktida spermatazoidlar yukligini Urug' yulini o'tkazmasligini taxmin kilish mumkin.

Testesteron – Erkaklarning asosiy jinsiy gormoni.

XULOSA

Ayolni jamiyat ko'zgusi, deyishadi, binobarin ayol salomatligi jamiyat salomatligiga daxl qiladi. SHu bois xotin-qizlarning salomatligini asrab-avaylash katta ahamiyatga egadir. Bu borada davlatimiz tomonidan qator chora-tadbirlar ko'rilmogda. Sog'liqni saqlash xodimlari tashkil qilayotgan tibbiy ko'riklar ham xususan, ayollar va qizlarning salomatligida muhim rol o'ynaydi.

SHu sabali ginekologiya fani yordamida ayollarda patologik xodisalarni o'rgatadi. Bundan tashqari, skrining usullari va tibbiy yordamni tashkillashtirish ham ginekologiyaning muhim masalalaridan biri xisoblanadi.

Ayol organizmida bo'ladigan o'zgarishlar negizini bilmay turib yaxshi tibbiy yordam ko'rsatib bo'lmaydi. Ginekologiya yordamining moxiyati asosan ayollarda yashirin kechuvchi jarayonlarning aniklashga va bartaraf etishga yordam berishdir.

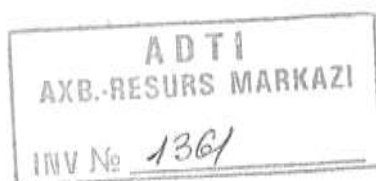
**FOYDALANILADIGAN ASOSIY DARS LIKLAR VA O'QUV
QO'LLANMALAR RO'YXATI
ASOSIY ADABIYOTLAR**

1. "Benson&Pernoll's handbook of Obstetrics& Gynecology" Martin L. Pernoll, M.D. 2011.
2. "Obstetrics and Gynaecology" Joan Pitkin, Alison B. Peattie, Brian A. Magowan. 2013.
3. First Aid For The Obstetrics Gynecology clerkship Matthew s. Kaufman, md, et all. 2011y.
4. Gabbarova Y.Q., Ayupova F.M. Akusherlik. 2013
5. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Green-top guidelines.2009.
6. The Johns Hopkins Manual of Gynecology and Obstetrics1». Editors: Nicholas SLam-brou,AbrahamN. Morse, Edward E. Wallach, Lippincott, Williams &Wilkins.2011.
7. Ayupova F.M., Jabbarova YU.K. Ginekologiya. Toshkent, 2012.
8. Bodyajina V.I., Semenchenko. M. Akusherstvo. 2004.
9. Jabbarova YU.K., Ayupova F.M. Akusherlik T.,2008
10. Klinicheskoe rukovodstvo po vedeniyu bolnyx s gipertenzivnym sindromom pri beremennosti, Tashkent, 2007.-63 s.
11. Kriticheskie sostoyaniya v akusherstve i ginekologii. Rukovodstvo dlya vrachey. Tashkent, 2015.- 132s.
12. YU.K. Djabbarova, F.M. Ayupova. Akusherlik. Tashkent, 2013.- 324s.

Qo'shimcha adabiyotlar:

1. 1. Mirziyoev SH.M. Erkin va farovon demokratik O'zbekiston davlatini birgalikda barpo etamiz. Toshkent, «O'zbekiston»NMIU, 2017. – 29 b.
2. Mirziyoev SH.M. Qonun ustuvorligi va inson manfaatlarini ta'minlash yurt taraqqiyoti va xalq farovonligining garovi. «O'zbekiston» NMIU, 2017. – 47b.
3. Mirziyoev SH.M. Buyuk kelajagimizni mard va olijanob xalqimiz bilan birga quramiz. «O'zbekiston» NMIU, 2017. – 485 b.
4. O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2017 yil 7 fevraldagi «O'zbekiston Respublikasini yanada rivojlantirish bo'yicha harakatlar strategiyasi to'g'risida» gi PF-4947-sonli Farmoni. O'zbekiston Respublikasi qonun hujjatlari to'plami, 2017 y., 6-son, 70-modda.
5. Natsionalnyy standart po povыsheniyu kachestva okazaniya perinatalnoy pomoshchi v rodovspomogatelnyx uchrejdeniyax sistema zdравooxraneniya Respubliki Uzbekistan. Tashkent, 2015. 136s.

6. Akusherstvo i ginekologiya. Pod redaksiey G.M. Savelevoy M. 2009
 7. Передовые практики в акушерстве и гинекологии. Руководство. D.K. Najmutdinova s soavt. Tashkent, 2017.500s
 8. Klinicheskoe rukovodstvo po vedeniyu bolnykh s sepsisom/septicheskim shokom vo vremya beremennosti i v poslerodovom periode. Tashkent, 2007.-125s.
 9. Neotlojnaya pomoshch v akusherskoy praktike. Paket uchebnykh materialov po IVBR. USAID, Proekt Zdorovaya Semya. Tashkent.-2014.-209s.
 10. Osnovnaya dorodovaya, perinatalnaya i postnatalnaya pomoshch. (WHO) Tashkent, 2005g.
 11. Instruksiyadlyaopredeleniyakriterievjivorojdeniyaimertvorojdeniya, rekomendovannykh vseмирnoy organizatsiey zdравooxranenie v pilotnykh regionax O'zbekistana, Tashkent 2013.-139s.
 12. Preduprejdenie transmissiy VICH ot materi rebenku (uchebnoe posobie dlya akusher-ginekologov, neonatologov, pediatrov, infeksionistov, semeynykh vrachey, organizatorov zdравooxraneniya, vrachey-internov i studentov), Ukraina. UNICEF, 2013.-268s.
- Internet saytlar:
1. www.tma.uz
 2. www.zyonet.uz
 3. www.medi.ru, www.medlinks.ru, www.obgyn.net, www.medscape.com,
 4. www.medland.ru, www.med-lib.ru, www.speclit.spb.ru, www.cochrane.org,
 5. www.ksmed.ru/pat/gynecology, www.medsan.ru, www.medtm.ru/gyn.html,
 6. www.dir.rusmedserv.com/index/speciality, www.healthua.com/parts/gynecology.



«Nufuzli diyor» xususiy korxonasi bosmaxonasida
ofset usulida chop etildi.
Manzil: Andijon shahri, A. Umarxon ko'chasi, 23-uy